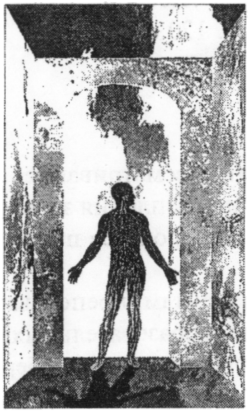
Министерство образования и науки Российской Федерации
Российский государственный
профессионально-педагогический университет
Уральское отделение Российской академии образования
Академия профессионального образования

Т.М. Резер

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТА



Учебное пособие

Допущено Учебно-методическим объединением по профессионально-педагогическому образованию в качестве учебного пособия для слушателей институтов и факультетов повышения квалификации, преподавателей, аспирантов и других профессионально-педагогических работников

Екатеринбург
2005

УДК 377 : 613 (075)
ББК 431 я 73
Р 31

Рецензенты:
канд. мед. наук, ассист. кафедры семейной медицины
Ж.В. Максимова (Уральская государственная медицинская академия);
д-р филол. наук, проф. О.Б. Акимова (Российский государственный профессионально-педагогический университет)

Резер Т.М. Здоровьесбережение в профессиональной подготовке специалиста: Учеб. пособие. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед.ун-та, 2005. 120 с.

ISBN 5-8050-0110-1

В учебном пособии рассматриваются возможные пути формирования, сохранения и укрепления здоровья обучающихся педагогическими средствами в процессе профессиональной подготовки специалиста.

Предназначено студентам, преподавателям и другим работникам профессиональных образовательных учреждений, а также тем, кто интересуется вопросами здоровьесбережения в процессе получения образования.

Может быть использовано при повышении квалификации педагогических работников.

ISBN 5-8050-0110-1

© Российский государственный профессионально-педагогический университет, 2005
© Резер Т.М., 2005

ВВЕДЕНИЕ

Прогресс человечества определяется его духовным, интеллектуальным и физическим потенциалом. Роль каждого из них одинаково велика. Для сохранения и развития духовного, интеллектуального, физического потенциала человечество на протяжении всего своего развития формирует соответствующие социальные институты, включающие обучение и воспитание молодых людей.

Проблема сохранения здоровья человека имеет выраженную социальную направленность. Например, «Хартия здоровья» Всемирной организации здравоохранения, принятая в Оттаве в 1986 г., самыми фундаментальными ресурсами здоровья человека признает мир, кров, стабильную экономику, качественное питание, чистую окружающую среду, образование, равенство, справедливость. Поэтому актуальность исследования данной проблемы, разработки путей и механизмов ее решения обусловлена следующими важными моментами. К стратегическим направлениям повышения качества образования в сфере укрепления здоровья относится не только усиление личностной ориентации, дифференциации и индивидуализации образования при обеспечении государственных образовательных стандартов, но и овладение необходимыми медицинскими знаниями и санитарно-гигиеническими навыками.

Снижение на уровне популяции функциональных резервов организма человека, нарушение реактивности, резистентности и процессов саморегуляции, уменьшение количества и качества репродуктивного здоровья — признаки, характерные для современного человека.

К социальным факторам, разрушающим здоровье детей и молодых людей, можно отнести неудовлетворительную окружающую экологическую обстановку, недостаток витаминов, неправильный режим дня, алкогольную болезнь родителей, авторитарные воздействия преподавателей, гиподинамию, компьютерную зависимость и др. Все эти факторы оказывают негативное воздействие на физическое, психическое и репродуктивное здоровье растущего человека. Возникает ситуация, когда специалист одной отрасли не может управлять процессом здоровьесбережения участников образовательного процесса. Необходима межотраслевая интеграция и разработка соответствующих учебных пособий. Вопросы здоровьесбережения в профессиональной

подготовке специалиста могут быть включены в разделы таких дисциплин, как основы безопасности жизнедеятельности, валеология, экология, первая медицинская помощь и др. За последние десять лет Министерством здравоохранения РФ и Министерством образования и науки РФ проведена определенная работа по формированию нормативных правовых актов, дающих возможность более эффективно заботиться о здоровье молодых людей в процессе получения образования.

Например, в 2000 г. Министерство здравоохранения РФ утвердило приказ № 241 «О введении медицинской карты развития ребенка для образовательного учреждения», а позднее — приказ № 371 — «Штатные нормативы для образовательных учреждений», согласно которым одна ставка врача рассчитана на 1200 обучающихся и ставка медицинской сестры на 500 обучающихся. В 2002 г. появился совместный приказ Министерства образования РФ и Министерства здравоохранения РФ № 176/2017 «О мерах по улучшению охраны здоровья детей в РФ», в котором были намечены конкретные меры по активизации работы в образовательных учреждениях по формированию, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и зафиксирована персональная ответственность руководителя учебного заведения за эти работы.

Предлагаемое пособие охватывает наиболее значимые проблемы в вопросах здоровьесбережения, в том числе в процессе профессиональной подготовки специалиста, так как последний в дальнейшем становится и семьянином.

Все три раздела учебного пособия составляют единое и логически завершенное целое. В первом разделе «Общие проблемы в сфере здоровьесбережения» рассматриваются актуальные социально-экономические проблемы и организационно-педагогические аспекты в сфере здоровьесбережения молодых людей и поведения, не связанного с риском для их здоровья.

Во втором разделе «Человек и здоровье» представлены современные концепции здоровья и здорового образа жизни, включая основы концепции охраны здоровья здоровых людей, раскрывается содержание понятий «болезнь» и «здоровье».

В третьем разделе даны медицинские рекомендации по профилактике заболеваний позвоночника в процессе обучения и профессиональной деятельности, рассматриваются «малые формы» физического

воспитания в образовательном процессе, необходимость введения которых в учебно-воспитательный процесс обусловлена повсеместно распространенной гиподинамией современного человека.

Представленное учебное пособие целесообразно использовать в профессиональной подготовке специалистов, что позволит повысить общемедицинский уровень человека.

Учебное пособие выполнено по плану научно-исследовательских работ на 2005 г. согласно программе «Образование в Уральском регионе: научные основы развития и инноваций».

1. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

1.1. Социально-экономические проблемы в сфере здоровьесбережения

Исследовательская группа Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по проблемам молодежи в свете стратегии достижения здоровья для всех провозгласила не утопическую цель полного освобождения мира от болезней, а цель создания общества, в котором было бы меньше несправедливости в сфере здравоохранения, а здоровье и процветание стали бы реальностью благодаря совместным усилиям и тесному взаимодействию всех слоев общества. Для реализации данной стратегии очень важно привлечение молодых людей.

Исследовательская группа ВОЗ (1985) выделяет два основных переходных этапа, через которые проходят молодые люди:

- этап перехода индивидуума из детского во взрослое состояние;
- этап перехода отдельных обществ от традиционного к современному образу жизни [14].

Эти этапы сопряжены с определенными испытаниями, через которые молодым людям необходимо пройти. В целях обеспечения здоровья как самим молодым людям, так и их социальному окружению необходимо приспособиться к соответствующим изменениям. В задачи общества входят оказание людям необходимой помощи в успешном преодолении возникающих у них стрессов, осуществление адекватной политики в этой области, реализация соответствующих программ и служб, имеющих целью удовлетворение специфических нужд и потребностей молодых людей.

Группа исследователей ВОЗ пришла к выводу, что мнение молодых людей необходимо учитывать, а проблемы, прямо или косвенно связанные с их здоровьем, следует рассматривать без отрыва от конкретных социальных, экономических и политических реалий мира, в котором они живут, так как современные молодые люди вполне могут взять на себя часть ответственности за охрану своего здоровья и принять активное участие в соответствующей работе.

В связи с этим в настоящее время используются *два основных аспекта охраны здоровья*: профилактика заболеваний и травматизма и принятие мер, направленных на решение уже возникших проблем.

Жизнь молодых людей, как и жизнь всех людей, независимо от их возраста, определяется условиями того общества, в котором они живут. Развитие молодых людей, их социальное положение, характер их повседневной жизни, их стремления, возможности и здоровье — все это зависит от природы и общественных условий жизни. Значение имеют унаследованные от прошлого традиции, законы, система ценностей, культура, верования, обычаи; характер заболеваемости; демографическая ситуация; последствия уже имевшего место промышленного, экономического и политического развития; результаты искусственных или естественных бедствий, истощение естественных ресурсов и загрязнение окружающей среды.

Общеизвестно, что любая проблема, касающаяся здоровья, имеет связи с социальными, культурными, технологическими, экономическими, политическими и правовыми особенностями, а также с системами здравоохранения, образования и социального обеспечения того общества, в котором она возникла.

В 1993 г. обнародован один из шестнадцати ежегодных докладов Всемирного банка реконструкции и развития «Мировое развитие в 1993 г. Инвестирование в здоровье», подготовленный коллективом авторов из Гарвардской школы общественного здоровья под руководством Д. Т. Джемисона. В этом докладе впервые в послевоенной истории обобщены данные о состоянии здоровья населения мира, включающие фрагментарные, к сожалению, сведения о населении бывшего СССР. Главное достижение исследователей — применение вновь разработанного инструмента оценки последствий заболеваний.

DALY — это вариант известных ранее оценок продолжительности жизни с поправкой на ее качество. За основу была принята продолжительность жизни японцев — самая высокая сегодня. Данные всех стран сопоставлялись с продолжительностью жизни в Японии, и «потерянные» годы жизни — от болезней или от голода — вычислялись по отношению к Японии.

Гарвардская группа заново разработала оценку тяжести инвалидности, привлекая специалистов из разных стран, чтобы отразить культурные особенности разных регионов мира. Люди выше ценят годы

молодости и ниже — годы раннего детства и старости. Более того, они склонны высоко ценить ближайшие годы жизни и меньше — годы отдаленные. Эти отдаленные годы жизни в сознании человека как бы обесцениваются, претерпевают инфляцию. Ко всем странам подходили с единой меркой. Единственное неравенство — между женщинами и мужчинами в продолжительности жизни: женщины в настоящее время живут дольше.

В отчете гарвардской группы 1993 г. развивающимся странам было рекомендовано рационально расходовать ресурсы служб здоровья на наиболее эффективные профилактические программы (иммунизация, медицинское обслуживание в образовательных учреждениях, информирование населения, борьба с алкоголизмом и курением, планирование семьи и питания, улучшение жилищных условий, профилактика СПИДа). При реализации этих программ по подсчетам сохранение «одной жизни» будет стоить не более 25 долл. в год, при реализации клинических программ, связанных с беременностью и деторождением, лечением туберкулеза, контролем болезней, передаваемых половым путем, острых нарушений питания и др., — менее 50 долл. в год.

В бывших социалистических странах, в том числе России, рекомендуется улучшить управление здравоохранением, поддерживать полное финансирование основного пакета медицинских услуг. В этих странах необходимо развивать страхование медицинских услуг, дополнительных к базовым услугам, финансируемым государством, подготовку специалистов, включающую вопросы здорового образа жизни.

В 1996 г. под патронажем ВОЗ и при финансовой поддержке Всемирного банка исследования были продолжены в рамках программы «Глобальные последствия болезней». На основе DALY подготовлен прогноз развития здоровья населения мира до 2020 г.

К 2010 г. можно ожидать удвоения в мире числа людей в возрасте старше 60 лет. Если среди наиболее важных причин смерти в 1990 г. на первом месте стояли пневмонии, острые инфекционные желудочно-кишечные заболевания, перинатальные состояния, то к 2020 г. — ишемическая болезнь сердца, депрессия и дорожно-транспортные происшествия.

Из данных исследований следует, что в бывших социалистических странах в 1990 г. картина смертности была нетипичной, особенно среди лиц в возрасте от 15 до 60 лет. Смертность от инфекций и перинатальных состояний была примерно такой же, как в странах с ры-

ночной экономикой. По смертности от неинфекционных заболеваний эта возрастная группа вышла на первое место, а по смертности от травм уступала только субсахарской Африке.

При анализе причин смерти и инвалидности были учтены не только заболевания, послужившие непосредственно причиной смерти, но и болезни, вызывающие последующие заболевания, и некоторые наиболее важные факторы риска: курение, употребление алкоголя, опасный секс. Курение вследствие его нарастающего распространения в развивающихся странах к 2020 г. станет одной из ведущих причин смерти. Наиболее значительными последствия курения будут в бывших социалистических странах (около 22% по DALY), в Китае и в странах с устоявшейся рыночной экономикой (около 18%). В субсахарской Африке опасный секс ответственен примерно за 30% суммарных последствий болезней для популяции.

В странах с устоявшейся рыночной экономикой в силу особенностей возрастной структуры, доходов и образования жителей, соответствующей структуры причин смерти употребление алкоголя оказывается фактором, защищающим от преждевременной смерти (прежде всего от ишемической болезни сердца). В странах развивающихся, в особенности в субсахарской Африке, употребление алкоголя в дозированных малых дозах — фактор, приводящий к колоссальной преждевременной смертности от травм в молодом возрасте.

Прогнозы на 2020 г. сделаны исходя из экспертных оценок экономического развития, образования, тенденций смертности от отдельных заболеваний. Экономические оценки больше носят негативный характер, чем позитивный. Совокупный продукт на душу населения в странах с рыночной экономикой к 2020 г. удвоится. В странах бывшего социалистического лагеря он исходно в 3 раза ниже и к 2020 г., в лучшем случае, удвоится.

По прогнозам, в Китае к 2020 г. доход станет выше, чем в бывших социалистических странах, несмотря на то что он раньше был в 2 раза ниже. Бедные останутся бедными. Соответственно основные проблемы в сфере охраны здоровья сохранятся примерно в том же виде.

В бывших социалистических странах продолжительность жизни у мужчин после ее снижения вернется к прежним величинам — около 67 лет, а у женщин составит около 80 лет. Эти страны являются самыми отсталыми не по продолжительности жизни (в развивающихся странах она все-таки меньше), а по ожидаемому приросту населения к 2020 г.

Однако этот прогноз очень приблизительный, и хочется надеяться, что высокая смертность в России в связи с начинающимися позитивными изменениями в жизни пойдет на спад.

К сожалению, ожидать снижения смертности от инфекционных заболеваний не приходится. Ни СПИД, ни туберкулез в обозримом будущем, видимо, не сдадут позиций. Нет уверенности, что и в грядущие десятилетия удастся сохранять темпы прогресса в разработке средств против инфекций (новых антибиотиков и т.д.). Все более частыми причинами смерти становятся неинфекционные заболевания (в основном сердечно-сосудистые болезни и рак). В 2020 г. неинфекционные болезни в структуре заболеваний составят уже не 47% по DALY, а 69%. Итак, гарвардское «зеркало» не показало мировому сообществу ничего утешительного.

Социальные и экономические перемены оказывают существенное влияние на здоровье молодых людей. Среди них наиболее значительны четыре основные группы факторов: индивидуальная предрасположенность, экологическая предрасположенность, бытовые обстоятельства, сложившиеся к данному моменту, уровень образования и имеющиеся возможности для здорового образа жизни. Воздействие этих факторов в свою очередь зависит от основных движущих сил социальных перемен: состояния экономики, системы образования, политической ситуации, специфических проблем современной молодежи и др. (рис. 1).

В современном глобализирующемся мире знания и образование составляют главную экономическую ценность каждой страны. Так, по оценкам Всемирного банка, в США «человеческий капитал», т. е. накопленные населением знания и умения, составляет 76% национального богатства. Физический капитал — 19%, а на природный фактор приходится 5%. В Западной Европе это соотношение соответственно составляет 74—23—3%. В России же на долю «человеческого капитала» приходится всего лишь 50%, физический капитал составляет 10%, а на долю природного фактора приходится 40%, что в 8 раз превышает тот же показатель в США.

Образование и воспитание оказывают положительное воздействие на все стороны социальных процессов, поскольку образованный человек является законопослушным членом общества, формирует самостоятельно новые позитивные социальные нормы и здоровую социальную среду вокруг себя. Именно поэтому управление передачей

Рис. 1. Социальные факторы, влияющие на состояние здоровья молодых людей

знаний по сохранению здоровья и позитивного опыта в сфере здорового образа жизни молодого поколения становится ключевым элементом образования, а также экономического и демографического развития общества в Российской Федерации.

Отставание показателя развития «человеческого капитала» в России объясняется многими факторами, в том числе низким уровнем здоровья населения страны и особенно подрастающего поколения.

В настоящее время здоровье человека рассматривается в широком контексте его действенного воздействия на процесс социального и экономического развития, дающего возможность жить полноценной в социальном и экономическом отношении жизнью. Таким образом, здоровье может рассматриваться как состояние динамического равновесия между организмом и окружающей средой. Кроме того, здоровье во многом зависит от политической ситуации и духовной атмосферы в обществе. Политические кризисы являются серьезной причиной изменения качества здоровья: они увеличивают уязвимость общества в целом и его отдельных индивидуумов в частности, лишая значительную часть молодого поколения возможности получения образования, а значит, способности рационального использования здоровьесберегающих ресурсов и необходимых услуг для охраны здоровья населения.

Согласно концепции образа жизни, здоровьесбережение молодых людей в процессе профессиональной подготовки зависит от индивидуального образа жизни, который можно рассматривать как нравственный аспект всех видов деятельности, свойственных данному обществу. Стиль поведения, самостоятельно выработанный для себя молодым человеком, может как благоприятным, так и неблагоприятным образом отражаться на его здоровье. Однако для изменения образа жизни и мировоззрения молодого человека потребуется большой комплекс мер, направленный на изменение воздействия факторов, определяющих его.

Как правило, для образа жизни молодых людей в большей степени, чем для образа жизни представителей других возрастных групп населения, характерны привычки, сопряженные с риском для здоровья. Наиболее типичны из таких привычек курение, злоупотребление алкоголем и прием лекарственных средств наркотического характера, гиподинамия и несоблюдение правил поведения на улице и в общественных местах. Привычки, сопряженные с риском для здоровья,

являются неотъемлемой характерной чертой процесса взросления человека, хотя они, принося ощущение «взрослости», могут привести к ухудшению здоровья молодого человека.

Поведение, сопряженное с риском для здоровья в субкультуре молодых людей, становится в настоящее время поистине угрожающим, так как нет действенной профилактической работы, имеющей характер «психологической иммунизации» среди молодежи, подобной иммунизации детей для предотвращения инфекционных заболеваний.

Изменения такого характера требуют коренного пересмотра программы подготовки специалиста, особенно занимающегося вопросами здоровьесбережения молодого поколения, внедрения новейших здоровьесберегающих технологий в учебно-воспитательный процесс образовательных учреждений.

1.2. Организационно-педагогические аспекты в сфере здоровьесбережения

Одной из основных проблем современной школы является устойчивая тенденция ухудшения здоровья детей и молодежи. Неблагополучное состояние экологической ситуации и нестабильность социально-экономической обстановки в стране, учебные перегрузки, стрессы, плохое питание, неполноценный отдых способствуют широкому распространению у обучающихся заболеваний костно-мышечной системы, органов дыхания, нервной системы, органов чувств и пищеварения. Вышеназванные обстоятельства приводят к появлению новых организационно-педагогических проблем в образовательном процессе, что требует их изучения и обоснования.

По данным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи Госкомсанэпиднадзора России, лишь 10% выпускников школ можно признать абсолютно здоровыми, 45–50% учащихся имеют серьезные морфофункциональные отклонения в здоровье. У 15% старшеклассников и первоклассников общеобразовательных учреждений диагностируются нервно-психические отклонения, вызванные учебными перегрузками и отсутствием условий, обеспечивающих здоровьесбережение в образовательном процессе [9, с.60].

Поэтому охрана здоровья в образовательном учреждении, управление здоровьесберегающими технологиями, здоровьесбережением в

профессиональной подготовке специалиста в учебно-воспитательном процессе входят в число приоритетных задач современного этапа развития системы общего и профессионального образования.

В последнее время просматривается тенденция активного осознания педагогами значимости своего вклада вместе с психологом и медицинским работником в здоровьесбережение обучающихся. Для повышения эффективности образовательного процесса педагогам необходимо научиться самостоятельно управлять здоровьесбережением (своим и обучающихся), а также здоровьесберегающими технологиями в своей профессиональной деятельности. Согласно теории управления, последнее включает в себя анализ, планирование, организацию и контроль педагогической деятельности процесса здоровьесбережения.

Под управлением здоровьесберегающими технологиями в образовательном учреждении мы понимаем деятельность, содержание, формы, методы, способы и приемы, обеспечивающие здоровьесбережение обучающихся и педагогов в образовательном процессе.

В настоящее время проводимая государственная политика в области образования признает приоритет образования как интеллектуальной составляющей российской экономики. Бесспорно, экономическое развитие России могут обеспечить только специалисты, имеющие соответствующее нормальному уровню развития физическое и психическое здоровье.

Президент Российской Федерации В.В. Путин, выступая на VII съезде Российского союза ректоров, кратко и точно определил значение образования: «Есть перспективное эффективное образование — будет и эффективное государство». В Концепции модернизации российского образования на период до 2010 г., принятой Правительством РФ 29 декабря 2001 г., для сохранения здоровья обучающихся в процессе обучения предусмотрены *организация мониторинга состояния здоровья детей и молодежи, улучшение организации питания обучающихся в образовательных учреждениях, проведение профилактических мероприятий в течение учебного года, а также обучение здоровому образу жизни* [18].

Здоровье отдельного человека, а следовательно, населения страны — это не только медицинская категория. Здоровье человека и населения, являясь социально-экономической категорией, в настоящее время становится одной из ведущих проблем развития общества, обусловленного состоянием современного образования, для которого ха-

рактерна тенденция ухудшения здоровья значительной части его участников как социальной группы населения.

В настоящее время в стране проживает 145 миллионов человек. Состояние здоровья и уровень смертности населения отражаются на показателях продолжительности жизни населения страны, которая на данном этапе составляет 65,9 года (в 1992 г. — 68,8 года). Ожидаемая продолжительность жизни мужчин на 12 лет меньше, чем продолжительность жизни женщин. Согласно данным, приводимым в Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г., одобренной распоряжением Правительства РФ от 24 сентября 2001 г. № 1270-р, при сохранении современного состояния здоровья и уровня смертности населения из числа россиян, достигших в 2000 г. 16 лет, доживут до 60 лет лишь 58% мужчин [15]. В то же время научно доказано, что только у 15% населения состояние здоровья обусловливается степенью развития здравоохранения, главное же значение имеет социально-педагогический фактор влияния на состояние здоровья человека, который составляет 40% [21, 22].

Социальный и организационно-педагогический факторы в сфере сохранения здоровья человека проявляются в ежедневной педагогической практике в следующих формах: реализация содержания общего и профессионального образования, включающего основы медицинских знаний, и санитарно-гигиеническое воспитание; профессиональная деятельность педагога; валеологическая подготовка специалистов, обеспечивающих кадровые условия здоровьесберегающих технологий; умение педагога управлять здоровьесбережением в образовательном процессе, учитывающем адаптационные возможности организма обучающегося.

В последнее время рассматриваются многие концепции здоровья. При этом нам наиболее перспективной представляется концепция, согласно которой здоровье — это состояние равновесия (баланс) между адаптационными возможностями (потенциал здоровья) организма и условиями постоянно изменяющейся среды [3, 5].

Быть здоровым — это естественное стремление человека. Здоровье означает не просто отсутствие болезней, но и физическое, психическое и социальное благополучие. Целостность человеческой личности проявляется во взаимосвязи и взаимодействии психических и физических сил организма. Гармония психических сил повышает резервы здоровья, создает условия для творческого самовыражения в различных областях жизни, в том числе в учебной деятельности, ко-

торой управляет педагог. Психофизическая тренировка обучающихся и педагогов помогает им овладеть навыками психофизической саморегуляции и восстановить психоэмоциональное равновесие в образовательном процессе.

Избежать негативных явлений в образовательном процессе можно путем создания системы, основанной на принципах здоровьесбережения, включающей обучение и воспитание, профилактику, лечение и адаптивную образовательную среду. При этом на педагога не надо возлагать часть функциональных обязанностей медицинского работника, а необходимо обучить его управлению здоровьесбережением своих воспитанников в процессе обучения и воспитания.

Использование педагогами в своей профессиональной деятельности здоровьесберегающих технологий (включающих основы медицинских знаний) позволяет интегрировать все направления работы образовательного учреждения по сохранению, формированию и укреплению здоровья обучающихся. Здоровьесберегающие технологии необходимо рассматривать в данной ситуации как инструмент и обязанность педагога, позволяющие ему обучать и воспитывать учащихся, что в дальнейшем позволит им быть здоровыми и вырастить здоровых детей [10, 22].

Рассматривая здоровьесбережение как процесс и используя процессный подход к управлению им, необходимо сформулировать его цель: охрана здоровья обучающихся есть приоритет современного этапа деятельности каждого образовательного учреждения.

Подход, связанный с концепцией управленческого процесса в здоровьесбережении, включает основные функции управления:

- планирование процесса здоровьесбережения в образовательном учреждении на основе правовых источников в этой сфере и исходных данных уровня и качества здоровья участников образовательного процесса;
- организация здоровьесбережения, включающая мониторинг здоровья участников и условия, обеспечивающие сохранение здоровья в образовательном процессе;
- мотивация обучающихся и педагогов на потребность сохранения собственного здоровья, ведения здорового образа жизни и повышения собственной медицинской культуры;
- анализ здоровьесберегающей деятельности в образовательном учреждении по всем структурным подразделениям;

- контроль за управлением процессом здоровьесбережения в образовательном учреждении в целом, а также по структуре и функционалу управления.

Управление здоровьесбережением в образовательном учреждении, как и любой процесс управления, основывается на действующих нормативных правовых актах в сфере охраны и сохранения здоровья, носящих законный и подзаконный характер. В юридическую практику вошли новые понятия «права на здоровье», «вопросы защиты здоровья человека». Юристы-международники из многих стран мира в последние годы вплотную подошли к решению правовых вопросов, связанных со здоровьесбережением. Их интересуют вопросы: в какой степени правительства отдельных стран отвечают за здоровье своих граждан? В какой степени недостаток здоровья у конкретного человека является результатом социальной несправедливости при получении профессионального образования?

В настоящее время действующую систему законодательства в сфере охраны и сохранения здоровья детей и молодежи России составляют следующие нормативные правовые источники.

1. Конвенция ООН о правах ребенка, утвержденная Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г., которая исходит из того, что одно право не может быть изолировано от другого; право ребенка на здоровье может подвергаться опасности, если ему не обеспечен достаточный уровень жизни; право на образование невозможно осуществить, если ребенок болен и др.

2. Декларация ООН «Мир, пригодный для жизни детей», утвержденная Генеральной Ассамблеей ООН 10 мая 2002 г. В ней перед государствами ставятся задачи по содействию здоровому образу жизни детей, в число которых входят: разработка национальных стратегий и программ развития детей и молодежи с целью обеспечения их физического, социального, эмоционального, духовного и интеллектуального развития; мероприятия по пропаганде здорового образа жизни; укрепление и взаимодействие систем здравоохранения, образования и социального развития; содействие на всех уровнях физическому, психическому и эмоциональному здоровью детей и молодых людей; удовлетворение потребности всех молодых людей в образовании через обеспечение доступа к соответствующим образовательным программам и приобретение жизненных навыков; обязательная разработка в образовательных учреждениях программ для

предотвращения курения, употребления алкоголя, наркотических и психотропных средств и др.

3. Конституция РФ от 12 декабря 1993 г., которая закрепляет право каждого человека и гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь, финансирование федеральных программ охраны и укрепления здоровья населения (ст. 43). В этой же статье налагается ответственность на лица за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей.

4. Федеральный закон «Об образовании» от 13 января 1996 г. № 12-ФЗ в редакции от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, который отнес к компетенции Российской Федерации в области образования установление федеральных требований к образовательным учреждениям в части строительных норм и правил, санитарных норм, охраны здоровья обучающихся, воспитанников, защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, минимальной оснащенности и оборудования учебных помещений (ст. 28).

5. Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. в редакции от 21 декабря 2004 г. № 124-ФЗ, согласно которому установлены основные гарантии прав и законных интересов ребенка, предусмотренных Конституцией РФ, провозглашено содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей (ст.4); определены полномочия органов государственной власти РФ на осуществление гарантий прав ребенка в РФ: «...выбор приоритетных направлений деятельности по обеспечению прав и законных интересов ребенка, охраны его здоровья и нравственности» (ст.5).

С 1 июля 1999 г. в дополнение к данному закону вступает в силу п.3 ст.7, согласно которому «педагогические, медицинские, социальные работники, психологи и другие специалисты несут ответственность за работу по воспитанию, образованию, охране здоровья, социальной защите и социальному обслуживанию ребенка...».

6. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. в редакции от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, который устанавливает основные начала семейного законодательства, исходящего из необходимости укрепления семьи, построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов (ст.1), а также устанавливает равенство

супругов в семье по вопросам воспитания, образования детей и других вопросов жизни (ст. 31).

7. Федеральный закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5488-1 в редакции от 7 марта 2005 г., в котором под охраной здоровья граждан понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Гражданам Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с Конституцией РФ, общепризнанными принципами и международными нормами и международными договорами Российской Федерации, конституциями (уставами) субъектов Российской Федерации (ст.1).

Основные принципы охраны здоровья граждан: соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан; доступность медико-социальной помощи; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций, независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья (ст.2); государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи (ст.22).

8. Федеральный закон «Об основах охраны труда в Российской Федерации» от 17 июля 1999 г. № 181-ФЗ в редакции от 10 января 2003 г. № 15-ФЗ, согласно которому охрана труда — система сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающая правовые, социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и иные мероприятия, а условия труда — совокупность факторов производственной среды и трудового процесса, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье работника (ст.1).

В ст. 12 впервые установлено, что в целях обеспечения соблюдения требований охраны труда, осуществления контроля за их выпол-

нением в каждой организации, осуществляющей производственную деятельность, с численностью более 100 работников создается служба охраны труда или вводится должность специалиста по охране труда, имеющего соответствующую подготовку или опыт работы в этой области. В организации с численностью 100 и менее работников решение о создании службы охраны труда или введении должности специалиста по охране труда принимается работодателем с учетом специфики деятельности данной организации. При отсутствии в организации службы охраны труда (специалиста по охране труда) работодатель заключает договор со специалистами или с организациями, оказывающими услуги в области охраны труда.

9. Национальная доктрина образования в Российской Федерации, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2000 г. № 751, целями и задачами которой являются воспитание здорового образа жизни, развитие спорта среди молодых людей, гарантия защиты жизни, сохранность здоровья, физическое воспитание дошкольников, учащихся, студентов и аспирантов.

10. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 № 52-ФЗ в редакции 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, устанавливающий в качестве одной из мер обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения гигиеническое воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни (ст.2). В нем закреплены санитарно-эпидемиологические требования к условиям воспитания и обучения в образовательных учреждениях независимо от организационно-правовых форм, в том числе и меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников, включая меры по организации их питания (ст.28).

11. Федеральная программа развития образования от 10 апреля 2000 г. № 51-ФЗ, в которой выделены общие направления развития системы образования, ориентированные на совершенствование организации образовательного процесса, сохранение и укрепление здоровья обучающихся.

12. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387. В ней предусматриваются создание системы медицинского просвещения и медицинской информации, сотрудничество со средствами массовой информации в популяриза-

ции здорового образа жизни, привлечение внимания населения к вопросам охраны здоровья. Отводится большое медико-социальное значение сохранению и укреплению здоровья школьников и студенческой молодежи.

13. Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации, утвержденная приказом Минздрава России от 21 марта 2003 г. № 113, целью которой является создание системы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья людей, реализация потенциала здоровья для ведения активной производственной, социальной и личной жизни, направленных на снижение преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличение средней продолжительности и качества жизни, улучшение демографической ситуации в стране.

Основные задачи Концепции охраны здоровья здоровых в РФ: разработка перспективных и увеличение объема существующих оздоровительных мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний; увеличение продолжительности жизни населения за счет поддержания резервов здоровья и здоровьесберегающих технологий; определение способностей, индивидуальности, формирование личности человека, мотивации к труду и здоровому образу жизни, уверенности в своем здоровье для достижения высоких результатов; обеспечение межведомственного и многоуровневого подхода в вопросах повышения качества жизни, формирования здорового образа жизни.

В качестве механизмов реализации Концепция предусматривает разработку учебно-образовательных программ по сохранению здоровья; формирование в массовом сознании установки на идеал здорового человека, на стандарт здоровья, а также культуры здоровья; внедрение современной системы подготовки детей, подростков и молодежи к семейной жизни, нравственного воспитания, формирования сексуальной культуры в обществе; создание паспорта здоровья человека, включающего риск развития наиболее часто встречающихся заболеваний, оценку функциональных резервов соматического, биоэнергетического и психологического статуса, степень физического развития, уровень мотивации человека на сохранение и укрепление здоровья, определение обратимости выявленных изменений в состоянии здоровья и др.

14. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 г., одобренная распоряжением Правительства Российской

Федерации от 29 декабря 2001 г. № 1756-р, определяет приоритетность образовательных программ, направленных на укрепление здоровья детей, подростков и молодежи, формирование у каждого из них активной мотивации, заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих; развитие системы социально-гигиенического мониторинга для определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья и воздействием факторов среды.

15. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утвержденный постановлением Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. № 377. В нем определены медицинские и социальные противопоказания к осуществлению профессиональной деятельности, требующей высокого уровня физического и психического здоровья.

16. Положение об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи, утвержденное постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2001 г. № 916. В его задачи входят выявление причинно-следственных связей между состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи и воздействием факторов среды обитания человека; прогнозирование состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи; установление факторов, оказывающих негативное воздействие на состояние физического здоровья населения.

17. Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях (СанПиН 2.4.2.1178-02), утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача от 28 ноября 2002 г. № 44.

18. Письма Министерства образования Российской Федерации о проведении Всероссийского дня здоровья детей от 3 февраля 2003 г. № 27/2573-6.

19. Приложение к письму Минобразования России «Рекомендации по организации физкультурно-оздоровительной и спортивной работы с обучающимися учреждений начального профессионального образования во внеучебное время» от 23 января 2003 г. № 35/19-12 и др.

Вышеперечисленные законные и подзаконные акты создают правовое поле для организации процесса здоровьесбережения, который

имеет единую цель для всех образовательных учреждений и специфические задачи в зависимости от типа и вида образовательного учреждения. Управление здоровьесбережением в образовательном учреждении предполагает исследование здоровья участников образовательного процесса, а мониторинг их здоровья позволяет оценить эффективность содержания и деятельности преподавателей, медицинских работников, психологов в процессе здоровьесбережения.

В настоящее время в период развития новой философии и парадигмы образования, внедрения государственных образовательных стандартов является актуальной проблема профессионального воспитания специалиста, основанная на принципах здоровьесбережения. На основании вышеназванных причин требуется перестройка системы профессионального образования специалиста, возникает необходимость создания новой концепции, теории и практики профессионального воспитания на основе концепций здоровья и здорового образа жизни. Поэтому воспитание необходимо рассматривать как процесс систематического целенаправленного воздействия на духовность и физическое развитие индивида в целях сохранения здоровья, обучения, привития навыков поведения в обществе, формирования характера и его отдельных черт, профессионального становления как специалиста.

Здоровьесбережение в профессиональной подготовке специалиста определяет основные направления процесса воспитания:

1) формирование у молодежи гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека;

2) воспитание молодого поколения в духе высокой нравственности и уважения к закону;

3) гармонизация национальных этнокультурных отношений;

4) развитие отечественных педагогических и воспитательных традиций в работе со студентами по вопросам здорового образа жизни и поведения, не связанного с риском для здоровья;

5) экологическое воспитание;

6) всесторонняя забота об индивидуальном здоровье и физическом развитии студента.

Происходящие перемены в экономической и общественной жизни страны порождают в обществе состояния неопределенности, растерянности, фрустрации и ее последствия – депрессию, пассивность, агрессивность, в том числе и у молодых людей. В этих условиях приобретает особую важность проблема воспитания и социализации мо-

лодого поколения в процессе профессиональной подготовки специалиста.

Знания о ценностях общества, в том числе и о будущей профессии, у молодого поколения, как правило, находятся на вербальном уровне, не осознаны и не исполняют роль автоматических регуляторов поведения.

В последние годы профессиональные образовательные учреждения столкнулись с проблемой низкого интеллектуального развития абитуриентов и с новыми направлениями мотивационной сферы будущих специалистов, являющихся продуктом современной молодежной субкультуры.

Проблему можно объяснить следующими причинами:

- ранним развитием у молодежи синдрома хронической усталости, вызванного высоким уровнем заболеваемости в детском и подростковом возрасте, что является причиной слабой подготовки за курс средней общеобразовательной школы;
- постоянным пребыванием молодежи в состоянии хронического стресса, развивающегося в результате ослабленного психического развития с момента рождения, распространения социальных болезней и негативных социально-экономических явлений, происходящих в обществе;
- снижением уровня общей культуры населения, в том числе медицинской культуры среди населения;
- отторжением старых традиций, основанных на русской ментальности, и принятием новых, не учитывающих особенностей характера современного человека.

Продолжает сохраняться негативная тенденция в мотивационно-ценностной ориентации молодых людей, выявленная лабораторией факультета социальной педагогики и психологии Владимирского государственного педагогического университета в 1997 г. в сравнении с аналогичной группой молодежи 70-х гг. XX столетия [24].

Современные школьники и студенты средних и высших образовательных учреждений не относят к «категории престижных» профессии медицинского работника, учителя, инженера, так как в последние годы прослеживается корыстная направленность жизненных планов и трудовых ориентаций подростков и молодежи.

Потенциальный психологический портрет современного абитуриента профессионального образовательного учреждения можно смоде-

лировать следующим образом: это молодой человек, вращающийся в микросреде с недостаточно высокой социальной культурой, в которой категории морали и нравственности носят вербальный характер и не являются регуляторами межличностных гуманистических отношений.

Большинство абитуриентов уже курили (независимо от пола), употребляли алкогольные напитки, наркотики, в некоторых случаях имеют опыт ранних сексуальных отношений, часто ведущих к венерическим заболеваниям.

Мотивационная сфера абитуриента слабо развита, слабо выражена мотивационно-ценностная ориентация на гуманизм, милосердие, сострадание, уважение к жизни и здоровью человека. Например, становится нормой, когда молодые люди, поступающие в профессиональные образовательные учреждения, имеют низкий уровень психического и физического здоровья. Напомним, что в последние годы среди общего числа выпускников общеобразовательных учреждений доля лиц, имеющих высокий уровень психического и физического здоровья, составляет лишь 5–10%.

В последнее время получает развитие такая негативная тенденция как предоставление недостоверной информации о состоянии здоровья абитуриентами в приемные комиссии на этапе вступительных испытаний, что в дальнейшем приводит к невозможности получения профессии или осуществления профессиональной деятельности после прохождения итоговой аттестации.

Синдромы хронической усталости и хронического стресса, хроническая интоксикация организма в результате инфекционных и неинфекционных заболеваний приводят к ослаблению психического здоровья молодежи, что выражается в различных формах неврозов, психоастенических состояниях и истероидоподобных реакциях.

В процессе работы педагогические коллективы образовательных учреждений постоянно сталкиваются с проблемой недостаточного воспитания молодого человека в семье, что выражается в слабом развитии духовных качеств личности.

В таких условиях для получения качественного профессионального образования и нравственного развития личности необходима активизация воспитательной работы среди студентов профессиональных образовательных учреждений. Самовоспитание, самоопределение, нравственное совершенствование, освоение социального опыта должны осуществляться также в процессе получения специальности.

Поэтому для обеспечения здоровьесбережения в профессиональной подготовке специалиста необходимо создать в образовательном учреждении ряд условий.

I. *Наличие глубоко продуманной программы профессионального воспитания и развития личности*, основанной на принципах здоровьесбережения и включающей программу организации работы по предупреждению распространения социальных болезней среди молодежи.

В качестве примера приведем программу, реализуемую в Ревдинском медицинском колледже. Цель программы – организация системы профилактики распространения социальных болезней среди обучающихся колледжа и образовательных учреждений города в процессе получения профессионального образования.

Перед административно-управленческим персоналом и преподавательским коллективом стоят следующие задачи:

1. Организация планомерной работы по профилактике употребления наркотиков и алкоголя обучающимися с привлечением всех структурных подразделений колледжа.

2. Укрепление взаимодействия колледжа с учреждениями здравоохранения города и области, комитетами по делам молодежи и спорту, администрациями школ города, милицией и другими заинтересованными государственными и общественными организациями.

3. Активизация научно-практической и научно-исследовательской деятельности студенческого научного общества колледжа по изучению проблемы наркомании и алкоголизма среди молодежи города.

4. Изучение и анализ антинаркотической и антиалкогольной пропаганды другими образовательными учреждениями и заинтересованными организациями.

5. Введение в содержание образовательных программ специального модуля обучения профилактике наркомании и алкоголизма, включающего социальный, правовой, медицинский, психолого-медицинский и психолого-педагогический разделы.

6. Создание преподавателями колледжа учебно-методических рекомендаций для обучающихся на тему «Социальные болезни и их профилактика».

7. Продолжение активного вовлечения в физкультуру и спорт обучающихся и формирования у них навыков здорового образа жизни.

8. Мониторинг здоровья обучающихся и организация раннего выявления групп риска и случаев употребления наркотических веществ и алкоголя.

9. Ежегодный анализ деятельности колледжа по предупреждению употребления обучающимися наркотиков и алкоголя, выявление случаев и причин заболеваний, передающихся половым путем, что особенно важно в профессиональной подготовке специалиста медицинского профиля.

Реализация программы организации работы по предупреждению употребления наркотиков и алкоголя и других социальных болезней среди молодежи строится на следующих принципах:

- *не нанеси вреда* — «non nocere!» (лат. «не навреди!»). Этот принцип одинаково первостепенен как для медицинских работников, так и для педагогов и родителей. На его соблюдении строится профессиональная этика любой профессии, связанной с человеком, медицинской деонтологии, основ педагогики и дидактики профессионального образования. Актуальность его повысилась в системе образования с начала 1990-х гг. в связи с тем, что в образовательном процессе стали применять научно необоснованные и непроверенные на практике оздоровительные системы; новая дисциплина валеология преподавалась специалистами, не имеющими никакого к ней отношения. Были попытки противопоставить валеологию медицинским дисциплинам, носящим профилактическую направленность, таким как гигиена, основы медицинских знаний, иммунология и др., что нанесло несомненный вред здоровью подрастающего поколения. Кроме того, информация о таких явлениях, как наркомания или венерические заболевания, должна быть точной и достаточной и не являться дополнительной информацией, вызывающей любопытство и личное желание испробовать или, наоборот, отвращение к сексуальной жизни;
- *гуманизации.* Принцип гуманизации образования — основополагающий принцип деятельности образовательных учреждений. Он предполагает переоценку всех компонентов и составляющих учебно-воспитательного процесса в свете приоритетов человекообразующих и профессиональных функций;
- *системности.* Под принципом системности мы понимаем вовлечение в процесс здоровьесбережения всех структурных подразделений образовательного учреждения, объединенных общей целью

в здоровьесберегающей деятельности, которая носит планомерный характер на основе постоянно действующей программы;

- *толерантности.* На межличностные отношения, складывающиеся в образовательном процессе, оказывают влияние многие аспекты: уровень развития общества и экономики; состояние культуры; режим и формы построения учебно-воспитательного процесса образовательного учреждения; состояние здоровья и образ жизни участников образовательного процесса и др. Использование принципа толерантности в межличностном общении образовательного учреждения — немалый вклад в развитие культуры и сохранение здоровья всех участников образовательного процесса;
- *гармонии отношений.* Под гармонией отношений мы понимаем формирование в образовательном учреждении особого психологического климата, позволяющего осуществлять равноправное сотрудничество между преподавателем, обучающимися, родителями, а также внутри коллектива обучающихся;
- *непрерывности.* Принцип непрерывности действует как основа организации целостной системы образования. При быстрых изменениях требований к объему знаний современного человека этот принцип формирует необходимые самостоятельные навыки и мотивацию продолжения образования по разным направлениям образовательной деятельности, в том числе изучения научных данных по формированию навыков здорового образа жизни.

Реализация программы по предупреждению социальных болезней, формированию навыков здорового образа жизни среди обучающихся осуществляется на постоянной основе. Она содержит краткую психологическую характеристику обучающихся в зависимости от возраста, план работы по всем структурным подразделениям и личные планы работы преподавателей. При реализации программы используются различные методы работы: устный, печатный, наглядный, дистанционный, смешанный.

Практический опыт показывает, что в зависимости от результатов медико-педагогической диагностики и поставленных на данный момент целей и задач целесообразны для использования разные формы профилактической работы с обучающимися: беседа, лекция, дискуссия; вечер вопросов и ответов; консультация психолога, врача, педагога; листовка, памятка, лозунг; плакаты, санбюллетени; стендовые и реферативные сообщения; тезисы, доклады.

На преподавателей и аспирантов возложена функциональная обязанность создания учебно-методических рекомендаций и проведение социологических исследований по вопросам здоровьесбережения в процессе профессиональной подготовки специалиста. Кураторы групп проводят анкетирование, помогающее выявить трудности в социализации и адаптации студентов. В решении проблем здоровьесбережения обучающихся приемлемы и такие формы работы, как открытое письмо, статьи, публикации, круглый стол, конкурсы, конференции, пресс-конференции, мониторинг физического и психического здоровья обучающихся; взаимодействие с родителями; взаимодействие с внешними организациями; научно-практическая деятельность и учебно-методическая деятельность преподавателей и студентов и др.

Реализация данной программы контролируется и ежегодно координируется администрацией колледжа, а результаты и эффективность программы обсуждаются на педагогических советах и в органах самоуправления студентов.

II. *Сохранение старых и формирование новых традиций в студенческих коллективах с целью раннего формирования профессиональной субкультуры будущего специалиста на основе поведения, не сопряженного с риском для здоровья.* Например, проведение в течение учебного года дней здоровья (осенью и весной), привлечение к воспитательной деятельности служителей прихода Свято-Троицкой церкви, совместно с которыми можно организовать помощь престарелым.

III. *Привлечение к реализации программы профессионального воспитания всех участников образовательного процесса*: преподавателей, воспитателей, психологов, административно-управленческого и вспомогательного персонала, студентов и органов самоуправления, родителей, медицинских и общественных организаций и т.д. Деятельность в этом направлении будет успешной, если все участники образовательного процесса будут объединены общей целью.

IV. *Создание, применимо к данному образовательному учреждению, профессионально-личностной модели специалиста* с целью определения необходимых профессиональных качеств личности в современных социально-экономических условиях.

В качестве примера можно привести профессионально-личностную модель, разработанную в Ревдинском медицинском колледже для профессиональной подготовки выпускника по специальности «Лабораторная диагностика» [10].

Профессионально-личностная модель медицинского лабораторного техника разработана на основе анализа психолого-педагогической литературы (Т.Д. Барер, Н.В. Басова, Э.Ф. Зеер, Е.А. Климов, А.К. Маркова, П.И. Самойленко и др.), применения системного подхода в изучении социального портрета студента и его социально-профессиональных ценностных ориентаций. В модели определены общие требования к уровню образованности, воспитанности, развитию личных и профессиональных качеств, состоянию здоровья выпускника. Профессионально-личностная модель медицинского лабораторного техника (рис. 2) включает следующие компоненты:

- *структурный* — отражает структуру непрерывного профессионального образования по специальности «Лабораторная диагностика», предполагающую допрофессиональную подготовку (подготовительные курсы); среднее профессиональное образование базового уровня (квалификация «медицинский лабораторный техник»); среднее профессиональное образование повышенного уровня (квалификация «медицинский технолог»);
- *содержательный* — включает содержание предметной подготовки специалиста, которое определяется государственным образовательным стандартом, учебными планами, образовательной программой, рабочими программами, программами промежуточной и итоговой аттестации студента и отраслевыми нормативными правовыми актами, регулирующими сферу профессиональной деятельности;
- *функциональный* — включает модель профессиональной деятельности специалиста (медицинского лабораторного техника), отражающую его квалификационную характеристику, разработанную на основе анализа структуры труда, профессиональных функций, перспектив развития профессии и др. Новыми профессиональными функциями медицинского лабораторного техника в модели являются аналитическая, диагностическая, операторская, технологическая, организационно-контролирующая;
- *технологический* — содержит технологию и методику организации образовательного процесса, обеспечивающие реализацию профессиональной подготовки медицинского лабораторного техника, отражающие социальный заказ и обусловленные потребностями региона в специалистах конкретной квалификации;
- *личностный* — характеризует ключевые квалификации выпускника (компетентность и социально-профессиональные личностные

качества), необходимые специалисту для решения новых профессиональных задач. К социально-профессиональным личностным качествам специалиста лабораторной диагностики отнесены: нравственно-гуманистические, обусловленные спецификой медицинской деятельности (любовь к людям, гуманность, доброжелательность, чуткость, милосердие, терпимость, ответственность); психоаналитические, способствующие совершенствованию специалиста как профессионала (самоконтроль, самооценка); психолого-педагогические качества, обеспечивающие установление эффективных взаимодействий со всеми субъектами деятельности (коммуникабельность, эмпатия, тактичность); психологические, определяющие профессиональную пригодность специалиста к

Рис. 2. Структура профессионально-личностной модели медицинского лабораторного техника

данному виду деятельности (устойчивое психическое состояние, стрессоустойчивость и др.);

- *здоровьесберегающий* — устанавливает требования к психическому и физическому здоровью абитуриента и выпускника, к технике безопасности и охране труда; определяет структуру здоровьесберегающей среды; предусматривает мониторинг состояния здоровья студента и реализацию комплекса профилактических мероприятий.

V. *Сочетание в процессе профессионального воспитания личностных интересов и профессиональных возможностей обучающихся.* Для решения этой задачи необходим мониторинг психолого-педагогического развития обучающихся. В Ревдинском медицинском колледже разработана структура и содержание мониторинга каждого этапа психолого-педагогического сопровождения профессиональной подготовки специалиста в зависимости от курса и специальности обучения.

VI. *Введение дополнительных образовательных услуг, связанных с воспитанием обучающихся* (обучение плаванию и оказанию первой медицинской помощи на воде; организация факультативов для изучения экологической обстановки района; внедрение разработанных студентами и преподавателями практических мер по охране окружающей среды).

Таким образом, осуществление воспитательной деятельности в образовательном учреждении на основе принципов здоровьесбережения обеспечивает непрерывность и многоуровневость подготовки специалистов, а также трансформацию содержания воспитательной работы образовательных учреждений в соответствии с принятыми нормативными правовыми актами в сфере охраны здоровья.

2. ЧЕЛОВЕК И ЗДОРОВЬЕ

2.1. Медицинские и социальные аспекты здоровья

Здоровье человека относится к числу глобальных проблем, т.е. тех, что имеют жизненно важное значение для всего человечества. Здоровье — это не только отсутствие болезни, а физическая, социальная, психологическая гармония человека, доброжелательные, спокойные отношения с людьми, с природой и самим собой. В XXI в. существенно уменьшилось число инфекционных заболеваний и увеличилась средняя продолжительность жизни человека.

Во все исторические этапы развития общества и медицины можно выделить две основные линии в вопросах лечения болезней и сохранения здоровья человека: первая — это восстановление здоровья с помощью лекарств; вторая — достижение той же цели путем мобилизации естественных защитных сил организма. Разумеется, всегда были опытные врачи, которые в своей практике использовали оба подхода, но в большинстве случаев в практике превалировал какой-либо один подход, поэтому возникла необходимость определения здоровья как самостоятельного понятия.

В самом деле, что это такое — здоровье? Состояние организма, когда нет болезни? Или интервал времени между болезнями? Большинство людей считают: «Если нет болезни, значит, ты здоров». Медицинская наука хорошо их измерила и создала номенклатуру, насчитывающую несколько тысяч названий, достаточно полно описаны механизмы развития, симптомы, течение, прогноз, лечение, процент смертности и тяжести страданий.

Исследованием «здоровья здоровых» стали заниматься намного позднее, а последние двадцать лет — наиболее целенаправленно. Индивидуальное здоровье человека изучает наука валеология. Предмет валеологии — «здоровье здоровых людей». Основоположником науки об индивидуальном здоровье человека в современном его понимании является ученик Н.В. Лазарева — И.И. Брехман, работавший во Владивостоке. И.И. Брехман (1982) заложил методологические основы сохранения и укрепления «здоровья здоровых людей». Он исследовал роль адаптогенов и сформировал новое направление — фармакосанацию (лекарства «для здоровых»).

Основная его идея сводилась к следующему: необходимо изменить всю стратегию здравоохранения путем изучения этиологии (причин заболевания), диагностики качества и количества здоровья индивида. Это новое научное направление он назвал валеологией (от лат. valeo — здравствовать).

Этот термин впервые появился в 1980 г. во втором издании монографии И.И. Брехмана «Человек и биологические активные добавки». Слова «валеология» до сих пор нет в энциклопедических словарях. К сожалению, валеология не переросла в большую самостоятельную науку и на основе своей методологии не породила государственную систему обеспечения здоровья в нашей стране.

В 1988 г. И.И. Брехман издает первую монографию по этой проблеме «Введение в валеологию — науку о здоровье», в которой утверждает, что наука о здоровье не должна ограничиваться одной медициной, а быть интегральной, формируясь на основе медицины, экологии, биологии, психологии, педагогики и других наук. По его мнению, «здоровье людей должно служить главной визитной карточкой социально-экономической зрелости, культуры и преуспевания государства, а не морское судно или воздушный корабль, как нередко считают» [8, с.7].

Вторым центром развития валеологии стал Киев, где под руководством Г.Л. Апанасенко формирование валеологического направления происходило на основе спортивной медицины, поскольку спортивная медицина обладает крупнейшим в медицине банком данных о состоянии и функциях здоровых людей.

В России понятие «здоровье здоровых» означает, во-первых, здоровье тех 5–7% людей от общей численности населения (как у нас, так и за рубежом), которые считаются абсолютно здоровыми, а во-вторых, здоровье 70–75% людей, которые имеют одно-два хронических заболевания в стадии устойчивой ремиссии, т.е. находятся вне обострения [16].

Очень трудно, а иногда и невозможно определить, где кончается здоровье и начинается болезнь. Иногда самую страшную болезнь человек может не чувствовать до конца своих дней и, наоборот, страдать от мнимой болезни, даже не болезни, а ощущения ее, страдать сильно и пожизненно.

Бесспорный прогресс медицины в последние десятилетия, казалось бы, должен улучшить, поднять на более высокий уровень диагностический процесс. В то же время симптомы страданий современ-

ных людей четко не укладываются в определенную форму заболеваний или, если таковое имеется, явно не соответствуют диагнозу. В последние 25–30 лет прогрессируют социально зависимые и профессионально обусловленные дефекты здоровья населения (дизадаптивные синдромы, социально-экологическое переутомление и интеллектуальное переутомление, стрессогенные заболевания).

Может ли человек вообще не болеть? Конечно же, нет. Он может не чувствовать болезнь, однако не может быть абсолютно здоровым. Многие люди верят в свое здоровье — это хорошо, но недостижимо. Вроде бы, каждому понятно: здоровье — это противоположность болезни, нужно его измерять. Много здоровья, меньше шансов на болезнь. Мало здоровья, возрастают шансы на болезнь. Примерно так многие люди думают и говорят: «плохое здоровье», «слабое здоровье». Иногда проходят годы и десятилетия, прежде чем человек «ударится лбом» о свою болезнь, о свое несчастье. Страшно видеть людей с 30—50-летним курительным и алкогольным «стажем», которые не прекращают пить и курить, несмотря на поразившие их заболевания.

Здоровый человек бывает несчастным, но больной не может быть счастливым. Здоровье приятно, но если оно постоянно, то действует закон адаптации, и его перестают замечать, оно перестает давать компонент счастья. Рассмотрим два положения. Первое: полное здоровье при плохой работе или плохой семье вполне достаточно для несчастья человека. Привыкнуть к сложным и тяжелым отношениям человеку трудно или вообще невозможно.

Обратное положение: болезни при хорошей семье и интересной работе. Во-первых, бывает нелегко сохранить хорошее отношение к больному члену семьи, что подтверждается многочисленными жизненными ситуациями. Не так часто в повседневной жизни встретишь милосердных и добрых людей, способных на постоянное самопожертвование. Во-вторых, больной человек редко способен хорошо работать и удерживать уважение коллег и работодателя, совершенствовать свое профессиональное мастерство. Без такого уважения и карьерного роста работа не может быть приятной, а если к этому добавить еще и телесные страдания, не поддающиеся адаптации, то мечтать о счастье проблематично. Но уменьшить страдания силой духа можно. Однако и это доступно лишь людям с сильным и волевым характером.

Прежде чем пытаться разобраться во взаимосвязях между здоровьем и болезнью, необходимо уточнить, что следует понимать под эти-

ми категориями. По определению ВОЗ, здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия при отсутствии болезни или физических дефектов. А что касается болезни, то в «Большой медицинской энциклопедии» приводится одиннадцать ее определений, каждое из которых очень проблематично. Р. Вирхов еще в прошлом веке сказал: «Болезнь – это жизнь при ненормальных условиях». В словаре В. Даля синонимы болезни – хворь, хвороба, хворость, недужила, недуг, немочь, скорбь, хиль, нездоровье.

Здоровье – это ощущение счастья и благополучия, удовлетворенности своим физическим и душевным состоянием; болезнь – это осознание ущербности, увечности или нездоровья, утраты или явного снижения жизненных сил, страх или неуверенность в своем жизненном предназначении, а также поставленный врачом серьезный диагноз [1, с. 29].

Большинство нормально развитых взрослых людей не вписываются в категорию ни больных, ни здоровых, занимая промежуточное положение, т.е. находятся на грани нормы и патологии. Им трудно поставить какой-либо диагноз. Часть из них страдает различными расстройствами многих органов и систем, некоторые из них умирают по известной или неизвестной причине (например, от физических перегрузок, внезапных аритмий, при стрессовых ситуациях, спазмах сосудов сердца).

Согласно исследованиям Т.М. Максимовой (2001), существуют различия в структуре и распространенности заболеваний в тех или иных группах населения в зависимости от характера их занятости. Так, например, соматические заболевания, в том числе достаточно тяжелые и ограничивающие жизнедеятельность (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, остеохондроз, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у женщин – гинекологические заболевания), в большей мере распространены среди работников бюджетной сферы.

Более здоровый контингент, по мнению Т.М. Максимовой, составляют частные предприниматели и работающие в сфере бизнеса. В этой группе значительно реже наблюдаются такие тяжелые заболевания, как сахарный диабет и бронхиальная астма, и реже возникают обострения хронических заболеваний в течение года.

У работников негосударственных организаций значительно выше частота различных тяжелых травм, а у частных предпринимателей – достигает 5–8-кратного превышения по сравнению с работниками бюджетной сферы.

От социально-экономического положения зависит здоровье не только взрослых, но и их детей. С падением жизненного уровня в семье появляются предпосылки для хронических болезней ребенка. Так, если в семьях с высоким уровнем жизни выявляется 14% детей с хроническими болезнями, то в семьях со средним или выше среднего составляет соответственно 32 и 27,3%. А в семьях с низким уровнем жизни число хронических больных детей достигало почти половины (49%).

Типичная фигура – школьник с больным горлом и плохими зубами, искривлением позвоночника и неправильной осанкой, никогда не занимавшийся спортом (если не считать спортом компьютерные игры), естественно, со слабым физическим развитием. Болен он или здоров? Если болен, то как назвать заболевание? Правильнее, вероятно, считать его относительно здоровым, т.е. не столько больным, сколько человеком со слабым здоровьем, с небольшим запасом прочности, в промежуточном (третьем) состоянии между нормой и патологией. А периоды гормональной и физической перестройки человека: половое созревание, послеродовой период, климакс? Это все этапы в состоянии здоровья и жизнедеятельности человека.

Основной контингент лиц с пограничной патологией складывается из двух больших групп. Первая группа – те, кто считают себя здоровыми или у кого субъективные симптомы явно не соответствуют той формальной патологии, которая у них обнаруживается (остеохондроз позвоночника, начальные проявления атеросклероза аорты, пролапс митрального клапана). Ко второй группе относятся пациенты с так называемой функциональной патологией, у которых несмотря на обилие предъявляемых жалоб (нейроциркуляторная дистония, пограничная гипертония, синдром раздраженного кишечника) не находят заметных изменений. Подобные ситуации часто встречаются врачам общей практики.

К кругу рассматриваемых отклонений от нормы напрямую относятся так называемые функциональные болезни. Учение о функциональных болезнях создано в основном отечественными учеными. Уже на заре его высказывались мысли о том, что pathos и функция неразделимы, что в синтетической картине болезни pathos объединяет ряд структурных и функциональных процессов на фоне нарушения обмена веществ и нейроэндокринной регуляции.

Термин «функциональное заболевание» далеко не исчерпывает промежуточных состояний между нормой и патологией. Какая-либо

систематизация пограничных состояний, за исключением той, что используется в психиатрии, практически отсутствует.

К пограничным состояниям относится нейроциркуляторная дистония – загадочная, не расшифрованная до конца болезнь, относимая в основном к группе неврозов исследователями в западных странах, в нашей стране она одинаково часто оказывается в поле зрения психиатров, невропатологов, вегетологов, эндокринологов и терапевтов.

Пограничные состояния наблюдаются и в некоторые возрастные переходные периоды. В подростковый, или пубертатный, период неизбежно рассогласование растущего тела, ума и чувств. Эти противоречия вызывают дисфункцию некоторых органов и систем или расстройства психоэмоциональной сферы, что впоследствии может привести к развитию болезней, например, гипертонии, ожирения, эндокринных нарушений. Другой опасный период в жизни человека – от 40 до 50 лет, так называемый средний, «бальзаковский», предклимактерический возраст. Дает о себе знать груз прожитых лет, отягощая тело, скручивая пальцы, сплющивая позвоночник. Часто люди утрачивают энтузиазм молодости, им тяжело ходить, они не бегают и не танцуют, появляются проблемы, связанные с пищеварением, сердечно-сосудистой системой, психоэмоциональной сферой.

Итак, сегодня большинство нездоровых людей не являются истинно больными, а находятся в промежутке между здоровьем и болезнью.

2.2. Психическое здоровье и алкоголизм

2.2.1. Понятие психического здоровья

Гармоничные отношения между участниками образовательного процесса подразумевают, с одной стороны, отсутствие у них дефектов в психическом здоровье, а с другой стороны, наличие повышенной устойчивости к психическому стрессу, т.е. толерантности.

В данной работе под психическим здоровьем понимается отсутствие у человека психических болезней, т.е. заболеваний с преимущественным нарушением и расстройством психики, выражающихся в форме функциональных изменений психической деятельности без нарушения отражения реального мира (неврозы, неврастении, де-

прессии, алкоголизм, наркомания и т.д.) или в форме органических поражений мозга и глубоких расстройств психики с нарушением реального отображения мира и поведения (шизофрения, психозы, олигофрения, травмы и т.д.).

Существует несколько концепций понимания здоровья: 1) здоровье как отсутствие заболеваний и идеальное состояние благополучия; 2) здоровье как баланс (так называемая динамическая точка зрения). В отечественной медицине одно из определений здоровья основано на теории потребностей. Под здоровьем понимается умение человека удовлетворять свои материальные и духовные потребности. Значит, для того чтобы ребенок или взрослый человек был здоровым, необходимо научить его осознавать свои потребности и удовлетворять их. Психическое здоровье — это собственная жизнеспособность индивида.

Согласно Всемирной организации здравоохранения были выделены критерии психического здоровья:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического Я;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовать это;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций — обстоятельств.

Идеальное психическое здоровье в виде эталона подразумевает гипотетическое психическое состояние, все составляющие которого соответствуют некоторым теоретическим нормам и создают условия для полной психосоциальной адаптации и психологического комфорта в реальной природной и социальной действительности (С.Б. Семичев, 1979). Оно не встречается в реальной жизни, поскольку для психического здоровья характерны индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая по-

зволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными потребностями, общественными интересами, общепринятой моралью.

Поэтому психическое здоровье ассоциируется с третьей целью существования человека — потребностью самореализации как личности, т. е. обеспечивает социальную сферу жизни человека.

Любое нарушение психического здоровья (по аналогии с физическим) связано, с одной стороны, с врожденными особенностями психики, а с другой — с воздействующими в процессе жизни факторами — чрезмерными психическими нагрузками, токсическими воздействиями на мозг, психотравмами, в том числе и связанными с получением человеком образования на этапах его жизнедеятельности.

Согласно современным представлениям, основанным на работах К.Г. Юнга, психика человека имеет осознаваемую и неосознаваемую части. Неосознаваемая часть психики — это подсознание и сверхсознание. Первая включает всего лишь около 10% психического материала. Подсознание — это психологический опыт, который человек уже прошел и несет его в себе. Опыт связан с биологическим существованием человека. Сверхсознание — это высшие уровни психики, то, к чему человек еще только идет, но ощущает это в себе. В подсознании фиксируются все последствия психических стрессов, психотравм и психокомплексы.

Интегральная личность человека состоит из многих субличностей, которые представляют отдельные качества человека и отдельные жизненные программы. Субличности человека могут находиться в разных взаимоотношениях друг с другом, могут гармонировать, могут взаимоподстраховывать, компенсировать или конфликтовать. Каждая субличность выполняет свою определенную неповторимую роль, а изменение ее приводит к изменению всей личности человека. Поэтому из психики человека нельзя ничего вынуть и можно лишь что-то привнести в нее без учета внутренних связей.

Высшим аспектом, который приводит к интеграции и гармонии психики человека, является «истинное Я». Оно дает человеку ощущение цели в жизни, правильности пути, долга, совести, ответственности и других высших психических проявлений.

Второй по значимости аспект, который также приводит к интеграции и гармонии психики человека, является субличность — «мой внутренний ребенок». В каждом взрослом человеке живет маленький ребенок с его личным опытом, с его проблемами, которые он вынес из детства, детским желанием защиты и любви. Отсюда особую значимость приобретает период становления психики для последующей жизни человека, так как первый психический опыт — это матрица для дальнейшего развития.

Каждая субличность человека имеет свою мотивационную (обычно не осознаваемую) и осознаваемую часть, которую представляет обществу. В жизни часто в силу нашей социальной обусловленности не происходит полного соответствия между побудительным мотивом и его выражением на личностном плане. Например, хочу учиться на бесплатном отделении в высшем учебном заведении, но не могу поступить несколько лет. Как видим, отсутствует совпадение между побудительным мотивом и личностным выражением, реализацией своей цели. Причиной несовпадения в подобном случае может стать как неправильное профессиональное самоопределение личности, так и недостаточно критичное отношение к собственному уровню образования и завышенная самооценка собственных сил, что может привести к деформации психических проявлений. Индивид, находясь в подобной или иной негативной ситуации, интенсивно начинает искать пути решения проблемы. На выбор решения большое значение оказывает воля, характер, уровень образования, воспитания, культуры индивида, его семейные и социальные отношения. Как правило, жизнь предлагает следующие пути выхода из душевного кризиса: три негативных — алкоголизация, развитие психического заболевания, сектанство; один позитивный — труд. Социальный опыт показывает, что часто человек, который не может решить свои проблемы, встает на путь алкоголизации.

2.2.2. История возникновения проблемы алкоголизма

С давних пор человечеству известны опьяняющие напитки. Изготавливались они из растений, и их потребление было частью религиозного ритуала, которым сопровождались празднества. Древние греки ставили рядом статуи бога вина Бахуса и богини мудрости Минервы, хотя позже между ними поставили богиню воды Нимфу, ве-

роятно, считая необходимым разбавлять вино водой. Сравнительно дешевый способ получения крепких напитков был освоен в XVI в. На протяжении долгого времени алкогольные напитки, особенно крепкие, оставались для большинства населения предметом роскоши: они были дороги и малодоступны. Коренные перемены произошли после того, как был открыт промышленный способ получения этилового спирта. Именно это открытие сделало возможным массовое потребление алкоголя, и в XVIII в. пьянство приобрело широкий размах в таких европейских странах, как Англия, Германия, Швеция и др. Примерно в это же время в России быстро входит в употребление водка. Можно сказать, что XIX в. породил, а XX в. усугубил весьма сложную проблему для человеческой цивилизации — проблему алкоголизма.

Данные социологических исследований выявляют любопытную картину. С одной стороны, подавляющее большинство опрошенных считают, что пьянство — большое зло, с другой — то же подавляющее большинство либо пьет, либо «выпивает, как все»; около половины опрошенных не хотели бы иметь среди друзей непьющего человека, а одна треть обиделась бы, если бы хозяин при встрече гостей не поставил на стол спиртное. Часть опрошенных (40%) считает, что потребление спиртного в пределах нормы безвредно и не сказывается на работоспособности, а каждый пятый мужчина вполне допускает появление в пьяном виде на улице, в транспорте, в местах отдыха, лишь бы это не приводило к скандалам и конфликтам.

Фактически алкоголь вошел в нашу жизнь, став элементом социальных ритуалов, обязательным условием официальных церемоний, праздников, некоторых способов времяпрепровождения, решения личных проблем. Однако эта социокультурная ситуация дорого обходится обществу. Как свидетельствует статистика, 90% случаев хулиганства, 90% изнасилований при отягчающих обстоятельствах, почти 40% других преступлений связаны с опьянением. Убийства, грабежи, разбойные нападения, нанесение тяжких телесных повреждений в 70% случаев совершаются лицами в нетрезвом состоянии; около 50% всех разводов также связано с пьянством.

Изучение различных аспектов потребления алкоголя и его последствий составляет большую сложность. По каким критериям можно судить об алкогольной ситуации и ее динамике? Как правило, используются три группы социологических показателей остроты алкоголь-

ной проблемы и масштабов распространения пьянства в стране: во-первых, уровень потребления алкоголя на душу населения и структура потребления; во-вторых, характеристики массового поведения, являющегося следствием потребления спиртного; в-третьих, ущерб, причиненный экономике и обществу пьянством.

Показатель уровня потребления алкоголя имеет смысл только в сочетании с данными о структуре потребления. Следует учитывать и еще целый ряд характеристик, например, регулярность потребления, длительность, связь с приемом пищи. Важны и особенности распределения общего объема потребления алкоголя среди населения: численность и состав пьющих, непьющих, пьющих умеренно; распределение потребления алкоголя между мужчинами и женщинами, по возрастам и другим социально-демографическим признакам. Поведение при одинаковой степени опьянения и оценки этого поведения также существенно различаются в социокультурных и этнических группах. Все перечисленные характеристики входят в понятие модели алкогольного потребления.

При оценке алкогольной ситуации выделяют три модели потребления алкоголя: винную, пивную и водочную. Эти модели сложились исторически и проявляются в традициях потребления алкоголя у разных народов.

Винная модель получила распространение в таких странах, как Франция, Италия, Португалия, Армения, Грузия, Молдавия. Для нее характерно регулярное потребление слабого виноградного вина за обедом и ужином. Сравнительно равномерно и распределение объема потребляемого алкоголя между различными группами населения. Этой модели присуще чрезвычайно высокое суммарное потребление алкогольных напитков, хотя негативные последствия этого несколько смягчаются некоторыми факторами, но не устраняются полностью. Особую проблему в этих странах представляет такое последствие алкоголизма, как угроза здоровью пьющих и их потомства.

Водочная модель традиционно преобладает в Польше, России, Финляндии, Швеции и других странах, где на крепкие напитки приходится до половины и более суммарного употребления алкоголя. Для этой модели характерны высокая неравномерность распределения потребляемого алкоголя среди населения, существование групп, резко выделяющихся неумеренностью и асоциальным поведением, сильное опьянение как сознательно достигаемая цель потребления. Стра-

ны преимущественно водочной модели, заметно уступая «винным» по суммарному потреблению алкоголя на душу населения в год, часто имеют не меньше отрицательных последствий.

Пивная модель близка к винной; по уровню потребления алкоголя «пивные» страны занимают среднее место.

Следовательно, уровень потребления алкоголя лишь косвенно отражает степень развития пьянства. Кроме того, сегодня существует тенденция размывания национальной специфики алкогольного потребления. В России рост в общем объеме употребляемых алкогольных напитков доли пива и вина, к сожалению, не связан с сокращением количества водки. Фактически употребление водки дополняется употреблением менее концентрированных алкогольных напитков.

Уточнить алкогольную ситуацию можно, изучая последствия употребления алкоголя: количество преступлений, связанных с выпивкой, и их долю в общем объеме преступлений; количество и долю несчастных случаев на почве пьянства, число доставленных в медвытрезвитель, хронических алкоголиков и т.п. Последствиями пьянства и алкоголизма являются экономический, материальный ущерб от преступлений и от несчастных случаев, издержки на лечение больных алкоголизмом, содержание правоохранительных органов. Не поддается материальному учету ущерб духовным и нравственным отношениям в обществе, семье.

В истории борьбы общества с алкоголизмом можно обнаружить два направления. Во-первых, ограничение доступности спиртных напитков, сокращение их продажи и производства, повышение цен, ужесточение карательных мер за нарушение запретов и ограничений. Во-вторых, усилия, направленные на уменьшение потребности в алкоголе, улучшение социальных и экономических условий жизни, рост общей культуры и духовности, спокойная, взвешенная информация о вреде алкоголя, формирование у населения безалкогольных стереотипов поведения.

История борьбы с алкоголизмом знала и попытки введения на территории некоторых стран «сухого закона» (Англия, США, Финляндия, Россия). Все они не достигли своей цели, потому что наличие алкоголя — не единственная и не главная причина существования алкоголизма. Проблема преодоления пьянства и алкоголизма является сложнейшей, она включает экономический, социальный, культурный, психологический, демографический, юридический и медицинский

аспекты. Только с учетом всех этих аспектов возможно ее успешное решение.

Данные мировой статистики свидетельствуют об устойчивой тенденции роста заболеваемости алкоголизмом, особенно среди молодежи. Пьянство и алкоголизм наносят вред не только пьющим, но и всему обществу. Борьба с пьянством и алкоголизмом представляет собой комплексную проблему и включает:

- социальную (разрушение семьи, рост преступности, моральный ущерб окружающим людям);
- экономическую (травматизм, снижение производительности труда, затраты на лечение больных и содержание детей больных);
- медицинскую (выявление, предупреждение и лечение) проблемы.

Слово «алкоголь» происходит от арабского «аль коголь» (одурманивающий). Этиловый спирт, или этанол ($C_2H_2OH_5$), может быть получен при брожении субстратов, содержащих сахар, широко применяется в промышленности (растворители и др.) и медицине (как лекарственные вещества и антисептик). Исходным продуктом для промышленного получения этилового спирта служат злаки, картофель, свекла, древесина и др. Сырой этиловый спирт содержит много примесей, в том числе ядовитые сивушные масла. Путем перегонки он может быть очищен. В быту этиловый спирт применяют для изготовления алкогольных напитков. При изготовлении водки используют только этиловый спирт. Сухие вина получают естественным брожением виноградного сока. Если в вино добавляют спирт, его называют крепленым. Спирт, образующийся при возгонке виноградного вина, используют для производства коньяка и бренди. Ром получают из отходов производства тростникового сахара. Виски готовят из осахаренных зерновых продуктов. Как правило, ром и виски содержат большое количество побочных продуктов алкогольного брожения и поэтому отличаются большой токсичностью. К разряду крепких спиртных напитков относится также самогон, чача. Как правило, алкогольные напитки домашнего производства содержат очень много токсичных примесей. Особую категорию алкогольных напитков составляет пиво. Оно содержит 2,8–6,0% спирта, т. е. одна бутылка пива в среднем эквивалентна 30–50 г водки. Но в пиве присутствуют различные вещества, повышающие чувствительность организма к алкоголю и ускоряющие его всасывание.

Упоминания о спиртных напитках имеются в древнейших письменных источниках. Чистый спирт начали получать впервые в VI–VII вв. арабы. Перегонка вина и получение спирта резко усугубили пьянство у этого народа. Не исключено, что именно это послужило поводом для запрета употребления спиртных напитков мусульманской религией. В XIV–XV вв. в странах Западной Европы также научились получать спирт и готовить крепленые вина, этому способствовали возможности длительного хранения вина и распространения его по планете.

Предполагается, что на заре развития человечества прием спиртного был коллективным и приурочивался к внутриплеменным или астрономическим событиям (например, полнолуние или новолуние, удачная охота и т.д.). Чем сложнее были условия существования племени (добывание пищи, опасное соседство), тем чаще племя прибегало к «снятию напряжения» — к совместному опьянению.

Столь же древнюю историю имеет прием спиртного в компаниях, гостях. Употреблявшийся племенем опьяняющий напиток по общему для всех поводу вызывал и однозначные эмоциональные переживания, которые были тем более сходными, чем проще был духовный мир первобытного человека. С тех пор алкоголь стал символизировать психическое родство, единство «крови». Обряд побратимства, совершаемый путем непосредственного смешения или питья крови, заменяется ритуалом добавления крови каждого в общую чашу вина (у скифов) и, наконец, приобретает форму совместного питья вина. В христианской религии употребление вина — крови Христовой (причащение) — означает приобщение к духовному братству (причаститься — стать частью). Поэтому традиционное употребление спиртного при встрече друзей, в радости и горе, по праздникам, печальным и радостным торжественным дням имеет очень глубокие корни. А опыт сближения даже в малознакомой компании, положительное эмоциональное воздействие или смягчение переживаний, обусловленное специфическим действием алкоголя, способствует сохранению этой традиции.

По мере усложнения социальной структуры общества употребление алкоголя становится все более и более индивидуальным (появляются индивидуальные мотивы и индивидуальное отношение к спиртному) и в то же время увеличивается число факторов, обусловливающих развитие алкоголизма среди всех слоев населения.

2.2.3. Механизм развития алкогольной зависимости

Чтобы понять, почему угроза стать алкоголиком относится к каждому человеку, нам придется ответить на два непростых вопроса.

Первый звучит весьма банально: «Ради чего мы живем?» Разумеется, у каждого свои представления и цели, но смысл будет один и тот же – ради собственного удовольствия. Разница лишь в том, каким образом получать удовольствие и в чем видеть его источник.

Восторг открытия или процесс познания истины заставляет творческие натуры преодолевать немыслимые преграды и терпеть любые лишения. Вдохновение доставляет им наивысшее наслаждение.

ЗАПОМНИ! *Творчество в любом его проявлении, будь то воспитание детей или выращивание сада, любовь или интересная работа — делает жизнь осмысленной и яркой.*

Тысячу раз справедлива восточная мудрость, гласящая, что каждый человек должен построить дом, посадить дерево и вырастить сына. Без этого мы вряд ли сможем чувствовать себя счастливыми.

Так наше эгоистическое стремление к личному счастью оборачивается общим благом.

Для ответа на второй вопрос: «Почему в момент наслаждения, наивысшего интереса или азарта человек полностью забывает о боли и даже теряет ориентацию во времени и пространстве?» — авторы предлагают вспомнить о тех минутах восторга, которые каждый, по-своему, уже испытал в жизни.

Неважно, что именно доставило тебе удовольствие: любовное свидание или радость победы в спортивном состязании — тебе, наверное, захотелось пережить это ощущение еще раз.

Трудно бывает оторваться от интересной книги, даже тогда, когда в перспективе требуется осуществление важных задач.

Многие справедливо сравнивают эффект воздействия захватывающего сюжета с действием наркотика, который точно так же уводит от реальности и заставляет терять счет времени и даже забывать о боли.

Как показали исследования последних лет, в момент наслаждения в подкорковых структурах головного мозга выделяется вещество, которое первоначально окрестили как медиатор удовольствия и уже затем, сообразно его химическому строению, назвали эндоморфином или эндоэтанолом [7].

Иными словами, каждый способен вырабатывать свое собственное наркотически подобное вещество – внутренний морфин или внутренний алкоголь.

Но только осознание эмоций и ощущений доставляет максимальное понимание каждому индивиду его социальной необходимости.

Тот, кто радуется жизни только за счет своего внутреннего медиатора удовольствия, не прибегая к употреблению суррогата, способен к выяснению рациональной мотивации искушения.

Алкогольная же зависимость – феномен искушения. Механизм развития такой зависимости предельно прост. После употребления даже стакана столового вина в крови резко возрастает количество алкоголя, и система внутренней регуляции организма по принципу обратной связи прекращает выделение собственного эндоэтанола.

Со временем, из-за постоянного злоупотребления алкоголя (приблизительно через 5–6 лет), подкорковые структуры головного мозга практически перестают вырабатывать медиатор удовольствия.

И вот тогда человек начинает замечать, что после вчерашнего возлияния у него по утрам сильно болит голова, ломит мышцы, выворачивает суставы. Он становится угрюмым, неразговорчивым и полностью теряет способность к какой-либо работе.

Такое состояние в быту называют похмельем, в медицине – синдромом абстиненции или патологической зависимостью.

О сути происходящего уже нетрудно догадаться. Действительно, больной ощущает острый дефицит собственного эндоэтанола, который крайне необходим для поддержания эмоционального тонуса.

К тому же фоновое содержание в крови эндоэтанола устраняет ненужную болевую импульсацию на теле человека.

Острый дефицит эндоэтанола разрушающе действует на организм человека, возникает болезненно-непреодолимая тяга к алкоголю, ведущая не только к синдрому похмелья, что является признаком развивающегося заболевания, но и к противоправным нарушениям со стороны больного алкоголизмом, готового для получения необходимых средств для приобретения алкоголя к жестоким поступкам по отношению к родным, близким, способного и на правовые преступления против окружающих, пытающихся остановить разбушевавшегося алкоголика.

Меняется внешний облик больного, полное пренебрежение санитарно-гигиеническими нормами вызывает чувство брезгливости у

окружающих; прежний круг общения сужается, постоянными становятся «случайные собутыльники». Энергия жизни, являющаяся смыслом человеческого, осмысленного, творческого бытия, исчезает, наступает тусклое существование, полная деградация личности, заканчивающаяся вначале духовной, а затем и физической смертью.

2.2.4. Влияние алкоголя на организм человека

Потребность в алкоголе не входит в естественные потребности организма. Поэтому первый прием крепкого спиртного напитка, как правило, противен человеку. Однако ощущения, возникающие после приема спиртного, могут оставить положительный эмоциональный след: алкоголь, обладая наркотическим действием, изменяет психологическое состояние, настроение.

Фазы опьянения.

1. Эйфория, возбужденность (ослабление процессов внутреннего торможения), несдержанность, разговорчивость, самодовольство, ослабление самоконтроля, «скачка» мыслей. В зависимости от знака эмоций, которые преобладают в данный момент, возбуждение может проявляться то в излишней общительности, то в слезливом благодушии, то в злобности. Обычно первыми возбуждаются центры удовольствия, а затем центры агрессии. Меняется представление о рискованности поступка.

2. По мере нарастания степени опьянения эйфория сменяется заторможенностью. «Скачка» мыслей сменяется их застойностью, повторением ничего не значащихся фраз (целый вечер повторяет одно и то же). Значительно нарушается координация движений. Утрачивается способность адекватно реагировать на внешние раздражители (боль, холод и др.).

3. Глубокий тяжелый сон с полной и частичной потерей памяти о прошедших событиях.

Продолжительность и степень выраженности этих фаз зависят от дозы спиртного, индивидуальных особенностей человека, его возраста, «питейного стажа».

Даже однократный прием алкоголя может привести к смертельному исходу. Особенно низка переносимость алкоголя у детей и подростков. Для ребенка шести-семи лет 60–70 г водки могут быть смертельной дозой, а для подростка — 250–300 г. Описан случай смер-

ти грудного ребенка при завертывании его в пеленку, смоченную водкой, с целью компресса при воспалении легких. Отравление у детей и подростков развивается быстро, протекает бурно и в ряде случаев не поддается усилиям врачей.

Выпитый спиртной напиток через несколько секунд оказывается в желудке и еще через несколько минут в тонком кишечнике. В желудке всасывается около 20% алкоголя, в тонком кишечнике – около 80%. Вся кровь, оттекающая от желудка и кишечника, поступает в печень, а затем в общую систему кровообращения. Концентрация алкоголя в крови нарастает и через час-полтора оказывается максимальной. Часть алкоголя (5–10%) выделяется в неизменном виде почками. Остальные 90% окисляются в различных органах и тканях, главным образом в печени. Скорость расщепления молекул этанола в печени 0,1 г/кг массы тела в час, т.е. 6–8 мл чистого алкоголя. По мере циркуляции с кровью алкоголь избирательно накапливается в печени и головном мозге. Именно печень принимает на себя первый удар алкогольного залпа.

Этанол легко растворяется в воде и жирах и поэтому очень быстро проникает через клеточные мембраны. Он приводит к обезвоживанию клеток, нарушению целостности клеточных мембран, включается в обменные процессы, нарушает синтез белков, углеводов и жиров, калий-натриевое равновесие в клетках, синтез медиаторов и т.д.

Специальные исследования, проведенные с помощью этанола, содержащего меченый углерод, показали, что при однократном приеме наибольшее количество меченого радиоактивного углерода обнаруживается в печени и скелетных мышцах, за ними следуют подкорковые центры и мозжечок и только потом – кора головного мозга. Однако при дальнейшем поступлении алкоголя он все больше накапливается в головном мозге, в том числе в коре, выдвигая ее изменения на первое место. Таким образом, в первый момент опьянения мышечная ткань задерживает алкоголь и способствует его окислению. Совсем иначе ведут себя клетки жировой ткани. Они адсорбируют алкоголь, который там растворяется и долго не разлагается. Поэтому при прочих равных условиях, чем больше в организме мышц и меньше жира, тем ниже концентрация алкоголя в крови и меньше его влияние на мозг.

Химические превращения алкоголя в организме, его расщепление до воды и углекислого газа происходят в основном в печеночных клетках:

- первая фаза превращений — фермент алкогольдегидрогеназа расщепляет спирт до ацетальдегида с выделением ионов водорода, поступающих в митохондрии;
- вторая фаза — из ацетальдегида под действием альдегиддегидрогеназы образуется уксусная кислота;
- третья фаза — уксусная кислота расщепляется до CO_2 и H_2O.

Устойчивость людей к алкоголю (толерантность) зависит от активности алкогольдегидрогеназы и альдегиддегидрогеназы. Если их активность снижается, то снижается и переносимость алкоголя — легче развивается отравление. Активность ферментов обусловлена как врожденными индивидуальными свойствами, так и приобретенными. Ацетальдегид еще более токсичен, чем сам этанол.

Если блокировать каким-либо химическим препаратом альдегиддегидрогеназу, то разрушение алкоголя задержится на стадии образования ацетальдегида и наступит тяжелое отравление. Некоторые антибиотики и другие лекарственные препараты обладают таким свойством. Блокаторы альдегиддегидрогеназы применяются при лечении алкоголизма.

Основные мишени этанола и его производных: желудочно-кишечный тракт, печень, сердечно-сосудистая система, мозг, органы дыхания, почки, половые железы. Другие органы и ткани также подвергаются действию алкоголя. Кроме прямого действия молекул спирта на клетки, существует и опосредованное влияние через нарушение регулирующих функций центральной нервной системы (Приложение 6).

Желудочно-кишечный тракт. Находящийся в полости рта, глотки, пищевода и кишечника алкоголь оказывает обжигающее и раздражающее действие на слизистую оболочку и более глубокие слои, на секреторные железы. Раздражение сменяется угнетением секреторного аппарата. Большинство людей (95%), систематически принимающих спиртное, больны гастритом. В 12-перстной кишке, как и в желудке, очень часто наблюдаются разрушения эпителия слизистой оболочки и образование язв.

Печень. Продукты распада алкоголя и сам алкоголь вмешиваются в тонко сбалансированные процессы обмена в печеночных клетках, искажают его, приводят к жировому перерождению. «Ожиревшие» печеночные клетки не способны полноценно выполнять свои функции обезвреживания алкоголя и других токсических веществ. При

продолжающемся алкогольном натиске печеночные клетки разрушаются, замещаются жировой и соединительной тканью, т.е. развивается цирроз печени.

Сердечно-сосудистая система. Алкогольная интоксикация грубо искажает обменные процессы в клетках сердечной мышцы и сосудистых стенок, нарушая в них обмен кальция и повышая проницаемость клеточных мембран. В сердечной мышце истощаются запасы белков, накапливаются жировые включения. Некоторые клетки погибают и замещаются соединительной тканью (отсюда сердечная слабость, учащение сердцебиений, дистрофия сердечной мышцы). Изменения стенок коронарных сосудов приводят к болям в сердце. Сердце алкоголика на 20–25 лет старше самого человека. Стенки кровеносных сосудов под действием алкоголя теряют эластичность. Артерии уменьшаются в диаметре, мелкие вены расширяются, что ведет к венозному застою (синюшное лицо алкоголиков). По статистике каждый третий, злоупотребляющий выпивками, погибает от сердечно-сосудистых заболеваний. Большинство этих смертей приходится на возраст от 40 до 50 лет.

Центральная нервная система. Головной мозг — главная мишень для алкоголя. Он обильно снабжается кровью, и поступивший в мозг алкоголь жадно поглощается жироподобными веществами нервных клеток. Действие алкоголя на мозг находится в прямой зависимости от концентрации в крови. Малые дозы алкоголя ускоряют процесс передачи возбуждения, умеренные и большие — затрудняют его. При многократных или массированных приемах алкоголя он накапливается в коре головного мозга, подкорковых центрах, мозжечке. Центры коры приходят в хаотическое возбуждение, ослабляются процессы внутреннего торможения и контроля за поведением, раскрепощаются низшие формы поведения и инстинкты, нарушается координация движений, нарушается взаимодействие правого и левого полушарий головного мозга. Постоянное злоупотребление алкогольными напитками постепенно разрушает центральную нервную систему. Каждый «алкогольный залп» уничтожает сотни нейронов, разрушает метры нервных волокон. Появляются патологические изменения структур головного мозга: кора истончается, желудочки мозга расширяются, уменьшается масса мозга, что влечет за собой психические отклонения от нормы — изменения характера, памяти, работоспособности.

Органы дыхания. Частые ожоги слизистой оболочки глотки приводят к воспалению слизистой глотки и гортани, голосовых связок (голос алкоголика). Выделяющиеся через легкие пары алкоголя травмируют клетки альвеол и бронхов, способствуя развитию бронхита и других инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза.

Почки. Выделяющийся с мочой алкоголь и продукты его расщепления травмируют ткань почек и приводят к возникновению пиелонефритов.

Половые железы. Даже однократный прием алкоголя в четыре раза снижает концентрацию в крови мужского полового гормона — тестостерона. Поэтому злоупотребления алкоголем приводят к импотенции. Алкоголь существенно влияет и на половые клетки, содержащие наследственную информацию.

Иммунная система. При повышении концентрации алкоголя в крови снижается активность лейкоцитов и их защитная функция. Организм становится менее устойчивым к инфекциям.

В организме нет ни одной ткани, ни одного органа, который не подвергался бы деградации под воздействием алкоголя. Люди, злоупотребляющие алкоголем, живут в среднем на 10–15 лет меньше остальных.

2.2.5. Схема оказания первой медицинской помощи при алкогольной коме

ЗАПОМНИ! Если доза алкоголя оказалась избыточной, возникает реальная угроза развития алкогольной комы — крайне опасного для жизни состояния.

Эта участь постигает не столько хронических алкоголиков, сколько юных «петушков», которые стремятся доказать свою мужественность. К сожалению, их наивность часто оборачивается трагедией.

Развитие комы начинается с появления непрерывного чихания. При этом пьяный редко успевает прикрыть рот рукой, и его слюна и выделения из носа разлетаются на несколько метров. Появляется так называемый пьяный чих, который длится 10–15 мин.

Речь такого пьяного становится невнятной, он крайне заторможен, вял и через несколько минут засыпает. Все это сопровождается частым иканием, отрыжкой и обязательно рвотой. Спустя 15–20 мин

он будет находиться в состоянии глубокой комы, совершенно не реагируя ни на болевые, ни на звуковые раздражители.

Растормошить такого спящего практически невозможно. В положении лежа на спине он обязательно захлебнется своими рвотными массами, обильно выделяющейся слюной и слизью из носа или удавится собственным языком.

Кожные покровы сначала бледнеют, а затем лицо очень быстро становится синюшным. Появляются захрапывающее дыхание и сип на вдохе, артериальное давление и пульс определяются с трудом.

Непроизвольное мочеиспускание и выделение кала — характерные признаки. Хронические алкоголики привыкают к постоянно мокрой и грязной одежде.

Причины смерти в состоянии алкогольной комы:

- удушение собственным языком;
- аспирация рвотных масс;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- остановка дыхания;
- синдром сдавливания: самоотравление продуктами распада и развитие почечной недостаточности;
- отек головного мозга;
- переохлаждение в холодное время года.

Схема оказания первой медицинской помощи при алкогольной коме предусматривает следующие мероприятия.

1. Необходимо повернуть больного на живот и очистить ротовую полость от слизи и рвотных масс.

2. Приложить холод к голове. Поднести к носу ватку с нашатырным спиртом.

3. Вызвать немедленно машину скорой медицинской помощи.

Все эти действия помогут спасти несчастного от затекания содержимого желудка в дыхательные пути и удушения собственным языком.

Но его лечение обязательно должно быть продолжено в отделении реанимации с помощью аппаратов «искусственная почка» и управляемого дыхания и вливания большого количества плазмозамещающих жидкостей и мощных мочегонных средств для быстрого выведения токсичной дозы алкоголя.

К сожалению, даже такое интенсивное лечение не всегда заканчивается успешно.

Поэтому недопустимо:

- оставить человека в состоянии алкогольной комы лежать на спине и тем более на холоде, так как человек в состоянии алкогольного опьянения замерзает во много раз быстрее трезвого;
- не вызвать врача или машину скорой медицинской помощи.

2.2.6. Бытовое пьянство и алкоголизм

Под пьянством обычно понимают неумеренное употребление алкогольных напитков. При этом пьющий теряет человеческое достоинство, утрачивает контроль над своим поведением. Однако у пьяниц еще нет болезненной тяги к спиртному, а также физических и психических нарушений, характерных для больного алкоголизмом. У пьяниц переносимость к спиртным напиткам значительно выше, чем у непьющих людей (возрастание активности ферментных систем печени).

Алкоголизм — это тяжелое хроническое заболевание с неудержимым влечением к спиртному, изменением переносимости алкоголя, потерей контроля за количеством выпитого, стремлением как можно быстрее ввести себя в состояние алкогольного опьянения, наличием физических и психических нарушений, деградацией личности.

Резкой грани между явлениями пьянства и алкоголизма нет, хронический алкоголизм развивается постепенно.

Выделяют три стадии развития алкоголизма.

Первая стадия. Потеря чувства меры, контроля над количеством спиртного, неудержимое желание к принятию его. Исчезновение защитного рвотного рефлекса при употреблении больших доз, повышение переносимости спиртного. *Повышенная устойчивость к спиртному — это признак не могучего здоровья, а начинающегося алкоголизма.*

Вторая стадия. Нарастание тяги к алкоголю, появление состояния абстиненции, т.е. расстройства нервной системы при прекращении приема алкоголя (синдром отмены, похмельный синдром), появление физической потребности в алкоголе — *человек пьет уже не для веселья, а для того чтобы освободиться от тяжелого состояния расстройства функций внутренних органов.* Изменяется характер человека (ослабление силы воли, лживость, социальная деградация личности — ограничение круга интересов, грубость, жестокость, способность пойти на преступление). Появляются запои.

Третья стадия. Переносимость спиртного снижается (опьянение от малых доз), видоизменяется качество опьянения, наблюдаются грубые нарушения памяти, утяжеляются запои, *наблюдается выраженная деградация личности*, появляется способность пить любые жидкости, содержащие алкоголь, даже если это угрожает жизни.

Алкоголизм часто осложняется алкогольными психозами (белая горячка, алкогольный галлюциноз, бред «ревности», бред «преследования»). У людей с разными типами высшей нервной деятельности картина развития алкоголизма несколько различается, но заболеть могут люди и слабого, и сильного типов в любом возрасте.

Подростковый возраст — это период перехода от детства к взрослости, период становления и формирования зрелого организма. Этот возраст характеризуется бурным ростом, половым созреванием, совершенствованием физических функций организма, в том числе регуляторных функций эндокринной и центральной нервной системы. Масса сердца увеличивается почти в 2 раза, возрастают систолический и минутный объемы крови. Совершенствуются органы дыхательной системы. К 12–13 годам заканчивается развитие слюнных желез и желудка, к 15–16 годам — печени и желчного пузыря. Механизмы же регуляции вегетативных функций продолжают совершенствоваться до 18–20 лет, так как продолжает совершенствоваться структура и биохимия нейронов. Они пока еще беднее белками, богаче водой, растворяющей алкоголь.

Значительные изменения происходят и в психической сфере подростка. Формируется перспективное мышление, начинают формироваться высшие этические и нравственные категории.

В целом деятельность физиологических систем и психики отличается функциональной неустойчивостью, повышенной реактивностью к различным факторам внешней среды, в том числе к алкоголю. В развивающемся организме происходят дифференциация и совершенствование функций и систем, идет половое созревание. Употребление алкоголя в этом возрасте способно задержать или вовсе остановить физическое и умственное развитие, формирование этических и нравственных категорий, высших форм мышления, эстетических понятий.

Русский врач А. Коровин писал, что алкоголизм вербует свои жертвы в то время, когда человеческий организм наиболее беспомощен, когда менее всего способен противостоять и бороться с ним физически и психически. Тот период времени, в который начинается и закан-

чивается процесс созревания человеческого организма, когда совершаются глубокие внутренние перемены в физической и душевной жизни, когда нет еще физической и душевной устойчивости, свойственной зрелому и пожилому возрасту, — этот самый период представляет самую благоприятную почву для алкоголизма. И чем меньше возраст потребляющего алкоголь, тем быстрее проходит период от «баловства» спиртным до начала алкоголизма.

Подростки превращаются в хронических алкоголиков через 1–1,5 года после начала регулярного употребления спиртных напитков. В последние десятилетия алкоголизм заметно помолодел. Согласно официальным данным по ФРГ, алкогольные напитки ежедневно (!) употребляют 8% 12–14-летних, 20% 15–17-летних. В США раннее приобщение к спиртному отмечается у 65% мальчиков и 30% девочек (13–14 лет). В нашей стране 95% из числа алкоголиков приобщились к спиртным напиткам в возрасте до 15 лет. Обследования показали, что процент лиц, не знакомых со вкусом спиртного, среди учащихся техникумов и профучилищ не превышает 12%. Среди обследованных были выявлены подростки с начальными стадиями алкоголизма, они не обращались к наркологам и не привлекали к себе особого внимания окружающих. Можно увидеть алкоголиков даже в семилетнем возрасте по синдрому отмены, когда они попадают в больницу по другим поводам (дети из семей алкоголиков).

Первое приобщение детей к алкоголю, по данным анкетных опросов, в 67% случаев происходит дома, в семье. Имеет значение также влияние родственников, опытных товарищей. Почти всегда — в компании. Среди обстоятельств, способствующих этому, ведущая роль принадлежит алкогольным традициям, предрассудкам, обычаям, «питейному» настроению населения. Немаловажную роль играют произведения искусства, кино, театры, телевидение, литература.

Стоит один раз приобщиться к спиртному, как уже снимается психологический барьер и подросток чувствует себя вправе выпить с товарищами. Во многих случаях приобщение к алкоголю начинается в выпивающей компании. Длительный и бессодержательный досуг способствует развитию и закреплению привычки к частому употреблению спиртного.

Неоднократное или частое употребление алкоголя оказывает буквально опустошающее воздействие на психику подростка. При этом не только задерживается развитие высших форм мышления, выра-

ботка этических и нравственных категорий и эстетических понятий, но и утрачиваются уже развившиеся способности. Подросток, что называется, «тупеет» и интеллектуально, и эмоционально, и нравственно.

Данные обследований учащихся, направленных на выяснение зависимости успеваемости от степени приобщения к спиртным напиткам, позволяют сделать вывод, что успеваемость у них снижается, суживается круг интересов, изменяется характер и поведение. Подростки становятся невнимательными к близким и к прежним друзьям, неискренними, замкнутыми, безразличными. Главное желание — оказаться в «своем кругу», добыть спиртное. Ради спиртного или денег для его покупки такой подросток готов пойти против собственной совести, против закона.

Борьба с пьянством среди подростков осложняется тем, что на молодых мало влияет фактический материал о вредном воздействии алкоголя на здоровье и продолжительность жизни. Эффективнее показ отвратительного поведения и внешнего вида пьяного человека вообще. Главное же в борьбе с пьянством и алкоголизмом — это организация досуга, исключение питейных обычаев из семейной жизни.

В настоящее время отмечается тенденция к росту женского алкоголизма. По данным статистики, девочки в среднем на 2 года позже знакомятся с алкоголем. Распространенность употребления алкоголя среди мальчиков и юношей больше, чем среди девочек и девушек. Но с возрастом эта разница постепенно сокращается. Злоупотребление вином перестает быть печальной привилегией мужчин. Соотношение мужчин-алкоголиков и женщин-алкоголиков уже составляет 1:1.

В молодом возрасте (после 20 лет) у пьющих женщин толерантность к алкоголю даже выше, чем у мужчин. Высокая переносимость алкоголя — это тревожный сигнал привыкания к нему организма и начала развития алкоголизма. Пьющие женщины значительно быстрее становятся алкоголиками (через 3–4 года), алкоголизм протекает у них злокачественнее и излечивается очень трудно. Такие женщины выглядят значительно старше своих лет и к 30–35 годам превращаются в старух. К этому возрасту нарушаются или совсем прекращаются менструации. У женщин-алкоголиков часты выкидыши и преждевременные роды.

В начале XX в. немецкий врач Э. Крепелин отмечал, что последствия алкоголизма еще не столь страшны, пока половина человече-

ства — женщины — почти не причастна к алкоголю. Если алкоголизм получит распространение и среди женщин, то «нашим потомкам будет грозить полная гибель».

За пьянство отцов и матерей расплачиваются своим здоровьем дети. Алкоголь существенно влияет на половые клетки и их наследственный аппарат. Многие из них оказываются негодными для оплодотворения, другие вызывают уродство и гибель зародыша или выживание с измененной наследственностью. Если животным давать перед совокуплением алкоголь, то потомство рождается слабое, менее способное к обучению, склонное к судорожным припадкам, обнаруживающее элементы уродства. Чем больше «алкогольный стаж» отца и матери, тем резче проявляется физическая и умственная отсталость ребенка.

«Дети карнавала», «дети выходного дня», «дети веселого ужина» — так называют детей «пьяного зачатия». Опрос родителей умственно отсталых детей показал, что в 90% случаев зачатие было совершено в состоянии опьянения. Причем многие из этих родителей, не будучи пьяницами, тяжело переживают случившееся.

Старинный русский обычай поведения жениха и невесты на свадьбе — не пить спиртного — заслуживает внедрения в современные свадебные ритуалы.

Влияние алкоголя на плод особенно пагубно в первые месяцы беременности, когда происходит дифференцировка клеток зародыша и закладка основных тканей и органов. Особенно чувствительна к алкоголю формирующаяся нервная система, поэтому беременная женщина не должна употреблять спиртные напитки. Косвенное влияние на плод оказывает и пьянство отца, так как пьяный муж — это источник стрессовых ситуаций для будущей матери.

В организм новорожденного алкоголь попадает с молоком матери. У ребенка появляются расстройства нервной системы и желудочно-кишечного тракта. Если кормящая мать часто употребляет спиртные напитки, то этим она вызывает у ребенка своеобразный алкоголизм грудного возраста (плохой сон, крик, судорожные припадки).

Здоровье детей алкоголиков зависит от условий формирования половых клеток родителей, условий внутриутробного развития, течения родов, послеродового периода, условий роста и развития ребенка дошкольного и школьного возраста. Дети алкоголиков неполноценны. Среди них велик процент умственно отсталых, подверженных

эпилептическим припадкам. В лучшем случае у них плохая память, рассеянность, неспособность сосредоточиться, низкая успеваемость. Такие дети попадают в разряд «трудных» еще в детском саду, где выделяются драчливостью, непослушанием, трудностью образования элементарных навыков. У детей алкоголиков чаще встречаются неврозы и ночное недержание мочи. Дети пьющих родителей раньше других начинают курить и употреблять спиртные напитки.

По наследству передается не алкоголизм, а особенности обменных процессов (синтез ферментов, необходимых для разных фаз расщепления этанола) и слабость нервной системы. О возможности наследственной предрасположенности к алкоголизму говорит и тот факт, что переносимость алкоголя у представителей различных рас разная. Так, у эскимосов и индейцев алкогольный обмен замедлен, и при одинаковой дозе алкоголя опьянение у них сильнее, чем у европейцев.

Такова информация о влиянии алкоголя на организм человека. Инстинкт жизни каждого заставляет утверждать свою значительность. Устройство человека — это данность природы, данность бытия, а «совершенство» и «несовершенство» человек придумывает сам.

Природа человека выступает против алкоголизма. Если ты хочешь много в жизни сделать, необходимо конкретное приложение сил для борьбы с пагубными пристрастиями, тогда и придет ощущение силы и жизни своего тела, энергии разума. Алкоголю не нужно образование, интеллект, какие бы то ни было способности — нужен только чувственно-воспринимающий аппарат. Алкоголизм же — форма самоубийства, самодеградации, самодегенерации, самокалечения. Это, как и наркомания, стремление к нарушению главного запрета — запрета, которым твой инстинкт жизни, с одной стороны, запрещает уничтожать себя, а с другой — требует реализовать себя через все ощущения и действия жизни. Для того чтобы избежать алкогольной зависимости, рекомендуем придерживаться трех заповедей (см. Приложение 1).

Борьба с алкоголизмом — это борьба во имя полноценной, здоровой, несущей радость бытия, значительной жизни, во имя сохранения своего Я. Выбор за тобой. Контроль уровня знаний о влиянии алкоголя на организм человека, стадиях алкогольной зависимости и первой помощи при алкогольной коме можно осуществлять с помощью теста (см. Приложение 2).

2.3. Репродуктивное здоровье

2.3.1. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования

По данным Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г., одобренной распоряжением Правительства РФ от 24 сентября 2001 г. № 1270-р, демографическая ситуация характеризуется массовым распространением малодетности (1–2 ребенка в семье), ростом внебрачной рождаемости (каждый четвертый ребенок в 2000 г. рождался вне брака). Причиной депопуляции в Российской Федерации является также сверхсмертность людей трудоспособного возраста.

По неофициальным данным, в России ежегодно делается от 3 млн (равно численности населения Ирландии) до 6,5 млн абортов (соответствует численности населения Швейцарии). Правда, в 1998 г. в стране, по данным Государственного доклада о состоянии здоровья населения Российской Федерации, зарегистрировано 2,2 млн абортов, что на 0,4 млн меньше, чем в 1996 г. Но беременность и аборты в подростковом возрасте стали у нас в последние годы острейшей медико-социальной проблемой.

Здоровье матери и ребенка — важнейший индикатор уровня социально-экономического положения и благополучия страны. В целом в России сохраняется тенденция ухудшения здоровья матерей, особенно в период беременности и родов. Ежегодно отмечается не более 30—40% случаев родов, протекающих физиологически. Низкий уровень здоровья населения репродуктивного возраста, высокая распространенность абортов, многочисленные патологические состояния в период беременности и родов обусловливают высокие показатели материнской (44,2 случая на 100 тыс. родившихся), перинатальной смертности и мертворождений (7,2 случая на 100 тыс. родившихся) [15]. Обращает на себя внимание увеличение числа рождений детей лицами, входящими в группу риска (алкоголики; наркоманы; больные хроническим сифилисом; ВИЧ-инфицированные; лица, имеющие органические поражения головного мозга, шизофрению, олигофрению и т.д.).

В итоге, по прогнозам Государственного комитета Российской Федерации, учитывая данные статистики, при сохранении указанных тенденций население страны к 2016 г. сократится до 134,4 млн чел., т.е. на

10,4 млн чел. по сравнению с началом 2001 г. Сложившаяся в России демографическая ситуация требует комплексного решения многих проблем. Одна из них – сохранение репродуктивного здоровья девочек, девушек-подростков, а также здоровья мальчиков и юношей-подростков.

Сегодня в молодежной среде сексуальные отношения до брака стали нормой. Значительная часть студентов терпимо относится к внебрачным отношениям, случайному сексу или сексуальным отношениям помимо постоянного партнерства, а также к гомосексуальным отношениям [11,12]. При этом многие органические и функциональные заболевания репродуктивной системы (в том числе и связанные с сексуальным поведением) начинаются в подростковом возрасте и негативно влияют на течение будущих беременностей, родов, здоровье потомства, возможность отцовства. Например, ранняя сексуальная активность способствует росту гинекологической заболеваемости девушек-подростков. По данным НИИ им. Н.А. Семашко, 40–50% девушек-подростков начинают половую жизнь в среднем в 15,5 лет ±2,4 года. Они, безусловно, пополняют группу риска и не только по заболеваниям, передаваемым половым путем, но и по возникновению патологии репродуктивной системы в будущем. В Архангельске 39% опрошенных девушек 17 лет не отрицали своих интимных отношений с мужчинами. Отметим в целом и увеличение числа заболеваний подростков, передающихся половым путем [24].

Для России обычным явлением становится также юное материнство: каждый десятый ребенок рождается у матери моложе 20 лет; ежегодно около 1,5 тыс. детей рождаются у 15-летних матерей, 9 тыс. – у 16-летних и 30 тыс. – у 17-летних. И упомянутое увеличение числа патологических родов связано, конечно, с беременностями девушек-подростков, с их неподготовленностью к сексуальным отношениям и семейной жизни, ростом сверхранних и внебрачных рождений детей, увеличением числа абортов в возрасте до 19 лет, неумением молодых людей использовать контрацептивные средства. Беременность и роды в подростковом возрасте часто протекают с осложнениями из-за наличия соматических заболеваний у юных матерей, физиологической несформированности их организма и отсутствия социальной защищенности.

Процесс развития репродуктивной функции у молодых людей в современных социально-экономических условиях осложняется так-

же снижением уровня психосоматического здоровья выпускников общеобразовательных учреждений [23] и снижением эффективности системы диспансеризации подростков в связи с переходом здравоохранения на «страховую» медицину. Еще одной существенной причиной, на наш взгляд, является несвоевременное формирование у молодежи соответствующих ценностей и установок на здоровый образ жизни. Заметим, что состояние репродуктивной функции человека оказывает значительное влияние и на его социализацию по половому признаку, развитие его как личности, способность создать семью и, следовательно, – на современную демографическую ситуацию в стране в целом. Таким образом, вопросы полового воспитания и сексуального образования детей и подростков в России в настоящее время приобрели особую актуальность.

Сегодня во многих странах ставится вопрос, как относиться к проблеме подросткового секса: с пуританских позиций или считать половую жизнь подростков нормой. Эту проблему приходится решать всем лицам, занимающимся проблемами полового воспитания и сексуального образования молодежи. Например, сегодня в странах Европы и США 40–50% подростков начинают половую жизнь в возрасте до 17 лет. Специалисты из американской общественной организации «Адвокаты молодежи» и Университета Северной Каролины изучали во Франции, Германии и Голландии социологические и культурные факторы, влияющие на сексуальное поведение подростков. Некоторые данные оказались неожиданными. Б. Хуберман, посвятившая более 30 лет изучению подобных вопросов в США, отметила, что несмотря на либеральное отношение к сексу, принятое в Европе, их подростки начинают жить половой жизнью на год или даже на два позже, чем в США [6, 25]. В США подростки становятся сексуально активными в среднем в 16 лет, а в Голландии – почти в 18. Во Франции на 1000 девушек в возрасте от 15 до 19 лет приходится 9 родов, в Германии – 13, в Голландии (сексуально раскрепощенной стране) – всего 7, в то время как в США – 54,7.

Вопросы полового воспитания и сексуального образования детей и подростков в нашей стране в последнее время приобрели особую актуальность не только в связи с участившимися случаями заболеваний, передающихся половым путем, феноменом подросткового материнства и т.п., но и из-за отсутствия стандартных образовательных программ и специалистов, способствующих формированию полового са-

мосохранительного поведения и сексуальной культуры. На наш взгляд, в настоящее время не определено содержание полового воспитания и сексуального образования. Эти проблемы многие специалисты (акушеры-гинекологи, дерматовенерологи, участковые терапевты, педиатры, социологи, социальные работники, преподаватели образовательных учреждений и т.д.) решают в рамках своей профессиональной деятельности.

Однако необходимо разработать образовательные программы, которые позволят современным детям и подросткам осуществить свою половую идентификацию, сформировать самосохранительное поведение в соответствии с полом, получить знания в области сексуальной культуры, личной интимной гигиены.

Вопросы, волнующие детей и подростков, разноаспектны: как можно самому вылечиться от венерических заболеваний; почему мои родители не хотят говорить, как я родился; с какого возраста можно целоваться и не повлияет ли это на дальнейшее умственное развитие; где можно изменить свой пол и т.д. Юношей чаще интересуют проблемы мужской потенции, контрацепции, гомосексуальных связей, девушек – информация о прерывании беременности, сексуальной культуре партнеров, последствиях случайных половых связей, современных пероральных гормональных средствах контрацепции, беременности и рождении ребенка.

Мы под *сексуальным образованием* понимаем процесс, направленный на изучение вопросов интимной гигиены, контрацепции, профилактики инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, профилактики беременности, техники половой жизни и др. Сексуальное образование, как представляется, должно быть ориентировано на социально-семейное благополучие будущих супругов, соблюдение половых норм, способствовать гармонии сексуальных отношений, формировать здоровый образ жизни. В Швеции еще в 1942 г. были разработаны школьные образовательные программы (ежегодно до 15 ч), охватывающие детей с 7-летнего возраста и старше. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, сексуальное образование и доступность для подростков средств контрацепции не приводят к ранней половой жизни, но, наоборот, способствуют отсрочке начала периода половой активности.

Соответственно *под половым воспитанием* мы понимаем процесс, направленный на выработку качеств, свойств личности, позволяющих

провести собственную половую идентификацию и выработать необходимое (в соответствии с морально-нравственными нормами общества) поведение человека в отношении к представителям другого пола на всех этапах жизнедеятельности. Половое воспитание включает пропаганду определенных взглядов на взаимоотношения между мужчиной и женщиной, привычек, вкусов, связанных с данными взглядами и учитывающих этнические и национальные особенности.

Основные принципы сексуального образования можно сформулировать следующим образом: обеспечение права подростка на информацию о сексе и методах контрацепции путем введения программ сексуального образования в образовательные стандарты; использование дифференцированного и личностно ориентированного подходов к обучающимся с учетом особенностей групп риска, пола и возраста; медико-педагогическое сопровождение полового и сексуального развития ребенка, подростка, взрослого человека в течение жизни.

К принципам полового воспитания мы относим достижение социального эффекта во взаимодействии полов; воспитание социальной ответственности во взаимоотношениях между полами, ответственного отношения к институту семьи; формирование нравственных и моральных норм с учетом половой принадлежности.

Сексуальное образование и половое воспитание имеют много точек соприкосновения. Прежде всего, у них общая цель — максимально подготовить ребенка, подростка к половой жизни, расширяя возможности адаптации к ней на разных этапах полового созревания [2, 13, 26, 27]. Ведущим в половом воспитании и сексуальном образовании, на наш взгляд, должен стать принцип развития мотивации здорового образа жизни, а также сохранения собственного здоровья и репродуктивной функции на различных этапах жизнедеятельности.

Для решения задач полового воспитания и сексуального образования подростков, как показал наш практический опыт, следует использовать грамотную и доступную информацию, подавать ее в научной и в то же время привлекательной форме. В содержание образовательных программ целесообразно включить обучение общению между полами, рассмотрение вопросов идентификации пола. Формирование навыков личной гигиены и понимание их значимости в семейной жизни позволят развить у обучающихся устойчивую мотивацию к сохранению репродуктивного здоровья партнера (путем ответственного сексуального поведения). Утверждение ценностей семейной

жизни, отцовства и материнства, разъяснение необходимости контроля за своим сексуальным и репродуктивным поведением в соответствии с социальными, моральными и нравственными нормами позволят сформировать положительный опыт личной сексуальности и уважительного отношения к сексуальному партнеру, ответственность за вынашивание и воспитание ребенка.

Представляется, что только комплексный подход и использование современных средств образования и медицинской профилактики в решении проблемы полового воспитания и сексуального образования подростков позволят получить положительные результаты. Становится очевидным, что ранняя беременность и роды, аборты у несовершеннолетних, а также воспалительные заболевания органов половой системы у подростков, распространение ВИЧ-инфекции, суицидальные попытки (отметим, что 2/3 суицидальных попыток у подростков связаны с неудачным опытом половой жизни) и т.д. — результат отсутствия медико-санитарного образования молодежи в учебных заведениях. При этом социальные, экономические, правовые, медицинские, психолого-педагогические последствия упомянутых явлений требуют значительных финансовых затрат государства на их устранение.

Преподаватели Ревдинского медицинского колледжа провели небольшое социологическое исследование с целью выявления отношения учащейся молодежи малых промышленных городов Урала к созданию семьи и собственному репродуктивному здоровью, под которым понимается поведение человека, направленное на самосохранение, его способность грамотно строить сексуальные отношения, иметь партнера, нести ответственность за здоровье и репродуктивную функцию обоих, возможность иметь семью и детей, быть транслятором своего положительного сексуального опыта и полового поведения по отношению к представителям противоположного пола.

Объект исследования составили 360 человек: из них лица женского пола — 302 человека (89%), мужского пола — 58 человек (11%). В исследовании приняли участие учащиеся выпускных классов общеобразовательных учреждений, профессионально-технических училищ, студенты колледжей и техникумов двух малых промышленных городов Свердловской области (Ревды, Первоуральска). Из них 66% — учащиеся школ и профессионально-технических училищ, 34% — студенты колледжей, техникумов. По возрасту респонденты

распределились следующим образом: 14–16 лет – 44,4%; 17–18 лет – 41,1%; 19–20 лет – 11,7%; 21–25 лет – 2,8%. Предмет исследования – степень сформированности мотивации молодых людей на создание семьи и собственное репродуктивное здоровье. Параметры исследования – уровень рефлексии молодых людей в отношении создания семьи как общечеловеческой ценности и значимости репродуктивного здоровья партнеров. В качестве инструментария исследования использована анкета, включающая вопросы по проблемам семьи и репродуктивного здоровья. С помощью анкеты мы выясняем, как учащаяся молодежь малых промышленных городов Урала относится к созданию семьи, собственному здоровью; насколько информированы молодые люди о воспалительных заболеваниях органов половой системы и влиянии их на репродуктивную функцию человека.

На вопрос «Считаете ли вы вступление в брак обязательным условием для воспитания детей?» положительно ответили 67,2% опрошенных, отрицательно – 18%; 10% респондентов не думали об этом. Можно заключить, что больше половины учащейся молодежи малых промышленных городов Урала отдает предпочтение юридически оформленному браку, а не гражданскому. Более половины респондентов (56%) хотели бы иметь двух детей; 30% – одного ребенка; 3% считают, что дети вообще не нужны. И только 6% составляют группу молодых людей, «патриотически» настроенных в плане улучшения демографической ситуации в России, которые хотят иметь троих и более детей. Как представляется, настрой на малодетную семью, способствующий ухудшению демографической ситуации, объясняется, с одной стороны, нестабильным социально-экономическим положением семей в стране, а с другой – несформированной подсистемой *образования будущих родителей* в системах общего и профессионального образования.

В качестве безусловного приоритета в ряду жизненных ценностей респонденты назвали возможность иметь счастливую семью (56% случаев), что совпадает с данными проведенного Академией профессионального образования всероссийского социологического исследования современных учащихся (системы начального профессионального образования): дружную крепкую семью хотят иметь 53,4% респондентов [25, 28].

Среди важных жизненных ценностей респонденты назвали здоровье (52%), деньги (32%), детей (30%), карьеру (22%), супруга (20%), любимую профессию (16%), образование (15%). Наименее значимыми

ценностями оказались секс (11%), общественное признание (1,7%), приобщение к культуре (1%). Итак, учащиеся и студенты малых промышленных городов более ориентированы на такие общечеловеческие ценности, как семья, здоровье, образование, финансовое благополучие, т.е. наблюдается связь с индивидуальными потребностями.

По мнению опрошенных, компонентами, составляющими основу брака, являются любовь (отметили 80% респондентов), уважение друг к другу (57%), финансовое состояние (29%), физическое здоровье партнеров (19%), их психическое здоровье (16%), хорошее положение в обществе (7%), религиозные убеждения (2,5%). Думается, речь идет о новом, более сформированном и ответственном подходе респондентов к созданию семьи. В то же время данные свидетельствуют, что у респондентов не развита потребность в физическом и психическом здоровье партнера, т.е. нет ответственности за репродуктивное здоровье как будущего супруга, так и будущего родителя.

Практически все респонденты (82%) неадекватно оценивают состояние собственного здоровья, определяя его как удовлетворительное на основании самочувствия, что противоречит медицинским показателям комплексных исследований состояния их здоровья. Меньшая часть опрошенных (12%) оценивает состояние своего здоровья как неудовлетворительное, ссылаясь на то, что просыпаются с плохим настроением, что у них присутствует раздражительность, а 37% респондентов вообще не хотят просыпаться по утрам и вставать с постели. С хорошим настроением просыпаются 39% опрошенных. Эту группу составляют, как правило, учащиеся, которые работают с компьютером, смотрят телевизор, посещают спортивные секции, клубы и т.д.

Среди причин, вызывающих ухудшение здоровья, учащиеся и студенты единодушно назвали «плохую экологию» первоуральско-ревдинского промышленного узла, включающего около 15 промышленных и металлургических предприятий, а также хронические болезни, курение, нерациональное питание и большой объем учебного материала.

Анализ ответов на вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья и влияния на него воспалительных заболеваний, позволяет сделать вывод, что современные молодые люди знания в этой сфере получают в основном цивилизованным путем: от медицинских работников и учителей (37%), из специальной литературы (30%), каждый четвертый респондент дополнительно получает их от родителей, 9% —

от друзей. Каждый восьмой подобных знаний не получал нигде. Респондентам задавался интересный вопрос: «Француженки говорят: «Низ в тепле, цвет на лице». А как у вас обстоит дело с профилактикой воспалительных заболеваний гениталий?» Оказалось, что молодые люди одеваются тепло только в случае сильных морозов (56% опрошенных), 31% опрошенных всегда одевается тепло, 3% — не одеваются никогда, столько же — одеваются тепло только тогда, когда настаивают родители. Учитывая, что респонденты живут на Урале, где погода является одним из факторов, ослабляющих организм, настораживает то, что больше половины опрошенных (среди которых 89% — лица женского пола) одеваются тепло только в случае сильных морозов, т.е. при температуре ниже –25 °С. Практически никогда не одеваются тепло 6% опрошенных. Вызывает озабоченность незнание большей частью учащихся общеобразовательных школ, профессионально-технических училищ, средних специальных учебных заведений правил личной гигиены, включающей и ношение одежды в соответствии со временем года. Таким образом, ни семьей, ни образовательным учреждением не сформирован элементарный гигиенический навык правильного ношения одежды.

Профилактическая деятельность медицинских и педагогических работников, как правило, построена на информации о заболеваниях, передающихся половым путем. Практически не обращается внимание на значение и роль хронических заболеваний гениталий в возникновении бесплодия у лиц репродуктивного возраста. Информирование детей и подростков о влиянии переохлаждения организма в виде снижения иммунитета, перехода острых форм заболеваний в хронические составляет то поле образовательной и профилактической деятельности, которое должно быть включено в содержание программ полового воспитания и сексуального образования.

О применении контрацепции респонденты сообщили следующее: 37% используют презервативы, 14% используют иногда, 9% иногда не используют, 5,5% не используют никогда. При этом следует учесть, что четверть опрошенных не имела интимных отношений. Таким образом, представляется, что несмотря на доступность приобретения презервативов понимание значимости их в профилактике заболеваний, передающихся половым путем, у большей части учащейся молодежи малых промышленных городов не сформировано, не выработан механизм самосохранительного поведения при вступлении в

сексуальные отношения. Медикаментозные контрацептивы используют 17% респондентов, не используют – 62% (и в данном случае следует учитывать ответы тех опрошенных, которые не живут половой жизнью и поэтому не пользуются контрацептивами). При личной беседе часто выясняется, что медикаментозные контрацептивы молодые люди начинают использовать после прохождения курсов полового воспитания, сексуального образования, акушерства и гинекологии, когда наступает понимание фармакологического действия пероральных контрацептивов на репродуктивную функцию. Полученные данные подтверждают, что в России пока не только не сформировано грамотное отношение к использованию медикаментозных контрацептивов, но и ничего не предпринимается в данном направлении.

Респонденты дифференцируют заболевания, передающиеся половым путем, по видам возбудителей. О вирусных инфекциях, передающихся половым путем, знают 56% опрошенных; 35% знают, но не обо всех. Самостоятельно называют такие заболевания, как СПИД, гепатит В, герпес, сифилис, гонорея, хламидиоз, уреоплазмоз.

Рождение и воспитание детей многие (46%) считают ответственным решением в жизни, без этого не может быть создана полноценная семья (38%). Четверть респондентов (24%) относит рождение и воспитание детей к основной цели в жизни, а 1,6% опрошенных считают, что это необязательное условие для семейной жизни. Часть респондентов (1%) полагает, что рождение детей не всегда должно быть связано с их воспитанием, что свидетельствует об отсутствии у них социальной ориентации на семью и детей.

Наше социологическое исследование дает основание предполагать, что программа полового воспитания и сексуального образования должна предусматривать изучение основ физиологии мужского и женского организмов, процессов физического и полового созревания, гигиены мужчины и женщины, способов предохранения от беременности, профилактики ряда заболеваний, передающихся половым путем, в том числе и венерических. С учетом возраста обучающимся необходимо давать знания о сущности аборта и его последствиях, об этике и психологии семейных отношений и др. Обязательно изучение вопросов планирования семьи и связанных с ней отношений.

Мы склонны считать, что основные сведения по вопросам сексуальной культуры дети и подростки должны получать прежде всего от

родителей. Специализированные центры планирования семьи ведут не столько просветительскую, сколько медико-социальную деятельность в конкретном клиническом случае.

Практический опыт показывает, что большая часть тем, касающихся полового воспитания, может быть использована для совместного обсуждения с мальчиками и девочками, юношами и девушками. В то же время ряд сексуальных вопросов требует не только раздельного (что естественно), но часто индивидуального изучения. Программы полового воспитания и сексуального образования следует строить по принципу «от простого к сложному», целесообразно для обучения выделять группы и учитывать уровень образованности обучающихся.

Итак, общество не может не волновать тот факт, что сексуальная активность подростков и молодежи в последние годы не просто возросла, а приобрела черты девиантного поведения, агрессивную направленность, что имеют место снижение или полное отсутствие личной ответственности за судьбу и здоровье партнера, а следовательно, и будущего ребенка.

Изменения в сексуальной культуре подростков и молодых людей, на наш взгляд, объясняются негативным воздействием средств массовой информации, отсутствием в образовательных учреждениях профессионально подготовленных специалистов, имеющих интегрированное медико-педагогическое образование, позволяющее реализовать на профессиональном уровне и в полном объеме содержание программ полового воспитания и сексуального образования с учетом возраста и уровня обучения молодежи. Ухудшение качества репродуктивного здоровья молодежи и демографической ситуации в стране в целом происходит и в результате недостатка полового воспитания детей в семье, раскрепощения общества в вопросах интимных отношений (в плане аномалий и отступлений от половых норм). Социальное расслоение общества, рост количества разновозрастных браков и уровня подростковой проституции, увеличение периода между началом половой жизни и вступлением в брак, отказ молодежи от официальной регистрации браков, распространенность юридически неоформленных браков и т.д. — все это приводит к подрыву здоровья нации, осложняет демографическую ситуацию. Молодым людям в настоящее время приходится практически в одиночку преодолевать негативное влияние улицы, телевидения, культуры массового потребления, что приводит к психологическим стрессам, уходу от реальности и поиску удовольствий. Главный

вывод нашего исследования: разрушение системы профессионального, патриотического, гражданского, нравственного, правового, экологического, полового воспитания и сексуального образования привело к возникновению не регулируемой, а манипулируемой части молодежи.

Полагаем, что грамотное, квалифицированное половое воспитание и сексуальное образование в образовательных учреждениях, организованные специалистами, *имеющими интегрированное медико-педагогическое образование,* являются одним из путей решения проблемы сохранения репродуктивного здоровья молодежи, что, несомненно, скажется на улучшении демографической ситуации в стране. Совместные усилия специалистов разных отраслей позволят воспитать здоровых будущих родителей и граждан страны. Результаты проведенного исследования дают основания полагать, что у современных молодых людей мир ценностей, несмотря на его противоречивость, соответствует общечеловеческим ценностям и традициям.

2.3.2. Проблема синдрома приобретенного иммунодефицита

СПИД – одна из важнейших медицинских и социально-экономических проблем современности. До сих пор не получена вакцина против СПИДа, нет лекарственных препаратов, обеспечивающих полное выздоровление больных, а вместе с тем лечение и содержание инфицированных больных, разработка и производство лекарственных препаратов, проведение научных исследований стоят миллиарды долларов [2, 20].

СПИД – это проблема не только медицинских работников, но и каждого человека в отдельности.

О СПИДе (или AIDS) – синдроме приобретенного иммунодефицита (Acguired Immune Deficiency Syndrome) – как о новом заболевании первые сообщения были сделаны в 1981 г. Г. Мазуром, М. Готтлибом, Ф. Сигалом (США), которые обнаружили пневмонию редкого типа у 5 молодых гомосексуалистов. Пневмония была вызвана неопасными для здорового человека микроорганизмами – пневмоцистами. Пневмоцисты обычно поражают больных с резко нарушенной иммунной системой.

После открытия СПИДа в США в 1981 г. первые случаи этого заболевания были зарегистрированы в различных странах Европы:

Швейцарии, Дании, Франции и др. Заболевание стало распространяться по всему миру с ошеломляющей скоростью.

В 1982 г. вирус СПИДа впервые попал в СССР. Зимой 1982 г. из международного аэропорта Шереметьево в больницу был доставлен 36-летний мужчина, вернувшийся из командировки из Танзании. Больной жаловался на слабость, повышенную температуру, диарею (жидкий стул), увеличение лимфатических узлов. Но в то время о СПИДе знали очень мало, и правильный диагноз не был поставлен. После проведения лечения состояние больного улучшилось, и он был выписан из клиники и вернулся домой в Армавир. Через 5 лет этот же больной вновь был госпитализирован в больницу по поводу обострения заболевания. В марте 1987 г. профессор 1-го Московского медицинского института Н.С. Потекаев поставил правильный диагноз — СПИД.

При расследовании первого случая было установлено, что больной является пассивным гомосексуалистом (ассоциирует себя с женщиной) и вступал в гомосексуальную связь с двумя жителями Африки. В СССР у пациента было 22 половых партнера, у пяти из них были обнаружены клинические и лабораторные признаки СПИДа. Один из партнеров заразил свою жену, 4-месячного ребенка, одну из 6 сексуальных партнерш и 5 из 6 реципиентов (получателей) крови, которую он сдавал в качестве донора. Другие партнеры также имели сексуальные контакты как с мужчинами, так и с женщинами. Таким образом, общее число зараженных от одного больного СПИДом составило 15 человек.

Откуда же пришло это заболевание? Кто является источником эпидемии?

Большинство ученых предполагает, что некоторые виды обезьян, в частности зеленые мартышки, являются носителями вируса, который живет и размножается в организме этих животных, но они сами не болеют.

Человек мог заразиться вирусом при разделке тушки обезьяны, поранив руку. Кровь обезьяны попала в рану человека, и через эту рану в организм проник вирус. Затем при половом контакте мужчина заразил свою жену, а от нее вирус попал к другому мужчине и т.д.

Впервые вирус СПИДа появился в Центральной Африке, откуда был завезен на Гаити, а впоследствии в США. В Европу вирус попал из США (туризм, крупные закупки крови в США) и из Центральной Африки (туризм). В результате проведенных исследований в 1983 г.

Баррэ-Синусси и Монтанье (Франция), Попович и Галло (США) открыли вирус, вызывающий СПИД. Он был назван вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ, HIV).

2.3.3. Структура вируса иммунодефицита и механизм его действия на организм человека

Вирус (virus) — мелкая частица, способная копировать саму себя; эта способность, однако, проявляется лишь внутри живых клеток. Вирусы имеют столь малые размеры, что могут быть различимы лишь с помощью электронного микроскопа; большинство фильтров их не улавливает. Они могут инфицировать животных, растения и различные микроорганизмы. Основу каждого вируса составляет нуклеиновая кислота (ДНК или РНК), окруженная белковой оболочкой. Некоторые вирусы имеют наружную липидную оболочку. Вирусы могут вызывать различные заболевания (например, обычную простуду, грипп, корь, свинку, ветрянку, герпес, СПИД, полиомиелит и бешенство). Против некоторых из этих вирусов оказываются эффективными антивирусные средства; для предупреждения многих вирусных заболеваний используются различные вакцины.

Вирус имеет сферическую форму. Внутри вируса находится рибонуклеиновая кислота. РНК окружена двумя белковыми и двумя липидными оболочками.

Главной мишенью вируса являются клетки иммунной системы человека: моноциты, макрофаги и особенно Т-лимфоциты хелперы.

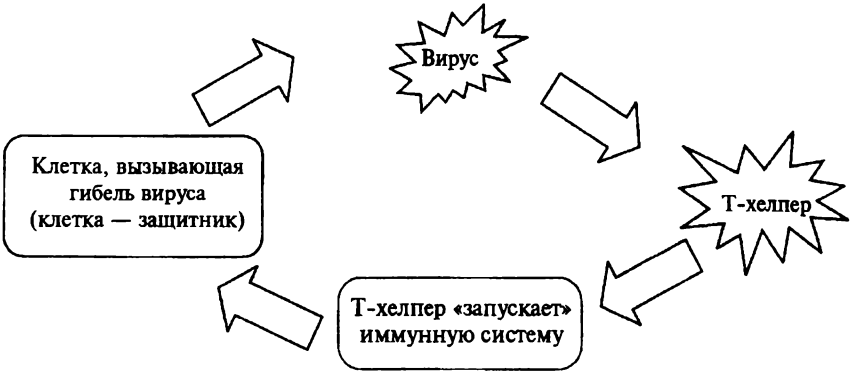
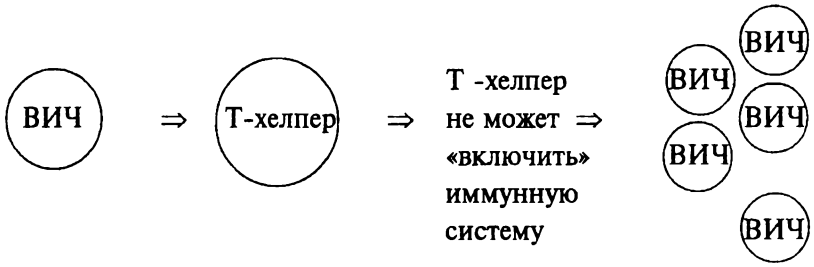


Рис.3. Механизм борьбы иммунной системы с вирусами

Т-лимфоциты хелперы «запускают» иммунную систему человека при попадании в его организм микроорганизмов, аллергических веществ и др. (рис.3).

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) проникает в Т-хелперы и начинает в них размножаться. Т-хелперы разрушаются, и в кровь попадает еще большее количество вирусных частиц. Вирус размножается в организме человека по следующей схеме:



Выход новых вирусных частиц

ВИЧ характеризуется сравнительно низкой устойчивостью к воздействию физических и химических факторов. При температуре 100 °С вирус погибает мгновенно, под влиянием солнечных лучей и ультрафиолетового облучения погибает в течение нескольких часов. Вирус теряет свои инфекционные свойства при действии перекиси водорода, фенола, гипохлорита натрия в течение 30 мин. Вместе с тем ВИЧ устойчив к высушиванию, он сохраняется в течение 4—6 дней при комнатной температуре.

2.3.4. Пути передачи и симптомы вируса иммунодефицита

Вирус иммунодефицита человека передается от человека к человеку лишь при определенных условиях, а именно, если инфицированная (зараженная) ВИЧ-инфекцией кровь попадет в кровь здорового человека.

Источником инфекции являются больные СПИДом люди или вирусоносители (люди, в организме которых имеется вирус, но проявлений болезни нет).

Чаще всего инфицируются и заболевают СПИДом лица, принадлежащие к группе риска: гомосексуалисты, бисексуалы, проститутки, наркоманы, больные гемофилией.

ВИЧ можно выделить из семенной жидкости, секрета шейки матки, лимфоцитов, плазмы крови, спинно-мозговой жидкости, слез, слюны, мочи и материнского молока. Конечно, отсюда не следует, что все эти жидкости могут переносить инфекцию, так как концентрация вируса в них существенно различна. Реально инфекционными являются сперма, кровь и, возможно, секрет шейки матки больного человека. Обычным путем распространения вируса во всем мире являются половые контакты, как анальные, так и вагинальные. Другой путь передачи вируса — через зараженную донорскую кровь или ее компоненты, а также донорские органы и сперму.

Кроме того, вирус может распространяться между лицами, употребляющими наркотики, через общие иглы многоразового использования, при лечебных процедурах или же от матери ребенку. Передача вируса от матери ребенку происходит еще в матке или при рождении. Все еще неясно, может ли вирус передаваться с материнским молоком. По этому поводу есть только одно сообщение.

Нет также хорошо документированных данных о том, чтобы вирус мог распространяться через слюну. Он не передается при случайных и бытовых контактах между людьми. Тем не менее медицинский персонал может заразиться при ранениях иглами, а также при попадании на кожу и слизистые оболочки зараженной крови и других жидкостей организма больного. На сегодня описаны и документально подтверждены четыре случая появления в крови антител к вирусу после ранения иглой и пять случаев — после контакта с кровью и другими биологическими жидкостями. Нет оснований считать возможной передачу вируса комарами, вшами или постельными клопами; им нельзя заразиться в бассейне или через общую кухонную утварь, посуду, пищу и туалетные принадлежности, а также просто находясь в одном помещении с инфицированным. Пути передачи вируса представлены в табл. 1.

Вирус не передается через предметы быта (столовые приборы, чашки, сиденья унитазов), а также объятия, дружеские поцелуи и рукопожатия.

От момента заражения до клинических симптомов проходит определенное время.

Таблица 1

Возможные источники инфекции и пути передачи вируса

Источник инфекции	Пути передачи вируса
Больной Вирусоноситель	Половые сношения: анальные и вагинальные. Загрязненные иглы: при внутривенном введении наркотиков при инъекции. Ранение иглами. Контакт мать — ребенок: внутриутробный, при родах, при вскармливании молоком. Донорские органы и ткани: сперма, почки, кожа, костный мозг, роговица, сердечные клапаны, сухожилия и т.д. Медицинские инструменты: скальпели, зажимы, пинцеты, шприцы, иглы, копья и др. Маникюрные и бритвенные принадлежности: ножницы, кусачки, лезвия. Кровь и препараты крови.

Продолжительность инкубационного (скрытого) периода может колебаться от 3—4 месяцев до 5 и более лет. При половом заражении инкубационный период короче.

Продромальный период (или пред-СПИД, первые признаки), длительность которого от 1 до 6 месяцев, характеризуется большим спектром неспецифических проявлений. В это время у больных увеличиваются лимфатические узлы. Однако, если вы обнаружили у себя на передней стороне шеи увеличенные лимфатические узлы, не следует сразу диагностировать СПИД. Скорее всего, они увеличены в связи с хроническим воспалением миндалин горла или наличием больных зубов.

Подозрительным является появление увеличенных лимфатических узлов на задней стороне шеи, над ключицей, подмышками. Следует запомнить, что при инфекции ВИЧ увеличиваются обязательно несколько узлов, причем в разных местах, это увеличение наблюдается в течение месяца и дольше.

Иногда вместе с увеличением лимфоузлов повышается температура, возникает головная боль, нарушается сон, может начаться понос, может выступить пятнистая сыпь. Однако наличие этих проявлений болезни не обязательно. Перечисленные симптомы быстро проходят, и остается только увеличение лимфоузлов, да и то не всегда.

Наступает длительный скрытый период болезни, во время которого человек чувствует себя вполне удовлетворительно, но вирус продолжает в его организме разрушительную работу.

В скрытый период порой появляются отдельные «знаки», указывающие на действие вируса, снижающего иммунную защиту: фурункулы, изъязвления слизистой оболочки полости рта, половых органов. К числу неспецифических проявлений инфекции ВИЧ относятся поражения полости рта и половых органов простым герпесом или опоясывающим лишаем. Могут быть также грибковые поражения кожи и слизистых оболочек.

Когда вирус серьезно подорвал иммунную систсму организма человека, развиваются воспаление легких, сепсис (заражение крови) или опухоль. Только с этого момента чаще всего удается ставить диагноз — СПИД. Важно, что инфекционные процессы при СПИДе часто вызваны микробами, которые не поражают незараженных ВИЧ людей, т. е. условно-патогенными.

Каковы же проявления СПИДа? Наиболее часто у зараженных развивается пневмония, которая, по данным американских и европейских ученых, часто вызывается одним из видов простейших — пневмоцистой. До появления СПИД пневмония такого происхождения отмечалась только у ослабленных детей и у взрослых, иммунитет которых был подавлен болезнью или лекарствами. Такие лекарства (иммунодепрессанты) назначают, например, для предотвращения отторжения пересаженного органа. Пневмоцисты живут в легких почти каждого из нас, но не вызывают болезни.

Вторым по частоте клиническим проявлением СПИДа является саркома Капоши — опухоль, возникающая из лимфатических сосудов. Раньше эту опухоль наблюдали на ногах у пожилых (старше 60 лет) людей или у лиц, получавших иммунодепрессанты. При заболевании СПИДом саркома Капоши стала возникать у молодых людей, ее узлы чаще поражали голову, половые органы, туловище, внутренние органы и слизистую оболочку рта. У европейцев узлы опухоли имеют обычно малиновый или вишневый цвет, неправильную форму, выступают над поверхностью кожи.

У больных СПИДом часто развиваются также грибковые поражения внутренних органов, туберкулез, заражение крови различными условно-патогенными микробами, опухоль мозга (так называемая лимфома мозга) и др.

Не так давно было доказано, что вирус СПИДа может поражать клетки центральной нервной системы, вызывая воспаление, приводящее к слабоумию и маразму.

Если врач предполагает, что у больного ВИЧ-инфекция или СПИД, он отправляет кровь больного на исследование. В лаборатории выявляется, есть ли в сыворотке крови больного антитела к ВИЧ-инфекции. При их обнаружении сыворотку исследуют с помощью особо точной реакции, называемой иммунным блотингом. Она помогает определить, действительно ли это антитела к вирусу, или, как говорят медики, ложные положительные реакции. Только после подтверждения в иммунном блотинге факт заражения можно считать доказанным. Затем исследуют состояние иммунитета, включающее определение количества Т-лимфоцитов, уровень содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови и другие показатели, позволяющие установить, насколько далеко зашло поражение организма вирусом. Для подтверждения диагноза из крови также выделяют вирус, но этот метод чаще применяют для научных разработок, так как он очень трудоемок и его выполнение требует нескольких недель.

Следует сказать, что антитела к ВИЧ в крови появляются через 12 недель после момента заражения, поэтому, если прошло менее 3 месяцев, факт заражения при лабораторном исследовании может быть не установлен.

2.3.5. Основные пути профилактики СПИДа

Пути профилактики СПИДа включают социальные, медицинские и бытовые аспекты. Знание индивидом элементарных санитарно-гигиенических правил личной и бытовой гигиены значительно снижает риск заражения.

Основные пути профилактики СПИДа.

1. Санитарное просвещение и самопросвещение:

- создание информационных и консультационных служб;
- подготовка и распространение брошюр, книг, фильмов, листовок, журналов и др.;
- проведение бесед, чтение лекций.

2. Предотвращение передачи вируса половым путем:

- использование презервативов;

- снижение риска заражения за счет уменьшения числа партнеров.

3. Предотвращение передачи вируса при инъекции наркотиков:

- отказ, по возможности, от употребления наркотика путем инъекций;
- недопущение использования одной общей иглы и шприца;
- нельзя брать наркотик из общей посуды;
- нельзя использовать для проверки наркотика чужую кровь.

4. Предотвращение передачи вируса от матери к плоду (вертикальная передача):

- консультации по вопросам предупреждения беременности для инфицированных ВИЧ женщин;
- обследование на ВИЧ беременных;
- возможность прерывания беременности для инфицированных ВИЧ;
- избегание инфицированными женщинами кормления грудью.

5. Предотвращение передачи вируса через кровь, препараты крови, донорские органы:

- запрет инфицированным сдавать кровь или сперму; быть донорами органов для трансплантации;
- контроль за донорскими органами, кровью и спермой у всех пациентов;
- тепловая обработка препаратов, получаемых из крови.

6. Предотвращение передачи вируса через медицинские инструменты:

- использование одноразовых инструментов;
- качественная стерилизация медицинских инструментов.

7. Предотвращение передачи вируса через маникюрные и бритвенные принадлежности:

- использование индивидуальных принадлежностей;
- качественная стерилизация принадлежностей.

Вышеперечисленные пути профилактики алкогольной зависимости и СПИДа целесообразно включать как в курсы дисциплин по основам безопасности жизнедеятельности, так и в программы, связанные с воспитанием здорового образа жизни, а контроль за уровнем знаний можно осуществлять посредством тестирования (Приложение 3).

3. МЕДИЦИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

3.1. Профилактика заболеваний позвоночника

3.3.1. Анатомия позвоночника и причины болей в спине

Позвоночник – это сложная система костей, мускулов, сухожилий и связок, которые работают вместе и обеспечивают движение тела. Позвоночник состоит из позвонков, между которыми есть плоские хрящевые межпозвонковые диски, выполняющие функцию амортизаторов и предотвращающие повреждения. В положении лежа диски расширены, в положении стоя диски сдавливаются и уменьшаются (рис. 4). Перегрузки приводят к повреждениям (рис. 5).

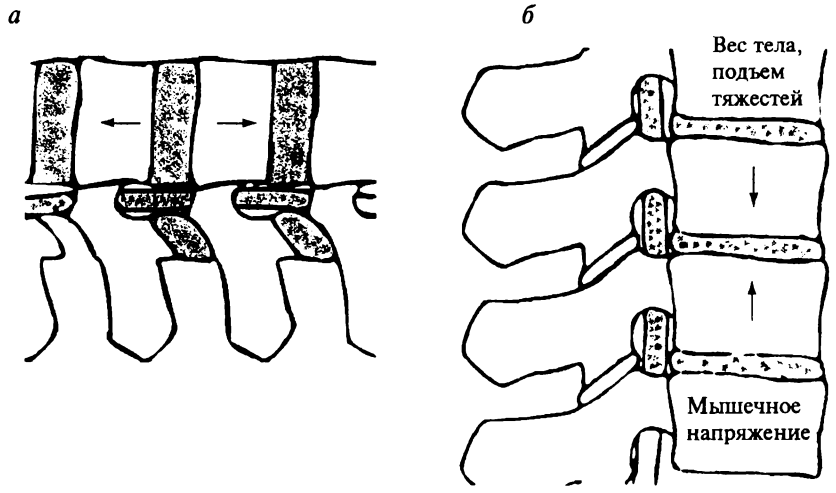


Рис. 4. Положение межпозвоночных дисков ночью (*а*) и днем (*б*)

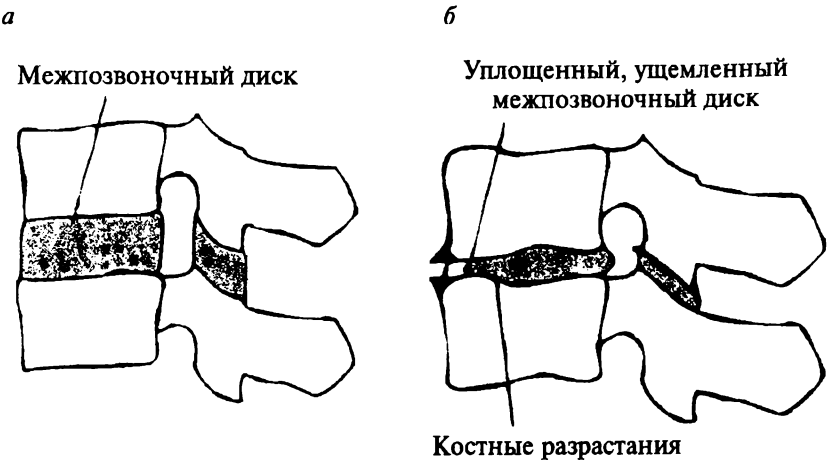


Рис. 5. Положение межпозвоночных дисков у здорового (*а*) и больного (*б*) человека

Основная причина остеохондроза — врожденное недоразвитие соединительной ткани, которое невозможно диагностировать заранее.

Врожденное недоразвитие переходит в болезнь под действием перегрузок позвоночника. Для больных людей перегрузки, работа в наклон, сидячий образ жизни или, наоборот, повышенная гибкость и спортивные нагрузки вызывают микротравматизацию дисков и нарушение кровообращения позвонков, что приводит к разрушению хрящевой ткани, разрастанию костных шипов и разболтанности позвонков — нестабильности. Растяжение тканей при нестабильности ведет к раздражению позвонковых нервов и вызывает боль, сначала периодическую, потом постоянную.

В более редких случаях из межпозвонкового диска под действием перегрузок выдавливается небольшой кусочек хряща, который называется грыжей диска. При этом грыжа диска может сдавливать нервный корешок, выходящий из спинного мозга. Это бывает в 2 процентах случаев и требует операции у нейрохирургов. В подавляющем большинстве случаев грыжа диска не сдавливает нерв, поэтому нужно применять неоперативное лечение и устранять боль, а фрагмент хряща обычно сам рассасывается за 1,5–2 года. Дифференцировать эти два вида грыжи диска трудно для врача любого профиля, даже после ком-

пьютерной томографии нельзя точно определить, давит хрящ на нерв или не давит. В этих случаях используется специальная точная диагностика, основанная на пробном лечении.

3.1.2. Причины перегрузки позвоночника

Боли в спине могут возникать независимо от возраста и профессиональной деятельности. Причины боли в спине разнообразны. Тем не менее можно выделить три основные причины.

Самой частой из них является положение сидя. В последние годы «сидячая» профессия и такой же образ жизни человека являются самыми частыми причинами остеохондроза у бухгалтеров, чиновников, научных работников и подавляющего большинства современных людей, а также подростков и молодых людей, проводящих большую часть времени в течение суток за компьютером или за партой.

Сидячий образ жизни опасен перегрузкой в неправильном положении в любом возрасте, начиная с младшего школьного. Правильным всегда является положение, которое позвоночник имеет в положении стоя. Только в положении стоя сохраняются его физиологические изгибы.

Особое значение в физиологии позвоночника имеет прогиб в поясничном отделе кпереди (лордоз).

Однако в положении сидя он исчезает и делает уязвимым весь позвоночник. Если расслабить спину или положить нога на ногу, то вместо изгиба кпереди будет изгиб кзади. Такое опасное положение ведет к нарушению кровообращения позвонков. В биомеханике позвоночника существует правило: чем ближе колени приближены к подбородку, тем опаснее для позвоночника.

В положении сидя в любом возрасте нельзя находиться более 1,5–2 ч, так как далее происходит гибель хрящевых клеток межпозвонковых дисков.

Необходимо делать перерывы, во время которых для расслабления мышц и нормализации циркуляции крови можно выполнить комплекс упражнений (Приложения 4 и 5).

Работа в положении наклона или полунаклона ведет к перегрузке позвоночника и возникновению остеохондроза. При наклоне диск испытывает нагрузку в 15 раз большую, чем вес поднимаемого груза. Так, поднятие небольшого груза до 10 кг в положении наклона опасно

для детей и людей со слабыми мышцами спины. Неправильное поднятие груза в 30 кг и более опасно всем независимо от возраста и пола. Межпозвонковый диск выдерживает нагрузку только 350 кг. Например, мешок картошки в 30 кг перегружает межпозвонковый диск до 450 кг, создает трещины в диске, что соответствует началу заболевания. Болезнь прогрессирует, а боль человек ощущает обычно через 3–5 лет после поднятия груза (рис. 6). Вот почему так важно, начиная с детского возраста, обучать человека правильному подъему грузов.

Поднятие груза из положения приседа является правильным (рис. 7). Чем более вертикален позвоночник, тем меньше его перегрузка. Правила перегрузки на позвоночник распространяются и на людей, длительно работающих в полунаклон. Повышенная подвижность позвоночника способствует «разболтанности» позвонков, т. е. нестабильности позвоночника. В течение многих лет медики считали, что

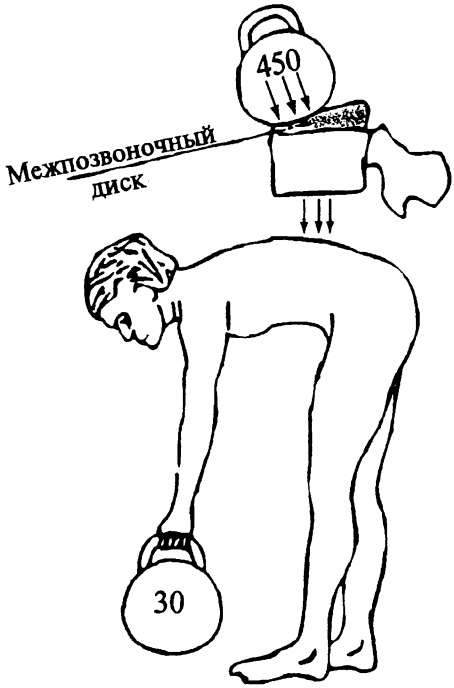


Рис. 6. Неправильное положение тела при работе в полунаклон

гибкость позвоночника является эталоном его здоровья, поэтому пропагандировалась гимнастика, включающая упражнения, форсирующие гибкость позвоночника. Позднее в Америке, Западной Европе были проведены научные исследования, доказавшие, что повышенная подвижность позвоночника опасна тем, что разрываются межпозвонковые соединения, возникает люфт, между позвонками натягиваются нервы, раздражается диск и возникает остеохондроз.

Эта же причина вызывает симптомы остеохондроза у молодых людей, спортсменов и лиц, поддерживающих активный образ жизни. Движения, выполняемые позвоночником в положении стоя, наклоны и вращения ведут к расслаблению мышц и выполнению ими минимальной нагрузки. Движения в положении стоя совершаются с максимальной амплитудой за счет инерции тяжести тела, поэтому форсированные движения на фоне расслабленных мышц смещают позвонки и создают нестабильность.

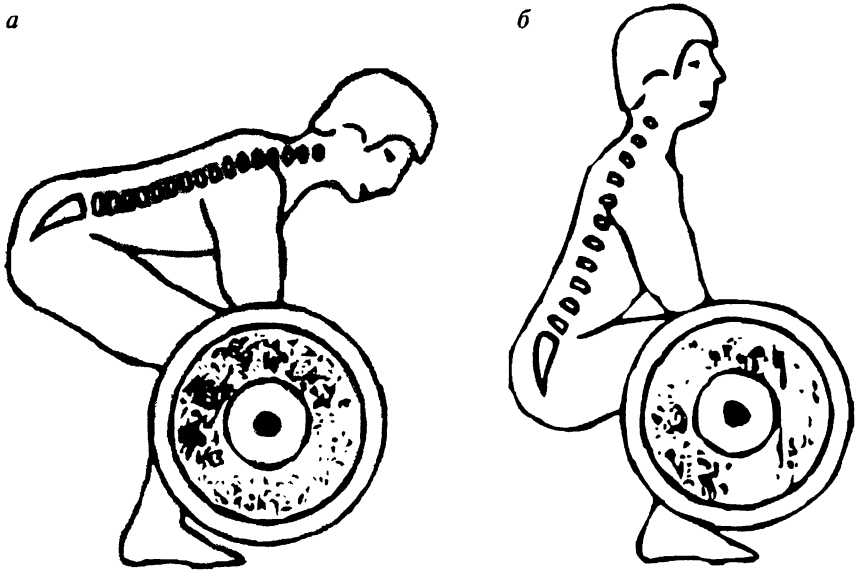
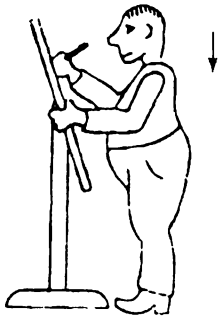


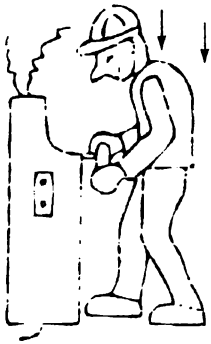
Рис. 7. Положения при поднятии груза:
а — неправильно; *б* — правильно

Рис. 8. Положения позвоночника при сидении:
а–б — правильное; *в–д* — неправильное

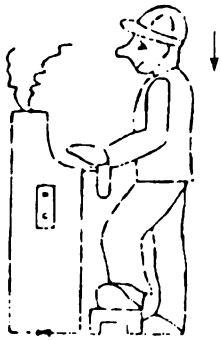
Неправильно



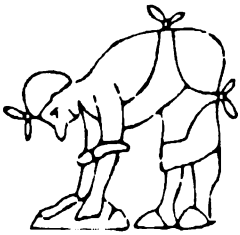
Правильно



Неправильно



Правильно



Неправильно

Правильно

Рис. 9. Правильное и неправильное положения позвоночника при выполнении различных видов работы

В положении лежа движение выполняется за счет силы мышц, а не за счет инерции тяжести тела. Поэтому любая амплитуда движения тела не опасна для позвонков. Не представляют также опасности плавные движения в гимнастике йогов.

Наличие сильного мышечного корсета у человека уменьшает травматизацию позвонков и способствует лучшему их кровообращению. Мышцы спины могут компенсировать боль в позвоночнике, поэтому тренировки мышц позвоночника в любом возрасте необходимо начинать с соблюдения принципа постепенности.

Таким образом, для устранения причин перегрузки позвоночника необходимо соблюдать следующие правила.

1. В любых ситуациях сохранять положение позвоночника таким, каким оно бывает в положении стоя (рис. 8).

2. Поднимать тяжесть необходимо из положения приседа и перед поднятием надо присесть, прогнуть позвоночник, напрячь мышцы поясницы и поднимать груз (см. рис. 7, *а*).

3. Для профилактики перегрузки позвоночника рекомендуется избегать повышенной подвижности в позвоночнике стоя (рис. 9), упражнения для гибкости и тренировки мышц выполнять в положении лежа.

4. Для профилактики остеохондроза необходимо постоянно тренировать мышцы, окружающие позвоночник.

3.1.3. Упражнения в период обострения болей

При любом болевом синдроме, особенно острой боли, обязательным компонентом лечения является фиксация позвоночника жестким поясом для поясничного и воротником Шанца для шейного отделов позвоночника (рис. 10). В домашних условиях воротник Шанца может заменить обыкновенная картонная полоска, обмотанная ватой и бинтом.

В период обострения болей можно выполнять следующие упражнения.

Лежа на спине. Положите голени на сидение стула, глубоко вдыхайте и выдыхайте, стараясь полностью расслабиться в течение 10 мин (одно из основных упражнений во время боли, его можно повторять несколько раз в день) (рис. 11, *а*).

Стоя. Расположите правую стопу на стуле, наклонитесь вперед и обхватите правую стопу руками. Сохраняйте данное положение в те-

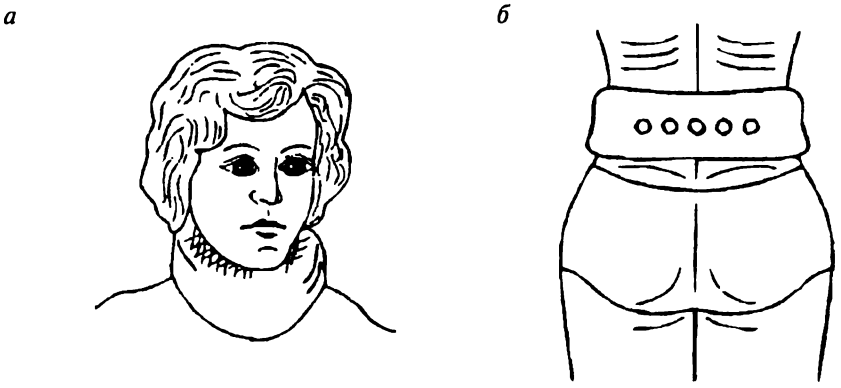


Рис. 10. Фиксация шейного (*а*) и поясничного (*б*) отделов позвоночника

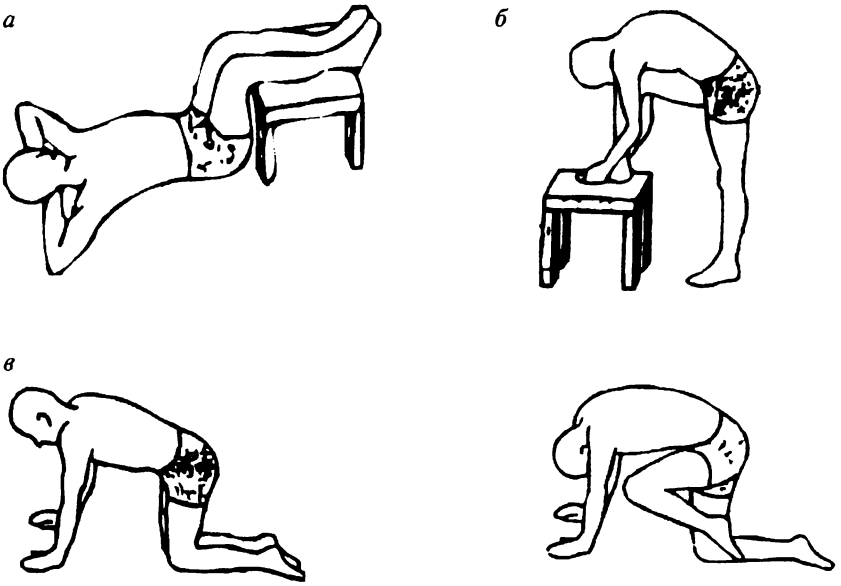


Рис. 11. Упражнения в период обострения болей

чение 5 мин. Вернитесь в исходную позицию и после 10-секундного перерыва то же самое повторите с левой стопой. Десять раз ежедневно на каждую сторону (рис. 11, *б*).

Стоя на четвереньках. Напрягая мышцы живота, подтягивайте правое колено к голове. Руки прямые. Сохраняйте это положение около 5 с. Затем то же самое повторите с левой ногой. Десять раз ежедневно для каждой ноги (рис. 11, *в*).

Сон в позе эмбриона расслабляет суставы, межпозвоночные диски и мышцы (рис. 12).

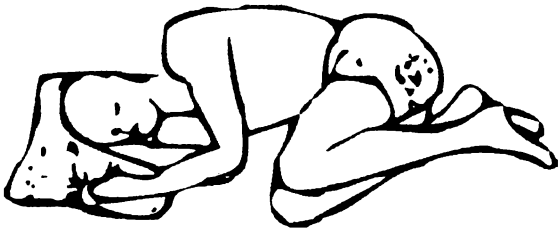


Рис. 12. Поза эмбриона

3.1.4. Укрепляющие упражнения

Укрепляющие упражнения для мышц спины при отсутствии болевых ощущений помогают избежать повторения болей. Ниже предлагаются упражнения, которые можно выполнять на ранней стадии болезни для тренировки мышц и развития гибкости.

1. *Упражнение на развитие гибкости подколенных сухожилий в положении лежа.* Плечи расслаблены и соприкасаются с полом. Нога согнута в колене, руки поддерживают ногу (рис. 13, *а*).

2. *Упражнение на развитие гибкости нижней части спины.* Подтяните ноги к груди в положении лежа. Голова и плечи расслаблены и соприкасаются с полом (рис. 13, *б*).

3. *Подъем нижней части туловища в положении лежа* (рис. 13, *в*).

4. *Попеременное поднятие ног* (рис. 13, *г*). Прижмите бедра к полу, напрягая мышцы брюшного пресса и распрямляя поясничный от-

дел позвоночника. Затем приподнимите ногу. Когда вы поднимаете ногу, верхняя часть бедра (тазобедренный сустав) не должна отрываться от пола. Стопа поднимается на 15—20 см от пола. Упражнение выполняется медленно, так чтобы нижняя часть спины не выгибалась.

5. *Упражнение «Супермен»* (рис. 13, *д*). Нужно одновременно медленно поднимать противоположные руку и ногу до горизонтального уровня.

Если вам трудно удержать равновесие, поднимайте только ноги.

6. *Движение колен из стороны в сторону* (рис. 13, *е*). Прежде чем опустить колени к полу, втяните мышцы живота. Выполняйте упражнение до тех пор, пока движение не вызовет у вас чувства неудобства. Во время упражнения сохраняйте угол наклона неизменным.

7. *Вытягивание спины* (рис. 13, *ж*). Ладони и локти на полу. Опираясь на руки, приподнимайте голову, плечи и, по возможности, грудь. Следите за тем, чтобы голова была на одной прямой с позвоночником.

8. *Упражнение для мышц тазового дна.* Мышцы тазового дна являются мышечным «гамаком», который удерживает тазовые органы. Упражнения выполняйте в следующей последовательности:

- сидя или лежа в удобном положении со слегка раздвинутыми коленями, сконцентрируйте внимание на мышцах тазового дна;
- приподнимитесь и напрягите мышцы так, как если бы вы пытались задержать процесс мочеиспускания. Затем напрягите тазобедренные мышцы, как если бы вы пытались задержать процесс метеоризма;
- оставайтесь в этом положении столько, сколько сможете (минимум 2 с). По мере тренировок увеличивайте время пребывания в этом положении. Дайте телу отдохнуть на то же время;
- повторяйте упражнение, пока не устанете.

9. *Упражнения для укрепления мышц шеи.* Рекомендуется комплекс изометрических упражнений, заключающийся в том, что напряжение мышц есть, а движения в шее нет. Чем сильнее напряжение, тем лучше профилактика (рис. 14).

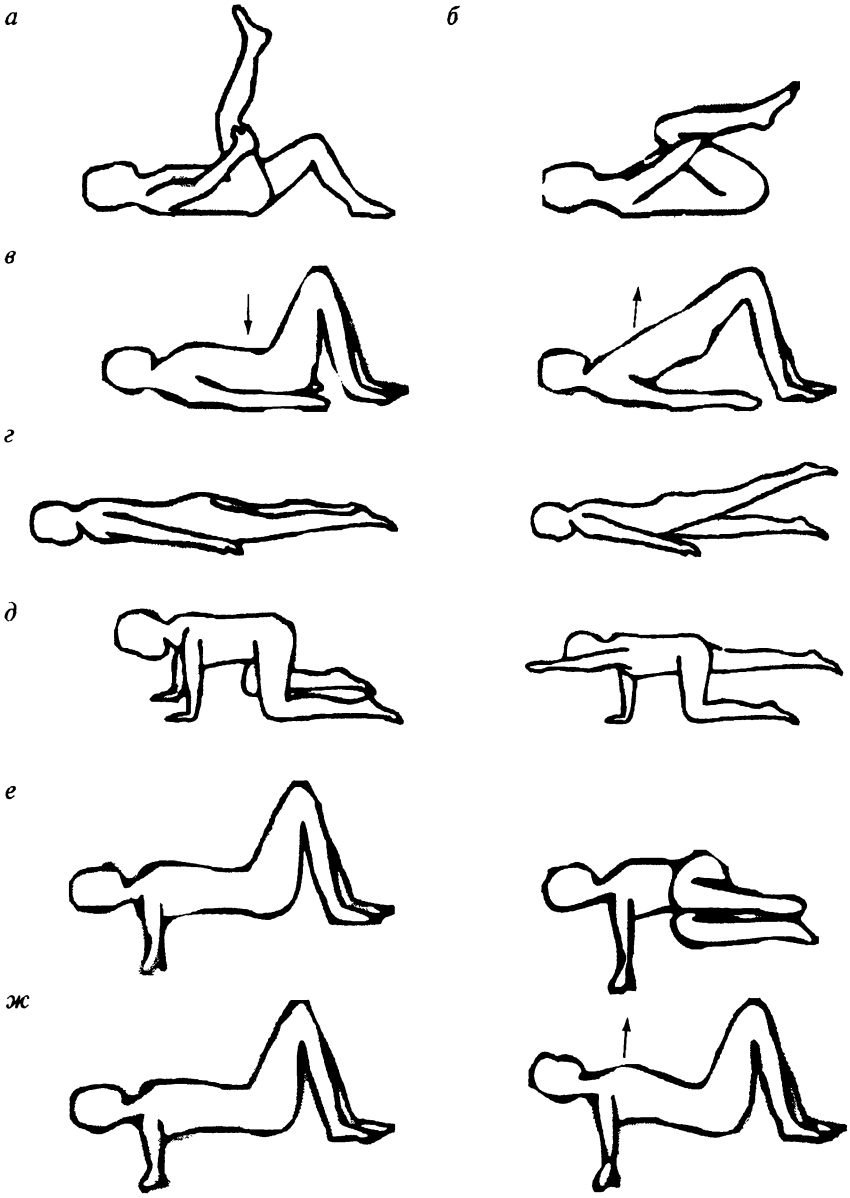
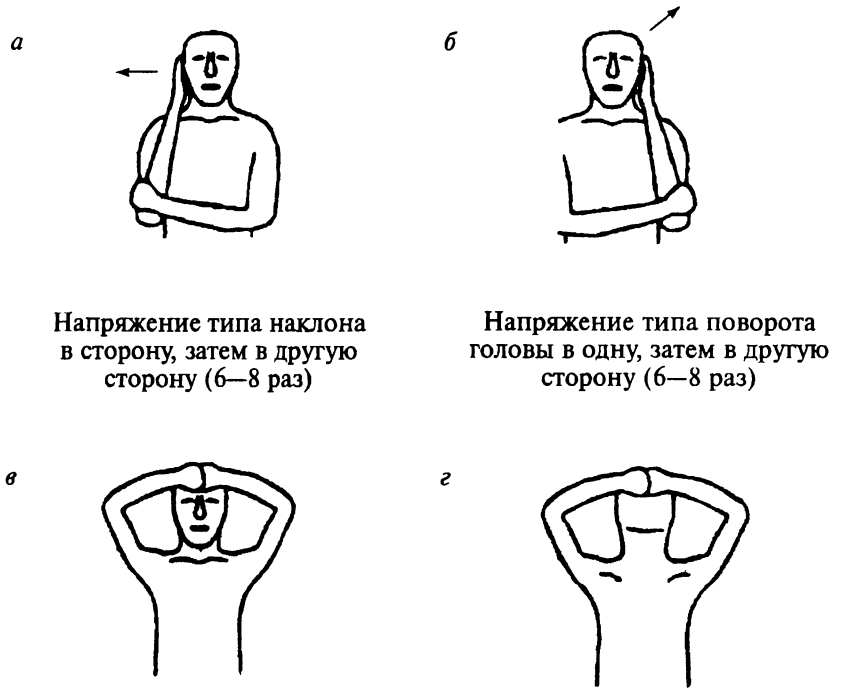


Рис. 13. Укрепляющие упражнения



Напряжение типа наклона в сторону, затем в другую сторону (6—8 раз)

Напряжение типа поворота головы в одну, затем в другую сторону (6—8 раз)

Напряжение типа наклона вперед (30 с)

Напряжение типа наклона назад (30 с)

Рис. 14. Упражнения для укрепления мышц шеи

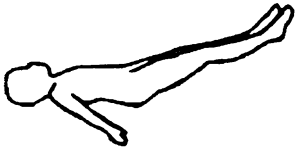
3.1.5. Опасные упражнения при остеохондрозе и радикулите

Перегрузки, работа в наклон, сидячий образ жизни, спортивные нагрузки, повышенная гибкость позвоночника, остеохондроз, радикулит могут способствовать травматизации межпозвонковых дисков, что приводит к нарушению кровообращения позвонков, разрушению хрящевой ткани, а в последующем — к развитию нестабильности отделов позвоночника. При наличии таких факторов необходимо знать опасные упражнения для позвоночника, а также альтернативный ком-

плекс упражнений, способствующий укреплению «мышечного корсета» позвоночника (табл.2).

Таблица 2

Опасный и альтернативный комплекс упражнений при остеохондрозе и радикулите

Опасные упражнения	Альтернативный комплекс упражнений
1	2
1. Наклоны вперед стоя Предназначены для повышения гибкости подколенных сухожилий. Оказывают давление на позвоночник и на колени	1. Тренировка подколенных сухожилий в положении лежа Голова и плечи расслаблены и соприкасаются с полом. Нога согнута в колене, руки поддерживают ногу
2. Одновременное поднятие ног  Упражнение укрепляет мышцы брюшного пресса. Большая нагрузка приходится на поясничный отдел позвоночника (нижнюю часть спины), мышцы брюшного пресса и таза	2. Подъем верхней части туловища Выполняется со сложенными на груди руками
3. Подъем верхней части туловища лежа (руки за голову) Соблюдайте осторожность, так как нагрузка на шею и на нижнюю часть спины может быть серьезной	3. Подъем верхней части туловища, руки к ушам Выполняя упражнение, втяните мышцы живота

Окончание табл. 2

1	2
4. Круговое движение головой Нагрузка на шею (шейный отдел позвоночника)	4. Полукруг головой Упражнение выполняется медленно

3.1.6. Основные принципы предупреждения заболеваний позвоночника

1. Научитесь уменьшать нагрузку на позвоночник в повседневной жизни и на производстве, соблюдайте гигиену поз и движений.

2. Исключите переохлаждение, пребывание в сырости и на сквозняках. В зимнее время носите поясничный пояс-корсет.

3. Обязательно занимайтесь лечебной физкультурой. Постепенно укрепите мышцы спины и брюшного пресса, поддерживающие позвоночник.

4. Исключите интоксикации, снижающие защитные силы организма: никотин, спиртное. Предпринимайте профилактические меры по предупреждению заболеваний гриппом, ангиной.

5. Не переедайте, не толстейте, не увеличивайте нагрузку на позвоночник.

6. Еженедельная баня (парная или сауна) — естественный способ самоочищения организма, улучшения обмена веществ и функций позвоночника.

7. Ежемесячно проводите 7–10-дневный и профилактический курс самомассажа спины, шеи, грудины и поясницы.

8. Старайтесь меньше находиться в сидячем положении.

9. Стойте всегда как можно прямее; держите осанку, голова не должна быть опущенной. Это создает равномерность нагрузки на различные отделы позвоночника.

10. Щадите позвоночник — ограничьте сгибание без опоры.

11. При длительном нахождении в положении стоя найдите точку опоры для головы, туловища, рук, ног. Прислонитесь к чему-нибудь:

головой к кухонному шкафчику при мойке посуды, спиной к стене при длительной работе.

12. Длительная вертикальная нагрузка (стоя) требует непременной разгрузки (лежа). Не ходите долго (более 1–2 ч) на высоких каблуках.

13. Стремитесь любую производственную и домашнюю работу выполнять с максимально выпрямленной спиной, в вертикальном положении. Ограничьте время пребывания в вынужденной позе сгибания или разгибания.

14. Сидите всегда с максимально выпрямленной спиной. Изготовьте удобные и полезные приспособления для сидения в машине, на работе, дома.

15. Исключите или же резко ограничьте время пребывания в вынужденной (физиологически невыгодной) позе сгибания или в положении сидя.

16. Посидев в одном положении, через каждые 10–15 минут меняйте позу, двигайте руками и ногами, периодически отклоняйтесь назад, потягивайтесь.

17. Через каждый час «упорного сидения» вставайте и ходите.

18. Спите на полужестком ложе (поролоновый или подпружиненный матрац).

19. Не лежите долго на спине или на боку с резко согнутой головой, на высокой подушке (не читайте, не смотрите телевизор и т.п.). Это может привести к смещению позвонков в шейном отделе и нарушению кровоснабжения мозга.

20. Не делайте резких подъемов, травмирующих больной позвоночник. Поднимайтесь с постели мягко, чаще опирайтесь на руки. Старайтесь меньше сгибать поясницу.

21. Находясь долго в постели, чаще меняйте положение тела, двигайтесь. Это улучшит кровоснабжение позвоночника, спинного и головного мозга.

22. Не поднимайте больших грузов в положении наклона (более 30–50 кг), особенно рывковыми движениями. Разделите груз на части или используйте подручные средства механизации.

23. Не носите груз в одной руке, лучше нести больший груз, но симметрично в двух руках.

24. При подъеме груза обязательно старайтесь согнуть ноги, а не спину! Это значительно уменьшит нагрузку на позвоночник.

25. Не поднимайте ничего на вытянутых руках, что значительно

увеличивает нагрузку на позвоночник. Держите груз как можно ближе к туловищу.

26. Избегайте подъема груза в сочетании с резким поворотом туловища.

27. Поднимая и перенося грузы, не стесняйтесь просить о помощи. Лучше просить такую помощь, чем потом просить помощь об уходе.

28. При длительной езде в транспорте используйте воротник Шанца для предупреждения перегрузок.

29. Не рекомендуется увлекаться видами спорта с высокой вероятностью травматизма и очень большой нагрузкой на позвоночник (хоккей, футбол, художественная гимнастика, акробатика).

30. Предпочтительнее заниматься видами спорта с малой вероятностью травматизма, укрепляющими связочный аппарат позвоночника, тренирующими его стабильность, улучшающими кровообращение (бег, плавание, лыжи, тяжелая атлетика).

3.2. «Малые формы» физического воспитания в образовательном процессе

Обучение человека в образовательном учреждении на современном этапе сопряжено с большим объемом учебной работы и высокой умственной напряженностью. Причем интенсивность учебного процесса неуклонно возрастает в связи с увеличением потока учебной информации и необходимости ее усвоения учащимися в сжатые сроки.

Для значительной части детей и подростков это не просто непосильные нагрузки, а нагрузки, вызывающие постоянные перенапряжения и, как результат, нарушение психического и физического состояния здоровья.

В настоящее время 70% времени бодрствования обучающийся 6–16 (17) лет проводит в образовательном учреждении. Учебное время учащейся молодежи 17–25 лет составляет в среднем 8–9 ч (включая самоподготовку), следовательно, их рабочий день один из самых продолжительных.

Установлено, что динамика умственной работоспособности, сохранение высокой умственной активности у обучающихся на протяжении всего периода обучения в школе, колледже, высшем учебном заведении зависят от объема физических нагрузок в режиме дня и учебной недели.

Повышение физической работоспособности при систематических занятиях физической культурой сопровождается улучшением функционального состояния центральной нервной системы, что благоприятно отражается на умственной деятельности обучающихся. Для ее поддержания и повышения наиболее эффективен двигательный режим 10–12 ч в неделю для учащихся школ и лицеев и 6–8 ч в неделю для учащихся колледжей и высших учебных заведений.

В образовательных учреждениях урочная форма занятий физическими упражнениями обычно составляет:

- у школьников — 2 ч уроков физической культуры плюс 1 ч общей физической подготовки в неделю;
- у студентов — 2 ч уроков физкультуры у первокурсников и 2–4 ч у учащихся остальных курсов.

Неурочные формы занятий физическими упражнениями являются одним из средств активизации двигательной деятельности обучающихся, что позволяет преподавателям физического воспитания возобновить и расширить применение «малых форм» занятий физическими упражнениями в течение учебного дня. К ним относятся водная гимнастика, физкультпауза, физкультминутка, микропауза активного отдыха и т.п.

Внедрение «малых форм» физического воспитания может компенсировать до 10–15% двигательного объема, необходимого обучающемуся в течение недели.

Физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного дня имеют профилактическую и гигиеническую направленность для повышения устойчивости организма обучающегося к воздействию неблагоприятных факторов учебного процесса. К ним относятся перенапряжения, возникающие при умственном труде; гипокинезия — ограничение количества и объема движений; монотония, связанная с выполнением одинаковых операций, с непрерывной концентрацией внимания; рабочая поза, которая становится причиной целого ряда неблагоприятных отклонений (нарушение осанки, сколиозы, ослабление мышц живота, заболевание органов малого таза, головные боли, вызванные перенапряжением мышц головы в затылочной области и т.п.).

Чтобы снизить эти неблагоприятные воздействия учебного процесса необходимо ввести физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного дня: гимнастику до учебных занятий и физкультминутки во время занятий.

Гимнастика до учебных занятий (вводная). Ее цель — ускорить процесс вхождения организма в учебную деятельность, повысить уровень возбудимости и функциональной подвижности нервной системы.

Содержание гимнастики до занятий представляет собой комплекс упражнений для рук, ног, туловища, т.е. упражнения, охватывающие большое количество мышечных групп.

Для учащихся 7–8-х классов каждый комплекс состоит из 6–8 упражнений, каждое из которых выполняется по 8–10 раз; для учащихся 9–11-х классов — комплекс из 8–10 упражнений; для студентов — из 8–10 упражнений по 8–10 повторений.

Гимнастику следует начинать с ходьбы на месте. Первое упражнение —потягивание с подниманием рук вверх из различных исходных положений, с подниманием на носках. Далее выполняются упражнения для рук, ног, туловища. Предусматривается поочередное включение новых групп мышц в работу, чередование их напряжения с расслаблением, чередование противоположных движений, например: сгибание с разгибанием, наклонов вперед с наклонами назад, наклонов вправо с наклонами влево, поворотов право с поворотами влево, вращение вперед с вращением назад, вращение вправо с вращениям влево и т.п.

Завершается гимнастика подскоками, танцевальными прыжками или бегом на месте с переходом на ходьбу и дыхательными упражнениями.

Комплекс упражнений целесообразно менять 2–3 раза в четверть, при этом достаточно заменить 2–3 упражнения или исходные положения 2–3 упражнений.

Преподаватели физического воспитания составляют комплексы гимнастики, знакомят и обучают выполнению упражнений физоргов классов. Предлагается проводить вводную гимнастику не до начала уроков, а в первую 10-минутку — для 100% охвата учащихся.

Музыкальное сопровождение — обязательный компонент гимнастики до занятий, так как оно положительно влияет на эмоциональный настрой учащихся.

Педагоги не являются сторонними наблюдателями, они направляют, корректируют действия учащихся, концентрируя внимание на осанке детей (спина прямая, плечи отведены назад, подбородок поднят) и на правильном выполнении упражнений. Недопустимы небрежность, нечеткость, вялость при выполнении движений, исключается мышечное напряжение. Движения должны быть энергичными.

Физкультминутки и физкультпаузы во время занятий. Их цель — снятие утомления, повышение умственной и физической работоспособности, предупреждение нарушения осанки. Физкультминутки проводятся на занятиях при появлении первых признаков утомления (нарушение внимания, снижение активности и т.п.) — обычно на 45–50-1 минуте при сдвоенных занятиях. Со старшеклассниками и студентами физкультминутки рекомендуется проводить со второй пары занятий с теоретической направленностью, с учащимися 7-х классов для более мягкого адаптирования к учебному процессу физкультминутки необходимо проводить на всех без исключения уроках, особенно в начале учебного года, после каникул, на первых уроках в понедельник.

Во время уроков значительные нагрузки испытывают органы зрения и слуха; мышцы туловища (особенно спины, поскольку находятся в статическом положении), мышцы кисти работающей руки. При этом подбираются такие упражнения комплекса физкультминутки, которые охватывают большие группы мышц и в основном снимают статическое напряжение, активизируют дыхание, усиливают кровообращение, т.е. снимают застойные явления, вызываемые продолжительным сидением за партой.

Комплекс продолжительностью от 3 до 5 мин вмещает 5–10 упражнений, каждое из которых повторяется 8–10 раз. Учащиеся могут выполнять упражнения сидя или стоя.

Первое упражнение комплекса должно включать потягивание, выпрямление, прогибания туловища, разгибание рук во всех суставах; 2-е упражнение — движения туловища вправо — влево, вперед — назад, вокруг своей оси; 3-е упражнение — движения для ног (разгибание — сгибание, поднимание согнутых в колене ног из положения сидя за партой, вставание и возвращение в исходное положение, из положения стоя — приседание и др.)

Выполнение движений должно быть четким, без резких движений, соответствовать ритму дыхания.

Комплексы упражнений физкультминуток и физкультпауз разрабатываются по желанию самими преподавателями или по программам, составленным преподавателями физической культуры. Рекомендуем использовать во время физкультминутки и физкультпаузы комплексы упражнений для мышц рук и глаз, представленные в Приложениях 6 и 7.

Проветривание помещения во время проведения вводной гимнастики, физкультминуток и физкультпауз — необходимое условие выполнения санитарно-гигиенических норм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современный период развития общества новейшая философия с позиции исторического и энергетического подходов считает, что наркомания и СПИД есть явления одного порядка.

Человечество, которое со все возрастающей скоростью энергопреобразует мир, испытывает противодавление со стороны прямой биологической природы человечества. С меньшими индивидуальными энергетическими затратами человечество преобразует все большую энергию вещества Земли. Но платит за это все большим расходом своей биологической природы. И все больше детей, входя в возраст созревания, «выбиваются» из нормальной деятельности человечества, из жизни наркоманией, СПИДом. А ощущения, напряжение чувств сильны особенно в молодости. Слабость, безделье, свобода — вкупе с отсутствием общей идеи, деиделогизации общества — толкают к пагубным пристрастиям молодых людей.

По мнению философов, только профилактической работой этот процесс не может быть остановлен. Приостановить этот процесс возможно только через изменения социальных институтов и социальных отношений.

Человек — предмет изучения многих естественных (биология, антропология, физиология, медицина и др.), общественных (социология, психология, философия) и других наук. Здоровье человека является сложной категорией, представляя собой результат взаимодействия индивида и окружающей среды (условий его существования), ведущих мотивов его жизнедеятельности и мироощущения в целом. Проблема здоровья человека во многом монополизирована медициной, которая только делает первые шаги в направлении сохранения здоровья здоровых людей. Не следует думать, что проблема индивидуального здоровья не поднималась ранее. Просто она не была настолько актуальной, как в настоящее время, в связи с изменением качества здоровья на уровне популяции.

Одной из форм борьбы со страшными пороками является создание трудовых коммун, которые успешно применяют меры обязательной трудовой деятельности для собственного выживания индивида (например, испанская трудовая коммуна, трудовое сообщество при мужском монастыре в Свердловской области).

На государственном уровне необходимо создать такие условия, при которых молодежь будет много и напряженно трудиться, что обеспечит полноценное развитие человека.

Вероятно, со стороны государства потребуются законодательные акты и иные меры, направленные на формирование правовых условий трудовой деятельности лиц с алкогольной или наркотической зависимостью.

В условиях образовательных учреждений общего и профессионального образования необходимо создание напряженной интеллектуальной и трудовой атмосферы, постоянной занятости каждого индивида в образовательной деятельности. Это потребует разработки особых учебных программ с учетом всех аспектов воспитания, просвещения, образования, особенно в профессиональных образовательных учреждениях, так как от профессиональной компетентности выпускников во многом зависят и успехи в борьбе с мировым злом — СПИДом и наркоманией.

Со всеми вопросами и замечаниями можно обратиться по адресу: medcolleg_revda@uraltc.ru

Библиографический список

1. *Абакумов С., Веденягина О.* На грани нормы и патологии //Врач. 1998. № 3. С. 29–32.

2. Азбука СПИДа: Пер. с англ. /Под ред. М. Адлера. М.: Мир, 1991. 69 с.

3. *Амосов Н.М.* Раздумья о здоровье. 2-е изд., перераб. и доп. Свердловск: Сред.-Урал. кн. изд-во, 1987. 176 с.

4. *Андерсон Б., Андерсон Дж.* Растяжка для каждого / Пер. с англ. Л.Г. Белошеева. Минск: ООО «Попурри», 2002. 224 с.

5. *Апанасенко Г.Л., Попова Л.А.* Медицинская валеология. Ростов н/Д.: Феникс, 2000. 248 с. (Серия «Гиппократ».)

6. *Баранов А., Санников А.* Половое воспитание и сексуальное образование необходимы // Врач.1999. № 9. С. 40–41.

7. *Билибин Д.П., Дворников В.Е.* Патофизиология алкогольной болезни и наркомании: Учеб.пособие. М.: Изд-во УДН, 1991. 104 с.

8. *Брехман И.И.* Валеология — наука о здоровье. 2-е изд., доп., перераб. М.: Физкультура и спорт, 1990. 208 с.

9. Воспитать человека: Сб. нормат.-правовых актов, науч.-метод., орг.-практ. материалов по пробл. воспитания / Под ред. В.А. Березиной, О.И. Волжиной, И.А. Зимней. М.: Вентана-Графф, 2003. 382 с.

10. *Втюрина Г.В., Резер Т.М.* Организационно-методическое обеспечение подготовки специалистов новых квалификаций в колледже: Учеб. пособие. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2005. 216 с.

11. Воспитательная работа в новых условиях (опыт учреждений профессионального образования): Науч.-метод. сб. /Авт.-сост. *И.П. Смирнов, Е.В. Ткаченко.* М.: Изд. отд. НОУ ИСОМ, 2003. 280 с.

12. *Денисенко М.Б., Далла Зунна Ж.-П.* Сексуальное поведение российской молодежи // Здравоохранение РФ. 2001. № 2. С. 83–87.

13. *Журавлева И.В.* Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социол. исслед. 2000. № 5. С. 66–74.

14. Здоровье молодежи — забота общества: Докл. исслед. группы ВОЗ по пробл. молодежи в свете стратегии достижения здоровья для всех к 2000 г. М.: Медицина, 1987. 128 с.

15. Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г. // Бюл. М-ва труда и соц. развития РФ. 2001. № 10. С. 17–24.

16. Концепция здоровья здоровых // Здравоохранение. 2004. № 9. С. 93–103.

17. *Максимова Т.М. и др.* Здоровье различных групп населения трудоспособного возраста //Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 2. С. 4–9.

18. Модернизация российского образования: документы и материалы /Ред.-сост. Э.Д. Днепров. М.: ГУ ВШЭ, 2002. 332 с.

19. Об основах охраны труда в Российской Федерации: Федер. закон: [Принят Гос. думой 17.07.1999]. Екатеринбург: Уралюриздат, 2003. 24 с.

20. *Покровский В.И., Покровский В.В.* СПИД. Синдром приобретенного иммунодефицита. М.: Медицина, 1988. 48 с.

21. *Петленко В.П.* Валеология человека. Здоровье – любовь – красота: В 5 т. – Т.1: Валеология и мудрость здоровья. СПб.: Петроградский и К°, 1996. 304 с.

22. *Резер Т.М.* Учебный процесс и здоровье учащихся. М.: Изд. центр АПО, 2002. 56 с.

23. *Резер Т.М.* Абитуриент 2001: состояние физического и психического здоровья // Социол. исслед. 2001. № 11. С. 118–122.

24. *РезерТ.М.* Профессиональное воспитание будущего специалиста // Врач. 2001. № 9. С. 45.

25. *РезерТ.М.* Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования // Социол. исслед. 2003. № 1. С. 102–108.

26. *Селиванова З.К.* Смысложизненные ориентации подростков // Социол. исслед. 2001. № 2. С.87–92.

27. *Сметанин В.Н.* Медико-социальные подходы к организации полового воспитания подростков // Экономика здравоохранения. 2000. № 7. С. 20.

28. *Смирнов И.П., Ткаченко Е.В.* Современный учащийся НПО: Всерос. социол. исслед. М.: Изд. центр АПО, 2002. 46 с.

29.Федеральные законы об образовании и правах ребенка с комментариями /Сост. Е.П. Педчак. Ростов н/Д.: Феникс, 2002. 288 с.

Приложение 1

Три заповеди о том, как не стать алкоголиком

Заповедь первая

Если твой опыт знакомства
со спиртным не показался приятным,
Боже упаси заставлять себя привыкать.
(Поверь — это не самый большой недостаток.)

Заповедь вторая

Не бойся категорически отказаться
от дежурных тостов за чье-то здоровье
или за знакомство.
(Если твой отказ послужит причиной разрыва, —
грош цена такой дружбе.)

Заповедь третья

Даже когда тебе будет настолько плохо,
что захочется, чтобы стало еще хуже,
то лучше вместо бутылки спиртного
купи себе хорошие кроссовки...
на два размера меньше.
(Потом кому-нибудь подаришь.)

Приложение 2

Тестовый контроль по теме «Алкоголь»

1. *Для изготовления алкогольных напитков используют*:
а) этиловый спирт; в) метиловый спирт;
б) бутиловый спирт; г) все перечисленное верно.

2. *Чистый спирт впервые получили*:
а) китайцы; в) арабы;
б) немцы; г) индусы.

3. *Наркотически подобное вещество, вырабатываемое организмом*:
а) адреналин; в) гистамин;
б) эндоморфин (эндоэтанол); г) норадреналин.

4. *Острый дефицит собственного эндоэтанола вызывает развитие синдрома*:
а) почечной недостаточности; в) болевого;
б) сердечной недостаточности; г) абстиненции.

5. *Первая фаза опьянения характеризуется*:
а) эйфорией; в) застойностью мыслей;
б) заторможенностью; г) потерей памяти.

6. *Основная масса алкоголя всасывается*:
а) в желудке; в) в тонкой кишке;
б) в толстой кишке; г) в прямой кишке.

7. *Основная масса алкоголя метаболизируется*:
а) в печени; в) в поджелудочной железе;
б) в почках; г) в кишечнике.

8. *Конечным результатом химического превращения этанола в организме является*:
а) уксусная кислота; в) ацетатальдегид;
б) молочная кислота; г) углекислый газ и вода.

9. *Первым предвестником алкогольной комы является*:

а) непрерывное чихание; в) нарушение координации движений;

б) эйфоричное настроение; г) икота.

10. *При оказании помощи человеку, находящемуся в алкогольной коме, необходимо*:

а) положить его на спину и вызвать «скорую помощь»;

б) положить его на живот и вызвать «скорую помощь»;

в) попытаться вызвать у него рвоту и вызвать «скорую помощь»;

г) поместить его в холодное помещение, «скорую помощь» не вызывать, пока у человека не восстановится сознание.

11. *Алкоголизм — это тяжелое хроническое заболевание с неудержимым влечением*:

а) к наркотикам; в) к табаку;

б) к токсическим веществам; г) к спиртным напиткам.

12. *Первая стадия алкоголизма характеризуется*:

а) снижением непереносимости алкоголя;

б) увеличением переносимости алкоголя;

в) появлением запоев;

г) способностью пить любые вещества, содержащие алкоголь.

13. *При регулярном употреблении спиртного подросток становится хроническим алкоголиком*:

а) через 1–3 месяца; в) через 1–1,5 года;

б) через 3–6 месяцев; г) через 1,5–3 года.

14. *Частое употребление алкоголя оказывает на интеллектуальные способности следующее влияние*:

а) значительно снижает; в) незначительно снижает;

б) незначительно повышает; г) не влияет.

15. *Высокая переносимость алкоголя свидетельствует*:

а) о хорошем здоровье;

б) о рациональном употреблении алкоголя;

в) о начале развития алкоголизма;

г) о нарушении работы желудочно-кишечного тракта.

16. *По сравнению с мужчинами пьющие женщины становятся алкоголиками*:

а) значительно медленнее;
б) значительно быстрее;
в) никогда не становятся;
г) в редких случаях.

17. *На какую из физиологических систем плода оказывает наибольшее влияние употребление алкоголя беременной женщиной*:

а) сердечно-сосудистую;
б) костно-мышечную;
в) бронхо-легочную;
г) нервную.

18. *Может ли алкоголизм передаваться по наследству:*

а) может;
б) только предрасположенность к нему;
в) только иногда;
г) не может.

19. *Наиболее частой причиной смерти в состоянии алкогольной комы является*:

а) нарушение функции дыхания (западение языка, аспирация рвотных масс, остановка дыхания);
б) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
в) отек головного мозга;
г) переохлаждение в холодное время года.

20. *Алкогольная кома отличается от алкогольного сна тем, что человек:*

а) реагирует только на окрик или громкие слова;
б) реагирует только на физическое воздействие;
в) не реагирует ни на словесные, ни на болевые раздражители;
г) нет правильного ответа.

Эталоны ответов: 1 — а, 2 — в, 3 — б, 4 — 7, 5 — а, 6 — в, 7 — а, 8 — г, 9 — а, 10 — б, 11 — г, 12 — б, 13 — в, 14 — а, 15 — в, 16 —б, 17 — г, 18 — б, 19 — а, 20 — в.

Приложение 3

Тестовый контроль по теме «СПИД»

1. *СПИД — это заболевание, которое вызывается*:
а) вирусом; в) грибком;
б) бактерией; г) простейшими.

2. *Какие микроорганизмы чаще всего вызывают пневмонию у больных СПИДом*:
а) стафилококки; в) вибрионы;
б) пневмококки; г) микобактерии.

3. *В каком году был впервые диагностирован СПИД в СССР*:
а) 1977; в) 1987;
б) 1982; г) 1989.

4. *Где впервые появился вирус СПИДа*:
а) Центральная Европа; в) Центральная Америка;
б) Центральная Азия; г) Центральная Африка.

5. *Какие животные в природе являются носителем вируса СПИДа*:
а) мартышки; в) крокодилы;
б) слоны; г) кролики.

6. *Внутри вируса СПИДа находятся следующие кислоты*:
а) дезоксирибонуклеиновая; в) янтарная;
б) рибонуклеиновая; г) пировиноградная.

7. *Главной мишенью вируса СПИДа являются клетки*:
а) нервной системы; в) иммунной системы;
б) сердечно-сосудистой системы; г) бронхо-легочной системы.

8. *При попадании микроорганизмов в организм человека иммунную систему «запускают»*:
а) макрофаги; в) Т-хелперы;
б) Т-киллеры; г) Т-супрессоры.

9. *При температуре 100° С вирус СПИДа погибает*:
а) мгновенно; в) через 10 мин;
б) через 30 с; г) через 30 мин.

10. *К группе риска по заболеванию СПИДом относятся*:
а) проститутки; в) гомосексуалисты;
б) наркоманы; г) все перечисленное верно.

11. *Реальные факторы передачи ВИЧ*:
а) сперма; в) секрет шейки матки;
б) кровь и ее компоненты; г) все перечисленное верно.

12. *ВИЧ передается*:
а) при половом контакте; в) при рукопожатии;
б) при укусах насекомых; г) при пользовании общей посудой.

13. *Инкубационный период при СПИДе составляет*:
а) от нескольких минут до нескольких часов;
б) от нескольких часов до нескольких суток;
в) от нескольких суток до одного месяца;
г) от трех месяцев до нескольких лет.

14. *При ВИЧ- инфекции лимфатические узлы обязательно*:
а) увеличиваются в разных местах;
б) увеличиваются в одном месте;
в) не увеличиваются;
г) увеличиваются все.

15. *Для скрытого периода ВИЧ-инфекции характерно развитие*:
а) инфаркта миокарда;
б) гнойничковых заболеваний кожи и слизистых оболочек;
в) переломов костей;
г) мышечных судорог.

16. *Двумя самыми встречающимися проявлениями СПИДа являются*:
а) пневмония и саркома Капоши; в) гепатит и анемия;
б) ангина и лимфома мозга; г) туберкулез и остеобластома.

17. *Особо точная реакция, подтверждающая наличие у человека ВИЧ-инфекции или СПИДа*, называется:

а) иммуноферментный анализ; в) приопреципитация;
б) иммунный блотинг; г) связывание комплемента.

18. *Антитела и ВИЧ в крови появляются*:

а) через несколько часов; в) через 12 недель;
б) через 3 месяца – полгода; г) через 7–10 дней.

19. *Предотвращая передачу ВИЧ половым путем*:

а) используют презервативы;
б) используют оральные контрацептивы;
в) соблюдают личную гигиену перед и после полового контакта;
г) уменьшают число половых партнеров.

20. *Больному, ВИЧ-инфицированному, запрещается*:

а) работа в государственных учреждениях;
б) лечение в обычной больнице;
в) занятия игровыми видами спорта;
г) быть донором.

Эталоны ответов: 1 – а, 2 – б, 3 – в, 4 – г, 5 – а, 6 – б, 7 – в, 8 – в, 9 – а, 10 – г, 11 – г, 12 – а, 13 – г, 14 – а, 15 – б, 16 – а, 17 – б, 18 – в, 19 – а, 20 – г.

Приложение 4

Комплекс упражнений после длительного сидения

Этот комплекс предназначен для тех, кому приходится длительное время проводить сидя. Сидячее положение вызывает приток крови к голеням и ступням, вызывает напряженность задних мышц бедра, затекание и онемение мышц спины и шеи. Растяжки улучшат циркуляцию крови и помогут расслабить области тела, в которых накопилось напряжение от продолжительного сидения.

Время выполнения комплекса — примерно 4 мин.

1

Ходьба
(можно на месте) —
2—3 мин

2

Прогибание в пояснице
и удержание тела
в таком положении
(2 раза по 10 с)

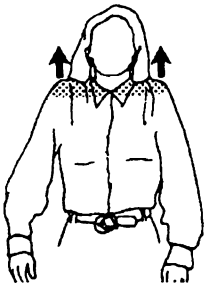
3

Круговые вращения
стопой (по 10—15 раз)

4

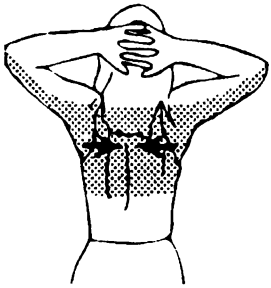
Удержание рук
над головой (10 с)

5



Поднимание
и опускание плеч
(10—12 раз)

6

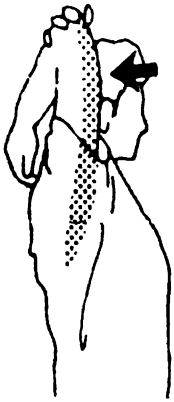


Сведение и разведение
лопаток (10—15 раз)

7

Наклоны головы
влево-вправо
(по 3—5 раз
в каждую сторону)

8



Удержание согнутой
руки за головой
(по 10 с
на каждую руку)

9

Удержание согнутой
руки у плеча
(по 15 с
на каждую руку)

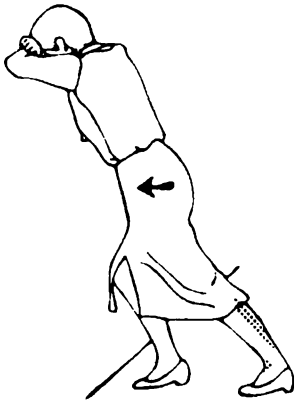
10

Повороты туловища
(по 5—8 раз
в каждую сторону)

11

Подъемы на стопе
(10—15 раз)

12



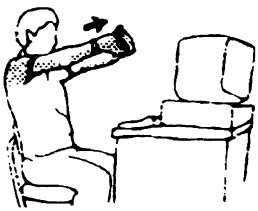
Удержание в растянутом
положении
мышц голени
(по 15—30 раз
на каждую ногу)

Приложение 5

Комплекс упражнений при длительном сидении перед компьютером и за столом

Долгое сидение за компьютером часто приводит к статическому перенапряжению мышц шеи и плечевого пояса, а иногда — и к болям в пояснице. Проделывайте эти упражнения каждый час в течение дня или каждый раз, когда почувствуете онемение в мышцах. Отснимите эту страницу на ксероксе и держите копию в ящике стола. Кстати, не стесняйтесь выйти из-за стола и пройтись по кабинету каждый раз, когда вам этого захочется. Вам непременно станет лучше! Длительность выполнения комплекса — примерно 4 мин.

1



Выпрямление сомкнутых рук перед собой (10—20 раз)

2

Выпрямление сомкнутых рук над головой (10—15 раз)

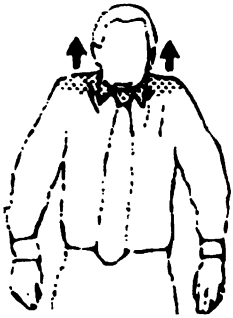
3

Наклоны туловища в сторону, согнутые руки за головой (10—12 повторений)

4

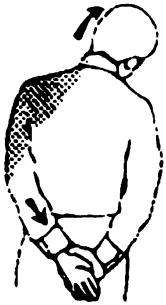
Удержание сомкнутых прямых рук над головой (15 с)

5



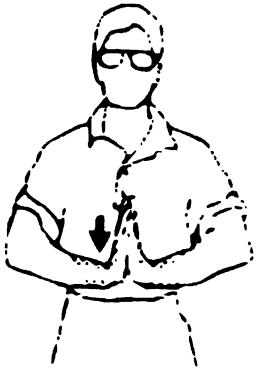
Поднимание и опускание плеч (12—15 повторений)

6



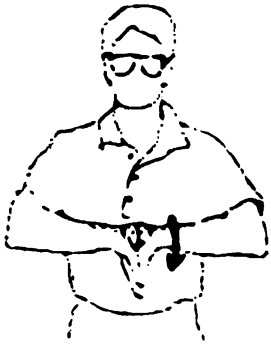
Наклоны головы с потягиванием руки (10—12 с на каждую)

7



Удержание сомкнутых пальцев рук перед грудью (10 с)

8



Опускание и поднимание сомкнутых пальцев рук перед грудью (10 с)

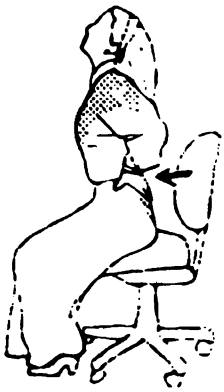
9

Поочередное поднимание и опускание рук (10—12 повторений)

10

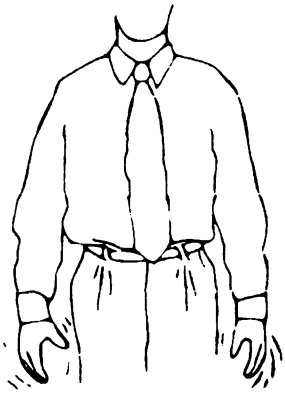
Скручивание и удержание туловища (8—10 с на каждую сторону)

11



Прогибание в пояснице и удержание (10—15 с 2 раза)

12



Встряхивание расслабленных рук (5—8 повторений)

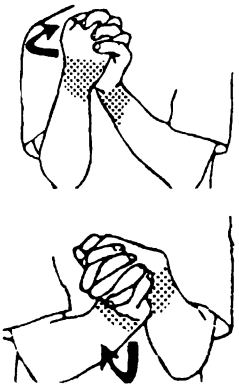
Приложение 6

Комплекс упражнений для растягивания кистей рук и плеч

Этот комплекс упражнений помогает справиться с накоплением мышечной напряженности в руках. Растягиваясь, дышите естественно, расслабляйтесь [4].

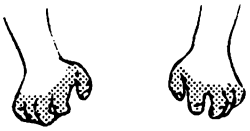
Время выполнения комплекса – примерно 4 мин.

1



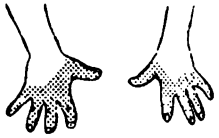
Вращение кистей (8—10 вращений в каждую сторону)

2



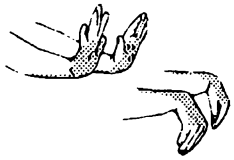
Сжимание пальцев в кулак и удержание их в этом положении (2 раза по 5—6 с)

3



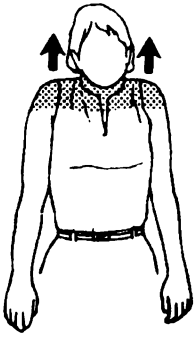
Удержание напряженных прямых пальцев рук (2 раза по 10 с)

4



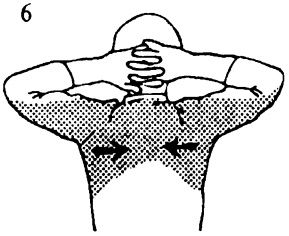
Поднимание и опускание кистей рук (10—15 повторений)

5



Поднимание плеч и удержание их в этом положении (2 раза по 5 с)

6

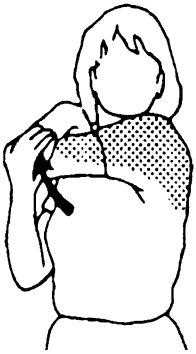


Сведение лопаток и удержание их в этом положении (2 раза по 5 с)

7

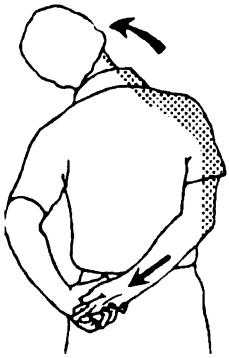
Повороты головы
(по 3—5 раз
в каждую сторону)

8



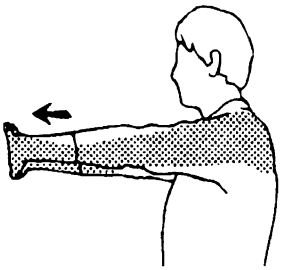
Удержание согнутой
руки у плеча
(по 15 с
на каждую руку)

9



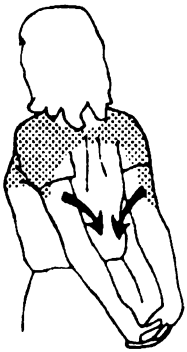
Наклоны головы
с потягиванием руки
(по 15 с
на каждую руку)

10



Удержание прямых
сомкнутых рук
перед собой (20 с)

11



Удержание прямых
сомкнутых рук
за спиной (10—15 с)

12

Удержание прямых
сомкнутых рук
над головой (15 с)

Приложение 7

Комплекс упражнений для глаз

Упражнение 1. Смотреть в даль 2—3 с. Перевести взгляд на кончик пальца, поставленного перед глазами на расстоянии 25—30 см, и смотреть на него 3—5 с. Повторить 10—12 раз.

Упражнение 2. Крепко зажмурить глаза на 3—5 с, а затем открыть на 3—5 с. Повторить 6—8 раз.

Упражнение 3. Закрыть глаза и выполнить круговые движения глазными яблоками вправо и влево (15—20 с).

Упражнение 4. Быстрые моргания 15—20 с.

Упражнение 5. Закрыть глаза, подушечками трех пальцев каждой руки и легко надавливать на верхнее веко в течение 2—3 с. Затем снять пальцы с век и посидеть с закрытыми глазами 2—3 с. Повторить 3—4 раза.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ ... 3
1. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ... 6
1.1. Социально-экономические проблемы в сфере здоровьесбережения ... 6
1.2. Организационно-педагогические аспекты в сфере здоровьесбережения ... 13
2. ЧЕЛОВЕК И ЗДОРОВЬЕ ... 33
2.1. Медицинские и социальные аспекты здоровья ... 33
2.2. Психическое здоровье и алкоголизм ... 38
2.2.1. Понятие психического здоровья ... 38
2.2.2. История возникновения проблемы алкоголизма ... 41
2.2.3. Механизм развития алкогольной зависимости ... 47
2.2.4. Влияние алкоголя на организм человека ... 49
2.2.5. Схема оказания первой медицинской помощи при алкогольной коме ... 53
2.2.6. Бытовое пьянство и алкоголизм ... 55
2.3. Репродуктивное здоровье ... 61
2.3.1. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования ... 61
2.3.2. Проблема синдрома приобретенного иммунодефицита ... 72
2.3.3. Структура вируса иммунодефицита и механизм его действия на организм человека ... 74
2.3.4. Пути передачи и симптомы вируса иммунодефицита ... 75
2.3.5. Основные пути профилактики СПИДа ... 79
3. МЕДИЦИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА ... 81
3.1. Профилактика заболеваний позвоночника ... 81
3.1.1. Анатомия позвоночника и причины болей в спине ... 81
3.1.2. Причины перегрузки позвоночника ... 83
3.1.3. Упражнения в период обострения болей ... 88
3.1.4. Укрепляющие упражнения ... 90
3.1.5. Опасные упражнения при остеохондрозе и радикулите ... 93
3.1.6. Основные принципы предупреждения заболеваний позвоночника ... 95
3.2. «Малые формы» физического воспитания в образовательном процессе ... 97
ЗАКЛЮЧЕНИЕ ... 101
Библиографический список ... 103
Приложение 1. Три заповеди о том, как не стать алкоголиком ... 105
Приложение 2. Тестовый контроль по теме «Алкоголь» ... 106
Приложение 3. Тестовый контроль по теме «СПИД» ... 109
Приложение 4. Комплекс упражнений после длительного сидения ... 112
Приложение 5. Комплекс упражнений при длительном сидении перед компьютером и за столом ... 114
Приложение 6. Комплекс упражнений для растягивания кистей рук и плеч ... 116
Приложение 7. Комплекс упражнений для глаз ... 118

Резер Татьяна Михайловна

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТА

Учебное пособие

Редактор
Л.И. Кузнецова

Печатается по постановлению редакционно-издательского совета Российского профессионально-педагогического университета

Издательство
Российского государственного
профессионально-педагогического университета.
Екатеринбург, ул. Машиностроителей, 11.

Подписано в печать 10.11.05. Формат 60×84/16. Бумага писчая № 1.
Гарнитура «Newton».
Усл. печ. л. 7,5. Уч.-изд. 7,2. Тираж 500. Заказ № 2382. 02.12.05.
Полиграфический центр «АМБ», 620114, г. Екатеринбург, ул. Фрунзе, 96.