

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. М.АКМУЛЛЫ»**

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

Учебное пособие

Уфа 2013

УДК 371:613
ББК 289.513
К18

*Печатается по решению учебно-методического совета
Башкирского государственного педагогического университета
им. М.Акмуллы*

Педагогическая валеология: учеб. пособие [Текст] / авт.-сост.
А.И. Кагарманова. – Уфа : Изд-во БГПУ, 2013. – 268 с.

Пособие раскрывает основные вопросы дисциплины, подготовлено на основе курса лекций для будущих социальных педагогов, читаемого студентам IV курса. Большое значение автор придает деятельности социального педагога в области пропаганды здорового образа жизни, профилактики аддиктивного поведения и других негативных явлений, влияющих на здоровье учащихся.

Последовательность тем в пособии задана логикой предмета – от общих теоретических основ до рассмотрения отдельных отклонений от здорового образа жизни. Приводится список рекомендуемой литературы и приложения ко всем изложенным темам.

Пособие предназначено студентам социально-педагогических профилей, а также всем интересующимся вопросами педагогической валеологии.

Рецензенты:

Л.Р. Ахмадеева, д-р мед. н., проф. (БашГМУ);

В.П. Сухов, д-р пед. н., проф. (БГПУ).

ISBN 978-5-87978-837-2

© Издательство БГПУ, 2012

© Кагарманова А.И., 2012

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Тема 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВАЛЕОЛОГИИ	5
Тема 2. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ КАК ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ВАЛЕОЛОГИИ.....	15
Тема 3. ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	22
Тема 4. ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ	33
Тема 5. ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИ ОПТИМАЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	43
Тема 6. КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ.....	65
Тема 7. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ. САНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ.....	74
Тема 8. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ	86
Тема 9. СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ИНДИКАТОР СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И УРОВНЯ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ.....	101
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	154
Приложение 1. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ....	160
Приложение 2. РОССИЙСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ПАВ	163
Приложение 3. САНИТАРНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ.....	169
Приложение 4. МАТЕРИАЛЫ ПО РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	204
Приложение 5. МАТЕРИАЛЫ ПО РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	221
Приложение 6. КЛАССНЫЕ ЧАСЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ	234
Приложение 7. ТРЕНИНГ «ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»	251
Приложение 8. УПРАЖНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ..	261
Приложение 9. МАТЕРИАЛЫ ПО СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ	264

ВВЕДЕНИЕ

Современный человек все больше осознает необходимость в здоровом образе жизни, личной активности, в повышении уровня здоровья. В то же время сложившиеся стереотипы и привычки, выработанные несколькими поколениями, отнюдь не соответствуют этому. Чаще всего в качестве побуждающих факторов выступают болезни, жизненный кризис, другие экстремальные жизненные ситуации. Однако кардинально изменить положение вещей может только целенаправленная работа в области валеологического образования. В связи с этим несомненна важность мероприятий по повышению уровня здоровья человека, а также изучение проблематики, посвященной исследованию составляющих здорового образа жизни и мотивации к нему. И чем раньше начинается формирование установки на здоровый образ жизни, привитие навыков здоровьесбережения, тем эффективнее будет результат.

Валеологии как науке о формировании, сохранении и укреплении здоровья в последние годы уделяется внимание в научной литературе, в процессе подготовки студентов к профессиональной педагогической деятельности, в организации образовательного процесса в учебных заведениях и др. Будущий педагог в ходе своей профессиональной подготовки в вузе должен овладеть системой знаний о здоровье и здоровом образе жизни, т.е. получить валеологическое образование. Определенный объем знаний, базовые навыки, элементы поведения, связанные с валеологией, каждый человек получает еще в раннем детстве. В то же время современное общество, семейная микросреда зачастую не способствуют выработке основ валеологической культуры, поэтому существует необходимость вести соответствующую работу на более поздних этапах образования.

Педагогическая валеология, являясь полидисциплинарной наукой, тесно связана с огромным количеством человековедческих и обществоведческих отраслей научного знания, а также с различными направлениями практической деятельности.

Цель учебного пособия – формирование научных знаний и практических умений в области профилактики здорового образа жизни, охраны здоровья.

В пособии представлены сведения из области медицины, психологии, педагогики о здоровье, здоровом образе жизни и здоровьесберегающих основах образования и воспитания. В приложении приведены нормативно-правовые документы, регулирующие охрану здоровья, методические разработки по пропаганде ЗОЖ, профилактике аддиктивного поведения среди учащихся.

К каждой теме прилагаются вопросы для самопроверки студентами знаний, а также списки рекомендуемой литературы для самостоятельного изучения.

Тема 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВАЛЕОЛОГИИ

1. *Объект, предмет, задачи валеологии.*
2. *Предпосылки возникновения валеологии.*
3. *Место валеологии в системе наук.*
4. *Классификация валеологии.*
5. *Социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни.*

1. Объект, предмет, задачи валеологии

Идея здоровья в последние десятилетия приобрела особую актуальность в связи с тем, что качество здоровья испытывает неуклонную тенденцию к ухудшению.

Российский ученый И.И. Брехман одним из первых в новейшее время поставил проблему необходимости разработки основ новой науки и в 1980 г. ввел в обиход термин «валеология» (в пер. с лат. valeo – «здоровье», «быть здоровым»).

Валеология есть межнаучное направление познаний о здоровье человека, о путях его обеспечения, формирования и сохранения в конкретных условиях жизнедеятельности. Как учебная дисциплина она представляет собой совокупность знаний о здоровье и о здоровом образе жизни человека.

Центральной *проблемой* валеологии является отношение к индивидуальному здоровью и воспитание культуры здоровья в процессе индивидуального развития личности.

Предметом валеологии являются индивидуальное здоровье и резервы здоровья человека, а также здоровый образ жизни. В этом состоит одно из важнейших отличий валеологии от профилактических медицинских дисциплин, рекомендации которых направлены на предупреждение болезней.

Объект валеологии – практически здоровый, а также находящийся в состоянии предболезни человек во всем безграничном многообразии его психофизиологического, социокультурного и других аспектов существования. Именно такой человек оказывается вне сферы интересов здравоохранения до тех пор, пока он не перейдет в разряд заболевших людей. Имея дело со здоровым или находящимся в группе риска человеком, валеология использует функциональные резервы человеческого организма для сохранения здоровья преимущественно через приобщение к здоровому образу жизни.

Методом валеологии является исследование путей повышения резервов здоровья человека, которое включает в себя поиск средств, методов и технологий формирования мотивации на здоровье, приобщение к здоровому образу жизни. Здесь важную роль играют качественная и количественная оценка здоровья и резервов здоровья человека, а также исследование путей их повышения. Если качественную оценку здоровья традиционно в своей практике использует медицина, то количественная оценка

здоровья каждого конкретного человека является сугубо специфичной для валеологии и успешно развивает и дополняет качественный анализ. Благодаря этому специалист и каждый человек приобретают возможность динамической оценки уровня своего здоровья и проведения соответствующих корректив своего образа жизни.

Основной *целью* валеологии служат максимальное использование унаследованных механизмов и резервов жизнедеятельности человека и поддержание на высоком уровне адаптации организма к условиям внутренней и внешней среды. В теоретическом плане цель валеологии – изучение закономерностей поддержания здоровья, моделирование и достижение здорового образа жизни. В практическом плане цель валеологии можно видеть в разработке мер и определении условий для сохранения и укрепления здоровья.

Основные *задачи* валеологии

1. Исследование и количественная оценка состояния здоровья и резервов здоровья человека.

2. Формирование установки на здоровый образ жизни.

3. Сохранение и укрепление здоровья и резервов здоровья человека через приобщение его к здоровому образу жизни.

Валеология принципиально отличается от других наук, изучающих состояние здоровья человека. Это отличие заключается в том, что в сфере интересов валеологии находится здоровье и здоровый человек, в то время как у медицины – болезнь и больной, а у гигиены – среда обитания и условия жизнедеятельности человека. Отсюда исходят и существенные различия в основополагающих посылах каждой из этих наук в предмете, методе, объекте, целях и задачах.

2. Предпосылки возникновения валеологии

Отношение человека к своему здоровью обычно определялось способностью к сохранению жизни, к выполнению своего биологического и социального предназначения. Разумеется, такое отношение соответствовало уровню знаний об особенностях анатомии и физиологии человека, о факторах, вызывающих нарушения нормального функционирования организма.

В дородовом периоде, когда человек был беззащитен перед силами природы, его физическое состояние связывали с мистическими представлениями, которые в первобытнообщинном строе уже обожествлялись в амулетах, а сами меры по охране здоровья существовали в виде религиозных обрядов. В это время лечебная медицина вряд ли имела большое значение, так как без достаточных знаний о причинах и механизмах нарушений и заболеваний человек больше полагался на возможности самого организма, чем на собственное вмешательство в течение заболевания.

В рабовладельческом обществе началась систематизация знаний, касающихся здоровья человека. Усилия предпринимались для создания

оздоровительных систем, примером чему, в частности, являются дошедшие до нас руководства по здоровью: китайское «Конг-фу» (около 2600 лет до н.э.), индийская «Аюрведа» (около 1800 лет до н.э.), «О здоровом образе жизни» Гиппократ (около 400 лет до н.э.), системы оздоровления, существовавшие в Спарте, и другие. Эти системы имеют основной идеей не лечение болезней, но формирование, сохранение и укрепление здоровья, а при его нарушении – использование резервных возможностей организма для восстановления здоровья.

Отношение к здоровью принципиально стало меняться в рабовладельческих сообществах по мере имущественного и социального расслоения людей. Медицина теряла свое оздоровительное и профилактическое значение и все больше специализировалась на лечении болезней. Способствовала этому и своеобразная изоляция дальневосточных государств (в частности, Китая и Индии), сохранивших на протяжении тысячелетий богатейший опыт оздоровительных систем. На протяжении последующих веков появлялись отдельные ученые, обращавшие внимание на проблемы здоровья. Так, Абу Али ибн-Сина (980-1037 гг.) в «Каноне врачебной науки» указывал как на наиболее эффективный путь к долголетию – сохранение здоровья, а не лечение болезней.

В последующие периоды развития цивилизации медицина уделяла все меньше внимания здоровью человека, концентрируя его преимущественно на лечении болезней. Правда, такие ученые, как Ф. Бекон, М.В. Ломоносов, М.Я.Мудров и другие, в своих работах неоднократно подчеркивали, что приоритет в отношении к здоровью должен быть отдан именно здоровью и профилактике болезней, однако по этому пути развитие науки не пошло.

В новейшее время в истории нашей страны, по-видимому, заслуживает упоминания ориентация на профилактику инфекционных и паразитарных заболеваний, связанная с деятельностью наркома здравоохранения СССР Н.А.Семашко. Организованные под его руководством противоэпидемические мероприятия способствовали резкому возрастанию средней продолжительности жизни граждан страны за счет устранения массовых инфекционных заболеваний, дававших высокую смертность: чумы, холеры, оспы, тифа и других.

В последние десятилетия ситуация, однако, изменилась: рост благосостояния людей, разработка высокоэффективных промышленных технологий, нарушенная экология и другие объективные факторы привели к тому, что образ жизни современного человека все в большей степени стал провоцировать гиподинамию, переизбыток, психическое перенапряжение. Это выдвинуло на одно из первых мест в причинах смертности заболевания, связанные с образом жизни человека.

Именно отсутствие личных мотивов в сохранении здоровья привело к тому, что в настоящее время во всем мире все большую тревогу специалистов вызывает тенденция к его ухудшению. Особенно серьезное положение

складывается со здоровьем детей. Неблагоприятная статистика катастрофического состояния здоровья новорожденных во многом обусловлена неподготовленностью – физической, психологической, моральной, социальной – их родителей. За период обучения в школе число здоровых детей сокращается в 4-5 раз, особенно в 5-6 классах, когда повышенная учебная нагрузка совпадает с критическими изменениями в организме детей, связанными с половым созреванием. Наибольшую озабоченность вызывает информация, поступающая из инновационных школ (гимназии, лицеи, специализированные школы и др.) с усложненными учебными планами и программами, где общая заболеваемость в 2-2,5 раза выше, чем в обычных школах.

Динамика общей заболеваемости школьников всех возрастов характеризуется неуклонным ростом хронических форм заболеваний. Особенно высокими темпами у школьников растут хронические болезни систем кровообращения, крови и кроветворных органов, костно-мышечной, эндокринной и мочеполовой систем.

Несмотря на прослеживающуюся в мире (не является исключением и Россия) на протяжении последних 30-40 лет акселерацию, в настоящее время у нас в стране число школьников, соответствующих по физиологическим нормам своему биологическому возрасту, снизилось до 40-50%, а числе детей с нормальным физическим развитием снизилось до 13%. В итоге только 6-8% выпускников полной общеобразовательной школы могут считаться здоровыми.

Отсутствие знаний по культуре здоровья и/или пренебрежение здоровьем ведут к тому, что 40% школьников не знают, что такое здоровый образ жизни, 85% не занимаются физической культурой и спортом, многие (преимущественно подростки и старшеклассники) уже пробовали наркотики и т.д.

Поэтому не случайно валеология, ориентированная на реализацию прежде всего резервных возможностей организма каждого конкретного человека, зародилась именно в России. Более того, ее российский приоритет обусловлен большим опытом оздоровительной работы, который накоплен у нас в стране.

3. Место валеологии в системе наук

Валеология – это комплекс наук, или междисциплинарное направление, в основе которого лежит представление о генетических, психофизиологических резервах систем организма и всего организма в целом, обеспечивающих устойчивость физиологического, биологического, психологического и социокультурного развития и сохранение здоровья человека в условиях влияния на него меняющихся условий внешней и внутренней среды.

Следует определить общие основы взаимоотношений валеологии как самостоятельной науки (или научного направления) с другими науками, исходя прежде всего из того, что предметом валеологии является здоровье.

Биология (общая биология, генетика, цитология и др.) исследует закономерности жизнедеятельности организмов в филогенезе, формирует эволюционный взгляд на природу здоровья, создает целостную картину биологического мира.

Экология обеспечивает научную основу рационального природопользования, исследует характер взаимоотношений «общество – человек – среда» и разрабатывает оптимальные модели их построения, формирует знания об аспектах зависимости здоровья от окружающей среды.

Медицина (анатомия, физиология, гигиена, санология и др.) разрабатывает нормативы обеспечения здоровья, обосновывает систему знаний и практической деятельности по укреплению и сохранению здоровья, по предупреждению и лечению заболеваний. Структурой медицины считают следующие компоненты: науку о болезнях (патологию), науку о здоровой среде обитания (гигиену), науку о механизмах выздоровления (саногенез) и науку об общественном здоровье (санологию).

Физическое воспитание и физическая культура определяют закономерности поддержания и совершенствования физического развития и физической подготовленности человека как неотъемлемых характеристик здоровья.

Психология изучает закономерности психического развития человека, состояние психики в различных условиях жизнедеятельности, психологические аспекты обеспечения здоровья.

Педагогика разрабатывает цели, задачи, содержание и технологии валеологического образования и воспитания, направленных на формирование жизненно устойчивой мотивации на здоровье и на приобщение человека к здоровому образу жизни.

Социология выявляет социальные аспекты поддержания, укрепления и сохранения здоровья и факторов риска здоровья. Политология определяет роль, стратегию и тактику государства в обеспечении и формировании здоровья своих граждан.

Экономика обосновывает, с одной стороны, экономические аспекты обеспечения здоровья и, с другой стороны, экономическую ценность здоровья в обеспечении благосостояния народа и безопасности государства.

Философия определяет закономерности развития природы и общества, субъектом же и объектом той и другого является человек: воздействуя на природу и общество, он изменяет их, но, в свою очередь, испытывает на себе, в том числе и на своем здоровье, их влияние. Формирование же философского, диалектического мировоззрения человека является весьма существенным фактором в правильной оценке роли здоровья в человеческом бытии.

Культурология определяет цели и пути культурологической подготовки человека, существенной частью которой является валеологическая культура.

История прослеживает исторические корни, преемственность путей, средств и методов поддержания здоровья в мире, регионе, в этносе.

География устанавливает специфику региона и взаимоотношения человека со средой обитания в аспекте адаптации человека и обеспечения здорового образа жизни.

Разумеется, определенные выше взаимосвязи валеологии не отражают полной картины, так как в количественном отношении таких связей неизмеримо больше и валеология является лишь одной из ветвей той области человеческого знания, которая называется наукой, предметом которой, в свою очередь, является человек.

Связь валеологии с другими науками имеет двухсторонний характер. Используя данные смежных наук, валеология сама может дать весомые результаты для развития и конкретизации проблем человекознания.

4. Классификация валеологии

Несмотря на свою очевидную молодость, валеология развивается довольно динамично. Находясь на стыке многих наук, валеология своими методологией, проблемами, данными заставляет представителей этих наук в отдельных аспектах по-новому взглянуть на их собственные проблемы. Неудивительно поэтому, что в самой валеологии происходит заметная дифференциация, отражающая специфику интересов ученых, пришедших в валеологию из различных отраслей наук. В настоящее время в валеологии можно выделить следующие основные направления.

Общая валеология представляет собой основу, методологию валеологии как науки или области знания. Она определяет место валеологии в системе наук о человеке, предмет, методы, цели, задачи, историю ее становления. Сюда же следует отнести и вопросы биосоциальной природы человека и ее роли в обеспечении здоровья.

Медицинская валеология определяет различия между здоровьем и болезнью и их диагностику, изучает способы внешнего поддержания здоровья и предупреждения заболеваний, разрабатывает методы и критерии оценки состояния здоровья населения и отдельных социально-возрастных групп и методы использования резервных возможностей организма для устранения начавшейся болезни, исследует внешние и внутренние факторы, угрожающие здоровью, разрабатывает рекомендации по обеспечению здоровья и здорового образа жизни человека.

Возрастная валеология изучает особенности возрастного становления здоровья человека, его взаимоотношения с факторами внешней и внутренней среды в различные возрастные периоды и адаптацию к условиям жизнедеятельности. На каждом возрастном этапе состояние любой из систем организма соответствует реализации генетической программы именно для этого периода развития. То есть речь идет о том, что оценка уровня здоровья и отдельных его показателей должна быть динамичной, осуществляемой с позиций возрастного развития индивида, а не относиться к каким-либо усредненным эталонам взрослого возраста.

Дифференциальная валеология занимается исследованием индивидуально-типологических особенностей здоровья, построенных на генетической и фенотипической оценке индивида; разрабатывает методологию построения индивидуальных программ изменения количества и качества здоровья.

Профессиональная валеология изучает вопросы, связанные с проблемой профессионального тестирования и профессиональной ориентации, построенных на научно обоснованных методах оценки индивидуальных типологических свойств личности. Кроме того, она рассматривает особенности влияния профессиональных факторов на здоровье человека, определяет методы и средства профессиональной реабилитации как в процессе трудовой деятельности, так и в течение всей жизнедеятельности.

Специальная валеология исследует влияние различных особых, опасных для жизни человека и экстремальных факторов на здоровье человека и критерии безопасности этих факторов, определяет методы и средства сохранения и восстановления здоровья в течение и в результате воздействия таких факторов. Специальная валеология тесно связана с дисциплиной «Основы безопасности жизнедеятельности».

Семейная валеология изучает роль и место семьи и каждого из ее членов в формировании здоровья, разрабатывает рекомендации путей и средств обеспечения здоровья каждого из поколений и всей семьи в целом. Этот раздел валеологии включает формирование здоровья – от подготовки к деторождению до воспитания осознанного отношения к здоровью, которое наиболее целенаправленно и последовательно может осуществляться именно в семье.

Экологическая валеология исследует влияние природных факторов и последствий антропогенных изменений в природе на здоровье человека, определяет поведение человека в складывающихся условиях внешней среды с целью сохранения здоровья. Вмешательство человека в естественное развитие природы создает все более отчетливые противоречия между ней и человеческим организмом, представляющим собой продукт биологической эволюции. В связи с этим валеология должна, с одной стороны, изучать характер влияний измененной окружающей среды на здоровье человека, а с другой – разрабатывать рекомендации об оптимальном, с точки зрения здоровья, поведении человека в складывающихся условиях.

Социальная валеология ставит своей целью изучение здоровья человека в социуме, в его многообразных и многовариантных отношениях социального характера с людьми и с обществом. В сфере интересов социальной валеологии изучение состояния здоровья в социальных группах (постоянных или временных) как в целом (коллективы, группы), так и каждого из ее элементов.

Педагогическая валеология изучает вопросы обучения и воспитания человека, имеющего прочную жизненную установку на здоровье и здоровый образ жизни на различных возрастных этапах развития. Сейчас эта от-

расль валеологии развивается наиболее динамично, что обусловлено по крайней мере двумя следующими обстоятельствами: 1) потребностью общества в срочных мерах по оздоровлению человека с возможностью наиболее быстрой отдачи; 2) относительной дешевизной введения и реализации валеологических программ в образовательном процессе для находящегося в тяжелых финансовых и экономических условиях государства.

5. Социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни

Право граждан России на здоровье утверждается Конституцией Российской Федерации. К сожалению, это право не находит своего реального подтверждения. Реализация права на здоровье требует разработки специальной комплексной программы поддержания и охраны здоровья, в которой было бы определено место каждого социально-экономического звена: семьи, школы, органов здравоохранения, предприятий, физкультурных организаций, государства и др. Но все это потребовало бы и нового мышления, переосмысления концептуальной модели здоровья с учетом того, что в формировании здоровья населения важное место принадлежит поведенческим факторам: режиму труда и отдыха, взаимоотношениям в семье и на производстве и т.д., а также условиям жизни и образу жизни. В проблеме здоровья прежде всего выделяются социальные и личностные предпосылки и лишь в последнюю очередь – медицинские.

Решение вопросов здоровья на государственном уровне требует учета, по крайней мере, нескольких групп факторов.

Правовые: разработка законодательных и нормативных подзаконных актов, подтверждающих право граждан России на здоровье и регламентирующих механизмы его реализации через все государственные, хозяйственные и социальные институты от федерального до муниципального уровней, предприятий, учреждений и самих граждан.

Социально-экономические, обуславливающие виды, формы участия и ответственность различных звеньев социально-экономических структур в формировании, сохранении и укреплении здоровья своих членов, формирование такой работы и обеспечение нормативных условий для профессиональной деятельности.

Образовательно-воспитательные, обеспечивающие формирование жизненного приоритета здоровья, воспитание мотивации на здоровый образ жизни (ЗОЖ) и обучение методам, средствам и способам достижения здоровья, умению вести пропагандистскую работу по здоровью и здоровому образу жизни.

Семейные, связанные с созданием условий для ЗОЖ в семье и ориентацией каждого из ее членов на здоровье, на финансирование в семье ЗОЖ.

Медицинские, направленные на диагностику состояния здоровья, разработку рекомендаций по ЗОЖ, эффективную первичную, вторичную и третичную профилактику.

Культурологические, связанные с формированием культуры здоровья, организацией досуга населения, популяризацией вопросов здоровья и ЗОЖ, этнических, общинных, национальных, религиозных и других идей, традиций, обрядов обеспечения здоровья и т.д.

Юридические, обеспечивающие социальную безопасность, защищенность личности от преступлений и угроз преступлений, грозящих жизни и здоровью граждан.

Экологические, обуславливающие адекватное для ЗОЖ состояние окружающей среды и рациональное природопользование.

Личностные, ориентирующие каждого конкретного человека на формирование, сохранение и укрепление своего здоровья и устанавливающие ответственность личности за свое здоровье.

Перечисленные факторы, обеспечивающие поддержку здоровья граждан со стороны государства, предполагают координацию усилий ведомств и структур, компетентных в решении тех или иных аспектов здоровья. Имеющиеся в настоящее время программы санитарного просвещения населения ориентированы лишь на медицинские аспекты здоровья, не учитывают психолого-педагогические проблемы развития личности, ее индивидуальные, типологические, возрастные и половые особенности.

Современный человек знает о здоровье достаточно много, как и о том, что надо делать для его поддержания и достижения. Однако для того, чтобы эти накопленные человечеством знания начали давать результат, необходимо учесть и устранить целый ряд негативных обстоятельств, препятствующих их реальному воплощению.

1. В стране *не существует последовательной и непрерывной системы обучения здоровью*. На различных этапах возрастного развития человек получает информацию о здоровье в семье, в школе, в больнице, из средств массовой информации и т.д. Однако информация эта отрывочна, случайна, не носит системного характера, зачастую противоречива и исходит иногда даже от некомпетентных людей. Разработка системы непрерывного валеологического образования должна стать делом государственной важности. Такая система имеет своей основной задачей совместную работу валеологов, педагогов, врачей, психологов и других специалистов по сохранению и укреплению здоровья людей и профилактике различных форм социальной и профессиональной дезадаптации. Должны быть разработаны концепции, программы, организация валеологического образования на разных уровнях основного и дополнительного образования.

2. Формирование знаний человека о здоровье еще не гарантирует, что он будет, следуя им, вести здоровый образ жизни. Для этого необходимо *создание у человека стойкой мотивации на здоровье*. Рождаясь здоровым, самого здоровья человек не ощущает до тех пор, пока не возникнут серьезные признаки его нарушения. Теперь, почувствовав болезнь и получив временное облегчение от врача, он все больше склоняется к убеждению о

зависимости своего здоровья именно от медицины. Тем более что такой подход освобождает самого человека от необходимости «работать над собой», жить в постоянном режиме ограничений и нагрузок. Культурный же человек, как отмечал И.И. Брехман, «не должен допускать болезни, особенно хронические, так как в подавляющем числе случаев они являются следствием образа жизни в течение довольно длительного времени: атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, диабет, ожирение, алкоголизм...»

3. В настоящее время *существующая санитарно-просветительская работа* ориентирует население преимущественно на лечение, а не предупреждение заболеваний. При этом не раскрываются факторы риска и, главное, пути их преодоления, не показываются функциональные возможности организма в противодействии неблагоприятным влияниям и в устранении уже наступивших начальных признаков заболевания. Вместо этого упор делается на фармакологию и предупреждение каких-либо самостоятельных действий человека даже функционального характера без ведома врача.

4. В течение десятилетий *в нашей стране не существовало приоритета здоровья*. Более того, социальную защиту государство гарантировало прежде всего больным, даже несмотря на то, что в подавляющем числе случаев в имеющейся у него патологии повинен сам человек. В настоящее время ситуация изменилась мало. По-видимому, необходима разработка таких правовых актов, которые бы повысили ответственность человека за свое здоровье и установили бы его материальную зависимость от уровня здоровья так же, как и от уровня профессиональной подготовки.

5. Как следствие предыдущего положения, *в стране отсутствует мода на здоровье*. Средства массовой информации тиражируют вредные привычки, неконтролируемый и опасный секс, насилие, но мало внимания обращают на формирование гармонично развитого – физически и духовно – человека. Например, физический имидж человека среди важнейших личностных показателей назвали 85% респондентов в США и лишь 25% мужчин и менее 40% женщин – в России.

6. В стране *недостаточно внимания* уделяется *вопросам формирования культуры отдыха, где бы особый акцент делался на его активных формах*. Отсутствие такой культуры делает человека заложником непродуманного, непланируемого времяпрепровождения. В результате имеющееся у него время для рекреации, снятия последствий профессионального утомления и подготовки к следующему этапу деятельности используется с малой эффективностью и зачастую с отрицательным результатом.

Таким образом, в настоящее время необходимы другие, принципиально новые подходы (при сохранении всего лучшего, что накоплено в стране в области предупреждения и лечения заболеваний). Это новое должно проистекать из необходимости приобщить самого человека к заботе о своем здоровье, сделать его заинтересованным и активно борющимся за него. Другим аспектом нового подхода должны стать реалии современной жизни, одной из

которых является скудость материальных возможностей, которые государство может выделить на охрану здоровья и лечение людей.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте объект, предмет, задачи валеологии.
2. Перечислите основные предпосылки возникновения валеологии.
3. Определите место валеологии в системе наук.
4. Опишите основные направления валеологии.
5. Выделите социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни. В каких нормативно-правовых документах отражено право граждан на здоровье?

Литература

1. Акбашев Т. Всеобщая валеограмотность: шаг первый // Народное образование. – 1995. – №5. – С.107-108.
2. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.
3. Вайнер Э.Н. Валеология. – М., 2002.
4. Валеология. Справочник школьника. – Донецк: ПКФ"БАО", 1998.
5. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М., 1982.
6. Петленко В.П. Валеология человека: здоровье – любовь – красота. В 5 т. – СПб., 1996-98.
7. Торохова Е.И. Валеология: словарь. – М., 1999.
8. Чумаков Б.Н. Валеология. – М., 2000.

Тема 2. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ КАК ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ВАЛЕОЛОГИИ

1. *Понятийный аппарат педагогической валеологии.*
2. *Принципы педагогической валеологии.*
3. *Задачи педагогической валеологии.*
4. *Концепции педагогической валеологии.*

1. Понятийный аппарат педагогической валеологии

Педагогическая валеология – это новая область научных знаний, зарождающаяся на стыке общей педагогики и валеологии, несущая здоровье, предопределяющая принципы и пути достижения телесного, душевного и социального благополучия, увеличения резервных возможностей организма и личности.

Педагогическая валеология имеет неразрывную связь и преемственность с возрастной физиологией, школьной гигиеной и педагогикой, являясь вместе с тем новым направлением в педагогических науках. Формирование здоровья педагогическими средствами имеет более широкий фронт, нежели педагогическое сопровождение лечения, профилактики и реабилитации, является стратегическим направлением и базируется на системном подходе.

Целью педагогической валеологии является осознание каждым учащимся индивидуальных потребностей и особенностей развития, лишь на основе которых возможно создание индивидуального способа здорового образа жизни. Эта цель может быть достигнута с помощью внедрения разумного сочетания психолого-педагогического, медико-биологического и экологического воспитания и образования, т.е. базой должны стать учебные курсы валеологии, основ экологии, основ безопасной жизнедеятельности в рамках системы формирования здорового образа жизни у детей дошкольного и школьного возраста. Основными системообразующими факторами валеологической педагогики могут быть названы формы и методы педагогических воздействий, направленных на стимуляцию нравственных, физических, психических, соматических компонентов здоровья.

Приобщение школьников к проблеме сохранения своего здоровья – это, прежде всего, процесс социализации личности, создание высокого уровня душевного комфорта, который закладывается с детства на всю жизнь.

Педагогическая валеология – это, во-первых, *наука* о системно-интегративном образовании, это также определенного рода *педагогическая деятельность*, направленная на сохранение здоровья ребенка и учителя и мотивацию личности к гармонизирующему саморазвитию. Кроме того, это *учебная дисциплина*, посвященная валеологической науке и валеологически ориентированной педагогической деятельности. Такое определение, конечно же, условное и далеко не исчерпывающее и нуждается в дальнейшей конкретизации.

Основными понятиями педагогической валеологии являются валеологическое образование, валеологическое обучение, валеологическое воспитание, валеологические знания, валеологическая культура.

Под *валеологическим образованием* понимают непрерывный процесс обучения, воспитания и развития здоровья человека, направленный на формирование системы научных и практических знаний и умений, поведения и деятельности, обеспечивающих ценностные отношения к личному здоровью и здоровью окружающих людей.

Валеологическое обучение есть процесс формирования знаний о закономерностях становления, сохранения и развития здоровья человека, овладение умениями сохранения и совершенствования личного здоровья, оценки формирующих его факторов; усвоения знаний о здоровом образе жизни и умений его построения, освоения методов и средств ведения пропагандистской работы по здоровью и здоровому образу жизни.

Валеологическое воспитание есть процесс формирования ценностно-ориентированных установок на здоровье и здоровый образ жизни, построенных как неотъемлемая часть жизненных ценностей и общекультурного мировоззрения. В процессе валеологического образования у человека развивается эмоциональное и вместе с тем осознанное отношение к здоровью, основанное на положительных интересах и потребностях, стремление к со-

вершенствованию собственного здоровья и к бережному отношению к здоровью окружающих людей, к развитию своего творчества и духовного мира, к осознанному восприятию и отношению к социуму.

Валеологические знания есть совокупность научно обоснованных понятий, идей, фактов, накопленных человечеством в области здоровья, и представляющих собой исходную базу для дальнейшего развития науки и самого валеологического знания.

Результатом валеологического образования должна стать *валеологическая культура* человека, предполагающая знание им своих генетических, физиологических и психологических возможностей, методов и средств контроля, сохранения и развития своего здоровья, умение распространять валеологические знания на окружающих.

Валеологическое образование связано и активно взаимодействует с другими видами образования: умственным, физическим, профессиональным, политическим и другими. Такое взаимодействие способствует более эффективному выполнению функций каждого из указанных видов образования, специфической подготовке людей (прежде всего детей и молодежи) к выполнению своих личностных и социальных обязанностей в обществе.

2. Принципы педагогической валеологии

Принципами педагогической валеологии являются общепризнанные принципы педагогики: доступности, индивидуального подхода, наглядности, систематичности и последовательности и др. Кроме того, в применении к валеологии необходимо их дополнить гуманистическим, антропологическим и здравотворческим принципами.

Принципы гуманистической педагогики, являющиеся необходимым компонентом валеологизации образовательной среды:

– принцип культуросообразности (подразумевает видение образования сквозь призму культуры как культурного процесса, осуществляющегося в культуросообразной образовательной среде, все компоненты которого наполнены человеческими смыслами, диалогом и сотрудничеством его участников; соответственно здоровье рассматривается как явление культуры);

– принцип природосообразности (подразумевает поддержку и развитие природных сил и задатков ребенка, сохранение и укрепление его здоровья);

– личностный подход (означает приобретение в ходе образования «опыта быть личностью» по В. В. Серикову).

Принципы педагогической валеологии:

– принцип здоровьетворения через образование (формирование здорового образа жизни, мотивации здоровья может быть реализовано через содержание образования);

– принцип уникальности личности (цель и смысл образования – развитие уникальности и неповторимости каждого ребенка);

– принцип дополнения (принятие и осознание того, что взаимодействие с другими людьми необходимо для реализации своей жизненной задачи, для познания самого себя);

- принцип безусловной любви (ответственное отношение к своему здоровью у ребенка можно воспитать только если он чувствует свою нужность, ценность для других людей);
- принцип неопределенности (предполагает отказ от готового знания в образовании; это совместный путь к творчеству и сотворчеству ребенка и взрослого);
- принцип проектировочного образования (способ деятельности ребенка предполагает формирование умения анализировать ситуацию, ставить цель, планировать, осуществлять намеченное, анализировать результат деятельности);
- принцип резонанса (необходимость моделировать ситуации для проявления ребенком своих возможностей).

3. Задачи педагогической валеологии

1. Воспитание у детей стойкой мотивации на здоровье и здоровый образ жизни на основе освоения ими знаний о приоритете здоровья и механизмах жизнедеятельности организма человека.

2. Обучение детей средствам и методам оценки своего физического состояния и использования функциональных возможностей организма и естественных средств оздоровления для поддержания своего здоровья.

3. Валеологическая оценка и динамический контроль уровня соматического здоровья учащихся и организация работы по их оздоровлению через систему занятий физическими упражнениями, психокоррекцию, психолого-педагогические консультации и т.п.

4. Валеологическая оценка организации и содержания образовательного процесса в образовательном учреждении и его соответствующая коррекция.

5. Работа с родителями с целью создания благоприятных условий для здоровья учащихся в семье.

6. Работа с педагогическим составом образовательного учреждения в двух направлениях:

- создание коллектива единомышленников-педагогов для осуществления всестороннего валеологического обучения и воспитания учащихся;
- валеологическое образование педагогов, которые сами являются одной из самых опасных профессиональных групп риска.

4. Концепции педагогической валеологии

К настоящему времени наиболее последовательно разработаны научные валеолого-педагогические концепции Л.Г. Татарниковой и Г.К. Зайцева.

Концепция Л.Г. Татарниковой в качестве методологической научно обоснованной базы включает в себя проект российской школы здоровья и индивидуального развития (1991), концепцию непрерывного валеологического образования (программу курса 1-11-го кл.), деятельность валеологической службы. Основой является идея формирования позитивного человека, идеи

лично ориентированного образования, которые Л.Г. Татарникова дополняет валеологическим компонентом. Концепция базируется на валеологическом, антропологическом и гуманистическом принципах. Школа, проект которой разработан Л.Г. Татарниковой, представляет собой «неградуированную школу с измененным ритмом жизни и принципами организации учебного процесса, ориентированного на реально существующие типы учащихся, максимальное развитие интеллектуальных и психофизических характеристик детей». Это подразумевает глубокую смену мировоззрения учителя, его значительную изначальную валеолого-педагогическую компетентность, владение навыками экспертной оценки психофизического и личностного развития учащихся, технологиями суггестопедии, релаксопедии, ритмопедии, гипнопедии, методом субсенсорных воздействий и др. Ребенку и его родителям предоставляется возможность выбора программ, форм и методов изучения тем. Создаются условия для творчества, значительно усиливается обучение искусствам.

Концепция Г.К. Зайцева основана на структурном анализе здоровья, представлениях об онтогенетическом развитии мотивационной сферы ребенка, потребностно-информационном подходе в воспитании. Согласно концепции валеологически обоснованного образования, сформулированной Г.К. Зайцевым и др. (1998), можно выделить следующие основные направления валеологической работы:

- формирование потребности в физическом саморазвитии;
- создание системы игровых площадок физического саморазвития, позволяющей путем свободного выбора средств (предметов, снарядов, вариантов двигательного действия) удовлетворять базовые потребности, связанные с двигательной деятельностью;
- формирование потребности в психическом (умственном) саморазвитии; развитие речи, знакомство с основами естественнонаучных знаний и художественно-эстетическое развитие должны организовываться в виде игровой и творческой деятельности, а учебные действия – средства достижения цели, которую ставят дети;
- воспитание потребности в валеологически обоснованном поведении; необходимо разработать специальную программу занятий по уходу за своим телом, правилам хорошего тона и безопасной жизни. Основные методические приемы – игровые взаимодействия, подражательная деятельность, сказкотворчество, театральное и художественное творчество;
- профилактика заболеваний и резервных возможностей. Осуществляет медицинский персонал, который анализирует здоровье часто болеющих детей, корректируя его с помощью соответствующих медико-гигиенических знаний;
- обучение родителей валеологическим методам анализа и коррекции здоровья собственных детей (с этой целью в Санкт-Петербурге создана специальная методика, позволяющая родителям совместно с валеологом вскрыть основные тенденции в развитии и здоровье ребенка).

По Г.К. Зайцеву, одной из наиболее перспективных научно-практических задач в ближайшее время может стать интегрирование валеологического подхода в образовании с личностно ориентированным воспитанием и обучением, поскольку сущность валеологического обеспечения образования состоит в необходимости создания такой предметно-информационной образовательной среды, в рамках которой предоставление учащимся свободы выбора средств удовлетворения своих базовых потребностей должно обеспечивать их саморазвитие в начальных классах, самопознание в основной школе, самосовершенствование и самоопределение в 9-11-х классах. Другими словами, есть основания считать, что концептуальные и методологические различия между личностно ориентированным обучением и валеологическим подходом в образовании не имеют принципиального значения.

Таким образом, существующие валеолого-педагогические концепции Л.Г. Татарниковой и Г.К. Зайцева за основу берут соответственно концепцию непрерывного валеологического образования и выделение основных направлений валеологической работы.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятиям: валеологическое образование, валеологическое обучение, валеологическое воспитание, валеологические знания, валеологическая культура.
2. Раскройте принципы педагогической валеологии. Приведите примеры.
3. Перечислите основные задачи педагогической валеологии.
4. Опишите концепции педагогической валеологии. Найдите сходства и различия.

Литература

1. Акбашев Т. Всеобщая валеограмотность: шаг первый // Народное образование. – 1995. – №5. – С.107-108.
2. Бородаева Л.Г., Руднева И.А. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Педагогическая валеология». – Волгоград: ВГПУ «Перемена», 2007.
3. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.
4. Булатова Н. Формируем валеологическую культуру // Народное образование. – 1998. – №3. – С.170-173.
5. Вайнер Э.Н. Валеология. – М., 2002.
6. Валеология. Справочник школьника. – Донецк: ПКФ «БАО», 1998.
7. Педагогика: Педагогические теории, системы, технологии / под ред. С.А.Смирнова. – М., 2001.
8. Петленко В.П. Валеология человека: здоровье – любовь – красота. В 5 т. – СПб., 1996-98.
9. Подласый И.П. Педагогика. – М.: Просвещение, 1996.
10. Татарникова Л.Г. Педагогическая валеология: Генезис. Тенденции развития. – СПб.: Петроградский и К, 1995.
11. Торохова Е.И. Валеология: словарь. – М., 1999.
12. Чумаков Б.Н. Валеология. – М., 2000.

Тема 3. ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

- 1. Факторы здоровья человека: генетические, экологические, медицинские, социальные.*
- 2. Здоровый образ жизни.*
- 3. Валеологическое образование и самообразование.*

1. Факторы здоровья человека

Эксперты ВОЗ в 80-х годах нашего столетия определили ориентировочное соотношение различных факторов обеспечения здоровья современного человека, выделив в качестве основных четыре производные. Используя последние, в 1994 г. Межведомственная комиссия Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения в Федеральных концепциях «Охрана здоровья населения» и «К здоровой России» определила это соотношение применительно к нашей стране следующим образом: генетические факторы – 15-20%; состояние окружающей среды – 20-25%; медицинское обеспечение – 10-15%; условия и образ жизни людей – 50-55%.

Генетические факторы

В методологическом плане понятие «генетические факторы» следует рассматривать в широком и узком смыслах. В широком – как унаследованные в процессе эволюции животного мира механизмы адаптации к условиям существования. В узком же смысле слова под генетическими факторами следует понимать унаследованные от ближайших предков семьи особенности обеспечения жизнедеятельности.

В России при ее этнической многообразии и все более активных процессах миграции существуют благоприятные предпосылки для рождения в каждом следующем поколении более совершенного потомства. Это обусловлено тем, что указанные условия создают более обширный генофонд и возможность более значительного числа перебора вариантов благоприятных генных признаков.

Хромосомы половых клеток и их структурные элементы – гены могут подвергаться вредным влияниям, причем, что особенно важно, в течение всей жизни будущих родителей. С генной программой, унаследованной от родителей и определяющей генетические особенности ребенка, ему предстоит жить всю жизнь, и от того, насколько образ жизни человека будет соответствовать его генотипической программе, и будет зависеть его здоровье и продолжительность жизни.

В наследуемых предпосылках здоровья особенно важны три фактора: тип морфофункциональной конституции и преобладающих нервных и психических процессов, степень предрасположенности к тем или иным заболеваниям и, наконец, менее определенная величина, которую определяют как «жизненность» и которая отражает плодовитость и долголетие осо-

би (видимо, именно с последним обстоятельством можно связать так называемый «парадокс долгожителей»: даже при наличии множественных патоморфологических нарушений в органах и тканях они тем не менее могут жить долго и иметь высокую работоспособность).

Часто наследственные нарушения обуславливаются образом жизни будущих родителей или беременной. Помимо дефицита двигательной активности в нездоровом образе жизни беременной, ведущему к нарушению нормального развития плода, следует отметить переизбыток, психические перегрузки социального, профессионального и бытового характера, вредные привычки и т.д.

Все заболевания, связанные с генетическими факторами, можно условно разделить на три группы:

- наследственные прямого эффекта (в том числе врожденные), когда ребенок рождается уже с признаками нарушений;
- наследственные, но опосредованные воздействием внешних факторов;
- связанные с наследственным предрасположением.

К первой группе можно отнести такие хромосомные и генные болезни, как гемофилия, фенилкетонурия, болезнь Дауна и другие. Эта группа болезней предопределяется прежде всего условиями, в которых живут родители в течение всей жизни до зачатия и мать – в периоде беременности. Основным фактором является наличие измененных или ослабленных хромосом и генов, которые при определенных условиях приобретают доминирующее значение. Наиболее частыми причинами, ведущими к таким последствиям, являются неблагоприятные экологические условия, употребление алкоголя, наркотиков и другие вредные привычки родителей, нарушения в режиме жизни, питания, психические перегрузки и т.д.

Вторая группа наследственных болезней развивается непосредственно в процессе индивидуального развития и обусловлена слабостью определенных наследственных механизмов. Такая слабость при нездоровом образе жизни человека может привести к возникновению некоторых видов нарушений обмена веществ (отдельные виды сахарного диабета, подагра), психическим расстройствам и другой патологии.

Третья группа болезней связана с наследственной предрасположенностью, что при воздействии определенных этиологических факторов внешней среды может привести к таким заболеваниям, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь, бронхиальная астма и многие другие психосоматические нарушения.

Статистика показывает, что в структуре наследственной патологии преимущественное место принадлежит заболеваниям, относящимся ко второй и третьей группам, то есть связанным с образом жизни и со здоровьем будущих родителей и матери в периоде беременности.

Таким образом, не вызывает сомнения заметная роль, которую имеют наследственные факторы в обеспечении здоровья человека. В то же

время в подавляющем числе случаев учет этих факторов через рационализацию образа жизни человека может сделать его жизнь здоровой, счастливой и долговечной. И, наоборот, недоучет типологических особенностей человека делает его беззащитным и уязвимым для действия неблагоприятных условий и обстоятельств жизни.

Состояние окружающей среды

С момента своего появления на Земле человек постоянно сталкивается с необходимостью борьбы за жизнь, с неблагоприятными условиями природы, со стихийными факторами, с непредсказуемостью даже ближайшего будущего.

К факторам внешней среды, оказывающим влияние на организм, следует отнести: энергетические воздействия (включая физические поля), динамический и химический характер атмосферы, водный компонент; физические, химические и механические характеристики поверхности Земли, характер биосистем местности и их ландшафтных сочетаний; сбалансированность и стабильность климатических и пейзажных условий и ритма природных явлений и др.

Окружающая среда с ее физическими, химическими, климатическими, биологическими и другими параметрами, с точки зрения эволюции биологических видов, относительно консервативна. Ее постепенные (в масштабе жизни поколений животных организмов) изменения вызывали соответствующие адаптационные перестройки животных видов, способствуя самой эволюции. То есть последняя сама по себе означала трансформацию биологических видов в соответствии с изменениями окружающей среды. Однако положение во все большей степени стало меняться с момента появления на Земле человека, который не сам стал приспосабливаться к природе, а начал все активнее преобразовывать природу «под себя». Этот процесс носил целенаправленный характер в виде создания новых водохранилищ, поворотов рек вспять, высаживания новых лесных посадок, внесения в почву искусственно созданных веществ и т.д. При этом помимо непосредственно ожидаемых эффектов возникали и опосредованные вредные последствия: истощение природных ресурсов, выброс в атмосферу, в землю и воду все большего объема отходов производства, создание искусственных источников радиоактивности, разрушение озонового слоя... Особую тревогу вызывает то, что природа – это ресурс, который истощается, но не восстанавливается.

Деятельность человека по преобразованию природы – целенаправленному и опосредованному – привела к возникновению относительно новых для него же условий существования: так называемой «второй природы», к которой относятся все изменения природной среды, искусственно вызванные людьми и характеризующиеся отсутствием системного самоподдержания, то есть постепенно разрушающиеся без поддерживающего влияния человека (лесопосадки, искусственные водоемы, мегаполисы и др.), и «третьей приро-

ды», к которой относится весь искусственный мир, созданный человеком и не имеющий вещественно-энергетической аналогии в естественной природе, системно чуждый ей и без непрерывного обновления немедленно начинающий разрушаться (асфальт, бетон, внутреннее пространство помещений, синтетика, культурно-архитектурная среда и др.).

Основным свойством живого является обмен веществ с окружающей средой. Появление множества искусственно синтезированных веществ, значительная часть которых попадает в организм через желудочно-кишечный тракт, не встречает и здесь серьезного сопротивления со стороны его барьеров – последние в процессе эволюции не имели контакта с подобными факторами и не выработали механизмов их нейтрализации. Естественно, что эти вещества (в частности, пестициды, инсектициды, консерванты, белковые добавки, фармакология, нитриты и многое другое) в организме встраиваются в обменные процессы, извращая их нормальное течение. В результате во все большей и угрожающей степени человечество встречается с нарушениями обмена веществ, аллергиями и с возникновением новой, ранее не известной патологии.

В настоящее время можно говорить о складывающейся определенной картине специфической для каждой местности патологии, связанной не столько с географическими и климатическими условиями региона (хотя и есть заболевания, имеющие эндемическое происхождение, – например, заболевания щитовидной железы), сколько с преобладающими здесь отраслями производства. Так, в центрах металлургии (Липецк, Магнитогорск, Нижний Тагил) гораздо выше заболеваемость дыхательного аппарата, аллергиями, злокачественными болезнями. Однако нарушения экологии не носят лишь локальный характер: воздушные потоки, круговорот воды в природе, океанские течения, транспортные перевозки, миграция животных и т.д. придают многим изменениям окружающей среды глобальный характер. Примерами могут служить озоновые дыры, ядерные испытания и т.д. Об этом же говорит и тот факт, что в организме пингвинов, обитающих в Антарктиде, и белых медведей – в Арктике, отдаленных от «цивилизованных» материков тысячами морских миль, обнаружены следы ДДТ – пестицида, широко применявшегося в сельском хозяйстве еще в 50-60-х годах нашего столетия.

Тревога специалистов, ученых и общественности страны по поводу катастрофических экологических последствий «освоения» природы все в большей степени акцентируется на ее последствиях для здоровья человека.

Таким образом, не вызывает сомнения всевозрастающее влияние изменений окружающей человека среды на его здоровье. Возможно, выход можно искать в разработке долговременных государственных социально-экономических программ, в повышении культуры и валеологической грамотности населения и, прежде всего, руководителей ведомств и производства, в воспитании у человека чувства ответственности за свое здоровье и за здоровье других людей, за ближайшие и отдаленные последствия нера-

ционального использования природных ресурсов для живущих и последующих поколений.

Медицинское обеспечение

С самого начала возникновения медицины как науки она была ориентирована на здоровье и предупреждение болезней. Так, по преданию, владыки Древнего Востока платили врачам только за дни своего здоровья и сурово спрашивали за свои болезни. Однако по мере развития цивилизации и более широкого распространения заболеваний медицина во все большей степени стала специализироваться на лечении болезней и все меньше уделять внимания здоровью.

В медицинской профилактике заболеваемости выделяют три уровня:

– профилактика первого уровня ориентирована на весь контингент детей и взрослых и ставит своей задачей улучшение состояния их здоровья на протяжении всего жизненного цикла. Базой первичной профилактики является опыт формирования средств профилактики, разработка рекомендаций по здоровому образу жизни, народные традиции и обряды поддержания здоровья и т.д.;

– медицинская профилактика второго уровня занимается выявлением показателей конституциональной предрасположенности людей и факторов риска многих заболеваний, прогнозированием риска заболеваний по совокупности наследственных особенностей, анамнеза жизни и факторов внешней среды. То есть этот вид профилактики ориентирован не на лечение конкретных болезней, а на вторичную их профилактику;

– профилактика третьего уровня, или профилактика болезней, ставит своей основной задачей предупреждение рецидивов заболевания у больных в общепопуляционном масштабе.

Разумеется, наиболее эффективными должны быть первичная и вторичная профилактика, означающие работу со здоровыми или только начинающими заболевать людьми. К сожалению, медицина сосредоточена на третичной профилактике. В то же время около 80% заболевающих граждан, не имея представления о состоянии своего здоровья и путях развития заболевания, считая себя здоровыми, не обращают внимания на здоровье и постепенно переходят в болезненное состояние. Не зря поэтому Оттавская хартия укрепления здоровья (1986) призывает членов ВОЗ больше внимания уделять вопросам здоровья, а не болезням, и изменить характер взаимоотношений между службами здравоохранения и населением.

Условия и образ жизни

В последнее время, когда стало понятно, что медицина не может не только предотвратить, но и справиться с обрушившимся на нее обвалом патологии, интерес к здоровому образу жизни привлекает все более пристальное внимание и специалистов, и широких кругов населения. Это не в последнюю очередь обусловлено осознанием истинности и серьезности древнего изречения: искусство продлить жизнь – это искусство не укорачивать ее.

2. Здоровый образ жизни

Здоровый образ жизни – это мера цивилизованности и человечности, характеризующая как отдельного человека, так и общество в целом. Если мы вспомним историю эволюции человеческого общества, то обратим внимание на исторические этапы, когда ориентация на здоровье представляла абсолютную жизненную ценность, забота о своем теле составляла неотъемлемую часть самосовершенствования, например, в Древней Греции наблюдался общий духовный, культурный подъем общества, характерный для общества, состоящего из здоровых людей.

Образ жизни – определенный тип жизнедеятельности человека, включающий в себя совокупность различных видов деятельности, поведение человека в повседневной жизни.

Здоровый образ жизни можно охарактеризовать как активную деятельность людей, направленную на сохранение и укрепление здоровья. При этом необходимо учесть, что образ жизни человека, семьи не складывается сам по себе в зависимости от обстоятельств, а формируется в течение жизни целенаправленно и постоянно.

Здоровый образ жизни есть способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций.

Выделим ряд положений, лежащих в основе здорового образа жизни.

1. Активным носителем здорового образа жизни является конкретный человек как субъект и объект своей жизнедеятельности и социального статуса.

2. В реализации здорового образа жизни человек выступает в единстве биологического и социального начал.

3. В основе формирования здорового образа жизни лежит личностно-мотивационная установка человека на воплощение своих социальных, физических, интеллектуальных и психических возможностей и способностей.

4. Здоровый образ жизни является наиболее эффективным средством и методом обеспечения здоровья, первичной профилактики болезней и удовлетворения жизненно важной потребности в здоровье.

Здоровый образ жизни – это комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающий гармоничное развитие и укрепление здоровья, повышение работоспособности людей, продление их творческого долголетия. Включает в себя следующие основные компоненты: личную гигиену, рациональное питание, отказ от вредных привычек, закаливание, оптимальный двигательный режим.

Личная гигиена включает в себя: рациональный суточный режим (в основе которого – ритмическое чередование труда, отдыха, других видов деятельности); уход за телом и полостью рта; гигиена одежды и обуви.

Здоровье во многом определяется правильным питанием. Рациональное питание, построенное на научных основах, обеспечивает рост и формирование организма, способствует сохранению здоровья, высокой умственной и физической работоспособности. Основные гигиенические требования, предъявляемые к пище: ее оптимальное количество, соответствующее энергетическим затратам человека, полноценное качество, т. е. включение всех необходимых питательных веществ в оптимальных пропорциях, хорошая усвояемость, приятный вкус, запах и внешний вид, доброкачественность и безвредность.

Вредные привычки не совместимы со здоровым образом жизни, они не только не способствуют сохранению и укреплению здоровья, а наносят ему непоправимый ущерб, ограничивая жизнедеятельность человека.

Закаливание – это система мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма к различным воздействиям окружающей среды (тепла, холода, солнца, атмосферного давления). Закаливание проводится с постепенным увеличением дозировки процедур, систематично, с учетом индивидуальных особенностей, используя разнообразные средства и формы.

Отдых – необходимый фактор здорового образа жизни. Активный отдых – это переключение с одного вида деятельности на другой. Пассивный отдых исключает любые энергозатраты, кроме трат основного обмена. Физическая культура выступает как необходимая часть образа жизни людей, т.к. является частью общей культуры личности, областью удовлетворения жизненно необходимой потребности в двигательной деятельности, обеспечивает методы и средства реализации одной цели становления гармонично развитой личности – ее физического совершенства.

В основе формирования стиля здоровой жизни лежат определенные *мотивы*:

1. Самосохранение. Когда человек знает, что то или иное действие напрямую угрожает жизни, он это действие не совершает. Формулировка личностной мотивации может быть такой: «Я не совершаю определенные действия, так как они угрожают моему здоровью и жизни».

2. Подчинение этнокультурным требованиям. Человек живет в обществе, которое на протяжении длительного времени отбирало полезные привычки, навыки, вырабатывало систему защиты от неблагоприятных факторов внешней среды. Формулировка мотивации: «Я подчиняюсь этнокультурным требованиям потому, что хочу быть равноправным членом общества, в котором живу. От моего здорового образа жизни зависят здоровье и благополучие других».

3. Получение удовольствия от самосовершенствования. Это простая гедонистическая мотивировка формулируется так: «Ощущение здоровья приносит мне радость, поэтому я делаю все, чтобы испытать это чувство». Возможность для самосовершенствования. Формулировка мотивации: «Если я буду здоров, то смогу подняться на более высокую ступень общественной лестницы».

4. Способность к маневрам. Формулировка мотивации: «Если я буду здоров, то смогу по своему усмотрению изменять свою роль в сообществе и свое местонахождение».

5. Сексуальная реализация. Формулировка мотивации: «здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии».

6. Достижение максимально возможной комфортности. Формулировка мотивации: «Я здоров, у меня нет физического и психологического беспокойства».

Основными элементами здорового образа жизни являются:

- укрепляющий здоровье жизненный режим, пропорциональное соотношение между физической и умственной нагрузкой;
- физическая культура и закаливание;
- рациональное питание;
- гармонические взаимоотношения между людьми;
- правильное сексуальное поведение;
- личная гигиена и ответственное гигиеническое поведение в сфере труда и быта;
- негативное отношение к вредным привычкам;
- валеологическое самообразование.

3. Валеологическое образование и самообразование

Осуществляя сознательную и целенаправленную здравотворческую деятельность, создавая среду обитания и деятельности, влияя на внешние условия, человек приобретает большую свободу и власть над собственной жизнью и обстоятельствами жизни, делая саму жизнь более плодотворной, здоровой и долголетней. Чтобы достичь этого, человек должен прежде всего стать носителем идеи здоровья как основного жизненного приоритета – эта проблема и является важнейшей задачей валеологического образования и самообразования.

Следующим этапом валеологического образования должно стать формирование определенной организации самосознания человека, ориентированного на понимание роли и места различных средств, методов и форм здорового образа жизни и на умение применить их в жизнедеятельности. При этом важно, что в каждом случае валеологическое образование становится элементом валеологической культуры именно данного человека, и здесь неприемлемы подходы массовой медицины, для которых свойственны всеобщие, единые нормы и рекомендации. С этих позиций под валеологической культурой следует понимать осознание человеком ценности здоровья в ряду жизненных приоритетов и определяющее его бережное отношение к своему здоровью и к здоровью окружающих людей.

Формирование здорового образа жизни осуществляется через информацию, получаемую человеком извне, и через коррекцию образа жизни благодаря обратной связи, анализу собственных ощущений, самочувствия и динамики объективных морфофункциональных показателей, их соотношения с

имеющимися у него валеологическими знаниями. Формирование здорового образа жизни представляет собой исключительно длительный процесс и может продолжаться всю жизнь. Обратная связь от наступающих в организме в результате следования здоровому образу жизни изменений срывает не сразу, положительный эффект перехода на рациональный образ жизни иногда отсрочен на годы. Вот почему, к сожалению, довольно часто люди лишь «пробуют» сам переход, но, не получив быстрого результата, возвращаются к прежнему образу жизни. В этом нет ничего удивительного, так как здоровый образ жизни предполагает отказ от многих ставших привычными приятных условий жизнедеятельности (переедание, комфорт, алкоголь и др.) и, наоборот, – постоянные и регулярные тяжелые для неадаптированного к ним человека нагрузки и строгую регламентацию образа жизни. В первый период перехода к здоровому образу жизни особенно важно поддержать человека в его стремлении, обеспечить его необходимыми консультациями (так как в этот период он постоянно испытывает дефицит знаний в различных аспектах обеспечения здорового образа жизни), указывать на положительные изменения в состоянии его здоровья, в функциональных показателях и т.п.

Для формирования и осуществления здорового образа жизни может быть применима информационная система, плодотворно использующая и реализующая соответствующие системы физической культуры, медицины, кибернетики, физиологии, психологии, педагогики и т.д. и учитывающая основные особенности контингента и целей, условий и факторов, влияющих на валеологическую деятельность, организуемую и обеспечиваемую социальными и производственно-техническими, научно-информационными и коммуникационными инфраструктурами и т.п.

Естественно, что путь каждого человека к здоровому образу жизни отличается своими особенностями как во времени, так и по траектории, но это не имеет принципиального значения – важен конечный результат. Эффективность же здорового образа жизни для данного человека можно определить по ряду биосоциальных критериев.

1. Оценка морфофункциональных показателей здоровья:
 - уровень физического развития;
 - уровень физической подготовленности.
2. Оценка состояния иммунитета:
 - количество простудных и инфекционных заболеваний в течение определенного периода;
 - при наличии хронического заболевания – динамику его течения.
3. Оценка адаптации к социально-экономическим условиям жизни:
 - эффективность профессиональной деятельности;
 - активность исполнения семейно-бытовых обязанностей;
 - широту и степень проявления социальных и личностных интересов.
4. Оценка уровня валеологических показателей:
 - степень сформированности установки на здоровый образ жизни;

- уровень валеологических знаний;
- уровень усвоения практических знаний и навыков, связанных с поддержанием и укреплением здоровья;
- умение самостоятельно построить индивидуальную траекторию здоровья и программу здорового образа жизни.

Суммируя данные об эффективности перехода к здоровому образу жизни, можно считать, что он:

- положительно и результативно снижает или устраняет воздействие факторов риска, заболеваемость и как результат – уменьшает затраты на лечение;
- способствует тому, что жизнь человека становится более здоровой и долговечной;
- обеспечивает хорошие взаимоотношения в семье, здоровье и счастье детей;
- является основой реализации потребности человека в самоактуализации и самореализации, обеспечивает высокую социальную активность и социальный успех;
- обуславливает высокую работоспособность организма, снижение усталости на работе, высокую производительность труда и на этой основе — высокий материальный достаток;
- позволяет отказаться от вредных привычек, рационально организовать и распределять бюджет времени с обязательным использованием средств и методов активного отдыха;
- обеспечивает жизнерадостность, хорошее настроение и оптимизм.

Следует отметить особую важность валеологического образования детей, которое является предпосылкой здорового начала будущих семей, способных родить, вырастить и воспитать последующие поколения людей с более совершенным генофондом и с устойчивой системой здоровых потребностей. Эффективность же валеологического образования детей, как показывает педагогическая практика, оказывается более высокой в связи с тем, что их нервная система более пластична, а существующие у них жизненные установки еще недостаточно прочны. Естественно, что это создает благоприятные возможности для воспитания у детей положительной мотивации на здоровье и ориентации их жизненных интересов на здоровый образ жизни.

Особого внимания заслуживает валеологическое образование учителя. Это обусловлено многими обстоятельствами, определяющими его профессиональную деятельность. Отметим некоторые аспекты проблемы.

1. Существующая система образования сама по себе является фактором риска здоровья учащихся. Это касается как организации учебного процесса (содержание учебных планов, соответствие учебной нагрузки возрастным особенностям детей, распределение нагрузки в учебном дне, неделе, четверти и т.д.), так и методики преподавания, не всегда учитывающей индивидуальные особенности учащихся и не ориентированной на предупреждение нарушений в состоянии их здоровья.

2. Учитель, вне зависимости от своей специальности, должен воспитывать у учащихся стойкую мотивацию на здоровье и здоровый образ жизни. Это условие может реализоваться как через программный учебный материал, так и через внеклассные и внешкольные формы (организация досуговых оздоровительных мероприятий, утренников, бесед, родительских университетов здоровья и др.) и через личный пример.

3. Учитель в профессиональном отношении является представителем одной из основных групп риска заболеваемости. С этих позиций учителю особенно важно не только владеть основами знаний о здоровье и здоровом образе жизни, но и средствами и методами обеспечения здоровья и построения здоровой жизнедеятельности.

Таким образом, формирование здорового образа жизни имеет своей конечной целью совершенствование условий жизни и жизнедеятельности на основе валеологического обучения и воспитания, включающих изучение своего организма и своей личности, освоение гигиенических навыков, знание факторов риска и умение реализовать на практике весь комплекс средств и методов обеспечения здорового образа жизни.

Контрольные вопросы

1. Перечислите факторы здоровья человека.
2. Дайте определение понятию «здоровый образ жизни». Выпишите из словарей имеющиеся определения данному понятию. Найдите сходства и различия.
3. Раскройте понятия «валеологическое образование» и «валеологическое самообразование».
4. По каким критериям можно определить эффективность здорового образа жизни для конкретного человека?
5. Обоснуйте особую значимость проблемы валеологического образования учителя?

Литература

1. Амосов Н.М. Голоса времен. – М., 1999.
2. Белов В.И. Энциклопедия здоровья. – М.: Химия, 1994.
3. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.
4. Вайнер Э.Н. Валеология. – М., 2002.
5. Ищенко С.И. Активное долголетие. – Ростов н/Д, 1997.
6. Кон И.С. Введение в сексологию. – М., 1990.
7. Кошелев А.А. Медицина катастроф. – СПб., 2000.
8. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М., 1982.
9. Лищук В., Мостовая Е. Обзор основ здоровья. – М., 1994.
10. Никитины Б. и Л. Резервы здоровья наших детей. – М., 1990.
11. Овчарова Р.В. Справочная книга социального педагога. – М., 2001.
12. Петленко В.П. Валеология человека: здоровье – любовь – красота. В 5 т. – СПб., 1996-98.

13. Ситаров В.А., Пустовойтов В.В. Социальная экология. – М., 1996.
14. Горохова Е.И. Валеология: словарь. – М., 1999.
15. Углов Ф.Г. Береги здоровье и честь смолоду. – М., 1983.
16. Чикин С.Я. Здоровье – всему голова. – М.: Советская Россия, 1983.
17. Энциклопедия социальной работы. – М., 2000.

Тема 4. ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ

1. *Философия здоровья человека.*
2. *Валеологическое значение образовательных систем.*

1. Философия здоровья человека

Философия здоровья рассматривается комплексно, как единство здоровья природы (окружающей природной среды), здоровья общества и здоровья человека. Считаем, что такой подход совершенно необходим, поскольку, с одной стороны, как бы ни сохранял и улучшал свое здоровье отдельный человек, он не сможет добиться желаемых устойчивых и долгосрочных результатов, если будет жить в больном обществе, пронизанном социальными противоречиями экономического, политического, духовного плана и пр. Это объясняется тем, что отдельный человек есть элемент и субъект социальной системы – общества (государства, социального слоя и т.п.). Поэтому здоровье или нездоровье всей социальной системы, общества обязательно отражается и на элементах данной системы – на людях. С другой стороны, материнской средой существования и человека, и общества в целом является природа. Следовательно, человек и общество могут быть здоровы лишь в том случае, если не нарушена и не разрушена материнская природная среда их существования, соответствующие биогеоценозы, природные ландшафты планеты. Таким образом, полагаем, что рассмотрение здоровья природы совершенно необходимо для комплексного понимания проблемы здоровья и для практического оздоровления населения.

Понятия «философия здоровья человека», «здоровье» невозможно определить без учета основных функций, выполняемых человеком. Функции исходят из определений понятий «человек». Вот некоторые из этих определений:

человек – высшая ступень живых организмов на земле, субъект общественно-исторической деятельности и культуры;

человек – это высшее из земных созданий, одаренное разумом, свободной волей и словесной речью;

человек есть живая система, в основе которой лежат: физическое и духовное, природное и социальное, наследственное и приобретенное начала.

Основные функции организма человека заключаются в реализации генетической безусловно-рефлекторной программы, инстинктивной дея-

тельности, генеративной функции (продление рода), врожденной и приобретенной нервной деятельности, социальной деятельности, а механизмы, которые обеспечивают эти функции и называют здоровьем.

Здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), – это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков».

Понятие «здоровье» с точки зрения медицины, гигиены, психологии, валеологии, педагогической валеологии имеет различные трактовки:

- состояние организма человека, когда функции всех органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения;

- состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов (определение Всемирной организации здравоохранения);

- здоровье населения – статическое, характеризующееся комплексом демографических показателей: рождаемостью, смертностью, средней продолжительностью жизни, а также некоторыми другими социально-биологическими показателями;

- общественное здоровье – здоровье групп (половых, возрастных, профессиональных, социальных) населения, проживающего на определенной территории, в различных странах и регионах; результат социально опосредованных действий, проявляющихся через образ жизни человека, группы людей;

- здоровье популяции – процесс (динамическое состояние) сохранения и развития биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни; процесс социально-исторического развития психо-социальной и биологической жизнедеятельности населения в ряду поколений, повышение трудоспособности и производительности общественного труда, совершенствование психофизиологических возможностей человека;

- способность, соответствующая возрасту, устойчивость в условиях резких изменений качественных и количественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации.

Принято выделять несколько компонентов (видов) здоровья.

Соматическое здоровье – текущее состояние органов и систем организма человека (биологическая программа индивидуального развития, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими на различных этапах онтогенетического развития).

Физическое здоровье – текущее состояние функциональных возможностей органов и систем организма (морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции).

Психическое здоровье – состояние психической сферы (состояние душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения и

обусловленное потребностям биологического и социального характера, а также возможностями их удовлетворения).

Нравственное (социальное) здоровье – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной сферы жизнедеятельности (система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде).

Здоровье ребенка – одна из наиболее сложных комплексных проблем современной науки, которую по праву следует отнести к одной из самых главных среди существующих наук, ибо здоровье нового поколения определяет состояние общества и государства в целом. Несмотря на то, что исследования, посвященные изучению состояния здоровья детей и подростков, проводятся отечественными учеными уже давно (они развернулись широко с момента становления советского государства и в последующие годы, особенно с начала 50-х годов), многие аспекты этой проблемы, несомненно, требуют дальнейшего развития,

В настоящее время состояние здоровья изучают на трех уровнях.

1. Общественное здоровье – это здоровье всего населения государства, региона, области, города. Оно характеризуется совокупностью индивидуальных характеристик здоровья населения, выраженных в виде статистических и демографических показателей.

2. Групповое здоровье – это усредненные показатели здоровья малых групп (социальных, этнических, семейных, классовых, школьных коллективов и т.п.)

3. Индивидуальное здоровье – это показатели, характеризующие здоровье каждого человека в отдельности.

На каждом из этих уровней выделяют несколько видов здоровья.

1. Физическое здоровье. Характеризует состояние органов и систем человека, уровень их развития и наличие резервных возможностей.

2. Психическое здоровье. Характеризуется состоянием памяти, мышления, особенностями волевых качеств, характера, развитым логическим мышлением, положительной эмоциональной энергетикой, уравновешенной психикой, способностью к саморегуляции, управлению своим психоэмоциональным состоянием, контролю над мыслительной деятельностью.

3. Нравственное или духовное здоровье – отражает систему ценностей, и мотивов поведения человека в его взаимоотношениях с внешним миром. Характеризуется наличием сознания и воли, позволяющим преодолеть примитивные инстинкты, влечения и эгоизм. Проявляется в признании общечеловеческих и отечественных ценностей, в уважении к иным точкам зрения и результатам чужого труда. Это нормы поведения и взаимоотношений с окружающими. Это стратегия жизни человека, сориентированная на общечеловеческие и отечественные духовные ценности.

4. Социальное здоровье – это деятельное отношение к миру, т.е. активная жизненная позиция. Это мера трудоспособности и социальной ак-

тивности. Это наличие благоприятных условий жизни человека, его труда, отдыха, питания, жилья, воспитания и т.д.

Основные концептуальные положения валеологии

В оценке индивидуального здоровья валеология исходит из теории адаптивного реагирования. Адаптация – это способность всего живого приспособливаться к различным условиям окружающей Среды, которые состоят из непрерывного ряда психологических, физических и химических воздействий. Адаптация обеспечивает поддержание постоянства внутренней Среды организма, необходимого для нормальной жизнедеятельности.

Существует множество конкретных форм адаптации: механизмы неспецифического иммунитета (интерферон), нервной и эндокринной регуляции, нравственные установки, способствующие адаптации в обществе и др. Память – тоже механизм адаптации, открывающий возможности адаптироваться не только к сложившимся условиям, но и к грядущим событиям.

Механизмы адаптации человека, чрезвычайно сложны. Реакции адаптации можно разделить на быстрые (специфичные) и медленные (неспецифичные), врожденные и приобретенные. Быстрые врожденные реакции, это, например, отдергивание руки от горячего предмета, усиление дыхания при физической нагрузке и пр. Быстрые приобретенные – это спортивные или производственные навыки, находчивость в общении и пр.

Каждый организм и его системы в процессе адаптации проходят стадию нарушения функции, потом наступает стадия неполного приспособления и, наконец, стадия относительно устойчивого приспособления. Уже на стадии нарушения функции к быстрым приспособительным реакциям исподволь подключаются процессы медленной адаптации: возрастает активность вегетативной нервной системы, изменяется интенсивность обмена веществ, мобилизуются резервы клеток, происходит их рабочая гипертрофия, эффективность их работы повышается. Например, спортсмен, регулярно тренируясь, достигает все лучших результатов, привычка к недостатку кислорода обеспечивает активную жизнедеятельность в высокогорных местностях и т.п.

Но у медленных приспособительных реакций есть еще одно чудесное свойство, так называемая перекрестная устойчивость. Например, организм, приспособившийся к высоте, лучше переносит холод, жару, недостаток кислорода, изменения атмосферного давления, перемену диеты, вынужденную неподвижность, он более устойчив и к действию болезнетворных микробов и др. Прекращение тренировки запускает механизмы обратного процесса – работающие вхолостую клетки уменьшаются в объеме.

Расширить возможности своей адаптации можно с помощью системы продуманных, длительных, регулярных тренировок, закаливания и т.д. Это надежный щит на пути болезней. Важно найти «золотую середину» – адекватный для организма режим физического и биологического совершенствования, т.к. маленькие нагрузки практически бесполезны, а большие (особенно эпизодические) могут быть очень опасны для организма.

Таким образом, исходя из сказанного можно вывести основные положения теории адаптивного реагирования.

1. Здоровье обеспечивается механизмами адаптации, то есть приспособления к изменениям внешней и внутренней среды.

2. Механизмы адаптации реализуются благодаря наличию функциональных, динамических резервов в каждой из систем организма, которые взаимодействуют между собой на основе принципа неустойчивого равновесия. При воздействии на организм внешних и внутренних факторов, происходят перестройки во взаимодействии его систем, в самих системах и в организме в целом – реализуется механизм адаптации.

3. Сумма резервов всех систем организма создает как бы запас «прочности», который называют потенциалом здоровья или уровнем здоровья.

4. Потенциал здоровья может быть увеличен при правильном образе жизни и специальными тренировочными воздействиями или может снижаться при неблагоприятных воздействиях и невозполнимых утратах резервов.

5. Увеличение потенциала здоровья достижимо только собственными усилиями человека.

В соответствии с теорией адаптивного реагирования академик В.П.Петленко определяет здоровье как «состояние равновесия между адаптационными возможностями организма и меняющимися условиями внешней и внутренней среды».

В зависимости от величины резервов адаптации, т.е. потенциала здоровья выделяют четыре состояния организма человека:

1. Состояние с достаточными резервами адаптации – здоровье.

2. Состояния, при которых функции организма реализуются повышенным напряжением адаптационных механизмов.

3. Состояния со снижением резервов адаптации – предболезнь.

4. Состояние срыва адаптации – болезнь.

Люди, находящиеся в т.н. третьем состоянии или предболезни, как правило, не наблюдаются врачом, т.к. оно может не отражаться существенно на самочувствии и человек не предъявляет жалоб. Выявлять это состояние возможно лишь оценив количественными методами уровень адаптационных резервов систем организма. И его выявление чрезвычайно важно для организации оздоровительной работы. Ведь именно третье состояние – это поставщик болезней. В этом состоянии организм тратит свою энергию не на творческую созидательную работу, а лишь на сохранение жизни. Но не следует рассматривать третье состояние как обязательную угрозу перехода в болезнь. Оно скорее – подаренное природой человеку время для реализации механизмов восстановления резервных возможностей своих систем. Восстановление этих возможностей базируется на способности организма компенсировать снижение резервов за счет внутриорганных механизмов, активации существующих и формировании внутрисистемных и межсистемных компенсаторных взаимоотношений.

Таким образом, валеология утверждает, что у каждого человека есть резервы здоровья, которые он должен научиться выявлять и наращивать. Поэтому сущность валеологии выражается девизом: “Человек, познай и сотвори себя сам!”. Валеология предлагает формировать здоровье, повышать его потенциал с опорой на собственные усилия человека.

2. Валеологическое значение образовательных систем

При изучении вопроса о валеологическом значении образовательных систем особое внимание следует обратить на цели функционирования такой системы.

1. Создать условия для формирования, сохранения и укрепления здоровья как важнейшего фактора развития личности.

2. Предоставить каждому ребенку возможность получить образование без потери здоровья.

3. Сформировать у всех участников образовательного процесса валеологическую культуру.

4. Создать в образовательном учреждении атмосферу демократии и гуманизма.

Для достижения указанных целей предстоит решить следующие задачи:

– обеспечить безопасную и здоровую среду обучения, позволяющую сохранить здоровье и психику ребенка, формирующегося в условиях стремительного роста информации, изменения экономических основ общества, стрессов, экологического дисбаланса, среду, которая и ученику, и учителю приносит здоровье и радость, а не болезни;

– объединить весь педагогический коллектив для решения общих задач валеологической работы;

– привести все элементы образовательно-воспитательного процесса в соответствие с состоянием здоровья и психо-физиологическими возможностями учащихся и педагогов;

– осуществлять валеологическое сопровождение учебно-воспитательного процесса, предусматривающее такие направления работы, как: валеологическое обоснование и экспертиза учебно-воспитательной работы, диагностика и коррекция здоровья учащихся, профилактические мероприятия, помощь в развитии детей и др.;

– осуществлять валеологическое воспитание, результатом которого будет формирование у детей желания и потребности заботиться, сохранять и укреплять свое здоровье, вести здоровый образ жизни;

– формировать у детей и педагогов систему умений и практических навыков по укреплению здоровья, самовосстановлению психических и физических сил.

Вопрос о валеологическом значении образовательных систем необходимо рассматривать в тесной связи с проблемой валеологизации образовательной среды.

Под валеологизацией образовательной среды следует понимать внедрение в систему образования здоровьесохраняющей педагогики, которая базируется на следующих принципах:

- организация лично ориентированного обучения с учетом индивидуальных возможностей индивида;
- диагностика уровня индивидуального здоровья с учетом психосоматических, конституциональных и социально-духовных особенностей ребенка;
- осуществление системы рекреационных, коррекционных и реабилитационных мероприятий по сохранению здоровья и созданию комфортных условий для детей «групп риска»;
- выбор оптимальных педагогических технологий и учебных программ, учитывающих возраст, пол, социальную и экологическую среду;
- формирование на основе знания собственных возможностей и особенностей соматического, психического, интеллектуального, духовного и социального здоровья индивидуальных потребностей личности и профориентации;
- обучение методам самодиагностики, самооценки, самоконтроля и самокоррекции психосоматического статуса организма на разных этапах жизни;
- оптимизация социально-гигиенических условий жизнедеятельности детей, воспитателей и педагогов.

Валеологические цели воспитания определяются рядом авторов достаточно четко: развитие природных возможностей; сохранение здоровья в дошкольном и младшем школьном возрасте; обеспечение интенсивного физического и социального созревания в подростковом возрасте; физическое и нравственное самосовершенствование и социально-психологическая адаптация в старших классах.

В процессе лично ориентированного обучения наиболее значимой становится комплексная индивидуальная психофизиологическая и функциональная диагностика, используемая не для оценки имеющихся способностей школьников или решения вопроса об их пригодности либо непригодности, а для нацеливания образования на поддержку и развитие самых разных возможностей ученика через процесс его сотрудничества со взрослыми и сверстниками.

Психолого-валеологические и педагогические подходы к проблеме здоровья и развития личности в системе образования следует рассматривать на основе принципов комплексности, системности и непрерывности, используя социально-педагогические, психологические и физиологические характеристики с учетом возрастной периодизации и особенностей психосоматической конституции. Формирование устойчивой потребности в сохранении здоровья следует осуществлять как через содержание образования, так и через элементы прикладной психологии и валеологии (в психологических и валеологических службах), применяя имеющиеся в наличии диагностические, коррекционные и оздоровительные средства.

Перспективной формой, позволяющей решать задачи охраны и укрепления здоровья детей, учащейся молодежи, педагогов на современ-

ном социально-экономическом этапе развития страны, могла бы стать комплексная целевая федеральная программа «Образование и здоровье», призванная воплотить в жизнь основные положения Декларации прав ребенка, направленные на защиту здоровья и получение полноценного образования.

Практическая реализация федеральной программы возможна при условии выполнения региональных целевых программ «Образование и здоровье», задачами которых являются:

- разработка комплекса мер по охране и укреплению здоровья школьников, реализуемых системой образования;
- координация работы учреждений системы образования, здравоохранения и социальной защиты в решении проблем сохранения и укрепления здоровья субъектов образовательного процесса;
- создание адаптивной образовательной среды для детей, имеющих различные, в том числе и ограниченные возможности здоровья и особенности развития;
- создание системы и механизмов государственной и общественной поддержки программы за счет развития инфраструктуры валеологических центров в образовательных учреждениях различного уровня.

Применение комплексного психосоматического подхода к проблеме здоровья и развития личности в валеологических центрах позволило с социально-педагогических, психологических и медико-биологических позиций подойти вплотную к решению таких вопросов, как оценка адаптивных возможностей учащихся в условиях непрерывного образования, профессиональное самоопределение школьников на этапах профильного обучения и выбора профессии; индивидуальная медико-биологическая консультация в поиске путей коррекции совместно с семьей и школой; здоровье и профессиональное развитие учителя; влияние двигательной деятельности на показатели физического и психического здоровья и развития с учетом личностной мотивации и уровня функционального резерва организма.

Ценной представляется идея о преемственности форм и методов валеологического воспитания. Создаются предпосылки для переориентации учебно-воспитательного процесса в сторону его всесторонней валеологизации, осуществления поставленных целей в комплексе мероприятий, куда, в частности, входит валеологизация основных предметов школьного курса, т.е. введение в них элементов валеологического воспитания и образования; внедрение спектра валеологических знаний в область естественных наук – природоведение, зоологию, ботанику, анатомию и физиологию человека, общую биологию, астрономию и др.; кружковая работа; массовые мероприятия (тематические вечера; недели, дни, часы здоровья, ежегодные валеологические общешкольные праздники, викторины и др.). Для родителей также проводятся лекции, беседы, индивидуальные консультации и т.п.

Кроме просветительских функций, педагоги также должны осуществлять систему практических оздоровительных мероприятий, которые охватывают и урок, и перемены, и внеурочное время. Речь идет о профилактических мерах, медицинском наблюдении за здоровьем и развитием детей, правильно построенных расписаниях и отдельных занятиях, приемах и методиках снятия напряжения, разминках, зарядках, различных видах природной терапии, формировании философии здоровья средствами искусства (музыка, танец и пр.).

Цель такой работы – добиться того, чтобы школа не разрушала здоровье детей, а берегла, сохраняла и умножала его, обучая заботиться о себе и окружающих, воспитывала потребность жить в гармонии с собой, другими и окружающим миром.

Основной формой организации учебно-воспитательного процесса в современной общеобразовательной школе является урок. Сохранение здоровья детей должно происходить без ущерба для решения учебных, воспитательных и развивающих задач урока. Валеологизация урока должна способствовать общему повышению эффективности обучения.

Выделяются следующие аспекты, позволяющие считать урок валеологически регламентированным.

1. Санитарно-гигиенические условия проведения урока.
2. Валеологически целесообразное включение в урок – четкая постановка цели и задач урока и их осознание детьми.
3. Выбор адекватных возрасту форм и методов ведения урока. Учителю желательно акцентировать свое внимание на том, на каких конкретных возрастных особенностях базируется тот или иной метод.
4. Темп и ритм урока. Оптимальный темп урока выбирается на основе результатов диагностики умственной работоспособности детей класса – ориентиром является темп работы тех учащихся, показатели которых примерно совпадают со средним темпом работы класса. Ритмичность означает плавное чередование на уроке микрофаз напряжения и отдыха.
5. Регламентация длительности основных видов учебной деятельности учеников. Длительность основных видов учебной деятельности школьников регламентируется в связи с развитием утомления, неблагоприятным воздействием на органы чувств.
6. Смена видов деятельности на уроке, обусловливаемая степенью концентрации внимания школьников.
7. Мотивирование учебной деятельности, стимулирование познавательного интереса.
8. Создание условий для творчества в учебной деятельности.

Важно поддерживать оптимальное функциональное состояние учителя и учащихся, на которое, как известно, влияют не только темп, ритм урока, длительность и трудность видов учебной деятельности, но и общее эмоциональное состояние, мотивация участников образовательного процесса.

Контрольные вопросы

1. Раскройте сущность понятия «философия здоровья человека». Выделите основные компоненты философии здоровья.
2. Что понимается под общественным, групповым и индивидуальным здоровьем?
3. Опишите теорию адаптивного реагирования.
4. Назовите четыре состояния организма человека в зависимости от величины резервов адаптации.
5. Раскройте валеологическое значение образовательных систем.
6. Как вы понимаете проблему валеологизации образовательной среды.
7. Перечислите основные требования к валеологизации урока.

Литература

1. Акбашев Т. Всеобщая валеограмотность: шаг первый // Народное образование. – 1995. – №5. – С.107-108.
2. Белов В.И. Энциклопедия здоровья. – М.: Химия, 1994.
3. Бородаева Л.Г., Руднева И.А. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Педагогическая валеология». – Волгоград: ВГПУ «Перемена», 2007.
4. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.
5. Брызгунов И.П. Беседы о здоровье школьников: Кн. для учителей и родителей. – М.: Просвещение, 1992.
6. Вайнер Э.Н. Валеология. – М., 2002.
7. Валеология. Справочник школьника. – Донецк: ПКФ”БАО”, 1998.
8. Гигиена детей и подростков / под ред. В.И. Кардашенко. – М.: Медицина, 1980.
9. Горбушина С.Н. Мироззренческие детерминанты здорового образа жизни в системе профессиональной подготовки будущего учителя. – М., 2004.
10. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Что губит нас...: О проблемах алкоголизма, наркомании и табакокурении. – Л.: Лениздат, 1990.
11. Ермолаева М.В. и др. Психолого-педагогическая практика в системе образования. – М.: Инт-т практической психологии, 1998.
12. Методологический проект развития системной философии / Э.Г. Винограй. Разд. Философия здоровья человека и общества. – Новосибирск, 1996. – С. 54, 59-60.
13. Немов Р.С. Психология. – М.: Просвещение, 1995.
14. Подласый И.П. Педагогика. – М.: Просвещение, 1996.
15. Попов С.В. Валеология в школе и дома. – СПб.: Союз, 1998.
16. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – Самара: Бахрай, 1998.
17. Татарникова Л.Г. Педагогическая валеология: Генезис. Тенденции развития. – СПб.: Петроградский и К, 1995.
18. Хрипкова А.Г., Колесов Д.В. Гигиена и здоровье школьника. – М.: Просвещение, 1988.

19.Чумаков Б.Н. Валеология. – М., 2000.

20.Шаталова Г.И. Философия здоровья. М., 1997.

Тема 5. ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИ ОПТИМАЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

1. Цели, задачи и функциональные компоненты валеологически оптимальной социально-педагогической деятельности. Основные направления валеологической деятельности социального педагога.

2. Валеологическая служба в общеобразовательном учреждении.

3. Комплексные программы содействия здоровью.

1. Цели, задачи и функциональные компоненты валеологически оптимальной социально-педагогической деятельности. Основные направления валеологической деятельности социального педагога

Изучение проблемы валеологически оптимальной социально-педагогической деятельности требует, чтобы условия организации и обеспечения учебно-воспитательного процесса и социально-педагогической деятельности были рассмотрены с позиций здорового образа жизни.

В связи с этим особую актуальность приобретают разработка и реализация комплексных оздоровительно-профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня заболеваемости; выделение основных факторов риска; снижение уровня функциональной напряженности детей и подростков, педагогов, обратимого восстановления резерва здоровья через напряжение механизмов адаптации на этапах, переходных от здоровья к болезни, последующего снижения функциональных возможностей организма и до срыва адаптации; регламентация режимов жизнедеятельности с учетом индивидуальных особенностей организма, критических периодов индивидуального развития; оценка степени наследственно обусловленной адаптивности к экстремальным факторам среды.

Валеологическая деятельность социального педагога начинается с организации диагностики состояния здоровья детей и подростков, их отношения к здоровью как общечеловеческой ценности всех субъектов педагогического процесса. Необходима профилактика даже незначительных донозологических нарушений нервно-психического и соматического здоровья, своевременное устранение возникающих отклонений, что должно быть основной задачей педагогики, психогигиены, физиологии и медицины.

Основные направления валеологической деятельности социального педагога

Основными социальными микросредами ребенка являются семья и школа. Семья ответственна за состояние генетического, физического, психического и социального здоровья детей. Она создает материально-бытовые и гигиенические условия для нормального развития детей. Семейный микроклимат, культурно-образовательные и воспитательные воз-

возможности семьи, ее отношение к здоровью, здоровому образу жизни. Она влияет на состояние и отношение детей к собственному здоровью и здоровью окружающих. Однако не всегда взрослые члены семьи имеют опыт, необходимый для здорового воспитания ребенка.

В сложившейся ситуации наибольшую ответственность за сохранение здоровья детей и формирование их валеологической культуры несет школа как база сосредоточения педагогического опыта и мастерства. В этом процессе должен участвовать весь педагогический коллектив. Социальный педагог выступает при этом в роли координатора, организатора, посредника и валеолога при решении оздоровительных задач.

Основными направлениями валеологической деятельности социального педагога являются:

1. Формирование ценностного отношения к здоровью всех участников педагогического процесса. Валеологическая деятельность лишь в том случае будет эффективной, если все участники педагогического процесса (и воспитуемые, и воспитатели) проникнутся проблемой сохранения и укрепления здоровья. В действительности же часто существует разрыв между теорией и практикой. Практические результаты бывают незначительны, поскольку сами педагоги, социальные педагоги не дают убедительных примеров своим личным опытом.

2. Формирование валеологической культуры педагогов, учащихся и их родителей. Валеологическая деятельность социального педагога должна осуществляться одновременно по трем направлениям; дети – родители – педагоги. Любой сбой в этой цепочке сказывается на результате в целом. Если родители и педагоги сами не претворяют в жизнь идеи здорового образа жизни, то их воспитанники скорее всего не воспримут их наставлений. Получается, как в старой притче о змее, которая учит детеныша жизни: «Никогда ни перед кем не пресмыкайся, твердо стой на своих ногах, всегда выбирай только прямые дорожки». Змеёныш соглашается, только просит показать, как это делается. В рамках данного направления очень полезны либо параллельные виды валеологических мероприятий с родителями, педагогами и детьми, либо даже совместные мероприятия.

3. Внедрение традиций, пропагандирующих и способствующих здоровому образу жизни. Отношение к своему здоровью – один из основных показателей нравственности и гражданской зрелости человека. В этом смысле особой ценностью обладает народно-педагогическая система знаний о защите от неблагоприятных для жизни природных факторов, поддержании физического и психического здоровья.

Народная педагогика сохранила специальные знания в семейных и общественных традициях, в фольклоре, в опыте старших поколений. Закреплялись сведения о лечебных средствах и приемах, нормах общественной и личной гигиены, стереотипах здорового образа жизни, о благополучном вынашивании, рождении и развитии ребенка, предупреждении

детских заболеваний, причем предписывались не только способы лечения, но и система их предотвращения, в которую входят народные представления о разумном режиме и питании, гигиене жилища, психогигиене, морально-этических нормах.

Использование здоровьесберегающих этнопедагогических знаний в практике современного воспитания и образования – один из путей преодоления кризиса здоровья детей, родителей, педагогов. Учет возрастных особенностей позволит с самого раннего детства научиться понимать свой организм, управлять им в разных ситуациях. Такая реабилитационно-оздоровительная направленность образовательной среды будет способствовать возрастанию способности и возможности ребенка ставить и успешно решать жизненные задачи.

Практическое использование этнопедагогических традиций в образовании возможно на основе «Положения о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательных учреждений» (приказ Министерства образования РФ от 15.05.2000 г.).

Наряду с народно-педагогическими традициями возможно создание на их основе своих традиций для каждой конкретной школы.

4. *Отслеживание параметров личностного здоровья всех участников педагогического процесса (совместно с психологами, медицинскими работниками).* Для образования вообще и для валеологического в частности типичной является проблема «выживаемости знаний», т.е. не только сохранение их в памяти, но и превращение в образ действия. Чтобы соотносить сказанное с действительностью, необходимо периодическое отслеживание параметров личностного здоровья участников педагогического процесса (дети – родители – педагоги). Желательно ввести некоторый коэффициент эффективности валеологической деятельности социального педагога, равный отношению результата к произведенным затратам.

5. *Профилактика и коррекция аддиктивного поведения (в том числе профилактика психоактивных веществ: табакокурения, алкоголизма, токсикомании, наркомании и др.).* В связи с чрезвычайно распространившимися в настоящее время среди детей и подростков социально вредными проявлениями социальный педагог должен уделить в своей валеологической деятельности особое внимание профилактике и коррекции этих проявлений.

6. *Социально-педагогическая поддержка детей группы риска и детей-инвалидов.* В этом направлении социальному педагогу необходимо проявлять особое внимание и особый опыт социально-педагогической работы. Обычно в семьях таких детей взрослым необходима помощь несколько не меньшая, чем больному ребенку. Психологи отметили, что Если ребенок рождается с нарушениями в развитии, то у родителей появляются психические расстройства. У них закрепляется представление, что их ребенок не такой, как все. Ф.И. Шухард выделяет несколько этапов кризиса у родителей: 1-й – отрицание проблемы; 2-й – сверхдепрессия; 3-й – поиски путей (здесь может помочь соци-

альный психолог); 4-й – принятие ситуации и обращение к специалистам; 5-й – сокращение контактов с окружающими, когда все внимание родителей сосредоточивается на ребенке, они надеются на выздоровление. Обнаружив, что выздоровление невозможно, переживают сильный стресс, сильнее, чем первый, а затем смиряются. Этот этап сопровождается невротами.

Помощь социального педагога родителям состоит в консультировании, организации психологических тренингов, обучении обращению с ребенком, организации посещения с ребенком клубов семейного отдыха. Социальный педагог помогает увидеть возможности ребенка и направить силы на их развитие. Он помогает также обеспечить уход за больным ребенком, его воспитание и обучение.

Таким образом, можно отметить основные содержательные аспекты социально-педагогической деятельности по охране здоровья учащихся в рассмотренных выше направлениях.

1. Социально-педагогическая помощь семье (совместно с психологом и классными руководителями):

- содействие формированию ЗОЖ семьи, положительного семейного микроклимата;

- обучение способам профилактики эмоциональных расстройств и конфликтов;

- гуманизация семейных отношений.

2. Оптимизация физического воспитания учащихся (совместно с учителями физической культуры):

- расширение программы физвоспитания;

- учет индивидуальных особенностей и состояния здоровья учащихся;

- организация активного отдыха на переменах и после уроков.

3. Гигиеническое и половое воспитание (совместно с учителями биологии и классными руководителями):

- расширение знаний учащихся о половозрастных и индивидуальных особенностях организма;

- обучение навыкам доврачебной помощи и профилактики заболеваний;

- привлечение внимания к проблемам ЗОЖ.

4. Рациональная организация учебно-воспитательного процесса (совместно с администрацией и педагогами):

- адаптация содержания обучения для различных по состоянию здоровья групп школьников;

- учет их психофизиологических особенностей;

- улучшение условий обучения (микроклимат, оборудование).

5. Лечебно-профилактическая работа (совместно с медперсоналом):

- контроль за санитарно-гигиеническими условиями обучения (освещение, температурный режим, оборудование и др.);

- профилактика отклонений состояния здоровья (медосмотры, прививки, физиопроцедуры и др.).

6. Социально-психологическая поддержка (совместно с психологом):
- исследование социальной ситуации развития учащихся и уровня средовой адаптации;
 - определение состояния психико-эмоционального и социального статуса учащихся;
 - групповая и индивидуальная работа с учащимися группы риска по преодолению социально-педагогических трудностей;
 - социально-педагогическая реабилитация учащихся группы риска в семье и школе.

Деятельность социального педагога в учреждениях образования может быть направлена на сохранение и укрепление здоровья всех участников педагогического процесса. Она, несомненно, влияет на качество обучения и воспитания и обеспечивает качество жизни для детей в будущем.

Валеологическая модель деятельности социального педагога включает в себя ряд основных направлений, каждое из которых сводится к решению основных содержательных задач.

Социальный педагог-валеолог выполняет следующие функциональные обязанности:

- составляет совместно с завучем расписание занятий или корректирует его с учетом валеотребований;
- планирует работу, направляет исследования, осуществляет контроль и коррекцию форм здорового образа жизни учащихся, педагогов, воспитателей, родителей; руководит методической деятельностью всех работников валеологической службы школы;
- обеспечивает внедрение организационно-методических рекомендаций валеологической службы; отвечает за материально-учебную базу кабинета валеологии и кабинета психологической разгрузки;
- осуществляет совместно с администрацией школы подбор кадров, профилизацию по учебным курсам и по направлению валеоработы;
- проводит в школе групповые, индивидуальные валеоисследования;
- посещает уроки, внеурочные мероприятия, занятия групп продленного дня с целью наблюдений за деятельностью учащихся, оценки их здоровья и динамической работоспособности;
- выступает с обобщением опыта работы на педсоветах, методических объединениях;
- участвует в аттестации педагогических работников, является экспертом по оценке создания валеологически благоприятных условий в процессе обучения;
- постоянно повышает уровень самообразования.

2. Валеологическая служба в общеобразовательном учреждении

Ведущим элементом валеологической учебно-воспитательной системы образовательного учреждения является валеологическая служба (Служба

здоровья). В ее задачи входит координация, организация, осуществление и контроль над всей валеологической работой в школе. В состав валеологической службы должны входить специалисты, обеспечивающие различные направления валеологической работы: например, заместитель директора по УВР может курировать проблемы валеологической педагогики, учитель биологических дисциплин – биологическое и физиологическое развитие человека, школьный психолог – проблемы психологического, духовного развития ребенка, учитель физвоспитания – физическое здоровье, учитель трудового обучения – общественно полезный труд, организатор воспитательной работы – проблемы воспитания, социальный педагог – взаимодействие с семьей и т.д. В состав рабочей группы валеологической службы могут входить также директор школы, районный методист, врач школы, психолог, дефектолог, логопед, преподаватели предметники, зав. столовой, представители административных органов, общественных организаций, родители и др.

В зависимости от конкретных проблем ОУ развитие валеологической службы может быть преимущественно с медицинской или педагогической доминантой. Соответственно возглавить ее может врач-валеолог, педагог-валеолог, педагог-организатор или заместитель директора по УВР, хотя это может быть любой педагог, имеющий устойчивый интерес к валеологической работе, а в отдельных случаях медицинский работник, постоянно работающий в этой должности в учебном заведении или закрепленный за ним врач поликлиники. Главными критериями отбора на эту должность должны быть:

- психологические черты: быть коммуникабельным, адаптивным, помехоустойчивым, умеющим сконцентрироваться, отстраниться от своих состояний и ощущений в момент работы, обладающим творческим отношением к работе;

- кругозор: владеть разнообразными знаниями, позволяющими иметь широкий диапазон действий, желателен знать анатомию и физиологию человека;

- состояние здоровья: быть здоровым физически, морально, социально.

Основные направления валеологической работы в ОУ, осуществляемые под контролем валеологической службы.

I. Санитарно-гигиеническое направление (здравоохранительное).

Задачи направления

- формирование здоровой школьной среды;
- обеспечение каждому ребенку физиологического и психологического комфорта в школе.

Содержание работы

1. Реализация комплекса мероприятий по профилактике переутомления и учебных перегрузок:

- нормативная регламентация санитарно-гигиенических параметров школьной среды;

- рациональная организация учебной деятельности и режима дня школьников, учитывающая состояние здоровья детей, индивидуальные и возрастные психо-физиологические особенности, динамику работоспособности;
- проведение оздоровительных мероприятий на уроках: физкультминуток, тренингов для снятия напряжения и активизации резервных возможностей детей, дыхательных упражнений, использование оздоровительных свойств акустического и цветового фона, растений, ароматотерапии, эстетических воздействий;
- создание условий для активного отдыха и эмоциональной разрядки на переменах.

2. Обеспечение выполнения детьми суточных норм двигательной активности: утренняя зарядка, подвижные игры на переменах, систематические занятия физкультурой и спортом, организация спортивных соревнований, праздников, работа секций и кружков по различным видам спорта, ритмики, пластики, аэробики, балльных и народных танцев, организация внеурочной оздоровительной работы во взаимодействии с системой дополнительного образования и т.д.

II. Учебно-методическое (дидактическое) направление работы.

Задачи направления

- формировать эмоционально благоприятную среду обучения;
- предотвратить учебные перегрузки;
- создать условия для реализации развивающей функции образования;
- повысить продуктивность обучения;
- стимулировать учащихся к саморазвитию и самообразованию;
- развивать творческие способности, оказывать помощь в максимальной реализации личностного потенциала.

Содержание работы

1. Максимальная индивидуализация образования в соответствии с возможностями, способностями, уровнем развития и состоянием здоровья детей.

2. Валеологическое обоснование и валеологическая экспертиза всех видов педагогической деятельности во всех типах ОУ: инновационных процессов, образовательных программ, технологий, форм, методов обучения и воспитания.

3. Внедрение научно обоснованных принципов организации образовательного процесса: положительное эмоциональное подкрепление в ситуации успеха, личностно-ориентированное взаимодействие, межпредметная интеграция, наглядность, групповые, проблемные, игровые, диалоговые и др. формы работы.

4. Повышение психолого-педагогического мастерства учителя и развитие его личностных качеств.

5. Составление программ творческого роста преподавателей.

6. Разработка моделей психолого-педагогической помощи ученикам по развитию творческих способностей.

7. Методическая помощь в интеграции отдельных валеологических тем в предметное поле других учебных дисциплин.

III. Валеологическая учебно-воспитательная работа.

Она осуществляется по трем основным каналам: а) через введение учебного курса “Валеология”, б) посредством интеграции валеологической тематики в содержание других предметов и в) через различные формы внеурочной работы.

Задачи направления

– формирование личности ребенка (самосознание, мировоззрение, эстетические чувства);

– воспитание навыков межличностного общения;

– половое воспитание и формирование ценностей семьи;

– физическое воспитание с основами гигиены;

– воспитание экологической культуры;

– трудовое обучение и профориентация (самоопределение);

– воспитание основ безопасной жизнедеятельности.

Содержание работы

1. Включение в учебный план школы курса валеологии, а также спецкурсов на основе интеграции валеологической тематики с другими школьными дисциплинами, формирование интереса к новому предмету о здоровье человека, привлечение к преподаванию отдельных тем курса школьного психолога, врача, специалистов извне школы.

2. Ведение каждым учащимся личного валеологического дневника для самоконтроля за состоянием своего здоровья и выполнения практических заданий по курсу валеологии.

3. Формирование у школьников здорового образа жизни, здорового тела, души и духа.

4. Освоение валеологической культуры, как составной части нравственных и культурных ценностей, накопленных человечеством.

5. Познание законов развития человека и его взаимоотношений с самим собой, другими людьми, обществом и природой.

6. Становление здоровой личности, развитие добрых чувств, глубокого ума, здорового тела.

7. Формирование гуманистической направленности личности ребенка.

8. Осознание, что каждый человек обладает талантом, данным только ему.

9. Формирование восприятия ценности своей жизни, защищенности и свободы самовыражения.

10. Развитие способности рефлексии собственных состояний и действий.

11. Обучение навыкам поддержания хороших межличностных отношений – навыки эмпатии, понимание других людей.

12. Способствовать возрождению семьи, как основы сохранения достоинства и здоровья ребенка, его личностного потенциала, познание азбуки семейной жизни.

13. Усвоение этики взаимоотношений полов, основ сексуальной культуры. Проведение комплексной работы по профилактике заболеваний передающихся половым путем, нежелательной беременности.

14. Развитие представлений о человеке в истории и культуре, приобщение к родной культуре.

15. Становление гражданских качеств личности, воссоздание структур детского самоуправления, развитие педагогически организованной деятельности учащихся (трудовой, спортивной, досуговой, культурной и др.).

16. Содействие воспитанию у детей чувства своей неразрывности с природой.

17. Формирование представлений о здоровье, как об одной из главных жизненных ценностей, чувство долга и ответственности за свое собственное здоровье и здоровье окружающих, побуждающие ученика заботиться о своем здоровье, вести здоровый образ жизни.

18. Формирование умения предусматривать и предотвращать возможные отрицательные последствия своих поступков в отношении собственного здоровья.

19. Развитие умения эффективно использовать валеологические знания при создании индивидуальной программы здорового образа жизни и личной модели здоровья.

20. Повышение мотивации детей к занятиям оздоровительными формами физической культуры.

21. Усвоение определенных санитарно-гигиенических знаний для использования их в школе, общественных местах, дома, на улице.

22. Проведение работы по профилактике алкоголизма, наркомании и табакокурения среди детей и подростков.

23. Организация здоровой досуговой деятельности по месту жительства.

IV. Работа с родителями

– разработка и реализация комплексных программ взаимодействия с семьей: консультативно-диагностической, методической, коррекционно-педагогической помощи семьям;

– создание, организация и методическая помощь в работе “Школы здоровья” или “Университета здоровья” для родителей, с целью формирования ЗОЖ семьи, установления в ней благоприятных межличностных отношений и помощь в воспитании детей, организации их питания, выполнения режима дня, соблюдения санитарно-гигиенических и экологических норм поведения в семье, во взаимоотношениях с природой, в борьбе с вредными привычками.

В соответствии с основными задачами содержание работы валеологической службы определяется следующими направлениями:

– научным, изучающим закономерности роста и развития, формирования личности ребенка с целью разработки способов, средств и методов применения валеологических знаний в условиях учреждений системы образования;

– прикладным, осуществляющим научно-методическое обеспечение всего процесса обучения и воспитания. Направление предполагает подготовку кадров практических валеологов, разработку программ, подготовку кадров практических валеологов, разработку программ подготовки и переподготовки, повышения квалификации, создание учебных пособий, методических рекомендаций;

– практическим, обеспечивающим непосредственную работу социального педагога в учреждениях системы образования. Это работа с детьми, родителями, педагогами, руководителями и коллективами учреждений системы образования.

Основными видами деятельности валеологической службы являются *диагностика, развитие, профилактика и коррекция, консультирование.*

Диагностическая деятельность валеологической службы ориентирована на изучение индивидуальных способностей организма ребенка на всех этапах возрастного развития, на определение причин нарушений развития с использованием психофизиологических методов исследования.

Социальный педагог может решать следующие конкретные диагностические задачи:

– диагностический мониторинг физического состояния, гармоничности развития, физической подготовленности и работоспособности детей, контроль за состоянием функций опорно-двигательного аппарата и органа зрения;

– диагностика готовности ребенка к поступлению в школу с выявлением степени морфофункциональной зрелости ребенка;

– диагностика состояния адаптационных механизмов, предупреждение психосоматической дезадаптации;

– контроль за сбалансированностью питания;

– мониторинг причин, влияющих на ухудшение состояния здоровья и нарушение гармоничности физического развития.

Развивающая деятельность валеологической службы определяется непосредственным воздействием социального педагога на соответствующее возрастным нормативам развитие ребенка, ориентирована на оказание помощи педагогическому коллективу в осуществлении индивидуального подхода в обучении и воспитании детей, развитии их способностей и склонностей.

Профилактическая и коррекционная деятельность службы определяется необходимостью формирования у педагогов и детей потребности в знаниях о здоровом образе жизни, желания использовать их в работе с ребенком, а также своевременным предупреждением и устранением возможных отклонений в состоянии здоровья и физического развития, обусловленных неумелым обучением и воспитанием.

Профилактическая и коррекционная работа социальным педагогом может проводиться как с отдельными детьми, педагогами, так и с их группами.

В процессе профилактической и коррекционной работы социальный педагог осуществляет следующие конкретные мероприятия:

– участвует в приеме детей в первые классы, диагностируя физиолого-гигиеническую готовность и степень биологической зрелости с целью раннего выявления возможных отклонений в состоянии здоровья;

– разрабатывает комплексы развивающих, профилактических и коррекционных упражнений для занятий с детьми, совместно с педагогами и родителями намечает программу индивидуальной работы с детьми с целью их лучшей адаптации, высокой работоспособности и обеспечения нормального развития с учетом индивидуальной готовности ребенка к обучению на каждом переходном этапе.

Консультативная деятельность службы ориентирована на повышение валеологической культуры педагогов и родителей; расширение кругозора по вопросам здорового образа жизни.

При осуществлении консультативной работы социальный педагог решает следующие задачи:

– консультирует администрацию, педагогов, родителей по проблеме оздоровления детей. Консультации могут носить как индивидуальный, так и групповой характер;

– проводит индивидуальные и коллективные занятия с детьми по вопросам здорового образа жизни;

– способствует повышению валеологической грамотности педагогов и родителей путем своего участия в работе педагогического совета, методических объединений, общих и родительских собраниях;

– на базе методического кабинета «Здоровый ребенок» или библиотеки комплектует библиотечку по проблемам валеологии и здорового образа жизни.

Рассмотрим конкретные задачи, возникающие перед социальным педагогом при условии, если он является валеологом как руководителем валеологической службы. При планировании «регламентированных» видов деятельности перед социальным педагогом-валеологом встают следующие задачи:

– выявить «слабые места» школы (с точки зрения здоровья);

– совместно с поликлинической службой района составить план действий;

– четко определить критерии оценки эффективности программы;

– утвердить план у руководителей образования и здравоохранения района;

– познакомить с планом персонал школы;

– подготовить специалистов;

– поэтапно реализовать план действий;

– оценивать каждый этап по критериям эффективности.

При планировании «инициативных» видов деятельности тактика должна быть другой, и социальный педагог-валеолог должен решить следующие задачи:

– привлечь внимание детей и их родителей к проблеме здоровья (сочинения, классные часы, конкурсы и др.);

– создать школьный совет по здоровью, в который войдут дети, родители, учителя, другие заинтересованные люди;

- предложить всем классам разработать свой план здоровья и представить его в совет;
- на основе классных планов разработать план школы;
- совместно с главой администрации района оказывать содействие в реализации плана;
- проводить оценку активности школы в направлении улучшения здоровья учащихся и школьного персонала.

3. Комплексные программы содействия здоровью

Определение комплексной программы обеспечения здоровья в школе было предложено в 1990 г. Американским объединенным комитетом по терминологии в педагогике здоровья «Комплексная программа обеспечения здоровья в школе – это организованный набор актов, процедур и действий, созданных для защиты и обеспечения здоровья и благополучия учащихся и персонала, который традиционно включал школьную медицинскую службу, здоровую школьную среду, образование в области здоровья. В комплексную программу также следует включать руководство и консультирование, физическое воспитание, систему питания, социальную работу, психологические службы и работу по обеспечению здоровья».

В наших условиях алгоритм может быть тот же, однако существуют некоторые проблемы: необеспеченность школ стабильным медицинским персоналом и скудость бюджетного финансирования.

Вариант комплексной программы здоровья в школе, с точки зрения того, что она делает, безотносительно к ее структуре, содержит программу, которая:

- сфокусирована на приоритете режимов, сочетающих обучение и долгосрочный статус здоровья школьника;
- поощряет развитие фундаментальных основ семьи, дружбы и общества людей;
- координирует разнообразные совместные программы школы и социума;
- использует междисциплинарные и интегративные подходы, команды, технологии для координации программы;
- обеспечивает активное и осознанное вовлечение учащихся в программу, использует метод совместных проектов взрослых и детей;
- обеспечивает профессиональную компетентность персонала в сфере здоровья;
- достигает реализации целей и задач через четкое планирование этапов и составных частей программы.

Существует несколько подходов к планированию стратегических изменений в школе:

- описание и обсуждение существующей школьной ситуации; это позволит определить точку отсчета, выявить сильные и слабые места, провести ревизию ресурсов, привлечь к проекту возможно большее число лю-

дей, сконцентрировать внимание на причинно-следственных связях. Важно провести социологическое исследование;

– «инвентаризация» школьных проблем, причем почти всех, и в этой ситуации важно выделить существенные, влияющие на факторы, способствующие здоровью. Следует учитывать, что на фактор здоровья будут влиять прямо или косвенно расстановка педагогических кадров и состояние электропитания школы. Диапазон очень широк, поэтому при планировании необходимо ранжирование проблем;

– готовность сделать рабочие материалы, которые включают текущее и перспективное планирование, технико-экономическое обоснование конкретных ресурсозатратных шагов, способы измерения успехов и неудач, формы сотрудничества с другими организациями и школами, аналитический обзор, информационное обеспечение, определение ресурса власти, поиски аналогичных проектов, которые потребуют сделать познавательные визиты по другим школам, научным и учебным центрам, выставкам и т.д. Такие визиты позволяют избегать неоправданных, ресурсозатратных ошибок, учиться на чужом опыте, способствовать поиску фондов и других ресурсов, необходимых для реализации программы здоровья;

– объединение проектов, синергетическая концентрация сил и ресурсов, переплетение направлений – это будет способствовать не только экономии ресурсов, но и вовлечению все большего числа участников во множественность проектов, которые в итоге консолидируются в один проект – здоровая и умная школа.

Одна из особенностей проекта заключается в том, что необходимо использовать более чем одну стратегию одновременно.

Для *управления* реализацией проекта должны быть определены разные роли его участников, ориентированные, как правило, на разные типы характеров людей. В это вовлечены участники, руководители и те, кто стимулирует активное проектирование и реализацию задуманного.

Могут быть предложены следующие *роли*: критик, мечтатель, изобретатель, подстрекатель, создатель, стабилизатор, покровитель, последователь.

Эти восемь типов могут быть как работниками школы, так и пришедшими извне людьми. Чем больше этих различных типов будет представлено в школе, тем больше шансов на успешное управление проектом. Такое распределение ролей как правило дает высокий эффект в проектировании.

Для успешной *организации* проекта необходимо осознавать, что возникнут три группы участников в процессе его развития. Это те, кто будет в основном получать информацию и знание о развитии школы. К ним относятся основная масса семей, родительская общественность, различные службы и т.д. Адекватная и правдивая информация может сделать ее пассивного потребителя активным участником процесса проектирования и реализации программы.

Вторая группа участников играет в начальном этапе активную роль – "производит" новую информацию о развитии школы, ее проектах. Как правило, это сотрудники школы и активная часть школьной общественности. К этой группе могут быть привлечены местные средства массовой информации, учителя, работники местной администрации.

И, наконец, третья команда – это те, кто оперативно работает с информацией о развитии школы, анализирует ее, предлагает различные комбинации, делает ее привлекательной, проводит ее по различным каналам. Важно, чтобы эта группа постоянно производила комплексные аналитические действия, сравнивая старую информацию с новой, показывала перспективность каждого последующего шага в проектировании.

Генеральные стратегии развития в школе

Их может быть много, и каждая из них может претендовать на роль генеральной, все зависит от того, как руководство школы ранжировало ценности программы и как это ранжирование было осмыслено участниками проекта.

Координатор программы "Здоровье"

Каждая школа, которая внедряет инновационную программу, должна назначить ответственного специалиста по координации деятельности, связанной с реализуемой программой. Это одно из непременных условий успеха и один из самых сложных вопросов. Как правило, стратегические проекты в инновационных школах возглавляет директор, поэтому здесь речь идет о том, чтобы у руководителя был помощник, наделенный знаниями, полномочиями, компетенцией и авторитетом. Лучше всего, если этим специалистом будет заместитель директора школы, административные полномочия помогут ему быстрее решать оперативные вопросы.

Задачи координатора программы:

- консультировать сотрудников школы и других участников проекта при планировании на различные временные периоды (месяц, полугодие, год);
- формировать единое информационное поле в школе, содействовать соблюдению преемственности программы по вертикали – от класса к классу;
- организовывать заседания школьного совета по охране здоровья с привлечением учителей, учеников, родителей;
- помогать учителям в учебно-тематическом планировании, в интеграции проблем здоровья в контексты учебных предметов;
- развивать и внедрять неаудиторные технологии обучения здоровью, искать ресурсы за пределами школы для этих целей;
- организовывать социологические опросы среди участников проекта, учителей, учеников, родителей;
- анализировать и при необходимости внедрять предложения по содействию программе, по ее корректировке, изменениям;
- организовывать работу по оптимизации школьной среды, ее санитарно-гигиенических, эстетических и психологических особенностях;

– осуществлять взаимодействие со школьной медицинской службой, детской поликлиникой, врачами-консультантами по конкретным вопросам (прививки, флюорография, диспансеризация, профилактика травматизма и т.д.);

– организовывать массовые акции в целях привлечения внимания к проблеме, такие, например, как «День здоровья», соревнования на самый чистый класс и т.д.

Школьный совет содействия здоровью

К сожалению, во многих школах различного рода советы, созданные по велению времени и по требованию вышестоящих организаций, являются формальными органами, имитирующими самоуправление. Это закономерно, так как их инициаторы не учитывают особенности психологии коллектива, одним из аспектов которой является стремление людей объединяться вокруг конкретной проблемы, особенно если эта проблема касается их благополучия и успеха. Именно такой проблемой является ситуация со здоровьем, если учесть, что многочисленные масс-медиа постоянно бьют тревогу по поводу здоровья нации, с пугающей интенсивностью грозят негативными последствиями нездорового образа жизни. Членами совета могут быть три-четыре учителя, школьный психолог, медицинский работник, заместитель директора по АХЧ и по два ученика из каждого класса или параллели, представители родителей, если в школе работает попечительский совет – члены этого совета. Естественно, что количество учащихся может варьироваться в зависимости от их общей численности в школе, равно как и состав всех остальных членов совета.

Совет содействия здоровью будет действенным и эффективным, если все школьное население и сам совет, в первую очередь, будут осознавать его цели.

Школьный совет отвечает за состояние школьной среды, внедрение различных направлений, содействующих здоровью, поддержание чистоты в классах, помещениях и туалетах школы. Принципиально важно, чтобы этот совет был не очередной властной или надзирающей структурой школы, а проводником интересных идей. Важно, чтобы он содействовал созданию в школе атмосферы взаимоуважения и заботы. Совет должен прилагать усилия по привлечению родителей и общественности к проблемам школьной жизни. Именно в связи с проблемой здоровья можно использовать этот ресурс активно, в последние годы не только отдельные школы, но и целые региональные и муниципальные образовательные системы видят в решении проблем здоровья школьников приоритетные направления деятельности. Каждая школа должна иметь индивидуальную, постоянно действующую комплексную программу «Здоровье учащихся», включающую в себя педагогические, психологические, гигиенические, медицинские, социальные и организационные аспекты проблемы. На первый план выходят вопросы нормализации учебной нагрузки по каждому предмету, выбора оптимального режима и расписания занятий, создания благоприят-

ного психологического климата в коллективе, комфортной предметной среды и уюта в школе, системы оздоровительно-профилактических мероприятий, занятия спортом, рациональной организации питания школьников, взаимодействия с родителями.

Задачи школьного совета:

- создание стратегического плана по изменению уклада школьной жизни;
- формирование и реализация программ по улучшению школьной среды;
- помощь школьному коллективу в проведении массовых акций и мероприятий, связанных с пропагандой здоровья;
- привлечение консультантов, лекторов, носителей профессиональной информации в сфере здоровья;
- реализация программ по «экологизации» общественного сознания, формирование культуры здоровья;
- организация экскурсий в медицинские и профилактические учреждения, встречи с законодателями, администраторами различных уровней, от которых зависит решение проблем здоровья социума.

Поскольку у каждой школы есть свои особенности, постольку и перечень задач, который рассматривает и решает совет по здоровью, носит достаточно дифференцированный и разнообразный характер. К числу особенностей, которые определяют различные подходы в решении задач, связанных со здоровьем, можно отнести следующие:

- объемные показатели школы (численность учащихся, педагогического и вспомогательного персонала, наличие второй смены в школе, количество учебных аудиторий, размеры пришкольного участка и др.);
- информационная среда школы (есть или нет выход в Интернет, спутниковое телевидение, различные способы связи, компьютерное обеспечение, возможность выписывать периодические издания, связь с другими школами и т.д.);
- особенности географического положения школы – село или город, маленький или крупный мегаполис, архитектурные и ландшафтные особенности околошкольного пространства, близость водоемов, транспортных узлов, жилых комплексов, торговых предприятий и т. п.);
- качественные особенности школьного здания, его комфортность, уровень коммуникаций, теплообеспечение, возможности питьевого режима;
- особенности школьной территории, состояние, социальный состав родительской общественности, степень ее готовности к сотрудничеству;
- уровень компетентности педагогического коллектива, его возрастные особенности, готовность повышать или менять свою квалификацию – и еще множество других факторов, элементов, показателей и параметров, которые отличают вашу школу от всех остальных школ мира.

Решение проблем

При принятии решений невозможно игнорировать систему ценностей, эмоции и отношение людей к происходящему. Если предстоит при-

нять совместное решение, последовательность действий может быть следующей:

- четко идентифицировать проблему;
- собрать всю информацию, необходимую для ее решения;
- возможно использование тактики «мозгового штурма»;
- анализ последствий каждого альтернативного решения;
- выявление наиболее приемлемого решения;
- планирование шагов по реализации решения;
- согласование точки зрения всех членов группы;
- осуществление принятого решения.

Дидактические методы, материалы и стратегии

1. Когда проект начат,

есть ли рабочие группы и комитеты, отвечающие за управление программой на уровне проекта и на уровне школы?

есть ли у них четкий план, и понимают ли они свою роль в общем деле?

все ли знают, какие позиции оцениваются и что они предлагают изменить?

всем ли детям и учителям ясно предназначение проекта?

2. Мониторинг и оценка проекта

Многие считают, что мониторинг и оценка должны проводиться внешними наблюдателями, которые следят за реализацией программ и их эффективностью. «Внешняя» оценка важна, но гораздо важнее впечатление непосредственных участников, тех, кто планирует и выполняет проект (учителей, детей, родителей). Мониторинг может осуществляться на всех трех вышеназванных стадиях.

3. Вопросы, которые надо обдумать при подготовке к оценке эффективности проекта

Качественный мониторинг дает представление о том, соответствует ли программа намеченным целям, эффективно ли они реализуются? Чем больше данных получено, тем легче будет внести изменения и улучшить программу. Чтобы принимать правильные решения, необходимо очень четко представлять себе цели, знать, какие вопросы наиболее важно задать.

Узнали ли дети (и учителя) о здоровье больше в результате реализации программы?

Произошли ли изменения в способах мышления и деятельности?

Улучшилась ли школа в целом (в любом аспекте)?

Усилились ли связи школы с общественностью?

Усилились ли контакты школьной администрации и учителей с работниками здравоохранения?

Принимают ли участие в планировании все участники реализации проекта?

Оправдала ли программа затраченные средства?

Если на большинство вопросов вы получили положительные ответы, программа, безусловно, имеет право на существование. Если большинство ответов отрицательные – целесообразность программы сомнительна.

4. Определение оценки

Как убедить себя и других в том, что оценивать программу необходимо с самого начала и что делать это надо не для того, чтобы указать на ошибки, а чтобы постоянно ее совершенствовать?

Как убедить людей не бояться оценивания?

5. Кто оценивает

Как убедить всех участников проекта, что именно они должны давать ему оценку?

Как убедить их оценивать свои действия, не дожидаясь, пока это сделают внешние наблюдатели?

Какие минимальные знания необходимы, чтобы оценить проект?

6. Когда и как оценивать

Приступая к реализации проекта, надо договориться о выбранной «точке отсчета», чтобы было с чем сопоставить первые результаты.

Как убедиться в том, что определены правильные цели и что они доступны и детям, и учителям?

Как составить простой рабочий план для оценки программ?

Кто будет следить за тем, придерживаются ли этого плана?

7. Средства оценки

Какие простые средства могут понадобиться в процессе оценки?

8. Действия по результатам оценки

Как убедиться в том, что оценка стимулирует дальнейшую деятельность?

Методы оценки эффективности проекта

1. Ведение записей и дневников

И учителя, и ученики могли бы вести дневники здоровья. Школьный комитет здоровья может выпускать стенгазету. В клубе здоровья должны вестись протоколы заседаний. Через какое-то время можно будет обсудить эти документы и сформулировать программу дальнейших действий.

Работники здравоохранения, члены родительского комитета также могут вести записи.

2. Беседы и дискуссии. В большинстве случаев беседы и дискуссии возникают спонтанно в ходе развертывания программы, но иногда можно специально организовать встречи для обсуждения конкретных вопросов. Можно провести индивидуальные беседы с детьми, родителями, учителями (используя перечень вопросов и фиксируя ответы). Можно организовать работу дискуссионных групп (их еще называют фокус-группами). Организатор их направляет обсуждение в нужное русло и фиксирует выводы. Всегда важно услышать личное мнение, а не получить подтверждение ожидаемого ответа.

3. Тесты, выявляющие знания и умения. Адекватное знание особенно важно в «здоровом образовании». Представление о том, что дети уже знают, помогает правильно сформулировать задание программы.

В тест могут быть включены различные типы вопросов. Например, говоря о туберкулезе, можно использовать задание на выбор правильного ответа. Для контроля по теме «Продукты питания» можно использовать ложные/верные утверждения. По теме «Рост и развитие детей» можно предложить «заполнить пропуски». В каждом случае вопросы должны формулироваться так, чтобы в неправильные ответы можно было включить наиболее распространенные предрассудки данной местности. Необходимо, чтобы дети преодолели эти предрассудки.

4. Ролевая игра

Попросите детей отреагировать на ситуации, представленные в форме ролевой игры.

К вам приехал брат-инвалид, передвигающийся на костылях. Вы с друзьями хотите поиграть в футбол. (Ваши действия по отношению к брату?)

В семью взяли девочку 18 месяцев, родители которой умерли. Она очень маленькая, она еще не разговаривает и не играет, просто сидит и иногда плачет. (Что вы сделаете?)

В городе отмечены случаи холеры. Ваша очень строгая тетя говорит, что можно уберечься, если не общаться с больными и тщательно мыть руки (Что вы ей ответите?).

Поставьте перед ними простые проблемы и спросите, что они будут делать в сложившихся ситуациях.

Ваша младшая сестра опустила палец в кастрюлю с кипятком и обожглась. Что вы сделаете немедленно?

Ваш приятель упал с дерева. Он не поднимается, плачет, у него кровоточит рука. Что вы сделаете?

Вы обнаружили, что у ребенка жар. Что вы сделаете?

Попросите детей продемонстрировать практические навыки (оказание первой помощи, измерение обхвата предплечья).

5. Наблюдение

Посмотрите на школьное здание и его окружение: Повлияла ли «программа здоровья» на внешний вид школы? Стала ли она чище, ярче (или выглядит так же, как прежде?)

Как изменилась жизнь в округе: произошли ли изменения в пользовании водой? Улучшилась ли гигиена пищи? Есть ли все необходимое для оказания первой медицинской помощи? Воспринимают ли дети и учителя профилактические мероприятия как естественную часть школьной жизни?

Изменения в поведении детей: надо выяснить у самих детей (и у учителей), стали ли они больше внимания уделять своему здоровью, изменилось ли их отношение к здоровью окружающих.

Необходимо обнаружить четыре типа перемен.

Сделали ли дети что-то для новой «программы здоровья» (сочинили песенку, сделали игрушку, нарисовали плакат; прочитали рассказ младшему брату; приняли участие в «марше здоровья»)? Если да, попросите их всем показать, что они сделали, и сообщить вам о результатах. Насколько заинтересованными они выглядят? Появились ли у них (и их друзей) новые идеи, стремятся ли они их с энтузиазмом реализовать?

Проследите, изменилось ли их поведение в школе, стали ли дети чище, аккуратнее, дружелюбнее? Стали ли они больше интересоваться здоровьем (своим и окружающих), сочувствовать нуждающимся в поддержке? (Или программа ничего не изменила?)

Выясните, «принесли» ли они знания домой. Спросите родителей, старших братьев и сестер, рассказывают ли дети дома о новых знаниях о здоровье, используют ли их в жизни.

Спросите, как оценивают успехи детей директор школы и медработники. Многие, кто вкладывает деньги в программы здоровья, ждут подтверждения эффективности своих вложений (в частности, медицинской статистикой).

Изменения в отношении учителей и общественности. Отметьте, стали ли учителя и родители больше интересоваться вопросами здоровья, давать детям более калорийную пищу, заботиться об их безопасности.

Изменилось ли отношение к здоровому образу жизни?

Поскольку важнейшей целью школьных «программ здоровья» является формирование у детей устойчивого здорового образа жизни, необходимо выяснить, как изменилось их отношение к здоровью. «Измерить» этот показатель очень трудно. «Индикаторы» должны основываться на действиях ребенка и периодическом сравнении результатов. Проверка может проводиться раз в три месяца. Вот некоторые возможные «индикаторы»:

– регулярное посещение школы. Отсутствие только по болезни или другой уважительной причине;

– участие в работе «клуба» или комитета здоровья, в реализации конкретного проекта;

– помощь младшим детям в школе и дома;

– распространение на них новых видов деятельности;

– участие в поддержании чистоты дома, в школе и вокруг нее;

– бережное отношение к окружающей среде;

– ответственное отношение к здоровью и безопасности окружающих;

– появление новых полезных привычек (мытьё рук), навыков гигиены;

– изменения в привычках, связанных с едой (есть перед школой, есть больше фруктов);

– особый интерес к «проектам здоровья», осуществляемым в школе (участие в сценке, изготовление плаката);

– ребенок задает больше вопросов, развивается его творческий потенциал;

– общее впечатление: заинтересован ли ребенок жизнью класса?
– поинтересуйтесь мнением независимых наблюдателей, как им кажется, изменились ли школа и дети.

Вот вопросы, на которые могут обратить внимание посетители.

Выглядит ли школа чистой и привлекательной? Какова в этом заслуга детей? Гордятся ли они своей ролью?

Заметны ли улучшения санитарного состояния и безопасности?

Могут ли дети и учителя назвать приоритетные потребности, связанные со здоровьем, и сказать, что и как надо предпринять для их реализации?

Что сделали, сочинили, написали дети? Являются ли песни и плакаты результатом творческой деятельности или их просто скопировали?

Могут ли дети рассказать, как они поделились своими знаниями с окружающими?

Спросите учителей, изменилось ли их мнение о роли детей в обеспечении здоровья. Из ответов вы можете понять, что изменились их представления о возможностях детей. Это значимый аргумент в пользу расширения «программ здоровья». Повлияла ли программа на общую успеваемость? Если на "уроках здоровья" учителя и ученики используют определенные методические приемы, можно ожидать, что они будут использовать их и на других уроках.

При оценке действенности программы уместны следующие вопросы:

1) На каких других уроках вы используете эти методы?

2) Можно ли знания, полученные на других уроках, непосредственно применить в быту? Как?

3) Какие знания о здоровье можно распространить этими методами? Пытались ли вы это сделать?

Повлияла ли программа на жизнь школы в целом?

Во многих отчетах о деятельности "школ здоровья" отмечается, что под их влиянием произошли изменения в жизни школ и сообщества, не связанные непосредственно со здоровьем. Перемены могут быть как положительными, так и негативными.

Наиболее важный вопрос, который надо задать, интересуясь общим впечатлением от "программы здоровья", хотите ли вы, чтобы работа школы по этой программе продолжалась? Если да/нет, то почему?

Памятка

Основывайтесь на том, что уже сделано (гораздо больше, чем вы предполагаете). Пусть люди работают вместе и обсуждают свою деятельность (нельзя скрывать продуктивные идеи).

Не ставьте задач, которые могут оказаться для школ труднореализуемыми (помните о плохо обеспеченных школах).

Используйте достигнутый успех. Одни отреагируют на предложенные вами идеи быстрее, чем другие. Не ругайте последних, хвалите первых. Пусть все разделят успех.

Доверяйте учителям и ученикам, поощряйте их усилия. С уверенностью в своих силах и энтузиазмом они могут свернуть горы.

Не ожидайте значительных перемен слишком быстро.

Таким образом, обеспечение здоровья в школе включает в себя все средства, которые использует школа для поддержания здоровья учеников и учителей, а также для пропаганды знаний о здоровье в семьях и обществе в целом, что может быть достигнуто разработкой и реализацией комплексной программы обеспечения здоровья.

Контрольные вопросы

1. Назовите цели, задачи и функциональные компоненты валеологически оптимальной социально-педагогической деятельности.
2. Раскройте основные направления валеологической деятельности социального педагога.
3. Опишите валеологическую службу в общеобразовательном учреждении когда руководителем является администрация школы; социальный педагог-валеолог.
4. Дайте определение понятию «комплексная программа содействия здоровью».
5. Перечислите основные шаги при разработке комплексной программы содействия здоровью.

Литература

1. Акбашев Т. Всеобщая валеограмотность: шаг первый // Народное образование. – 1998. – №3. – С.170-173.
2. Валеология. Справочник школьника. – Донецк: ПКФ"БАО", 1998.
3. Ермолаева М.В. и др. Психолого-педагогическая практика в системе образования. – М.: Инт-т практической психологии, 1998.
4. Касаткин В.Н. и др. Здоровье: Организационные шаги по созданию школы, содействующей здоровью. – М., 2003.
5. Мардахаев Л.В. Методика и технология работы социального педагога. – М., 2005.
6. Овчарова Р.В. Справочная книга социального педагога. – М., 2001.
7. Попов С.В. Валеология в школе и дома (О физическом благополучии школьников). – СПб., 1997.
8. Селевко Г.К. Новые педагогические технологии. – М., 1997.
9. СанПиНы
10. Симонятова Т.П., Паршутин И.А. Здоровье: Психологическое сопровождение образовательной программы «Здоровье». – М, 2003.
11. Торохова Е.И. Валеология: словарь. – М., 1999.
12. Филиппова И.Б., Устюжанина Л.В., Репина С.В. Модель валеологической службы. – Курган, 1996.

13. Хижняк О., Феденева Р., Сократов Н. Школьная валеологическая служба // Народное образование. – 1998. – №6. – С.265-266.

14. Хрипкова А.Г., Колесов Д.В. Гигиена и здоровье школьника. – М.: Просвещение, 1988.

15. Чумаков Б.Н. Валеология. – М., 2000.

16. Шакурова М.В. Методика и технология работы социального педагога. – М., 2004.

Тема 6. КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ

1. Критерии определения здоровья детей и подростков.

2. Факторы риска нарушения здоровья в школьном возрасте.

3. Профессиональное здоровье педагога.

4. Валеологическая культура педагога.

1. Критерии определения здоровья детей и подростков

Здоровье ребенка – одна из наиболее сложных комплексных проблем современной науки, которую по праву следует отнести к одной из самых главных среди существующих наук, ибо здоровье нового поколения определяет состояние общества и государства в целом. Несмотря на то, что исследования, посвященные изучению состояния здоровья детей и подростков, проводятся отечественными учеными уже давно (они развернулись широко с момента становления советского государства и в последующие годы, особенно с начала 50-х годов), многие аспекты этой проблемы, несомненно, требуют дальнейшего развития.

Следует отметить, что на протяжении советского периода изучение этого вопроса шло в основном по двум направлениям. Первое выразилось в систематическом наблюдении за детьми и подростками в процессе всего периода их роста, что позволяло изучить общий ход физического и общего развития, уточнить возрастные особенности и определить влияние средовых факторов на здоровье. Второе направление – расширенное изучение общеклинических и других показателей, позволяющих оценить функциональное состояние организма с учетом факторов окружающей и социальной среды, а также учебной деятельности.

С момента выделения в гигиенической науке отдельного направления – гигиены детей и подростков с созданием соответствующего института – круг исследований был значительно расширен. Они стали базироваться на комплексных данных гигиенистов, физиологов, биологов, клиницистов, биохимиков и педагогов. В результате исследований были выделены критерии определения здоровья детей и подростков, включающие уровень достигнутого физического и нервно-психического развития, наличие или отсутствие хронических заболеваний, функциональное состояние организма и степень его резистентности. Доказана необходимость при определении состояния здоровья учитывать и адаптационные возможности организма.

Для формулировки критериев определения здоровья детей и подростков представим здоровье человека как систему взаимосвязанных элементов: соматическое (биологическое, физическое) здоровье, психическое здоровье и социальное здоровье. Рассмотрим критерии оценки каждой составляющей здоровья.

Соматическое здоровье – это отсутствие хронической заболеваемости, физических дефектов, функциональных нарушений, ограничивающих социальную дееспособность. Противоположность этого вида здоровья – инвалидность. Для оценки здоровья детей и подростков используются три основных критерия:

- соответствие процесса роста и развития биологическим законам и социальным потребностям;
- достигнутый уровень физической работоспособности, отражающий функциональные возможности организма;
- наличие хронических заболеваний и физических дефектов, степень резистентности организма.

Однозначного толкования понятия психического здоровья в литературе нет, равно как и его критериев. Часто этот термин используют в медицинской практике, в том числе в психиатрии, разграничивая «норму» и «патологию» и особо акцентируя условия психосоциального развития детей. Понятие психического здоровья соотносится с психосоматической медициной, связывающей любое соматическое нарушение с изменениями в психическом состоянии.

В психологическом словаре понятие психического здоровья определяется как состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности. Отмечается также, что содержание понятия психического здоровья не исчерпывается только медицинскими и психологическими критериями, в нем отражены также общественные и групповые нормы и ценности.

Отечественные психологи ввели понятие психологического здоровья, относящееся к личности в целом и выделяющее собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов. По мнению И.В. Дубровиной, психологическое здоровье делает личность самодостаточной, но мы извне задаем ей рамки, нормы. Мы вооружаем ее средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими людьми в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира.

Для оценки психического здоровья используются следующие критерии:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;

- чувство постоянства и идентичности переживаний в типичных ситуациях;
- критичность к себе, своей деятельности, ее результатам;
- адекватность психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствами ситуациям;
- способность к самоуправлению поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать свою собственную жизнь и реализовывать это;

– способность изменить способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств. Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) отмечено, что нарушения психического здоровья связаны как с соматическими заболеваниями или дефектами физического развития, так и с различными неблагоприятными факторами и стрессами, воздействующими на психику и связанными с социальными условиями. Экспертами ВОЗ также показано, что нарушения психического здоровья в детстве имеют две важные характерные черты: во-первых, они представляют собой лишь количественные отклонения от нормального процесса психического развития; во-вторых, многие их проявления можно рассматривать как реакцию на специфические ситуации.

Социальное (личностное) здоровье – это определенный уровень развития, сформированности и совершенства форм и способов взаимодействия индивида с внешней средой (приспособление, уравнивание, регуляция); определенный уровень психического и личностного развития, позволяющий успешно реализовывать это взаимодействие. Антиподом социального здоровья является состояние социальной запущенности.

Критериями социального здоровья детей и подростков могут служить:

- адаптация в референтных общностях (семья, группа детского сада, класс);
- овладение ведущими и другими видами деятельности (игровая, учебная, учебно-профессиональная);
- овладение нормативным, правилосообразным поведением;
- уравнивание процессов социализации и индивидуализации;
- выработка индивидуального стиля поведения (деятельности);
- наличие самоконтроля и саморегуляции поведения в зависимости от обстоятельств;
- общая средовая адаптация – интеграция в общество.

Здоровье детей и подростков во многом детерминировано социально-экономическими условиями. Ведущими формирующими факторами оказываются режим дня, экология, внутренняя среда помещений, организация физического воспитания, медико-санитарная помощь.

Наряду с акселерацией в последние годы выявляется феномен децелерации, которая возможно объясняется изменением факторов социальной

среды и увеличением факторов риска. Так, в исследованиях А.Г. Сухарева (1991), Г.Н. Сердюковской (1990) и других авторов отмечается увеличение числа детей с уменьшением объема грудной клетки, силы мышц, массы тела и массо-ростового показателя. Такие школьники с замедленным темпом физического развития часто имеют более низкую работоспособность и нуждаются в индивидуальном подходе при использовании средств физического воспитания для нормализации физического развития.

Изучение влияния отдельных компонентов социально-гигиенических условий жизни и их совокупности на уровень заболеваемости различных контингентов школьников выявило, что при существующем уровне благосостояния населения (как в городе, так и в селе) на заболеваемость детей и подростков влияют не столько факторы условий жизни в отдельности (жилищные условия и размер жилой площади, материальный уровень семьи, социальная принадлежность родителей и уровень их образованности), сколько совокупность этих факторов. При этом неоднократно подтверждалось, что наибольшее существенное значение в усугублении и даже в возникновении большинства заболеваний у детей, в особенности нервно-психических, имеют неблагоприятная семейная обстановка, отсутствие надлежащего воспитания и надзора за детьми в неблагополучных семьях.

Следовательно, основной путь укрепления здоровья детей и подростков – создание благоприятных социально-педагогических условий.

2. Факторы риска нарушения здоровья в школьном возрасте

С началом обучения многократно возрастают так называемые «школьные» факторы риска нарушения здоровья и становятся выраженными при обучении в школе. Многолетние исследования Института возрастной физиологии РАО позволили выявить следующие факторы риска для школьников, которые негативно сказываются на их росте, развитии и здоровье (Безруких М.М., 2004):

- стрессовая педагогическая тактика;
- интенсификация учебного процесса;
- несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников;
- несоблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса;
- функциональная неграмотность педагога в вопросах охраны и укрепления здоровья;
- массовая неграмотность родителей в вопросах сохранения здоровья детей;
- частичное разрушение служб школьного врачебного контроля;
- провалы в существующей системе физического воспитания;
- отсутствие системы работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни.

Отношение к здоровью как к целостному состоянию организма делает реальной проблему его прогнозирования. При этом имеет значение как можно более раннее выявление ухудшений общего состояния или работоспособности, позволяющее осуществить соответствующие профилактические или коррекционные защитные мероприятия.

Особую опасность для роста и развития ребенка, для состояния его здоровья представляют факторы малой интенсивности, обладающие кумулятивным (накапливающимся) эффектом иногда в течение нескольких лет, после чего как бы внезапно возникает заболевание. Поскольку действие этих факторов на организм ребенка длительное время может отсутствовать или проявляться в виде микросимптоматики, их обнаружение составляет значительную сложность не только для родителей, но и для педагогов и врачей. Поэтому профилактика расстройств здоровья, с одной стороны, должна быть направлена на устранение явных факторов риска, а с другой – на проведение неспецифических мероприятий и тщательный мониторинг состояния ребенка.

Опыт, накопленный медициной в изучении болезней, равно как и анализ экономической стоимости затрат на диагностику и лечение заболеваний, убедительно демонстрируют относительно малую социальную и экономическую эффективность «профилактики болезней» (медицины III уровня) для повышения уровня здоровья как детей, так и взрослых в общепопуляционном масштабе. Поэтому охрана здоровья детей и взрослых может быть реализована только на основе многоуровневого медико-биологического подхода, включающего, помимо медицины III уровня, профилактику II и I уровней (Воронцов И.М., 1994).

Профилактика II уровня предполагает выявление маркеров конституционального предрасположения и риска по отношению ко многим заболеваниям детского возраста, возможность вычислительного прогнозирования риска по совокупностям наследственно-семейных особенностей, анамнеза жизни и факторов внешнего окружения.

Профилактика I уровня ориентирована не на группы риска или предрасположения, а на всю популяцию здоровых детей, и ее задача – не предупреждение той или иной болезни, а улучшение состояния здоровья. Ее базой является немалый опыт разработки средств привития и поддержания здорового образа жизни на самых различных уровнях.

Развитие ребенка зависит от внешних и внутренних воздействий. К внешним относятся следующие факторы воздействия: А – экзогенные, которые зависят от региональных особенностей (экологические, экономические и др.); Б – социальные (семейные, культурные, социобытовые, медицинские); В – физиолого-гигиенические (организация внешнего контроля за соблюдением деятельности ДОУ); Г – социопсихологические (мотивация педагогов, уровень отношений).

Факторы «А» могут быть отнесены к категории неизбежных, с которыми необходимо считаться, но невозможно изменить в ходе педагогиче-

ского воздействия. Факторы «Б», «В», «Г» относятся к категории устраняемых в процессе совместной работы не только на уровне учреждения, но и на уровне местной муниципальной власти.

К внутренним факторам воздействия относятся:

– условия осуществления педагогического процесса (несоблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса; несоответствие методов обучения возрастным и функциональным возможностям школьников);

– несоответствие содержания обучения и воспитания задачам коррекции, развития и здоровьесбережения (интенсификация учебного процесса; функциональная неграмотность педагога в вопросах охраны и укрепления здоровья; массовая безграмотность родителей в вопросах сохранения здоровья детей);

– степень несовершенства системы управления (отсутствие координации в совместных действиях педагогов и специалистов; отсутствие контроля за конечными и текущими результатами воздействия, несовершенство системы планирования и психолого-педагогической диагностики ребенка в процессе обучения и воспитания).

Нарастание всех внешних и внутренних воздействий создает «хаос» и тем самым деструктуризирует всю систему, в которой находится ребенок.

Избыточное преобладание воздействий ведет к чрезмерному истощению энергетических ресурсов системы, в результате чего она становится со временем не здоровьесберегающей, а напротив, «разрушающей» здоровье ребенка.

Таким образом, валеологическая деятельность социального педагога начинается с оценки состояния здоровья детей и подростков и выявления отношения к здоровью как к общечеловеческой ценности всех субъектов педагогического процесса. Основываясь на принципе функционального единства организма (П.К. Анохин), обуславливающего взаимосвязь и взаимовлияние всех видов здоровья, социальный педагог ориентирован прежде всего на сохранение и укрепление социального (личностного) здоровья. Он подходит к решению данной проблемы комплексно, т.е. работает с детьми, педагогами и родителями.

3. Профессиональное здоровье педагога

Актуализация личностных ресурсов учителя, необходимых для эффективного учебно-воспитательного процесса, деятельности в сфере «человек – человек». Под профессиональным здоровьем понимается интегральная характеристика функционального состояния человека по физическим и психическим показателям с целью оценки его – способности к определенной профессиональной деятельности с заданными эффективностью и продолжительностью на протяжении заданного периода жизни, а также устойчивость к неблагоприятным факторам, сопровождающим эту деятельность (А.А. Реан,

2000). Помимо фактора профессиональной пригодности, в это понятие включается психическое здоровье, выражающееся в характерных психических процессах, состояниях и индивидуальных свойствах.

Под профессиональным здоровьем педагога понимается способность организма сохранять и активизировать защитные и регуляторные механизмы, обеспечивающие работоспособность, эффективность и развитие личности педагога во всех условиях протекания его профессиональной деятельности. Поддержание профессионального и психического здоровья педагога – это сложный интегративный процесс, в который включаются, с одной стороны, профессиональное развитие и коррекция педагогической направленности, профессионального самосознания, а с другой – развитие творческого потенциала, коррекция коммуникативной и конфликтной компетентности, эмоциональной, поведенческой и интеллектуальной гибкости.

Явление «выгорания» проявляется в ряде симптомов, которые образуют синдром «профессионального выгорания». «Профессиональное выгорание» – это не потеря творческого потенциала, не реакция на скуку, а скорее эмоциональное истощение, возникающее на фоне стресса, вызванного межличностным общением (К. Маслач, 1978).

Существуют физические и психологические (поведенческие) симптомы «выгорания». К физическим симптомам относятся усталость, частые головные боли, бессонница и т.д. К психологическим симптомам относятся снижение энтузиазма, чувства вины, разочарования, обиды, раздражительность, ригидность, неспособность принимать решения, растущее избегание и т. д.

Выделяют уровни (1-й – недолгие и случайные симптомы; 2-й – симптомы носят затяжной характер; 3-й – хронические симптомы) и стадии (1-я – эмоциональное и физическое истощение; 2-я – отрицательное, циничное отношение к людям; 3-я – полное «выгорание», отвращение ко всему) «выгорания».

К составляющим синдрома «выгорания» относятся эмоциональная истощенность (чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное работой), деперсонализация (циничное отношение к труду и объектам своего труда), редукция профессиональных достижений (возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере).

Факторы, вызывающие процесс «выгорания», можно сгруппировать в два блока: *индивидуальные и организационные*. К индивидуальным относят социально-демографические характеристики (возраст, пол, стаж, семейное положение, уровень образования), а также личностные особенности (выносливость, индивидуальные стратегии сопротивления, локус контроля, самооценка). В группу организационных факторов включены условия материальной среды, содержание работы и социально-психологические условия деятельности.

Последствиями процесса «выгорания» являются крайне низкая эффективность и продуктивность профессиональной деятельности, снижение

удовлетворенности своим трудом, формирование негативного отношения к труду (текучесть кадров, нарушение трудовой дисциплины), значительное ухудшение здоровья педагога. Для профилактики профессионального «выгорания» подходят психокоррекционные программы по развитию навыков стрессовой и эмоциональной устойчивости, коммуникативной и конфликтной компетентности, разработанные для сохранения психического и профессионального здоровья педагога.

4. Валеологическая культура педагога

К педагогу, который призван решать важные и сложные задачи валеологического образования, предъявляются, естественно, высокие требования. Он должен четко представлять себе цель и смысл валеологически ориентированного учебного процесса (созидание и самосозидание), относиться к другому человеку как к цели своей деятельности, иметь сформированное валеологическое сознание.

Необходимость формирования нового педагогического мышления – насущная задача времени, связанная с проблемой выбора педагога, обладающего особой педагогической интуицией, общей и валеологической культурой.

Валеологическая культура педагога предполагает наличие следующих структурообразующих компонентов готовности к валеологически ориентированной педагогической деятельности или блоков профессиональной программы – мотивационного, когнитивного, операционного и индивидуально-креативного компонентов.

Мотивационный компонент готовности, или этико-педагогический блок профессиональной программы, следует понимать как присутствие интереса к валеологической деятельности в обучающих системах, как внутренне присущее педагогу стремление к постижению соответствующих знаний и умений не только «для личного пользования», но и для передачи этих знаний и умений своим ученикам.

Когнитивный компонент, или гностический блок профессиональной программы предполагает наличие знаний в области валеологии (в т.ч. педагогической) и условно подразделяется на пять блоков знаний – общеметодологические, валеологические, валеолого-методические, а также знание основ педагогической валеологии.

Операционный компонент, или технологический блок, понимается как комплекс применяемых учителем на практике педагогико-валеологических умений, направленных на осуществление валеологической работы со школьниками, его организаторские и исследовательские способности, аналитические умения, диагностические, корректирующие, прогностические и прочие.

Опираясь на перечисленные знания и умения, педагог-валеолог осуществляет учебно-воспитательную валеологическую работу, реализуя при

этом целый ряд важнейших функций – просветительскую, развивающую, воспитательную, организаторскую. В процессе их осуществления проявляется и четвертый компонент готовности учителя к валеологической работе или, говоря языком педагогики, так называемый *индивидуально-креативный компонент* (блок) учительской профиограммы, которым следует обозначить уровень готовности педагога как творческой, создающей личности.

Таким образом, судьба каждого начинания в системе образования в первую очередь зависит от педагога, уровня его готовности к определенной работе, сформированности его личной концепции, личностных и профессиональных качеств, степени адаптации к обучающей системе.

Контрольные вопросы

1. Перечислите критерии определения здоровья детей и подростков.
2. Назовите факторы риска нарушения здоровья в школьном возрасте.
3. Что понимается под термином «профессиональное здоровье педагога»?
4. Опишите симптомы синдрома «профессионального выгорания».
5. Назовите факторы, вызывающие процесс «выгорания».
6. Какие компоненты включены в валеологическую культуру педагога?

Литература

1. Ахмерова С.Г., Харисова И.М. Гигиеническое воспитание и формирование здоровья. – Уфа, 1999.
2. Безруких, М.М. Здоровьесберегающая школа. – М., 2004.
3. Белов В.И. Энциклопедия здоровья. – М., 1994.
4. Бородаева Л.Г., Руднева И.А. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Педагогическая валеология». – Волгоград, 2007.
5. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.
6. Брызгунов И.П. Беседы о здоровье школьников: Кн. для учителей и родителей. – М., 1992.
7. Вайнер Э.Н. Валеология. – М., 2002.
8. Валеология. Справочник школьника. – Донецк, 1998.
9. Воронцов, И.М. Закономерности физического развития детей и методы его оценки: учеб.-метод. пособие. – Л., 1986.
10. Гигиена детей и подростков / под ред. В.И. Кардашенко. – М., 1980.
11. Ермолаева М.В. и др. Психолого-педагогическая практика в системе образования. – М., 1998.
12. Никитины Б. и Л. Резервы здоровья наших детей. – М., 1990.
13. Овчинникова Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях. – СПб., 2006.
14. Попов С.В. Валеология в школе и дома (О физическом благополучии школьников). – СПб., 1997.

15. Попов С.В. Валеология в школе и дома. – СПб., 1998.
16. Санитарные нормы для школ, внешкольных и дошкольных образовательных учреждений. – М., 2005.
17. Сердюковская Г.Н., Сухарев А.Г. Гигиена детей и подростков. – М., 1986.
18. Хрипкова А.Г., Колесов Д.В. Гигиена и здоровье школьника. – М., 1988.
19. Чумаков Б.Н. Валеология. – М., 2000.

Тема 7. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ. САНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ

1. Организация здоровьесберегающей среды в социальном приюте.
2. Организация здоровьесберегающей среды в учреждениях интернатного типа.
3. Здоровьесберегающая деятельность в дошкольном образовательном учреждении.
4. Организация здоровьесберегающей среды в общеобразовательной школе.
5. Санитарно-педагогические требования к образовательным учреждениям.

1. Организация здоровьесберегающей среды в социальном приюте

В государственной системе попечения детей-сирот существует особый тип учреждения – социальный приют. Специфика работы приюта состоит в том, что это учреждение временного пребывания детей, оставшихся без попечения родителей. Цель данного учреждения – устроить детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, на временное проживание с целью последующего устройства в другие социальные институты – возвращение в семью, усыновление, установление опекуна и пр.

Жизнь ребенка вне семьи приводит к возникновению особого вида состояния – психической депривации. Это состояние возникает в особых жизненных ситуациях, когда человеку не представляется возможности удовлетворить некоторые основные психические потребности в течение длительного времени. У детей, воспитывающихся вне семьи, происходят изменения в личности, т.е. возникает личностная депривация, которая способствует формированию негативных качеств и образований. На развитие ребенка особо пагубно влияет отсутствие матери (материнская депривация). Существуют и другие факторы: сенсорная депривация – обеднение среды, ее сужение; социальная депривация – ослабление коммуникативных связей с окружающими людьми; эмоциональная депривация – снижение эмоционального тона при взаимоотношениях с окружающими. Для поступающих в специализированные учреждения несовершеннолетних ха-

рактерна нарушенная социализация, имеющая широкий спектр проявлений: от неумения вести себя за столом и неспособности адаптироваться к незнакомой среде и новым обстоятельствам до различных проявлений девиантного поведения (гиперсексуальности, нарушенной половой идентификации). Ограничения социальной активности ребенка, недостаточное включение его в различные виды практической деятельности не способствуют усвоению им социальных норм и социального опыта.

Попадая в новые условия, ребенок с особой силой стремится вернуться к прежней жизни, в которой у него есть и была, как ему кажется, родительская любовь. Жизнь в учреждениях, куда попадает ребенок, который брошен семьей, изъят из семьи, не может заменить ему опыт семьи и родительской любви. Дети по-прежнему продолжают горячо любить своих родителей, идеализировать их, мечтать о возвращении к ним. Этим во многом можно объяснить и частые побеги детей из детских домов и интернатов, и трудности адаптации к жизни в этих учреждениях, и невосприимчивость к воспитательным воздействиям, и закрытость социального опыта, и отсутствие доверия к людям, окружающим их и заботящимся о них.

Деятельность социального педагога в социальном приюте представляет собой систему мер, способствующих успешной социализации воспитанников, а также охрану их здоровья. Первым этапом социально-педагогической деятельности является определение социального статуса ребенка. Путем изучения документов, бесед, тестирования социальный педагог узнает ребенка, выделяет проблемы, которые им предстоит решать. Далее социальный педагог разрабатывает индивидуальную программу сопровождения воспитанников.

2. Организация здоровьесберегающей среды в учреждениях интернатного типа

Учреждения интернатного типа призваны создавать условия для социализации, роста и развития детей, оставшихся без попечения родителей. Неблагоприятные средовые воздействия родительской семьи, биологической и социальной среды негативно сказываются на формировании растущего ребенка, уменьшая возможности для реализации талантов и одаренностей, резистентности к болезням, достижения долголетия, успешной социальной адаптации.

Знание внутреннего мира ребенка, его психологических и психофизиологических особенностей, развитие его личностных качеств в их чувствительные периоды – необходимое условие его успешной адаптации к меняющимся условиям в дальнейшие периоды жизни, поскольку морфофункциональные и психофизиологические особенности учащейся молодежи во многом обусловлены спецификой предшествующих периодов онтогенеза.

Основной акцент необходимо делать на педагогических средствах обеспечения здоровья, среди которых преобладают:

1) подвижные игры и самостоятельные занятия на площадках физического саморазвития, способствующие общему физическому развитию детей, а также нормализации их психического состояния;

2) креативные (художественно-эстетические и театрализованные) действия, положенные в основу различных учебных занятий, включая уроки валеологии, способствующие психическому саморазвитию детей и формированию у них групповой сплоченности;

3) просветительская работа с воспитателями и персоналом по овладению ими методами укрепления здоровья воспитанников.

Предметно-развивающая среда учреждения интернатного типа должна помочь ребенку отыскать область своих интересов, раскрыть потенциальные возможности, утвердиться как творческая, способная личность и благодаря этому избавиться от чувства бесталанности и неспособности.

Воспитательно-образовательная деятельность, направленная на формирование у воспитанников потребности в здоровом образе жизни, включает в себя ряд блоков. Это занятия, помогающие сформировать у детей специальные знания, умения и навыки по сохранению своего здоровья. Они представляют собой первые попытки самостоятельной работы над собой, над своим телом, эмоциями; развития коммуникативных способностей; воспитания гуманного отношения к миру, окружающим людям и самому себе.

Программа по сохранению и укреплению здоровья воспитанников учреждений интернатного типа должна включать два основных направления: диагностику состояния здоровья и реализацию комплекса коррекционно-оздоровительной работы.

Специалисты валеологической службы с участием врача-педиатра формируют общее заключение о функциональном состоянии организма ребенка, особенностях физического и психического развития, выдают рекомендации по коррекции и оздоровлению детей. Лечебно-профилактическая и оздоровительная работа с детьми должна проводиться с включением специфических физиотерапевтических и общеукрепляющих процедур.

Основными принципами организации физического воспитания в интернатном учреждении являются следующие:

– физическая нагрузка, адекватная возрасту, полу ребенка, уровню его физического развития, биологической зрелости и здоровью;

– сочетание двигательной активности с общедоступными закаливающими процедурами;

– обязательное включение в комплекс физического воспитания элементов дыхательной гимнастики, упражнений для повышения выносливости кардиореспираторной системы;

– обязательный медицинский контроль за физическим воспитанием и медицинская коррекция выявленных нарушений в состоянии здоровья.

3. Здоровьесберегающая деятельность (ЗСД) в дошкольном образовательном учреждении

ЗСД в дошкольном образовательном учреждении является компонентом педагогической системы ДООУ. Традиционно здоровьесберегающая деятельность в дошкольных образовательных учреждениях включает в себя только физическое воспитание и отдельные оздоровительные мероприятия, которые ограничены экономическими и специальными педагогическими условиями, а также произвольным выбором администрации ДООУ.

Т.С.Овчинникова под ЗСД понимает не только комплекс мероприятий по сохранению и укреплению здоровья воспитанников, основанием которой служит физкультурно-оздоровительная работа, а более сложное интегративное представление, включающее следующие понятия:

I) система – группа структурных компонентов, находящихся в сложных взаимодополняющих и взаимодействующих отношениях, которая является содержанием ЗСД;

II) организация (управление) системы – осуществление механизмов связи и регуляции между элементами системы ЗСД;

III) процесс (функционирование), определяющий здоровьесберегающий, здоровьесозидающий и оздоровительный векторы развития системы ЗСД.

Остановимся на этих элементах подробнее.

I. Рассматривая систему здоровьесберегающей деятельности как упорядоченную *совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных компонентов*, необходимо охарактеризовать каждый из них и определить место и значение каждого ее элемента в общей структуре:

– цель – организация ЗСД в ДООУ, которая позволит повысить эффективность качества образования;

– педагогические условия, определяемые организацией и состоянием внутренней среды учреждения, которая включает образовательную, оздоровляющую, коррекционную и развивающие ее части;

– содержание воздействия включает программы различных направлений здоровьесберегающих мероприятий;

– средства воздействия – методы, технологии и приемы воздействия в рамках различных направлений работы в системе ЗСД;

– формы организации деятельности – групповые, индивидуальные, директивные, свободные и т.д.

– объект воздействия – воспитанник ДООУ, на которого направлены все педагогические, лечебные и психологические воздействия, психическое и физическое здоровье которого является одним из главных критериев качества педагогической системы и валидности мер воздействия;

– результат педагогического воздействия – положительная динамика развития ребенка «группы риска», стабильные показатели психического и фи-

зического здоровья ребенка подготовительной группы, соответствующего по всем параметрам школьной зрелости и готовности к обучению в школе.

Основные элементы здоровьесберегающей системы связаны со следующими видами деятельности:

- 1) с определением и планированием содержания ЗСД в разных ее формах;
- 2) с проектированием и разработкой здоровьесберегающих методов;
- 3) с созданием педагогических условий ЗСД;
- 4) с управлением ЗСД и координацией деятельности всех участников педагогического процесса;
- 5) с контролем выполнения и оценкой эффективности осуществляемых воздействий.

Целью образовательного учреждения является обеспечение психофизического здоровья всех субъектов образовательного процесса (педагогов, детей, родителей) независимо от их индивидуальных особенностей.

С позиций организации педагогического процесса *педагогические условия* ЗСД определяются средой, которая может быть разделена на внешнюю (природную, социальную, экономическую) и собственно педагогическую (образовательного учреждения). Возможности влияния педагогов на первую весьма ограничены, в то время как изменение и создание коррекционно-развивающей среды является потенциалом здоровьесберегающей системы.

По Г.А. Ковалеву и Ю.Г. Абрамову, параметрами педагогической среды служат: 1) физическое окружение (архитектура, внешний и внутренний дизайн, комбинирование элементов); 2) человеческий фактор (пространственная и социальная плотность, персональное пространство, статусно-ролевое и половозрастное распределение субъектов учебно-воспитательного процесса); 3) программа обучения (сюда отнесен внутришкольный контроль, деятельностьная структура, стиль преподавания, формы обучения и т.п.).

Для анализа здоровьесберегающей среды ДОУ можно использовать трехкомпонентную структуру, предложенную Г.А. Ковалевым и Ю.Г.Абрамовым:

1) предметная среда – хозяйственная инфраструктура, организация питания, материальное обеспечение учебной и оздоровительной деятельности. Она определяется качественной оценкой помещений, санитарно-технического, медицинского, спортивного оборудования и оснащения, организацией системы питания с учетом требований санитарных правил и норм;

2) коммуникативная среда – межличностные отношения между субъектами педагогического процесса, комплектование групп, их наполняемость, индивидуальные и типологические особенности детей, качество подготовки специалистов, осуществляющих коррекционный процесс, взаимоотношения родителей и педагогов, их представления о здоровом образе жизни;

3) коррекционно-развивающая, оздоровительная среда – формы и принципы учебной и оздоровительной деятельности.

К средствам воздействия здоровьесберегающей деятельности относятся разнообразные методики, приемы, методы и технологии, с помощью которых осуществляется воздействие. Здоровьесберегающие технологии в дошкольном образовании – это технологии, направленные на решение приоритетной задачи – сохранения, поддержания и обогащения здоровья субъектов педагогического процесса (детей, педагогов, родителей). Выделяют следующие виды технологий: медико-профилактические: повышение резистентности организма; витаминизация; закаливание; нормализация сна и питания; физкультурно-оздоровительные (направлены на физическое развитие и укрепление здоровья ребенка): различные виды гимнастик; массаж и самомассаж; занятия физической культурой; подвижные игры; ЛФК.

Реализация этих технологий осуществляется в основном руководителями физического воспитания в условиях специально организованных форм оздоровительной работы. Отдельные приемы этих технологий могут использовать воспитатели на занятиях, прогулках, в режимные моменты и в свободной детской деятельности.

II. *Управление ЗСД* предполагает реализацию следующих функций: планирование деятельности всех субъектов процесса; проектирование и разработка средств ЗСД; создание педагогических условий ЗСД; управление ЗСД и координация деятельности всех участников педагогического процесса; контроль за выполнением управленческих решений; рефлексия выполнения управленческих решений; коррекция управленческих решений по результатам промежуточной диагностики; оценка эффективности ЗСД; мотивация к повышению ЗСД всех субъектов управления.

Создание педагогических условий – формирование предметной, коммуникативной, учебно-развивающей среды, а также обеспечение ее всем необходимым для нормальной работы – персоналом, оборудованием, финансами и т.д. Важный компонент системы управления – планирование деятельности, намечаемое на определенный срок в определенной последовательности. Проектирование и разработка средств ЗСД – активная педагогическая позиция, позволяющая осуществлять инновационную деятельность по моделированию и проектированию новых средств, форм и технологий ЗСД.

Координация – достижение согласованности в работе всех звеньев образовательной деятельности учреждения посредством налаживания рациональных связей (коммуникаций) между ними.

Контроль в общей системе управления выступает как элемент обратной связи. Именно на основании результатов контроля проводится корректировка ранее принятых планов. Умело организованный контроль имеет стратегическую направленность, ориентируется на конечные результаты, осуществляется своевременно с опорой на средства, позволяющие получать оптимальное количество информации в сжатые сроки.

Рефлексия выполнения управленческих решений субъективная оценка каждым участником образовательного процесса степени актуализации собственных задач в решении вопросов здоровьесбережения. Коррекция управленческих решений осуществляется на основании результатов промежуточной диагностики.

Оценка эффективности деятельности учреждения осуществляется по степени достижения им поставленных целей с учетом степени изменений «объектов» и экономичности произведенных при этом «затрат».

Мотивация – стимулирование персонала и родителей к поиску новых методов, приемов и технологий в работе, активизация собственной жизнеутверждающей позиции в формировании здорового образа жизни (ЗОЖ) как ценности.

Принципы ЗСД в дошкольном образовании:

- гуманизация – приоритетность личностного, индивидуального развития ребенка в организации педагогического процесса ДООУ;
- учет возрастных и индивидуальных особенностей, необходимость использования первичной диагностики здоровья и валеологической культуры дошкольников, оценка ее результатов в ходе организации здоровьесберегающего образовательного процесса;
- определение и развитие субъектных качеств и свойств ребенка;
- соблюдение в организации педагогического процесса интересов и направленности ребенка на конкретный вид деятельности, активности, инициативности и самостоятельности;
- субъект-субъектное взаимодействие в педагогическом процессе, что предполагает свободу высказываний и поведения ребенка в разных формах организации педпроцесса, проявление взаимных оценок и суждений. В ходе такого взаимодействия ребенок выступает инициатором деятельности, имеет право ее выбора и партнеров;
- педагогическая поддержка – помощь педагога ребенку, испытывающему трудность, снятие эмоциональной напряженности и дискомфорта;
- профессиональное сотрудничество и сотворчество обязательное взаимодействие специалистов и воспитателей в процессе организации здоровьесберегающего педпроцесса, адресное сотрудничество с семьями;
- систематичность и последовательность в организации здоровьесберегающего процесса.

III. Анализ литературы позволил нам выделить основные виды деятельности в организации здоровьесберегающей деятельности в дошкольном образовательном учреждении:

1) медико-профилактическая деятельность обеспечивает сохранение и приумножение здоровья детей под руководством медицинского персонала ДООУ в соответствии с медицинскими требованиями и нормами с использованием медицинских средств. Задачи этой деятельности: организация мониторинга здоровья детей и разработка рекомендаций по оптимиза-

ции детского здоровья; организация и контроль питания детей, физического развития, закаливания; организация профилактических мероприятий; организация контроля и помощи в обеспечении требований санитарно-эпидемиологических нормативов (СанПиНов); организация здоровьесберегающей среды в ДОУ;

2) физкультурно-оздоровительная деятельность направлена на физическое развитие и укрепление здоровья ребенка. Задачи этой деятельности: развитие физических качеств; контроль двигательной активности и становление физической культуры дошкольников, закаливание; гимнастика; массаж и самомассаж; формирование правильной осанки; оздоровительные процедуры в водной среде и на тренажерах; воспитание привычки повседневной физической активности. Реализация ее осуществляется в основном руководителями физического воспитания в условиях специально организованных форм оздоровительной работы;

3) спортивно-досуговая деятельность направлена на приобщение детей к спорту, включение и участие в районных, городских и прочих соревнованиях, посещение детьми спортивных кружков в свободное время и воспитание потребности в движении и активном образе жизни;

4) образовательная здоровьесберегающая деятельность – это прежде всего воспитание валеологической культуры, или культуры здоровья, дошкольников. Цель ее – осознанное отношение ребенка к здоровью и жизни, накопление знаний о здоровье и развитие умений оберегать его;

5) социально-психологическая деятельность – обеспечение эмоциональной комфортности и позитивного психологического самочувствия ребенка в процессе общения со сверстниками и взрослыми в детском саду, семье, обеспечение социально-эмоционального благополучия ребенка. Реализацией ее в ДОУ занимается психолог, социальный педагог посредством специально организованных занятий или воспитатель и специалисты в текущем педагогическом процессе;

6) информационно-просветительская деятельность включает в себя работу с семьей и персоналом. Ее задача – разъяснить и информировать родителей и персонал об особенностях и своеобразии развития детей, формировать у них устойчивую потребность в обеспечении своего здоровья и здоровья детей, мотивировать на здоровый образ жизни (ЗОЖ) как особую витальную ценность.

Таким образом, под организацией здоровьесберегающей деятельностью в дошкольном образовательном учреждении понимается комплекс мероприятий по сохранению и укреплению здоровья воспитанников. Однако следует отметить, что среди перечисленных видов деятельности в исследованиях нет социально-педагогической, так как для социального педагога, как правило, нет ставки.

4. Организация здоровьесберегающей среды в общеобразовательной школе

Во многих нормативно-правовых документах выделяются главные задачи современной школы: воспитание здоровой личности, личности, ориентированной на здоровый образ жизни; организация такого образовательного и воспитательного процесса, который не навредит здоровью ребенку; использование доступных каждой школе средств охраны здоровья и развития школьника. Новое качество образования может быть достигнуто лишь при создании определенных условий, направленных на сохранение и укрепление здоровья обучающихся. Все это требует от педагогов особых подходов в образовании и воспитании, основанных на принципах здоровьесбережения. Руководствуясь научно-методическими разработками в области здоровьесбережения, мы считаем, что сохранение здоровья обучающихся возможно за счет:

- а) обеспечения реальной разгрузки содержания общего образования,
- б) использования эффективных методов обучения,
- в) повышения удельного веса и качества занятий физической культурой,
- г) организации мониторинга состояния здоровья детей и молодежи,
- д) улучшения организации питания обучающихся в образовательных учреждениях,
- е) рационализации досуговой деятельности, каникулярного времени и летнего отдыха детей и молодежи.

Анализ опыта работы образовательных учреждений по организации здоровьесберегающей среды в образовательных учреждениях показал, что существуют модели здоровьесбережения, включающие следующие формы и виды деятельности.

1. Реализация профилактических образовательных программ. Профилактическая работа по сохранению здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях обычно представлена такими программами: профилактика осанки (ЛФК, корригирующая гимнастика, оздоровительный массаж); профилактика нарушения зрения (специальная гимнастика для снятия зрительного напряжения, бумажные офтальмомассажеры, методы простейших зрительно-координатных тренажей (по В.Ф. Базарному), программы профилактики близорукости); профилактика стресса; витаминизация; профилактика йододефицита; профилактика ожирения; профилактические программы с часто и длительно болеющими детьми (витаминизация, фитотерапия, бассейн, сауна, массаж), гиперактивными и медлительными детьми; профилактика вредных привычек; комплексные программы по формированию культуры ЗОЖ; профилактика в рамках предметных циклов; психологические и психопрофилактические программы; различные формы внеклассной профилактической работы и т.д.

2. Создание благоприятного режима двигательной активности обучающихся с учетом их возраста и состояния здоровья.

В данном случае приоритетным методом сохранения и укрепления здоровья детей и подростков является рациональное использование разнообразных средств и форм физического воспитания при оптимальной двигательной активности, соответствующей научно обоснованным гигиеническим нормативам среднесуточной двигательной активности школьников на основе возрастных и половых особенностей. Накоплен опыт по разработке и внедрению физкультурно-оздоровительных программ, методик и технологий, направленных на повышение двигательной активности школьников.

В программах не только уделяется большое внимание организации урока физической культуры на основе здоровьесбережения, но и предусмотрены различные внеклассные и дополнительные занятия. Проводятся спортивные праздники, спортивные часы, подвижные перемены, спортивные соревнования, конкурсы, олимпиады по физической культуре, туристические походы, слеты, дни здоровья, физкультминутки, занятия в спортивных секциях, спортивный час в группах продленного дня, занятия адаптивной физической культурой, ЛФК, корригирующая гимнастика, оздоровительный массаж, оздоровительная аэробика, занятия в тренажерных залах, бассейнах. На уроках адаптивной физической культуры школьников обучают, технике саморегуляции, психогимнастике и т.д. В настоящее время в школах введен третий час физической культуры, цель введения которого – повышение двигательной активности школьников; формы его проведения могут быть различны: подвижные игры, плавание, ходьба на лыжах, танцы, новые виды спорта и т.д.

3. Повышение эффективности системы оздоровительных мероприятий за счет соблюдения в образовательных учреждениях санитарно-гигиенических норм и правил.

Здоровьесберегающие условия учебно-воспитательного процесса должны основываться на государственных образовательных стандартах, которые предполагают создание программно-методического и материально-технического обеспечения (новые программы и учебники, переработка действующих программ и учебников, учебно-наглядные пособия и учебное оборудование) в соответствии с содержанием, организацией образовательного процесса и физиолого-гигиеническими требованиями к нему. Приведение академических требований в соответствие с возможностями учеников, индивидуализация этих требований в качественном и количественном отношении, придание содержанию образования личностного смысла позволяют создать условия для раскрытия потенциальных возможностей ученика, что делает обучение успешным и помогает избежать и педагогической запущенности, и академической неуспеваемости.

Большое значение имеет создание внутреннего здоровьесберегающего пространства в образовательном учреждении, что предполагает:

– приведение состояния здания и помещений школы в соответствие с гигиеническими нормативами;

- оснащенность кабинетов, физкультурного зала, спортплощадок необходимым оборудованием и инвентарем;
- наличие и необходимое оснащение медицинского кабинета;
- наличие и необходимое оснащение школьной столовой;
- организацию рационального питания (организация диетпитания);
- наличие здоровьесберегающей службы, деятельность которой осуществляется квалифицированными специалистами (медицинские работники, учителя физической культуры, психологи, логопеды и т.п.).

Для снятия умственного напряжения и переутомления, а также повышения эффективности учебного труда ведется деятельность по оптимизации учебной и психологической нагрузки, которая предполагает:

- соблюдение гигиенических норм и требований к организации и объему учебной (учебный план, расписание, урок на основе здоровьесбережения) и внеучебной нагрузки (домашние задания) учащихся на всех этапах обучения;
- проведение здоровьесберегающей экспертизы учебных программ, авторских технологий, методик;
- введение инноваций в учебный процесс на основе экспертизы специалистов;
- введение здоровьесберегающего компонента в учебные дисциплины;
- строгое соблюдение всех требований к использованию технических средств в обучении (компьютер, аудиовизуальные средства);
- индивидуализацию и дифференциацию обучения (учет индивидуальных особенностей развития), работу по индивидуальным программам в старших классах.

5. Санитарно-педагогические требования к образовательным учреждениям

Важным требованием является гигиена школьного труда учащихся. В процессе учебы наблюдается чередование периодов повышенной активности и покоя, обусловленное необходимостью восстановления запасов энергии, затраченной в период повышенной активности. Педагогические работники должны предпринимать меры по предотвращению переутомления школьников: правильная организация работы – объем и сложность заданий, темп и ритм выполнения, степень разнообразия конкретных действий. Важное значение имеет обеспечение условий для такой работы – четкий режим дня, полноценный сон, соответствующее затратам энергии питание, хорошая вентиляция помещения.

Учебный труд организуется таким образом, чтобы учащиеся могли прочно овладеть основами знаний в установленном объеме без ущерба для их здоровья и чтобы обучение не препятствовало, а способствовало гармоничному развитию личности. Для этого важно, чтобы и занятия в школе, и подготовка домашних заданий не сопровождалась переутомлением, а это воз-

можно при учете психофизиологических закономерностей в течение учебных дня, недели, года, при соблюдении требований гигиены учебного труда.

Проблему факторов риска и «болезней поведения» разрабатывает медицина, проблемой же дифференцированного подхода к учащимся с учетом их наиболее значимых особенностей и качеств занимается педагогика. Факторы риска в педагогике отражают условия обучения, учебную нагрузку и особенности взаимоотношений в педагогическом коллективе. Первый из этих факторов обобщает все реальные условия учебного процесса: освещение, размеры учебной мебели, вентиляцию учебных помещений, полиграфические параметры учебников – все то, что подлежит гигиеническому нормированию. Второй фактор отражает всю информационную сторону учебного процесса и организацию обучения: объем заданий, распределение видов деятельности в течение учебного дня, недели, четверти, года. Третий фактор – стиль взаимоотношений педагога и учащегося, оценка результатов его учебной деятельности. В конечном счете, к факторам риска относится любое несоответствие условий, требований, взаимоотношений индивидуальным возможностям и особенностям учащихся в ходе учебного процесса.

Термин «валеологически оправданный педагогический процесс» означает следующее:

- предупреждение перегрузок памяти, иных умственных и физических перегрузок, которые могут привести к стрессу и другим негативным для здоровья последствиям;

- предотвращение ситуаций, которые приводят к раздвоенности самооценки («хороший» для одних и «плохой» для других), т. е. изменению отношений в цепочке связей «учитель – ученик», «учителя – ученики»;

- создание условий для саморазвития, т.е. организация творчески ориентированного учебного процесса, в котором обеспечивается базовая сумма знаний плюс «инструментарий» для пользования ими с целью дальнейшего саморазвития;

- проблемное обучение, которое ставит задачи, не давая готовых рецептов их решения, тем самым способствует развитию интеллектуальных способностей ребенка;

- интегративный подход к обучению, т.е. сочетание в учебном процессе различных учебных дисциплин, разных видов деятельности.

Описанные условия могут считаться благоприятными для организации учебного процесса в образовательном учреждении.

Контрольные вопросы

1. Опишите организацию здоровьесберегающей среды в социальном приюте.

2. Раскройте организацию здоровьесберегающей среды в учреждениях интернатного типа.

3. Сформулируйте особенности здоровьесберегающей деятельности в дошкольном образовательном учреждении.

4. Расскажите об организации здоровьесберегающей среды в общеобразовательной школе. Сравните с другими учреждениями: с социальным приютом, с учреждениями интернатного типа, с дошкольным образовательным учреждением.

5. Назовите санитарно-педагогические требования к образовательным учреждениям.

Литература

1. Бородаева Л.Г., Руднева И.А. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Педагогическая валеология». – Волгоград, 2007.

2. Дыхан Л.Б. Педагогическая валеология: учеб.пособие для студ.пед.вузов / Л.Б.Дыхан, В.С.Кукушкин, А.Г.Трушкин. – М., 2005.

3. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: Социально-эмоциональные проблемы / под науч.ред. Л.М.Шипициной, Е.И.Казаковой. – СПб., 2000.

4. Методические рекомендации по физиолого-гигиеническому исследованию режима дня, состояния здоровья, основных физиологических систем учащихся и условий внешней среды школьных помещений / сост. Н.Н. Карташев, Е.И.Трегубов. – Волгоград, 1988.

5. Овчинникова Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях. – СПб., 2006.

6. Реабилитация детей в приюте / Т.Я. Сафронова, Е.И. Цымбал, Н.Д. Ярославцева, Л.Я. Олиференко. – М., 1995.

7. Санитарные нормы для школ, внешкольных и дошкольных образовательных учреждений. – М., 2005.

8. Татарникова Л.Г. Российская школа здоровья и индивидуального развития детей: К проблеме школьной валеологии: метод.пособие. – СПб., 1993.

9. Хрипкова А.Г. Возрастная физиология и школьная гигиена. – М., 1990.

Тема 8. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

1. Понятие аддиктивного поведения. Виды аддиктивного поведения.

2. Причины и факторы аддиктивного поведения детей школьного возраста.

3. Социально-педагогическая профилактика аддиктивного поведения школьников.

1. Понятие аддиктивного поведения. Виды аддиктивного поведения

Как одну из форм деструктивного поведения выделяют аддиктивное поведение (от англ. addiction – пагубная привычка, порочная склонность).

Термин «аддиктивное поведение», предложенный W. Miller (1980) и M. Landry (1987), прочно укрепился в отечественной литературе, начиная с конца 80-х гг. Под ним понималось злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака до того, как от них сформируется зависимость. В дальнейшем смысл этого термина был уточнен С.А. Кулаковым, а широкое распространение он получил благодаря работе А.Е. Личко и В.С. Битенского.

По мнению Ц.П. Короленко и Т.А. Донских, аддиктивное поведение – это одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций.

Желание изменить настроение по аддиктивному механизму достигается с помощью различных *аддиктивных агентов*. К таким агентам относятся вещества, изменяющие психическое состояние: алкоголь, наркотики, лекарственные препараты, токсические вещества. Искусственному изменению настроения способствует также и вовлеченность в различного рода активности: азартные игры, компьютер, секс, переизбыток или голодание, работа, длительное прослушивание ритмичной музыки.

Рассмотрим отдельные *виды* аддиктивного поведения: алкоголизм, наркоманию, токсикоманию, табакокурение, интернет-аддикции, гемблинг.

Алкоголизм – хроническая психическая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками. Такая болезнь сама по себе – расстройство не психическое, но при ней могут возникнуть психозы. Алкогольное опьянение может стать провокатором эндогенных психозов. На последней стадии этой болезни развивается деменция (слабоумие).

Наркомания – болезненное состояние, характеризующееся явлениями психической и физической зависимости, настоятельной потребностью в повторном многократном употреблении психоактивных средств, принимающей форму непреодолимого влечения. В Международной классификации болезней (МКБ-10) наркомания – это «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ». Сильную психическую зависимость способны вызывать все наркотики, но физическая зависимость к одним бывает выражена (препараты опия), к другим – остается неясной, сомнительной (марихуана), в отношении третьих вообще отсутствует (кокаин).

Токсикомания – заболевание, проявляющееся психической, а иногда физической зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков. Психоактивные токсические вещества обладают теми же свойствами, что и наркотик (вызывают привлекательное психическое состояние и зависимость).

К числу менее опасных, но весьма распространенных пагубных привычек относятся табакокурение, любовь к азартным играм.

Табакокурение – это хроническая интоксикация организма. Никотин, содержащийся в табаке, относится к классу наркотических соединений. Он не вызывает состояния эйфории, свойственного другим наркотическим веществам, но способность оказывать физическое и психическое привыкание у него такая же, как и у других наркотиков. В МКБ-10 табачная зависимость, наряду с алкогольной и наркотической, включена в категорию «Умственные и поведенческие расстройства, обусловленные использованием психоактивных соединений».

Интернет-аддикции не подчиняются закономерностям формирования зависимостей, выведенным на основании наблюдений за курильщиками, наркоманами, алкоголиками или патологическими игроками. Если для формирования традиционных зависимостей требуется определенное время (исключение составляют синтетические наркотики), то для Интернет-зависимости этот срок резко сокращается. Интернет-аддикция понимается как зависимость от компьютера, т.е. обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности); компульсивное применение Интернета, то есть патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, онлайн-аукционам или электронным покупкам; зависимость от «кибернет-отношений», то есть от социальных применений Интернета: от общения на чатах, групповых играх и т.д. Зависимость от интернета нередко скрывает другие аддикции или психические отклонения.

Увлеченность азартными играми называется гемблингом. Выделяются следующие признаки, характерные для гемблинга как разновидности аддиктивного поведения: постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры; вытеснение прежних интересов, постоянными мыслями об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями; потеря контроля (неспособность вовремя прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей); состояние дискомфорта вне игровой ситуации, раздражительность, беспокойство; увеличение частоты участия в игре и стремление к все более высокому риску; нарастание снижения способности сопротивления соблазну (снижение игровой толерантности) возобновить игру.

Виды аддиктивного поведения имеют свои специфические особенности и проявления, они не равнозначны и по своим последствиям. У аддиктов, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками и другими веществами, развивается интоксикация, наряду с психологической зависимостью появляются разные формы физической и химической зависимости, что связано, в свою очередь, с нарушением обмена веществ, поражением органов и систем организма, наблюдаются психопатологические явления и личностная деградация. При вовлеченности в какую-то деятельность развивается пси-

хологическая зависимость, более мягкая по своему характеру. Но все эти виды объединяют общие аддиктивные механизмы.

Психологическая готовность к употреблению психотропных веществ состоит в неспособности адекватного восприятия ситуаций, связанных с необходимостью преодоления жизненных трудностей, налаживания отношений с окружающими, правильной регуляции своего поведения. Этот феномен представляет собой сочетание определенных психологических особенностей, препятствующих нормальной социальной адаптации подростка. Являясь личностным образованием, психологическая готовность к аддиктивному поведению проявляется не всегда, находясь как бы в скрытом (латентном) состоянии. Она актуализируется в ситуации затрудненности удовлетворения значимых социальных потребностей человека.

В процессе перехода аддиктивного поведения в болезнь, вызываемую употреблением психоактивных веществ (алкоголь, наркотики и т.д.), выделяют следующие стадии развития болезни.

1 стадия. Характеризуется формированием и прогрессирующим углублением психической зависимости, при которой перерыв в употреблении приводит к психическому дискомфорту, подавленности, тревоге, дисфории с резким обострением влечения к употребляемому веществу. В этот период наблюдаются ослабление и угасание защитных рефлексов на передозировку, повышенная толерантность, социальная дезадаптация.

2 стадия. Характеризуется формированием физической зависимости при употреблении одних веществ (алкоголь, опиаты, некоторые стимуляторы) и углублением психической зависимости при употреблении других (кокаин, марихуана). В тех случаях, когда физическая зависимость не формируется, основным признаком этой стадии становится хроническая интоксикация с психическими и физическими нарушениями. Признаки хронической интоксикации зависят от типа употребляемых веществ.

Так, хроническая интоксикация марихуаной ведет к физическому истощению и апатии вне поведенческого поля наркотизации, у мальчиков нередко приводит к телесной феминизации; летучими веществами – к формированию психоорганического синдрома и токсической энцефалопатии с соматоневрологическими нарушениями и ослаблением интеллектуальных функций (памяти, внимания, сообразительности). На этом этапе обсессивное влечение к употреблению сменяется компульсивным, утрачивается критичность к употреблению и развивается анозогнозия, растет толерантность (привыкание) к веществу и нередко изменяется картина опьянения, нарастает социальная дезадаптация с фиксацией поведения на употреблении психоактивных веществ и их промысле, вовлечение в аддикцию сверстников и младших по возрасту детей с формированием подчиненных групп как средства самоутверждения и добычи дурманящих веществ.

Переход к 3 стадии (падение толерантности, выраженный органический дефект личности с чертами специфического для того или иного вида

психоактивных веществ слабоумия, закономерно возникающие абстинентные психозы, глубокая социальная деградация) совершается, как правило, уже в юношеском возрасте.

2. Причины и факторы аддиктивного поведения детей школьного возраста

В исследовании аддиктивного поведения значительное место отводится изучению его мотивов, причин и условий, способствующих его развитию, возможностей его предупреждения и преодоления. В происхождении отклоняющегося поведения большую роль играют дефекты правового и нравственного сознания, содержание потребностей личности, особенности характера, эмоционально-волевой сферы. Первые проявления иногда наблюдаются в детском и подростковом возрасте и объясняются относительно низким уровнем интеллектуального развития, незавершенностью развития личности, отрицательным влиянием семьи и ближайшего окружения, зависимостью от требований группы и принятых в ней ценностных ориентаций. У детей и подростков такое поведение нередко служит средством самоутверждения, выражает протест против действительной или кажущейся несправедливости взрослых. Аддиктивное поведение может сочетаться с достаточно хорошим знанием нравственных норм.

Л.Б. Шнейдер среди конкретных причин отклоняющегося поведения несовершеннолетних выделяет: стремление получить сильные впечатления; заболевания ребенка; повышенная возбудимость, неумение контролировать себя; неблагополучная ситуация в семье; стремление к самостоятельности и независимости; недостаток знаний родителей о том, как справляться с трудными педагогическими ситуациями; отставание в учебе; пренебрежение со стороны сверстников; непонимание взрослыми трудностей детей; недостаточная уверенность ребенка в себе; отрицательная оценка взрослыми способностей детей; стрессовые жизненные ситуации; напряженная социально-экономическая ситуация в жизни ребенка (плохая обеспеченность, безработица родителей); примеры насилия, жестокости, безнаказанности, получаемые из СМИ; чрезмерная занятость родителей; конфликты с родителями; обилие запретов со стороны родителей (педагогов); постоянные нарекания, брань в семье; слабость интеллектуальной сферы ребенка; повышенная коммуникативность детей; низкий уровень эмоционально-волевого контроля у детей; одиночество, непонимание другими; излишний контроль, авторитарность родителей (педагогов); неспособность детей сопротивляться вредным влияниям; генетическая предрасположенность; неравномерность психофизического и полового созревания; отсутствие навыков социального поведения; снижение культуры, интеллектуального уровня; масса свободного времени; скука, «просто так»; желание обратить на себя внимание; неполные семьи; экономическая нестабильность; влияние улицы.

В социально-педагогической и психологической литературе среди причин подростковой и юношеской девиантности чаще всего встречаются:

- причины, связанные с психическими и психофизиологическими расстройствами;
- причины социального и психологического характера;
- причины, связанные с возрастными кризисами.

А.В. Гоголева считает, что большинство отклонений в поведении несовершеннолетних: безнадзорность, правонарушения, употребление психоактивных веществ, имеют в своей основе один источник – социальную дезадаптацию. Ею выделяются следующие основные причины социальной дезадаптации несовершеннолетних, лежащие в основе аддиктивного поведения:

- дисфункциональность семьи;
- личностные особенности (возрастные, характерологические, психические и т.д.);
- школьная дезадаптация;
- воздействие асоциальной неформальной среды;
- причины социально-экономического и демографического характера.

Другими провоцирующими факторами отклоняющегося, аддиктивного поведения считаются нервно-психическая неустойчивость, акцентуации характера (гипертимный, неустойчивый, конформный, истероидный, эпилептоидный типы), поведенческие реакции группирования, реакции эмансипации и другие особенности подросткового возраста.

Основным мотивом поведения подростков, склонных к аддиктивным формам поведения, является бегство от невыносимой реальности. Но чаще встречаются внутренние причины, такие как переживание стойких неудач в школе и конфликты с родителями, учителями, сверстниками, чувство одиночества, утрата смысла жизни, полная невостребованность в будущем и личная несостоятельность во всех видах деятельности и многое другое. Этим детям не удается найти в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь их внимание, увлечь, обрадовать вызвать эмоциональную реакцию. И только после употребления различных психоактивных веществ они достигают чувства приподнятости без реального улучшения ситуации. Они в группе, они приняты, их поняли. Далее ситуация в микро- и макросреде (семья, школа, одноклассники и пр.) становится ещё более непереносимой, конфликтной. Так возникают все большая зависимость и отторжение от реальной действительности.

Синдромы зависимости составляют ядро клинических проявлений алкогольной и неалкогольной формы наркомании (морфинизм, барбитуромания, гашишизм), токсикомании (бензиновой, ацетоновой и др.), лекарственной зависимости (пристрастия к психотропным препаратам), выражая различные степени пристрастия и привыкания к широкому кругу токсических веществ и лекарственных препаратов, обладающих психоделическими свойствами.

Таким образом, основным в поведении аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязательствами и регламентациями «скучной» жизнью, склонность к поиску эмоциональных запредельных переживаний даже ценой серьезного риска для жизни и неспособность быть ответственным за свои поступки.

Становление аддиктивного поведения отличается широким индивидуальным своеобразием, но в целом здесь можно выделить ряд закономерных этапов. В.Е. Каган выделяет три этапа наркологических (алкогольных и неалкогольных) варианта становления аддиктивного поведения.

1 этап. Первые пробы. Совершаются обычно под чьим-либо влиянием или в компании. Немалую роль здесь играют любопытство, подражание, групповой конформизм и мотивы группового самоутверждения. Глубинная мотивация восходит к присущей человеку потребности в изменении состояний сознания: вероятность того, что первые пробы перерастут в развернутый процесс формирования аддиктивного поведения и последующего перерастания в болезнь тем больше, чем меньше возраст при первых пробах и чем меньше потребность в изменении сознания удовлетворяется социально одобряемыми способами. Выбор средства на этом этапе произволен и зависит от этнокультуральных особенностей, особенностей субкультуры, опыта группы и доступности средства. По разным причинам (удовлетворенного любопытства, страха наказания, опасения и переживания, разрыва с компанией и т.д.) первые пробы чаще всего не имеют продолжения, исключение составляют табакокурение и культурально санкционированная алкоголизация.

2 этап. Поисковое аддиктивное поведение. Следующим за первыми пробами идет этап экспериментирования с различными видами психоактивных веществ – алкоголем, медикаментами, наркотиками, бытовыми и промышленными химикатами. Обычно оно присуще младшему подростковому возрасту. Для одних подростков важно их употребление как знак принадлежности к группе, для других – сам факт изменения состояния сознания («отруб», «отключка»), для третьих – качество вызываемых эффектов и особенности «кайфа». Как правило, этот этап разворачивается в компании и оформляется по алкогольному типу – для веселья, раскованности, обострения восприятия, снятия сексуальных барьеров, выражения отношения («не нюхаешь, значит, не уважаешь»). Характерно активное экспериментирование с поиском новых средств и способов их употребления (например, «зарядка» летучими веществами фильтр-коробки противогаса). По мере прохождения этого этапа формируется индивидуальное предпочтение одного из средств или предпочитаемый их спектр. Чаще всего это происходит уже в возрасте после 15 лет. Индивидуальной психической зависимости еще нет, но может формироваться групповая психическая зависимость, «автоматически» запускаемая сбором группы. От такого полисубстантного аддиктивного поведения В.Е. Каган отличает моносубстантное,

когда и первые пробы, и поисковое экспериментирование определяется доминирующей культуральной традицией (самогон в сельских районах России, гашиш, опиаты, и т.д. – в других этносоциальных средах).

Медикаментозное лечение используется при аддиктивном поведении лишь для снятия интоксикации. Психотерапевтические техники и приемы образуют методологическую базу психопрофилактики; ведущую роль они могут играть при работе с детьми и подростками, у которых аддиктивное поведение является поведенческим проявлением внутриличностных проблем. Решающая роль при работе с аддиктивным поведением подростков принадлежит педагогам и социальным педагогам.

3 этап. Переход аддиктивного поведения в болезнь. Происходит под влиянием множества разнообразных факторов, которые можно условно разделить на социальные, социально-психологические, психологические и биологические.

Социальные – нестабильность общества, доступность психоактивных веществ, отсутствие позитивных социальных и культурных традиций, контрастность уровней жизни, интенсивность и плотность миграции и др.

Социально-психологические – высокий уровень коллективной и массовой тревоги, разрыхленность поддерживающих связей с семьей и другими позитивно значимыми группами, романтизация и героизация девиантного поведения в массовом сознании, отсутствие привлекательных для детей и подростков досуговых центров, ослабление межпоколенных связей.

Психологическая – незрелость личностной идентификации, слабость или недостаточность способности к внутреннему диалогу, низкая переносимость психологических стрессов и ограниченность совладающего поведения, высокая потребность в изменении состояний сознания как средстве разрешения внутренних конфликтов, конституционально акцентуированные особенности личности.

Биологические – природа и «агрессивность» психоактивного вещества, индивидуальная толерантность, нарушение процессов детоксикации в организме, изменяющие системы мотиваций и контроля за течением заболевания.

Таким образом, зная причины и факторы аддиктивного поведения детей школьного возраста, можно осуществлять профилактическую работу в общеобразовательном учреждении, выбирая ее оптимальные формы и методы.

3. Социально-педагогическая профилактика аддиктивного поведения школьников

Профилактика аддиктивного поведения предусматривает первичную, вторичную и третичную формы. Первичная профилактика представляет собой предупреждение возникновения у детей дефектов, отклонений в психическом развитии. Вторичная профилактика – предупреждение пе-

рехода нарушений развития в хронические формы, возникновения вторичных дефектов. Третичная профилактика – социальная адаптация лиц, страдающих дефектами.

Анализ литературы по проблеме аддиктивного поведения показывает необходимость осуществления профилактической работы. Однако существующие в отечественных образовательных учреждениях формы профилактической работы недостаточно эффективны. Это связано прежде всего с тем, что все профилактические мероприятия рассматриваются отдельно друг от друга и не работают на одну общую идею – оздоровления общества. Для ее эффективной реализации необходима глобальная интеграция всех форм и методов профилактической работы, активизация человеческих ресурсов, сил и знаний.

Традиционно работа по профилактике аддиктивного поведения осуществлялась в рамках двух методологических подходов: информационного и поведенческого. Согласно *информационным* моделям деятельности, если человек знает об опасности для здоровья «негативного» стиля поведения, то он начнет относиться к этому поведению отрицательно и будет от него воздерживаться. В качестве методов реализации главного принципа деятельности были использованы, в основном, мораль, давление и запугивание. Модель морализирования основана на утверждении безнравственности одурманивания, противоречащего постулатам и нормам общества. Модель запугивания всячески эксплуатирует идею опасности потребления наркотиков и алкоголя. Таким образом, в этих моделях потенциальному потребителю предлагается информация относительно действия психоактивных веществ и риска, с которым связано их потребление, но отсутствует развитие поведенческих навыков и привычек.

Согласно *поведенческим* моделям деятельности основной акцент сконцентрирован на личностных и социальных аспектах, зачастую более значимых для человека, нежели факторы, связанные с возможной будущей болезнью. В качестве методов использованы самооценка и самонастроенность на здоровый образ жизни. В рамках аффективно-просветительской модели с потенциальными потребителями проводится работа по формированию чувства самоуважения, системы личностных ценностей, в которых нет места наркотикам и алкоголю. Модель укрепления здоровья поощряет развитие альтернативных привычек (спорт, активный досуг, здоровый образ жизни, режим труда, питания и т.п.), которые могут стать барьером, препятствующим поведению, наносящему вред здоровью, и служить хорошей «заменой» наркотикам и алкоголю. Разновидностью этой модели является модель укрепляющих факторов или так называемая «копинг-стратегия». В ее основе лежат наблюдения о том, что здоровые люди обладают ресурсами, помогающими им справиться с нагрузкой, повышенными требованиями среды, стрессами и конфликтами без применения одурманивающих веществ.

Таким образом, в поведенческих моделях много внимания уделяется выработке с помощью социального тренинга навыков принятия решений, совладения с трудными ситуациями, с тревогой, навыков решения проблем общения и проблемы отказа от потребления наркотиков, несмотря на давление своего окружения.

Каждая из этих моделей имеет свои преимущества и недостатки. Но для успеха обучения здоровому образу жизни они должны применяться адекватно и в комплексе, а также необходимо поощрение активизации общественных объединений, которые играют не самую последнюю роль в профилактической работе. На сегодняшний день профилактическая работа обязательно должна включать следующие направления: информирование общества как о причинах употребления ПАВ, так и об их последствиях, активизацию общества и повышение квалификации и компетентности всех участников данной работы.

В обществе назрела огромная потребность в информировании населения на разных уровнях: медицинском, правовом и социальном. Например, информирование населения на медицинском уровне заключается в распространении сведений о последствиях злоупотребления наркотическими и спиртными веществами, об их вреде для здоровья, о симптомах интоксикации и зависимости. Правовой аспект предусматривает информирование о специальном законодательстве, о правовых последствиях злоупотребления наркотиками и т.д. Так, отсутствие целевой информации о последствиях употребления наркотиков рождает миф о том, что несовершеннолетние не привлекаются к уголовной ответственности. В свою очередь подростки уверены, что употребление наркотика – это личное дело каждого, но главное не попасться за их распространение. В связи с принятием нового закона о наркотических и психотропных веществах к уголовной ответственности привлекаются употребляющие их подростки. Отсутствие информации об этом создает в общественном сознании атмосферу страха, слухов и необъективной угрозы. В совокупности слагаемых наблюдаются процессы психической травматизации здоровых людей, дополнительной изоляции потребителей наркотиков и больных наркоманией (как маргинальной и полукриминальной группы). Все это затрудняет работу с людьми и ухудшает перспективу их реинтеграции в общество.

Следующее направление деятельности – активизация общественных структур, повышение удельного веса их сопричастности угрожающим размерам проблемам наркомании и алкоголизма. Очень важно насытить рынок печатной и аудио-видеопродукцией, научно выдержанными и художественно привлекательными антинаркотическими материалами (плакаты, буклеты, карикатуры, тематические беседы в диалоговом режиме, видеоклипы, листки диагностики и самодиагностики наркологических проблем и т. п.), а также методическими пособиями для родителей, воспитателей и преподавателей, самих детей и подростков. В быту повсеместно

должна присутствовать антинаркотическая символика – на бытовых предметах, носильных вещах, сувенирах, тетрадях, марках и т.д., – способствующая пропагандистскому эффекту на подсознательном уровне.

Совершенно необходимо информировать население о способах самодиагностики и самоконтроля, то есть развивать психологический аспект профилактики и предупреждения наркомании и алкоголизма. Необходимы информационно-досуговые центры для молодежи, центры профессиональной ориентации и центры социальной помощи и реабилитации, ведущие целенаправленную, продуманную антинаркотическую и антиалкогольную политику. Нужны информационные службы, телефоны доверия и правовой помощи для подростков, где они могли бы получать социально полезную информацию, поддержку и защиту.

На сегодняшний момент в обществе наблюдается разобщенность в профилактической работе и отсутствие скоординированности действий школьных коллективов, родителей, детей и социальных учреждений. Поэтому следующим важным направлением должна стать активизация родителей и подростков, подкрепление их усилий по оздоровлению своего окружения. Заслуживает поддержки готовность специалистов, родителей и несовершеннолетних участвовать в практической деятельности, помогать знакомым, злоупотребляющим наркотиками, будь это сверстник, член семьи, сосед по подъезду или коллега по работе. Этот неоценимый ресурс следует всячески развивать и поощрять.

Очень важна активность родительских объединений и общественных организаций на уровне микрорайона, школы, муниципалитета. Она необходима как дополнение к личным знаниям родителей и вмешательству специалистов. Развитие и оформление такой инициативы требует также организационной поддержки и руководства, особенно на первых порах.

Активизация семьи в профилактике наркомании, алкоголизма достигается не только информированием или устрашением, но и организационными мерами. По многим причинам не складываются контакты родителей и подростков с организациями и госучреждениями по профилактике алкоголизма и наркомании. Важно предоставить родителям возможность привести ребенка в консультационный пункт, чтобы проверить свои подозрения, чтобы подкрепить и усилить эффекты своих бесед с ребенком встречей со специалистами: психологами, наркологами, терапевтами, юристами. Следует преодолевать тенденцию семьи к самоустранению и стремление передать свои профилактические функции специалистам, учреждениям, государству в целом. Это возможно путем повышения педагогической компетенции родителей подростков.

К сожалению, позиция подростков в вопросах профилактики характеризуется отгороженностью как от родителей, так и от представителей специализированных служб помощи. Они готовы все решать сами, хотя это им и не удастся. Поэтому очень важно организовать некоторую опор-

ную сеть учреждений, доступных даже для неуверенных в себе подростков (телефон доверия, анонимная приемная, анонимный клуб, безалкогольный бар и дискотека и т.п.), где они могут установить доверительный контакт. Следует предусматривать, чтобы взрослые руководители профилактических мероприятий были доступны для индивидуальной беседы.

Помимо информирования населения и активизации совместных усилий, необходима целевая адекватная подготовка всех категорий специалистов, работающих с детьми, родителей и самих несовершеннолетних к активному противодействию распространяющейся подростковой наркомании и алкоголизма. Население должно осознать угрозу обострения наркологической ситуации и выработать ответственное к этому отношение.

Работа с различными группами молодежи должна, по возможности, вестись специальными работниками, получившими соответствующую теоретическую и практическую подготовку. Для них необходимо организовать семинары, встречи со специалистами, мероприятия по обмену опытом.

Особая роль в развертывании профилактической работы принадлежит муниципальным образовательным учреждениям – средним школам. Традиционно в образовательных учреждениях профилактическая работа с ребенком была возложена на завучей по воспитательной работе, но эффективность от этой работы низкая. В настоящее время большая заслуга в решении данных вопросов принадлежит социальным педагогам.

На теоретическом уровне разрабатываются принципы, содержание и методы социально-педагогической работы; отчерчиваются специфические направления помощи нуждающимся в разные возрастные периоды жизни; предлагаются, обобщая и систематизируя, оптимальные методы психолого-педагогической поддержки и коррекции. Социально-педагогическая деятельность реализуется в виде комплекса профилактических, реабилитационных мероприятий, а также путем организации различных сфер жизнедеятельности детей.

Целью социально-педагогической деятельности с подростками, склонными к аддиктивному поведению, является устранение негативных факторов. В их числе:

1) индивидуально-психический фактор (микроуровень), включающий в себя: искажение личностных черт, деформацию мотивационной сферы, несформированность навыков общения, педагогическую запущенность, задержанное психическое развитие ребенка;

2) индивидуально-соматический фактор (мезоуровень) предполагает наличие у ребенка, склонного к наркомании и алкоголизму, наследственных соматических заболеваний, ведущих к отставанию в физическом развитии;

3) социальный внешкольный фактор (макроуровень), включающий нарушение прав ребенка со стороны взрослых, отсутствие опеки над ребенком либо гиперопека, вовлечение ребенка в противоправные действия, низкий социальный статус семьи, неадекватные взаимоотношения в семье;

4) социальный школьный фактор (макроуровень), где в качестве составляющих включены следующие компоненты: негативно влияющий социально-психологический климат учебной группы (класса), низкий социальный статус группы.

Социально-педагогическая профилактика – это система мер социального воспитания, направленная на создание оптимальной социальной ситуации развития детей и подростков и способствующая проявлению различных видов активности несовершеннолетних.

Для работы с подростками, склонными к аддиктивному поведению, в различных образовательных учреждениях привлечены такие специалисты, как социальный педагог, психолог, валеолог и др. Взаимодополнение функций каждого позволяет обеспечить единую согласованность работников образовательных учреждений.

Валеолог – специалист, обучающий детей здоровому образу жизни. Он выполняет социально-медицинскую функцию, предусматривающую работу по профилактике здоровья ребенка, употребляющего наркотические вещества и спиртные напитки.

Школьный психолог оказывает различные виды психологического тестирования, консультирования ребенка и родителей, а также коррекции межличностных отношений в значимом для ребенка социуме. А воспитательную функцию, способствующую формированию и развитию личности ребенка, в полной мере должны реализовывать родители как наиболее значимые субъекты деятельности.

Деятельность социального педагога направлена на исследование «внешней среды обитания» подростка. На диагностическом этапе, предусматривающем ликвидацию факторов риска приобщения детей к спиртному, он осуществляет сбор информации о ребенке, склонном к употреблению наркотиков и спиртных напитков; изучает и оценивает реальные особенности его личности; выявляет информацию о семье ребенка; изучает источники негативного влияния на ребенка и устойчивости его к этому давлению; определяет алкогольных лидеров; изучает негативные факторы, провоцирующие наркотизацию и алкоголизацию ребенка; изучает влияние на ребенка микросреды. Сбор информации происходит посредством опроса (устного или письменного) самого подростка, его родителей, классного руководителя, при необходимости других значимых для ребенка людей. Применяется стандартизированное интервьюирование, наблюдение, изучение документации на семью и ребенка.

В результате социальный педагог «ставит» социальный диагноз развития ребенка, вовлеченности его в процесс наркотизации и алкоголизации, определяет конкретные задачи социально-педагогической деятельности. Ими могут быть: профилактика, коррекция, реабилитация или комплекс каких-то других мероприятий.

На прогностическом этапе он, на основе поставленного диагноза, разрабатывает конкретную социально-педагогическую программу деятельности с ребенком, склонным к наркомании и алкоголизму, которая предусматривает этапные изменения и конечный результат социальной адаптации, коррекции или реабилитации.

На образовательно-воспитательном этапе предусматривается отбор содержания социально-педагогической деятельности, а также методов ее осуществления; определяются те социально значимые качества, которые должны быть воспитаны у ребенка в процессе его социальной реабилитации; обеспечивается целенаправленное педагогическое влияние на поведение и деятельность детей и взрослых; восполняются пробелы воспитания и образования ребенка, употребляющего наркотические вещества; формируются социальные умения и навыки, необходимые для преодоления проблемы.

На следующем этапе – правозащитном, обеспечивается правовое поле соблюдения и защиты прав ребенка.

На этапе организации деятельности требуется участие и координирование действий разных специалистов в зависимости от глубины проблемы; создаются условия для проведения свободного времени и досуга; организации социально значимой деятельности детей, взрослых, общественности в решении задач социально-педагогической помощи, поддержки, воспитания и развития ребенка, склонного к наркомании или алкоголизму.

На этапе коммуникации возникает необходимость установления множественных контактов между ее участниками с целью обмена информацией.

На предупредительно-профилактическом этапе закрепляются полученные положительные результаты и предотвращается возможность появления рецидивов наркомании и алкоголизма, что достигается социальным патронажем подопечных и оперативным реагированием в экстремальной ситуации.

Организация работы социального педагога по профилактике аддиктивного поведения с детьми и подростками является составной частью того социально-педагогического процесса, который направлен на выявление детей и подростков, имеющих различного рода отклонения в поведении; диагностику причин и условий таких отклонений в развитии и поведении; определение своеобразия формирования личности подростка, особенностей его взаимодействия с окружающей средой; на разработку специальных мероприятий по предупреждению и преодолению негативных тенденций в развитии и формировании личности детей и подростков.

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие «аддиктивное поведение». Приведите различные определения этого понятия.
2. Перечислите основные виды аддиктивного поведения.
3. Какие аддиктивные агенты вам известны?

4. Назовите причины аддиктивного поведения детей, а также классификации этих причин.
5. Опишите основные подходы в профилактике аддиктивного поведения.
6. Какова цель социально-педагогической профилактики аддиктивного поведения школьников?
7. Выделите основные этапы в деятельности социального педагога по профилактике аддиктивного поведения.

Литература

1. Ахмерова С.Г., Харисова И.М. Укрепление здоровья учащихся: концептуальная модель и учебная программа курса гигиенического воспитания: учеб.-метод. пособие. – Уфа, 2002.
2. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.
3. Вайнер Э.Н. Общая валеология. – Липецк, 1998.
4. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. – М., 2003.
5. Дивицына Н.Ф. Социальная работа с неблагополучными детьми и подростками: конспект лекций. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.
6. Дробинская А.О. Школьные трудности «нестандартных» детей. – М., 2001.
7. Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пос. для студентов вузов. – М., 2003.
8. Каган В.Е. Психосексуальное воспитание детей и подростков. – СПб., 1999.
9. Колесов Д.В. Антинаркотическое воспитание: учеб. пособие. – М.; Воронеж, 2003.
10. Колесов Д.В. Предупреждение вредных привычек у школьников. – М., 1982.
11. Коробейников И.А. Нарушение развития и социальная адаптация. – М., 2002.
12. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: уч. пособие для студентов педвузов. – М., 2002.
13. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: (Деструктивное поведение в современном мире). – Новосибирск, 1990.
14. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. – М., 1996.
15. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Ростов-на-Дону, 2000.
16. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983.
17. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство. – М., 1991.
18. Митяева А.М. Здоровый образ жизни: учеб. пос. для студентов вузов. – М., 2008.

19. Овчарова Р.В. Технологии практического психолога образования. – М., 2000.

20. Осложненное поведение подростков: Причины, психолого-педагогическое сопровождение, коррекция: справочные материалы / авт.-сост. Т.А. Шишковец. – М., 2006.

21. Профилактика аддиктивного поведения школьников: уч.-метод. пособие / под науч.ред. А.К. Колеченко. – СПб., 2006.

22. Рудакова И.А. и др. Девиантное поведение. – Ростов-на-Дону, 2005.

23. Сирота Н.А. и др. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. – М., 2001.

24. Сирота Н.А. Концептуальная программа профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди подростков и молодежи. – М., 1999.

25. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студентов вузов. – М., 2003.

26. Тагирова Г.С. Психолого-педагогическая коррекционная работа с трудными подростками. – М., 2003.

27. Татарникова Л.Г., Поздеева М.В. Валеология подростка (для учащихся 5-7 кл.). – СПб., 1997.

28. Татарникова Л.Г., Захаревич Н.Б., Калинина Т.О. Валеология – основы безопасности жизни ребенка. – СПб., 1995.

29. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М., 2005.

Тема 9. СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ИНДИКАТОР СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И УРОВНЯ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

1. Понятие социально значимые заболевания.

2. Социально значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих.

1. Понятие социально значимые заболевания

Главной целью социальной политики Российской Федерации является последовательное повышение уровня и качества жизни, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг, прежде всего качественной медицинской помощи и социального обслуживания, обеспечение занятости населения. Здоровье населения является важной составляющей социального, культурного и экономического развития страны. В настоящее время растет понимание роли здоровья населения как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества.

В настоящее время не все проблемы в системе охраны здоровья населения преодолены. В данной ситуации особенно важно учитывать, что только взаимодействие всех социальных институтов, ориентированных на предот-

вращение неблагоприятных воздействий на человека, реализация профилактических программ, наряду с улучшением диагностики, лечения, использованием современных медицинских технологий способны решать стратегические задачи по решению проблем системы общественного здравоохранения.

В сентябре 2005 года были обозначены приоритетные направления развития государственной политики, направленные на повышение качества жизни населения, что явилось началом реализации в нашей стране Национального проекта «Здоровье».

Национальный проект «Здоровье» нацелен на повышение благосостояния населения, повышение качества и доступности медицинской помощи, содействие улучшению положения семей с детьми, попавших в трудную жизненную ситуацию, повышение эффективности системы социальной защиты и социального обслуживания в первую очередь пожилых граждан и инвалидов. Данный проект направлен на дальнейшее усиление социальных возможностей здравоохранения.

Поиск путей преодоления проблем, связанных с социально значимыми заболеваниями, является первостепенной государственной задачей. Появление социально уязвимых слоев населения, которые стали остро нуждаться в социальной защите, еще больше подчеркивает необходимость совершенствования государственной политики в данном направлении.

Основные нормативно-правовые акты федерального уровня: Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Федеральный закон от № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ № 280 «О федеральной целевой Программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)», Постановление Правительства РФ от № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

Согласно статье 41 закона РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» перечень социально значимых заболеваний определяется Правительством РФ.

В целях реализации указанного закона Правительство РФ издало постановление от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

Основной явный признак, закладываемый в понятие «социальной значимости» сегодня – это массовость заболевания. Термин «эпидемия» стал использоваться для характеристики ситуации с массовыми заболеваниями с целью подчеркнуть высокий процент распространения заболевания среди населения и темпы ежегодного прироста количества больных в абсолютном и относительном выражении.

В соответствии с ГОСТ Р 22.0.04-95, эпидемия – это массовое, прогрессирующее во времени и пространстве в пределах определенного региона рас-

пространение инфекционной болезни людей, значительно превышающее обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости.

Дополнительный признак (распространяемый не на все заболевания, относимые к социально значимым, а также на некоторые заболевания, не относимые к социально значимым) – опасность заболевания для окружающих.

С точки зрения задачи введения показателя, который определяет эффективность системы медицинского обеспечения, основным признаком, выбран не совсем удачно. Введение понятия «социально значимое заболевание» предполагает, что цель медицинского обеспечения в отношении подобных заболеваний – снижение социальной значимости, т.е. достижение в отношении заболевания такого положения дел, при котором существование определенного заболевания в стране перестает иметь социально значимые последствия.

Закладывая в основной критерий социальной значимости распространенность заболевания, упускаются из виду как минимум еще две возможности снижения социальной значимости:

- полноценное функционирование индивида в социуме при наличии заболевания (в частности, диабет в Японии относится к распространенным, но социально-незначимым заболеваниям, поскольку лекарственное обеспечение и просвещение больных диабетом организовано таким образом, что средняя продолжительность жизни больного диабетом в Японии выше, чем у обычного человека),

- снижение количества «скрытых» больных и гарантия отсутствия значимого количества подобных больных в социуме (за счет повышения качества диагностики в первые годы количество официально зарегистрированных больных обязательно увеличится, однако, в конце-концов социальная значимость заболевания будет снижена, вследствие снижения количества смертельных и серьезно травмирующих организм исходов лечения заболевания, в виду начала лечения на ранней стадии, например, онкологических больных).

Таким образом, понятие «социальной значимости» требует уточнения в направлении выделения таких признаков, которые:

- позволяют для каждого заболевания определить специфические показатели эффективности функционирования системы медицинского обеспечения в отношении этого заболевания, и сделать эти показатели действующими критериями оценки эффективности различных государственных программ в этой сфере;

- задают различные варианты действия в направлении снижения социальной значимости того или иного заболевания.

Социально значимые заболевания характерны как для развитых, так и для развивающихся стран, однако показатели некоторых из них (гепатиты; туберкулез; инфекции, передающиеся половым путем) в развивающихся странах значительно выше, что обусловлено неблагоприятной санитар-

но-эпидемиологической обстановкой и недостаточной профилактикой. Напряженность такой эпидемической ситуации поддерживают социально неблагополучные категории населения – беженцы, мигранты, переселенцы, бездомные, заключенные.

В соответствии с основами законодательства, гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается Правительством РФ), является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

В настоящее время, когда человечество победило оспу, чуму, проказу, взяло под контроль такие заболевания, как дифтерия, полиомиелит, коклюш и многие другие, и, казалось бы, нет ничего невозможного для медицинской науки, мы продолжаем находиться под гнетом не менее страшных заболеваний. Среди особо значимых не только с медицинской, но и с социальной точки зрения такие заболевания, как болезни «со стажем» – туберкулез, и «молодые» – вирусные гепатиты В и С, и ВИЧ-инфекция.

Опасность данных инфекций для окружающих заключается в высоком риске заражения. Заражение туберкулезом чаще всего сопровождается ослабленным состоянием восприимчивого организма (иммунодефицитные состояния, голодание, похудание, недостаточность питания и т.д.). Правда если при туберкулезе реализуется воздушно-капельный механизм передачи и риск заражения имеется у широкого круга лиц, то при реализации путей передачи вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции круг лиц с высоким риском заражения сужается. Это обусловлено спецификой путей передачи вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Ситуация усугубляется тем, что в настоящее время нравственность общества терпит кризис. Наибольшая роль в формировании эпидемического процесса принадлежит молодежи, которая живет активной жизнью и также активно принимает участие в реализации путей передачи.

Ситуация по туберкулезу отличается от ситуации по вирусным гепатитам и ВИЧ-инфекции тем, что в эпидемическом процессе задействованы лица более старшего возраста.

2. Социально значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих

Постановлением правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» и в соответствии со

статьей 41 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» к социально значимым заболеваниям относятся:

- туберкулез;
 - инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
 - гепатит В;
 - гепатит С;
 - болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - злокачественные новообразования;
 - сахарный диабет;
 - психические расстройства и расстройства поведения;
 - болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением),
- К заболеваниям, представляющим опасность для окружающих, относятся:
- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные

геморрагические лихорадки;

- гельминтозы;
- гепатит В;
- гепатит С;
- дифтерия;
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- лепра;
- малярия;
- педикулез, акариаз и другие инфекации;
- сап и мелиоидоз;
- сибирская язва;
- туберкулез;
- холера;
- чума.

Рассмотрим более подробно некоторые заболевания из списка социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Туберкулёз (от лат. *tuberculum* – бугорок) – широко распространённое в мире инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий, как правило, *Mycobacterium tuberculosis*. Туберкулёз обычно поражает лёгкие, реже затрагивая другие органы и системы. *Mycobacterium tuberculosis* передаётся воздушно-капельным путем при разговоре, кашле и чихании больного. Чаще всего после инфицирования микобактериями, заболевание протекает в бессимптомной, скрытой форме (тубинфицированность), но примерно 1 из 10 скрытых инфекций в конце концов переходит в активную форму, при которой летальность достигает 50 %.

Классические симптомы туберкулёза лёгких — длительный кашель с мокротой, иногда с кровохарканьем, появляющимся на более поздних стадиях, лихорадка, слабость, ночная потливость и значительное похудение. Диагностика основана на флюорографии и рентгенографии поражённых органов и систем, микробиологическом исследовании различного биологического материала, кожной туберкулиновой пробе (реакции Манту), а также методе молекулярно-генетического анализа (метод ПЦР) и др. Лечение сложное и длительное, требующее приёма препаратов в течение минимум 6 месяцев. Лиц, контактировавших с больным, обследуют флюорографически или с помощью реакции Манту, с возможностью назначения профилактического лечения противотуберкулёзными препаратами.

Актуальной проблемой в лечении туберкулёза является устойчивость возбудителя к противотуберкулёзным препаратам основного и, реже, резервного ряда, которая может быть выявлена только при микробиологическом исследовании. Устойчивость к изониазиду и рифампицину также может быть установлена методом ПЦР. Профилактика туберкулёза основана на скрининговых программах, профосмотрах, а также на вакцинации детей вакциной БЦЖ или БЦЖ-М.

Существует мнение, что *M. tuberculosis* инфицирована примерно треть населения Земли, и примерно каждую секунду возникает новый случай инфекции. Доля людей, которые заболевают туберкулёзом каждый год во всем мире, не изменяется или снижается, однако из-за роста численности населения абсолютное число новых случаев продолжает расти. В 2007 году насчитывалось 13,7 миллионов зарегистрированных случаев хронического активного туберкулёза, 9,3 миллиона новых случаев заболевания и 1,8 миллиона случаев смерти, главным образом в развивающихся странах. Кроме того, всё больше людей в развитых странах заражаются туберкулёзом, потому что их иммунная система ослабевает из-за приёма иммуносупрессивных препаратов, злоупотребления психоактивными веществами и особенно при ВИЧ-инфекции. Распространение туберкулёза неравномерно по всему миру, около 80 % населения во многих азиатских и африканских странах имеют положительный результат туберкулиновых проб, и только среди 5-10% населения США такой тест положителен. По некоторым данным, на территории России тубинфицированность взрослого населения приблизительно в 10 раз выше чем в развитых странах.

Устаревшее название туберкулёза лёгких – чахотка (от слова чахнуть). В качестве названия туберкулёза почек и некоторых других внутренних паренхиматозных органов (печени, селезенки), а также желёз (например, слюнных) ранее использовалось слово «бугорчатка». Для человека заболевание является социально зависимым. До XX века туберкулёз был практически неизлечим. В настоящее время разработана комплексная программа позволяющая выявить и вылечить заболевание на ранних стадиях его развития.

Эпидемиология

В 2007 году показатель распространенности туберкулёза на 100000 человек был самым высоким в странах Африки южнее Сахары, а также относительно высокой в Азии.

Плотность ежегодных выявлений новых случаев туберкулёза, 22 страны, что согласно ВОЗ составляет 80 % всех новых случаев заболевания туберкулёзом.

В соответствии с информацией ВОЗ, около 2 миллиардов людей, треть общего населения Земли, инфицировано. В настоящее время туберкулёзом ежегодно заболевает 9 миллионов человек во всём мире, из них 3 миллиона умирают от его осложнений (по другим данным, ежегодно 8 миллионов заболевают туберкулёзом, а 2 миллиона умирает).

На Украине в 1995 году ВОЗ объявила эпидемию туберкулёза.

Отмечено, что заболеваемость туберкулёзом зависит от неблагоприятных условий (стрессовой нагрузки), а также от индивидуальных характеристик организма человека (например, от группы крови и возраста заболевшего). Из числа заболевших в целом доминирует возрастная группа 18-26 лет.

Однако, несмотря на этот факт, в странах, где заболеваемость туберкулёзом значительно снизилась – таких, как Америка – доминировать среди заболевших стала статистическая группа пожилых людей.

Существует несколько факторов, вызывающих повышенную восприимчивость человека к туберкулёзу: наиболее значимым в мире стал ВИЧ; курение (особенно более 20 сигарет в день) – увеличивает вероятность туберкулёза в 2-4 раза; диабет; тюремное заключение.

В России смертность от туберкулёза за 2007 год составила 18,1 человека на 100 тысяч жителей (на 7% ниже, чем в 2006 г.), таким образом, в год умирает от туберкулёза около 25000 человек (в среднем по Европе смертность от туберкулёза приблизительно в 3 раза меньше). В структуре смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний в России доля умерших от туберкулёза составляет 85 %.

Возбудитель – микобактерия туберкулёза (МБТ)

Возбудителями туберкулёза являются микобактерии – кислотоустойчивые бактерии рода *Mycobacterium*. Всего известно 74 вида микобактерий. Они широко распространены в почве, воде, среди людей и животных. Однако туберкулёз у человека вызывает условно выделенный комплекс, включающий в себя *Mycobacterium tuberculosis* (человеческий вид), *Mycobacterium bovis* (бычий вид), *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium bovis* BCG (БЦЖ-штамм бычьего вида), *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium canettii*. В последнее время к нему отнесены *Mycobacterium pinnipedii*, *Mycobacterium caprae*, филогенетически имеющие отношение к *Mycobacterium microti* и *Mycobacterium bovis*.

Туберкулёз, вызванный различными видами микобактерий, достаточно сильно различается между собой. Основной видовой признак мико-

бактерии туберкулёза (МБТ) – патогенность, которая проявляется в вирулентности. Вирулентность может существенно изменяться в зависимости от факторов внешней среды и по-разному проявляться в зависимости от состояния макроорганизма, который подвергается бактериальной агрессии.

Патогенез и патологическая анатомия

В пораженных туберкулёзом органах (лёгкие, мочеполовая система, лимфатические узлы, кожа, кости, кишечник и др.) развивается специфическое «холодное» туберкулёзное воспаление, носящее преимущественно гранулематозный характер и приводящее к образованию множественных бугорков со склонностью к распаду.

Первичное инфицирование микобактериями туберкулёза и скрытое течение туберкулёзной инфекции

Первичное заражение человека МБТ обычно происходит аэрогенным путем. Другие пути проникновения – алиментарный, контактный и трансплацентарный – встречаются значительно реже.

Система дыхания защищена от проникновения микобактерий мукоцилиарным клиренсом (выделение бокаловидными клетками дыхательных путей слизи, которая склеивает поступившие микобактерии, и дальнейшая элиминация микобактерий с помощью волнообразных колебаний мерцательного эпителия). Нарушение мукоцилиарного клиренса при остром и хроническом воспалении верхних дыхательных путей, трахеи и крупных бронхов, а также под воздействием токсических веществ делает возможным проникновение микобактерий в бронхиолы и альвеолы, после чего вероятность инфицирования и заболевания туберкулёзом значительно увеличивается.

Возможность заражения алиментарным путём обусловлена состоянием стенки кишечника и его всасывающей функции.

Приобретенный иммунитет к МБТ снижается при СПИДе, сахарном диабете, язвенной болезни, злоупотреблении алкоголем и длительном применении наркотиков, а также при голодании, стрессовых ситуациях, беременности, лечении гормонами или иммунодепрессантами.

В целом риск развития туберкулёза у впервые инфицированного человека составляет около 8 % в первые 2 года после заражения, постепенно снижаясь в последующие годы.

Клинические формы туберкулёза

Чаще всего туберкулёз поражает органы дыхательной (главным образом лёгкие и бронхи) и мочеполовой систем. При костно-суставных формах туберкулёза наиболее часто встречаются поражения позвоночника и костей таза. Ввиду этого различают два основных вида туберкулёза: туберкулёз лёгких и внелёгочный туберкулёз.

Туберкулёз лёгких может принимать различные формы: первичный туберкулёзный комплекс (очаг туберкулёзной пневмонии + лимфангит, лимфаденит средостения); туберкулёзный бронхоаденит, изолированный

лимфаденит внутригрудных лимфатических узлов. Реже встречаются туберкулёз плевры, туберкулёз гортани, трахеи.

Внелёгочный туберкулёз может локализоваться в любом органе человека. Различают следующие формы внелёгочного туберкулёза: туберкулёз органов пищеварительной системы – чаще всего поражаются дистальный отдел тонкого кишечника и слепая кишка; туберкулёз органов мочеполовой системы – поражение почек, мочевыводящих путей, половых органов; туберкулёз центральной нервной системы и мозговых оболочек — поражение спинного и головного мозга, твёрдой оболочки головного мозга (туберкулёзный менингит); туберкулёз костей и суставов – чаще всего поражаются кости позвоночника; туберкулёз кожи; туберкулёз глаз.

Основные клинические проявления

Туберкулёз лёгких может длительное время протекать бессимптомно или малосимптомно и обнаружиться случайно при проведении флюорографии или на рентгеновском снимке грудной клетки. Факт обсеменения организма туберкулёзными микобактериями и формирования специфической иммунологической гиперреактивности может быть также обнаружен при постановке туберкулиновых проб.

В случаях, когда туберкулёз проявляется клинически, обычно самыми первыми симптомами выступают неспецифические проявления интоксикации: слабость, бледность, повышенная утомляемость, вялость, апатия, субфебрильная температура (около 37°C, редко выше 38°), потливость, особенно беспокоящая больного по ночам, похудение. Часто выявляется генерализованная или ограниченная какой-либо группой лимфатических узлов лимфаденопатия – увеличение размеров лимфатических узлов. Иногда при этом удаётся выявить специфическое поражение лимфатических узлов – «холодное» воспаление.

В крови больных туберкулёзом или обсеменённых туберкулёзной микобактерией при лабораторном исследовании часто обнаруживается анемия (снижение числа эритроцитов и содержания гемоглобина), умеренная лейкопения (снижение числа лейкоцитов). Некоторыми специалистами предполагается, что анемия и лейкопения при туберкулёзной инфекции – следствие воздействия токсинов микобактерий на костный мозг. Согласно другой точке зрения, всё обстоит строго наоборот – туберкулёзная микобактерия преимущественно «нападает» в основном на ослабленных лиц – не обязательно страдающих клинически выраженными иммунодефицитными состояниями, но, как правило, имеющих слегка пониженный иммунитет; не обязательно страдающих клинически выраженной анемией или лейкопенией, но имеющих эти параметры около нижней границы нормы и т.д. В такой трактовке анемия или лейкопения – не прямое следствие туберкулёзной инфекции, а, наоборот, предусловие её возникновения и предсуществовавший до болезни (преморбидный) фактор.

Далее по ходу развития заболевания присоединяются более или менее явные симптомы со стороны пораженного органа. При туберкулёзе лёгких это кашель, отхождение мокроты, хрипы в лёгких, насморк, иногда затруднение дыхания или боли в грудной клетке (указывающие обычно на присоединение туберкулёзного плеврита), кровохарканье. При туберкулёзе кишечника – те или иные нарушения функции кишечника, запоры, поносы, кровь в кале и т.д. Как правило (но не всегда), поражение лёгких бывает первичным, а другие органы поражаются вторично путём гематогенного обсеменения. Но встречаются случаи развития туберкулёза внутренних органов или туберкулёзного менингита без каких-либо текущих клинических или рентгенологических признаков поражения лёгких и без такового поражения в анамнезе.

Профилактика

Основной профилактикой туберкулёза на сегодняшний день является вакцина БЦЖ (BCG). В соответствии с «Национальным календарём профилактических прививок» прививку делают в роддоме при отсутствии противопоказаний в первые 3-7 дней жизни ребенка. В 7 и 14 лет при отрицательной реакции Манту и отсутствии противопоказаний проводят ревакцинацию.

С целью выявления туберкулёза на ранних стадиях, всем взрослым необходимо проходить флюорографическое обследование в поликлинике не реже 1 раза в год (в зависимости от профессии, состояния здоровья и принадлежности к различным «группам риска»). Также при резком изменении реакции Манту по сравнению с предыдущей (т. н. «вираже»), фтизиатром может быть предложено провести профилактическую химиотерапию несколькими препаратами, как правило, в комплексе с гепатопротекторами и витаминами.

На сегодняшний день основой лечения туберкулёза является поликомпонентная противотуберкулёзная химиотерапия (J04 Противотуберкулёзные препараты).

Давно известно, что микобактерии туберкулёза не любят хорошей оксигенации и предпочитают селиться в сравнительно плохо оксигенируемых верхушечных сегментах долей лёгких. Улучшение оксигенации лёгких, наблюдаемое при интенсификации дыхания в разрежённом воздухе горных курортов, способствует торможению роста и размножения микобактерий.

Прогноз

Прогноз заболевания во многом зависит от стадии, локализации заболевания, лекарственной устойчивости возбудителя и своевременности начала лечения, однако в целом является условно неблагоприятным. Заболевание плохо поддается химиотерапии, хирургическое лечение зачастую является симптоматическим или паллиативным. Трудоспособность во многих случаях стойко утрачивается, и даже при сохранённой после излечения трудоспособности существует запрет на трудовую деятельность подобных лиц по целому ряду де-

кретированных профессий, таких как учителя младших классов, воспитатели детских садов, сотрудники пищевой промышленности или коммунальных служб и т.п. Своевременно начатое лечение позволяет добиться полного восстановления трудоспособности, однако не гарантирует невозможность рецидива заболевания. При несвоевременной диагностике или неаккуратном лечении происходит инвалидизация пациента, зачастую в итоге приводящая к его смерти.

Гепатит (греч. ἥπατιτις от ἥπαρ – печень) – общее название острых и хронических диффузных воспалительных заболеваний печени различной этиологии.

Симптомы гепатита

Основными симптомами гепатита являются:

- усталость;
- иногда начало гепатита напоминает грипп: с повышением температуры тела, головной болью, общим недомоганием, ломотой в теле. Как правило, это маска начинающегося вирусного гепатита;
- желтуха – наиболее известный симптом, возникает, когда желчь, вырабатываемая в печени, попадает в кровь и придаёт коже характерный желтоватый оттенок. Однако часто бывают и безжелтушные формы гепатита;
- боли в правом подреберье как правило возникают вследствие растяжения оболочки печени (увеличения печени) или могут быть связаны с желчным пузырем и поджелудочной железой. Боли могут быть как тупые и длительные, ноющие, так и приступообразные, интенсивные, могут отдавать в правое плечо и правую лопатку.

Клинические аспекты гепатитов

Выделяют две основные формы клинического течения гепатитов: острую и хроническую.

Острая форма течения наиболее характерна для гепатитов вирусной природы, а также для гепатитов вызванных отравлениями сильными ядами. При острой форме развития гепатита наблюдается заметное ухудшение общего состояния больного, развития признаков общей интоксикации организма и нарушения функции печени (повышение температуры тела, в ряде случаев развитие желтухи и др.), а также повышение уровня трансаминаз и общего билирубина крови. Острый гепатит, как правило, заканчивается полным выздоровлением больного, однако в некоторых случаях наблюдается переход острого течения болезни в хроническое.

Хроническая форма может развиваться самостоятельно (например, при хроническом отравлении этиловым спиртом), или продолжать развитие острого гепатита (вирусный гепатит В, D). Клиническая картина при хроническом гепатите бедная, заболевание долгое время протекает бессимптомно. Отмечают стойкое увеличение размеров печени, тупые боли в правом подреберье, непереносимость жирной пищи и др. При хроническом гепатите клетки печени постепенно замещаются соединительной тканью,

так что в большинстве случаев не леченный хронический гепатит ведёт к развитию цирроза печени. Пациенты, страдающие хроническим гепатитом, подвержены высокому риску развития первичного рака печени. Хронические вирусные гепатиты В, С, D в ряде случаев поддаются противовирусной терапии. Лечение проводится опытным инфекционистом-гепатологом.

Этиология гепатитов

Воспаление печени (гепатит) может быть вызвано различными факторами (гепатотропными факторами), способными повреждать паренхиму печени. Этиотропная классификация гепатитов включает

1. Инфекционный (вирусный) гепатит: Гепатит А, Гепатит В, Гепатит С, Гепатит D, Гепатит Е, Гепатит F, Гепатит G.

Гепатиты как компонент: жёлтой лихорадки, цитомегаловирусной инфекции, краснухи, эпидемического паротита, инфекции вируса Эпштейна-Барр, разнообразных инфекций герпеса, лихорадки Ласса, СПИДа.

Бактериальные гепатиты: при лептоспирозе, сифилисе.

2. Токсический гепатит: Алкогольный гепатит, Лекарственный гепатит, Гепатиты при отравлении различными химическими веществами.

3. Гепатиты как следствие аутоиммунных заболеваний

1. Вирусные гепатиты

Гепатит А (болезнь Боткина) вызывается РНК-вирусом семейства *Ricornaviridae*. Заболевание передаётся фекально-оральным путём. Вирус попадает в организм человека с загрязненными продуктами питания, водой, предметами обихода. Основным источником инфекции служат больные с безжелтушными формами болезни (протекают без желтухи). Вирус выделяется с калом больного в инкубационный период и в начале болезни.

При попадании в желудочно-кишечный тракт, вирус проникает через слизистую оболочку кишечника и с током крови заносится в печень, где внедряется в клетки печени и начинает активно размножаться. Инкубационный период равен в среднем 15-30 дням с вариациями от 7 до 50 дней. Поражение печени связано с прямым разрушительным действием вируса на гепатоциты (клетки печени). Вирус гепатита А имеет кислотоустойчивую оболочку. Это помогает вирусам, попавшим с загрязненными продуктами и водой, пройти кислый защитный барьер желудка.

Выраженность клинических проявлений варьирует в зависимости от степени поражения печени. Различаются: острая (желтушная) форма; подострая (безжелтушная) форма; субклиническая форма болезни (клинические проявления почти отсутствуют).

Основными симптомами являются: общее недомогание, лихорадка, боли в мышцах, рвота, диарея, тупые боли в правом подреберье, увеличение печени, тёмная окраска мочи. Может быть желтушная окраска кожи и слизистых оболочек, однако это встречается не всегда.

Острый гепатит верифицируется по антителам класса IgM в сыворотке крови. После перенесенного заболевания развивается пожизненный иммунитет, обусловленный IgG.

Последние наблюдения врачей показывают, что вирус гепатита продолжает мутировать до форм, при которых способность его легко передаваться воздушно-капельным путем неоспорима. Это более слабые формы вируса, вызывающие сглаженные симптомы. Инкубация такого вируса может составлять всего несколько дней. Течение заболевания может составлять от 7 до 30 дней (при условии отсутствия повторного заражения другим штаммом). Симптоматика ограничивается потемнением мочи, обесцвечиванием кала (с отчетливым сероватым или зеленоватым оттенком), пожелтением в печени, сонливостью, снижением общего самочувствия. Эта «простуда» XXI в. пришла к нам из 1990-х годов – периода поголовной вакцинации от гепатита младенцев в родильных домах. Первичного иммунитета к данным вирусам организм человека пока не имеет, ввиду огромной скорости мутации и распространения. Средств искусственной защиты нет.

Hepatitis B. Вирус, вызывающий гепатит В, относится к семейству *Hepadnaviridae*, провоцируя как острые, так и хронические формы гепатита. Хронический гепатит развивается у 10% взрослых больных, перенёсших гепатит А.

Источниками инфекции служат больные с острыми и хроническими формами гепатита, а также вирусоносители. Передача вируса осуществляется парентерально естественными и искусственными путями. Из естественных путей наиболее распространён половой путь передачи инфекции. Также возможна передача инфекции во время родов от больной матери ребёнку или трансплацентарное заражение плода во время беременности. Искусственный путь передачи инфекции осуществляется при переливании заражённой крови или её компонентов, при использовании нестерилизованных хирургических или стоматологических инструментов, шприцов и т.п. Для такого заражения достаточно 0,0001 мл крови.

Проникнув в кровяное русло, вирус с током крови заносится в печень, где внедряется в гепатоциты. Вследствие внутриклеточного размножения вируса, в мембрану гепатоцитов встраиваются вирусные белки, которые будучи распознанными клетками иммунной системой, вызывают развитие иммунного ответа. Дальнейшее разрушение клеток печени происходит под влиянием Т-лимфоцитов (киллеры).

Инкубационный период может продлиться от 50 до 180 дней. Клинические проявления гепатита В во многом схожи с таковыми при гепатите А. Чаще всего развивается желтушная форма. Больные жалуются на расстройство пищеварения, боли в суставах, слабость. В некоторых случаях на коже появляются зудящие высыпания. Желтуха нарастает параллельно с ухудшением самочувствия больного. Наиболее часто регистрируются среднетяжёлые и тяжёлые формы болезни. По сравнению с гепатитом А, при гепатите В чаще нарушение функций печени носит более выраженный характер. Чаще развивается холестатический синдром, обострение, затяжное течение, а также рецидивы болезни и развитие печёночной

комы. Острая форма гепатита В примерно у 10% пациентов переходит в хроническую активную или хроническую персистирующую формы, что со временем ведёт к развитию цирроза печени. После перенесённого заболевания развивается длительный иммунитет. В целях профилактики проводят плановую вакцинацию населения.

Существуют экспресс-тесты, позволяющие проводить обследования на гепатит В в лабораторных условиях или дома с помощью тест-полосок. Иммунохроматографический экспресс-тест, выявляющий антитела к гепатиту В, – надежное и безопасное средство, способное за 10-15 минут диагностировать наличие или отсутствие заболевания. Материалом для исследования служит кровь из пальца руки. В случае определения заболевания на индикаторе теста появляется 2 фиолетовые полоски. Отрицательный результат – одна полоска в контрольной зоне. Одна полоска в тестовой зоне или их полное отсутствие говорит о том, что анализ необходимо сделать повторно и с новым индикатором.

При использовании современных противовирусных препаратов существует небольшая вероятность полного излечения гепатита В. Пегилированный интерферон может считаться лекарственным средством первого выбора для лечения пациентов с хроническим гепатитом В.

Ввиду опасности развития побочных явлений в ходе интерферонотерапии хронических вирусных гепатитов, в частности гепатита В, таких как депрессия, дерматологические проблемы и др., лечение должно проводиться под контролем опытного инфекциониста-гепатолога.

Профилактика, как специфическая (вакцинация), так и неспецифическая, направленная на прерывание путей передачи: коррекция поведения человека; использование разового инструментария; тщательное соблюдение правил гигиены в быту; ограничение переливаний биологических жидкостей; применение эффективных дезинфектантов; наличие единственного здорового сексуального партнёра либо, в противном случае, защищенный секс (последнее не даёт 100% гарантии незаражения, поскольку в любом случае имеется незащищённый контакт с другими биологическими выделениями партнёра – слюной, потом и др.).

Для профилактики заражения широко применяется вакцинация. Рутинная вакцинация принята практически во всех странах мира. ВОЗ рекомендует начать прививать ребенка в первые сутки после рождения, непривитых детей школьного возраста, а также лиц из групп риска: профессиональные группы (медики, экстренные службы, военные и пр.), лица имеющие нетрадиционные сексуальные предпочтения, наркоманы, пациенты часто получающие препараты крови, лица, находящиеся на программном гемодиализе и некоторые др. Для вакцинации обычно используется Вакцина против вируса гепатита В, представляющая собой белок оболочки вирусной частицы, т. н. HBs-антиген. В некоторых странах (например в Китае) применяется плазменная вакцина. Оба вида вакцин безопасны и

высокоэффективны. Курс вакцинации состоит обычно из трех доз вакцины вводимых внутримышечно с временным интервалом.

Эффективность вакцинации новорожденных детей, рожденных от инфицированных матерей, при условии если первая доза была введена в первые 12 часов жизни, до 95%. Экстренную вакцинацию при тесных контактах с инфицированным, попадании инфицированной крови в кровь здорового человека иногда сочетают с введением специфического иммуноглобулина, что теоретически должно повысить шансы на то, что гепатит не разовьется.

Вакцина от гепатита В защищает и от гепатита D (историческое название – дельта-гепатит), поскольку вирус гепатита D не способен размножаться без вируса гепатита В.

Гепатит С (ранее назывался «гепатит ни А ни В», а в настоящее время описывается как системная HCV-инфекция) передается при контакте с зараженной кровью. Гепатит С может приводить к развитию хронического гепатита, завершающегося циррозом печени и раком печени.

Вакцины против гепатита С не существует. Пациенты с гепатитом С предрасположены к развитию тяжелого гепатита, если контактируют с гепатитом А или В, потому все пациенты с гепатитом С должны быть вакцинированы против гепатита А и В. Как правило, из 100 инфицированных 3-5 человек погибают. Группы риска прежде всего связаны с переливаниями крови и её препаратов, хирургическими операциями, инъекциями наркотиков с использованием общих шприцов, беспорядочными половыми контактами. Предполагается (хоть и маловероятно), что возможно заражение при общем использовании в быту эпиляторов, маникюрных, бритвенных принадлежностей и т.п.

Считается, что 15-20% зараженных вирусом гепатита С излечиваются самостоятельно, при помощи собственной иммунной системы. У остальных больных заболевание приобретает хронический характер. Порядка 20% хронических больных рискуют прийти к циррозу или раку печени.

Стоимость лечения, продолжительность лечения, а также вероятность излечения зависит от генотипа вируса, возраста и пола больного, продолжительности заболевания и других факторов. В настоящее время противовирусная терапия представляет собой комбинированную терапию препаратами интерферона (инъекции) и рибавирина (таблетки).

Гепатит С вызывается вирусом (HCV) семейства Flaviviridae. На данный момент различают 11 основных генотипов вируса гепатита С: 1a, 1b, 1c; 2a, 2b, 2c; 3a, 3b; 4a, 4b, 4c, 4d, 4e; 5a; 6a; 7a, 7b; 8a, 8b; 9a; 10a; 11a.

В первую очередь нужно думать о профилактике и своевременном обнаружении вируса. Основной метод, применяющийся в настоящее время для диагностики HCV-инфекции — ИФА и ПЦР (полимеразная цепная реакция). Для уточнения состояния печени проводят биопсию и/или фибросканирование печени.

Hepatitis D (гепатит дельта) провоцируется вирусом гепатита D и характеризуется острым развитием с массивным поражением печени. Дельта вирус способен размножаться в клетках печени только в присутствии вируса гепатита B, так как для выхода из клетки частицы дельта вируса используют белки вируса гепатита B. Гепатит D распространён повсеместно. Источником вируса служит больной человек или вирусоноситель. Заражение вирусом D происходит при попадании вируса непосредственно в кровь. Пути передачи схожи с таковыми при гепатитах B или C. Инкубационный период длится от 3 до 7 недель. Клиническая картина напоминает клинику вирусного гепатита B, однако течение заболевания как правило более тяжёлое. Острые формы заболевания могут заканчиваться полным выздоровлением больного. Однако в некоторых случаях (3% при совместном заражении гепатитом B и 90% у носителей HBsAg) развивается хронический гепатит, приводящий к циррозу печени. Вакцинация против гепатита B защищает от заражения гепатитом D.

Hepatitis E провоцирует симптомы схожие с симптомами гепатита A, хотя иногда может принимать фульминантное развитие, в особенности у беременных женщин. По способам передачи гепатит E близок к гепатиту A. Он может передаваться через заражённую вирусом воду, пищу, а кроме того – через кровь.

Тяжелые исходы в виде фульминантного гепатита, приводящего к смерти, при гепатите E встречаются значительно чаще, чем при гепатите A и остром гепатите B. Наиболее часто гепатит E встречается в Центральной Азии и странах Африки. Вирус был открыт и описан в начале 80-х годов XX века в Институте Полиомиелита и Вирусных Энцефалитов (Москва) группой ученых под руководством М.С. Балаяна.

Hepatitis F, GF (Hepatitis F) – еще один тип вирусного гепатита человека, существование которого предполагается на основании эпидемиологических данных и предварительного изучения в опытах на обезьянах отдельных изолятов вируса от больных посттрансфузионным гепатитом. Имеются сведения, что некоторая доля больных, перенесших явно посттрансфузионный гепатит, остается серонегативной в отношении всех маркеров известных вирусных гепатитов человека; в различных странах Запада эта доля достигает 15-20%. Более того, длительные наблюдения за отдельными больными – лицами с высоким риском заражения посттрансфузионным гепатитом – такими как наркоманы или больные гемофилией, показали, что у них имеют место повторные заболевания желтухой, в том числе этиологически не связанные с вирусами гепатитов A, B, C, D, E и G.

Под термином «гепатит F» рассматриваются очевидно два разных вируса посттрансфузионного гепатита, которые по некоторым свойствам отличаются от вирусов гепатита B, C и G. Один из них присутствовал в образцах донорской крови; он был устойчив к жирорастворителям и не вызывал образования характерных для гепатита C ультраструктурных изме-

нений в гепатоцитах (т. н. тубулярных структур); заражение шимпанзе, иммунных к гепатиту С, приводило к развитию гепатито-подобного заболевания, а заражение неиммунных шимпанзе не сопровождалось появлением антител к вирусу гепатита С. Другой был выделен из фекалий больного посттрансфузионным гепатитом; при заражении макак-резусов он вызывал гепатит; был способен размножаться в монослойных культурах клеток и по своим морфологическим свойствам напоминал аденовирус.

Гепатит G был идентифицирован недавно. Возможны пути передачи с кровью и через половой контакт, но пока ещё не совсем ясно вызывает ли он гепатит сам или ассоциируется с гепатитом другой этиологии. Его первичное размножение в печени на данный момент не доказано. Вирус гепатита G относят к флавивирусам, однонитевый РНК-содержащий. Неустойчив в окружающей среде, мгновенно погибает при кипячении.

2. Токсические гепатиты

Лекарственные гепатиты. Наиболее часто лекарственный гепатит может быть вызван следующими лекарственными препаратами: Галотан, Метилдопа, Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид (и другие противотуберкулёзные препараты), Фенитоин, Вальпроат натрия, Зидовудин, Кетоконазол, Нифедипин, Ибупрофен, Индометацин, Амиодарон, Гормональные контрацептивы, Аллопуринол, Азатиоприн, Мелбек.

Чувствительность к тому или иному препарату варьирует от человека к человеку. Вообще, практически любой препарат способен вызвать поражение печени и развитие гепатита разной степени тяжести. Особенно тяжелые формы гепатита развиваются при отравлении такими веществами как: яд бледной поганки (*Amanita phalloides*), белый фосфор, парацетамол, четырёххлористый углерод, промышленные яды и др.

3. Аутоиммунные гепатиты

Как и другие аутоиммунные заболевания, аутоиммунный гепатит чаще встречается у женщин, общая заболеваемость составляет примерно 15-20 человек на 100 тысяч населения. В основе патогенетического механизма развития аутоиммунного гепатита лежит врождённый дефект мембранных рецепторов HLA II.

Аутоиммунный гепатит является самостоятельным заболеванием, которое развивается вследствие дефекта работы иммунной системы. И в первую очередь развитием патологических иммунных реакций против собственных гепатоцитов. При этом достаточно часто в процесс вовлекается не только печень, но и крупные железы внешней и внутренней секреции, в том числе поджелудочная железа, щитовидная железа, слюнные железы.

Синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД, синдром приобретённого иммунодефицита, AIDS) – состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции и характеризующееся падением числа CD4+ лимфоцитов, множественными оппортунистическими инфекциями, неинфекционными и опухолевыми заболеваниями. ВИЧ передается при прямом кон-

такте слизистых оболочек или крови с биологическими жидкостями, содержащими вирус, например, с кровью, спермой, секретом влагалища или с грудным молоком. ВИЧ-инфекция не передается через слюну и слезы, а также бытовым путем. Передача ВИЧ может происходить при половом контакте, переливании крови, использовании зараженных игл и шприцев; между матерью и ребёнком во время беременности, родов или при грудном вскармливании через указанные выше биологические жидкости. СПИД является *терминальной стадией* ВИЧ-инфекции.

Считается, что в настоящее время распространение ВИЧ-инфекции приобрело пандемический характер. В 2008 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло около 33,4 миллиона человек, число новых инфекций около 2,7 миллиона, и 2 миллиона человек умерли от заболеваний, связанных со СПИДом.

ВИЧ образовался в Западно-Центральной Африке в конце девятнадцатого или в начале двадцатого века. СПИД был впервые описан Центрами по контролю и по профилактике заболеваний США в 1981 году, а его возбудитель, ВИЧ, был описан в начале 1980-х.

До настоящего времени не создано вакцины против ВИЧ, лечение ВИЧ-инфекции значительно замедляет течение болезни, однако известен только единичный случай полного излечения болезни в результате пересадки модифицированных стволовых клеток. Ввиду того, что лечение ВИЧ-инфекции значительно затруднено, ключевую роль в контроле пандемии ВИЧ-инфекции играет *профилактика заражения*, которая заключается в пропаганде защищенного секса и однократного использования шприцев.

1981 год, 5 июня – сообщение Центров по контролю и профилактике болезней, США (анг. *Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) о 5 случаях пневмоцистной пневмонии и 28 случаях саркомы Капоши. Все заболевшие – мужчины, практиковавшие гомосексуальные отношения. Болезнь получила название гей-связанного иммунодефицита (англ. *Gay-related immune deficiency*). Также болезнь получила название «болезни четырех Г» – так как была обнаружена у жителей или гостей Гаити, гомосексуалов, гемофиликов и лиц, употреблявших героин. После того, как было показано, что СПИД не является заболеванием, эндемичным лишь для гомосексуалов, термин GRID был признан вводящим в заблуждение и аббревиатура AIDS (СПИД) была введена в обращение на конференции в июле 1982. В сентябре 1982 года CDC точно определили характеристики заболевания и начали употребление термина СПИД.

1985 год – изучены основные пути передачи ВИЧ, разработан первый тест на ВИЧ.

1985 год – регистрация первого случая ВИЧ/СПИДа в СССР у иностранного гражданина.

1987 год – учреждена Глобальная программа ВОЗ по СПИДу. Разработан зидовудин – первый препарат для лечения СПИДа. Регистрация первого случая ВИЧ-инфекции у гражданина СССР.

1988 год – 1 декабря объявлен ООН Всемирным днем борьбы со СПИДом.

1995 год – принятие Закона РФ от 30.03.95 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Начало применения препаратов высокоактивной антиретровирусной терапии, позволяющий большинству больных ВИЧ/СПИДом продлевать жизнь.

2008 год – опубликованы данные о том, что вирус происходит из Конго и попал в человеческую популяцию от обезьян в начале двадцатого века.

Эпидемиология

ВИЧ-инфекция в основном передается половым путём, а также вертикально от матери к ребёнку. Источником инфекции является только больной человек.

Пути передачи ВИЧ-инфекции

– Половой – независимо от сексуальной ориентации;
– Инъекционный и инструментальный – при использовании загрязнённых вирусом шприцев, игл, катетеров и т.п. – особенно актуальный и проблематичный в среде лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Вероятность передачи ВИЧ при использовании общих игл составляет 67 случаев на 10000 инъекций. Этот путь передачи обусловил повсеместное распространение одноразовых шприцев во второй половине XX века.

– Гемотрансфузионный (после переливания инфицированной крови или её компонентов – плазмы, тромбоцитарной, лейкоцитарной, или эритроцитарной массы, концентратов крови, факторов свертывания крови);

– Перинатальный (антенатальный, трансплацентарный – от инфицированной матери; интранатальный – при прохождении ребёнка по инфицированным родовым путям матери);

– Трансплантационный (пересадка инфицированных органов, костного мозга, искусственная инсеминация инфицированной спермой);

– Молочный (заражение ребёнка инфицированным молоком матери);

– Профессиональный и бытовой – заражение через повреждённые кожные покровы и слизистые оболочки людей, контактирующих с кровью или некоторыми секретами (слизью из влагалища, грудным молоком, цереброспинальной жидкостью, содержимым трахеи, плевральной полости, отделяемым из ран и др.) больных ВИЧ-инфекцией.

В то же время, ВИЧ не передается при бытовых контактах через слюну, слезную жидкость и воздушно-капельным путем, а также через воду или пищу. Слюна может представлять опасность только в том случае, если в ней присутствует кровь.

Статистика

По данным на 2006-2007 годы, в десятку стран с наибольшим количеством ВИЧ-инфицированных людей вошли: Индия (6,5 млн), ЮАР (5,5 млн),

Эфиопия (4,1 млн), Нигерия (3,6 млн), Мозамбик (1,8 млн), Кения (1,7 млн), Зимбабве (1,7 млн), США (1,3 млн), Россия (1 млн) и Китай (1 млн).

Согласно докладу «Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу» (декабрь 2009 года), с момента начала эпидемии ВИЧ заразились почти 60 миллионов человек, и 25 миллионов человек умерли от заболеваний, связанных с ВИЧ.

Вирус иммунодефицита человека

Болезнь вызывается вирусом иммунодефицита человека, относящимся к семейству ретровирусов, роду лентивирусов.

Как и все ретровирусы, геном ВИЧ представлен рибонуклеиновой кислотой и подвергается обратной транскрипции. ВИЧ поражает клетки крови человека, имеющие на своей поверхности CD4-рецепторы (CD4+ Т лимфоциты, макрофаги и дендритные клетки).

После того, как число CD4⁺ Т-лимфоцитов становится ниже 200 в одном микролитре крови (μl) крови, система клеточного иммунитета перестает защищать организм. Острая инфекция со временем переходит в латентную форму, и ранним симптомом ВИЧ-инфекции и далее СПИД является число CD4⁺ Т-лимфоцитов в крови.

В отсутствие антиретровирусной терапии средняя продолжительность жизни с ВИЧ-инфекцией составляет от девяти до десяти лет, средняя продолжительность жизни на стадии СПИД составляет около девяти месяцев.

Скорость развития инфекции зависит от многих факторов, например, от статуса иммунной системы инфицированного. Пожилые люди имеют более слабую иммунную систему и поэтому имеют повышенный риск быстрого развития заболевания, в сравнении с молодыми людьми.

Недостаточный уровень медицинского ухода и наличие сопутствующих инфекционных заболеваний, например, туберкулёза, вызывает предрасположенность к скоротечному развитию заболевания.

Симптомы ВИЧ-инфекции и СПИД

Симптомы ВИЧ-инфекции и СПИД являются следствием развивающегося иммунодефицитного состояния. Большинство симптомов вызваны оппортунистическими инфекциями – бактериальными, вирусными, грибковыми или паразитическими инфекциями, которые не развиваются у лиц с полноценной иммунной системой и поражают практически все системы органов.

ВИЧ-инфицированные и больные СПИД имеют повышенный уровень онкологических заболеваний, например, саркомы Капоши, рака шейки матки, а также лимфом. Кроме того, ВИЧ-инфицированные часто имеют системные симптомы инфекций, например, лихорадка, повышенное потоотделение по ночам, опухание желез, озноб, слабость и потеря веса. Разные оппортунистические инфекции развиваются у ВИЧ-инфицированных в зависимости от географического положения больного.

– лёгочные инфекции (пневмоцистная пневмония, туберкулез);

- желудочно-кишечные инфекции (эзофагит воспаление слизистой оболочки нижней части пищевода, хроническая диарея);
- неврологические и психиатрические симптомы;
- опухоли (саркома Капоши - симптомом заболевания является появление пурпурных узелков на коже, либо в полости рта, на эпителии желудочно-кишечного тракта и в лёгких; другие опухоли, например, рак головы и шеи, рак лёгких);
- другие инфекции (часто развиваются оппортунистические инфекции которые имеют неспецифические симптомы, например, лихорадку и снижение веса).

Классификация ВИЧ-инфекции и СПИДа

Классификация ВИЧ-инфекции и СПИДа неоднократно уточнялась и изменялась. В первой классификации ВОЗ от 1988 года выделяли 4 стадии:

- I стадия – начальная (острая) ВИЧ-инфекция
- II стадия – персистирующая генерализованная лимфаденопатия
- III стадия – СПИД-ассоциированный комплекс (пре-СПИД)
- IV стадия – развёрнутый СПИД

Эта классификация стала основой для других, которые уточняют и детализируют стадии болезни.

В России и странах СНГ получила распространение классификация, предложенная В. И. Покровским в 1989 году.

- I – стадия инкубации
- II – стадия первичных проявлений
 - А – острая лихорадочная фаза
 - Б – бессимптомная фаза
 - В – персистирующая генерализованная лимфаденопатия
- III – персистирующая генерализованная лимфаденопатия
 - А – потеря массы тела менее 10%, поверхностные грибковые, бактериальные, вирусные поражения кожи и слизистых оболочек, опоясывающий герпес, повторные фарингиты, синуситы
 - Б – прогрессирующая потеря массы тела более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более 1 месяца, повторные и/или стойкие бактериальные и протозойные поражения внутренних органов (без диссеминации) или глубокие поражения кожи и слизистых оболочек: повторный или диссеминированный опоясывающий лишай, локализованная саркома Капоши
 - В – генерализованные бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные и паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, атипичный микобактериоз, внелёгочный туберкулёз, кахексия, диссеминированная саркома Капоши, поражения ЦНС различной этиологии
- IV – терминальная стадия

Острый ретровирусный синдром.

После инфицирования ВИЧ-1 и инкубационного периода, который может длиться от нескольких дней до нескольких недель, развивается, в

большинстве случаев, острый «гриппоподобный» синдром, проявление острой вирусемии. Наиболее чувствительными клиническими критериями острой фазы ВИЧ-инфекции признаны лихорадка (80%) и недомогание (68%), а наиболее специфичными – похудание (86%) и язвы слизистой полости рта (85%)

Острая фаза ВИЧ-инфекции обычно продолжается 7-10 дней, редко более 14 дней. Диагностика этой стадии ВИЧ-инфекции трудна из-за неспецифичности симптомов и ставится при выявлении репликации ВИЧ в отсутствие антител к нему (они появляются позже).

После окончания острой фазы между скоростью размножения вируса и иммунным ответом устанавливается некое равновесие, и затем в течение многих лет (8-10 и более), инфекция протекает бессимптомно или с персистирующей генерализованной лимфаденопатией (Стадия 1 ВОЗ). В это время происходят достаточно активное размножение вируса и постоянное разрушение CD4 клеток. В конце асимптоматической фазы могут появиться различные симптомы и заболевания, которые, однако, не являются критериями СПИДа (соответствуют стадии 2 по ВОЗ). При числе лимфоцитов CD4 более 200 клеток/мл. заболевания из числа критериев СПИДа развиваются редко.

СПИД

Разрушение CD4+ лимфоцитов является главной причиной прогрессирующего ослабления иммунной системы при ВИЧ-инфекции, которая приводит в конечном счёте к синдрому приобретенного иммунодефицита, СПИД.

СПИД – это стадия ВИЧ-инфекции, при которой развиваются бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные инфекции (оппортунистические инфекции) и неинфекционные заболевания как проявление катастрофы иммунной системы в результате падения числа CD4+ лимфоцитов ниже определённого уровня.

У детей, рождённых от ВИЧ-положительной матери до 12-15 месяцев жизни в крови определяются пассивно приобретенные антитела, проникшие через плаценту от матери, таким образом тест на антитела будет положительным. В настоящее время ранний диагноз, у детей до 18 месяцев, может быть установлен обнаружением нуклеиновых кислот ВИЧ с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Исключить ВИЧ-инфекцию у новорожденного, в данных случаях, позволяют лишь два отрицательных результата ПЦР: один должен быть получен в возрасте от 1 до 4 месяцев, другой – в возрасте старше 4 месяцев.

Без лечения средний период выживаемости после инфицирования ВИЧ составляет от 9 до 11 лет и зависит от подтипа ВИЧ, а продолжительность жизни после постановки диагноза СПИД в отсутствие терапии составляет, по результатам разных исследований, от 6 до 19 месяцев. Продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных пациентов со временем может

изменяться по двум причинам: постоянно разрабатываются новые лекарственные средства и методы лечения, а ВИЧ, в свою очередь, вырабатывает устойчивость к лекарствам. В отсутствие антиретровирусной терапии смерть пациента наступает в течение одного года с момента постановки диагноза СПИД. Считается, что ВИЧ-инфицированный, получающий ВААРТ, может прожить несколько десятилетий без развития СПИД. Значительное влияние на качество и продолжительность жизни оказывают побочные эффекты от приема лекарственных препаратов. Особенности развития ВИЧ-инфекции зависят от многих факторов, в том числе: от количества CD4 лимфоцитов и числа копий вирусной РНК на момент начала лечения, возраста пациента, уровня доступной медицинской помощи, приверженности больного лечению и появления резистентных штаммов вируса.

Большинство пациентов умирают от оппортунистических инфекций или опухолей, связанных с нарушением работы иммунной системы. Клинические симптомы значительно отличаются между пациентами и зависят от многих факторов, среди которых: восприимчивость организма хозяина к инфекции, иммунный статус пациента, качество оказываемой медицинской помощи, сопутствующие инфекции, а также штамм вируса, которым инфицирован пациент.

Основной причиной смертности от СПИД в настоящее время является сопутствующий туберкулез. В Африке ВИЧ-инфекция является основной причиной распространения туберкулеза с 1990 года.

Профилактика СПИДа

Специфическая иммунопрофилактика ВИЧ-инфекции не разработана.

К просветительским профилактическим мероприятиям относятся:

- 1) включение урока в курс ОБЖ 10-11 класса;
- 2) проект «Простые правила против СПИДа»;
- 3) проведение разного рода мероприятий для молодёжи, направленных на формирование ответственного отношения к своим поступкам в жизни.

К общественным мероприятиям относится реализация программы «Снижение вреда» (Harm Reduction), которая подразумевает работу с потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), а именно:

- 1) обмен игл и шприцев в среде потребителей инъекционных наркотиков (с целью изъятия из оборота ВИЧ-контаминированных игл и шприцев);
- 2) обучение потребителей наркотиков навыкам менее опасного употребления инъекционных наркотиков (тренинги «Безопасная инъекция», «Дезинфекция», «Неинъекционное употребление») для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) со стойко сформированной наркозависимостью, которые не могут или не хотят прекратить инъекционное употребление;
- 3) проведение аутрич-работы на закрытой наркосцене с целью охвата труднодоступных ПИН;

4) обеспечение ПИН презервативами, средствами дезинфекции (спиртовые салфетки), средствами гигиены, витаминами и перевязочным материалом (сервис низкого порога);

5) медицинское, психологическое и юридическое консультирование ПИН;

6) мотивационное консультирование ПИН с целью изменения поведения и вовлечения их в программы реабилитации и трезвости;

7) информационно-образовательная работа среди ПИН, в том числе распространение информации о заместительной терапии (контролируемое медиками употребление метадона или бупренорфина (эднок) вместо уличного ВИЧ-рисканного употребления инъекционных наркотиков) и антиретровирусной терапии (поддерживающее лечение СПИДа);

8) социальное сопровождение и переадресация ПИН в соответствующие государственные службы (например, помощь в лечении, трудоустройстве, сопровождение ПИН, освободившихся из мест лишения свободы) и другое.

Подход «Снижение вреда» рассматривается специалистами как «мостик» между ПИН, находящимися в употреблении, и программами лечения и реабилитации ПИН. В системе профилактических мероприятий стратегия «Снижение вреда» относится к направлению «Вторичная профилактика».

К медицинским профилактическим мероприятиям относятся:

1. Обследование доноров крови, лиц из групп риска.
2. Обследование на антитела к ВИЧ всех беременных.
3. Контроль деторождения у инфицированных женщин и отказ от грудного вскармливания их детей.
4. Пропаганда безопасного секса.

Отрицательный результат обследования на антитела не гарантирует отсутствия ВИЧ-инфекции, так как в течение нескольких недель после заражения антитела не могут быть обнаружены (т. н. «период окна»).

При соблюдении элементарных правил предосторожности общение с больными является полностью безопасным.

Правовые аспекты

В Российской Федерации и ряде других стран установлена уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения, а также за заражение заболеванием СПИД (ВИЧ-инфекцией). Известны случаи судебного преследования за умышленное заражение СПИДом.

Социальные последствия

Каждый год около 70000 детей становятся сиротами из-за потери родителей, умерших от данной патологии. Таким образом, к 2010 году сиротами СПИДа станут примерно 20 миллионов детей.

Сифилис (устар.: люэс) – хроническое системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой ста-

дий болезни, вызываемое микроорганизмом вида *Treponema pallidum* (бледная трепонема) подвида *pallidum*, относящимся к роду трепонем (*Treponema*), семейству Spirochaetaceae.

Теории происхождения сифилиса

Существуют 3 основные гипотезы происхождения сифилиса: американская, европейская и африканская.

Американская гипотеза. Широко распространена гипотеза о том, что в Европу сифилис занесли матросы с кораблей Колумба из Нового Света (Америки), которые в свою очередь заразились от аборигенов острова Гаити. Многие из них затем присоединились к многонациональной армии Карла VIII, который вторгся на территорию Италии в 1495 году. В результате в этом же году возникла вспышка сифилиса среди его солдат, когда они осаждали Неаполь. Вероятно это стало одной из причин снятия осады с города Карлом VIII. Позднее его войско было разбито и солдаты, возвращаясь домой, способствовали распространению заболевания. В 1496 году эпидемия распространилась на территории Франции, Италии, Германии, Швейцарии, а затем была зарегистрирована в Австрии, Венгрии, Польше, что привело к гибели более 5 миллионов человек. К 1500 году эпидемия распространяется по всей Европе и выходит за её пределы, фиксируются случаи заболевания в северной Африке, Турции, также заболевание распространяется в юго-восточной Азии, Китае и Индии. В 1512 году в Киото происходит большая вспышка заболеваемости сифилисом. Сифилис был основной причиной смерти в Европе в эпоху Возрождения.

Эту гипотезу оспаривают критики, опираясь на археологические находки скелетов монахов со следами сифилитического поражения с гораздо более ранней датировкой. Гипотеза американского происхождения сифилиса получила новое подтверждение с помощью генетического анализа учёными под руководством Кристин Харпер (Kristin Harper) из университета Эмори, установивших родственную связь возбудителя сифилиса – бледной трепонемы – с южноамериканскими трепонемами. Обнаружение же средневековых скелетов со следами сифилиса учёные объясняют действием другого штамма трепонемы, пришедшего в Европу из Африки; эта болезнь, по их мнению, не передавалась половым путём.

Европейская гипотеза. Медицинская иллюстрация Альбрехта Дюрера (1496), изображающая больного сифилисом. При этом подчёркивается астрологическое происхождение заболевания.

Сторонники этой гипотезы считают, что сифилис был известен ещё в глубокой древности. По их мнению об этом свидетельствуют описания в работах Гиппократ, Галена, Диоскорида, Цельса, Авиценны и других учёных древности, а также в Библии поражений, характерных для сифилиса. Также были обнаружены скелеты монахов-августинцев, живших в монастыре северо-восточного английского порта Кингстон-апон-Халла. Их радиоуглеродный анализ выявил повреждения костей, которые, по мнению

сторонников этой гипотезы, характерны для сифилиса. В журнале судостроения этого города отмечено постоянное прибытие моряков из далёких мест, что как полагают, было ключевым фактором передачи сифилиса. В скелетах жителей древнего города Помпеи обнаружены признаки врождённого сифилиса, хотя интерпретация этих данных оспаривается.

Африканская гипотеза. Существует гипотеза, что родиной сифилиса является Африка. Впервые она была высказана в 1961 году Т. Cockburg и в 1963 году – Е. Hudson, а затем поддержана рядом других учёных. Исходя из этой гипотезы, возбудители сифилиса и тропических, или эндемических трепонематозов, имеют единого предка, исчезнувшего в настоящее время. Из Африки сифилис распространился в результате войн, торговых связей, вывоза рабов, паломничества христиан и мусульман в святые места.

Классификация

В целом все случаи заболевания сифилисом можно разделить на следующие группы: первичный сифилис, вторичный сифилис, третичный сифилис, врождённый сифилис.

Эпидемиология

Сифилис с момента его первого описания стал социально значимой болезнью, и продолжает оставаться ей и в настоящее время. В целом в начале 21 века число случаев выявления первичного и вторичного сифилиса в развитых странах остаётся относительно стабильным.

В России ситуация с заболеваемостью сифилиса после распада СССР, стала значительно ухудшаться. В 1991 году на 100 тысяч человек приходилось 7.1 заболевший, в 1998 году было уже 277,2 больного на 100 тысяч человек. В 2009 году данный показатель составил 52.2 человека на 100 тысяч населения, то есть по сравнению с исходным уровнем эпидемиологическая ситуация ухудшилась в 7.2 раза.

Этиология

Сифилис передаётся в основном половым путём, в связи с чем относится к группе венерических заболеваний, или ИППП (инфекций, передаваемых половым путём). Однако возможна передача сифилиса и через кровь, например, при переливании крови заражённого сифилисом донора, или у инъекционных наркоманов при пользовании общими шприцами и/или общими ёмкостями для растворов наркотиков, или в быту при пользовании общим «кровавым» инструментом типа зубных щёток или опасных бритв.

Бытовой «бескровный» путь заражения сифилисом также не исключён, но весьма редок и требует тесного контакта с больным третичным сифилисом, имеющим открытые сифилитические язвы или распадающиеся сифилитические гуммы, из которых возбудитель может попасть, например, на посуду, из которой пил больной. Также можно перечислить полотенца, ложки, зубные щетки, белье и пр. соприкасающиеся со слизистыми оболочками предметы. Способность мочи и пота больного передавать инфекцию не доказана, в слюне бледные трепонем обнаруживаются только при нали-

чии высыпаний в полости рта. Возможно заражение ребёнка молоком матери даже при отсутствии видимых изменений в области молочной железы, так же заразной является сперма, даже при отсутствии видимых патологических очагов на половом члене больного. Медицинский персонал может заразиться заболеванием при осуществлении лечебно-диагностических мероприятий, а также при вскрытии трупов больных сифилисом, особенно опасны трупы детей с первично врождённой формой заболевания.

Патогенез

Инкубационный период первичной стадии сифилиса составляет в среднем 3 недели (интервал от нескольких суток до 6 недель) с момента заражения. По окончании инкубационного периода в случае полового или бытового заражения в месте проникновения микроба обычно развивается первичный аффект.

Патогенез сифилиса обусловлен реакцией организма на внедрение в организм больного бледной трепонемы. Особенности возбудителя обуславливаются полиморфностью протекающих в зараженном организме процессов, в зависимости от стадии заболевания патологические изменения отличаются довольно значительно.

В классическом течении сифилитической инфекции принято выделять 4 периода: инкубационный; первичный; вторичный; третичный. Последние три периода обнаруживаются характерной симптоматикой, инкубационный период никак себя не проявляет, и его сроки определяются лишь косвенно после появления клиники.

Инкубационный период представляет собой период болезни, продолжающийся от момента проникновения в организм бледной трепонемы до возникновения твердого шанкра. В течение его происходит постепенное увеличение количества клеток возбудителя в месте их внедрения в организм больного. Этот период заболевания характеризуется отсутствием регистрируемых клинических и серологических изменений в организме больного, продолжается он в среднем 3-4 недели, возможно его укорачивание до 8-15 дней или удлинение до 108-190 дней. Укорочение инкубационного периода происходит, как правило, при одновременном заражении организма из 2 источников. Удлинение при приеме антибиотиков, после момента заражения, например по поводу ангины, хотя следует отметить, что увеличение инкубационного периода не всегда обусловлено приемом антибиотиков.

Первичный сифилис. С момента появления твердого шанкра начинается первичный период заболевания, который продолжается до возникновения на коже и слизистых специфической сыпи. Период первичного сифилиса длится в среднем 6-7 недель. Приблизительно через 5-8 дней после начала этого периода заболевания у больного начинают увеличиваться регионарные лимфоузлы, формируется специфический бубон (регионарный склераденит), во второй половине 20 века стали распространены варианты течения болезни при которых не происходит регионарного увеличения лимфоузлов. Если в

начале 20 века только у примерно 0,06% больных не было регионарного увеличения лимфоузлов, то в 1976 году, по данным Е.М Костиной такая клиника была уже у 21,6% заражённых. Так же как правило лимфаденит сопровождается воспалением лимфатических сосудов (лимфангитом).

Первичный сифилис разделяют на 2 периода, серонегативный и серопозитивный. В серонегативном периоде стандартные серологические реакции, такие как реакция Вассермана или ИФА, отрицательны. В серопозитивном периоде стандартные реакции становятся положительными, это происходит примерно через 3-4 недели после возникновения первичной сифиломы; если хотя бы одни из проведённых серологических реакций оказывается положительной, то выставляется диагноз первичного серопозитивного сифилиса. Данное разделение осуществляется для того, чтобы можно было оценить длительность существования инфекции в организме больного.

Вторичный сифилис обусловлен преимущественно гематогенной диссеминацией возбудителя в организме больного и проявляется появлением высыпаний на коже и слизистых оболочках, поражением нервной системы.

Данный период заболевания в большинстве случаев начинается через 6-7 недель после появления первичной сифиломы или через 9-10 недель после заражения. Вследствие гематогенного распространения возбудителя наблюдается системное поражение организма, развивается специфическая розеолезно папулезно пустулезная сыпь. При этом также страдают и все органы и системы организма, поражается нервная система, кости, печень, почки и многое другое. Высыпания на коже, во многом обусловленные активным иммунным ответом, через несколько недель полностью бесследно рассасываются и заболевание переходит в скрытую фазу.

В таком состоянии возбудитель находится в организме больного в несколько подавленном состоянии, его размножение ограничивается силами иммунного ответа. Но в то же время человек не может полностью устранить очаги хронической инфекции, возникшие в его органах и тканях, и при ослаблении напряженности иммунитета может наблюдаться рецидив заболевания. Подобные рецидивы заболевания могут повторяться неоднократно; характерной особенностью является постепенное увеличение элементов сыпи, их склонность к слиянию в единые очаги. Следует отметить, что, начиная с конца XX века, ориентируясь только на клиническую картину заболевания, зачастую невозможно отличить свежий и рецидивный вторичный сифилис. Это во многом обусловлено патоморфозом возбудителя и широким применением антибиотиков в быту.

Третичный сифилис является следующей стадией развития заболевания; если вторичный сифилис у больного не лечился или лечился неадекватно, то заболевание переходит в эту фазу. В этой стадии происходит постепенное ослабление эффективности иммунного ответа и начинает развиваться сифилитическое поражение всех органов и тканей организма больного. На

коже это проявляется в виде формирования сифилитических гумм. Заболевание течет циклично, и обострения, как правило, связаны с воздействием факторов, приводящих к понижению иммунитета, таких как травмы, инфекционные заболевания, стрессы, недостаточное питание и т. п. Если больной в течение 10-20 лет после начала третичного периода сифилиса не получает адекватного лечения, начинается специфическое сифилитическое поражение; оно может проявляться поражением практически любой из систем организма. Примером таких поражений являются нейросифилис, сифилис почек, сифилитическое поражение сосудов и клапанов сердца и ещё целый ряд заболеваний аналогичной этиологии. Следует отметить, что благодаря применению антибиотиков и скрининговым обследованиям третичный сифилис стал встречаться значительно реже, чем в первой половине XX века.

Следует отметить, что были зарегистрированы случаи, при которых у больных после обычного течения 1 и 2 фазы болезни не обнаруживались серологические или микробиологические следы возбудителя. В первой половине XX века считалось, что возможно самопроизвольное излечение заболевания. В какой-то мере это верно в связи с тем, что такой человек является незаразным и не имеет никаких клинических проявлений болезни, однако по мере исследования данного вопроса было обнаружено, что полной санации возбудителя не происходит. Под действием иммунной системы бледная трепонема переходит в L-форму что препятствует её обнаружению с помощью стандартных серологических методов обследования. А в том случае, если иммунный ответ достаточно активен, количество клеток возбудителя становится настолько мало, что вероятность их обнаружения значительно снижается. То есть такой больной становится резервуаром инфекции; если иммунитет ослабнет, возбудитель снова начнет активно размножаться, и человек снова станет источником инфекции и появятся клинические и серологические признаки болезни.

Механизм иммунного ответа

В настоящее время считается, что к бледной трепонеме отсутствует врождённый иммунитет, хотя и существуют косвенные данные, свидетельствующие против этой теории. В период контакта организма больного с инфекцией у него развивается так называемый нестерильный инфекционный иммунитет. Это означает, что организм выделяет адекватные возбудителю антитела, но, несмотря на это, полностью уничтожить патогенные микроорганизмы ему не удастся. Теоретически такой иммунный ответ возникает, начиная с момента контакта с возбудителем, и сохраняется до момента полного излечения. Однако на практике в третичном периоде заболевания он может быть выражен настолько слабо, что специфические антитела не регистрируются даже при выраженных клинических проявлениях.

В результате взаимодействия антигенов бледной трепонемы с иммунной системой больного начинают вырабатываться три группы антител. В начале заболевания в крови обнаруживаются преимущественно IgA

(флюоресцины); после появления твердого шанкра к ним присоединяются IgM (реагины), и только после этого – IgG (иммобилизины). Помимо антигенов в иммунном ответе также участвует и клеточный компонент защитной системы организма. В противодействии бледной трепонеме оказываются задействованы макрофаги Т-лимфоциты, В-лимфоциты.

Клинические проявления заболевания

В зависимости от стадии заболевания клиника весьма полиморфна. Также клиническая картина сифилиса во многом определяется сроками начала лечения, его регулярностью и корректностью.

Первичный сифилис. Начинается заболевание с появления первичного аффекта. Чаще всего первичные признаки проявляются в виде характерного «твердого шанкра» – глубокой, обычно безболезненной или почти безболезненной некровоточащей сифилитической язвочки с ровными боковыми поверхностями, ровным дном и ровными краями, имеющими правильную округлую форму. Язвочка плотная (за что и названа твердым шанкром), не спаяна с окружающими тканями, не проявляет тенденции к росту в диаметре, углублению или к формированию язв-спутников, возникает в результате иммунного ответа организма в месте внедрения бледной трепонемы в организм. Помимо классического варианта твердого шанкра может наблюдаться и атипичное его течение, оно проявляется в виде индуративного отека, шанкра панариция, шанкра амигдалита.

Индуративный отек возникает, как правило, в области половых органов и представляет собой увеличение и изменение цвета кожных покровов мошонки или клитора и половых губ. Как правило, больные не жалуются на боли, при надавливании на область отека в месте нажатия не остается углубления, кожа приобретает застойно-синюшную окраску, бледнеющую от центра к периферии. Данное образование сохраняется у больного от 1-2 недель до месяца. У женщин встречается несколько чаще чем у мужчин. В тех случаях, когда отек не сопровождается наличием твердого шанкра, он может быть принят за проявление других инфекционно-воспалительных заболеваний репродуктивной системы. Дифференцировать данное состояние от других инфекций позволяют отсутствие воспалительных изменений, в анализе крови и регионарного лимфаденита.

Шанкр-панариций во многом напоминает типичный панариций, развивается он на пальцах кисти, обычно это 1-3 пальцы правой кисти. В отличие от классического твердого шанкра он, как правило, болезненный, так же он может сопровождаться развитием классического твердого шанкра на половых органах.

Шанкр-амигдалит развивается в ротоглотке и представляет собой одностороннее увеличение небной миндалины без дефектов на её поверхности. Увеличенная миндалина выпирает в полость зева, вызывает боли и затруднение при глотании, могут возникать общее недомогание, повышаться температура, во многом такое течение сифилиса напоминает анги-

ну, однако для сифилитического процесса характерен односторонний лимфангит. Следует отличать типичные твердые шанкры, расположенные на миндалинах, от шанкра-амигдалита, при котором не происходит образование язвы и поверхность миндалина остается гладкой.

Иногда первичные проявления имеют нетипичный внешний вид (например, вид воспалённой кровоточащей язвочки с рыхлым дном и краями). Обычно это бывает при сопутствующем инфицировании язвочки вторичной бактериальной инфекцией или её травмировании. В этих случаях порой даже опытный венеролог может ошибиться с определением сифилитической природы язвочки. Ситуация осложняется и тем, что при первичном сифилисе больной обычно ещё серонегативен, а в материале со дна язвы бледная трепонема выявляется не всегда.

Часто выявляется регионарный лимфаденит. При этом ближайшие к язвочке регионарные лимфатические узлы увеличенные, плотные, инфильтрированные, но, как правило, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями и «холодные» – температура их не повышена, как при многих воспалительных заболеваниях. Иногда первичные признаки вообще отсутствуют или не обнаруживаются больным в начальный период из-за трудности (например, при возникновении на дне влагалища у женщин). В этом случае заболевание может выглядеть как начавшееся сразу со вторичной стадии (сифилитической бактериемии) или даже сразу с хронической, латентной стадии.

Через несколько дней или недель первичные признаки исчезают. В конце первичного серонегативного периода, особенно ближе к его концу, больные могут отмечать недомогание, слабость, головокружение, повышение температуры. Вскоре после этого развивается вторичная, бактериемическая стадия сифилиса.

Вторичный сифилис. Для неё характерны генерализованные поражения кожи и слизистых оболочек, часто в виде очень характерной бледно-пятнистой сыпи («ожерелье Венеры») или в виде множественных мелких кровоизлияний в кожу и слизистые оболочки. Характерен генерализованный лимфаденит, причём лимфатические узлы опять-таки увеличенные, плотные, при прощупывании инфильтрированные чем-то, но безболезненные или малоболезненные, не спаяны с окружающими тканями и на ощупь «холодные».

На этой стадии у больного могут наблюдаться лёгкое недомогание, субфебрильная температура (около 37°C или чуть выше), слабость и явления катара верхних дыхательных путей (кашель, насморк) либо явления конъюнктивита. Нередко на стадии вторичного сифилиса характерные пятнистая сыпь на коже и поражения слизистых вообще отсутствуют, а заболевание выглядит, как катар верхних дыхательных путей (то есть обычная «простуда»). Поэтому на этой стадии заболевание может пройти незамеченным для больного, особенно если ранее он не обнаружил у себя первичных признаков.

Иногда же стадия вторичного сифилиса вообще не выражена: нет ни сыпи, ни недомогания, ни субфебрильной температуры, ни катара верхних дыхательных путей, и заболевание сразу переходит в хроническую стадию.

Стадия сифилитической бактериемии, или вторичная стадия, обычно длится несколько дней, редко затягиваясь дольше 1-2 недель. При этом пятнистая сыпь постепенно бледнеет и исчезает, параллельно ослабевают и исчезают явления катара верхних дыхательных путей, отступают слабость и недомогание.

Ранний нейросифилис. Клинические проявления раннего нейросифилиса появляются в первые 2-3 года после заражения и соответствуют вторичному периоду заболевания. Патоморфологически ранний нейросифилис характеризуется поражением сосудов и оболочек мозга. В мозговых оболочках определяются признаки пролиферативного воспаления. В сосудах происходит гиперплазия интимы с образованием вокруг них миллиарных гумм.

Наиболее частым проявлением раннего нейросифилиса является хронический сифилитический менингит. Патогномоничным симптомом в дифференциальной диагностике с менингитами другого происхождения является симптом Аргайля-Робертсона – реакция зрачков на аккомодацию и конвергенцию сохранена, а на свет нарушена.

К более редким формам раннего нейросифилиса относят ранний менингovasкулярный сифилис, сифилитический невриты и полиневриты, сифилитический менингоэнцефалит. Клиническая картина раннего нейросифилиса зависит от поражённых структур и во многом схожа с инфекционно-воспалительными заболеваниями мозга другой этиологии.

Третичный сифилис. Затем наступает бессимптомная, латентная хроническая стадия сифилиса, которая может длиться месяцы или годы, а порой даже 10-20 лет и более. Часть нелеченых больных сифилисом так и остаются хроническими носителями бледной трепонемы без симптомов третичного сифилиса всю жизнь. Но примерно у 30% нелеченых больных сифилисом после бессимптомной хронической стадии развивается третичный сифилис, характеризующийся многочисленными прогрессирующими деструктивными поражениями различных органов и систем: аорты (сифилитический аортит), головного мозга (прогрессивный паралич), спинного мозга (спинная сухотка лат. *tabes dorsalis*), крупных сосудов (сифилитический эндартериит), костно-мышечной системы, кожи или слизистых оболочек. Из-за наличия очагов хронической инфекции в органах и тканях формируются гуммы, представляющие мягкотканые опухоли, впоследствии перерождающиеся в фиброзные рубцы.

Поздний нейросифилис. Термин «нейросифилис» включает целый спектр синдромов поражения ЦНС, которые были классифицированы Н. Meritt и соавт. в монографии «Нейросифилис» 1946 года.

Характерным является то, что все формы заболевания развиваются через значительный промежуток времени после заражения, и серологическая диагностика достаточно часто не может выявить наличие сифилити-

ческой инфекции. Быстрее всего развивается латентный сифилитический менингит, который возникает через 2 и более года после заражения, остальным формам позднего нейросифилиса требуется 10-15 лет для развития клинических проявлений заболевания. В зависимости от формы заболевания отличается клиника его течения, однако в целом симптоматика схожа. У больных наблюдаются параличи, парезы, возникают головные боли, может нарушаться высшая нервная деятельность, снижается способность к логическому мышлению, ухудшается память и внимание.

Спинная сухотка характеризуется поражением спинальных нервов, нервных ганглиев и задних столбов спинного мозга. В результате у больного формируется специфическое нарушение походки – сенситивная атаксия. В поражённых задних столбах спинного мозга проходят пучки Голля и Бурдаха, которые отвечают за глубокую мышечно-суставную чувствительность. Больной во время ходьбы не ощущает опоры. Он не может передвигаться с закрытыми глазами, теряется ощущение положения тела в пространстве.

Прогрессивный паралич представляет собой прогрессирующий менингоэнцефалит, развивающийся постепенно с пиком заболеваемости в 15-20 лет после инфицирования. Имитирует проявления многих психических заболеваний. Начинается с раздражительности, снижения памяти, невозможности сосредоточиться и изменения личности. По мере прогрессирования присоединяются расторможенность, асоциальное поведение и бред. До применения пенициллина больные с прогрессивным параличом составляли от 5 до 10% от всех больных психиатрических стационаров. В терминальных стадиях развиваются деменция, параличи и нарушения функции тазовых органов.

Атрофия зрительного нерва. Может являться самостоятельной формой нейросифилиса. Характерно одностороннее ухудшение зрения, которое постепенно распространяется и на второй глаз. Лечение сифилиса приостанавливает снижение зрения. Исходом заболевания у нелечённых больных является слепота вследствие атрофии зрительного нерва.

Поздний сифилис костей и суставов. При поражении костей и суставов в третичном периоде заболевания характерно формирование гумм. В очагах поражения возникает реактивный остит, то есть происходит избыточная патологическая минерализация кости, это позволяет отличить подобное поражение от туберкулеза костей, при котором минерализация кости снижается. При сифилисе поражаются как правило диафизы длинных трубчатых костей, чаще это большеберцовые кости. Суставы в третичном периоде поражаются относительно редко, чаще страдают крупные суставы конечностей, плечевые, коленные, голеностопные.

Врождённый сифилис во многом отличается от классического течения заболевания. Это обусловлено воздействием бледной трепонемы на ткани плода, что приводит к многочисленным морфологическим измене-

ниям, проявляющихся в виде характерных для данного заболевания врождённых патологий.

Опасность врождённого сифилиса заключается в том, что даже после полного уничтожения возбудителя в организме больного, врождённые изменения не исчезают, что значительно снижает качество жизни больного, и зачастую приводит к инвалидности.

Диагностика

Диагноз сифилиса в ряде случаев можно заподозрить клинически, но основным методом диагностики и подтверждения предварительного диагноза является серодиагностика. В настоящее время для определения антител к возбудителю используется ИФА, ранее в России для этого применялась реакция Вассермана. Все методы диагностики сифилиса разделяются на следующие группы:

Прямые и непрямые (косвенные)

Трепонемные (специфические) и нетрепонемные (неспецифические)

Отборочные (скрининговые) и подтверждающие (диагностические)

Приборные, бесприборные.

Каждый из этих методов имеет свои специфические недостатки которые ограничивают его массовое применение. Метод темнопольной микроскопии может обнаружить возбудитель только при свежем сифилисе, и с его помощью невозможно оценить динамику и эффективность лечения. Метод ПЦР диагностики позволяет эффективно обнаруживать возбудитель только при первичном и вторичном сифилисе, тест системы относительно дороги и исследования эффективности данного метода в диагностике сифилиса ещё продолжаются. Таким образом мы видим, что методы прямой диагностики мало применимы в клинической практике, в связи с чем основной диагностики являются различные серологические методики (непрямые).

Следует отметить, что ни один из методов диагностики не гарантирует 100 % обнаружения возбудителя. Чувствительность методов составляет 90-98 %, поэтому одновременное использование 2 различных методов исследования может с очень высокой степенью достоверности установить верный диагноз.

Гонорéя (от др.-греч. γόνος «семенная жидкость» и ῥέω «теку») – воспаление слизистой оболочки, вызываемое грамотрицательным диплококком – гонококком лат. *Neisseria gonorrhoea*. Относится к венерическим заболеваниям.

При гонорее поражаются слизистые оболочки, чаще всего половых путей, но могут поражаться слизистая прямой кишки, конъюнктива (в таком случае болезнь называется бленнорей).

Гонококки – вид грамотрицательных диплококков рода *Neisseria*. Вызывают гонорею – антропонозную венерическую инфекцию, характеризующуюся гнойным воспалением слизистых оболочек, чаще мочеполовой системы.

Заболевания: уретрит, цервицит, сальпингит, проктит, бактериемия, артрит, конъюнктивит (бленнорея), фарингит. Реже вызывают воспаление глотки и прямой кишки. Источник инфекции – больной человек. Возбудитель передаётся половым путём, реже – через предметы обихода (белье, полотенце, мочалка). При бленнорее заражение новорожденного происходит через инфицированные родовые пути матери.

Протекание болезни

Заболевание проявляется через 3-7 суток после заражения; протекает или остро, или хронически. Острая гонорея характеризуется выделением сначала слизи, а потом гноя, ощущением щекотания, жжения и боли в канале, частыми позывами к мочеиспусканию, очень болезненному. Приблизительно у половины зараженных людей не наблюдается никаких симптомов, особенно в начале заболевания.

Заразное начало из мочеиспускательного канала проникает к придатку яичка и вызывает его воспаление, выражающееся его увеличением, чрезвычайной болезненностью, общим лихорадочным состоянием. Воспаление это через 3-4 недели может пройти благополучно, или обратиться в хроническое, или окончиться омертвением придатка. Семенной канатик иногда воспаляется.

Болезнь переходит иногда на мочевой пузырь, распространяется дальше на мочеточники и вызывает заболевание самих почек. Воспаление слизистой оболочки способно распространяться и в глубину тканей. Лимфатические железы и сосуды при гонорее также поражаются, припухают. Наружные покровы воспаляются, отекают. Иногда наступает даже омертвление крайней плоти.

Острая гонорея у женщин имеет то же течение, что и у мужчин. Симптомы и течение болезни те же. От раздражения гноем наружных покровов развивается поражение кожи (экзема). Бартолиновы железы нагнаиваются. Заболевания мочевого пузыря, внутренней оболочки и покровов матки (пара- и периметриты) и т. п. представляются тяжёлыми осложнениями гонореи. Очень часто гонорея является причиной бесплодия.

Профилактика

Для профилактики гонореи рекомендуется пользоваться презервативами. В случае незащищенного полового контакта рекомендуется провести антибактериальную профилактику.

Диагностика

Применяется один из способов: микробиологическая диагностика; бактериоскопический метод; бактериологический метод: посев на питательные среды, содержащие нативные белки крови, сыворотки или асцитической жидкости; серологический метод: РСК (реакция Борде-Жангу) или РИГА с сывороткой крови больного; молекулярно-генетический метод – тест с ДНК-зондом.

Хламидиоз – инфекционное заболевание, передающиеся половым путём, вызываемое хламидиями (*Chlamydia trachomatis*).

По статистике ежегодно хламидиозом в мире заболевает 100 млн человек, а число инфицированных хламидиями людей на всем земном шаре по самым скромным подсчётам достигает одного миллиарда. По данным ВОЗ и многочисленных отечественных и зарубежных исследователей, урогенитальный хламидиоз является одним из самых распространённых заболеваний, передаваемых половым путём, поэтому серьёзную проблему для современной венерологии представляет поиск максимально эффективных средств лечения так называемых негонококковых воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы.

По разным данным, от 5 до 15% молодых сексуально активных людей поражены хламидийной инфекцией. У пациентов дерматовенерологических диспансеров Российской Федерации данная инфекция встречается в 2-3 раза чаще, чем гонорея. Частота негонококковых воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы в 5-6 раз превышает таковую у гонореи, их инкубационный период более длительный, клинические проявления менее выражены, чаще возникают осложнения, среди возбудителей преобладают хламидии. Широкое распространение хламидийной инфекции связано прежде всего с бессимптомным течением заболевания.

Хламидии способны вызывать у человека спектр органных поражений, во много раз перекрывающий таковой, например, у грамотрицательных пиогенных кокков. Действительно, редкий микроорганизм может повреждать одновременно и наружные, и внутренние половые органы, слизистую дыхательных путей, интиму сосудов и сердце, синовиальную выстилку суставов, зубы, органы зрения и слуха.

Долгое время едва различимые в световой микроскоп *Chlamydia trachomatis* не привлекали пристального внимания медицины. Поскольку не имели ни отягощенного анамнеза, ни шумной истории открытия. Хламидии нельзя было причислить ни к вирусам, ни к бактериям. Потому что устроены и функционируют они значительно сложнее первых, но куда проще вторых.

У этого микроорганизма очень необычная история названий. Хламидии, даже задолго до зачисления их в отдельное семейство и род удостаивались пышных и необычных имён. «Миягаванеллы» (*Miyagawanella*), «гальпровии» (*Halprowia*), «бедсонии» (*Bedsonia*) – какими только поэтическими именами не называли этот микроорганизм.

Этиология

Chlamydia trachomatis – представляют собой неподвижные, кокковидные, грамотрицательные облигатные внутриклеточные микроорганизмы. Хламидийная инфекция поражает главным образом мочеполовую систему. В настоящее время урогенитальный хламидиоз является самой распространённой (до 60%) причиной негонококковых уретритов. Длительное время скрыто существуя, при неблагоприятных условиях (воздействие антибиотиков, перегревание, переохлаждение, простуда) хламидии способны трансформи-

роваться в так называемые L-формы – как бы «впадают в спячку». Данный феномен способствует длительному внутриклеточному паразитированию без конфликтов с иммунной системой хозяина. При делении клеток организма спящие хламидии передаются дочерним клеткам. Только в период иммуносупрессии (подавления защитных сил) возможно активное размножение и так называемая реверсия (пробуждение) хламидий из L-форм.

Пути заражения

Заражение хламидиозами обычно происходит половым путём, однако передача происходит не во всех случаях: если гонореей от больного партнёра заразятся во время полового контакта 3 из 4 человек, то хламидиозом – 1 из 4. Женщины более восприимчивы к хламидиозу.

Инкубационный период – от 2-х недель до 1 месяца. Основной путь заражения – вагинальный, или анальный половой контакт. Дети могут инфицироваться при прохождении плода через родовые пути матери, больной хламидиозом. Также возможен контактно-бытовой путь передачи (установлено сохранение инфекционности хламидий на бытовых предметах, в том числе на хлопчатобумажных тканях, до 2-х суток при температуре 18-19 градусов).

Хламидия напоминает вирус тем, что является полностью внутриклеточной бактерией: зависит от питательных веществ и энергии клетки – хозяина, не синтезирует АТФ, являясь энергетическим паразитом. Но, как и все бактерии, содержит как ДНК, так и РНК, размножается делением, имеет твердую оболочку наподобие грамотрицательных бактерий, которая содержит сходный липополисахарид.

Клинические проявления

Хламидиоз очень часто протекает бессимптомно, либо с минимальными проявлениями. Абсолютно без симптомов хламидиоз протекает у 46% мужчин и 67% женщин. Если же симптомы присутствуют, то выражены они не ярко.

Хламидиоз у женщин проявляет себя такими симптомами, как выделения из влагалища слизистые или слизисто-гнойные. От нормальных выделений они могут отличаться неприятным запахом или желтоватым оттенком. Могут появиться несильные боли в области наружных и внутренних половых органов, зуд и жжение (в том числе, при мочеиспускании), боли внизу живота – в области малого таза, усиление болей перед менструацией, межменструальные кровотечения. Также у женщины может наблюдаться общая слабость и легкая температура – симптомы интоксикации.

У мужчин симптомы наличия хламидийной инфекции проявляются вначале, в большинстве случаев, как легкое воспаление мочеиспускательного канала затяжного (хронического) течения – уретрит, который продолжается не менее нескольких месяцев. У мужчин могут появиться скудные стекловидные выделения из мочеиспускательного канала. При мочеиспускании могут отмечаться зуд и жжение. Могут быть разные боли, в

основном несильные: болеть может в мочеиспускательном канале, в мошонке, в пояснице, в яичках. Может повыситься температура – до 37 градусов, мужчина может ощущать общую слабость – следствие интоксикации. Может наблюдаться помутнение мочи, наличие в ней гнойных нитей. У некоторых мужчин могут даже появляться кровянистые выделения в конце мочеиспускания или при семяизвержении.

В ряде случаев происходит длительное сохранение хламидий в организме в виде изолированных микроколоний на слизистых – так называемое носительство. При клиническом, инструментальном и лабораторном обследовании никаких признаков поражения органов не выявляется – то есть человек клинически здоров, и лишь при применении высокоточных методов лабораторной диагностики (ПЦР, культуральное исследование) выявляются хламидии. Это состояние связано с подавлением размножения хламидий иммунной системой организма.

Осложнения

Хронический простатит, ведущий к гибели железистой ткани предстательной железы, сужению протоков простаты, изменению количества и качества секрета простаты, что приводит к обездвиживанию и быстрой гибели сперматозоидов.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин – хламидийная инфекция может проникнуть в матку, придатки матки, маточные трубы женщины вызывая там воспалительный процесс – эндометрит, сальпингоофорит, сальпингит. Отличительной чертой хламидиоза является образование рубцов и спаек в маточных трубах, что является причиной внематочной беременности и трубного бесплодия. Наличие хламидиоза часто приводит к преждевременному окончанию беременности (выкидыши); опасность представляет инфицирование плода во время родов (до 40%).

Диагностика

Диагностика хламидиоза сложна, поскольку *Chlamydia trachomatis* – внутриклеточный паразит. В связи с этим для диагностики хламидиоза берут не мазок (слизь и выделения), а соскоб (клетки больного органа), но применение неинвазивных тестов иногда более приемлемо для пациентов. Материалом для анализа на хламидии также может стать кровь, моча и сперма у мужчин.

Для выявления хламидий используются следующие лабораторные методики:

Мини-тест. Вы можете купить его в аптеке и сделать себе анализ на хламидии. Это быстро, дешево, но точность этих тестов никогда не превышает 20%. Поэтому полагаться на тест нельзя.

Микроскопический анализ (общий мазок). При этом виде обследования у мужчин берётся мазок из уретры, у женщин – мазки одновременно из влагалища, шейки матки и наружного отверстия мочеиспускательного канала. Это один из самых старых методов, однако он до сих пор не утра-

тил своего значения. Мазок хорош своей доступностью, поскольку стоит недорого, а во многих государственных поликлиниках его делают и вовсе бесплатно. Но вероятность выявить хламидийную инфекцию таким способом очень мала, всего 15-20%, так как микроскопический анализ способен обнаружить только наличие воспалительного процесса. По результатам мазка можно в лучшем случае лишь заподозрить наличие хламидиоза, так как при хламидиозе количество лейкоцитов в мазке очень незначительно или даже не превышает нормы.

Реакция иммунофлюоресценции (РИФ). Взятый из уретры материал окрашивают специальным веществом, потом исследуют под специальным микроскопом (так называемым флюоресцентным). Если хламидии присутствуют, то они светятся, как светлячки в объективе микроскопа. Точность этого метода – до 60-70%. Время для анализа – не более часа. Точность в 70% – это и основной недостаток метода. С одной стороны – высокая, с другой – не очень. Для проведения анализа РИФ нужен очень профессиональный лаборант. Для забора материала – профессиональный врач. Непрофессионализм снижает и качество метода. Минусы РИФ и в том, что исследуемого материала должно быть много, а болезнь – находиться уже в активной стадии. Бывают и ложноположительные результаты, когда вместо хламидии высвечиваются стафилококки. Однако в руках профессионалов РИФ – один из лучших методов диагностики урогенитального хламидиоза.

Иммуноферментный анализ (ИФА). Определение антител (IgG, IgA, IgM) к хламидиям в крови. Эти антитела вырабатываются организмом в ответ на инфицирование. Антитела к хламидиям выявляются при взаимодействии со специальными препаратами, содержащими хламидийные антигены, образующие с антителами прочный комплекс, который можно обнаружить разными способами. Помимо обычных соскобов, для проведения анализа методом ИФА берется и кровь. Метод не только выявляет возбудителя заболевания, но и сообщает, на какой стадии хламидиоз находится – в острой или хронической. Первые антитела появляются на 10-20-й день заболевания. Потом появляются и другие антитела, которые могут указать врачу на хронический хламидиоз, или на повторное заражение, либо на активацию плохо пролеченного ранее хламидиоза. Но точность и этого анализа на хламидиоз не превышает 60%. Однако этот метод бывает незаменим, когда проводится комплексная диагностика организма на хламидии.

Полимеразная цепная реакция (ПЦР). Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Этот метод на сегодня обладает самой большой чувствительностью и достоверностью – до 100%. Для анализа нужно совсем немного материала, а результаты готовы уже через день-два. Но и этот метод иногда дает ложноположительные результаты. Чтобы подтвердить достоверность анализа ПЦР обычно нужно сдать анализ на хламидии другим методом, которые порекомендует врач, либо провести повторные исследование через месяц, три месяца и полгода.

Посев на хламидии (культуральный метод) с определением чувствительности к антибиотикам. Из всех методов диагностики хламидиоза это самый дорогой и трудоемкий метод – результаты анализа придется терпеливо ждать несколько дней. Однако эти его недостатки с лихвой компенсируются: если анализ на хламидии методом посева дает положительный результат, можно не сомневаться о присутствии этих бактерий в организме. Плюс этого анализа и в том, что в процессе посева определяется, от какого антибиотика ваша инфекция погибнет. Именно ваша, а не вашей жены/мужа, друга или подруги. Суть посева состоит в том, что забранный у вас на анализ материал, «высевают» на специальную среду. И «выращивают». Через некоторое время по размеру и характеру колонии микробов можно судить, что же выросло. Посев выявляет хламидии в 70-90% случаев.

Уреаплазмоз – заболевание, вызываемое специфическим микроорганизмом *Ureaplasma urealyticum* (уреаплазма уреалитикум), относящимся к Грам-негативным микробам, лишенным клеточной стенки.

В организм человека инфекция может попасть двумя способами:

- половым путём при контакте с больным или носителем инфекции
- при рождении от больной матери: микробы могут попадать в половые пути ребёнка во время родов и сохраняться там всю жизнь в неактивном состоянии. Так, при обследовании детей колонизация влагалища уреаплазмами выявляется у 5%.

Инкубационный период при заражении половым путем зависит от состояния организма инфицированного, но в среднем около месяца. При этом инфицирование не обязательно приводит к развитию заболевания. Уреаплазма может годами жить в организме, не вызывая какой-либо симптоматики и не приводя к заболеванию. Бессимптомное носительство уреаплазмы является распространенным и обнаруживается примерно у 70% сексуально активных женщин и мужчин. Заболевание начинается, когда концентрация микроорганизмов превышает определенный порог.

Эпидемиология

В 1986 году Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения внес *U.urealyticum* в классификацию возбудителей болезней, передаваемых половым путем. Однако уреаплазмоз не был внесен в Международную классификацию болезней 9-го пересмотра и не был внесен в последующую Международную классификацию болезней 10-го пересмотра 1998 года.

С 1998 года уреаплазмоз в России учитывался как половая инфекция. В связи с введением в России Международной классификации болезней 10-го пересмотра уреаплазмоз был исключен из списка заболеваний, которые регистрировались как заболевания, передающиеся половым путем.

Поэтому под уреаплазмозом (то есть болезнью, вызванной уреаплазмой) в настоящее время понимают воспалительный процесс в мочеполовых органах, когда при лабораторном обследовании обнаружена *U.urealyticum* и не выявлен другой патогенный микроорганизм, способный вызвать данное воспаление.

Поскольку отсутствуют доказательства причинно-следственной связи между наличием уреоплазмы в шейке матки у женщин и осложнениями беременности, обязательное обследование на уреоплазму при беременности не проводится.

Симптомы уреоплазмоза

Как и при многих других инфекциях, заболевание не имеет симптомов, специфичных для данного возбудителя.

Симптомы уреоплазмоза возникают через 3-5 недель с момента заражения. Больной отмечает жжение или зуд при мочеиспускании, выделения из мочеиспускательного канала, так же может быть небольшой подъем температуры. Иногда неприятные ощущения в области паха и простаты. Следует отметить, что уреоплазмоз проявляется незначительными симптомами, которые мало беспокоят больных, а часто вообще не проявляется (особенно у женщин).

Симптомы уреоплазмоза у мужчин: скудные прозрачные выделения из мочеиспускательного канала; умеренная боль и жжение при мочеиспускании; симптомы простатита (при поражении предстательной железы).

Симптомы уреоплазмоза у женщин: скудные прозрачные выделения из влагалища; умеренная боль и жжение при мочеиспускании; боль внизу живота (при воспалении матки и придатков).

Клиника уреоплазмоза

Уреоплазмоз может протекать как в острой, так и в хронической форме. Может вызывать воспаление любых отделов мочеполового тракта: мужчины – уретра, простата, мочевого пузыря, яички и их придатки; женщины: влагалище, матка и придатки.

У мужчин в отсутствие лечения уреоплазмоз может вызывать воспаление предстательной железы. Кроме того, при некоторых исследованиях удалось установить, что уреоплазмы могут фиксироваться на сперматозоиде и нарушать их двигательную активность, а, в ряде случаев, просто убивать спермии. В детском возрасте у носителей инфекции могут возникать некоторые трудности с опорно-двигательным аппаратом, в частности болевые ощущения при ходьбе и формировании двигательно-опорных мышц.

У женщин не леченный уреоплазмоз вызывает воспаление и спайки в маточных трубах, приводя к бесплодию и увеличивая риск внематочной беременности. У беременных уреоплазмоз может вызвать патологию беременности и плода.

Хроническая инфекция может со временем вызвать стриктуры уретры, воспаление суставов. Без лечения уреоплазмоз может время от времени проявляться. Повторные обострения могут быть связаны с простудой, эмоциональными перегрузками.

Микоплазмоз

Микоплазмы – это микроорганизмы, занимающие промежуточное положение в медицинской классификации между бактериями, грибами и

вирусами. Самостоятельно существовать они не могут, так как паразитируют на клетках организма-хозяина, получая из них основные питательные вещества. Обычно микоплазмы прикрепляются на клетки эпителия – слизистой выстилки кишечного, дыхательного и мочеполового трактов.

Среди достаточно большого количества микоплазм, встречающихся у человека, только 4 вида могут при определенных условиях вызвать болезнь. Одна из них – *Mycoplasma pneumoniae* – поражает дыхательную систему, вызывая воспалительные заболевания горла, бронхов, легких. Остальные три – *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* – являются возбудителями мочеполового микоплазмоза, который в настоящее время занимает значительное место среди заболеваний, передающихся половым путем.

В организме микоплазма, имеющая удлинённую змееподобную форму, прикрепляется только к цилиарным (имеющим реснички) клеткам эпителия дыхательных путей, в этом ей помогает поверхностный белок P1. Если его инактивировать, например, антисывороткой, то микоплазма не сможет прикрепиться к клетке и вызвать болезнь. Прикрепившись к клеткам, она как бы ввинчивается между ними, нарушая их работу. А вот как микоплазма вызывает болезнь, пока не вполне ясно. Известно лишь, что в развитии болезни, впрочем, как и в процессе выздоровления, ведущую роль играют клеточные механизмы воспаления и защиты.

Устойчивость этих микроорганизмов во внешней среде невелика – они быстро гибнут, поэтому основной способ заражения – половой или тесный бытовой контакт. Бытовым путем заражение может произойти, если, например, мерить нижнее белье или купальники всем рабочим коллективом, одалживать кому-нибудь банное полотенце и т.п. Как правило, микоплазмоз протекает скрыто, с преобладанием стертых, малосимптомных форм. Примерно 40% больных не чувствуют каких-либо явных симптомов, пока стрессовая ситуация, например аборт, не активизирует инфекцию, часто приводя к достаточно серьезным осложнениям.

Диагностика микоплазмоза достаточно сложна – признаков, характерных только для этого заболевания, нет, а сами микоплазмы настолько малы, что их невозможно обнаружить при обычной микроскопии. Микоплазмоз обнаруживается либо при мазках, исследуемых методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР-ДНК-диагностика), либо методом иммунофлуоресценции.

Микоплазмоз и беременность

Особенную тревогу вызывает все большее распространение этой инфекции среди беременных женщин. Во время беременности микоплазменная инфекция обычно обостряется, приводя к осложнениям. Все больше данных указывает на прямую связь микоплазмозов и самопроизвольного прерывания беременности, а также «замершей» беременности (внутриутробной гибели эмбриона на ранних сроках).

К счастью, за редчайшим исключением, микоплазмы не поражают плод – плацента надежно защищает развивающегося ребенка от этой инфекции. Но воспалительный процесс, вызванный микоплазмами, со стенок влагалища и шейки матки может перейти на плодные оболочки. Оболочки рвутся, околоплодные воды отходят, начинаются преждевременные роды. Риск преждевременных родов при инфицировании микоплазмами возрастает в 2-3 раза. Младенец может заразиться от инфицированной мамы во время рождения, проходя по родовым путям.

Микоплазмы вызывают развитие острого инфекционного процесса в матке (эндометрита) после родов, аборта, операции кесарева сечения. Эндометрит является одним из самых частых и грозных осложнений послеродового периода. Основной жалобой у больных микоплазмозом женщин является наличие обильных раздражающих выделений из половых путей, умеренный зуд, неприятные ощущения при мочеиспускании, боли при половом акте. Эти ощущения могут периодически усиливаться, затем самопроизвольно уменьшаться, вплоть до полного исчезновения.

Микоплазмоз и дети

Течение микоплазменной инфекции у малышей отлично от взрослых – поражается обычно бронхолегочное древо: вызываются воспаления глотки, носа, бронхов и легких. Интенсивность процесса зависит от состояния иммунной системы ребенка. «Слабые», инфицированные микоплазмой детишки болеют чаще и тяжелее.

Дети могут заразиться микоплазмозом в детском саду, школе – любом «тесном» коллективе. Микоплазма в таком случае передается по воздуху и заражаются ею только дети, иммунная система которых в данный момент сильно ослаблена (например, после простуды). Чаще всего возникает бронхит, но может развиваться и воспаление легких. В США 40% бронхитов у детей – микоплазменные.

Основнойстораживающий в этих случаях симптом – длительно (более 2 недель) не проходящий кашель. Иногда микоплазма «пристает» к детям с бронхиальной астмой, астматическим бронхитом – приступы становятся все чаще. После лечения микоплазмоза эти дети забывают о бронхиальной астме надолго.

Чесотка (лат. scabies) – заразное кожное заболевание, акариоз из группы акародерматитов, вызываемый микроскопическим паразитом – чесоточным клещом или чесоточным зуднем (лат. *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*). Название возбудителя происходит от др.-греч. σάρξ (мясо, мякоть), κόπτειν (грызть, терзать, резать) и лат. scabere (расчесывать). Характерными признаками заболевания являются зуд и папуловезикулезная сыпь, часто с присоединением вторичных гнойничковых элементов вследствие инфицирования при расчесывании.

Эпидемиология

Точных сведений о глобальной эпидемиологической картине чесотки не существует. Известны два относительно достоверных статистических

отчета по Эдинбургу (за 1815-2000 гг.) и по Дании (1900-1970 гг.). Согласно этим данным примерно 5% пациентов с кожными заболеваниями имели чесотку за весь период наблюдений. Резкие скачки заболеваемости наблюдались в военное время, когда чесотка поражала до 30% населения.

Существуют теории о волнообразном характере заболеваемости чесоткой с периодичностью в 7-30 лет. Однако эти теории подвергаются серьезной критике. Имеются данные о циклическом возрастании агрессивности чесоточного клеща вследствие развития его устойчивости к ряду скабицидов. Также отмечаются всплески заболеваемости в периоды войн, стихийных бедствий, голода и других социальных явлений, ведущих к скученности людей.

Для заболеваемости чесоткой характерна сезонность. В России это осень-зима. Те же данные получены по результатам 20-летнего наблюдения в армии Израиля. Сезонность заболевания объясняется отчасти биологическими особенностями самих клещей, плодовитость которых достигает максимума в сентябре-декабре, а также тем фактом, что прохладные условия способствуют лучшей выживаемости зудней во внешней среде. Кроме того, холод способствует скученности людей и снижению потоотделения (с потом выделяются противомикробные пептиды, к которым отчасти чувствительны и чесоточные клещи). В странах Западной Африки пиковая заболеваемость также отмечена в холодные и засушливые сезоны. Там же, где выраженной климатической сезонности не наблюдается, заболеваемость чесоткой распределена равномерно в течение года (Бангладеш, Гамбия, Бразилия).

Чесотка может протекать как эпидемически, так и эндемически. Спорадические вспышки характерны для индустриально развитых стран, где заболевание локализуется в основном в организованных коллективах, объединенных общими спальнями (воинские казармы, интернаты, детские дома, общежития, тюрьмы, лечебные учреждения и т. п.) или в асоциальных слоях общества. Коллективы, члены которых объединяются только в дневное время (группы в детских дошкольных учреждениях, классы в средних и высших учебных заведениях, трудовые коллективы), эпидемиологической опасности, как правило, не представляют.

В целом на конец XX в. чесоткой страдали около 300 млн человек (5% населения планеты). В мире чесоткой больше болеют дети младшего возраста, что связано с отсутствием у них иммунитета к возбудителю и с более частыми прямыми контактами с кожей больных. В России ситуация несколько иная. Основной риск составляет юношеская возрастная группа, которая, образуя всего десятую часть населения, берет на себя до 25% всей заболеваемости. Второе место традиционно занимает школьный возраст, третье – дошкольный, четвертое – зрелый. Существенно, что при чесотке распределение заболеваемости по социальным группам согласуется с возрастным. Наибольшая заболеваемость у студентов, ниже – у школьников и дошкольников. Такая ситуация объясняется особенностями сексуальной активности и развития противозудного иммунитета в различных возрастных группах.

Пути передачи

Заражение чесоткой почти всегда происходит при продолжительном прямом контакте кожа-кожа. Преобладает половой путь передачи. Дети нередко заражаются, когда спят в одной постели с больными родителями. В скученных коллективах реализуются и другие прямые кожные контакты (контактный спорт, возня детей, частые и крепкие рукопожатия и т.п.). Хотя ряд руководств продолжает воспроизводить устаревшие сведения о передаче чесотки через бытовые предметы (предметы обихода, постельные принадлежности и т.п.), специалисты сходятся на мнении, что такой путь заражения крайне маловероятен. Исключением являются случаи норвежской чесотки, когда на теле больного обитает до нескольких миллионов клещей (в типичных случаях это 10-20 клещей).

Ключевым экспериментом, доказавшим, что в передаче чесотки доминирующую роль играет прямой контакт с кожей больного, был выполнен в 1940 г. в Великобритании под руководством Mellanby. Из 272 попыток заразить добровольцев, укладывая их в постель, с которой только что поднимались больные с выраженной чесоткой, только 4 попытки привели к заболеванию.

Такие особенности передачи паразитоза объясняются следующими данными о его биологии:

- чесоточный клещ неактивен днём; самки выбираются на поверхность только в поздневечернее и ночное время суток;
- клещу необходимо около 30 мин для проникновения в кожу хозяина;
- во внешней среде клещ быстро погибает (при 21С и влажности 40-80 % паразит гибнет через 24-36 часов), чем теплее и суше, тем быстрее; активность клещ утрачивает еще раньше.

В настоящее время все больше руководств и медицинских обзоров включают чесотку наряду с фтириазом в список заболеваний, передающихся половым путем, хотя для передачи этих паразитозов имеет значение не столько сам коитус, сколько длительное соприкосновение телами в постели.

Биология и жизненный цикл чесоточного клеща

Возбудителем чесотки является чесоточный клещ – облигатный паразит человека. Для паразита характерен половой диморфизм: самки вдвое крупнее самцов, достигают 0,3-0,5 мм. Ротовые органы несколько выступают вперед, по бокам имеется 2 пары передних ножек с присосками, 2 задние пары ножек располагаются на брюшной поверхности, у самок снабжены длинными щетинками, у самцов на 4 паре ножек вместо щетинок присоски. Яйца клеща имеют овальную форму, личинка вышедшая из яйца имеет овоидную форму и 3 пары ножек (4 пара отсутствует), размер ее не превышает 0,15 на 0,1 мм.

Спаривание клещей происходит на поверхности кожи. Сразу после спаривания самцы погибают. Оплодотворенная самка формирует в роговом

слое кожи чесоточный ход, в котором откладывает по 2-4 яйца за ночь. Кератин кожи клещи растворяют с помощью специальных протеолитических ферментов, содержащихся в их слюне (образующимся лизатом они и питаются). Самцы формируют короткие боковые ответвления в чесоточном ходе самки. Продолжительность жизни самки не превышает 4-6 недель. Личинки вылупляются через 2-4 дня и сразу начинают формировать ходы в самом верхнем слое кожи. Еще через 3-4 дня личинки линяют и превращаются в протонимфу, которые в свою очередь линяют через 2-5 дней в телеонимфу. Телеонимфа развивается во взрослого самца или самку через 5-6 дней. Итого формирование взрослого клеща происходит за 10-14 дней.

Заразительным клещ может быть на любой стадии развития, однако чаще от человека к человеку чесотка передается с оплодотворёнными взрослыми самками.

Клещи не активны в дневное время. Самка начинает «рыть» ход (по 2-3 мм в день) вечером; тогда же усиливается зуд у больных типичными формами чесотки. Ночью самки выходят на поверхность кожи для спаривания и перемещения на другие участки тела (на поверхности теплой кожи клещи перемещаются со скоростью 2,5 см в минуту. Тогда же возникает наиболее благоприятная ситуация для заражения.

Патогенез

Клиническая картина при чесотке обусловлена иммуно-аллергической реакцией организма хозяина на продукты жизнедеятельности клеща, поэтому вся симптоматика развивается только после сенсибилизации больного. Этим объясняется длительный бессимптомный период (до 4 недель), предшествующий появлению первых признаков заболевания, при первичном заражении. В случаях же повторного заражения реакция на возбудителя может развиваться в течение суток. Развитием защитного иммунитета объясняется и трудность повторного заражения в эксперименте, а также тот факт, что при повторном заражении на теле больного обнаруживается значительно меньшее количество клещей.

Зуд при чесотке обусловлен в основном аллергической реакцией IV типа (гиперчувствительностью замедленного типа) на слюну, яйца и экскременты клещей. Расчесы, вызванные зудом, нередко ведут к присоединению бактериальной флоры (стафилококков и стрептококков) с развитием гнойничков (пимплектии). Таким образом, сыпь при чесотке приобретает полиморфность.

Интересно, что те же аллергены обнаружены и в бытовой пыли, населенной микроскопическими бытовыми клещиками, которые также питаются эпителием человека, составляющим основу домашней пыли.

При выраженном поражении клещами повышается уровень интерлейкина-4. У больных также наблюдается Th2-тип иммунного ответа, что связано с повышением у них сывороточных IgE и IgG в комбинации с эозинофилией. Однако этот выраженный гуморальный иммунный ответ не обладает значительным защитным действием. При чесотке более значим

клеточный иммунный ответ, который изучен на гистологическом уровне: клещей окружает воспалительный инфильтрат, состоящий из эозинофилов, лимфоцитов, гистиоцитов и небольшого количества нейтрофилов.

При норвежской форме чесотки наблюдается выраженный гиперкератоз, а в участках воспалительного инфильтрата обнаруживается большое количество клещей (до нескольких миллионов на теле одного больного). Норвежская чесотка возникает у больных, не ощущающих выраженного зуда, либо не способных совершать расчесы. Такие состояния встречаются при иммунодефицитах, когда иммунная реакция на клещей вяла (СПИД, регулярный прием глюкокортикостероидных и других иммуносупрессивных препаратов), при нарушении периферической чувствительности (проказа, сирингомиелия, параличи, спинная сухотка), конституциональных аномалиях ороговения, а также у немощных больных (старческое слабоумие, малоумие, ограниченная подвижность и т.п.).

При длительном существовании инфильтрата формируется так называемая скабиозная лимфоплазия в форме узелков (нодулярная чесотка), когда инфильтраты становятся очень плотными и распределяются вокруг подкожных сосудов и в жировой клетчатке, напоминая элементы при лимфоме или псевдолимфоме.

Клиника

Характерным, но не обязательным, клиническим симптомом при чесотке являются кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. На коже формируется эритематозная папуловезикулезная сыпь, при расчесывании присоединяются гнойничковые элементы и образуются корки с формированием полиморфных высыпаний. Патогномоничным признаком является наличие чесоточных ходов.

Как только самка клеща попадает на кожу человека, она незамедлительно начинает «рыть» ход в роговом слое кожи со скоростью 0,5-5 мм в сутки. В результате на поверхности кожи при внимательном рассмотрении можно обнаружить слегка возвышающиеся над поверхностью кожи линии белесовато-серого цвета, размерами от 1 мм до 1 см. Передний слепой конец хода различим по наличию в нем клеща, который виден сквозь эпидермис в виде темной точки. Чесоточные ходы становятся видимыми через несколько дней при формировании перитоннельной реакции организма хозяина. Чаше чесоточные ходы можно обнаружить в межпальцевых промежутках, на внутренней стороне запястий. Иногда чесоточные ходы обнаружить не удается (чесотка без ходов).

Первичная сыпь представлена мелкими эритематозными папулами, которые могут быть рассеянными или множественными, сливными. Со временем папулы могут преобразовываться в везикулярную (пузырьки), редко буллезную (пемфигоидная) сыпь. Выраженность сыпи не коррелирует с количеством паразитов, а обусловлена аллергической реакцией на продукты их жизнедеятельности.

Сыпь распределяется чаще всего (в порядке убывания) в межпальцевых промежутках кистей, на сгибательной стороне запястий, у мужчин быстро переходит с кистей на пенис и мошонку. Затем поражаются локти, стопы, подмышки, зоны под грудью у женщин, пупочная область, линия пояса, ягодицы. В итоге задействоваться может все тело, кроме лица и волосистой части головы (хотя у детей до 3 лет поражаются и эти области).

Наличие зуда, первичной сыпи и чесоточных ходов является основным клиническим симптомокомплексом типичной формы чесотки.

Папулы и везикулы часто развиваются во вторичные чесоточные элементы: экскориации (расчесы), экзематозные элементы, вторичные гнойничковые высыпания и корки. Первичные и вторичные элементы при этом сосуществуют на одном больном.

Расчесы нередко приводят к выраженному бактериальному инфицированию первичных элементов с развитием пиодермии, которая в редких случаях может вести к постстрептококковому гломерулонефриту и возможно к ревматическому поражению сердца. Иногда пиодермия при чесотке сопровождается возникновением фурункулов, эктимы и абсцессов, сопровождающихся лимфаденитом и лимфангитом. У ряда больных развивается микробная экзема или аллергический дерматит, которые наряду с пиодермией, в отечественной дерматологии относят к осложненным формам чесотки. Осложнения чесотки в виде дерматита и пиодермии возникают примерно у 50% больных.

У детей, особенно грудных, наряду с папуловезикулами и чесоточными ходами имеется везикулоуртикарная сыпь, развиваются мокнущия, возникают паронихии и онихии. У детей в первые 6 мес. жизни клиническая картина чесотки часто напоминает крапивницу и характеризуется большим количеством расчесанных и покрытых в центре кровянистой корочкой волдырей, локализующихся на коже лица, спины, ягодиц. Позже превалирует мелкая везикулезная сыпь, иногда пузыри (пемфигоидная форма). В отдельных случаях чесотка у детей напоминает острую экзему, сопровождается интенсивным зудом не только в местах локализации клещей, но и на отдаленных участках кожи. В связи с этим нередко отмечаются нарушение сна, чаще наблюдаются осложнения в виде аллергического дерматита, пиодермии типа импетиго. Могут возникать лимфадениты и лимфангиты, наблюдаются лейкоцитоз и лимфоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ, альбуминурия. У грудных детей может развиваться сепсис. В последние годы у детей отмечается рост случаев атипичной чесотки со стертыми формами.

Примерно у 7% больных формируется нодулярная (узелковая) чесотка, при которой формируются синюшно-багровые или коричневатые округлые уплотнения кожи 2-20 мм в диам., которые могут сохраняться на протяжении нескольких недель даже при отсутствии в них паразитов. По сути эти уплотнения представляют собой особый вариант чесоточного хо-

да в виде лентикулярной папулы. Причиной возникновения таких элементов является особая предрасположенность кожи отвечать на воздействие раздражителя реактивной гиперплазией лимфоидной ткани в местах наибольшего ее скопления. Она преобладает на мошонке, половом члене, ягодицах, локтях, в передне-подмышечной области, иногда узелки формируются в перианальной области. Надулярную чесотку называют также скабиозной лимфоплазией. Поскольку живых клещей в узелках нет, их образование объясняется выраженной иммунно-аллергической реакцией организма хозяина на продукты их жизнедеятельности. В случаях реинвазии наблюдается рецидив скабиозной лимфоплазии на старых местах уже без наличия хода. Узелки сопровождаются сильным зудом и в ряде случаев для их лечения применяют кортикостероидные инъекции.

Диагностика

Диагноз чесотки ставится на основании клинических проявлений, эпидемиологических данных, данных лабораторных методов обследования. Подтверждение диагноза лабораторно особенно важно при стертой клинической картине.

В каждом случае, когда пациент предъявляет жалобы на кожный зуд, следует в первую очередь исключать чесотку, особенно если зуд возник и у других членов семьи или организованного коллектива.

В связи с тем, что клещей удается обнаружить не всегда, ряд авторов предлагает следующий практический подход для диагностики: диагноз чесотки устанавливается при наличии папуловезикулезной сыпи, пустулезных элементов и кожного зуда (особенно усиливающегося в ночное время), а также при положительном семейном анамнезе.

Примечание: Вопреки распространенному заблуждению чесотка не связана с низким уровнем гигиены. Чесоточный клещ не восприимчив к воде или мылу. При ежедневном приеме душа/ванны количество клещей и вероятность заражения не снижаются.

Педикулёз (вшивость) (от лат. *pediculus*, «вошь») – паразитарное заболевание кожи и её деривата – волос. На человеке могут паразитировать головная вошь (*Pediculus Humanus Capitis*), платяная вошь (*Pediculus Humanus Corporis*) и лобковая вошь (*Phthirus Pubis*). Соответственно этому различают педикулёз головной, платяной и лобковый. Может также возникать смешанный педикулёз, когда присутствует инфестьция смешанного типа (напр., одновременная инфестьция головной и платяной вши). Вши питаются кровью хозяина, а яйца (гниды) приклеивают к волосам (платяная вошь откладывает яйца в складках одежды, реже приклеивает к волосам на теле человека). Увеличение числа больных педикулёзом наблюдается, когда люди живут скученно и/или в антисанитарных условиях, например, во время войн, катастроф. Многие убеждены, что вшами легче заразиться нервным, постоянно волнуемым людям. Иногда это связывают с изменением запаха человека в состоянии постоянного стресса.

Причины заболевания

Головные и платяные вши передаются от человека к человеку при непосредственном контакте (либо через одежду, бельё, предметы обихода, расчёски и т. п.).

Лобковая вошь (площица), как правило, передаётся половым путём, но возможна также передача через вещи (постельное бельё, одежда и т.д.).

Невозможно заразиться вшами от животных, так как эти паразиты видоспецифичны, то есть человеческие вши могут жить только на человеке.

Симптомы

Педикулез имеет следующие симптомы: кожный зуд в месте укуса вши; мелкие серовато-голубоватые пятна на коже; расчёсы (эксориации); наличие гнид в волосах.

От момента заражения до первых признаков болезни может пройти несколько недель. В результате инфицирования расчёсов могут развиваться гнойничковые заболевания кожи.

Стоит отметить, что платяные вши являются основными переносчиками сыпного тифа и ряда других риккетсиозов. Намного реже тиф переносят головные вши, в единичных случаях – площицы.

Профилактика

Соблюдение личной и общественной гигиены: регулярное мытье тела (не реже 2-х раз в неделю), смена нательного и постельного белья; стирка постельного белья при высокой температуре, проглаживание одежды горячим утюгом, особенно швов, где вши обычно откладывают яйца. Недопущение передачи личной расчески другим лицам. Нанесение жидкости из чайного дерева и лаванды в затылочную часть и за уши в целях предотвращения появления вшей.

Кипячение использованных вещей (преимущественно полотенце, головных уборов, постельного белья, одежды, имеющей капюшоны и воротники, мягких игрушек) с целью предотвращения повторного заражения педикулезом. Для проверки наличия вшей следует расчесать голову над светлой тканью. Не заматывать голову полотенцем на ночь, а хорошенько высушить волосы феном

Интересные факты

Педикулёз регистрируется как отдельная нозология, и инфестация населения вшами отображается в ежемесячных сводках по заболеваемости в Российской Федерации. Вши отдают предпочтение людям, которые часто моют волосы, так как у них кожа на голове чистая и вшам легче сосать кровь.

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие «социально значимые заболевания».
2. Что представляют социально значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих?
3. Укажите особенности основных заболеваний, охарактеризуйте пути их профилактики.

Литература

1. Александрова О.Ю. Организационно-правовые проблемы российского здравоохранения и перспективы их законодательного решения // Главврач. – 2008. – №4.
2. Анохин Л.В. Заболеваемость туберкулезом органов дыхания лиц, отбывающих наказание // Здравоохранение РФ. – 2010. – №6.
3. Белов В.Б. Детерминанты здоровья // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. – 2005. – №4.
4. Бобрик А.В. Оценка распространенности ВИЧ-инфекции, сифилиса и факторов риска их передачи в пенитенциарных учреждениях // Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний: науч. тр. Рос. науч.-практ. конф. 26-27 мая 2004 г. – М., 2008.
5. Виноградов К.А. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые итоги // Менеджер здравоохранения. – 2007. – №3.
6. Государственный стандарт РФ ГОСТ Р 22.0.04-95 «Безопасность в чрезвычайных ситуациях. Биолого-социальные чрезвычайные ситуации. Термины и определения» (введен в действие постановлением Госстандарта России от 25 января 1995 г. № 16) // СПС «Гарант»
7. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / под ред. В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. – М., 2007.
8. Здравоохранение в России 2009: статистический сборник. – М., 2010.
9. Кадыров Ф.Н. Что собой представляют социально значимые виды заболеваний? // Менеджер здравоохранения. – 2005. – №2.
10. Капков Д.П. Туберкулез в России в XX веке // Здравоохранение РФ. – 2008. – №3.
11. Лебедев В. Проблемы функционирования системы лекарственного обеспечения и развития фармацевтической промышленности // Отчет экспертной группы по разработке концепции лекарственного обеспечения, 2009 г.
12. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М., 2008.
13. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ред. от 27.12.2009) // Собрание законодательства РФ, 28.12.2009, № 52 (1 ч.), ст. 6441.
14. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // Собрание законодательства РФ, 06.12.2004, № 49, ст. 4916.
15. Постановление Правительства РФ от 10.05.2007 № 280 (ред. от 09.04.2009) «О федеральной целевой Программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» // СПС «Консультант Плюс»

16. Социально-значимые заболевания // Народный собор. – 2009. – №11.
17. Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ (ред. от 23.07.2008) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ, 28.07.2008, № 30 (ч. 2), ст. 3616.
18. Цыганок С.С., Парахонский А.П. Эффективная форма профилактики социально значимых заболеваний. – Краснодар, 2009.
19. Шишкин С.В., Бондаренко Н.В., Бурдяк А.Я. и др. Доступность медицинской помощи для населения России. – М., 2008.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

ОСНОВНАЯ

1. Вайнер Э.Н. Валеология : учебник для вузов. – М., 2002.
2. Бородаева Л.Г., Руднева И.А. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Педагогическая валеология». – Волгоград, 2007.
3. Горбушина С.Н. Мировоззренческие детерминанты здорового образа жизни в системе профессиональной подготовки будущего учителя. – М., 2004.
4. Овчинникова Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях. – СПб., 2006.
5. Чумаков Б.Н. Валеология. – М., 2000.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Акбашев Т. Всеобщая валеограмотность: шаг первый // Народное образование. – 1995. – №5. – С.107-108.
2. Александрова О.Ю. Организационно-правовые проблемы российского здравоохранения и перспективы их законодательного решения // Главврач. – 2008. – №4.
3. Амосов Н.М. Голоса времен. – М., 1999.
4. Анохин Л.В. Заболеваемость туберкулезом органов дыхания лиц, отбывающих наказание // Здравоохранение РФ. – 2010. – №6.
5. Ахмерова С.Г., Харисова И.М. Гигиеническое воспитание и формирование здоровья. – Уфа, 1999.
6. Ахмерова С.Г., Харисова И.М. Укрепление здоровья учащихся: концептуальная модель и учебная программа курса гигиенического воспитания: учеб.-метод. пособие. – Уфа, 2002.
7. Балашова В.А. и др. Основные направления программы «Оздоровительная модель общеобразовательного учреждения» // Завуч. – 2000. – №4. – С.65-70.
8. Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа. – М., 2004.
9. Белов В.Б. Детерминанты здоровья // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. – 2005. – №4.
10. Белов В.И. Энциклопедия здоровья. – М. Химия, 1994.

11. Бобрик А.В. Оценка распространенности ВИЧ-инфекции, сифилиса и факторов риска их передачи в пенитенциарных учреждениях // Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний: науч. тр. Рос. науч.-практ. конф. 26-27 мая 2004 г.- М., 2008.
12. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.
13. Брызгунов И.П. Беседы о здоровье школьников: Кн. для учителей и родителей. – М., 1992.
14. Булатова Н. Формируем валеологическую культуру // Народное образование. – 1998. – №3. – С.170-173.
15. Вайнер Э.Н. Общая валеология. – Липецк, 1998.
16. Валеология человека. Здоровье – Любовь – Красота. В 5 т. / под ред. В.П. Петленко. – СПб.; Минск, 1997.
17. Валеология. Справочник школьника. – Донецк, 1998.
18. Виноградов К.А. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые итоги // Менеджер здравоохранения. – 2007. – №3.
19. Волков В.Б. Тренинг социальной активности. – СПб., 2005.
20. Воронцов И.М. Закономерности физического развития детей и методы его оценки : учеб.-метод. пособие. – Л., 1986.
21. Гигиена детей и подростков / под ред. В.И. Кардашенко. – М., 1980.
22. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. – М.; Воронеж, 2003.
23. Государственный стандарт РФ ГОСТ Р 22.0.04-95 «Безопасность в чрезвычайных ситуациях. Биолого-социальные чрезвычайные ситуации. Термины и определения» (введен в действие постановлением Госстандарта России от 25 января 1995 г. № 16) // СПС «Гарант»
24. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Что губит нас...: О проблемах алкоголизма, наркомании и табакокурении. – Л., 1990.
25. Дивицына, Н.Ф. Социальная работа с неблагополучными детьми и подростками: конспект лекций. – Ростов-на-Дону, 2005.
26. Дробинская А.О. Школьные трудности «нестандартных» детей. – М., 2001.
27. Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. – М., 2001.
28. Ермолаева М.В. и соавт. Психолого-педагогическая практика в системе образования. – М., 1998.
29. Зайцев Г. Время педагогики здравосозидающей! // Народное образование. – 2002. – №6. – С.193-195.
30. Зайцев Г.К. Школьная валеология: Педагогические основы обеспечения здоровья учащихся и учителей. – СПб., 2001.
31. Зайцев Г.К., Зайцев А.Г. Твое здоровье: Регуляция психологии. – СПб., 2000.
32. Зайцев Г.К., Зайцев А.Г. Твое здоровье: Укрепление организма. – СПб., 1997.– 213с.

33. Зайцев Г.К., Ковалева О.Б. Построение уроков истории в средних классах школы с учетом доминирующих потребностей учащихся. – 2000. – №5. – С.13-23.
34. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / под ред. В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. – М., 2007.
35. Здравоохранение в России 2009: статистический сборник. – М., 2010.
36. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пос. для студентов вузов. – М., 2003.
37. Ищенко С.И. Активное долголетие. – Ростов н/Д, 1997.
38. Каган, В.Е. Психосексуальное воспитание детей и подростков. – СПб., 1999.
39. Кадыров Ф.Н. Что собой представляют социально значимые виды заболеваний? // Менеджер здравоохранения. – 2005. – №2.
40. Как сбываются и разбиваются мечты: учебно-методическое пособие. – М., 2006.
41. Капков Д.П. Туберкулез в России в XX веке // Здравоохранение РФ. – 2008. – №3.
42. Касаткин В.Н. и др. Здоровье: Организационные шаги по созданию школы, содействующей здоровью. – М., 2003.
43. Ковалев Г.А., Абрамов Ю.Г. Пространственный фактор школьной среды: альтернативы и перспективы // Учителю об экологии детства. – М., 1996. – С.189-199.
44. Колесов Д.В. Антинаркотическое воспитание: учеб. пособие. – М.; Воронеж, 2003.
45. Колесов Д.В. Предупреждение вредных привычек у школьников. – М., 1982.
46. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: Социально-эмоциональные проблемы / под науч.ред. Л.М. Шипициной, Е.И. Казаковой. – СПб., 2000.
47. Кон И.С. Введение в сексологию. – М., 1990.
48. Коробейников И.А. Нарушение развития и социальная адаптация. – М., 2002.
49. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: уч. пособие для студентов педвузов. – М., 2002.
50. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: (Деструктивное поведение в современном мире). – Новосибирск, 1990.
51. Кошелев А.А. Медицина катастроф. – СПб., 2000.
52. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. – М., 1996.
53. Лебедев В. Проблемы функционирования системы лекарственного обеспечения и развития фармацевтической промышленности // Отчет экспертной группы по разработке концепции лекарственного обеспечения, 2009 г.

54. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Ростов-на-Дону, 2000.
55. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М., 1982.
56. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983.
57. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство. – М., 1991.
58. Лищук В., Мостовая Е. Обзор основ здоровья. – М., 1994.
59. Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М., 2008.
60. Мардахаев Л.В. Методика и технология работы социального педагога. – М., 2005.
61. Методические рекомендации по физиолого-гигиеническому исследованию режима дня, состояния здоровья, основных физиологических систем учащихся и условий внешней среды школьных помещений / сост. Н.Н. Карташев, Е.И. Трегубов. – Волгоград, 1988.
62. Методологический проект развития системной философии / Э.Г. Винограй. Разд. Философия здоровья человека и общества. – Новосибирск, 1996.
63. Митяева А.М. Здоровый образ жизни: учеб. пос. для студентов вузов. – М., 2008.
64. Мурашев, В.И. Философия здоровья // Школа духовности. – 2002. – №3. – С.3-22.
65. Немов Р.С. Психология. – М., 1995.
66. Никитин Б.П., Никитина Л.А. Мы и наши дети. – М., 1988.
67. Никитин Б.П., Никитина Л.А. Резервы здоровья наших детей. – М., 1990.
68. Овчарова Р.В. Справочная книга социального педагога. – М., 2001.
69. Овчарова Р.В. Технологии практического психолога образования. – М., 2000.
70. Осложненное поведение подростков: Причины, психолого-педагогическое сопровождение, коррекция: справочные материалы / авт.-сост. Т.А. Шишковец. – М., 2006.
71. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ред. от 27.12.2009) // Собрание законодательства РФ, 28.12.2009, № 52 (1 ч.), ст. 6441.
72. Пайвина Е.Ю. Первичная профилактика аддиктивного поведения подростков. – Ижевск, 2003.
73. Педагогика: Педагогические теории, системы, технологии / под ред. С.А. Смирнова. – М., 2001.
74. Петленко В.П. Валеология человека: здоровье – любовь – красота. В 5 т. – СПб., 1996-98.
75. Подласый И.П. Педагогика. – М., 1996.
76. Попов С.В. Валеология в школе и дома (О физическом благополучии школьников). – СПб., 1997.

77.Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» // Собрание законодательства РФ, 06.12.2004, № 49, ст. 4916.

78.Постановление Правительства РФ от 10.05.2007 № 280 (ред. от 09.04.2009) «О федеральной целевой Программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» // СПС «Консультант Плюс»

79.Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – Самара, 1998.

80.Профилактика аддиктивного поведения школьников: уч.-метод. пособие / С.Ф. Савченко, О.Г. Ивановская, Л.Я. Гадасина и др. Под науч.ред. А.К. Колеченко. – СПб., 2006.

81.Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И.В. Дубровиной. – Екатеринбург, 2000.

82.Психологические программы развития личности в подростковом и старшем школьном возрасте: Пособие для школьных психологов / под общей ред. Дубровиной И.В. – М., 2003.

83.Работающие программы, вып. 6. Без секрета всему свету... – М., 2000.

84.Реабилитация детей в приюте / Т.Я. Сафронова, Е.И. Цымбал, Н.Д. Ярославцева, Л.Я. Олиференко. – М., 1995.

85.Рудакова И.А. и др. Девиантное поведение. – Ростов-на-Дону, 2005.

86.Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1995.

87.Рязанова Д.В. Тренинг с подростками: с чего начать?: пособие для психолога и педагога. – М., 2003.

88.Санитарные нормы для школ, внешкольных и дошкольных образовательных учреждений. – М., 2005.

89.Сердюковская Г.Н., Сухарев А.Г. Гигиена детей и подростков. – М., 1986.

90.Симонятова Т.П., Паршутин И.А. Здоровье: Психологическое сопровождение образовательной программы «Здоровье». – М, 2003.

91.Сирота Н.А. и др. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. – М., 2001.

92.Сирота Н.А. Концептуальная программа профилактики злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди подростков и молодежи. – М., 1999.

93.Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: учеб. пособие для студентов вузов. – М., 2003.

94.Ситаров В.А., Пустовойтов В.В. Социальная экология. – М., 1996.

95.Соковня-Семенова И.И. Основы здорового образа жизни и первая медицинская помощь. – М., 1999.

96.Социально значимые заболевания // Народный сбор. – 2009.– №11.

97. Тагирова Г.С. Психолого-педагогическая коррекционная работа с трудными подростками. – М., 2003.
98. Татарникова Л.Г. Педагогическая валеология: Генезис. Тенденции развития. – СПб., 1995.
99. Татарникова Л.Г. Российская школа здоровья и индивидуального развития детей: К проблеме школьной валеологии: метод. пособие. – СПб., 1993.
100. Татарникова Л.Г., Захаревич Н.Б., Калинина Т.О. Валеология – основы безопасности жизни ребенка. – СПб., 1995.
101. Татарникова Л.Г., Поздеева М.В. Валеология подростка (для учащихся 5-7 кл.). – СПб., 1997.
102. Тверская Н.В. Некоторые подходы к диагностике здоровья школьников при формировании здоровьесберегающей среды в общеобразовательном учреждении // Завуч. – 2001. – №6. – С.97-103.
103. Тетерский С.В., Ромашина Ю.В., Симонович В.Л. Я в команде. (Методика подготовки волонтеров «Равный – равному»): Методические рекомендации. – Нижний Новгород: Изд-во ООО «Педагогические технологии», 2009.
104. Торохова Е.И. Валеология: словарь. – М., 1999.
105. Углов Ф.Г. Береги здоровье и честь смолоду. – М., 1983.
106. Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ (ред. от 23.07.2008) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 28.07.2008, № 30 (ч. 2), ст. 3616.
107. Филиппова И.Б., Устюжанина Л.В., Репина С.В. Модель валеологической службы. – Курган, 1996.
108. Хижняк О., Феденева Р., Сократов Н. Школьная валеологическая служба // Народное образование. – 1998. – №6. – С.265-266.
109. Хрипкова А.Г. Возрастная физиология и школьная гигиена. – М., 1990.
110. Хрипкова А.Г., Колесов Д.В. Гигиена и здоровье школьника. – М., 1988.
111. Цыганок С.С., Парахонский А.П. Эффективная форма профилактики социально значимых заболеваний. – Краснодар, 2009.
112. Чикин С.Я. Здоровье – всему голова. – М., 1983.
113. Чумаков В.Н. Валеология. – М., 2000.
114. Шакурова М.В. Методика и технология работы социального педагога. – М., 2004.
115. Шалыпина Л.А. О здоровом образе жизни // Школа духовности. – 2002. – №3. – С.22-25.
116. Шаталова Г.И. Философия здоровья. – М., 1997.
117. Шишкин С.В., Бондаренко Н.В., Бурдяк А.Я. и др. Доступность медицинской помощи для населения России. – М.: Независимый институт социальной политики, 2008.
118. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М., 2005.
119. Щуркова Н.Е. Программа воспитания школьника. – М., 1998.
120. Энциклопедия социальной работы. – М., 2000.

Приложение 1.
НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ
ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Конвенция о правах ребенка

одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г.

(Извлечения)

Статья 24

1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

2. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности, принимают необходимые меры для:

а) снижения уровней смертности младенца и детской смертности;
б) обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи;

в) борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем, среди прочего, применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды;

г) обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждении несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний;

д) развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи.

Конституция Российской Федерации о здоровье граждан

Статья 38

1. Материнство и детство, семья находятся под защитой государства.
2. Забота о детях, их воспитание – равное право и обязанность родителей.
3. Трудоспособные дети, достигшие 18 лет, должны заботиться о нетрудоспособных родителях.

Статья 39

1. Каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом.

2. Государственные пенсии и социальные пособия устанавливаются законом.

3. Поощряются добровольное социальное страхование, создание дополнительных форм социального обеспечения и благотворительность.

Статья 41

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Статья 42

Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением.

Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации

Федеральный закон № 124-ФЗ от 24 июля 1998 г.

(Извлечения)

Настоящий Федеральный закон устанавливает основные гарантии прав и законных интересов ребенка, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, в целях создания правовых, социально-экономических условий для реализации прав и законных интересов ребенка. Государство признает детство важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе, развития у них общественно значимой и творческой активности, воспитания в них высоких нравственных качеств, патриотизма и гражданственности.

Статья 4. Цели государственной политики в интересах детей.

1. Целями государственной политики в интересах детей являются: осуществление прав детей, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, недопущение их дискриминации, упрочение основных гарантий прав и законных интересов детей, а также восстановление их прав в случаях нарушений; формирование правовых основ гарантий прав ребенка; содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей, воспитанию в них патриотизма и гражданственности, а также реализации личности ребенка в интересах

общества и в соответствии с не противоречащими Конституции Российской Федерации и федеральному законодательству традициями народов Российской Федерации, достижениями российской и мировой культуры.

Статья 9. Меры по защите прав ребенка при осуществлении деятельности. в области его образования и воспитания.

1. При осуществлении деятельности в области образования и воспитания ребенка в семье, образовательном учреждении, специальном учебно-воспитательном учреждении или ином оказывающем соответствующие услуги учреждении не могут ущемляться права ребенка.

2. В соответствии с принципами государственной политики в интересах детей администрация образовательных учреждений не вправе препятствовать созданию по инициативе обучающихся, воспитанников в возрасте старше восьми лет общественных объединений (организаций) обучающихся, воспитанников, за исключением детских общественных объединений (организаций), учреждаемых либо создаваемых политическими партиями, детских религиозных организаций. Указанные общественные объединения (организации) осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации об общественных объединениях. Администрация образовательных учреждений может заключать с органом общественной самодеятельности договор о содействии в реализации прав и законных интересов ребенка.

Статья 10. Обеспечение прав детей на охрану здоровья.

В целях обеспечения прав детей на охрану здоровья федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, осуществляют в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения мероприятия по оказанию детям бесплатной медицинской помощи, предусматривающие профилактику заболеваний, медицинскую диагностику, лечебно-оздоровительную работу, в том числе диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями, и санаторно-курортное лечение детей.

Основы законодательства Российской Федерации Об охране здоровья граждан

Закон Российской Федерации от 22 июля 1993 г. № 5487-1
(Извлечения)

Статья 24. Права несовершеннолетних.

В интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации;

2) медико-социальную помощь и питание на льготных условиях, устанавливаемых Правительством Российской Федерации, за счет средств бюджетов-всех уровней;

3) санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) бесплатную медицинскую консультацию за счет средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности;

5) получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него. Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, могут содержаться в учреждениях системы социальной защиты за счет средств бюджетов всех уровней, благотворительных и иных фондов, а также за счет средств родителей или лиц, их заменяющих.

Приложение 2. РОССИЙСКОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ПАВ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОГРАНИЧЕНИИ КУРЕНИЯ ТАБАКА от 10 июля 2001 г. № 87-ФЗ

Настоящий Федеральный закон определяет правовые основы ограничения курения табака в целях снижения заболеваемости населения.

Статья 1. Основные понятия.

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия: табачные изделия – изделия для курения, жевания или нюханья, упакованные в потребительскую тару, в том числе сигареты с фильтром, сигареты без фильтра, папиросы, сигары, сигариллы, табак трубочный, табак курительный, махорка-крупка курительная; курение табака – вдыхание дыма тлеющих табачных изделий; никотин – вещество, содержащееся в табаке; смола – один из продуктов сгорания табака, возникающий в процессе курения и способствующий возникновению заболеваний; окружающий табачный дым – табачный дым, содержащийся в атмосферном воздухе закрытых помещений, в которых осуществляется курение табака.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации об ограничении курения.

Законодательство Российской Федерации об ограничении курения табака состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Статья 3. Регулирование деятельности по производству табачных изделий, оптовой торговле табачными изделиями и розничной продаже табачных изделий.

1. Деятельность по производству табачных изделий, оптовой торговле табачными изделиями подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Запрещается производство, импорт, оптовая торговля и розничная продажа сигарет, не соответствующих гигиеническим нормам содержания в дыме никотина и смолы, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. При этом показатели содержания вредных веществ не могут превышать:

для сигарет с фильтром – содержание в дыме сигареты смолы 14 миллиграмм на сигарету и никотина 1,2 миллиграмма на сигарету;

для сигарет без фильтра – содержание в дыме сигареты смолы 16 миллиграмм на сигарету и никотина 1,3 миллиграмма на сигарету.

3. Каждая упаковка (пачка) табачных изделий должна содержать предупредительные надписи о вреде курения табака, дополнительную надпись о вреде курения табака и информационную надпись о содержании смолы и никотина в дыме сигареты.

На одной большей стороне упаковки (пачки) табачных изделий должна быть помещена основная предупредительная надпись о вреде курения табака, утвержденная федеральным органом исполнительной власти по здравоохранению. На другой большей стороне упаковки (пачки) табачных изделий должна быть помещена одна дополнительная надпись о вреде курения табака в соответствии со следующими правилами:

— каждый производитель табачных изделий выбирает из списка, утвержденного федеральным органом исполнительной власти по здравоохранению, четыре варианта дополнительных надписей о вреде курения табака;

— каждый из выбранных вариантов дополнительных надписей о вреде курения табака должен быть помещен на равное количество упаковок (пачек) табачных изделий.

Основная предупредительная надпись о вреде курения табака и дополнительная надпись о вреде курения табака (без учета указания автора предупреждения о вреде курения – федерального органа исполнительной власти по здравоохранению) на упаковке (пачке) табачных изделий должны занимать не менее четырех процентов площади каждой большей стороны упаковки (пачки) табачных изделий.

На одной из боковых сторон каждой упаковки (пачки) сигарет также должна быть помещена информационная надпись о содержании смолы и никотина в дыме сигареты в соответствии с государственными стандартами. Указанная надпись должна занимать не менее четырех процентов площади боковой стороны упаковки (пачки) сигарет.

К надписям на упаковке (пачке) табачных изделий предъявляются следующие требования:

- надпись должна быть четкой и легко читаемой;
- надпись должна быть расположена таким образом, чтобы обеспечить целостность надписи при открывании упаковки (пачки) табачных изделий;
- надпись не должна быть напечатана на прозрачной оберточной пленке или на каком-либо другом внешнем упаковочном материале.

4. Запрещаются розничная продажа сигарет с содержанием менее 20 штук сигарет в каждой упаковке (пачке), поштучная розничная продажа сигарет и папирос, а также продажа табачных изделий с использованием автоматов.

5. Запрещается розничная продажа табачных изделий в организациях здравоохранения, образовательных организациях и организациях культуры, а также в физкультурно-спортивных организациях.

Статья 4. Запрещение розничной продажи табачных изделий лицам, не достигшим возраста 18 лет.

1. На территории Российской Федерации не допускается розничная продажа табачных изделий лицам, не достигшим возраста 18 лет.

2. Нарушение положения пункта 1 влечет за собой привлечение к административной ответственности в соответствии с законодательством.

Статья 5. Реклама табака и табачных изделий.

Реклама табака и табачных изделий осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации о рекламе.

Статья 6. Запрещение курения табака на рабочих местах, в городском, пригородном транспорте и на воздушном транспорте, в закрытых спортивных сооружениях, организациях здравоохранения, образовательных организациях и организациях культуры, помещениях, занимаемых органами государственной власти.

1. В целях снижения вредного воздействия табачного дыма запрещается курение табака на рабочих местах, в городском и пригородном транспорте, на воздушном транспорте при продолжительности полета менее трех часов, в закрытых спортивных сооружениях, организациях здравоохранения, образовательных организациях и организациях культуры, помещениях, занимаемых органами государственной власти, за исключением курения табака в специально отведенных местах для курения табака.

2. На работодателя возлагается обязанность по оснащению специально отведенных мест для курения табака.

3. Нарушение положений данной статьи влечет за собой привлечение к административной ответственности в соответствии с законодательством.

Статья 7. Пропаганда знаний о вреде курения табака.

1. Федеральные органы исполнительной власти по здравоохранению, федеральные органы исполнительной власти по образованию и

федеральные органы исполнительной власти по культуре обязаны через средства массовой информации регулярно осуществлять пропаганду знаний о вреде курения табака.

2. В целях реализации положений настоящего Федерального закона общеобразовательные программы и профессиональные образовательные программы должны содержать разделы, касающиеся изучения воздействия на организм человека курения табака. Не допускаются демонстрации курения табака во вновь создаваемых телевизионных фильмах, в кинофильмах и спектаклях, если такое действие не является неотъемлемой частью художественного замысла, и демонстрация курения табака общественными и политическими деятелями в средствах массовой информации.

Статья 8. Меры по ограничению курения табака.

Правительство Российской Федерации разрабатывает меры по ограничению курения табака и обеспечивает их реализацию.

Статья 9. Приведение нормативных правовых актов в соответствие с настоящим Федеральным законом.

Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом.

Статья 10. Вступление в силу настоящего Федерального закона.

Настоящий Федеральный закон вступает в силу через шесть месяцев со дня его официального опубликования, за исключением пунктов 2 и 3 статьи 3 и пункта 2 настоящего Федерального закона.

Пункт 2 статьи 3 настоящего Федерального закона в части запрета производства и импорта табачных изделий вступает в силу с 1 января 2003 года. Пункт 2 статьи 3 настоящего Федерального закона в части запрета оптовой торговли и розничной продажи табачных изделий вступает в силу с 1 января 2004 года. Пункт 3 статьи 3 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2003 года. Пункт 2 статьи 7 настоящего Федерального закона вступает в силу через один год, со дня официального опубликования настоящего Федерального закона.

ВЫДЕРЖКИ ИЗ УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «О НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВАХ»

В главе 25 «Преступления против здоровья населения и общественной нравственности» имеются следующие статьи, определяющие наказание за действия, связанные с наркотическими средствами и психотропными веществами (статьи приведены в сокращении).

Статья 228. Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ.

1. Незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотических веществ или психотропных веществ в крупном размере наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

2. Незаконное приобретение или хранение в целях сбыта, изготовление, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет с конфискацией имущества или без таковой.

3. Деяния, предусмотренные частью второй настоящей статьи, совершенные: а) группой лиц по предварительному сговору; б) неоднократно;

в) в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере наказываются лишением свободы от пяти до десяти лет с конфискацией имущества или без таковой.

4. Деяния, предусмотренные частями второй и третьей настоящей статьи, совершенные организованной группой, либо в отношении наркотических средств или психотропных веществ в особо крупном размере наказываются лишением свободы от семи до пятнадцати лет с конфискацией имущества.

Статья 229. Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ.

Статья предусматривает в качестве наказания лишение свободы на срок от трех до пятнадцати лет в зависимости от наличия отягчающих обстоятельств.

Статья 230. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ.

1. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок от трех до пяти лет.

2. То же деяние, совершенное: а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой; б) неоднократно; в) в отношении несовершеннолетнего либо двух или более лиц; г) с применением насилия или угрозой его применения, наказываются лишением свободы от трех до восьми лет.

3. Деяния, предусмотренные частями первой и второй настоящей статьи, если они повлекли по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, наказываются лишением свободы на срок от шести до двенадцати лет.

Статья 231. Незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества.

1. Посев или выращивание запрещенных к возделыванию растений, а также культивирование сортов конопли, мака или других растений, содержащих наркотические вещества, наказывается штрафом в размере от

пятисот до семисот МРОТ или иного дохода осужденного за период от пяти до семи месяцев, либо лишением свободы на срок до трех лет.

2. Те же деяния, совершенные: а) группой лиц по предварительному сговору или организованной группой; б) неоднократно; в) в крупном размере, наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет.

Статья 232. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ.

Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок до четырех лет.

Те же деяния, совершенные организованной группой наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет.

Обнаружение ничтожно малого количества наркотика является основанием для привлечения к уголовной ответственности, которая по статьям, связанным с наркотиками, наступает с 16 лет. Об этом подростки часто не знают, считая, что одна папироска с травкой не грозит никакими неприятностями. За подобное незнание слишком дорого приходится платить.

ВЫДЕРЖКИ ИЗ ЗАКОНА РФ «О НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВАХ»

Статьи закона определяют порядок лечения наркотической зависимости, трактуют отношение государства к самому факту употребления наркотических средств.

Статья 40. Запрещение потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

В Российской Федерации запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Статья 44. Медицинское освидетельствование.

Лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребляло наркотическое средство без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование.

Медицинское освидетельствование лица проводится в специально уполномоченных учреждениях здравоохранения по направлению органов прокуратуры, органов дознания, органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность, следователя, судьи.

Статья 54. Наркологическая помощь больным наркоманией.

1. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

2. Наркологическая помощь больным наркоманией оказывается по их просьбе или с их согласия, а несовершеннолетним в возрасте до 15 лет

по просьбе или с согласия их родителей или законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

3. Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. Больные наркоманией при оказании наркологической помощи пользуются правами пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Приложение 3. САНИТАРНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

СанПиН 2.4.2.1178-02 Гигиена детей и подростков. Учреждения общего среднего образования. Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях (утв. главным государственным санитарным врачом РФ первым заместителем Министра здравоохранения РФ Г.Г.Онищенко 25 ноября 2002 года, в ред. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 23.07.2008 N 45, Изменения N 1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 26.12.2008 N 72)

Постановление главного
государственного санитарного врача
Российской Федерации от 28.11.2003 № 44

"О введении в действие санитарно-эпидемиологических
правил и нормативов СанПиН 2.4.1178-02."

На основании Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650) и "Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании", утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 июля 2000 г. N 554 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст. 3295), постановляю:

1. Ввести в действие санитарно-эпидемиологические правила и нормативы "Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях. СанПиН 2.4.2.1178-02", утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 25 ноября 2002 года, с 1 сентября 2003 года.

2. С момента введения СанПиН 2.4.2.1178-02, с 01.09.2003, считать утратившими силу Санитарные правила "Гигиенические требования к

условиям обучения школьников в различных видах современных общеобразовательных учреждений СП 2.4.2.782-99" (не подлежали государственной регистрации - письмо Минюста России от 22.09.99 N 7648-ЭР), утвержденные и введенные в действие Приказом Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.08.99 N 309, а также находящиеся на регистрации в Минюсте России и не зарегистрированные санитарные правила "Гигиенические требования к условиям обучения школьников в различных видах современных общеобразовательных учреждений СанПиН 2.4.2.1073-01" и СанПиН 2.4.2.1102-02, утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации

2.4. Гигиена детей и подростков. Учреждения общего среднего образования. Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях.

Санитарно-эпидемиологические правила
СанПиН 2.4.2.1178-02

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Настоящие Санитарно-эпидемиологические правила (далее - Санитарные правила) направлены на предотвращение неблагоприятного воздействия на организм обучающихся вредных факторов и условий, сопровождающих их учебную деятельность, и определяют санитарно - гигиенические требования к:

- размещению общеобразовательного учреждения;
- участку общеобразовательного учреждения;
- зданию общеобразовательного учреждения;
- оборудованию помещений общеобразовательного учреждения;
- воздушно - тепловому режиму общеобразовательного учреждения;
- естественному и искусственному освещению;
- водоснабжению и канализации;
- помещениям и оборудованию общеобразовательных учреждений, размещенных в приспособленных зданиях;
- режиму образовательного процесса;
- организации медицинского обслуживания обучающихся;
- санитарному состоянию и содержанию общеобразовательного учреждения;
- организации питания обучающихся.

2. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ И РЕЖИМУ ОБУЧЕНИЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

2.1. Требования к размещению общеобразовательных учреждений

2.1.1. Здания общеобразовательных учреждений размещаются на внутриквартальных территориях микрорайона, удаленных от межквартальных проездов с регулярным движением транспорта на расстояние 100 - 170 м.

2.1.2. Расположение общеобразовательных учреждений на внутриквартальных проездах с периодическим (нерегулярным) движением автотранспорта допустимо только при условии увеличения минимального разрыва от границы участка учреждения до проезда с 15 до 25 м.

2.1.3. Общеобразовательные учреждения не размещаются на внутриквартальных и особенно межквартальных проездах с регулярным движением транспорта.

2.1.4. Расстояние от сооружений для хранения легковых автомобилей до общеобразовательных учреждений определяется санитарными правилами, устанавливающими размеры санитарно - защитных зон и санитарную классификацию объектов.

2.1.5. Расстояния от здания общеобразовательного учреждения до различных видов зданий (жилых, производственных и др.) должны приниматься в соответствии с гигиеническими требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке городских и сельских поселений.

2.1.6. Радиус обслуживания от дома до общеобразовательных учреждений, расположенных во II и III строительного - климатических зонах, предусматривается не более 0,5 км пешеходной доступности; в I климатическом районе (I подзона) для обучающихся I и II ступени обучения - 0,3 км, для обучающихся III ступени - 0,4 км; в климатическом районе (II подзона) для обучающихся I и II ступени обучения - 0,4 км, для обучающихся III ступени - 0,5 км. Допускается размещение общеобразовательных учреждений на расстоянии транспортной доступности: для обучающихся I ступени обучения - 15 минут (в одну сторону), для обучающихся II и III ступени - не более 50 минут (в одну сторону).

2.1.7. В сельской местности размещение общеобразовательных учреждений должно предусматривать для обучающихся I ступени обучения радиус доступности не более 2 км пешком и не более 15 мин. (в одну сторону) при транспортном обслуживании. Для обучающихся II и III ступеней обучения радиус пешеходной доступности не должен превышать 4 км, а при транспортном обслуживании - не более 30 минут. Предельный радиус обслуживания обучающихся II - III ступеней не должен превышать 15 км.

2.1.8. Транспортному обслуживанию подлежат обучающиеся сельских общеобразовательных учреждений, проживающие на расстоянии свыше 1 км от учреждения. Подвоз обучающихся осуществляется транспортом, предназначенным для перевозки детей.

Предельный пешеходный подход обучающихся к месту сбора на остановке должен быть не более 500 м.

Остановка для транспорта оборудуется навесом, огражденным с 3-х сторон, защищена барьером от проезжей части дороги, имеет твердое покрытие и обзорность не менее 250 м со стороны дороги.

2.1.9. Для обучающихся, проживающих на расстоянии свыше предельно допустимого транспортного обслуживания, а также при транспортной недоступности в период неблагоприятных погодных условий предусматривается пришкольный интернат из расчета 10% мест от общей вместимости учреждения.

2.2. Требования к участку общеобразовательных учреждений

2.2.1. Для общеобразовательного учреждения предусматривается самостоятельный земельный участок с расстоянием от здания учреждения до красной линии не менее 25 м.

2.2.2. Площадь земельных участков зависит от вместимости учреждения и принимается в соответствии с гигиеническими требованиями к планировке и застройке городских и сельских поселений.

2.2.3. Территория участка ограждается забором высотой 1,5 м и вдоль него - зелеными насаждениями.

2.2.4. Озеленение участка предусматривается из расчета не менее 50% площади его территории. В целях предупреждения возникновения отравления при озеленении участка не проводится посадка деревьев и кустарников с ядовитыми плодами.

2.2.5. На земельном участке выделяются следующие зоны: учебно - опытная, физкультурно - спортивная, отдыха, хозяйственная.

2.2.6. Учебно - опытная зона составляет не более 25% площади участка. В городских учреждениях она может быть сокращена за счет строительства на участке павильонов, теплиц и оранжерей, органически связанных с комплексом кабинетов биологии и химии.

2.2.7. Физкультурно - спортивная зона размещается на расстоянии не менее 25 м от здания учреждения, за полосой зеленых насаждений. Не следует располагать ее со стороны окон учебных помещений. Оборудование спортивной зоны должно обеспечивать выполнение учебных программ по физическому воспитанию, а также проведение секционных спортивных занятий и оздоровительных мероприятий.

Спортивно - игровые площадки имеют твердое покрытие, футбольное поле - травяной покров. Занятия на сырых площадках, имеющих неровности и выбоины, не проводятся.

2.2.8. Зона отдыха размещается вблизи сада, зеленых насаждений, в отдалении от спортивной и хозяйственной зон. Она включает площадки для подвижных игр и тихого отдыха.

Площадки для подвижных игр и отдыха располагаются вблизи выходов из здания (для максимального использования их во время перемен) и разделены для обучающихся каждой ступени обучения.

2.2.9. Хозяйственная зона располагается со стороны входа в производственные помещения столовой (буфета) на границе участка на расстоянии от здания общеобразовательного учреждения не менее 35 м, ограждается зелеными насаждениями и имеет самостоятельный въезд с улицы.

При отсутствии теплофикации и централизованного водоснабжения на территории хозяйственной зоны предусматривается котельная и насосная с водонапорным баком.

Мусоросборники обеспечиваются плотно закрывающимися крышками. Их следует устанавливать на бетонированной площадке на расстоянии не менее 25 м от окон и входа в столовую (буфет).

2.2.10. Въезды и входы на участок, проезды, дорожка к хозяйственным постройкам, к площадкам для мусоросборников, а в сельских учреждениях без канализации - к дворовым уборным покрываются асфальтом, бетоном и др. твердым покрытием. Подходы к зданию учреждения не менее чем за 100 м также имеют твердое покрытие.

2.2.11. Участок учреждения имеет наружное освещение при норме освещенности на земле - 10 лк.

2.2.12. Земельные участки сельских общеобразовательных учреждений могут расширяться за счет сооружения парников, теплиц, оранжерей, помещений для хранения малогабаритной сельскохозяйственной техники, садово - огородного инвентаря и др.

2.3. Требования к зданию

2.3.1. Количество обучающихся не должно превышать вместимости общеобразовательного учреждения, предусмотренной проектом, по которому построено или приспособлено здание. Вместимость вновь строящихся городских общеобразовательных учреждений не должна превышать 1000 человек, сельских малокомплектных учреждений для I ступени обучения - 80 человек, I и II ступеней - 250 человек, I, II и III ступеней - 500 человек.

Наполняемость каждого класса не должна превышать 25 человек.

2.3.2. Учебные помещения не размещаются в подвальных и цокольных этажах здания.

2.3.3. Этажность здания общеобразовательного учреждения не должна превышать 3 этажей. Допускается в условиях плотной застройки городов строительство учреждений высотой в 4 этажа.

При размещении общеобразовательных учреждений в ранее выстроенных 4 - 5-этажных зданиях четвертый и пятый этажи необходимо отводить под редко посещаемые обучающимися кабинеты.

2.3.4. При размещении учреждения в приспособленном здании набор помещений, их площади определяются по согласованию с территориальными центрами госсанэпиднадзора в каждом конкретном случае, исходя из вида общеобразовательного учреждения, числа и возраста обучающихся, количества классов и прочего.

2.3.5. Гардеробы размещаются на 1 этаже с обязательным оборудованием ячеек для каждого класса.

Гардеробы оснащаются вешалками для одежды и ячейками для обуви. Не следует устраивать гардеробы в учебных помещениях и рекреациях.

2.3.6. Для правильной организации карантинных мероприятий при возникновении инфекционных заболеваний необходимо повседневно использовать все имеющиеся в здании входы.

2.3.7. Набор помещений создает условия для изучения обязательных учебных дисциплин (с учетом национальной и региональной специфики), а также дополнительных предметов по выбору обучающихся в соответствии с их интересами и дифференциацией по направлениям для углубленного изучения одного - двух - трех предметов. Учебные классы не следует располагать вблизи помещений, являющихся источниками шума и запахов (мастерских, спортивных и актов залов, пищеблока).

2.3.8. Обучающихся I ступени обучают в закрепленных за каждым классом учебных помещениях, выделенных в отдельный блок.

2.3.9. Для обучающихся II - III ступени допускается организация образовательного процесса по классно - кабинетной системе в любых этажах здания, кроме подвальных и цокольных.

В сельском общеобразовательном учреждении при малой наполняемости классов допускается использование учебных кабинетов по 2 дисциплинам.

Наиболее благоприятным является следующее сочетание предметов: химия - биология, математика - черчение, черчение - рисование, история - география, литература - иностранный язык.

2.3.10. Учебные помещения включают: рабочую зону (размещение учебных столов для обучающихся), рабочую зону учителя, дополнительное пространство для размещения учебно - наглядных пособий, технических средств обучения (ТСО), зону для индивидуальных занятий обучающихся и возможной активной деятельности.

2.3.11. Площадь кабинетов принимается из расчета 2,5 кв. м на 1 обучающегося при фронтальных формах занятий, 3,5 кв. м - при групповых формах работы и индивидуальных занятиях.

2.3.12. Площадь и использование кабинетов информатики должны соответствовать гигиеническим требованиям, предъявляемым к видеодисплейным терминалам, персональным электронно - вычислительным машинам и организации работы.

2.3.13. Оптимальные размеры рабочей зоны обучающихся зависят от угла видимости (связанного с расстоянием от доски до первых боковых рядов - парт). Он должен составлять не менее 35 градусов для обучающихся II - III ступени и не менее 45 градусов для обучающихся 6 - 7 лет.

2.3.14. При каждом кабинете или группе из 2 - 3 кабинетов организуется лаборантская (наличие лаборантской обязательно в кабинетах химии, физики, биологии, информатики).

2.3.15. При наличии в здании учреждения учебных мастерских они должны использоваться по назначению. По согласованию с территориальным центром госсанэпиднадзора они могут быть переоборудованы соответственно профилю общеобразовательного учреждения. По согласованию с территориальным центром госсанэпиднадзора допускается их использование для внеклассных занятий по техническому творчеству и для работы обучающихся во внеурочное время.

2.3.16. При строительстве общеобразовательных учреждений, ориентированных на углубленное и расширенное содержание обучения (с углубленным изучением отдельных предметов, гимназии, лицеи), для разностороннего развития личности обучающихся необходимо предусматривать выделение помещений под студии (универсальные залы) с габаритами 12 x 12 м, а также подсобные помещения для отделения по художественному воспитанию и искусству: кабинет эстетики с полиэкраном, кружковые помещения по изобразительному искусству, хореографии, классы пения и музыки (70 - 108 кв. м) в зависимости от назначения нового образовательного учреждения.

В учреждениях с техническим профилем следует предусмотреть универсальное помещение площадью 108 кв. м (90 + 18) для технического творчества.

Учебно - художественные кабинеты должны иметь зоны для акварельной живописи, масляной живописи и рисунка.

Исходя из позы при работе различными видами живописи (по акварельной живописи и рисунку - сидя, по масляной живописи - стоя), площадь на одно рабочее место составляет для масляной живописи - 3,5 кв. м, акварельной живописи и рисунка - 2,0 кв. м.

2.3.17. Спортивный зал следует размещать на 1 этаже в пристройке. Его размеры предусматривают выполнение полной программы по физвоспитанию и возможность внеурочных спортивных занятий.

Количество и типы спортивных залов предусматриваются в зависимости от вида общеобразовательного учреждения и его вместимости.

Площади спортивных залов приняты 9 x 18 м, 12 x 24 м, 18 x 30 м при высоте не менее 6 м.

При спортивных залах должны быть предусмотрены снарядные, площадью 16 - 32 кв. м в зависимости от площади спортзала; раздевальные для мальчиков и девочек, площадью 10,5 кв. м каждая; душевые, площадью 9 кв. м каждая; уборные для девочек и мальчиков, площадью 8 кв. м каждая; комната для инструктора, площадью 9 кв. м.

В состав помещений физкультурно - спортивного назначения необходимо включать помещение (зону), оборудованное тренажерными устройствами, а также, по возможности, бассейн.

2.3.18. Размеры актового зала определяются числом посадочных мест из расчета 0,65 кв. м на одно место и 60% от общего количества обучающихся учреждения. При актовом зале предусматриваются артистические уборные, площадью не менее 10 кв. м каждая, кинопроекторная, площадью 27 кв. м, склад декораций и бутафории, музыкальных инструментов, площадью 10 кв. м, склад хранения костюмов, площадью 10 кв. м.

2.3.19. В учреждениях с углубленным изучением отдельных предметов, гимназиях и лицеях следует иметь лекционную аудиторию. Ее размеры устанавливаются по вместимости в ней возрастной параллели обучающихся, состоящей не более чем из 3 классов, из расчета 1 кв. м на одно место.

2.3.20. Тип библиотеки зависит от вида общеобразовательного учреждения и его вместимости.

В учреждениях с углубленным изучением отдельных предметов, гимназиях и лицеях библиотеку следует использовать в качестве справочно - информационного центра, оснащенного всеми видами технических средств обучения (далее - ТСО), обеспечивающего условия для индивидуальных занятий обучающихся.

Площадь библиотеки - информационного центра необходимо принимать из расчета не менее 0,6 кв. м на одного обучающегося.

В помещении библиотеки предусматриваются следующие зоны: читательские места, информационный пункт (выдача и прием литературы), места для работы с каталогами, фонды открытого доступа, фонды закрытого хранения, зона с кабинками для индивидуальных занятий с ТСО и боксы для хранения передвижных тележек.

2.3.21. При строительстве и реконструкции современных общеобразовательных учреждений следует отдавать предпочтение рекреационным помещениям зального типа.

2.3.22. Медицинский пункт общеобразовательного учреждения включает следующие помещения: кабинет врача длиной не менее 7 м (для определения остроты слуха и зрения обучающихся), площадью не менее 14 кв. м; кабинет зубного врача, площадью 12 кв. м, оборудованный вытяжным шкафом; процедурный кабинет, площадью 14 кв. м; кабинет психолога, площадью 10 кв. м.

<;p>

При медпункте оборудуется самостоятельный санузел. Примерный перечень оборудования и инструментария медицинского кабинета дается в Приложении 1.

2.3.23. На каждом этаже должны размещаться санитарные узлы для мальчиков и девочек, оборудованные кабинами с дверями без запоров. Количество санитарных приборов определяется из расчета 1 унитаз на 20 девочек, 1 умывальник на 30 девочек, 1 унитаз, 0,5 лоткового писсуара и 1 умывальник на 30 мальчиков. Площадь санитарных узлов для мальчиков и девочек следует принимать из расчета не менее 0,1 кв. м на одного обучающегося. Для персонала выделяется отдельный санузел. Для обучающихся II и III ступеней обучения организуются комнаты личной гигиены для девочек из расчета 1 кабина на 70 человек площадью не менее 3 кв. м.

Входы в санузлы не следует располагать напротив входа в учебные помещения или в непосредственной близости от них.

На каждом этаже предусматриваются помещения, оборудованные поддонами и подводкой к ним холодной и горячей воды, для хранения и обработки уборочного инвентаря, приготовления дезинфекционных растворов.

2.3.24. В помещениях начальных классов, лабораториях, учебных кабинетах, мастерских, помещениях медицинского назначения, учительской, комнате технического персонала обязательно устанавливаются умывальники.

2.3.25. В общеобразовательных учреждениях организуется 2-разовое горячее питание для детей групп продленного дня и горячие завтраки для остальных детей. Питание может быть организовано в столовой, работающей на сырье или на полуфабрикатах, а также в буфете - раздаточной согласно гигиеническим требованиям к организациям общественного питания, включая кондитерские цехи и организации, вырабатывающие мягкое мороженое. Столовые предусматриваются в учреждениях с числом обучающихся более 100 человек.

Столовая, работающая на сырье, должна иметь следующий набор оборудования и помещений: цехи - горячий, холодный, мясо - рыбный, кондитерский, овощной; моечные для столовой и кухонной посуды; кладовые для сухих продуктов и овощей; охлаждаемые и низкотемпературные камеры для хранения мясных и особо скоропортящихся продуктов; бытовые помещения для персонала пищеблока; загрузочная - тарная; моечная для тары; холодильная камера для пищевых отходов; санузел для сотрудников столовой. В состав помещений столовой, работающей на полуфабрикатах, входят: горячий цех, доготовочная, моечные для столовой и кухонной посуды, кладовые для сухих продуктов и овощей, холодильные камеры для полуфабрикатов, бытовые помещения для персонала пищеблока, загрузочная - тарная, моечная для тары, холодильная камера для пищевых отходов.

В состав помещений буфета - раздаточной входят: загрузочная, помещение для подогрева пищи, оборудованное плитой, холодильными шкапами; раздаточная, оборудованная мармитами; посудомоечная; подсобные помещения, бытовые помещения для персонала, помещения для мытья тары.

При буфетах и столовых общеобразовательных учреждений обязательно предусматривается обеденный зал площадью из расчета 0,7 кв. м на одно место в зале, исходя из посадки 100% обучающихся в 3 очереди. При столовых устанавливаются умывальники из расчета 1 кран на 20 посадочных мест. Умывальники размещают в расширенных проходах, коридорах, ведущих в обеденный зал, или в отдельном помещении рядом с обеденным залом.

2.3.26. В сельских общеобразовательных учреждениях (средних, неполных средних) требования к организации питания те же, что и в городских. В малокомплектных общеобразовательных учреждениях (до 50 обучающихся) выделяются помещения для приема пищи с минимальным набором оборудования: электроплита 2-гнездная, мойка для мытья посуды, холодильник, электротитан.

2.4. Требования к помещениям и оборудованию общеобразовательных учреждений

2.4.1. В зависимости от назначения учебных помещений могут применяться столы ученические (одноместные и двухместные), столы аудиторные, чертежные или лабораторные. Расстановка столов, как правило, трехрядная, но возможны варианты с двухрядной или однорядной (блокированной) расстановкой столов.

2.4.2. Каждый обучающийся обеспечивается удобным рабочим местом за партой или столом в соответствии с его ростом и состоянием зрения и слуха. Для подбора мебели соответственно росту обучающихся производится ее цветовая маркировка. Табуретки или скамейки вместо стульев не используются.

Парты (столы) расставляются в учебных помещениях по номерам: меньшие - ближе к доске, большие - дальше. Для детей с нарушением слуха и зрения парты, независимо от их номера, ставятся первыми, причем обучающиеся с пониженной остротой зрения должны размещаться в первом ряду от окон.

Детей, часто болеющих ОРЗ, ангинами, простудными заболеваниями, следует рассаживать дальше от наружной стены.

Таблица 1

**РАЗМЕРЫ МЕБЕЛИ И ЕЕ МАРКИРОВКА ПО ГОСТам
"СТОЛЫ УЧЕНИЧЕСКИЕ" И "СТУЛЬЯ УЧЕНИЧЕСКИЕ"**

Номера мебели по ГОСТам 11015-93; 11016-93	Группа роста (в мм)	Высота над полом крышки, края стола, обращенного к ученику, по ГОСТу 11015-93 (в мм)	Цвет маркировки	Высота над полом переднего края сиденья по ГОСТу 11016-93 (в мм)
1	1000 - 1150	460	Оранжевый	260
2	1150 - 1300	520	Фиолетовый	300
3	1300 - 1450	580	Желтый	340
4	1450 - 1600	640	Красный	380
5	1600 - 1750	700	Зеленый	420
6	Свыше 1750	760	Голубой	460

2.4.3. При оборудовании учебных помещений соблюдаются следующие размеры проходов и расстояния между предметами оборудования в см:

- между рядами двухместных столов - не менее 60;
- между рядом столов и наружной продольной стеной - не менее 50 - 70;
- между рядом столов и внутренней продольной стеной (перегородкой) или шкафами, стоящими вдоль этой стены, - не менее 50 - 70;
- от последних столов до стены (перегородки), противоположной классной доске, - не менее 70, от задней стены, являющейся наружной, - не менее 100, а при наличии оборотных классов - 120;
- от демонстрационного стола до учебной доски - не менее 100;

- от первой парты до учебной доски - 2,4 - 2,7 м;
- наибольшая удаленность последнего места обучающегося от учебной доски - 860;
- высота нижнего края учебной доски над полом - 80 - 90;
- угол видимости доски (от края доски длиной 3 м до середины крайнего места обучающегося за передним столом) должен быть не менее 35 градусов для обучающихся II - III ступени и не менее 45 градусов для детей 6 - 7 лет.

2.4.4. Кабинеты физики и химии должны быть оборудованы специальными демонстрационными столами, где предусмотрены пульта управления проектной аппаратурой, подача воды, электричества, канализации.

Для обеспечения лучшей видимости учебно - наглядных пособий демонстрационный стол рекомендуется устанавливать на подиум.

В кабинетах физики и химии устанавливают двухместные ученические лабораторные столы (с надстройкой и без нее) с подводкой электроэнергии, сжатого воздуха (лаборатория физики). Лаборатория химии оборудуется вытяжными шкафами, расположенными у наружной стены возле стола преподавателя.

2.4.5. Кабинеты иностранного языка включают следующее оборудование: стол преподавателя с пультом управления и тумбой для проекционных аппаратов; подставка под магнитофон и проигрыватель; секционные шкафы (встроенные или пристроенные) для хранения наглядных пособий и ТСО; лингафонные рецептивные установки.

2.4.6. Оборудование кабинетов информатики должно соответствовать гигиеническим требованиям, предъявляемым к видеодисплейным терминалам, персональным электронно - вычислительным машинам и организации работы.

2.4.7. В мастерских для трудового обучения размещение оборудования осуществляется с учетом создания благоприятных условий для зрительной работы, сохранения правильной рабочей позы и профилактики травматизма. Столярные мастерские оборудуются верстаками, расставленными либо под углом 45 градусов к окну, либо в 3 ряда перпендикулярно светонесущей стене так, чтобы свет падал слева, расстояние между ними должно быть не менее 80 см в передне - заднем направлении. В слесарных мастерских допускается как левостороннее, так и правостороннее освещение с перпендикулярным расположением верстаков к светонесущей стене. Расстояние между рядами одноместных верстаков - не менее 1,0 м, двухместных - 1,5 м. Тиски крепятся к верстакам на расстоянии 0,9 м между их осями. Слесарные верстаки должны быть оснащены предохранительной сеткой, высотой 0,65 - 0,7 м. Сверлильные, точильные и другие станки должны устанавливаться на специальном фундаменте и оборудоваться предохранительными сетками, стеклами и местным освещением. Инструменты, используемые для столярных и слесарных работ, должны соответствовать возрасту обучающихся. В слесарных и столярных мастерских и

кабинетах обслуживающего труда устанавливаются умывальники и электрополотенца. В каждом кабинете (мастерской) для оказания первой медицинской помощи должны быть аптечки. Все работы выполняются обучающимися в специальной одежде (халат, фартук, берет, косынка). При выполнении работ, создающих угрозу повреждения глаз, следует использовать защитные очки.

2.4.8. Стены учебных помещений должны быть гладкими, допускающими их уборку влажным способом.

2.4.9. Полы должны быть без щелей и иметь покрытие дощатое, паркетное или линолеум на утепленной основе.

Полы туалетных и умывальных комнат должны выстилаться керамической или мозаичной шлифованной плиткой; не используют цементные, мраморные или другие аналогичные материалы.

2.4.10. При выборе полимерных материалов для отделки полов и стен помещений следует руководствоваться перечнем полимерных материалов и изделий, разрешенных к применению в строительстве.

2.5. Требования к воздушно-тепловому режиму

2.5.1. Отопление, вентиляцию, кондиционирование воздуха в общеобразовательных учреждениях следует предусматривать в соответствии с гигиеническими требованиями к общественным зданиям и сооружениям.

Теплоснабжение зданий обеспечивается от ТЭЦ, районных или местных котельных. Паровое отопление не используется.

В качестве нагревательных приборов могут применяться радиаторы, трубчатые нагревательные элементы, встроенные в бетонные панели, а также допускается использование конвекторов с кожухами. Отопительные приборы ограждаются съемными деревянными решетками, располагаются под оконными проемами и имеют регуляторы температуры. Не следует устраивать ограждений из древесно - стружечных плит и других полимерных материалов. Средняя температура поверхности нагревательных приборов не должна превышать 80 град. С.

2.5.2. При проектировании в здании общеобразовательного учреждения воздушного отопления, совмещенного с вентиляцией, следует предусматривать автоматическое управление системами для поддержания в помещении в рабочее время расчетных уровней температуры и относительной влажности воздуха в пределах 40 - 60%.

Во внеучебное время в помещении поддерживается температура не ниже 15 град. С.

Температура воздуха, поддерживаемая в системе воздушного отопления, в рабочее время не должна превышать 40 град. С.

В учебных помещениях рециркуляция воздуха в системах воздушного отопления не допускается.

Отдельные системы вытяжной вентиляции следует предусматривать для следующих помещений (групп помещений): классных комнат и учебных ка-

бинетов (при отсутствии воздушного отопления), лабораторий, актовых залов, бассейнов, тиров, столовой, медпункта, киноаппаратной, санитарных узлов, помещений для обработки и хранения уборочного инвентаря.

Воздухообмен в столовых рассчитывается на поглощение теплоизбытков, выделяемых технологическим оборудованием кухни.

Использование асбестоцементных воздухопроводов не допускается.

2.5.3. Печное отопление допускается только в одноэтажных малокомплектных сельских учреждениях (не более 50 человек). Топка устраивается в коридоре.

Не следует устанавливать железные печи. Во избежание загрязнения воздуха помещений окисью углерода печные трубы закрываются не ранее полного сгорания топлива и не позднее чем за два часа до прихода обучающихся.

2.5.4. Площадь фрамуг и форточек в учебных помещениях должна быть не менее 1/50 площади пола. Фрамуги и форточки должны функционировать в любое время года.

2.5.5. Учебные помещения проветриваются во время перемен, а рекреационные - во время уроков.

До начала занятий и после их окончания необходимо осуществлять сквозное проветривание учебных помещений. Длительность сквозного проветривания определяется погодными условиями согласно таблице 2.

В теплые дни целесообразно проводить занятия при открытых фрамугах и форточках.

Таблица 2

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СКВОЗНОГО ПРОВЕТРИВАНИЯ УЧЕБНЫХ
ПОМЕЩЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАТУРЫ
НАРУЖНОГО ВОЗДУХА**

Наружная температура, °С	Длительность проветривания помещения, мин.	
	в малые перемены	в большие перемены и между сменами
От +10 до +6	4 - 10	25 - 35
От +5 до 0	3 - 7	20 - 30
От 0 до -5	2 - 5	15 - 25
От -5 до -10	1 - 3	10 - 15
Ниже -10	1 - 1,5	5 - 10

2.5.6. Температура воздуха в зависимости от климатических условий должна составлять: - в классных помещениях, учебных кабинетах, лабораториях - 18 - 20 град. С при их обычном остеклении и 19 - 21 град. С - при ленточном остеклении;

- в учебных мастерских - 15 - 17 град. С;

- в актовом зале, лекционной аудитории, классе пения и музыки, клубной комнате - 18 - 20 град. С;

- в кабинетах информатики - оптимальная 19 - 21 град. С, допустимая 18 - 22 град. С;

- в спортзале и комнатах для проведения секционных занятий - 15 - 17 град. С;

- в раздевалке спортивного зала - 19 - 23 град. С;

- в кабинетах врачей - 21 - 23 град. С;

- в рекреациях - 16 - 18 град. С;

- в библиотеке - 17 - 21 град. С;

- в вестибюле и гардеробе - 16 - 19 град. С.

2.5.7. Уроки физкультуры следует проводить в хорошо аэрируемых залах. Для этого необходимо во время занятий в зале открывать одно - два окна с подветренной стороны при температуре наружного воздуха выше +5 град. С и слабом ветре. При более низкой температуре и большей скорости движения воздуха занятия в зале проводятся при открытых фрамугах, а сквозное проветривание - во время перемен при отсутствии обучающихся.

При достижении в помещении температуры воздуха в 15 - 14 град. С проветривание зала следует прекращать.

2.5.8. В помещениях общеобразовательных учреждений относительная влажность воздуха соблюдаться в пределах 40 - 60%.

2.5.9. В туалетных, помещениях кухни, душевых и мастерских оборудуется вытяжная вентиляция.

Вытяжные вентиляционные решетки следует ежемесячно очищать от пыли.

2.5.10. В мастерских для трудового обучения, где работа на станках и механизмах связана с выделением большого количества тепла и пыли, оборудуется механическая вытяжная вентиляция. Кратность воздухообмена составляет не менее 20 куб. м в час на 1 ребенка. Станки и механизмы должны отвечать требованиям санитарных норм и иметь соответствующие защитные приспособления.

2.6. Требования к естественному и искусственному освещению

2.6.1. Естественное освещение. Учебные помещения должны иметь естественное освещение. Без естественного освещения допускается проектировать: снарядные, умывальные, душевые, уборные при гимнастическом зале; душевые и уборные персонала; кладовые и складские помещения (кроме помещений для хранения легковоспламеняющихся жидкостей), радиоузлы; кинофотолаборатории; книгохранилища; бойлерные, насосные водопровода и канализации; камеры вентиляционные и кондиционирования воздуха; узлы управления и другие помещения для установки и управления инженерным и технологическим оборудованием зданий; помещения для хранения дезсредств.

В учебных помещениях следует проектировать боковое левостороннее освещение. При двустороннем освещении, которое проектируется при глубине учебных помещений более 6 м, обязательно устройство правостороннего подсвета, высота которого должна быть не менее 2,2 м от потолка.

При этом не следует допускать направление основного светового потока впереди и сзади от обучающихся.

В мастерских для трудового обучения, актовых и спортивных залах также может применяться двустороннее боковое естественное освещение и комбинированное (верхнее и боковое).

В помещениях общеобразовательных учреждений обеспечиваются нормированные значения коэффициента естественной освещенности (КЕО) в соответствии с гигиеническими требованиями, предъявляемыми к естественному и искусственному освещению. В учебных помещениях при одностороннем боковом естественном освещении КЕО должен быть 1,5% (на расстоянии 1 м от стены, противоположной световым проемам).

Неравномерность естественного освещения помещений, предназначенных для занятий обучающихся, не должна превышать 3:1.

Ориентация окон учебных помещений должна быть на южные, юго - восточные и восточные стороны горизонта. На северные стороны горизонта могут быть ориентированы окна кабинетов черчения, рисования, а также помещение кухни, ориентация кабинета информатики - на север, северо - восток.

Светопроемы учебных помещений оборудуются: регулируемые солнцезащитными устройствами типа жалюзи, тканевыми шторами светлых тонов, сочетающихся с цветом стен, мебели.

Шторы из поливинилхлоридной пленки не используются. В нерабочем состоянии шторы необходимо размещать в простенках между окнами. Для отделки учебных помещений используются отделочные материалы и краски, создающие матовую поверхность с коэффициентами отражения: для потолка - 0,7 - 0,8; для стен - 0,5 - 0,6; для пола - 0,3 - 0,5.

Следует использовать следующие цвета красок:

- для стен учебных помещений - светлые тона желтого, бежевого, розового, зеленого, голубого;
- для мебели (парты, столы, шкафы) - цвета натурального дерева или светло - зеленый;
- для классных досок - темно - зеленый, темно - коричневый;
- для дверей, оконных рам - белый.

Для максимального использования дневного света и равномерного освещения учебных помещений следует:

- сажать деревья не ближе 15 м, кустарник - не ближе 5 м от здания;
- не закрашивать оконные стекла;
- не расставлять на подоконниках цветы. Их размещают в переносных цветочницах высотой 65-70 см от пола или подвесных кашпо в простенках окон;
- очистку и мытье стекол проводить 2 раза в год (осенью и весной).

2.6.2. Искусственное освещение. В учебных помещениях обеспечиваются нормируемые уровни освещенности и показатели качества освещения (показатель дискомфорта и коэффициент пульсации освещенности) в

соответствии с гигиеническими требованиями к естественному и искусственному освещению.

В учебных помещениях предусматривается преимущественно люминесцентное освещение с использованием ламп: ЛБ, ЛХБ, ЛЕЦ. Допускается использование ламп накаливания (при этом нормы освещенности снижаются на 2 ступени шкалы освещенности).

Не следует использовать в одном помещении люминесцентные лампы и лампы накаливания. Использование новых типов ламп и светильников согласовывается с территориальными центрами госсанэпиднадзора.

В учебных помещениях следует применять систему общего освещения. Светильники с люминесцентными лампами располагаются параллельно светонесущей стене на расстоянии 1,2 м от наружной стены и 1,5 м от внутренней. Для общего освещения учебных помещений и учебно - производственных мастерских следует применять люминесцентные светильники следующих типов: ЛС002-2x40, ЛП028-2x40, ЛП0022x40, ЛП034-4x36, ЦСП-5-2x40. Могут использоваться и другие светильники по типу приведенных с аналогичными светотехническими характеристиками и конструктивным исполнением.

Классная доска оборудуется софитами и освещается двумя установленными параллельно ей зеркальными светильниками типа ЛПО-30-40-122(125). Указанные светильники размещаются выше верхнего края доски на 0,3 м и на 0,6 м в сторону класса перед доской.

При проектировании системы искусственного освещения для учебных помещений необходимо предусмотреть раздельное включение линий светильников.

В учебных кабинетах, аудиториях, лабораториях уровни освещенности должны соответствовать следующим нормам: на рабочих столах - 300 лк, на классной доске - 500 лк, в кабинетах технического черчения и рисования - 500 лк, в кабинетах информатики на столах - 300 - 500 лк, в актовых и спортивных залах (на полу) - 200 лк, в рекреациях (на полу) - 150 лк.

При использовании ТСО и необходимости сочетать восприятие информации с экрана и ведение записи в тетради - освещенность на столах обучающихся должна быть 300 лк.

При использовании диа- и кинопроекторов освещенность на столах обучающихся должна быть 500 лк. При этом следует использовать либо только одно местное освещение, либо создавать систему "функционального" искусственного освещения с "темным коридором" перед экраном. Необходимо проводить чистку осветительной арматуры светильников не реже 2 раз в год и своевременно заменять перегоревшие лампы. Привлекать к этой работе обучающихся не следует. Неисправные, перегоревшие люминесцентные лампы собираются и вывозятся из здания общеобразовательного учреждения.

В целях предупреждения возникновения массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) хранение их в непригодных помещениях

общеобразовательных учреждений запрещается (ст. 29, п. 1 Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ[1]).

Профилактическое ультрафиолетовое облучение детей следует проводить в районах севернее 57,5 градуса с.ш. и в районах с загрязненной атмосферой. Для этого рекомендуется использовать облучательные установки длительного действия или кратковременного (фотарии) в соответствии с рекомендациями по проведению профилактического ультрафиолетового облучения людей с применением источников ультрафиолетового излучения.

2.7. Требования к водоснабжению и канализации

2.7.1. Здания общеобразовательных учреждений должны оборудоваться системами хозяйственно - питьевого, противопожарного и горячего водоснабжения, канализацией и водостоками в соответствии с гигиеническими требованиями к планировке и застройке городских и сельских поселений.

2.7.2. В общеобразовательных учреждениях обеспечивается централизованное водоснабжение и канализация.

В случаях отсутствия в населенном пункте канализации и водопровода водоснабжение и способ удаления нечистот и отбросов в каждом конкретном случае согласуется с территориальными центрами госсанэпиднадзора.

2.7.3. Общеобразовательные учреждения обеспечиваются доброкачественной питьевой водой в соответствии с гигиеническими требованиями к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения.

2.7.4. Использование в общеобразовательных учреждениях фильтров для очистки питьевой воды согласовывается с территориальными центрами госсанэпиднадзора.

2.7.5. Холодным и горячим водоснабжением обеспечиваются производственные помещения пищеблока, душевые, умывальные, кабины гигиены девочек, помещения медицинского кабинета.

Учебные помещения начальных классов, кабинеты физики, химии, черчения, рисования, мастерские трудового обучения должны быть обеспечены холодным и горячим водоснабжением.

2.7.6. В неканализованных районах общеобразовательные учреждения оборудуются внутренней канализацией при условии устройства местных очистных сооружений.

2.7.7. В неканализованных районах допускается оборудование малокомплектных сельских общеобразовательных учреждений вместимостью до 50 мест люфтклозетами или выгребами (с организацией вывоза стоков). Не следует выливать в выгреб воду из-под умывальников и после уборки помещений.

2.8. Требования к помещениям и оборудованию общеобразовательных учреждений, размещенных в приспособленном здании

2.8.1. При размещении общеобразовательного учреждения в приспособленном здании необходимо иметь обязательный набор помещений: учебные классы, помещения для занятий по физвоспитанию, столовую или буфет, мед-

пункт или помещение для медицинского обеспечения, административно - хозяйственные помещения, санузлы, рекреации и гардероб. Площади помещений определяются в каждом конкретном случае, исходя из направления общеобразовательного учреждения, числа и возраста обучающихся, количества классов, в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил и по согласованию с территориальными центрами госсанэпиднадзора.

2.8.2. Сдача в аренду помещений общеобразовательных учреждений другим организациям, индивидуальным предпринимателям осуществляется при наличии санитарно - эпидемиологического заключения о безопасности их деятельности для здоровья обучающихся.

2.8.3. Помещения столовой или буфета размещаются на 1 этаже и имеют отдельный выход.

В малочисленных учреждениях (с числом обучающихся меньше 100) при отсутствии пищеблока допускается организация питания детей в специально отведенном помещении по согласованию с территориальными центрами госсанэпиднадзора.

2.8.4. Спортивный или физкультурный зал размещается на 1 этаже и удален от учебных помещений, учительской и кабинета врача. При спортивном зале устраиваются раздевальные и душевые для мальчиков и девочек, оборудованные вешалками для одежды.

При отсутствии возможности оборудовать собственный физкультурный зал допускается использовать спортивные сооружения, расположенные вблизи общеобразовательного учреждения, при условии их соответствия требованиям, предъявляемым к спортивным залам.

2.8.5. Медицинский пункт располагается на первом этаже и включает кабинет врача и процедурную.

2.8.6. Стены учебных помещений должны быть гладкими, допускающими их уборку влажным способом.

2.8.7. Полы должны быть без щелей и иметь покрытие дощатое, паркетное или линолеум на утепленной основе.

Полы туалетных и умывальных комнат должны выстилаться керамической или мозаичной шлифованной плиткой; не используются цементные, мраморные или другие аналогичные материалы.

2.8.8. При выборе полимерных материалов для отделки полов и стен помещений следует руководствоваться перечнем полимерных материалов и изделий, разрешенных к применению в строительстве.

2.9. Требования к режиму образовательного процесса

2.9.1. В соответствии со ст. 28 Федерального закона "О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения" программы, методики и режимы воспитания и обучения, в части гигиенических требований, допускаются к использованию при наличии санитарно - эпидемиологического заключения о соответствии их санитарным правилам.

**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К МАКСИМАЛЬНЫМ ВЕЛИЧИНАМ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ**

Классы	Максимально допустимая недельная нагрузка в часах	
	При 6-дневной неделе	При 5-дневной неделе
1	-	20
2 - 4	25	22
5	31	28
6	32	29
7	34	31
8 - 9	35	32
10 - 11	36	33

Часы факультативных, групповых и индивидуальных занятий должны входить в объем максимально допустимой нагрузки.

При 35-минутной продолжительности уроков во 2 - 4 классах максимально допустимая недельная нагрузка при 6-дневной учебной неделе составляет 27 часов, при 5-дневной учебной неделе - 25 часов.

2.9.2. Продолжительность учебной недели для обучающихся в 5 - 11 классах зависит от объема недельной учебной нагрузки и определяется в соответствии с табл. 3.

2.9.3. Продолжительность урока не должна превышать 45 минут.

2.9.4. В 1-е классы принимаются дети 8-го или 7-го года жизни по усмотрению родителей. Прием в образовательное учреждение детей 7-го года жизни осуществляется при достижении ими к 1 сентября учебного года возраста не менее 6 лет 6 месяцев.

Прием детей в 1-е классы осуществляется на основании заключения психолога - медико - педагогической комиссии (консультации) о готовности ребенка к обучению.

Обучение детей, не достигших 6,5 лет к началу учебного года, следует проводить в условиях детского сада или образовательного учреждения с соблюдением всех гигиенических требований по организации обучения детей с шестилетнего возраста.

Обучение детей в 1-м классе следует проводить с соблюдением следующих требований:

- учебные занятия проводятся только в первую смену;
- 5-дневная учебная неделя;
- организация облегченного учебного дня в середине учебной недели;
- проведение не более 4-х уроков в день;
- продолжительность уроков - не более 35 минут;
- организация в середине учебного дня динамической паузы продолжительностью не менее 40 минут;

- использование "ступенчатого" режима обучения в первом полугодии;
- организация дневного сна, 3-разового питания и прогулки для детей, посещающих группу продленного дня;
- обучение без домашних заданий и балльного оценивания знаний обучающихся;
- дополнительные недельные каникулы в середине третьей четверти.

2.9.5. В оздоровительных целях и для облегчения процесса адаптации детей к требованиям общеобразовательного учреждения в 1-х классах применяется "ступенчатый" метод постепенного наращивания учебной нагрузки:

- в сентябре, октябре - 3 урока по 35 минут каждый;
- со второй четверти - 4 урока по 35 минут каждый.

2.9.6. В начальных классах плотность учебной работы обучающихся на уроках по основным предметам не должна превышать 80%. С целью профилактики утомления, нарушения осанки, зрения обучающихся на уроках проводятся физкультминутки и гимнастика для глаз при обучении письму, чтению, математике (Приложения 2 и 3).

2.9.7. В оздоровительных целях в общеобразовательных учреждениях создаются условия для удовлетворения биологической потребности обучающихся в движении. Эта потребность может быть реализована посредством ежедневной двигательной активности обучающихся в объеме не менее 2 ч. Такой объем двигательной активности складывается из участия обучающихся в комплексе мероприятий дня каждого учреждения (Приложение 4): в проведении гимнастики до учебных занятий, физкультминуток на уроках, подвижных игр на переменах, спортивного часа в продленном дне, уроков физкультуры, внеклассных спортивных занятий и соревнований, дней здоровья, самостоятельных занятий физкультурой.

С этой же целью в школьный компонент учебных планов для обучающихся I ступени рекомендуется включать предметы двигательного характера (хореография, ритмика, современные и балльные танцы, обучение традиционным и национальным спортивным играм и др.).

2.9.8. Учебные занятия следует начинать не ранее 8 часов, без проведения нулевых уроков.

В общеобразовательных учреждениях с углубленным изучением отдельных предметов, лицеях и гимназиях обучение проводится только в первую смену.

В общеобразовательных учреждениях, работающих в несколько смен, обучение 1-х, 5-х, выпускных и классов компенсирующего обучения должно быть организовано в первую смену.

2.9.9. В классах компенсирующего обучения количество обучающихся не должно превышать 20 человек.

Продолжительность уроков в таких классах составляет не более 40 минут. Коррекционно-развивающие занятия включаются в объем максимально допу-

стимой недельной нагрузки, установленной для обучающихся каждого возраста.

Независимо от продолжительности учебной недели число уроков в день должно быть не более 5 - в начальных классах и не более 6 - в 5 - 11 классах.

Для предупреждения утомления и сохранения оптимального уровня работоспособности в течение недели обучающиеся в компенсирующих классах должны иметь облегченный учебный день в середине недели (среда).

С целью реабилитации здоровья и сокращения сроков адаптации к требованиям общеобразовательного учреждения обучающиеся компенсирующих классов обеспечиваются в учреждении необходимой медико-психологической помощью (психолог, педиатр, логопед), специально подготовленными педагогами, техническими и наглядными пособиями, подключением родителей к процессу обучения и развития детей.

2.9.10. В малокомплектных общеобразовательных учреждениях формирование классов - комплектов определяется конкретными условиями и зависит от числа обучающихся и учителей. Оптимальным является раздельное обучение обучающихся I ступени разного возраста. Допускается объединение обучающихся I ступени в класс - комплект, при этом следует отдавать предпочтение формированию двух совмещенных классов - комплектов. Оптимальным является объединение в один комплект обучающихся 1 и 3 классов (1 + 3), 2 и 3 классов (2 + 3), 2 и 4 классов (2 + 4). Для предупреждения утомления обучающихся необходимо сокращать продолжительность совмещенных (особенно 4-х и 5-х) уроков на 5 - 10 мин. (кроме урока физкультуры). При необходимости объединить в один комплект обучающихся 1, 2, 3, 4 классов следует применять скользящий график учебных занятий для детей разного возраста с целью создания условий для проведения в каждом классе части уроков вне совмещения (соблюдение этого требования особенно необходимо для первоклассников) (Прилож. 5). В учреждениях, где со 2 класса применяется программированное обучение с использованием звукотехнических средств, должна соблюдаться предельно допустимая длительность работы детей с программными материалами: на уроках письма во 2 классе - не более 20 мин., в 3-м - не более 25 мин.; на уроках математики во 2 классе - не более 15 мин., в 3-м - не более 20 мин. На уроках чтения использование звукотехнических средств допустимо только в качестве звуковых наглядных пособий. Независимо от ступени обучения наполняемость двухклассных комплектов должна составлять не более 25, а при объединении в один комплект трех - четырех классов - не более 15 детей.

2.9.11. При использовании в общеобразовательных учреждениях аудиовизуальных ТСО длительность их непрерывного применения в учебном процессе устанавливается согласно Таблице 4.

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НЕПРЕРЫВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НА УРОКАХ
РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ**

Классы	Длительность просмотра (мин.)		
	диафильмов, диапозитивов	кинофильмов	телепередач
1 - 2	7 - 15	15 - 20	15
3 - 4	15 - 20	15 - 20	20
5 - 7	20 - 25	20 - 25	20 - 25
8 - 11	-	25 - 30	25 - 30

В течение недели количество уроков с применением ТСО не должно превышать для обучающихся I степени 3 - 4, обучающихся II и III степени - 4 - 6.

2.9.12. При использовании компьютерной техники на уроках непрерывная длительность занятий непосредственно с видеодисплейным терминалом (ВДТ) и проведение профилактических мероприятий должны соответствовать гигиеническим требованиям, предъявляемым к видеодисплейным терминалам и персональным электронно - вычислительным машинам.

После занятий с ВДТ необходимо проводить гимнастику для глаз, которая выполняется на рабочем месте (Приложение 5).

2.9.13. На занятиях трудом следует чередовать различные по характеру задания. Не следует на уроке выполнять один вид деятельности на протяжении всего времени самостоятельной работы.

Общая длительность практической работы для обучающихся в 1 - 2 классах - 20 - 25 минут, для обучающихся в 3 - 4 классах - 30 - 35 минут.

Продолжительность непрерывной работы с бумагой, картоном, тканью для первоклассников не более 5 минут, для обучающихся в 2 - 3-х - 5 - 7 минут, для обучающихся в 4-х - 10 минут, а при работе с деревом и проволокой - не более 4 - 5 минут.

Длительность практической работы на уроках труда для обучающихся в 5 - 7 классах не должна превышать 65% времени занятий. Длительность непрерывной работы по основным трудовым операциям для обучающихся в 5-х классах - не более 10 минут, в 6-х - 12 минут, в 7-х - 16 минут.

2.9.14. Расписание уроков составляется отдельно для обязательных и факультативных занятий. Факультативные занятия следует планировать на дни с наименьшим количеством обязательных уроков.

Между началом факультативных и последним уроком обязательных занятий устраивается перерыв продолжительностью в 45 минут.

2.9.15. В начальных классах сдвоенные уроки не проводятся. Для обучающихся в 5 - 9 классах сдвоенные уроки допускаются для проведения лабораторных, контрольных работ, уроков труда, физкультуры целевого назначения (лыжи, плавание).

Сдвоенные уроки по основным и профильным предметам для обучающихся в 5 - 9 классах допускаются при условии их проведения следом за уроком физкультуры или динамической паузой продолжительностью не менее 30 минут.

В 10 - 11 классах допускается проведение сдвоенных уроков по основным и профильным предметам.

2.9.16. При составлении расписания уроков следует чередовать в течение дня и недели для обучающихся I ступени основные предметы с уроками музыки, изобразительного искусства, труда, физкультуры, а для обучающихся II и III ступени обучения - предметы естественно - математического и гуманитарного циклов.

2.9.17. Расписание уроков строится с учетом хода дневной и недельной кривой умственной работоспособности обучающихся (Приложение 6).

2.9.18. Продолжительность перемен между уроками составляет не менее 10 минут, большой перемены (после 2 или 3 уроков) - 30 минут: вместо одной большой перемены допускается после 2 и 3 уроков устраивать две перемены по 20 минут каждая. Перемены необходимо проводить при максимальном использовании свежего воздуха, в подвижных играх. При проведении ежедневной динамической паузы разрешается удлинять большую перемену до 45 минут, из которых не менее 30 минут отводится на организацию двигательной активности обучающихся на спортплощадке учреждения, в спортивном зале или в оборудованных тренажерами рекреациях.

2.9.19. Домашние задания даются обучающимся с учетом возможности их выполнения в следующих пределах: в 1 классе (со второго полугодия) - до 1 ч, во 2-м - до 1,5 ч, в 3 - 4-м - до 2 ч, в 5 - 6-м - до 2,5 ч, в 7 - 8-м - до 3 ч, в 9 - 11-м - до 4 ч.

2.9.20. Работа групп продленного дня строится в соответствии с действующими требованиями Минздрава России по организации и режиму работы групп продленного дня.

В группах продленного дня продолжительность прогулки для обучающихся I ступени составляет не менее 2 часов, обучающихся II ступени - не менее 1,5 часа.

Самоподготовку следует начинать с 16 часов. Продолжительность самоподготовки определяется классом обучения соответственно п. 2.9.20.

Наилучшим сочетанием видов деятельности детей в группах продленного дня является их двигательная активность на воздухе до начала самоподготовки (прогулка, подвижные и спортивные игры, общественно полезный труд на участке общеобразовательного учреждения), а после самоподготовки - участие в мероприятиях эмоционального характера (занятия в кружках, игры, посещение зрелищных мероприятий, подготовка и проведение концертов самодеятельности, викторин и прочее).

2.10. Требования к организации медицинского обслуживания обучающихся

2.10.1. Все общеобразовательные учреждения укомплектовываются квалифицированными кадрами средних медицинских работников, врачей - педиатров.

2.10.2. Обучающиеся в общеобразовательных учреждениях обеспечиваются проведением медицинских осмотров в соответствии с действующими требованиями, предъявляемыми федеральными органами исполнительной власти в области здравоохранения и образования.

2.10.3. Во всех видах общеобразовательных учреждений организуется комплексное оздоровление детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, с включением в его структуру психолого-педагогической коррекции.

2.10.4. Все работники учреждения проходят обязательные профилактические осмотры в установленном порядке.

2.10.5. Администрация и медицинские работники общеобразовательных учреждений с углубленным изучением отдельных предметов, гимназий и лицеев при поступлении в них детей с хроническими заболеваниями должны разъяснять родителям, что обучение в таких учреждениях является дополнительным фактором риска для здоровья больного ребенка.

2.11. Требования к санитарному состоянию и содержанию

2.11.1. В период эпидемиологического благополучия в учреждениях проводится ежедневная влажная уборка помещений с использованием соды, мыла или синтетических моющих средств.

Уборку классов и других учебных и вспомогательных помещений проводят после окончания уроков при открытых окнах или фрамугах. Если учреждение работает в две смены, уборку проводят дважды. Моют полы, протирают места скопления пыли (подоконники, радиаторы и др.).

Один раз в месяц проводят генеральную уборку помещений с применением не только моющих, но и дезинфицирующих средств, разрешенных в установленном порядке (например, 0,5 - 1%-ный раствор хлорной извести, хлорамин или гипохлорита кальция, 0, 2%-ный раствор сульфохлорантина, 3%-ный раствор амфолана, 1%-ный (по ДВ) раствор полисепта, 1%-ный (по ДВ) раствор перамина, 3%-ный (по ДВ) раствор перекиси водорода с моющим средством).

Окна снаружи и изнутри и оконные проемы моют 2 раза в год (весной и осенью).

Места общего пользования (туалеты, буфет, столовая и медицинский кабинет) всегда убирают с использованием дезинфицирующих средств.

Санитарно - техническое оборудование подлежит ежедневному обеззараживанию независимо от эпидситуации. Сиденья на унитазах, ручки сливных бачков и ручки дверей моют теплой водой с мылом. Раковины, унитаза чистят квачами или щетками чистяще - дезинфицирующими средствами, разрешенными в установленном порядке (например, Блеск-2, Санита, Белка, ПЧД, Дезеф, Дезус, Санитарный и др.), в соответствии с указаниями на этикетке или двукратно протирают ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих средств (Приложение 7).

2.11.2. Уборку столовой проводят после каждого посещения ее детьми (завтрак, обед, полдник). После каждого приема пищи столы моют горячей водой с мылом или содой.

Мытье посуды осуществляется механическим или ручным способом. При ручном способе мытья посуды используется трехгнездная ванна.

Освобожденная от остатков пищи столовая посуда моется щеткой в воде, имеющей 50 град. С, с добавлением моющих средств (1 ванна). После этого посуда погружается в один из дезинфицирующих растворов (0,2%-ный раствор хлорамина, гипохлорита натрия или кальция) - 2 ванна, ополаскивается горячей проточной водой при температуре 65 град. С (3 ванна) и просушивается в специальных шкафах или решетках.

Стеклопосуда после механической очистки моется с применением разрешенных моющих средств (1 ванна), ополаскивается горячей проточной водой (2 ванна) и просушивается на специальных решетках.

Столовые приборы после механической очистки и мытья с применением моющих средств (1 ванна) споласкивают горячей проточной водой (2 ванна) и обеззараживают физическим методом в воздушных стерилизаторах в течение 2 - 3 мин. Чистые столовые приборы хранят в металлических кассетах в вертикальном положении ручками вверх.

2.11.3. Во время карантина очередность процессов обработки посуды меняется. Сначала, после освобождения от остатков пищи, посуду погружают в один из дезинфицирующих растворов, указанных в Приложении 7, или кипятят в 2%-ном растворе соды 15 мин. После этого посуду моют, ополаскивают горячей водой и высушивают.

При использовании посудомоечной машины обработку посуды проводят по режиму, указанному в документации на машину.

2.11.4. Мочалки, щетки для мытья посуды, ветошь для протирания столов после использования кипятят в течение 15 минут в воде с добавлением соды или замачивают в дезинфицирующем растворе (0,5%-ном растворе хлорамина 50 минут), затем прополаскивают, сушат и хранят в специальной промаркированной таре.

2.11.5. Остатки пищи обеззараживают кипячением в течение 15 мин. или засыпают хлорной известью либо любым из следующих средств: известью белильной термостойкой 200 г/кг или НГК, или ДОСГК 100 г/кг.

2.11.6. В помещении пищеблока (кухни, кладовые и пр.) должны соблюдаться правила хранения продуктов и пищевых отходов и проводиться борьба с мухами, тараканами и грызунами.

2.11.7. В медицинском кабинете, помимо обеззараживания помещения и предметов обстановки, необходимо дезинфицировать медицинские инструменты многократного пользования способом погружения в один из растворов, указанных в Приложении N 7, или пользоваться физическими методами обеззараживания (кипячение, сухой горячий воздух). Предметы

ухода за больными дезинфицируются способом протирания или погружения в раствор дезинфицирующего средства (Приложение 7).

2.11.8. В тех случаях, когда требуется стерильность, необходимо применять изделия разового пользования.

2.11.9. В период карантина ежедневному обеззараживанию подлежат все помещения, где находились дети из класса с установленным карантином.

При проведении дезинфекции особое внимание уделяют обработке объектов, играющих решающую роль в передаче данной инфекции.

При капельных инфекциях - частое проветривание классов (на каждой перемене), тщательное удаление пыли в помещениях, обеззараживание посуды; при кишечных инфекциях - обеззараживание посуды, поверхностей обеденных столов, санитарно - технического оборудования, мытье рук с мылом после каждого посещения туалета и перед приемом пищи.

2.11.10. С целью выявления педикулеза медицинскому персоналу необходимо не реже 4 раз в год после каждой каникулы и ежемесячно выборочно (четыре - пять классов) проводить осмотры детей. Осмотры (волосистой части тела и одежды) проводят в хорошо освещенном помещении, используя лупу и частые гребни. После каждого осмотра гребень обдают крутым кипятком или протирают 70-градусным раствором спирта.

2.11.11. На территории участка проводят ежедневную уборку. Мусор собирают в металлические мусоросборники с закрывающимися крышками. Очистку мусоросборников производят при их заполнении на 2/3 объема. После опорожнения мусоросборники дезинфицируют. Дезинфекцию мусоросборников, помойных ям, мусорных ящиков проводят орошением 10%-ным раствором хлорной извести (или извести белильной термостойкой), 5%-ным раствором НГК или 7%-ным раствором ВГК при времени обеззараживания 60 мин. Мусор заливают одним из растворов: 10%-ным раствором хлорной извести в соотношении 2:1 на 120 мин., 20%-ным хлорно - известковым молоком 2:1 на 60 мин., 5%-ным раствором НГК 2:1 на 120 мин.

2.11.12. С целью предупреждения выплода мух и уничтожения их на фазе развития в отходах 1 раз в 5 - 10 дней места сбора отходов обрабатывают одним из средств в соответствии с указаниями по борьбе с мухами. На территории учреждений не должно быть безнадзорных животных.

2.12. Требования к организации питания

2.12.1. Требования к режиму питания обучающихся. Для обучающихся должно быть организовано одноразовое горячее питание (завтрак). По желанию родителей им может быть предоставлен и обед. Посещающие группу продленного дня обеспечиваются по месту учебы двухразовым горячим питанием (завтрак и обед), а при длительном пребывании в учреждении и полдником.

2.12.2. Организация и рацион питания обучающихся подлежат обязательному согласованию с органами госсанэпиднадзора.

2.12.3. При организации питания следует руководствоваться санитарно - эпидемиологическими требованиями, предъявляемыми к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них продовольственного сырья и пищевых продуктов, к условиям, срокам хранения особо скоропортящихся продуктов, к организации рационального питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях.

2.12.4. О случаях появления в учреждении пищевых отравлений и острых кишечных инфекций среди обучающихся и персонала в установленном порядке информируются территориальные центры госсанэпиднадзора.

2.12.5. В питании обучающихся в общеобразовательных учреждениях запрещается использовать:

- фляжное, бочковое, непастеризованное молоко без тепловой обработки (кипячения);

- творог и сметану в натуральном виде без тепловой обработки (творог используют в виде запеканок, сырников, ватрушек, сметану используют в виде соусов и в первое блюдо за 5 - 10 мин. до готовности);

- молоко и простоквашу "самоквас" в натуральном виде, а также для приготовления творога;

- зеленый горошек без термической обработки;

- макароны с мясным фаршем (по-флотски), блинчики с мясом, студни, окрошки, паштеты, фаршмак из сельди, заливные блюда (мясные и рыбные);

- напитки, морсы без термической обработки, квас;

- грибы,

- макароны с рубленным яйцом, яичница - глазунья;

- пирожные и торты кремовые;

- жаренные во фритюре пирожки, пончики;

- неизвестного состава порошки в качестверыхлителей теста.

2.12.6. Требования к соблюдению правил личной гигиены сотрудниками пищеблока.

К работе на пищеблок допускаются здоровые лица, прошедшие медицинский осмотр в соответствии с действующими приказами и инструкциями, а также прослушавшие курс по гигиенической подготовке со сдачей зачета.

Контроль за соблюдением сроков прохождения медосмотров возлагается на медработника учреждения. На каждого работника заводится личная медицинская книжка, в которую вносят результаты медицинских обследований, сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, о сдаче санитарного минимума.

Персонал пищеблока обязан соблюдать следующие правила личной гигиены:

- приходить на работу в чистой одежде и обуви;

- оставлять верхнюю одежду, головной убор, личные вещи в гардеробной;

- коротко стричь ногти;
- перед началом работы тщательно мыть руки с мылом, надевать чистую санитарную одежду в специально отведенном месте, после посещения туалета тщательно мыть руки с мылом, желателен дезинфицирующий;
- при появлении признаков простудного заболевания или кишечной дисфункции, а также нагноений, порезов, ожогов сообщить администрации и обратиться в медицинское учреждение для лечения;
- сообщать о всех случаях заболеваний кишечными инфекциями в семье работника.

Сотрудникам в пищеблоках не разрешается:

- при изготовлении блюд, кулинарных и кондитерских изделий носить ювелирные изделия, покрывать ногти лаком, застегивать санодержатели булавками;
- принимать пищу, курить на рабочем месте.

Прием пищи и курение разрешаются в специально отведенном помещении или месте.

Ежедневно перед началом смены медработник проводит у всех работающих осмотр открытых поверхностей тела на наличие гнойничковых заболеваний. Лица с гнойничковыми заболеваниями кожи, нагноившимися порезами, ожогами, ссадинами, а также с катарами верхних дыхательных путей к работе не допускаются, а переводятся на другую работу. Результаты осмотров заносятся в журналы установленной формы. В каждом пищеблоке должна быть аптечка с набором медикаментов для оказания первой помощи.

Приложение 1 (обязательное)

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ОБОРУДОВАНИЯ И ИНСТРУМЕНТАРИЯ МЕДИЦИНСКОГО КАБИНЕТА

Письменный стол 1 - 2 шт.

Стулья 4 - 6 шт.

Ширма 1 шт.

Кушетка 1 шт.

Шкаф канцелярский 1 - 2 шт.

Шкаф аптечный 1 шт.

Медицинский столик со стеклянной крышкой:

а) с набором прививочного инструментария 1 шт.

б) со средствами для оказания неотложной помощи 1 шт.

Холодильник (для вакцин и медикаментов) 1 шт.

Умывальная раковина (умывальник) 1 шт.

Ведро с педальной крышкой 1 шт.

Весы медицинские 1 шт.

Ростомер 1 шт.

Спирометр 1 шт.

Динамометр ручной 1 шт.
Лампа настольная для офтальмологического 1 шт. и оториноларингологического обследования
Таблица для определения остроты зрения, 1 шт. помещенная в аппарат Ротта
Тонометр 1 шт.
Фонендоскоп 2 шт.
Бикс маленький 2 шт.
Бикс большой 2 шт.
Жгут резиновый 4 - 6 шт.
Шприцы одноразовые с иглами: 2,0 10 шт.; 5,0 10 шт.; 10,0 5 шт.
Пинцет 1 шт.
Термометр медицинский 20 - 25 шт.
Ножницы 2 шт.
Грелка резиновая 1 - 2 шт.
Пузырь для льда 1 - 2 шт.
Лоток почкообразный 5 шт.
Шпатель металлический 40 шт.
Шины (Крамера, Дитерихса, пластмассовые, 10 шт. для верхних конечностей)
Носилки 1 шт.
Кварц тубусный 1 шт.
Очки в детской оправе (Дпр 56 - 58 мм) с линзами в 1 дптр 1 шт.
Полихроматические таблицы для исследования цветоощущения 1 шт. Е.Б. Рабкина
Плантаграф деревянный 1 шт. (может быть изготовлен в мастерской для трудового обучения)
Коврик (1 м х 1,5 м) 1 шт.

Приложение 7 (обязательное)

САНИТАРНО-ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЙ РЕЖИМ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ В ПЕРИОД КАРАНТИНА

Наименование объекта

Способ и режим обеззараживания

1. Помещение (пол, стены, двери, подоконники и др.), жесткая мебель

Обработку проводят способом протирания ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов:

0,5%-ный раствор хлорамина - 60 мин.;

0,5%-ный раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой - 60 мин.;

0,25%-ный раствор НГК, ДОСГК - 60 мин.;

0,2%-ный раствор сульфохлорантина - 60 мин.;

3%-ный (по ДВ) раствор перекиси водорода с моющим средством (0,5%) - 60 мин.;

1%-ный (по ДВ) раствор перамина - 60 мин.;

1% (по ДВ) раствор полисепта;; - 60 мин.;

3%-ный раствор амфолана - 60 мин.;

0,5%-ный раствор катамина ЛБ - 30 мин.

2. Ковры

Дважды почистить щеткой, смоченной:

0,5%-ным раствором хлорамина;

0,2%-ным раствором сульфохлорантина;

1%-ным раствором перамина;

0,5%-ным раствором катамина АБ и на время карантина убрать

3. Посуда, освобожденная от остатков пищи

Кипячение в воде или в 2%-ном растворе соды - 15 мин.

Погружение в один из дезинфицирующих растворов на 60 мин:

1%-ный раствор хлорамина,

1%-ный осветленный раствор хлорной извести,

0,5%-ный раствор НГК;

0,2%-ный раствор сульфохлорантина,

3%-ный раствор амфолана,

1%-ный раствор катамина АБ.

Посуду после дезинфекции вымыть, сполоснуть и высушить

4. Остатки пищи

Кипячение - 15 мин.

Засыпание хлорной известью (или известью белильной термостойкой) 200 г/кг - 60 мин.

НГК, ДОСГК 100 г/кг

5. Санитарно - техническое оборудование (раковины, унитазы и др.)

Крышки унитазов мыть горячей мыльной водой. унитазы, ванны, раковины протереть дважды одним из растворов, указанных в п. 1, или протереть чистяще - дезинфицирующим средством: Белка, Блеск-2, Санита, ПЧД, Санитарный, Дезус, Дезэф и др. - в соответствии с

рекомендациями по изменению средства на этикетке. Использованные квачи, уборочный материал погружают в 0,5%-ный раствор НГК или 1%-ный раствор хлорной извести - на 30 мин., прополаскивают и высушивают. Хранят чистые квачи и уборочный материал в специальной промаркированной таре в хозяйственном шкафу

6. Изделия медицинского назначения из стекла, металла, резин, пластмасс

Химический метод: погружение или протирание одним из дезинфицирующих растворов:

1,0%-ный раствор хлорамина - 30 мин.;

2,5%-ный (0,5%-ный ДВ) раствор

хлоргексидина биглюконата – 30 мин.;

3%-ный (по ДВ) раствор перекиси водорода с 0,5%-ным раствором моющего средства - 80 мин.

Физический метод (кроме изделий из пластмасс):

кипячение в воде или 2%-ном растворе соды - 15 мин.;

сухой горячий воздух 120 град. С - 45 мин.

7. Руки персонала

Для гигиенического обеззараживания руки обрабатывают ватным тампоном в течение

2 мин. одним из растворов: 2,5%-ный (0,5%-ный) водный раствор хлоргексидина биглюконата; 1%-ный раствор йодопирона; 0,5%-ный раствор хлорамина, а затем моют мылом

06.07.2011

Санитарные нормы и правила для общеобразовательных учреждений

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29 декабря 2010 года № 189 утверждены «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы - СанПиН 2.4.2.2821-10».

Данные правила предусматривают, что обучение в 1-м классе осуществляется с соблюдением следующих дополнительных требований:

- учебные занятия проводятся по 5-дневной учебной неделе и только в первую смену;

- использование «ступенчатого» режима обучения в первом полугодии (в сентябре, октябре - по 3 урока в день по 35 минут каждый, в ноябре-декабре - по 4 урока по 35 минут каждый; январь - май - по 4 урока по 45 минут каждый);

- рекомендуется организация в середине учебного дня динамической паузы продолжительностью не менее 40 минут;

- для посещающих группу продленного дня необходима организация дневного сна (не менее 1 часа), 3-разового питания и прогулок;

- обучение проводится без балльного оценивания знаний обучающихся и домашних заданий;

- дополнительные недельные каникулы в середине третьей четверти при традиционном режиме обучения.

Кроме того, СанПиНом 2.4.2.2821-10 определены дополнительные требования к территории, объектам и оборудованию общеобразовательных учреждений.

Установлено, что предоставление земельных участков для строительства объектов общеобразовательных учреждений, допускается при

наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии земельного участка санитарным правилам.

Территория общеобразовательного учреждения должна быть ограждена забором и озеленена. Озеленение территории предусматривают из расчета не менее 50% площади его территории. При размещении территории общеобразовательного учреждения на границе с лесными и садовыми массивами допускается сокращать площадь озеленения на 10%.

При устройстве беговых дорожек и спортивных площадок (волейбольных, баскетбольных, для игры в ручной мяч) необходимо предусмотреть дренаж для предупреждения затопления их дождевыми водами.

Оборудование физкультурно-спортивной зоны должно обеспечивать выполнение программ учебного предмета «Физическая культура», а также проведение секционных спортивных занятий и оздоровительных мероприятий.

Физкультурно-спортивное оборудование, размеры инструментов, используемые для столярных и слесарных работ должны соответствовать росту и возрасту обучающихся.

Слесарные и столярные мастерские и кабинеты обслуживающего труда оборудуются умывальными раковинами с подводкой холодной и горячей воды, электрополотенцами или бумажными полотенцами.

Для контроля температурного режима учебные помещения и кабинеты должны быть оснащены бытовыми термометрами.

Данные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы вводятся в действие с 1 сентября 2011 года.

«Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в
общеобразовательных учреждениях»

Зарегистрировано
Минюсте РФ
3 марта 2011 г. N 19993

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 29 декабря 2010 г. N 189

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНПИН 2.4.2.2821-10
"САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ
К УСЛОВИЯМ И ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ
В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ"

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2002, N 1 (ч. I), ст. 2; 2003, N 2, ст. 167; 2003, N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 1, ст. 10; 2006, N 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, N 1 (ч. I), ст. 21; 2007, N 1 (ч. I), ст. 29; 2007, N 27, ст. 3213; 2007, N 46, ст. 5554; 2007, N 49, ст. 6070; 2008, N 24, ст. 2801; 2008, N 29 (ч. I), ст. 3418; 2008, N 30 (ч. II), ст. 3616; 2008, N 44, ст. 4984; 2008, N 52 (ч. I), ст. 6223; 2009, N 1, ст. 17; 2010, N 40, ст. 4969) и Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 N 554 "Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст. 3295; 2004, N 8, ст. 663; 2004, N 47, ст. 4666; 2005, N 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.2.2821-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях" (приложение).

2. Ввести в действие указанные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы с 1 сентября 2011 года.

3. С момента введения СанПиН 2.4.2.2821-10 считать утратившими силу санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.2.1178-02 "Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях", утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации от 28.11.2002 N 44 (зарегистрированы в Минюсте России 05.12.2002, регистрационный номер 3997), СанПиН 2.4.2.2434-08 "Изменение N 1 к СанПиН 2.4.2.1178-02", утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26.12.2008 N 72 (зарегистрированы в Минюсте России 28.01.2009, регистрационный номер 13189).

Г.Г.Онищенко

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы, rtf (899 Kb)

Приложение 4. МАТЕРИАЛЫ ПО РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

КОМПЛЕКС ЗАНЯТИЙ ПО ПРОПАГАНДЕ ЗОЖ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Занятие 1. Тема «Здоровый образ жизни».

Цель: дать детям общее представление о здоровом образе жизни.

Социальный педагог: «Когда человек заботится о своем здоровье, то есть дышит свежим воздухом, ест здоровую, свежую пищу, много двигается, внимательно относится к своим глазам, бережет зрение, не переутомляет слух чересчур громкими звуками, старается не простужаться, одеваться по погоде, мы говорим, что этот человек ведет здоровый образ жизни. На наших занятиях вместе с Неболейкой и Хворайкой мы будем учиться быть здоровыми. Посмотрите еще раз на героев я расскажу вам о них.

*Неболейка закаляется,
он зарядкой занимается.
У Хворайки сто болезней
Говорить ей бесполезно,
Что здоровье начинается
Там, где наша лень кончается
Лень Хворайке умыться,
Встать пораньше, причесаться,
Ей, поверьте, тоже лень
Начинать с зарядки день.*

*Наша девочка хлопчет
В ванной весело хохочет
Пастой чертиков рисует,
Неболека протестует,
Говорит сестренке он:
«У природы есть закон –
Счастлив будет только тот,
Кто здоровье бережет.
Прочь гони-ка все хворобы
Поучись-ка быть здоровой!*

Расскажите, что вы узнали из стихотворения о Неболейке? О Хворайке?

Примерные вопросы

1. Почему Хворайка так худа и бледна?
2. Почему она так много болеет?
3. Опишите внешность Неболейки.
4. Как вы думаете, почему она выглядит именно так?
5. Что должна сделать Хворайка, чтобы стать здоровой девочкой?
6. Как вы понимаете слова «здоровый образ жизни»?

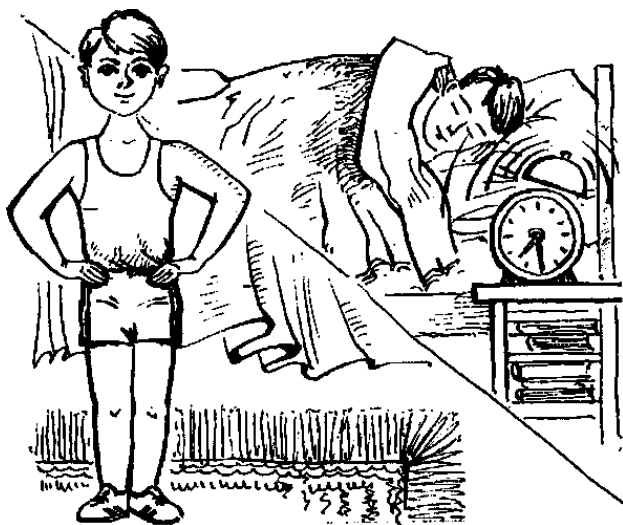
Домашнее задание: нарисуйте в альбоме все, что вы сделали за неделю для укрепления своего здоровья.

Занятие 2. Тема «Осанка»

Цель: выработать у детей желание следить за своей осанкой.

Методическое обеспечение: плакаты № 1, 2, 3, 4, рисунки детей.

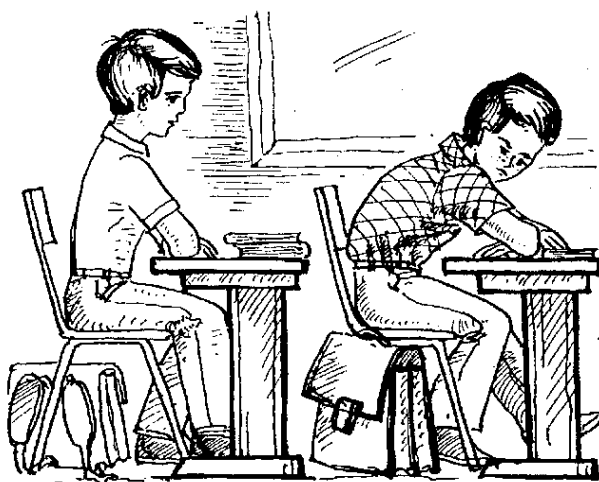
Социальный педагог: Рассмотрите выставку рисунков. Почему вы считаете эти лица красивыми? Как вы думаете, какой это человек: добрый или злой, отзывчивый или равнодушный?



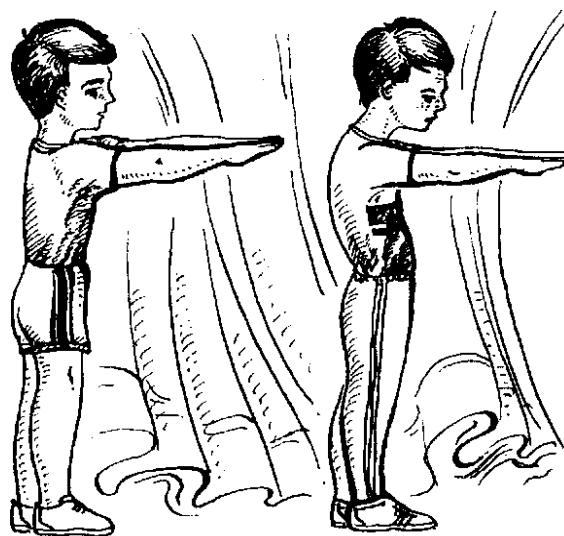
Плакат № 1. Поднимайся, не ленись,
На зарядку становись



Плакат № 2. Когда идешь по улице,
Не надо, друг, сутулиться



Плакат № 3. Не гнись, пожалуйста,
дугой, Сиди прямее, дорогой



Плакат № 4. Один осанист, крепок,
строен, А почему другой расстроен?

Работа по теме

Конечно, это замечательно, когда человек добрый и отзывчивый, но еще очень важно, чтобы он был здоровым. Тогда он и себе и людям сможет принести гораздо больше пользы, чем в том случае, когда он болен. Для сохранения здоровья очень важно иметь правильную осанку.

Осанка – привычное, непринужденное положение человека во время стояния, сидения и ходьбы. При правильной осанке тело без напряжения постоянно сохраняет выпрямленное положение. При этом плечи слегка от-

ведены назад, живот подобран. Осанка имеет большое значение для здоровья: у людей с хорошей осанкой все внутренние органы находятся в правильном положении. Осанка формируется у ребенка с первого года жизни и зависит от равномерности развития мышц, удерживающих позвоночник, и мышц живота.

Работа с плакатами

Прочитайте стихотворение:

*Кто Хвораюшке ответит,
Кто Хвораюшке подскажет,
Почему осанка Пети
Лучше, чем осанка Саши?*

1. Как вы думаете, почему фигуры Саши и Пети выглядят по-разному? Как можно добиться такой осанки, как у Пети?

3. Что такое режим дня?

4. Как вы думаете, соблюдают ли режим дня мальчики Петя и Саша?

5. Как вы думаете, в чем лучше носить учебники – в портфеле или в ранце? Почему? (Ранец равномерно распределяет нагрузку на мышцы спины, поэтому у ребенка сохраняется правильная осанка.).

6. Как сидят во время уроков Петя и Саша? Сравните их позы. Кто из мальчиков сидит правильно?

Прочтите и запомните надписи на плакатах.

Контрольные вопросы:

2. Что нужно делать, чтобы осанка была красивой?

Домашнее задание

Покажите дома всем членам семьи, как нужно правильно стоять, не сутулясь, как правильно сидеть за столом во время рисования или еды.

Когда вы пойдете в школу помните, о чем мы сегодня с вами говорили!

Занятие 3. Тема «Зубы и уход за ними»

Цель: привитие и укрепление гигиенических навыков.

Методическое обеспечение: плакаты № 5, 6, 7.

Социальный педагог

Что такое осанка? Как можно укрепить или исправить осанку?

Работа по теме

Чтобы быть здоровым, человек должен правильно питаться и пережевывать пищу. А для этого необходимы здоровые зубы.

Зубы и десны размещены в ротовой полости. Зубы покрыты эмалью. Она защищает зубы от сахара, от сладостей, которые разрушают зубы.

Чтобы зубы не болели, их нужно регулярно чистить зубной щеткой и пастой, которые удаляют остатки пищи.

Чтобы укрепить десны (а значит, и корни зубов), надо есть много сырых твердых овощей и фруктов.

Работа с плакатами

Изучите плакаты, повторите эти двустихия.

Расскажите, как надо пользоваться зубной щеткой и пастой.

Посмотрите, как девочка боится зубного врача. Если бы она не запустила так свой зуб, ей бы сейчас не было больно.

Контрольные вопросы:

1. Как нужно ухаживать за зубами?
2. Что бывает с зубами у детей-сластен?
3. Почему надо чистить зубы?
4. Что укрепляет наши десны?

Домашнее задание. Узнайте название зубной пасты, которой вы пользуетесь. Покажите маме, как надо чистить зубы.



Плакат № 5. Чистить зубы надо часто. Друг зубов – зубная паста



Плакат № 6. Чтоб десны были крепкими, Грызи морковку с репкою



Плакат №7. Сладена, зубы пожалей!

Работы много у врачей

Занятие 4. Тема «Гигиена зрения».

Цель: привитие и укрепление гигиенических навыков.

Методическое обеспечение: плакаты № 8, 9, 10, 11, 12.

Социальный педагог: Как нужно ухаживать за зубами? Что помогает укреплять десны? Какой зубной пастой вы пользуетесь? Какие стихи вы запомнили из прошлого урока?

Работа по теме

1. Глаз – орган зрения. Он воспринимает цвет и свет и передает эти сигналы в мозг. К глазам нужно относиться бережно, так как они очень чувствительны и плохо защищены. Читать можно только сидя, при этом свет должен падать слева. Нельзя читать в темноте или при слабом освещении. Если слишком долго смотреть телевизор или играть в компьютерную игру больше 30 мин, можно переутомить глаза. Они начнут болеть и слезиться.

Если глаза устали, нужно смочить два кусочка ваты холодным чаем без сахара и чайнок, положить их на закрытые веки и подержать 5 мин.



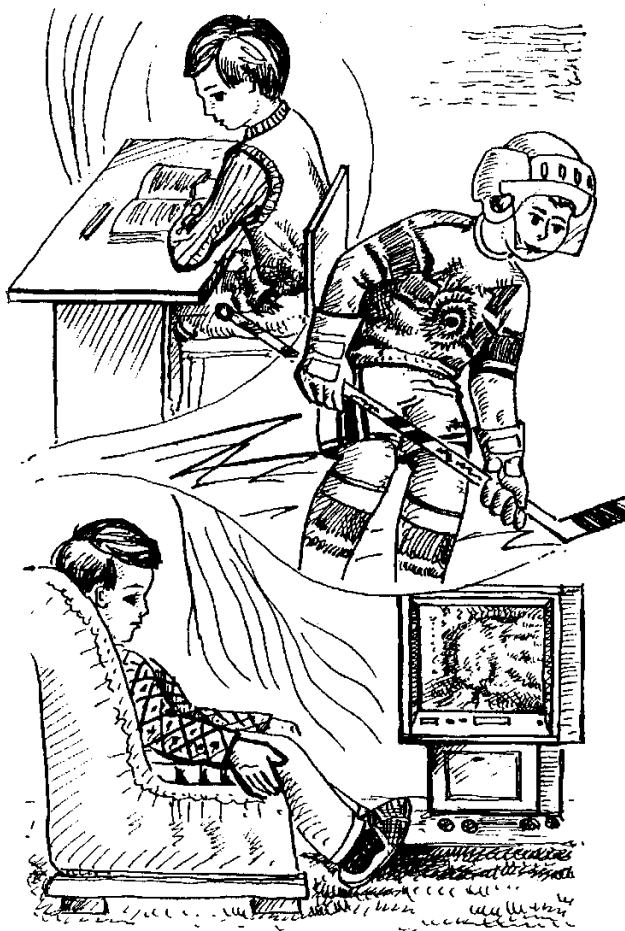
Плакат №8. Читать не надо лежа,
Жалей глаза, Сережа!



Плакат № 9. Беда б с тобой не вы-
шла, Надень-ка маску, Миша



Плакат № 10. Давно уж Пете спать
пора, Но смотрит фильмы до утра



Плакат №11. Посмотрите все на Колю. Нет проблем у Коли в школе



Плакат № 12. Определить нетрудно тут, Как этих мальчиков зовут

В солнечный день для защиты глаз хорошо пользоваться очками со светофильтрами или надевать кепку с козырьком. Необходимо беречь глаза от травм: играть в хоккей и заниматься фехтованием только в защитных масках. В лесу, пробираясь сквозь чащу, надо следить, чтобы ветки не ударили по глазам.

2. Рассмотрите плакаты. Расскажите, как надо беречь глаза.

Сегодня я буду задавать вопросы о гигиене зрения и мы будем на них вместе отвечать. У стола стоят два стула, настольная лампа, лежат солнцезащитные очки. Отвечая на вопросы, вы сможете продемонстрировать свои знания по гигиене.

3. Практическая работа. Как должен сесть Сережа, если лампа стоит: справа от книги на столе, слева от книги на столе? (ребенок может передвинуть стул, лампу, книгу так, чтобы свет падал слева.)

Найдите среди предметов, лежащих на столе, тот, с помощью которого можно защитить глаза. Как называется этот предмет? Когда им нужно пользоваться? (Солнцезащитные очки.)

У Пети устали глаза (плакат № 10). Почему? (Он слишком долго смотрел телевизионные передачи.) Как ему помочь? (Сделать для глаз чайные примочки.)

Посмотрите на плакат № 12. Почему у Сережи болит голова? (Он читал лежа и переутомился.)

Почему у Миши поврежден глаз? Что с ним случилось? (Ему в глаз попала шайба.)

Какую ошибку допустил Петя? (Он не отдыхал в воскресенье, не был на воздухе, слишком близко и долго сидел у экрана телевизора. А расстояние от экрана телевизора до точки, с которой вы смотрите передачи, должно быть не менее 1,5 м.)

Где же здесь портрет Коли? Как вы узнали?

Почему Коля такой веселый, здоровый? (Он соблюдает режим дня.)

Контрольные вопросы:

1. Какую «работу» выполняют веки и ресницы?
2. Почему надо беречь глаза?
3. Как это надо делать?
4. Как снять усталость с глаз?

Домашнее задание

Составьте рассказ об отдыхе в выходной день, особое внимание уделив гигиене зрения.

Измерьте расстояние от экрана вашего телевизора до точки, с которой вы смотрите передачи. Помните, что оно должно быть не менее 1,5 м.

Занятие 5. Тема «Гигиена слуха».

Цель: привитие и укрепление гигиенических навыков.

Методическое обеспечение: плакаты № 13, 14.

Повторение

Расскажите, что надо делать, чтобы сберечь зрение.



Плакат №13. С тишиною все мы дружим, Бережем чужие уши



Плакат №14. Дружок! Потихе! Пожалея Дома, деревья и людей

Расскажите об отдыхе в выходной день, особое внимание уделив гигиене зрения.

У кого из вас дома кресла и диван стоят на нужном расстоянии от телевизора?

Работа по теме

Социальный педагог. Большую часть сведений об окружающем нас мире мы получаем через органы зрения, но немалую информацию мы получаем и через органы слуха.

Ухо – орган слуха. Ушная раковина собирает звуки и направляет внутрь уха. Барабанная перепонка от звука колеблется и передает свои колебания на слуховые косточки – молоточек, наковальню и стремечко, – они передают колебания улитке – основной части органа слуха. Звуковой сигнал от чувствительных клеток улитки по слуховому нерву попадает в мозг и вызывает слуховые ощущения: так мы слышим гром, песню, шепот. От чрезмерно громкого звука барабанная перепонка может лопнуть.

Работа с плакатами. Рассмотрите плакаты. Подумайте, как надо беречь слух. Придумайте рассказ по картинкам.

Как бы вы позвали своего друга или подругу погулять с вами? (Поднялись по лестнице и зашли за ними, позвонили по телефону, заранее договорились о времени и месте встречи.)

Контрольные вопросы:

1. Для чего и как нужно беречь слух?
2. Вспомните, как устроено ухо человека.

Домашнее задание

Принесите на следующий урок фигурки Неболейки и Хворайки.

Занятие 6. Тема «Ты и твое тело»

Цель: обобщить, закрепить и скорректировать знания по разделу «Ты и твое тело».

Методическое обеспечение: *плакат с полем игры.*

Работа по теме

Социальный педагог. Сегодня мы вспомним, о чем говорили на предыдущих занятиях.

Группу мы разделим на две команды. Сейчас я буду задавать вопросы по очереди каждой команде. Команда соперников должна внимательно выслушать ответ, а затем добавить что-нибудь к нему.

За каждый правильный ответ команда получает 5 очков, а за все дополнения 1 очко.

Примерные вопросы по теме.

1. Как вы понимаете слова «здоровый образ жизни»?
2. Что нужно делать, чтобы осанка была красивой?
3. Как нужно ухаживать за зубами?
4. Что может укрепить десны?
5. Почему надо беречь глаза, зрение? Как это надо делать?
6. Расскажите, что вы знаете о гигиене слуха.

Подведение итогов проходит на основе подсчета собранных очков.

Игра. Приготовьте фигурки Неболейки и Хворайки.

Представители команд бросают игральный кубик (с цифрами 1 и 2) и в зависимости от количества выпавших очков вместе с Хворайкой двигаются по дорожкам к Неболейке. Выигрывает та команда, которая первой придет к финишу, где их встретит Неболейка.

После каждого хода команды делают несколько физических упражнений из комплекса утренней зарядки.

ИГРА-ПУТЕШЕСТВИЕ «ДОРОГА К ДОБРОМУ ЗДОРОВЬЮ»

Цель: закрепить полученные на занятиях знания; привлечь родителей к проблеме здоровьесбережения.

Участие родителей в проведении праздника – День Здоровья сделает его значимым не только с медико-педагогической стороны, но и поднимет социальный уровень, будет способствовать улучшению взаимопонимания между членами семьи.

Станции Чистюлькино, Ягодная, Растяпино, Крепышкино, Грибная, Солнечная, Лекарственная.

Ведущие заранее знакомятся со сценарием, родители готовят им костюмы. Лук – витамин С, Морковь – витамин А, Хлеб – витамин В, Травяная ведьма, Ягодная ведьма, Боровик, Ромашка, Земляничка, Полезная Бактерия (чистая, аккуратная, в белой одежде), Мойдодыр, Мальчик-крепыш, Спортсмен, Волк, Грязнуля, Мальчик, перегревшийся на солнце, Поганки, Вредные Бактерии (конечно, несимпатичные), Три Поросенка.

Мойдодыр.

Все Чуковского читали,
И меня давно узнали!
Я – великий умывальник,
Знаменитый Мойдодыр,
Умывальников начальник
И мочалок командир.

(Поворачивается к другим ведущим.)

Со мной мои хорошие
Надежные помощники:
Старый друг проверенный –
Полезная бактерия.
Она просто и легко
Превращает молоко
В простоквашу и кефир.

Полезная бактерия (протягивает Мойдодыру стакан кефира).

Поправляйся, Мойдодыр!

(Мойдодыр благодарит Полезную бактерию.)

Мойдодыр.

Познакомьтесь – витамины!
А вот этот, С и В.

(Обнимает витамины.)

Ведущие (вместе).

Нынче к доброй медицине
Мы покажем путь тебе.

Витамин А.

Чтобы были вы красивы.

Витамин В.

Чтобы не были плаксивы.

Витамин С.

Чтоб в руках любое дело
Дружно спорилось, горело.
Полезная бактерия.
Чтобы громче пелись песни,
Жить чтоб было интересней!

Все вместе.

Нужно сильным быть, здоровым.

Мойдодыр.

Эти истины не новы!
Только вы ответьте мне:
Путь к загадочной стране,
Где живет здоровье ваше,
Все ли знают? Дружно скажем...
(Дети отвечают: «Да».)

Полезная бактерия.

Но дорога непроста:
Из-за каждого куста
Может недруг появиться –
Вам придется с ним сразиться.
Потому перед дорогой
Разомнитесь-ка немного.

Мойдодыр.

Посмотрите на ребят:
Не сутулятся сидят.
Все умыты, Все опрятны,
Ложки держат аккуратно.

Витамин С.

Быстро, дружно все съедают.
Корки на пол не бросают
Чай на стол не проливают,
Потому что точно знают:

Ведущие (говорят по очереди).

Кто ест красиво, глядит счастливо.
Не красен дом пирогами, красен едоками.
Когда я ем, я глух и нем.

Социальный педагог: Первая станция Чистюлькино.

Мойдодыр встречает ребят в группе. На стене лозунг: «Чистота – залог здоровья».

Мойдодыр.

В вашей саде я живу
Уж не первый год.
Откровенно вам скажу:
Славный вы народ.
Никогда у нас ребята
Не едят немытых ягод.
Чистят зубы, моют уши...

Из импровизированной беседки вылезает Грязнуля, берет одного из ребят за руку и таинственно шепчет.

Грязнуля.

Лучше ты меня послушай:
Я живу и бед не знаю,
Мыло в глаз не попадает,
Щетка десны не дерет,
Губка жесткая не трет,
Огурцы, морковь не мою.
Хочешь, друг, пойдем со мною?

Тянет мальчика в беседку. Мойдодыр хватает его за руку и тянет в сторону.

Мойдодыр.

Не ходи ты с ней, не пробуй:
Загрызут тебя микробы.
Разорвут тебя на части.
Не видать Грязнулям счастья.

Мойдодыр вырывает мальчика из рук Грязнули; выскакивают Вредные Бактерии и, не найдя другой жертвы, набрасываются на Грязнулю.

Мойдодыр.

Что ж, поможем ей, друзья!
Ведь бросать в беде нельзя.

(Грязнуля плачет и протягивает к ребятам руки.)

Мойдодыр.

Нам тебя, Грязнуля, жалко,
Дарим мыло и мочалку!

(Ей дают эти принадлежности.)

Грязнуля поворачивается лицом к Вредным Бактериям и показывает им мыло и мочалку. Они в ужасе убегают. Грязнуля снимает с лица страшную маску и с головы парик. Поворачивается чистым лицом к ребятам. В руках у нее зеркало.

Грязнуля.

Я себя давно забыла
(смотрит в зеркало),

А теперь лицо умыла
Да и стала вспоминать...

(Оглядывает свой наряд.)

Платье, что ли, постирать?

Мойдодыр.

Постирай его скорее.
Может, к вечеру успеешь.
Будет праздник в группе нашей.

Ведущий класс школьник.

До свидания! Едем дальше!

Вторая станция Ягодная. На лавочке сидит Ягодная ведьма и протягивает ребятам корзиночку.

Ягодная ведьма.

Как же я вам рада!
Слаще шоколада
И вкусней, чем ананас.
Эти ягоды для вас!

(Выбегает Земляничка и отнимает корзину.)

Земляничка.

Не сошла ли ты с ума!
У тебя здесь бузина!
Да еще и белладонна!
Гибель ты несешь в ладонях.
Убери свою корзинку!

(Обращается к ребятам.)

Посмотрите на картинку:
Эти ягоды, друзья,
Собирать в лесу нельзя.
В каждой яд опасный есть.
Если их однажды съесть,
Можно сильно отравиться,

И придется вам лечиться.

(Земляничка показывает детям таблицу с ядовитыми ягодами, объясняет, почему их нельзя есть.)

Станция третья – Растяпино. Рябят встречает поросенок, у него за спиной стоит другой поросенок, который бинтует ногу Волку.

Первый поросенок.

Было все, как в старой книжке:
Повстречался мне Волчишко.
Где-то он про нас проведаль
И решил нас съесть к обеду.
Всех хотел перехитрить,
А пришлось его лечить.

(Волк воет жалобно.)

Хоть и злой, а жаль беднягу:
Побежал он по оврагу,
Там за корень зацепился,
Поскользнулся, повалился,
И теперь он инвалид.

Волк.

У меня нога болит!
Я раскаиваюсь горько!

(Плачет.)

Забинтуй меня восьмеркой.
Обещаю: никогда
Я не сделаю вреда.
Поросят я есть не буду,
И скажу я всем и всюду:
Коль собрался ты идти –
Будь внимателен в пути.

(Третий поросенок берет тампон и жидкость, окрашенную под йод. Хочет намазать волку «царапину» на лапе. Он не дается.)

Волк (продолжает).

Убери скорее йод:
Так болячка заживет.

Третий Поросенок.

Как не стыдно, трус Волчишко!
Все девчонки и мальчишки
Знают с ранних детских лет:
Там микробам хода нет,
Где, как стражник у ворот,
Их встречает грозный Йод!
Чуть пощиплет – не беда!
Заживет-то навсегда!

(Мажет Волка.)
Первый Поросенок.

Что ж, в порядке все? Пойдем!

(Волк встает и с воплем хватается за другую ногу.)
Первый Поросенок.

Может, это перелом?

Второй Поросенок.

Это нам в больнице скажут.
Шины мы пока привяжем,
Чтобы кости укрепить
И в дороге не сместить.

Второй поросенок приглашает ребят поучиться наложению транспортных шин при вывихе и переломе ноги. Берет две плоские дощечки и привязывает к голени выше и ниже голеностопного сустава с наружной и внутренней стороны ноги.

(Волк тихо воет.)

Ну, теперь, друзья, идите,
Только под ноги глядите!

Станция четвертая – Крепышкино. На траве спиной друг к другу сидят два мальчика. Один чихает, другой кашляет. Рядом стоит Мальчик-крепыш.

Крепыш.

Говорил я им зимой:
Закалялись бы со мной!
Утром бег и душ бодрящий:
Как для взрослых, Настоящий!
На ночь окна открывать,
Свежим воздухом дышать.
Ноги мыть водой холодной,
И тогда микроб голодный
Вас вовек не одолеет.
Не послушались – болеют.

Мальчики (хором).

Поздно поняли мы, братцы,
Как полезно закаляться.
Кончим кашлять и чихать,
Станем душ мы принимать.
Из водицы ледяной.

(Поеживаются.)
Крепыш.

Погодите, ой-ей-ей!
Крепким стать нельзя мгновенно:
Закаляйтесь постепенно.

Обращаясь к ребятам:
– Кто скажет, какой должна быть температура при начале закаливания?

(Ответ: 32°. Температуру снижают на один градус в неделю.)

Дети вместе с Крепышом поют песню «Если хочешь быть здоров».

Станция пятая – Зарядкино.

Спортсмен.

Со здоровьем дружен спорт:
Стадион, бассейны, корт,
Зал, каток – везде вам рады.
За старание в награду
Будут кубки и рекорды.
Станут мышцы ваши тверды.
Только помните: спортсмены
Каждый день свой непременно
Начинают с физзарядки.
Не играйте с дремой в прятки.
Быстро сбросьте одеяло,
Встали – сна как не бывало.

(Делает с детьми шуточный комплекс упражнений.)

Станция шестая – Грибная. На лавочке сидит Гриб-боровик и отгоняет прутиком шныряющих вокруг Поганок. Поганки пытаются утащить таблицу с нарисованными на ней ядовитыми грибами.

Боровик.

Эй, ребята, подождите!
Хорошенько посмотрите:
В белых точечках убор
Надевает мухомор,
А поганка – бахрому,
Вдруг понравится кому.
Это вот опенок ложный –
Отравиться ими можно.

(Поганки хватают таблицу, Боровик обращается к ребятам.)

Боровик.

Как же мне прогнать Поганок,
Этих шустрых хулиганок?
Помогите мне, друзья!
Ведущий класс.
Слушай, средство знаю я:
Назовем сейчас подробно
Имена грибов съедобных.

(По мере того как ребята кричат: лисичка, белый, рыжик и т. д., – Поганки «умирают».)

Боровик.

Много знаете грибов!
Победили всех врагов!
А теперь прошу сказать,
Как грибочки собирать.

(Ребята отвечают, что грибы надо осторожно срезать ножом, беречь грибницу.)

Боровик.

До свидания, в добрый час,
Жду в лесу под елкой вас.

(Снимает шляпу и машет детям.)

Станция восьмая – Лекарственная. Ромашка сидит с букетом лекарственных растений.

Ромашка.

Много трав растет полезных
На земле страны родной,
Помогают от болезней
Мята, пижма, зверобой.

Травяная ведьма.

Я хочу тебе, дружок,
Дать в букет еще цветов.

(Протягивает пучок дурмана.)

Ромашка.

Разгадала твой обман!
Посмотрите, вот дурман,
Ядовитая трава.
Разболится голова
От подарка твоего.
Забирай назад его!

(Травяная ведьма убегает. Ромашка показывает таблицу с ядовитыми растениями.)

Травяная ведьма (возвращается).

Я одумалась, ребята,
Лучше вместе в лес пойдем,
Соберем шалфей и мяту,
Нежных ландышей нарвем.
Дома их поставим в вазу...

Ромашка.

Поняла я, братцы, сразу
Хитрый замысел ее.

(Загораживает ребят от ведьмы.)

Нет, с тобой мы не пойдем!
Мы растения эти знаем,
Бережем и охраняем
От таких лихих, как эта,

Собирательниц букетов.
В книгу Красную они
Уж давно занесены.
Мы их рвем не на потеху:
Отнесем мы их в аптеку.
Из даров лесного царства
Люди сделают лекарство.

Ребята, а кто знает, что такое Красная книга природы? (Ответ: это книга, куда занесены названия редких растений и животных. Охранять их нужно особенно бережно.)

Станция девятая – Солнечная. На лавочке сидят витамины А, В, С. У них за спиной лежит мальчик в плавках, спина у мальчика красная.

Витамин А. Я почуял вроде дым?

Витамин В. Братцы, вроде мы горим!

Витамин С. Нет ли в группе где пожара,
Иль на кухне что сбежало?

(Оглядываются по сторонам и видят «горящего» мальчика.)

Витамин А.

Эй, сюда скорей бегите!
Где у нас огнетушитель?

(Показывает на мальчика.)

Вот, ребята, посмотрите!
Пять часов сегодня Витя
Возле речки загорал,
Будто рак вареный стал.
Солнце Вите кожу съело,
Что теперь мы будем делать?
Как мы мальчика спасем?

Витамины В и С (хором).

В изолятор отнесем!

(Уносят.)

Витамин А.

Ребята, кто знает, как оказать первую помощь при перегреве?

(Ответ. Отнести пострадавшего в тень, положить на голову влажную холодную ткань, дать прохладной воды, кожу аккуратно протереть одеколоном.)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРАЗДНИКА

На сцене висят плакаты, все Ведущие в своих прежних костюмах, только Грязнуля превратилась в Чистюлю, ее никто не узнает.

Мойдодыр.

Мы про здоровье вам с утра
Сегодня толковали.
Расстаться нам пришла пора,
Все усвоили ребята?
ДА!

Приложение 5. МАТЕРИАЛЫ ПО РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

КЛАССНЫЙ ЧАС НА ТЕМУ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

Цель: формировать у учащихся установку на здоровый образ жизни.

Задачи:

1. Дать представление, что здоровье – самая большая ценность и сохранение его зависит от нас.

2. Развить у учащихся представление о составляющих ЗОЖ.

3. Воспитать бережное отношение к своему здоровью и здоровью других.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни

Ход классного часа.

1. Организационный момент.

Многие задают себе вопрос: «Как прожить, чтобы не стареть?» И себе отвечают: «Так не бывает». Каждый человек хоть чем-то, да болеет. Но почему один попадает в больницу два раза за всю жизнь, а другой чуть ли не каждый месяц? Уже давно установлено, что за здоровьем надо следить с детства. Давайте проведем небольшое тестирование о своем здоровье, вам предлагается перечень утверждений, каждое из которых требует ответа «да» или «нет». Эта информация будет полезна, прежде всего, вам.

Тест «Твое здоровье».

1. У меня часто плохой аппетит.

2. После нескольких часов работы у меня начинает болеть голова.

3. Часто выгляжу усталым и подавленным, иногда раздраженным и угрюмым.

4. Периодически у меня бывают серьезные заболевания, когда я вынужден несколько дней оставаться в постели.

5. Я почти не занимаюсь спортом.

6. В последнее время я несколько прибавил в весе.

7. У меня часто кружится голова.

8. В настоящее время я курю.

9. В детстве я перенес несколько серьезных заболеваний.

10. У меня плохой сон и неприятные ощущения утром после пробуждения. *За каждый ответ «да» поставьте себе по 1 баллу и подсчитайте сумму. Результаты.*

1-2 балла. Несмотря на некоторые признаки ухудшения здоровья, вы в хорошей форме. Ни в коем случае не оставляйте усилий по сохранению своего самочувствия.

3-6 баллов. Ваше отношение к своему здоровью трудно назвать нормальным, уже чувствуется, что вы его расстроили.

7-10 баллов. Как вы умудрились довести себя до такой степени? Вам немедленно нужно свои привычки, иначе...

Конечно, вы вправе не согласиться с данной интерпретацией результатов, но лучше давайте задумаемся о своем образе жизни и выделим основные правила здорового образа жизни.

Чтоб мудро жизнь прожить,
Знать надобно немало.
Два главных правила запомни для начала:
Ты лучше голодай, чем что попало есть,
И лучше будь один, чем с кем попало.

Здоровый образ жизни – это мера цивилизованности и человечности, характеризующая как отдельного человека, так и общество в целом.

Для формирования стиля здоровой жизни необходимо соблюдать определенные правила.

Правила здорового образа жизни:

1. Правильное питание;
2. Сон;
3. Активная деятельность и активный отдых;
4. Отсутствие вредных привычек.

Остановимся на каждом пункте отдельно.

1. Правильное питание – основа здорового образа.

Правильное питание снижает заболеваемость учащихся, улучшается психологическое состояние, поднимается настроение, а самое главное – повышается работоспособность и интерес к учебной деятельности.

После большой перемены в урне лежат пустые бутылки из-под лимонада, давайте немного поговорим о том, что мы пьем?

В любом случае, важно знать, что именно в газированных напитках может реально принести вред. Во-первых, это *углеводы*. В 0,33 л. Pepsi-Cola содержится 8 кусков сахара. Мало, кто стал бы пить такой сладкий чай или кофе. Все эти углеводы откладываются в жировые складки и способствуют развитию диабета. В диетические газировки для минимизации калорий добавляют различные подсластители. Самый опасный из них – белок *аспартам*. Он в 200 раз слаще сахара, вызывает аллергию, болезни желудка, нарушения работы печени, головные боли, ослабление памяти и зрения и даже припадки. Именно подсластители являются главными секретами газированной воды – они не утоляют жажду, а наоборот вызывают аппетит.

Газировка содержит кислоту, которая разъедает зубную эмаль и способствует появлению кариеса. Например, в яблочном соке кислоты содержится во много раз больше. Разница только в том, что там она натуральная, хоть и разъедает эмаль зубов, но не вымывает кальций, как это делает *ортофосфорная кислота* (E338). Чаще всего в газировках используется именно она.

Также газировки содержат *углекислый газ*, который возбуждает желудочную секрецию, повышает кислотность и способствует метеоризму.

Ну и разумеется *кофеин*. Если злоупотреблять напитком, можно получить кофеиновую зависимость или интоксикацию. Ее признаки – беспокойство, возбуждение, бессонница, желудочные боли, судороги, тахикардия и пр. В некоторых дозах кофеин может быть смертельным.

Пожалуй, самое коварное в газированной воде – это *тара*. Алюминиевые банки помогают разносить опасные заразные болезни. В момент вскрытия банки в контакт с ее содержимым вступают различные виды стафилококков, а также бактерии-возбудители сальмонеллеза и энтероколита, жидкость разливается по крышке и вместе со всеми бактериями оказывается внутри нас.

Кока-кола с успехом заменяет бытовую химию.

История Кока-колы утверждает, что во многих штатах США дорожная полиция всегда имеет в патрульной машине 2 галлона Колы, чтобы смывать кровь с шоссе после аварии.

Чтобы почистить туалет, вылейте банку Колы в раковину и не смывайте в течение часа.

Чтобы удалить ржавые пятна с хромированного бампера машины, потрите бампер смятым листом алюминиевой фольги, смоченным в Кока-коле.

Чтобы удалить коррозию с батареей в автомобиле, полейте батареи банкой Колы, и коррозия исчезнет.

Чтобы раскрутить заржавевший болт, смочите тряпку Кока-колой и обмотайте ею болт на несколько минут.

Чтобы очистить одежду от загрязнения, вылейте банку Кока-колы на грудку грязной одежды, добавьте стиральный порошок и постирайте в машине как обычно. Кола поможет избавиться от пятен. Кока-кола также очистит стекла в автомобиле от дорожной пыли.

О составе Кока-колы. Активный ингредиент кока колы – фосфорная кислота. Ее pH равен 2.8. За 4 дня он может растворить ваши ногти.

Для перевозки концентрата Кока-колы грузовик должен быть оборудован специальными поддонами, предназначенными для высококоррозионных материалов.

Дистрибьюторы Кока-колы уже 20 лет используют ее для очистки моторов своих грузовиков.

Все еще хотите бутылочку Колы?

Единственный безвредный компонент газировок – вода. Мертвая, безжизненная, дистиллированная, чтобы ее естественный вкус не нарушал вкус напитка, чтобы лимонад, производимый в любой точке земного шара, соответствовал строгому стандарту.

Чтобы уменьшить вред от любой газировки, в том числе и от Pepsi, необходимо следовать простым правилам:

1. Пейте ее холодной. Разрушение эмали зубов зависит и от температуры напитка. В Америке газировки пьют больше, чем в Европе, но ее всегда подают со льдом, и повреждений зубов у американских детей меньше.

2. Пейте через трубочку, чтобы избежать контакта с банкой.
3. Ограничьтесь одним стаканом 1-2 раза в неделю.
4. Откажитесь от газировки, если страдаете ожирением, диабетом, гастритом, язвой.
5. Не давайте газировку детям до 3 лет.

Теперь поговорим о беде нашего класса, это вечно валяющиеся пакетики из-под чипсов и сухариков и в довольно больших количествах, поэтому нельзя не заострить внимание на том, *что мы едим?*

Вкусовые качества чипсов и сухариков достигаются за счет применения различных ароматизаторов (правда фирмы-производители почему-то называют их специями). Поэтому существуют всевозможные «чипсовые» и «сухариковые» разновидности, что называется, «на любителя».

Существуют и чипсы без привкусов, т.е. со своим натуральным вкусом, но по статистике, большинство наших с вами соотечественников предпочитают, есть чипсы с добавками: сыром, беконом, грибами, икрой. Стоит ли сегодня говорить, что на самом деле никакой икры нет - ее вкус и запах придали чипсам с помощью ароматизаторов. Больше всего надежды, что вкус и запах получен без применения синтетических добавок, если чипсы пахнут луком или чесноком. Хотя все равно шансы невелики. Чаще всего вкус у чипсов искусственный. Тоже самое в полной мере относится и к сухарикам. В этом вам помогут убедиться знакомые буквочки «Е», указанные в составе продукта и чипсов и сухариков.

Известны коды пищевых добавок, которым по воздействию на организм человека можно дать следующие характеристики: (распечатать и раздать детям) Запрещенные – E103, E105, E111, E121, E123, E125, E126, E130, E152. Опасные – E102, E110, E120, E124, E127.

Подозрительные – E104, E122, E141, E150, E171, E173, E180, E241, E477. Ракообразующие – E131, E210-217, E240, E330. Вызывающие расстройство кишечника – E221-226.

Вредные для кожи – E230-232, E239.

Вызывающие нарушение давления – E250, E251.

Провоцирующие появление сыпи – E311, E312.

Повышающие холестерин – E320, E321.

Вызывающие расстройство желудка – E338-341, E407, E450, E461-466.

Вы хотите чипсов и сухариков, приготовленных на дешевых гидрогенизированных жирах, притрушенных огромным количеством химикатов под названием «пищевые добавки» и содержащих огромные количества канцерогена-акриламида?..

Мы поговорили с вами о неправильном питании, а теперь назовем продукты, которые полезно есть, чтобы оставаться здоровым: фрукты, овощи, рыбу, бобовые и т.д. Сейчас я буду называть полезные качества продукта, а вы угадайте, чему они принадлежат.

Салат, укроп, петрушка. Зелень – хорошая профилактика инфаркта, улучшает водный баланс, благотворно влияет при малокровии, авитаминозе.

Сельдерей. Древние греки и римляне не обходились без него ни в будни, ни в праздники. Высокие пищевые и целебные достоинства этого растения определяют более чем сорок вкусовых, витаминных и биологически активных веществ. Исследования американских ученых показали, что корни этого растения – идеальное средство для снижения артериального давления.

Топинамбур. В клубнях этого растения витаминов С и В вдвое, а солей железа втрое больше, чем в картофельных. Особенно полезно это растение для больных диабетом, страдающих малокровием, нарушениями обмена веществ и желудочными заболеваниями.

Морковь. Употребление этого овоща очень полезно для зрения и для профилактики раковых заболеваний.

Капуста. Этот овощ улучшает обмен холестерина и является сильным антиаллергеном.

Свекла. А этот овощ улучшает работу кишечника, снижает артериальное давление. Наличие йода в этом корнеплоде делает ее ценным для профилактики заболевания щитовидной железы и укрепления иммунитета. Обеспечивает организм фосфором, калием, кальцием, натрием и хлором.

Баклажаны. Этот овощ малокалориен, зато в нем много фолиевой кислоты, а это значит, что он ускоряет вывод из организма холестерина, избытка воды и поваренной соли, усиливает способность инсулина понижать уровень сахара и способствует процессу образования эритроцитов в крови.

Яблоки. Обладают общеукрепляющим действием. Хороши для почек, сердечно-сосудистой системы, обмена веществ.

Груши. Повышают прочность капиллярных сосудов, оказывают противосклеротическое действие, способствует выведению из организма воды и поваренной соли.

Вишня, черешня. Общеукрепляющие фрукты, полезные при малокровии.

Малина. Улучшает пищеварение при атеросклерозе и гипертонической болезни.

Черная смородина. Богата общеукрепляющим витамином С.

2. Сон очень положительно влияет на организм человека.

Много споров вокруг того, сколько же надо спать человеку? Раньше утверждалось, что ребенок – 10-12 часов, подросток – 9-10 часов, взрослый – 8 часов. Сейчас многие приходят к мнению, что это все индивидуально, некоторым нужно побольше, некоторым поменьше. Но главное – человек не должен чувствовать усталость после сна и быть бодрым весь день.

Я начинаю поговорку, а вы заканчиваете.

Пословицы:

1. От хорошего сна ... Молодеешь

2. Сон - лучшее ... Лекарство

3. Выспишься - ... Помолодеешь

4. Выспался - будто вновь... Родился

3. *Активная деятельность и активный отдых.* Статистика: сидячий образ жизни - это одна из ведущих десяти причин смерти и инвалидности во всем мире. Дефицит физической активности – это причина 2 миллионов смертей в год. Менее 30% молодежи ведет активный образ жизни, достаточный для того, чтобы в будущем сохранить свое здоровье.

4. *Отсутствие вредных привычек.*

Что мы относим к вредным привычкам? (курение, алкоголизм, наркоманию)

Курение. Из истории мы знаем, что курение табака возникло еще в глубокой древности. Высадившись на берегах Америки, Колумб и его спутники увидели туземцев, которые держали во рту пучки дымящейся травы.

Во Францию табак попал из Испании, его привез посол Жан Нико в подарок королеве Екатерине Медичи. От фамилии «Нико» произошло слово «никотин».

Наказания за курение

В Китае замеченного в курении ученика ожидает изнурительное наказание – тренировка на велотренажере.

В конце XVI столетия в Англии за курение казнили, а головы казненных с трубкой во рту выставляли на площади.

В Турции курильщиков сажали на кол.

В царствование Михаила Романова за курение полагалась смертная казнь. Всех, у кого найден табак, «надобно пытать и бить на козле кнутом, пока не признается, откуда добыл...».

В нашем гуманном обществе нет таких наказаний, но, может быть, эти картинки заставят вас задуматься, стоит ли начинать (фотографии: легкое здорового человека, легкое курильщика).

Алкоголизм – хроническое заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков. Проявляется физической и психической зависимостью от алкоголя, психической и социальной деградацией, патологией внутренних органов, обмена веществ, центральной и периферической нервной системы. Нередко возникают алкогольные психозы.

Наркомания – официальная статистика в отношении наркомании очень тревожна. В течение последних 6 лет распространенность наркомании среди подростков увеличилась в 10 раз. Сам термин "наркомания" связан с понятием "наркотик" (от греч. *narkotikos*-усыпляющий). Группу наркотиков в узком смысле слова составляют так называемые опиаты – вещества, которые добывают из мака: морфин, кодеин, героин, метадон. Говоря о наркомании, мы имеем в виду вещества, формирующие психиче-

скую зависимость от их потребления. Таким образом, в настоящее время термин "наркотическое вещество" (наркотик) применяется по отношению к тем ядам или веществам, которые способны вызвать эйфоризирующее, снотворное, болеутоляющее или возбуждающее действие.

Согласно международному принятому определению, наркомания – это нарушение психики, заключающееся в сильном желании принять определённое вещество (или вещество из определённой группы) в ущерб другим видам деятельности и упорное продолжение использования вещества несмотря на пагубные последствия. Синонимом термина наркомания является понятие "зависимость".

А теперь давайте ответим на вопросы викторины.

Какие вы знаете приемы удаления нитратов из овощей? (Вымачивание, отваривание, маринование)

Табачный дым содержит много химических соединений, веществ и элементов. Назовите их примерное количество. (4000)

Среди них в табачном дыму содержится аммиак, ацетон, пропилен, никотин, пиридин и другие вещества. Назовите вещество, вызывающее привыкание к курению. (Никотин)

Сколько процентов вредных веществ получает пассивный курильщик? (50%)

Водопроводную воду перед употреблением лучше отстаивать. Почему? (Чтобы избавиться от хлора, который улетучивается через 2 часа)

Назовите вещество, которое полностью нейтрализует действие нитратов. (Витамин С)

Из повседневных продуктов питания, какие самые опасные для здоровья? (Соль и сахар)

Назовите принципы закаливания – три П. (Постоянно, последовательно, постепенно)

Какая поговорка учит нас правильному режиму питания? (Завтрак съешь сам, обед раздели с другом, ужин отдай врагу)

Сколько часов в сутки должен спать человек? (ребенок – 10-12 часов, подросток – 9-10 часов, взрослый – 8 часов)

Какими видами спорта следует заниматься для формирования осанки? (Плавание, гимнастика, легкая атлетика)

Желаю вам:

Никогда не болеть;

Правильно питаться;

Быть бодрыми;

Вершить добрые дела.

В общем, вести здоровый образ жизни!

5. Подводятся итоги классного часа.

ПРАКТИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ПО ПРОПАГАНДЕ ЗОЖ

Упражнение 1 «Проектирование здорового образа жизни»

1 блок. Информация о проекте

Метод, который позволяет осуществлять обучение и воспитание детей через «Делание» называется проектный метод. Этот метод способствует развитию инициативности и самостоятельности ребенка.

Проектный метод или «обучение и воспитание по средствам делания» был предложен Дж.Дьюи в рамках функционирования Школы будущего в 1922 г.

Основной категориальный аппарат проектного метода:

Метод проектов – обеспечивает развитие инициативности и самостоятельности; способствует осуществлению непосредственных спичей между приобретенными знаниями и умениями и применением их в решении практических задач.

Особенность проектного метода заключается в конструирование целенаправленной деятельности по нахождению ресурсов, позволяющих реализовать инициативу.

Проект – целостное представление о должном или идеальном с разработанными механизмами реализации в конкретной жизненной ситуации, включающее ресурсное обоснование и оценочный аппарат.

Процесс начала подготовки проекта сопряжен с обязательным выполнением 3-х основных характеристик, которым должен отвечать экспериментальный проект:

1. Проект – это прогноз конечного результата предпринимаемых усилий, вносимых изменений.
2. Проект – это план действий по удовлетворению конкретных потребностей участников и решению конкретных проблем группы (коллектива)
3. Проект – это способ привлечения дополнительных ресурсов (кадровых, материальных, информационных и т.д.). Проект – психолого-педагогическое, материально-экономическое, обоснования способов решения конкретных проблем и потребностей.

Классификация проектов:

- ❖ Собственный проект (Я).
- ❖ Социальный проект (Социум).

2 блок. Процесс создания социального проекта.

Участники мероприятия распределяются на группы.

В результате «Мозгового штурма» оформляется проект на ватмане. Придумывается защита основных идей.

3 блок. Защита проектов.

Каждой группе раздается табличка с названием «позиции», с которой будет оценивать проект команда (например, «родители», «подростки», «педагоги», «СМИ», «руководители общественных объединений» и др.). С каждой защитой роли у команды меняются.

4 блок. Реализация проектов.

Если социальный проект создан с целью реализации, то происходит процесс осуществления запланированных действий с торжественным завершением в конце Школы.

Осуществление деятельности по проекту является собой систему последовательных действий, представленных в технологической карте проектного метода.

Зачем? Описание проблемного поля.

Для кого? Выявление потребностей (личная и социальная).

Каков результат? Цель (как описательный образ будущего результата).

Как достичь результата? Задачи проекта (как шаги по достижению цели).

Каким образом достичь результата? Механизмы реализации проекта (методы, методики, приемы, мероприятия), возможно по этапам.

Как распределить время? План работы (распределение времени).

Кто и что могут помешать? Препятствия и риски.

С помощью кого и чего будет достигнут результат? Количественно-качественное описание ресурсов

Как с наименьшими затратами достичь лучшего результата? Эффективность (критерии эффективности).

Что дальше? Возможное развитие проекта (последствия, следствие).

Название проекта (краткое, яркое, запоминающееся, содержать информацию о проекте).

Упражнение 2 «Провокационные тезисы»

Цель: выяснить, актуальна ли тема наркомании для подростков, и оценить их базовый уровень информированности.

Ведущий предлагает разделить на 2 группы и обсудить несколько предложенных им высказываний. При этом одна группа высказывается «за», а другая – «против».

– Проблему наркомании и алкоголизма решить нельзя, так как нет общества, свободного от этих «бед».

– Только у людей живущих вне общества, возможны проблемы с наркотиками и алкоголем.

– Наркоманам и алкоголикам нельзя помочь.

– Милиции следовало бы принимать более решительные меры в отношении алкоголиков и наркоманов.

– Молодежь слишком мало информируют о наркотиках.

– Тому, кто стал наркоманом или алкоголиком, не повезло.

– Наркотики нужно легализовать.

– Каждый человек хоть раз в жизни пробует наркотик или алкоголь.

– От легких наркотиков и пива не развивается зависимость.

Упражнение 3 «Цена»

Изучите цену табакокурения. При выполнении данного упражнения выясните с группой, сколько в среднем на сегодняшний день стоит пачка сига-

рет? Есть ли у участников привычка выкуривать по пачке в день, сколько потратите сигарет в неделю, месяц, год? Сделайте список тех вещей, которые вы могли бы купить, если бы не тратили деньги на сигареты.

Цена сигарет	Что я смогу купить, если не буду курить.
Пачка сигарет стоит	
Покупка по пачке сигарет в день в течение недели стоит	
Покупка по пачке сигарет в день в течение месяца стоит	
Покупка по пачке сигарет в день в течение года стоит	
Покупка по пачке сигарет в день в течение пяти лет стоит	

Я могу сделать выбор

Упражнение 4 «Горячий вопрос»

Побудите участников спросить друг у друга или взрослых почему они курят. Исследуйте с участниками альтернативы, которые могут быть использованы для того, чтобы компенсировать эти причины. Заполните листок с упражнением «Горячий вопрос».

Напишите 5 причин, по которым люди курят?

Напишите 5 альтернативных способов, как люди могут, не прибегая к курению, компенсировать эти причины.

Упражнение 5 «Кока-кола»

Участникам предлагается представить, что перед ними, стоит бутылка минеральной воды, пакет молока, банка холодной Кока-колы. Что предпочтут они? Знают ли они состав Кока-колы? Все ли пробовали? Приглашается один смелый доброволец, желающий помочь в проведении данного упражнения. В прозрачный стакан наливается Кока-кола, чтобы «доброволец» убедился, что это действительно Кока-кола. Расспросите его о цвете, вкусе, газе. Задайте вопрос всем присутствующим, что произойдет с Кока-колой, если мы в стакан добавим новый ингредиент? Изменится ли цвет, вкус, газ, какая будет реакция? После ответа участников в стакан добавляется N. И со всеми участниками обсуждается реакция Кока-колы, а «доброволец» пробует на вкус. Вновь задается вопрос участникам, что произойдет с Кока-колой, если мы, увеличим в 2 раза дозу N? Обсуждение. А доброволец пробует «горючую смесь». Благодарим «добровольца» за помощь и раскрываем секрет, что N – это пищевая поваренная соль.

Обсуждение с участниками, что если представить Кока-колу нашим организмом, а соль – это некое наркотическое вещество, то к чему это может привести.

ДЕЛОВАЯ ИГРА «МЫ ЗА ЗОЖ!»

Цель: способствовать формированию и укреплению мотивации на сохранение и улучшение здоровья.

Задачи:

- формирование представления о здоровье как самой большой ценности, сохранение которой зависит от самого человека;
- улучшение знаний о народных традициях, способствующих здоровому образу жизни;
- воспитание бережного отношения к своему здоровью и здоровью других.

Оборудование: листы формата А4, фломастеры, карандаши. Для 4-го конкурса распечатать для каждой команды рекомендации академика Н.М. Амосова.

Предварительная работа

Найти пословицы, поговорки, цитаты о здоровье.

Подготовить сценку по ЗОЖ.

При организации предварительной работы необходимо учитывать распределение по командам.

Для оптимальной работы необходимо пригласить компетентное жюри, не менее 3 человек.

Вводная часть

Что может быть важнее и прекраснее здоровья? Оно помогает каждому из нас осознать свои огромные физические и духовные возможности, позволяет воспринимать окружающий мир во всем его многообразии, открывает перед человеком широкие перспективы в труде, отдыхе, общественных делах. Не будет преувеличением сказать, что здоровье — залог счастливой и радостной жизни.

Пример. В «Толковом словаре живого великорусского языка» знаменитого Владимира Ивановича Даля оно трактуется как «состояние животного тела (или растения), когда все жизненные отправления идут в полном порядке».

Современные гигиенисты считают его «состоянием полного социального, психического благополучия, когда все функции организма уравновешены с окружающей средой – природной и социальной».

Но, пожалуй, наиболее точное определение дано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Согласно ему здоровье – это «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов».

Сегодня мы присутствуем на деловой игре, посвященной проблемам сохранения и укрепления здоровья. Мы приветствуем команды участников.

Основная часть

1. Конкурс на лучшее название и девиз.

Вам предстоит после обсуждения представить капитанов, название команды, девиз. Не забывайте, что сегодняшняя игра посвящена теме «Здоровье» (3 балла).

2. Конкурс Брейн-ринг.

В представлении большинства людей здоровье связано с ощущением радости жизни, активной деятельностью в труде и быту. Именно поэтому к нему относятся как к самой большой ценности. У многих народов существуют замечательные поговорки, пословицы о здоровье.

Например, у башкирского народа есть такие пословицы и поговорки: «Болезнь приходит пудами, уходит по золотнику», «Кто никогда не болел, не дорожит здоровьем». Какие вы можете назвать пословицы и поговорки?

Вы подготовили цитаты, пословицы, поговорки о здоровье разных народов. Давайте сейчас обратимся к ним.

(Каждая команда по очереди говорит свою. За каждую пословицу и поговорку по одному баллу. Побеждает та команда, которая назвала больше всех).

3. Конкурс «Как вы понимаете фразу».

Задание командам. На обсуждение дается 5 минут (Максимальная оценка 3 балла)

«Как Вы понимаете фразы...»

«Наша жизнь – это наше здоровье. Наше здоровье – это наше здоровье».

«Здоровому лечиться – наперед хромать учиться».

«Творите и здоровы будете!»

4. Конкурс «Составление рекомендаций по ЗОЖ»

Говоря о здоровье, следует помнить, что оно не является раз и навсегда данным даром природы. Для того чтобы иметь здоровье, надо уметь его сохранять, причем с раннего возраста.

Однако мы порой беспечно относимся к своему здоровью, словно следуя поговорке: «Что имеем – не храним, потерявши плачем».

Академик Н.М. Амосов, размышляя об этом, говорил, что здоровье – самое большое сокровище. Вот некоторые из его рекомендаций (каждой команде раздаются памятки).

Внимательно ознакомьтесь с этими рекомендациями. Составьте рекомендации для своих сверстников.

– В большинстве болезней виновата не природа, не общество, а только сам человек. Чаще всего он болеет от лени и жадности, но иногда и от неразумности.

– Не надейтесь на медицину. Она неплохо лечит многие болезни, но не может сделать человека здоровым. Пока она даже не может научить человека как стать здоровым.

– Для здоровья одинаково необходимы четыре условия: физические нагрузки, ограничения в питании, закалка, время и умение отдыхать. И

еще пятое – счастливая жизнь! К сожалению, без первых условий она здоровья не обеспечивает. Но если нет счастья в жизни, то где найти стимулы для усилий, чтобы напрягаться и голодать? Увы!

– Не переедать. Разумно питаться.

Составьте свои рекомендации сверстникам

5. *Конкурс на лучшую сценку по «здоровью, ЗОЖ».*

Задание придумать сценку о ЗОЖ. Сейчас каждая команда покажет нам ее. Приветствуем команды!

Разыгрываются сценки. 5 баллов максимальное количество за данный конкурс.

Заключительная часть

Все, наверное, знают такое крылатое изречение: «В здоровом теле – здоровый дух». Учеными доказано, что если человек крепок физически, то у него, как правило, хорошее настроение, правильная жизненная установка, он работоспособен, а его дух тоже здоров и жизнеутверждающ.

На Кавказе есть селение долгожителей, чей возраст превысил 100 лет. Название переводится как «селение дома Касыма» в честь прауродителя рода, основавшего селение в XVII в. и прожившего почти 130 лет. Одна из причин массового сверхдолгожительства — природный оптимизм горцев, их культура радости и счастья.

Когда европейский журналист, посетивший это село, захотел узнать у 140-летней старейшины секрет долгожительства, мудрая женщина посоветовала: «Необходимо много работать и радоваться жизни». Из поколения в поколение здесь передавалась культура радости: «Если ты абсолютно здоров, тебя все должно радовать, если ты злишься на что-то, значит, ты заболел».

Формула «в здоровом теле – здоровый дух» означает также, что для поддержания физического здоровья необходимо психическое «закаливание», умение ощущать радость жизни.

Французский врач Поль Вайнбаум, исследовавший биологическую функцию улыбки, установил, что она усиливает приток крови в сосуды головного мозга, стимулирует деятельность левого полушария и тем самым возникновение положительных эмоций. Мышцы, поднимающие в улыбке уголки губ и способствующие прищуриванию глаза, передают сигналы, пробуждающие приятные ощущения.

Поэтому день рекомендуется начинать с улыбки. Очень полезно утром перед зеркалом вспомнить что-нибудь приятное, вызывающее улыбку, сделать приветливое лицо, настроить себя на добрые отношения с близкими и товарищами в школе.

У жизнерадостного человека глаза излучают доброту, сердце бьется «весело», движения выразительны, походка уверенная. Будьте доброжелательны ко всем!

Таким образом, подводя итог нашей встречи, мы можем сказать: «Если хотите прожить долгую и здоровую жизнь, очень многое зависит от нас!»

Приложение 6.

КЛАССНЫЕ ЧАСЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

КЛАССНЫЙ ЧАС НА ТЕМУ «ЗНАЕШЬ ЛИ ТЫ ПРО ТАБАК?»

Цель: выработать у подростков негативное отношение к курению

Задачи:

1. Информировать подростков о вредном влиянии табачного дыма на организм и развитии никотиновой зависимости.
2. Выработать умение противостоять давлению среды в приобщении к курению.
3. Научить подростка критическому осмыслению рекламы табачных изделий.

Ключевые слова: никотин, зависимость

Оборудование:

- таблица с правилами работы в малых группах
- анкета «Курение и здоровье»
- таблица «Органы-мишени поражения табачным дымом»
- таблица «Что происходит при курении сигареты»
- ролевая игра
- плакат рекламы продажи сигарет
- анкета «Так почему же мы курим?»

Ход классного часа

1. Организационный момент.

На доске слова: табакокурение, никотин и зависимость.

- Есть ли у вас в семьях курящие? Кто-нибудь пробовал курить? А кто-нибудь может сейчас курит?

Табак – это самый распространенный легальный наркотик нашего времени. Курение является одним из главнейших факторов развития рака легких, заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Знаете ли вы, сколько раз пытались ваши курящие родственники или знакомые бросить курить. Почему, на ваш взгляд, попытки бросить курить кончались неудачей.

Обсудите высказывание великого писателя Марка Твена: «Бросить курить? Что может быть проще? Я сам проделывал это десятки раз».

Знаменитый фармаколог И.М.Догель произносил: «Сегодня надо говорить о табаке как о прихоти и несчастье человека».

Диалог «Знаете ли вы, что?»

- у того, кто начал курить в возрасте 15 лет, риск смертности от рака легкого увеличивается по сравнению с теми, кто начал курить после 25 лет (у мужчин в 3,4 раза, у женщин – в 2,4 раза);
- в России средняя продолжительность жизни мужчины на 14 лет, а женщины на 9 меньше, чем у мужчин и женщин Финляндии;
- в России только около 50% молодых людей доживут до 60 лет, тогда как в Великобритании – 90%;

- смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы среди русских мужчин в возрасте от 45 до 74 лет в 4 раза выше, чем у французов, и в 3 раза больше, чем у итальянцев;
- курение является причиной 32% смертей среди мужчин в Карелии;
- 50% курильщиков в развитых странах умрут от болезней, вызванных курением. Это рак легких, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем;
- в России 70% мужчин и 33% женщин курят, в США – 27% курящих мужчин и 23% женщин;
- длительность жизни человека, выкуривающего пачку и более сигарет за один день, уменьшается на 7 лет по сравнению с некурящим;
- женщины, курящие во время беременности или пассивные курильщики, имеют большую вероятность осложнений во время беременности, во время родов, преждевременных родов, рождения ребенка с низкой массой тела и маленькой головкой. Эти дети нередко отстают в физическом и умственном развитии, часто болеют, и у них высок риск заболевания раком легких.

2. *Работа в малых группах.* Вывешивается таблица «Правила работы в малых группах», учащиеся разбирают тему: «Какие органы и системы поражаются при курении» и перечисляют заболевания, которые возникают у курильщика. Свои ответы школьники записывают на листе бумаги.

Ведущий помогает школьникам. Затем вывешивается таблица «Органы-мишени». Подводятся итоги работы групп: один из школьников выходит к доске, чтобы заполнить таблицу «Органы-мишени». Учащиеся принимают самое активное участие, помогают.

После заполнения таблицы обратить внимание школьников на тот факт, что нет ни одного органа или системы у курильщика, которые бы не поражались при курении. Перечисляются заболевания, которые возникают у курильщика. Обратите внимание ребят, что курящую девушку нетрудно отличить от ее некурящих сверстниц. Как правило, она выглядит старше своих лет, кожа становится землистого цвета, нередко с желтизной, рано появляются морщины, изменяется голос, он становится хриплым. На начальных этапах курильщику кажется, что работоспособность его повышается, а на самом деле – снижается концентрация внимания, ухудшается память и снижается успеваемость.

Довести до сведения учеников, что расплата за курение неминуема. Только по времени она наступает значительно позже, чем при употреблении нелегальных наркотиков.

3. *Работа с анкетой «Так почему же мы курим?».*

Анкета «Так почему же мы курим?»

1) Хорошо ли курить? Да или нет?

– если – нет, то почему? (перечислите)

2) Если курить вредно, то почему люди это делают? И почему большинство не могут бросить курить? Ведь знают: курить – здоровью вредить.

3) Почему подросток начинает курить? Перечислите причины.

4) Какие проблемы возникают у подростка, который курит:

– в настоящее время

– во взрослой жизни

5) Какой способ или метод отказа от курения лучший?

6) Знаете ли вы, как отказаться от предложенной сигареты и не выглядеть при этом «белой вороной»?

– сможете ли вы разыграть подобные ситуации?

– покажите, разыграйте

Школьники вновь работают в малых группах. Учитель помогает учащимся. После окончания работы над анкетой ведущий просит ответить ребят на поставленные в анкете вопросы.

* При ответах на вопрос «Курить – это здорово: да или нет?» Еще раз продемонстрировать таблицу «Органы-мишени».

* Ответы школьников на вопрос «Почему большинство курильщиков не могут бросить курить?» прокомментировать ведущему: развитие зависимости от никотина и в связи с этим возникающие трудности, мешающие бросить курить. Задайте вопрос ребятам: «Несмотря на развивающуюся зависимость, есть ли шанс бросить курить и стоит ли это сделать? От кого это зависит? Кто может помочь?».

* Ответы на третий вопрос «Почему подросток начинает курить?» записываются одним из школьников на доске из ответов учащихся. Ребята высказывают свою точку зрения на причины начала и продолжения курения. Ведущий подводит итоги по мотивам приобщения к курению, называя, что самыми частыми причинами являются: просто так, любопытно, казаться взрослее и т.д. Факторы, способствующие началу и продолжению курения, многочисленны и разнообразны, спросите у ребят, какие есть другие потребности, кроме курения. Что лучше? Почему? Школьники отвечают на поставленные вопросы.

* Какие проблемы возникают у подростков в связи с курением в настоящее время и какие возникнут во взрослой жизни?

К доске приглашают 2 учеников:

* Первый письменно отвечает на первую часть вопроса, а второй на другую. Ведущий анализирует их ответы. Попросите учащихся подсчитать, какую сумму денег тратят курильщики на покупку сигарет в месяц и что они могли бы купить для себя на эти деньги.

4. *Проводится ролевая игра «Как отказаться от предложенной сигареты?».* Учащиеся опять работают в малых группах. Они составляют сценарий, как бы они поступили в данной ситуации – отказаться от предложенной сигареты, используя все средства общения. Каждая группа предлагает свой варианты ответа.

Затем ведущий приглашает учащихся разыграть сцену отказа от курения. Остальные ребята смотрят и высказывают свое мнение об убедительности и правильности ответов.

5. Вопрос учащимся, влияет ли реклама табака на приобщение подростков к курению?

На доску вывешивают плакат-рекламу сигарет и вместе со школьниками разбирают, о чем говорит данная реклама. Соответствует ли она тому, что в ней написано? Кому выгодна продажа сигарет? Ребята работают над этим заданием в малых группах.

Что привлекает вас в рекламе сигарет? Обратите внимание на то, что в связи с уменьшением в мире курящих производителям табака приходится искать новые рынки сбыта, новые виды рекламы, тратить деньги на рекламу огромные деньги.

Все эти расходы вкладываются в стоимость табачной продукции. Один из таких рынков сбыта – Россия.

Расскажите историю о ковбое Мальборо – «самом знаменитом курильщике в мире» – Уэйне Ларене, который рекламировал сигареты. Он умер в возрасте 52-х лет от рака легких. Причина – курение.

Кому выгодна такая реклама? Школьники отвечают на данный вопрос. (Только изготовителям и продавцам табака.)

Сделайте выводы:

– употребление табака, независимо от метода и способа применения, приводит к высокому риску возникновения раковых заболеваний;

– умеете критически относиться к рекламе.

6. Подводятся итоги классного часа.

Курение вредно для здоровья. При курении возникает зависимость, в результате чего трудно бросить курить. Самый лучший способ отказа от курения – не начинать это делать.

КЛАССНЫЙ ЧАС НА ТЕМУ "ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ"

Цель: создать условия для формирования личной негативной позиции ученика по отношению к злоупотреблению пивом через воздействие на его информационное пространство.

Задачи:

1. Показать на конкретных примерах негативное влияние пива на организм человека.

2. Воспитывать ценностное отношение к своему здоровью.

3. Формирование личной позиции ученика по отношению к злоупотреблению пивом.

Ключевые слова: алкоголь, пивной алкоголизм

Ход классного часа.

1. Организационный момент.

Как известно, алкоголь негативно влияет на человека, и чем больше его употребляют, тем больше это влияние.

Пиво усиленно пропагандируется как безвредный, в первую очередь молодежный напиток. Реклама пива увеличивает желание купить предлагаемый напиток, воздействуя на психику. Более сильно это воздействие проявляется в подростковом возрасте. Возникает вопрос – почему же люди пьют, зная, что это вредно для здоровья?

Назовите причины употребления пива подростками, которые еще не попали в алкогольную зависимость. После того, как подростки перечислят все возможные причины, для сравнения показываются причины употребления пива: 1. Слабоалкогольный напиток, 2. Нравится вкус, 3. Совершенно безвредно, 4. Чтобы выглядеть взрослым, 5. За компанию (поддержать разговор).

Причина 1. Да, действительно, пиво является слабоалкогольным напитком, т.к. содержит 4-6% спирта. Но если посмотреть, в каких количествах оно употребляется, то получается очень простая арифметика: установлено, что, выпив две кружки пива, человек получает столько же алкоголя, как если бы он выпил 100 г водки. Три «полторашки» пива (4,5 л), соответствует половине ведра (попробуйте выпить столько чая или простой воды), соответствует бутылке и еще 100 г водки. Как правило, пиво пьют не закусывая. Какой подросток выдержит такое количество алкоголя? В отличие от водки пиво действует постепенно и отравления сразу не происходит. Эта обманчивая лёгкость пива и приводит к привычке.

Причина 2. Любители этого "напитка" говорят, что им нравится его вкус. Однако большинство людей припоминает, что сначала им не нравился вкус пива, они скорее находили его противным, но постепенно привыкли. Это можно сравнить с первой затяжкой табачного дыма – сначала противно, но, пересиливая себя, формируют это пристрастие. Многие любители пива отказываются употреблять безалкогольное пиво, ссылаясь на то, что у него хуже вкус, но статистические исследования показали, что в тестах с закрытыми этикетками они не отличают безалкогольное пиво от обычного. Так почему же пьют пиво?

Причина 3. Совершенно безвредный напиток. Неизбежный спутник употребления пива – избыточный вес. Ведь в зависимости от сорта пиво содержит от 4 до 10% углеводов. В организме нарушается обмен веществ. Содержащиеся в пиве алкоголь, хмель, СО₂ - вызывают аппетит. Давно было отмечено, что употребление алкогольных изделий приводит к феминизации мужчин и маскулинизации женщин, т.е. у мужчин появляются некоторые женские признаки, а женщины становятся более "мужественными". К сути этого явления наука вплотную подобралась только в 1999 году. Оказалось, что в "шишечках" хмеля, используемых для придания пиву специфического горьковатого вкуса, содержится 8-прениларингенин – вещество, относящиеся к классу фитоэстрогенов ("фито" растение, "эстроген" – женский половой гормон).

Подобные соединения находят и в некоторых других растениях, например, в красном клевере, люцерне. Народная медицина давно знала об этом явлении, и поэтому пастухи тщательно следили, чтобы скот не по-

треблял слишком много таких растений. В противном случае это грозит бесплодием, что и наблюдалось, например, в Австралии при выпасе овец исключительно на красном клевере.

Если человек начинает принимать несвойственный ему гормон, то его облик, голос, характер стремительно меняются. Этим пользуются люди, которые сознательно хотят изменить свою половую принадлежность. Важной особенностью гормонов является их высокая активность даже в низких концентрациях. Так, в организме здоровой женщины в сутки вырабатывается всего лишь 0.3-0.7мг эстрогена, что по весу соответствует половине крупинки сахара! Этого количества вполне достаточно, чтобы человек был женщиной. Действующая концентрация женского гормона в 1л пива может достигать 0.15мг (2л пива – суточная норма).

Влияние на мужчину. Мужчина, потребляя пиво, в существенной степени замещает в собственном организме мужской гормон на женский. Раньше мужской гормон давал ему активность, волевые качества, стремление к победе, желание лидировать, а теперь мы получаем безвольное, апатичное существо промежуточного рода, способное лишь лежать на диване и тупо смотреть в телевизор. Далее могут появиться раздражительность и стервозность.

Фигура такого существа тоже меняется: расширяется таз, жир откладывается по женскому типу – на бедрах. Разрастаются грудные железы, теперь, заплывшие жиром, они болтаются впереди, интересным образом дополняя облик этого "мужчины". Заметно уменьшается мышечная масса, снижается количество волос на теле и лице либо они вообще исчезают. Мышцы живота слабеют, и появляется "пивной живот". Постепенно развивается импотенция. Кандидат химических наук Клименко Иван Петрович считает: «...если человек хочет сначала стать моральным уродом, а уже потом импотентом, то он пьет водку, а если предпочитает обратную последовательность – сперва импотенция и уже потом дебилизм, то пьет пиво».

Воздействие на женщин. Действие хмеля на женщин было давно известно. Так, их старались не использовать для сборки "шишечек" хмеля на плантациях, поскольку при такой работе у большинства женщин вскоре открывалось кровотечение вне зависимости от внутреннего месячного цикла. У женщин, выпивающих пива больше нормы, грубеет голос, появляется растительность на лице, так называемые «пивные усы». В нормальном состоянии организм женщины сам вырабатывает столько эстрогена, сколько ей в данный момент нужно. Если женщина пьет пиво и вводит в свой организм дополнительное количество женского гормона, то это может приводить, как показано в опытах на крысах, к увеличению матки и разрастанию тканей матки. Если у мужчин употребление пива снижает влечение к противоположному полу, то у женщин наоборот увеличивает. К сожалению, девушки иногда принимают это за норму и не подозревают о причинах этого психического расстройства. Какие же нормы ученые считают допустимыми?

	Водка	Вино	Пиво
Мужчина	75 мл	150 мл	459 мл
Женщина	50 мл	100 мл	300 мл

Пиво отличается от других алкогольных напитков. Получают его из хмеля, ближайшего родственника конопли и в составе пива имеется небольшая доза морфина, что делает его наркотическим средством. Борьба с влечением к пиву сложнее, чем с влечением к водке. Пиво - это отсроченное пьянство, отправная точка алкоголизма. Это мостик к употреблению более сильных наркотиков.

Влияние на здоровье. В больших количествах пиво оказывается ядом для клеток и вызывает цирроз печени. Пиво быстро всасывается в организм, переполняя кровеносное русло. При большом количестве выпитого возникает варикозное расширение вен и расширение границ сердца. Рентгенологи называют это явление синдромом «пивного сердца» или синдромом «капронового чулка». Если злоупотреблять пивом, то сердце «провисает», становится дряблым, а его функции «живого мотора» теряются безвозвратно. Виновниками являются кобальт (стабилизатор пивной пены) и большое количество выпитой жидкости.

Пиво из-за содержания сивушных масел оказывается ядовитым. В состав сивушных масел входят: метиловый спирт, пропиловый спирт, изоамиловый спирт, сложные эфиры, альдегиды, кетоны. Они отравляют организм, разрушают головной мозг и вызывают слабоумие.

Пиво обладает мощным мочегонным эффектом и беспощадно вымывает из организма "стройматериалы" – белки, а также жиры, углеводы и микроэлементы, особенно калий, магний и витамин С. Что вызывает сухость кожи, слабость в ногах, боли в икрах, ослабляет иммунитет, вызывает раздражительность, бессонницу и плаксивость.

Пиво вызывает целый спектр глазных болезней: катаракта, дистрофия желтого пятна, ведущая к слепоте. У женщин через пару лет после начала питья пропорционально выпитому пиву растет вероятность заболевания раком грудной железы. Девушки, пьющие пиво, рискуют уже в первый год заработать варикозное расширение вен.

Когда нужно бить тревогу и как понять, когда нужно обратиться к наркологу? Вот несколько симптомов:

1. «Сорваны тормоза» – вы не можете или редко можете остановиться на небольшой дозе.
2. Вы можете выпить много больше, чем раньше, с тем же или меньшим эффектом.
3. Начали возникать провалы в памяти на время опьянения.
4. Формируются запои.
5. Вы пытаетесь уменьшить частоту и дозу выпиваемого, но безуспешно.
6. Подсознательно готовится причина или ложь для предстоящей выпивки.

Мало кто подозревает, что большая часть пивного рынка контролируется сейчас иностранным капиталом. "Балтика" – это Скандинавия, "Холстен" – Германия, "Невское" – Дания, "Миллер" – США, "Старый Мельник" – Турция, "Толстяк" – Бельгия, "Бочкарев" – Исландия, "Золотая Бочка" – Южная Африка. Большая часть сырья поставляется из-за границы. А что из России?

Из России – деньги. Ваши деньги... В странах Западной Европы потребление пива снижается, даже в Германии и Бельгии, но производство при этом растет. Таким образом, эти иноземные "благодетели" совмещают приятное с полезным – набивают свои карманы и очищают нашу страну от "излишнего" населения.

6. Подводятся итоги классного часа.

КЛАССНЫЙ ЧАС НА ТЕМУ «БУДУЩЕЕ БЕЗ НАРКОТИКОВ»

Цель: показать вред, который наносит употребление наркотиков человеку.

Задачи:

1. Показать важность знания ряда понятий в области наркотизма.
2. Описать систему втягивания подростка в наркоманию.
3. Учить выдвигать свои аргументы против наркотиков.

Ключевые слова: наркотик, наркомания

Ход классного часа.

1. Организационный момент.

XX век – век полный событиями. Но события эти не всегда носили позитивный характер. Именно в этот период наряду с открытиями и новообразованиями, появляются серьезные и неизлечимые заболевания, такие как СПИД, рак, наркомания. Самое страшное, что вместе с нами эти заболевания перешли в XXI век.

Сегодня мы поговорим о проблемах наркомании. Тема нашей встречи "Будущее без наркотиков".

2. Конкурс рисунков.

Приготовившись к нашей встрече, вы нарисовали рисунки на тему: "Наркомания". Все ваши рисунки на доске. Самые лучшие в центре. Мы попросим авторов рисунков рассказать что они изобразили и почему именно это.

3. Выступления.

Перед нашей встречей вы предложили перечень вопросов, которые хотели бы обсудить. Мы выбрали самые интересные и нужные вопросы, а ребята-консультанты подготовили сообщения, т. е. ответы на них. Слушайте внимательно и, если непонятно, то задавайте вопросы отвечающим.

Что такое наркомания?

"Нарке" – означает недвижимость (от древнегреческого), беспамятство. В последнее время наркомания захватила молодое поколение.

Белый наркотик называют "Белой смертью". Наркомания – это болезненное, непреодолимое пристрастие к наркотическим средствам, лекарствам, таблеткам.

Отчего люди становятся наркоманами? Здесь кроется огромный обман. Наркотики очень дорого стоят. Люди, распространяющие их, получают огромную прибыль. Трудом таких денег не заработать. Но продавцам нужны покупатели, то есть несчастные, привыкшие к наркотикам, готовые отдать любые деньги за одну дозу. Поэтому новичкам предлагают наркотики почти бесплатно, уговаривая: "Попробуй, это интересно", провоцируют: "Наркотики – для смелых, ты же не трус? Нет? Так попробуй." Продавцы наркотиков специально в компании подсылают своих людей. Помните: когда протягивают наркотик, то эти люди получают прибыль, а ты отдаешь жизнь ради чужой прибыли. Даже первая доза становится губельной. Наркотик убивает и сильных, умных людей, с ним никто не может справиться.

Кто такой наркоман?

Наркоман – пещерный человек, обычно живет до 30 лет. Наркоманами становятся и остаются обычно те люди, у кого недостаток физических, духовных сил для того, чтобы бороться за хорошую жизнь, найти свое место в жизни. Став наркоманом, человек уже не отвечает за свои поступки. Он становится раздражительным. Часто наркоманы совершают кражи, другие преступления. Наркоманы становятся больными людьми. У таких людей рождаются больные дети. Попробовав наркотики 1 раз, человек становится обреченным на постоянное их употребление и короткую жизнь.

И еще:

- 91 % ВИЧ-инфицированных – наркоманы;
- к окончанию школы 40 % детей пробовали наркотики, "сидят на игле" – 9% мальчиков, 5% – девочек;
- 1 наркоман за год втягивает в "порочный круг" до 4 человек.

Какие изменения происходят с людьми, употребляющими наркотики?

Наркотики воздействуют на головной мозг. Сначала они оказывают положительный результат. Движения и речь становятся более оживленными, кровяное давление повышается, сердце бьется чаще, дыхание ускоряется. Но скоро наркотик начинает действовать на мозг угнетающе: притупляется способность думать, наблюдать, быть внимательным. Человек не контролирует свое поведение, а поэтому может совершать поступки, которые наносят вред окружающим его людям.

Почему, попробовав один раз наркотик, человек навсегда становится наркоманом? У наркотика коварное свойство. Организм быстро привыкает к ним и требует новых доз. При этом человек испытывает такое же мучение, как при сильной жажде, только страшнее. Вот как описывают наркомана: "Высохший человек метался по койке в больнице с решетками на окнах. Его тело корчило от боли, покрывалось каплями пота. Больной плакал, кричал диким голосом:

– Спасите! Умираю! Доктор, укол! Черви, белые черви грызут меня!"

Это наркоман. Когда наркоман примет наркотик, он испытывает облегчение, как голодный, получивший кусок хлеба. Но в эти мгновения он лишается радостей жизни и приговаривает себя к мучительной смерти.

Почему преступления часто совершают наркоманы?

Человек идет на все – на обман, на воровство и даже на убийство, лишь бы достать наркотики. Наркотик – это безжалостный палач, который требует: "Укради, убей, достань очередную дозу, прими её, иначе я подвергну тебя жуткой пытке."

Как в нашей стране борются с наркоманией?

В нашей стране хранение даже одной дозы наркотика запрещено законом и строго наказывается. Каждого, у кого нашли наркотик, ждет несчастье. Человека, имеющего и распространяющего наркотики, ждет тюрьма.

Как можно избежать наркомании?

Не прикасайтесь к наркотикам, не берите их в руки, не кладите в карман или сумку, не прячьте, не передавайте другим. Учтите, что наркоманы – подлые люди. Они могут дать наркотики на хранение и сами донесут, чтобы отвести подозрение от себя. Найдите в жизни любимое занятие и тогда наркотики не найдут в ней места.

Кто хочет потерять человеческий облик – может принимать наркотики, а я за здоровый образ жизни!

б. Подводятся итоги классного часа.

Мы сегодня много говорили о наркомании.

Берегитесь белой тучи, берегитесь наркотиков! Если вы увидите, что дети принимают наркотики, скажите их родителям. Этим вы спасете им жизнь.

А сейчас мы встанем в круг, возьмемся за руки и повторим за мной то, что я скажу: «Ни под каким видом, ни под каким предлогом, ни из любопытства, ни из чувства товарищества, ни в одиночку, ни в группе, мы не будем принимать, нюхать и пробовать наркотики, мы не будем принимать, нюхать и пробовать наркотики. Мы за здоровый образ жизни».

КЛАССНЫЙ ЧАС НА ТЕМУ «ВСЕ В ТВОИХ РУКАХ!»

Цель: Формировать у подростков осмысление важности проблемы профилактики ПАВ.

Задачи:

1. Дать учащимся понятие о различных формах принуждения, под давлением которых подростки начинают пробовать, а затем употреблять ПАВ.
2. Продолжить учить подростков способам уверенного отказа, который поможет противостоять негативному давлению.
3. Развивать уверенности в принятии верных решений.

Ход классного часа.

1. Организационный момент.

Одна пловчиха решила переплыть самую бурную реку, чтоб попасть в книгу рекордов Гиннеса. Никто еще не совершал такого подвига. Заплыв был

намечен на определенное число, собрались журналисты. На землю опустился сильный туман, но переносить мероприятие было невозможно. И вот девушка взяла старт. Рядом плыла страховочная лодка. Она старалась изо всех сил, но достигнув середины, подала знак вытаскивать ее.

На следующий день спортсменка с легкостью преодолела бурную реку, на удивление всем. И первый вопрос, который ей задали журналисты, был о том, почему же вчера ей не хватило сил? На что девушка ответила – «Я не видела цели».

И, ведь, действительно, живя бесцельно, человек ничего не может добиться, он даже не знает, в какую сторону надо двигаться.

Я предлагаю вам выбрать из списка человеческих стремлений пять, которые важны для вас.

К чему стремятся люди в жизни.

- Хорошее образование.
- Хорошая работа и карьера.
- Счастливая семья.
- Слава.
- Деньги, богатство.
- Дружба.
- Достижения в искусстве, музыке, спорте.
- Уважение и восхищение окружающих.
- Наука как познание нового.
- Хорошее здоровье.
- Уверенность в себе и самоуважение.

2. Я предлагаю разбиться всем по четыре человека. Игра «ВЫХОД».

Задание каждой группе, найти выход из данной ситуации:

1. Девушка рассталась с парнем. Ей больно, обидно, одиноко. Как можно избавиться от этих ощущений?

2. Дима поругался с мамой, он весь на нервах. Каким способом он может расслабиться?

3. Неля не заметила днем на улице соседку и не поздоровалась, вечером та наговорила ей всяких гадостей. Как девочке сохранить духовное равновесие?

4. Ваня поругался с семьей и ушел из дома. Извиняться он считает ниже своего достоинства. Каким образом можно решить эту проблему?

5. Лене всегда в пример ставят ее старшую сестру, ее это уже бесит. Какой она может найти выход?

Как же снять напряжение? Психологи советуют для снятия напряжения следующие приемы:

Послушать музыку.

Пойти подышать свежим воздухом. Жизнь прекрасна вокруг!

Принять ванну, вода расслабляет, (желательно с настоем мяты).

Пошуметь, покричать.

Поплакаться, это помогает, но не более 10 минут.

Почитать, посмотреть телевизор – переключить внимание.

Посчитать до 30 мысленно.

Сконцентрировать внимание на постороннем объекте.

Постараться не думать ни о чем в течение 20-30 сек.

Заняться спортом (качать пресс), отличный выход для злости.

Заняться творчеством (писать, рисовать, вышивать и т.д.).

Заглянуть в глубины себя, осознать свою вину.

Обратиться к психологу, родителям, или к любому старшему человеку, которому ты доверяешь. Ведь эти люди уже прошли через это.

Обратиться к друзьям за поддержкой.

Ответить мысленно на вопросы: – *Что я чувствую сейчас(злость) – Из-за чего? (он меня обидел) - что я чувствовала тогда? (обиду, боль) – Почему меня это задело? (он мне не безразличен) – Почему? (он умный, нежный и т.д.) – Мне он дорог? (да) – Какой должна быть я, чтобы он любил меня?*

Вопросы можно составить различные к каждой ситуации. Важно то, что, отвечая на них, ты разбираешь конфликт, заставляешь себя задуматься и в итоге прийти к правильному решению.

3. Влияние друзей или авторитетных личностей. Игра «подруги».

Я приглашаю сюда двух желающих. Становятся на стульчики. Берутся за руки. Одна будет Аней, другая Аллой. Это две подруги, они с первого класса вместе. Они делили все обиды и радости на двоих.

Но вот у Ани появились какие-то новые непонятные друзья. Она стала меньше времени уделять подруге и долго гулять вечерами (Аня сходит со стульчика).

Проходит еще немного времени, Аня перестает выполнять уроки, просто списывает у Аллы (немного приседает), Алла, как хорошая подруга, ничего никому не говорит, а сама старается вернуть подругу.

Вот Аня начала прогуливать уроки, от нее часто стало веять спиртным (еще больше приседает), но Алла не бросает подругу.

Аню ищут родители, школа, милиция, она ушла из дома, начала употреблять наркотики. (Аня полностью присела), но все еще Аллу считает своей подругой.

Как вы думаете, кому легче потянуть к себе подругу, Анне, или Алле? (конечно Анне).

Безусловно, влияние друзей очень велико, и человеку потребуется настойчивость и сила воли, чтоб сказать однозначно «нет». В первую очередь отказаться надо внутри себя, принять однозначную позицию.

4.Игра «Скажи: НЕТ»

Давайте попробуем сказать «нет» на практике.

Рассчитайтесь на первый / второй. Работа идет в парах. Один из учащихся предлагает попробовать наркотик, другой отказывается. Отказ дол-

жен быть тактичным, но твердым. Затем учащиеся в паре меняются ролями. Время, отведенное на работу в паре, 5 минут. Варианты отказа:

"Спасибо, нет. Я знаю, что это опасно для меня".

"Спасибо, нет. Я уже пробовал, и это мне не понравилось".

"Спасибо, нет. Я не хочу конфликтов с родителями, учителями".

"Спасибо, нет. Это не в моем стиле".

"Спасибо, нет. Мне надо на тренировку".

"Спасибо, нет. Если я это сделаю, потеряю власть над собой".

Умей сказать "Нет"!

После завершения упражнения следует обсудить два вопроса:

- Как чувствовали себя участники в ролях?

Легко ли подбирать достойные отказы?

5. Подводятся итоги классного часа.

А в заключение я хочу вам рассказать еще одну интересную историю:

«Притча о бабочке»

В древности жил-был один мудрец, к которому люди приходили за советом. Всем он помогал, люди ему доверяли и очень уважали его возраст, жизненный опыт и мудрость. И вот однажды один завистливый человек решил опозорить мудреца в присутствии многих людей. Завистник и хитрец придумал целый план, как это сделать: "Я поймаю бабочку и в закрытых ладонях принесу мудрецу, потом спрошу его, как он думает, живая у меня в руках бабочка или мертвая. Если мудрец скажет, что живая, я сомкну плотно ладони, раздавлю бабочку и, раскрыв руки, скажу, что наш великий мудрец ошибся. Если мудрец скажет, что бабочка мертвая, я распахну ладони, бабочка вылетит живая и невредимая и скажу, что наш великий мудрец ошибся". Так и сделал завистник, поймал бабочку и пошел к мудрецу. Когда он спросил мудреца, какая у него в ладонях бабочка, мудрец ответил: "Все в твоих руках".

Так каждый человек, сделав свой выбор, сам определяет свою судьбу.

Вот и подошла к концу наша встреча, и мне бы хотелось знать, что нового вы сегодня для себя открыли? Что вам понравилось?

КЛАССНЫЙ ЧАС НА ТЕМУ «Я ПРИНИМАЮ РЕШЕНИЕ!»

Цель: формировать у подростков осознанное принятие решения

Задачи:

1. Подвести итог изученному на предыдущих классных часах.
2. Научить противостоять не только личному, но и общественному спаиванию и наркотизации населения твоей Родины.
3. Помочь принять личное решение – жить трезво и счастливо.

Ход классного часа

1. Организационный момент.

Вот и подошло наше последнее занятие. Ты уже много знаешь о культуре здоровья, о проблеме наркотизма, умеешь противостоять предложению отравиться табаком, алкоголем и другими наркотиками. Еще год – и ты шагнешь в самостоятельную жизнь. Кто-то пойдет учиться в среднее специальное учебное заведение, кто-то пойдет работать.

И в этой жизни тебе придется принимать не только личные, но и общественные решения, в том числе и решения в области преодоления наркотизма в городе, регионе, области, республике, стране.

Чтобы было все ясно и понятно окончательно, изобразим проблему наркотизма в виде железнодорожного состава. Паровоз или локомотив – в проблеме наркотизма представляет алкогольно-наркотическую запрограммированность и широкую доступность табака, алкоголя и других наркотиков. Первый вагон у нас загружен табаком, второй – летучими интоксикантами, третий – пивом, четвертый – вином, пятый – водкой, шестой – марихуаной, седьмой – кокаином, восьмой – ЛСД, девятый – экстази, десятый – героином и т.д., и т.п. Так вот, некоторые наши деятели давно уже требуют решить проблему наркотизма, отцепив хвост от состава – вагоны с нелегальными наркотиками. И их совсем не волнует проблема наркотиков легальных (алкоголя, табака и летучих интоксикантов). Эти люди сшибают макушки чертополоха, не трогая его корней. Мы же с тобой разобрались уже в сути поставленных вопросов. И знаем, что проблему наркотизма нужно решать всю в целом, системно и гармонично, последовательно и комплексно, наступательно и межведомственно. Одним словом – решать проблему всего наркотического состава, т.е. легальные наркотики, как нам уже известно, являются питательной средой и почвой для развития нелегальной наркоторговли, наркобизнеса и наркомании. Ни один наркоман не начинал с героина, ЛСД или экстази. Всегда у них была печальная предыстория – травление табаком, алкоголем или летучими интоксикантами. И только затем шли нелегальные наркотики. И, наоборот, в по настоящему трезвых семьях не бывает курильщиков табака и пьющих, не бывает в этих семьях и наркоманов.

2. Давайте дадим определение понятию «принятие решения».

«Принятие решения» процесс, в ходе которого человек выбирает один из двух или более возможных вариантов действий. Объясните, что любой

человек ежедневно принимает решения. Социальный педагог просит подростков назвать любые решения, которые они сегодня приняли.

Учащиеся называют одно или два решения, которые он (она) принял(а) сегодня (например, что надеть в школу, как добраться до школы).

3. Социальный педагог объясняет последовательность действий, применяемых при решении проблем.

Почему при принятии решения существует множество возможных вариантов?

Существуют различные способы, которые можно выбрать для решения проблемы. Для того чтобы принять ответственное решение, важно взвесить положительные и отрицательные последствия каждого из возможных вариантов, выбрать один, у которого наименьшее количество отрицательных и наибольшее количество положительных сторон.

4. Сейчас у вас будет возможность попрактиковаться в принятии решений небольшими группами.

Класс делится на команды. Каждой команде дается по экземпляру материалов «Решения, которые я принимаю». Каждая группа разбирает свою ситуацию. Все вместе члены группы должны решить, как они будут решать эту проблему.

А. Дилемма для Саши

Саша отправляется в бар со своими друзьями. Бар – это место, где подростки собираются, чтобы провести время и развлечься. Саше 15 лет, и он считает, пойти в бар – это то, что надо. Его друзья заказывают пиво и начинают жадно глотать его. Саша знает, это нехорошо, но не хочет отставать от них.

Б. История Лены

Люда и Лена – близкие подруги. Лена приходит в школу с синяками на руке. Она сообщает Люде по секрету, что ее мать накануне вечером была пьяна и ударила ее. Чем могла бы Люда помочь своей подруге Лене?

В. Иван

Иван – новичок в этой школе. По дороге домой из школы Иван беседует с Сергеем и Игорем, двумя из наиболее популярных мальчиков в школе. Они приглашают его в квартиру Сергея выпить вина из домашнего бара его отца. Они убеждают Ивана, что никто об этом ничего не узнает и они хорошо повеселятся, немного выпив. Как поступить в этом случае Ивану?

Г. Футбол

Вы тренируетесь в течение двух месяцев к турниру по футболу. Вы так взволнованы! Вы играете защитников и считаете, что делаете это очень хорошо. Но за два дня до турнира вы сваливаетесь с сильнейшей простудой, родители говорят вам, что необходимо остаться дома и отдохнуть. Но тренер говорит, что тот, кто пропустит последнюю тренировку, не будет допущен к соревнованиям. Как поступить?

Д. Выпивка в парке

Твой лучший друг принял решение проводить больше времени с группой ребят, известных в школе своим пристрастием к алкоголю. Он просит тебя присоединиться к ним в парке после уроков, чтобы немного выпить. Используя модель принятия решения, реши, что ты скажешь своему другу о встрече с ним после школы и об этой группе его новых друзей и их пристрастии к алкоголю.

Е. Популярность

Ты пользуешься одним шкафчиком с очень популярным в твоей школе учеником. Однажды утром перед занятиями ты открываешь свой шкафчик и обнаруживаешь маленький полиэтиленовый пакетик с чем-то внутри, что, как ты полагаешь, выглядит как марихуана. Ты не хочешь спешить с выводами о содержании пакетика и почему он находится в твоём шкафчике, но, хотя им пользуется еще один человек, ты тоже ответственен за то, что в нем находится.

Ж. Спорт в школе

Употребление алкоголя или других наркотиков запрещено в твоей спортивной команде, и ты с этим согласен. Двое из лучших игроков твоей команды начинают хвастаться перед тобой и другими друзьями по команде тем, что они выпивают перед игрой, утверждая, что их спортивная форма улучшается благодаря выпивке. Ты и другие члены команды, не употребляющие алкогольных изделий, должны решить, как подойти к проблеме. На карту поставлено здоровье твоих друзей, а также успех твоей команды.

З. Приходящая няня

Один из родителей, чьего ребенка ты приходишь нянчить, является домой пьяным и предлагает отвезти тебя домой на своей машине.

Члены группы кратко докладывают, как они определили проблему и какое приняли решение. Объясняют, почему решение, которое они приняли, можно рассматривать как ответственное.

6. Подводятся итоги классного часа.

Существует несколько возможных вариантов решения. Обратите внимание на важность рассмотрения множества альтернативных решений, а также положительных и отрицательных последствий каждого из них перед тем, как принять ответственное решение!

Приложение 7. ТРЕНИНГ «ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»

Цель тренинга: обучение учащихся здоровому стилю жизни и навыкам сопротивления приобщению к психоактивным веществам (табаку, алкоголю и наркотикам).

Задачи:

- сформировать навыки, которые помогут подросткам лучше понимать себя, сделать положительный выбор в жизни, принимать решение с четким сознанием собственного поведения и с ответственным отношением к социальным и культурным требованиям общества;
- сформировать навыки самозащиты и предупреждения возникновения проблем.

Ожидаемый результат тренинга связан с формированием у подростков умения замечать ситуации, связанные с риском приобщения к ПАВ, и способности принимать решения с ориентацией на здоровье.

Занятие 1. Умение слушать

Цель: сформировать способность выслушивать друг друга.

Задачи:

- формировать представление о различии между понятиями "слушать" и "слышать";
- формировать стремление выслушать до конца своего собеседника;
- формировать способности, позволяющие сделать беседу интересной для каждого из собеседников.

1. Дискуссия:

"Что такое слушать и слышать?"

2. Ознакомление учащихся с новой информацией:

Как слушают друг друга люди при разговоре по телефону, когда далеко находятся друг от друга (в лесу, в поле)? Почему друг друга не перебивают?

Когда надо говорить громко, кричать (в каких случаях)? В каких случаях следует говорить тихо?

3. Дискуссия:

"Какие вы испытываете ощущения, когда хотите сказать что-то важное, а окружающие вас не замечают?"

"Как можно обратить на себя внимание? Почему нельзя перебивать, мешать разговору?"

"Какие существуют приемы вмешательства в беседу?"

"Что означает пословица: «Краткость – сестра таланта»?"

4. Упражнение "Беседа". Участники делятся на подгруппы из трех человек. Командам предлагается обыграть три ситуации:

Двое разговаривают между собой. Один слушает и наблюдает за ходом беседы, после чего вступает в разговор.

Двое разговаривают между собой. Один слушает и наблюдает за ходом беседы. Разговаривающие между собой участники игры должны "втянуть" в разговор третьего участника.

Двое разговаривают между собой. Один слушает и наблюдает за ходом беседы, интонацией голоса, выражением лица, жестами, дистанцией между собеседниками.

После выполнения задания участники команд рассказывают о своих впечатлениях.

Упражнение "Междугородный разговор по телефону". Двоим добровольцам ведущий дает следующее задание: "Встаньте в разных наиболее отдаленных местах помещения. Представьте себе, что вы находитесь в разных городах (на выбор учащихся), и затем поговорите друг с другом. Только есть одно условие – очень плохая связь, и поэтому вы плохо друг друга слышите".

Затем участники делятся на пары и все вместе выполняют задание. Ведущий должен проследить, чтобы учащиеся подальше встали друг от друга.

Обсуждение: *как удавалось услышать товарища, почему получился диалог?*

6. Упражнение "Дума". Участники примеряют на себя роль депутатов. Аудитории задается произвольная тема выступления, например, о количестве или продолжительности уроков. Каждый высказывает свое мнение, при этом неизбежны другие высказывания с мест.

Обсуждение: *что каждому мешало высказаться? Какие вы испытали чувства от того, что вас невнимательно слушали и перебивали?*

Занятие 2. Виды и формы общения

Цель: сформировать навыки позитивного общения.

Задачи:

- формирование представления о различных видах и формах общения;
- формирование уважительного отношения к собеседнику, его манере разговора;
- формирование навыков высказывания своего мнения.

1. Дискуссия:

"Что такое общение?"

"Для чего люди общаются друг с другом?"

2. Упражнение "Встреча". Ведущий просит четырех добровольцев обыграть ситуацию встречи одноклассников первого сентября. Одной паре дается задание инсценировать встречу первого сентября с приятным человеком, второй паре нужно обыграть ту же ситуацию, но показать встречу с неприятным человеком. Один вариант сценки участники игры показывают при помощи слов, другой – с помощью мимики, жестов, телодвижений.

Обсуждение: *какие были использованы невербальные формы общения? По каким признакам остальные участники занятия определили характер взаимоотношений между героями игры?*

3. Упражнение "Беседа через зеркало". Ведущий просит учащихся разбиться на пары. Учащимся предлагается передать друг другу важную, неотложную новость, мимикой, жестами представив, что они отделены друг от друга звуконепроницаемым стеклом.

Обсуждение: *что помогло понять содержание разговора?*

4. Упражнение "Яблоко". Ведущий просит ребят разбиться на пары. Игра проходит в форме беседы, но после каждого слова участники игры должны вставлять одно или два индифферентных слова, например "яблоко".

Обсуждение: *что такое слова-"паразиты"? Почему люди часто их повторяют при разговоре? Как можно избавиться от этих слов?*

Занятие 3. Права человека на уверенность в себе

Цель: сформировать навыки уверенного поведения.

Задачи:

- формирование представления о причинах неуверенного поведения;
- формирование стремления использовать все возможные способы уверенной модели поведения;
- формирование навыков преодоления смущения, застенчивости и других проявлений неуверенного поведения.

1. Дискуссия:

"Почему в некоторых ситуациях люди испытывают неуверенность?"

"Что это за ситуации?" (Обсуждаются моменты появления неуверенности в себе, почему и как неуверенность может перейти в агрессивность.)

2. Упражнение "Подарок". Каждый из участников занятия своему соседу по левую руку преподносит воображаемый подарок... и так по цепочке (можно организовать эту игру при помощи мяча или мягкой игрушки – учащийся бросает кому-либо мяч/игрушку и преподносит воображаемый подарок).

Обсуждение: *проявляется ли неуверенность в поведении при доброжелательности? Что такое доброта, почему она характерна для человека?*

3. Упражнение "Трибуна". Кто-либо из участников задает тему короткого рассказа. Доброволец должен выступить перед остальными участниками занятий на заданную тему.

Обсуждение: *проявления уверенного и неуверенного поведения, что помогает преодолеть неуверенность?*

4. Упражнение "Помощь другу". Ведущий разбивает участников на пары и дает следующее задание: "Расскажите своему партнеру по игре о ситуациях, когда вы испытываете неуверенность. Обратитесь к нему за со-

ветом – как можно преодолеть неуверенность? Не забудьте обменяться ролями после первой сценки".

Обсуждение: *может ли помощь другу придать уверенность самому себе?*

5. Упражнение "Зоопарк". Каждому участнику игры необходимо найти удобное для него место в помещении. Ребята примеряют на себя роль выбранного ими зверя. Ведущий объявляет, что на некоторое время двери в клетках открыты, и животные могут выйти из них. Важно изобразить повадки, голос, отношения с другими животными (на четвереньки вставать нельзя). Участникам игры необходимо "подружиться" с наиболее симпатичным для них зверем.

Обсуждение: *какие животные вели себя уверенно, а какие проявляли агрессию? Связано ли агрессивное поведение человека с неуверенностью в себе?*

Занятие 4. Критика, навыки критического мышления

Цель: сформировать умение критиковать и навык критического мышления.

Задачи:

- формирование представления о видах критики;
- формирование стремления к анализу информации, имеющей отношение к выбору продуктов и услуг;
- формирование навыка критического мышления.

1. Дискуссия:

"Что такое критика, и для чего она нужна?"

"Как мы реагируем на критику в свой адрес?"

2. Упражнение "Необидная критика". Участники делятся на пары. Ведущий дает следующее задание: "Постарайтесь друг друга покритиковать, но при этом не допускайте, чтобы ваши критические замечания были обидными".

Обсуждение: *как следует начать критику, чтобы с первых слов критикуемый не обиделся на вас?*

3. Упражнение "Реклама". Участники делятся на три подгруппы. Команды должны нарисовать рекламу на какой-либо продукт, после чего представить рекламируемый товар. Другие команды высказывают критические суждения и сомнения по поводу качества и безопасности предлагаемого товара.

Обсуждение: *признаки качества продуктов питания и различных услуг.*

Занятие 5. Этапы решения проблемы

Цель: сформировать навык решения проблем.

Задачи:

- формирование представления об этапах принятия решения;

- формирование стремления к рассмотрению вариантов действий при принятии окончательного решения;

- формирование навыка отстаивания принятого решения.

1. Дискуссия:

"Как оценивать возможные последствия принимаемых решений?"

"Как отстоять принятое решение?"

2. Ведущий просит участников занятий рассказать, какие они сегодня принимали решения.

3. Игра "Мафия". Перед игрой у ведущего должен быть набор карточек с надписями «горожанин», «полиция» и «мафия». Важно, чтобы количество карточек с разными надписями примерно совпадало. Участники игры тянут жребий и делятся на "горожан", "полицейских" и "гангстеров", но при этом не сообщают друг другу о своих ролях.

Цель игры: "мафия" и "полиция" должны по своим догадкам "устранить" друг друга. Если "мафия" или "полиция" по ошибке "выводят из игры" "горожанина", то в таком случае возрастают шансы на победу команды соперника. "Горожане" должны оказывать помощь команде "полицейских" в правильном определении "гангстеров". Перед началом игры ведущий должен незаметно для остальных участников познакомить между собой ребят, которые входят в "мафию" и "полицию" (например, все должны закрыть глаза, кроме "мафии", а затем то же самое для "полицейских").

I этап: "День". Ребята пытаются отгадать, кто среди них является "гангстером" – по большинству мнений этого человека "устраняют", после чего он сообщает, к какой команде принадлежал.

II этап: "Ночь гангстеров". Все закрывают глаза или опускают голову, кроме "мафии", которая при помощи мимики и жестов должна договориться между собой о том, кого они считают одним из "полицейских". После принятого решения один из "гангстеров" прикосновением руки "выводит из игры" выбранного человека.

III этап: "День". Группе сообщаются результаты "Ночи гангстеров", ребята определяют, кого убили. Затем все вместе решают, кто среди них "гангстер". После принятого решения выбранного человека "выводят из игры", и он сообщает, к какой команде принадлежал.

IV этап: "Ночь полиции". Теперь полицейские определяют, кто, по их мнению, может быть "гангстером" и кого следует "устранить". Все остальные должны опустить голову или закрыть глаза. Дальше наступает "День" и так далее.

Занятие 6. Виды группового давления. Умение сказать "Нет"

Цели:

- определить ситуации, в которых может возникнуть групповое давление;
- сформировать умение замечать групповое давление и навыки сопротивления мнению большинства.

Задачи:

- формирование представления о ситуациях, когда трудно отстоять свое мнение;
- формирование критического отношения к навязчивым предложениям сверстников, связанным с риском для здоровья;
- формирование вербальных и невербальных методов отстаивания своего мнения.

1. Дискуссия:

"В каких ситуациях человеку трудно отстоять свое мнение?"

2. Упражнение "Соппротивление". Участники разбиваются на пары. Нужно встать друг против друга на расстоянии вытянутой руки. Затем участники поднимают руки до уровня груди и соприкасаются ладонями. Игра состоит из двух этапов.

I. Оказать сопротивление и ощутить давление партнера, но при этом нельзя его сталкивать с места.

II. Столкнуть напарника, но при этом устоять на своем месте.

3. Упражнение "Давление". Участники делятся на подгруппы по 3-4 человека. Ведущий в каждой подгруппе определяет ситуацию, которую они должны обыграть (например, отказаться от предложения одноклассников прогулять последний урок).

Обсуждение: *способы влияния на мнение человека (убеждение, лесть, соблазн, подкуп, угроза и т.д.); виды поведения в ситуации давления (агрессивность, пассивность, боязливость, уверенность, решительность).*

4. Упражнение "Разожми кулак". Ведущий делит группу на пары. Один из участников должен уговорить своего партнера по игре разжать кулак. После первой "схватки" участники обмениваются ролями.

Обсуждение: *способы убеждения.*

Занятие 7. Курение

Цель: предоставить аргументы против начала курения.

Задачи:

- формирование представления о причинах начала курения;
- формирование негативного отношения к курению;
- формирование навыка отказа от предложения попробовать покурить.

1. Дискуссия:

"Причины начала курения в подростковом возрасте".

2. Упражнение "Компания". Участники делятся на три подгруппы. Ведущий дает следующее задание: "Разыграйте в ваших подгруппах ситуацию, когда компания друзей или знакомых уговаривает одного человека попробовать покурить".

Обсуждение: *способы поведения в ситуации группового давления, обоснованность доводов не курить.*

3. Деловая игра "Суд над сигаретой" – инсценировка судебного процесса. Участники делятся на три команды: сторона обвинения, защита, присяжные заседатели. Также необходимо выбрать судью, который будет вести заседание. Главный обвинитель (прокурор) и адвокат подбирают себе команду из свидетелей, которые будут отстаивать их интересы, например: врач и производитель сигарет соответственно. Ведущий может задать определенную тему, например, «курение в общественных местах, или попросить сторону обвинения перечислить положения, по которым она собирается выстроить "нападение" на адвоката и его команду.

Цель игры – выработать законодательный акт «Об общественном отношении к курению».

4. Деловая игра "Круглый стол". Участники игры делятся на четыре команды: "юноши и девушки, желающие бросить курить"; "юноши и девушки, которые не хотят отказаться от сигарет"; "взрослые – учителя, родители, музыканты и т.п."; "эксперты – врачи и психологи", а также ведущий "Круглого стола".

В начале игры каждая команда высказывает свое мнение о курении. Затем ведущий просит одного из представителей команд (кроме экспертов) высказать общую точку зрения о прекращении курения. В дальнейшем между участниками игры возникает дискуссия о способах прекращения курения. Завершает игру экспертная оценка работы каждой команды.

Занятие 8. Алкоголь

Цель: сформировать негативное отношение к употреблению алкогольных напитков в подростковом возрасте.

Задачи:

- формирование представления о причинах начала употребления алкогольных напитков в подростковом возрасте;
- формирование негативного отношения к употреблению алкогольных напитков;
- формирование навыков сопротивления групповому давлению в ситуации приобщения к алкоголю.

1. Дискуссия:

"Причины первых проб алкогольных напитков".

2. Упражнение "Между молотом и наковальней". Участники делятся на три подгруппы. Ребята из первой команды по правилам игры не определились в своем отношении к алкогольным напиткам. Вторая команда лояльно относится к употреблению алкогольных напитков. Третья – категорично против употребления алкоголя. Ведущий в этой игре выступает в роли режиссера. Игра состоит из трех этапов:

I. Участники первой команды беседуют между собой на отвлеченную тему.

II. Вторая команда приносит с собой бутылку вина и предлагает ее распить с ребятами из первой команды.

III. Через некоторое время подходят ребята из третьей команды и отговаривают участников первой команды попробовать алкогольный напиток.

Таким образом, участники первой команды находятся под перекрестным давлением ребят из второй и третьей команд.

Обсуждение: *способы давления на мнение человека.*

3. Упражнение "Фэнтэзи". Участники делятся на три команды. Ведущий дает следующее задание: "Используя слова: вино, компания, боль, родители, страшно, весело, девушка, парень, рвота, музыка, уговоры и школа, – попытайтесь придумать небольшой рассказ о неудачном знакомстве с алкогольным напитком одного из героев вашего рассказа".

Обсуждение: *возможные негативные последствия употребления алкогольных напитков в подростковом возрасте.*

Занятие 9. Наркотики

Цель: сформировать отрицательное отношение к пробам любого наркотика.

Задачи:

- ознакомление с основными "мифами", имеющими отношение к употреблению наркотических веществ;
- формирование чувства опасения по отношению к лицам, предлагающим попробовать наркотик;
- формирование навыка безопасного поведения в ситуации принуждения к пробе наркотического вещества.

1. Дискуссия:

"Причины первых проб наркотиков".

"Что является самым опасным при употреблении наркотиков?"

2. Упражнение "Ангел-хранитель". Для проведения игры ведущий набирает пятерых добровольцев. Между собой ребята распределяют роли: "гость вечеринки", "хозяин вечеринки", "друг хозяина вечеринки", "ангел-хранитель" и "дьявол-искуситель". Игровая ситуация состоит в следующем: главному герою игры ("гостю вечеринки") знакомые ребята ("хозяин вечеринки" и его "друг") предлагают попробовать вместе с ними "марихуану". У главного героя есть два ангела: "ангел-хранитель", который помогает отказаться от навязчивых предложений попробовать наркотик, и дьявол-искуситель, который уговаривает это сделать.

В процессе игры участники могут меняться ролями. Так как у всех участников игры достаточно активные ролевые позиции, ведущий перед началом проведения игры напоминает ребятам о том, что нельзя перебивать друг друга и говорить в унисон.

Обсуждение: *способы давления и отстаивания своей точки зрения.*

3. Упражнение "Мифы". Ведущий всем участникам раздает по одной карточке. На одной стороне карточки написано "миф", на другой – "прав-

да". В ходе игры ведущий зачитывает утверждения, имеющие отношение к употреблению наркотиков, например:

Марихуана не вызывает зависимости.

Если употреблять наркотики в меру, то никогда не станешь наркома-ном.

После начала употребления наркотиков человек в среднем живет 5-10 лет.

Употребление наркотиков тесно связано с риском заражения гепати-том и ВИЧ-инфекцией.

Употребление наркотиков никогда не бывает без правонарушения.

"Ломок" наркомана не существует. Это просто один из методов запу-гивания молодых людей.

Если участник согласен с утверждением, он показывает карточку, где написано "правда", если не согласен – карточку со словом "миф".

Обсуждение: причины формирования искаженного представления о наркотиках.

4. Социальный ролик "Нет наркотикам". При помощи плакатов, игро-вых сцен участники двух подгрупп должны придумать антирекламу нарко-тикам.

Занятие 10. Коллаж

Цель: для этого занятия необходимы два листа ватмана, карандаши, журналы, клей, ножницы, фотографии участников занятий.

Во время проведения занятия можно сделать несколько фотографий, которые в дальнейшем пригодятся для создания коллажа. Если такой воз-можности нет, можно попросить ребят принести на занятие свои фотогра-фии.

Коллаж создается как хроника событий в группе – что было интерес-ного, чему научились. Ребята обязательно должны отразить в коллаже свое отношение к ПАВ.

Приложение 8.

УПРАЖНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Упражнение 1 «Звуковая гимнастика»

Цель: знакомство со звуковой гимнастикой, укрепление духа и тела.

Прежде чем приступить к звуковой гимнастике, ведущий рассказывает о правилах применения: спокойное, расслабленное состояние, стоя с выпрямленной спиной. Сначала делаем глубокий вдох носом, а на выдохе громко и энергично произносим звук.

Припеваем следующие звуки: А – воздействует на весь организм благотворно; Е – воздействует на щитовидную железу; И – воздействует на мозг, глаза, нос, уши; О – воздействует на сердце, легкие; У – воздействует на органы, расположенные в области живота; Я – воздействует на работу всего организма; М – воздействует на работу всего организма; Х – помогает очищению организма; ХА – помогает повысить настроение.

Релаксационное упражнение 2 (техника напряжения и расслабления)

Цель: научить расслаблять мышцы тела, сбрасывать физическое напряжение. Перед началом упражнения ведущий знакомит с общими правилами выполнения релаксационных упражнений: уединение, сосредоточение, положение лежа или сидя.

Далее участники под музыку выполняют релаксационные упражнения. Время – 30 мин. После выполнения – обсуждение.

Упражнение 3 «Ааааа»

Цель: обучить снимать напряжение приемлемым способом. Инструкция: «Сделайте очень глубокий вдох, выдохните. Затем наберите полные легкие воздуха и выдохните со звуком. Пропойте во все время выдоха долгое «Аааааа». Представьте себе, что при этом из вас вытекают ощущения напряжения или усталости, утомления. А на вдохе представьте себе, что вдыхаете вместе с воздухом веселые радостные мысли».

Упражнение 4 «Стряхни»

Цель: обучить избавляться от всего негативного, неприятного. Инструкция: «Я хочу показать вам, как можно легко и просто избавиться от неприятных чувств. Начните отряхивать ладони, локти и плечи. При этом представляйте, как все неприятное – плохие чувства, нехорошие мысли слетают с вас как с гуся вода. Потом отряхните свои ноги от носков до бедер. А затем потрясите головой. Теперь отряхните лицо. Представьте, что весь неприятный груз с вас спадает, и вы становитесь все бодрее».

Упражнение 5 «Дыхательная релаксация»

Цель: научить справляться с тревогой, используя дыхание.

Наиболее простой способ – это дыхание на счет. Нужно предложить подросткам принять удобную позу, закрыть глаза и сосредоточиться на дыхании. На четыре счета делается вдох, на четыре счета – выдох.

Упражнение на саморегуляцию 6 «Ритмичное четырехфазное дыхание»

Для выполнения данного упражнения достаточно сесть, распрямиться и положить расслабленные руки на колени.

Первая фаза (4-6 сек.) Глубокий вдох через нос. Медленно поднять руки вверх до уровня груди ладонями вперед. Сосредоточить свое внимание в центре ладоней и почувствовать сконцентрированное тепло (ощущение «горячей монетки»).

Вторая фаза (2-3 сек.). Задержка дыхания.

Третья фаза (4-6 сек.). Сильный, глубокий выдох через рот. Выдыхая нарисовать перед собой в воздухе вертикальные волны прямыми руками.

Четвертая фаза (2-3 сек.). Задержка дыхания.

Дышать таким образом не более 2-3 минут.

Сосредоточение на пульсе.

В ситуациях тревоги и стресса попробовать сосредоточиться на собственном импульсе. Найти пульс на руке и начать считать. У спокойного человека пульс не более 80 ударов в минуту, у взволнованного – гораздо больше. Задача – усилием мысли выровнять его и заставить биться реже (можно также сосредоточиваться на своем дыхании, представляя себе ощущение прохлады при вдохе и тепла – при выдохе. Сконцентрироваться на этих ощущениях).

Упражнение 7 «Аутогенная тренировка» (3-5 минут)

Инструкция: «Сядьте удобно, закройте глаза. Спина прямая, руки лежат на коленях. Сосредоточьтесь на формуле «Я спокоен». Мысли отгонять не стоит, так как это вызовет дополнительное напряжение, позвольте им проплывать, подобно облакам в небе.

Мысленно повторите 5-6 раз произнесите формулу: «Левая рука тяжелая».

Снова повторите мысленно «Я спокоен. Я готов, я собран, я уверен в успехе!»

Для того чтобы привести тело в исходное состояние, сожмите кисти в кулаки и откройте глаза, сделав глубокий вдох и выдох».

Упражнение на саморегуляцию 8

Инструкция: «Закройте глаза и сядьте как можно удобнее на этом стуле. Положите руки на колени, а спину держите прямо. Представьте себе, что сейчас в свое солнечное сплетение вы сажаете маленькое зернышко. Это зернышко вашей уверенности (или спокойствия). Дышите ровно и сконцентрируйтесь на этом маленьком семечке и на своих ощущениях. Оно начинает расти. С каждым вдохом и с каждой минутой оно все увеличивается, разрастается и уже заполняет всю вашу грудную клетку. Почув-

стуйте, какой большой стала ваша уверенность (спокойствие). Сделайте еще несколько вдохов, сосредоточившись на своих ощущениях. А теперь сожмите руки в кулаки и откройте глаза.

Упражнение 9 «Лимон»

Представьте себе, что в левой руке у вас находится лимон. Сожмите руки **в** кулак так сильно, чтобы из лимона начал капать сок. Еще сильнее. Еще крепче. А теперь бросьте лимон и почувствуйте, как ваша рука расслабилась, как ей приятно и спокойно. Опять сожмите лимон крепко-крепко. Так по 3 раза каждой рукой.

Упражнение 10 «Кошечки»

Представьте себе, что вы – красивые пушистые кошечки. Вам очень хочется потянуться. Поднимите руки вверх, голову откиньте и тянитесь вверх и назад. Почувствуйте сильное напряжение в мышцах рук, шеи и спины.... 3 раза.

Упражнение 11 «Муха»

Представьте себе, что вам на нос села муха и вам без помощи рук нужно прогнать ее. Покрутите носом вправо и влево, наморщите его, напрягите все мышцы лица... А теперь расслабьте лицо. Муха улетела. Почувствуйте, как состояние покоя приятно разливается по вашему лицу... 3 раза.

Упражнение 12 «Жмурки»

Вам нужно зажмурить глаза, чтобы солнце не слепило их. Крепко-крепко сожмите веки. Еще сильнее, еще крепче, сильнее сжимайте веки... Но вот солнце уходит, и лицо можно расслабить... 3 раза.

Приложение 9. МАТЕРИАЛЫ ПО СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ

1 декабря 2004 г. N 715

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
И ПЕРЕЧНЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ
ОКРУЖАЮЩИХ

В соответствии со статьей 41 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемые:

перечень социально значимых заболеваний;

перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Председатель Правительства Российской Федерации М.ФРАДКОВ

ПЕРЕЧЕНЬ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Код заболеваний по МКБ-10 <*> Наименование заболеваний

1. А 15-А 19 туберкулез
2. А 50-А 64 инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. В 16; В 18.0; В 18.1 гепатит В
4. В 17.1; В 18.2 гепатит С
5. В 20-В 24 болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. С 00-С 97 злокачественные новообразования
7. Е 10-Е 14 сахарный диабет
8. F 00-F 99 психические расстройства и расстройства поведения
9. I 10-I 13.9 болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

Код заболеваний по МКБ-10 <*> Наименование заболеваний

1. В 20-В 24 болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
2. А 90-А 99 вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
3. В 65-В 83 гельминтозы
4. В 16; В 18.0; В 18.1 гепатит В
5. В 17.1; В 18.2 гепатит С
6. А 36 дифтерия
7. А 50-А 64 инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
8. А 30 лепра
9. В 50-В 54 малярия
10. В 85-В 89 педикулез, акариаз и другие инфекации
11. А 24 сап и мелиоидоз
12. А 22 сибирская язва
13. А 15-А 19 туберкулез
14. А 00 холера
15. А 20 чума

<*> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

ИНФОРМАЦИЯ О ВИЧ/СПИДЕ

Основные цели при обсуждении темы ВИЧ/СПИДа:

- дать самую необходимую в работе информацию по проблеме;
- научить оценивать риск заражения ВИЧ и находить способы защиты в различных ситуациях;
- сформировать адекватное отношение к проблеме и к ЛЖВС (т.е. отношение без стигматизации и дискриминации);
- методическая задача – научить говорить о различных аспектах проблемы и способах защиты открыто, оценивания при этом потребность группы в информации, отвечая на возникающие вопросы или переадресовывая их специалистам.

Одной из ключевых тем при подготовке к профилактической деятельности в области ВИЧ/СПИДа является сама информация о проблеме ВИЧ/СПИДа, ее медико-биологических, социально-психологических и нормативно-правовых аспектах, а также о смежной проблематике.

Содержание лекции

Под болезнью понимается нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникшее под воздействием на него повреждающих факторов, обусловленное пороками развития или генетическими дефектами. Болезни могут быть инфекционными (заразными) и неинфекционными.

Инфекционные болезни в мире широко распространены. Микробы и вирусы проникают в организм человека через кожу, слизистые оболочки, дыхательные пути, половые органы и кровь. Так или иначе, затрагивая весь организм, болезнь сильнее всего поражает определенные органы и системы. Так, например, ИППП в особой степени затрагивают репродуктивную систему.

На сохранение здоровья человека направлены защитно-приспособительные реакции его организма, поддерживающие постоянство внутренней среды и позволяющие адаптироваться к разным условиям существования. Невосприимчивость организма к болезнетворным агентам называется иммунитетом.

Иммунитет может быть врожденным и приобретенным. Врожденный иммунитет присущ виду и передается по наследству, как и другие генетические признаки. Приобретенный иммунитет возникает в результате перенесенной инфекционной болезни или после вакцинации и по наследству не передается. Приобретенный иммунитет строго специфичен. К некоторым болезням – например, кори – вырабатывается пожизненный иммунитет, а к другим – например, гриппу – на непродолжительное время.

Сила иммунитета зависит от различных факторов, в том числе от отношения человека к своему здоровью: курение, алкоголь, наркотики в значительной степени снижают иммунитет.

Известно достаточно много инфекций, которые оказывают негативное воздействие непосредственно на иммунную систему человека. Среди них особое место занимает вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вызывающий развитие синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Организм ВИЧ-инфицированного человека почти полностью теряет способность справляться с различными внешними воздействиями.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа в мире длится на протяжении более 20 лет. И до настоящего времени не имеет тенденции к снижению.

С точностью невозможно сказать, когда и где впервые появился возбудитель ВИЧ.

Каждую минуту ВИЧ-инфекцией заражаются в среднем около 11 человек.

В России ВИЧ начал распространяться в середине восьмидесятых годов, когда появились первые случаи заболевания. Было официально объявлено о выявлении ВИЧ-инфекции у гражданина СССР. Широкую общественную огласку получила история с внутрибольничным инфицированием ВИЧ в 1989 г. более 250 детей в клиниках на юге России.

Динамика развития болезни включает четыре этапа: «период окна», стадию первичных проявлений, стадию вторичных проявлений и терминальную стадию.

Период, начинающийся с момента проникновения вируса в организм и продолжающийся от 1,5 до 3 месяцев, называют стадией развития антител к ВИЧ, или периодом «окна». В этот период ВИЧ активно размножается в крови. Не вызывая никаких клинических симптомов непосредственно в момент инфицирования, спустя несколько недель ВИЧ провоцирует ответную реакцию организма в виде повышения температуры, появления высыпаний на коже, увеличения лимфатических узлов. Несмотря на то, что в этот период ВИЧ очень активен, в течение первых 3-6 месяцев количество антител к вирусу недостаточно для их определения в анализе крови. Опасность данного периода состоит в том, что ВИЧ-инфицированный человек, как правило, не подозревает о своем заболевании и поэтому не принимает никаких мер для защиты своих близких.

Через 3-6 месяцев с момента заражения начинается стадия первичных проявлений. При выработке в организме достаточного количества антител многие вышеперечисленные симптомы, за исключением увеличенных лимфатических узлов, могут исчезнуть. Увеличенные лимфатические узлы иногда становятся для врача единственным поводом направить человека на исследование крови. На данной стадии тестирование на ВИЧ является информативным, поскольку антител уже вполне достаточно для их обнаружения. Постановка диагноза «ВИЧ-инфекция» становится правомерной. Термин «ВИЧ-инфицированный» или «ВИЧ-серопозитивный» означает, что человек заражен ВИЧ, в его крови есть антитела к этому ви-

рису, но внешние проявления болезни еще отсутствуют. И наоборот, термин «ВИЧ-серонегативный» означает, что в крови антител к вирусу нет.

Дальнейшее развитие заболевания на этой стадии характеризуется преходящими, выраженными в большей или меньшей степени ухудшениями здоровья. Эта стадия может длиться 6 и более лет.

Прогрессирующее снижение иммунитета рано или поздно приводит к стадии вторичных заболеваний, на которой у человека могут развиваться тяжелые формы оппортунистических, т.е. сопутствующих иммунодефициту, болезней. Широкомасштабные исследования показали, что средний срок с момента заражения до развития симптомов СПИДа без специального противовирусного лечения составляет 8-10 лет. Однако различие в темпах прогрессирования заболевания очень велико. Около 10% ВИЧ-инфицированных заболевают СПИДом в течение первых двух-трех лет после заражения, другие 10% не имеют симптомов и через 12 лет.

Пути передачи ВИЧ-инфекции

ВИЧ слабо устойчив во внешней среде, поэтому может передаваться от человека человеку только через биологические жидкости организма: кровь, сперму, предъязыкулят, вагинальный секрет, молоко матери.

Несмотря на то, что в наибольшей концентрации ВИЧ содержится в лимфе и межклеточной жидкости, через них заражения не происходит, поскольку с этими биологическими жидкостями человек непосредственно не контактирует.

В остальных биологических жидкостях организма (слюне, моче, поте и т.д.) ВИЧ может также присутствовать, но его концентрация в них слишком мала для заражения другого человека. Так, например, для того чтобы ВИЧ попал в организм через слюну, надо выпить примерно четыре литра слюны сразу, что нереально.

Чтобы человек заразился, биологические жидкости, содержащие ВИЧ, должны попасть непосредственно к нему в кровоток или на слизистую оболочку. Органы, через которые может происходить заражение - вена, анус, прямая кишка, влагалище и пенис, - указаны в порядке снижения степени уязвимости. На последнем месте находятся полость рта и поврежденная кожа. Риск заражения через эти органы очень низок, т.к. в полости рта дополнительную защиту оказывает слюна, а кровь с поверхности кожи внутрь не «всасывается». Таким образом, существуют три пути заражения ВИЧ:

- половой (через сперму и влагалищные выделения);
- парентеральный – через кровь и ее компоненты (при инъекционном употреблении наркотиков, переливании крови, пересадке донорских органов);
- вертикальный – от матери ребенку (во время беременности, родов и кормления грудью).

ВИЧ не передается: воздушно-капельным путем, при поцелуях, объятиях, рукопожатиях, бытовых контактах, использовании общих бытовых

предметов, укусах насекомых или животных, при кашле или чихании, при совместной работе, учебе, занятиях спортом.

Выделяют ситуации высокого и низкого риска заражения ВИЧ. Кроме того, существуют ситуации, в которых риска заражения нет.

Ситуации с отсутствием риска

- ❖ Соприкосновение с одеждой
- ❖ Рукопожатие
- ❖ Объятие с ВИЧ-инфицированным человеком
- ❖ Совместное обучение в школе с ВИЧ-инфицированными детьми
- ❖ Совместные поездки в общественном транспорте
- ❖ Посещение бассейна, бани, сауны с ВИЧ-инфицированными
- ❖ Совместное питье из общественных питьевых источников
- ❖ Укусы насекомых и животных (ВИЧ содержится только в организме человека. Кровососущие насекомые, имея слишком маленький хоботок, забирают очень небольшую порцию крови, при этом, не впрыскивая ее другому человеку. Если бы комары переносили ВИЧ, то, кусая практически всех людей, они давно заразили бы все население Земли. ВИЧ – это вирус человека, в организме животных он не сохраняется и, соответственно, не передается. У кошек, собак, обезьян есть свои вирусы иммунодефицита).

- ❖ Использование общей посуды для приготовления пищи и еды.
- ❖ Поцелуи. Контакт со слюной, в которой концентрация ВИЧ слишком мала для заражения.

- ❖ Использование общественных туалетных комнат. При этом все же стоит соблюдать элементарные правила гигиены, так как возможно заражение другими инфекциями.

- ❖ Массаж.
- ❖ Общение с ВИЧ-инфицированным человеком, который кашляет и чихает, безопасно, так как ВИЧ не передается воздушно-капельным путем.

- ❖ Использование чужой зубной щетки безопасно, но негигиенично. Всегда лучше пользоваться личной зубной щеткой.

- ❖ Сдача крови на исследование для переливания. Безопасно при условии использования одноразовых инструментов.

- ❖ Уход за больным СПИДом безопасен, но не обработка кровоточащей раны без защитных перчаток. Здоровая кожа – надежный защитный барьер. Тем не менее, во время контакта с кровью (например, при оказании первой медицинской помощи) стоит использовать перчатки, платок, салфетку.

Ситуации с низким риском

(потенциально опасные при определенных обстоятельствах)

- ❖ Использование общей бритвы. (Несмотря на отсутствие зарегистрированных случаев инфицирования этим путем, ситуация потенциально опасна. Лучше использовать индивидуальные средства для бритья.)

❖ Использование нестерильных инструментов для нанесения татуировок. (Этот контакт с кожей считается поверхностным, поэтому опасности практически нет. Но все же лучше делать тату в лицензированных салонах, где соблюдаются санитарные правила.)

❖ Инъекции в лечебных учреждениях. (Безопасны при использовании одноразовых шприцев. Если есть сомнения в безопасности инструментария, следует попросить заменить его или вообще отказаться от процедуры, обратившись к другому медику.)

❖ Косметические и медицинские процедуры. (При соблюдении гигиенических норм (стерилизация и использование одноразовых инструментов) риск заражения практически отсутствует.)

❖ Сексуальный контакт с использованием презерватива. (Этот сексуальный контакт включает в себе опасность только в случае разрыва или соскальзывания презерватива.)

❖ Переливание крови. (В большинстве случаев риск заразиться ВИЧ через донорскую кровь сведен к минимуму, поскольку проводится строгая проверка крови: она не переливается напрямую, многократно тестируется и подвергается обработке. Тем не менее, отмечены случаи заражения таким путем (это может произойти либо при прямом переливании, в случае если кровь донора содержит вирус, либо при использовании нестерильных инструментов).

Ситуации высокого риска

(опасность заражения очень велика)

❖ Сексуальные контакты без презерватива.

❖ Прерванный половой акт. Существует мнение, что по причине отсутствия контакта спермы со слизистой влагалища можно защититься от ВИЧ. В предсеменной жидкости и выделениях влагалища ВИЧ также может содержаться. При наличии ИППП риск заражения ВИЧ возрастает.

❖ Сексуальные контакты с неправильным использованием презерватива. То же, что и в предыдущем случае, так как высока вероятность разрыва или соскальзывания презерватива.

❖ Сексуальные контакты в наркотическом, алкогольном опьянении. Как правило, люди, находящиеся в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, не используют средства защиты во время сексуальных контактов. Чаще практикуются случайные половые связи.

❖ Использование общих шприцев для введения наркотиков – очень высокий риск. В полости иглы может остаться инфицированная кровь, в которой ВИЧ некоторое время сохраняется в активном состоянии.

❖ Использование общей посуды для смешивания и забора наркотика – очень высокий риск. Инфицированная кровь может попасть в общую посуду из иглы, а затем, соответственно, в иглы других потребителей наркотика.

Способы защиты от заражения ВИЧ-инфекцией

Поскольку наибольший риск заражения ВИЧ-инфекцией связан с инъекционным употреблением наркотиков и небезопасным сексуальным поведением (беспорядочные сексуальные контакты, незащищенный секс), предупреждение инфицирования направлено, в первую очередь, на изменение отношения и поведения.

Правила предупреждения ВИЧ-инфицирования:

Правило 1. Будьте ответственны в отношении своего здоровья и своей жизни.

Правило 2. Лучшая защита от ВИЧ – неупотребление или полный отказ от наркотиков.

Правило 3. Соблюдайте правила безопасного сексуального поведения.

Правила безопасного сексуального поведения (БСП)

Правило БСП №1. Воздержание от сексуальных контактов – это не повод для насмешек и не патология, а всего лишь время на размышление и принятие решения. Предпринимать какие-либо действия можно, лишь будучи полностью уверенным в своем решении.

Правило БСП №2. Секс – не единственная возможность проявления любви. До определенного времени чувства могут выражаться через ухаживание, поцелуи, объятия, взаимные ласки и пр. Пока нет уверенности в полной безопасности, лучше избегать сексуальных контактов.

Правило БСП №3. Чтобы предотвратить инфицирование ВИЧ, нужно сохранять верность одному партнеру. Чтобы избежать взаимного недоверия – см. правило БСП № 4.

Правило БСП №4. Прежде чем вступать в сексуальные отношения, обоим партнерам следует сдать анализы на ИППП, включая ВИЧ/СПИД.

Правило БСП №5. Необходимо применять презервативы при каждом сексуальном контакте, соблюдая правила их покупки и использования. Только в этом случае можно рассчитывать на эффективную защиту от ВИЧ.

Девушки должны помнить, что различные контрацептивные средства, которые они используют в целях предупреждения нежелательной беременности, не защищают от ВИЧ. Единственно надежным средством защиты, при его правильном и регулярном использовании, является презерватив.

Практические упражнения, направленные на профилактику ВИЧ/СПИД

Упражнение «Принятие решений по вопросам сексуального поведения»

Задача: рассмотреть плюсы и минусы различных вариантов сексуального поведения.

Материалы: листы ватмана, ручки.

Инструкция: 1. Каждый участник получает лист с нижеперечисленными вариантами сексуального поведения и указывает, исходя из своей точки зрения, преимущества и недостатки каждого из предложенных вариантов:

- отсутствие сексуальной активности;
- держаться за руки и целоваться;
- сексуальная активность без полового акта;
- половой акт без применения презерватива;
- половой акт с применением презерватива.

Группу делят на 5 одинаковых мини-групп. Каждой подгруппе дается задание написать на листе ватмана преимущества и недостатки одного из вышеперечисленных вариантов сексуального поведения. Заслушивают представителя каждой мини-группы и обсуждают результаты работы мини-группы. В заключительной дискуссии можно обсудить последствия незапланированной беременности – аборт, отказ от рожденного ребенка, неполная семья, брак, – психологические и материальные затраты, связанные с незапланированной беременностью, поговорить об организациях, куда обращаться в подобных случаях.

Упражнение "Противостояние групповому давлению"

Задача: познакомиться с понятиями манипулирования и группового давления, с видами группового давления, начать отработку навыка сопротивления групповому давлению.

Инструкция: Группа делится на пары. Один из пары уговаривает другого что-либо сделать, второй должен отказаться. Затем меняются ролями. Примеры заданий: уговорить встать, поменяться местами, пойти вместо занятия в кино (прогулять урок) и т.д. Затем каждая пара сообщает, удалось ли участникам отказаться от предложения и какой способ отказа использовался.

- Просто сказали "нет", не споря и не объясняя причины, на все уговоры и давление продолжая отвечать "нет".
- Объяснили причину отказа.
- Предложили сделать что-то другое.
- Попытались убедить партнера отказаться от нежелательного действия и т.д.

Групповая дискуссия на тему «Когда и почему необходимо сопротивляться давлению и отстаивать свое мнение»

Упражнение "Изменение поведения"

Задача: познакомить с сутью стратегии изменения поведения.

Материалы: бумага и маркеры.

Инструкция: Группу делят на две-три мини-группы. Каждой даются маркеры и ватман.

Задача участников: написать любые формы/стратегии поведения и привычки, которые мешают в жизни, которые хотелось бы изменить или к изменению которых в настоящий момент прилагаются усилия. Затем из

общего списка каждая мини-группа выбирает 1-2 привычки и разрабатывает план их изменения. В заключение группы представляют свои результаты: какое поведение/привычка изменялось, какими способами, что помогло и что мешало изменению.

Упражнение "Кто должен заниматься профилактической работой?"

Задача: актуализировать значимость профилактической работы.

Материалы: таблички с надписями "Специалисты", "Родители", "Ваши сверстники".

Инструкция: На разные стены комнаты приколоты два листа с утверждениями:

"Информация о ВИЧ/СПИДе очень важна для молодежи" и "Информация о ВИЧ/СПИДе не важна для молодежи". Участникам предлагается занять место около того утверждения, с которым они согласны. Каждый участник аргументирует свою позицию.

Затем на разные стены комнаты приколоты три листа: "Специалисты", "Родители", "Ваши сверстники". Задается вопрос: кто, по их мнению, должен заниматься профилактикой распространения ВИЧ-инфекции в молодежной среде? Участники занимают место около листа с наиболее устраивающим их вариантом ответа. Каждый аргументирует свою позицию с указанием конкретных возможностей выбранной группы.

Возможные варианты ответов: специалисты – предоставляют информацию, проводят обследование, тренинги, обучают волонтеров; родители – беседуют по душам, поддерживают детей; сами подростки и молодежь – обсуждают проблему со сверстниками, рассказывают друг другу о способах защиты и пр.

Упражнение «Мишень».

Нарисуйте на доске мишень из 4-5 кругов и разделите ее напополам вертикальной чертой. Разделите группу на две команды. Дайте карточки двум представителям от каждой команды, и пусть они прикрепят карточки под руководством своих команд с учетом того, что в центре мишени самая большая вероятность заражения, а с краю наименьшая. Поощрите самых активных.

Упражнение «Правильный выбор».

Так что же делать? Попробуем вывести основные правила для тех, кто не хочет стать ВИЧ-инфицированным. Разделимся на две команды.

Возьмите лист бумаги. Нужно наиболее полно и правильно отразить, как можно избежать заражения. У вас есть 4 минуты.

Обычно все пишут правильно.

1. Быть разборчивым в сексуальных партнерах и связях.
2. Наличие постоянного сексуального партнера.
3. Воздержание до появления постоянного полового партнера.
4. Использовать презервативы.
5. Не употреблять наркотики.
6. Следить за стерильностью мед. инструментов при стоматологической и гинекологической помощи.

Упражнение «Желтая пресса».

Сейчас мы вспомним пути передачи и сыграем в одну игру.

Разделите группу на две команды.

Итак, вы, наверное, знаете, что такое «Желтая пресса» и уже видели заголовки газет, типа «Помидоры-убийцы виноваты в самоубийстве хомячков» или «Слон-насилльник вновь появился в Урюпинске». Ваша задача придумать сенсационные заголовки прессы, которые должны быть похожи на правду, но правдой не являются. Причем темы должны касаться СПИДа. Раздайте бумагу. На выполнение 5 минут. Поощрите команду, у которой заголовки будут наиболее интересными.

Упражнение «Группа риска».

Раздайте ребятам карточки с ролями. Выведите их за дверь на 2-3 минуты, а за это время объясните аудитории правила игры. Аудитория должна задавать вопросы с целью понять, кто инфицирован. При этом играющие могут отвечать только мимикой или кивком головы. Говорить нельзя. Аудитории можно задавать только те вопросы, которые прилично задавать незнакомым людям.

Как видите, точно определить по принадлежности к группе ничего нельзя. Только конкретные поступки позволяют определить опасность или безопасность человека.

На самом деле, от врачебной ошибки и измены никто не застрахован. И поэтому не надо думать, что если ты не принадлежишь к наркозависимым и не колешься, то ты в безопасности.

Наркозависимые довольно часто принимают наркотики не в одиночку, а группой. Предположим, что в схеме изначально не два человека, а пять. В эту группу попадает ВИЧ-инфицированный, и, применяя один шприц на всех, вся группа заражается. Вероятность заражения гораздо выше, чем при половом контакте. Теперь представим, что один из наркоманов перешел в другую «тусовку», и происходит заражение уже в той компании. Вот такими «гроздьями рябины» происходит заражение.

Установочные карточки к упражнению «Группа риска»

Отличница. В семье любимица. Учишься хорошо. Учителя тебя ставят в пример другим. Постоянного парня нет. Пользуешься популярностью в школе. На дискотеке познакомилась с очередным парнем. Заразилась.	Чудак. Учишься плохо, но голова на плечах есть. По сути романтическая натура. К девушкам относишься трепетно. Часто не ночуешь дома из-за конфликтов с родителями. Не заражен.
Домосед. Друзей практически нет. Всего один сексуальный контакт с девушкой, за которой ухаживал год. Она и заразила. О СПИДе знал, но не предохранялся.	Пробовала наркотики пару раз с друзьями – заразилась через шприц. В остальном ничего примечательного. Легко соглашаешься со всем и всеми.

Учебное пособие

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

Оформление и верстка: *Владимиров К.Б.*

Подписано в печать 29.01.2013. Формат 60X84/16.
Компьютерный набор. Гарнитура Times New Roman.
Отпечатано на ризографе. Усл. печ. л. – 17,0. Уч.-изд. л. – 16,75.
Тираж 300 экз. Заказ №