Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования
«Мозырский государственный педагогический университет
имени И. П. Шамякина»

А. Г. Фурманов
В. А. Горовой

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Рекомендовано УМО по образованию в области физической культуры в качестве пособия

Мозырь
2012

УДК 613:796
ББК 51.204.0
Ф95

Авторы:
Фурманов А. Г. (Введение, главы 1–5, 7, приложения),
Горовой В. А. (6 глава, приложения)

Рецензенты:
доктор педагогических наук, профессор,
профессор кафедры физического воспитания и спорта
УО «Минский государственный лингвистический университет»
Р. И. Купчинов,
кандидат педагогических наук, доцент,
заведующий кафедрой теории и методики физической культуры
УО «Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»
С. В. Севдалев

Печатается по решению редакционно-издательского совета
учреждения образования
«Мозырский государственный педагогический университет
имени И. П. Шамякина»

Фурманов, А. Г.
Ф95 Формирование здорового образа жизни : пособие / А. Г. Фурманов, В. А. Горовой. – Мозырь : УО МГПУ им. И. П. Шамякина, 2012. – 201 с.
ISBN 978-985-477-490-9.

В пособие включены разделы, освещающие положительное воздействие отдельных компонентов здорового образа жизни и отрицательное воздействие психоактивных веществ на организм человека, приводится эффективные средства борьбы с вредными пристрастиями и привычками, представлены оздоровительные системы, лежащие в основе здорового образа жизни.

Адресуется студентам вузов, обучающимся по специальности 1-03 02 01 «Физическая культура». Может быть использовано факультетами, готовящими квалифицированные кадры в области физической культуры, спорта и туризма.

УДК 613:796
ББК 51.204.0

© Фурманов А. Г., Горовой В. А., 2012
© УО МГПУ им. И. П. Шамякина, 2012

ISBN 978-985-477-490-9.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ 4
ВВЕДЕНИЕ 5
1 ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УЧЕНИЯ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ 6
2 ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ 13
2.1 Компоненты здорового образа жизни 13
2.2 Вредные пристрастия: последствия и профилактика 19
3 МОДА НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: ЗА И ПРОТИВ 43
4 ОПТИМАЛЬНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ – НЕПРЕМЕННОЕ УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ 52
5 ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ 76
5.1 Оздоровительная система П.К. Иванова 76
5.2 Физкультурно-оздоровительная система К. Купера 83
5.3 Система оздоровления Л. З. Теля (2001) 86
5.4 Система оздоровления Г. П. Малахова (1995) 86
5.5 Система оздоровления А. Н. Стрельниковой (1990) 87
5.6 Система оздоровления Б. В. Болотова «Пять правил здоровья» (2005) 90
5.7 Физкультурно-оздоровительная система Н. М. Амосова (1979) 91
5.8 Оздоровительная система «Йога» в редакции Т. Э. Васильева (1990) 92
5.9 Система формирования идеального здоровья Махариши Аюрведа (обоснована Д. Чопра, 1992) 101
5.10 Метод самоубеждений (настроев) на здоровье по Г. Н. Сытину (2006) 102
6 ФОРМЫ И СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИИ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ 105
6.1 Формы физической рекреации 106
6.2 Средства физической рекреации 121
7 ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ 130
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 172
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 174
ПРИЛОЖЕНИЯ 181

ПРЕДИСЛОВИЕ

Пособие «Формирование здорового образа жизни» состоит из материалов тематического обзора и обобщения практического опыта, основанных на работах ведущих ученых в области физиологии, гигиены, медицины, оздоровительной физической культуры, а также валеологии.

В нем рассматриваются вопросы, связанные с формированием здорового образа жизни, ориентирования людей на сохранение собственного здоровья.

Целью процесса подготовки специалистов в вузе, чья работа связана с формированием здорового образа жизни, является выполнение отраслевого плана мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь на период до 2015 года (утвержден 31.03.2011 г.).

В пособие включены разделы, освещающие положительное воздействие конкретных компонентов здорового образа жизни и отрицательное воздействие психоактивных веществ на организм человека, приводятся эффективные средства борьбы с вредными пристрастиями и привычками, представлены оздоровительные системы, лежащие в основе здорового образа жизни.

В конце каждого раздела приводятся контрольные вопросы и задания для закрепления материала, а также рекомендуемая литература.

Замечания и предложения, направленные на улучшение содержания пособия, будут с благодарностью приняты авторами и учтены в последующем издании.

ВВЕДЕНИЕ

Жизнь и движение, здоровый образ жизни и двигательная активность – эти две пары понятий с возрастающей частотой входят в повседневную жизнь людей, что, прежде всего, обусловливается теми требованиями, которые научно-технический прогресс предъявляет человеку. Естественно, что между достижениями науки в области проблем, связанных со здоровьем и двигательной активностью, и повседневной практикой остается значительный разрыв, порождаемый объективными условиями и субъективными факторами [76, 77].

Вероятно, здесь имеются какие-то скрытые детерминанты, о которых мы еще мало знаем. Безусловно, одно: исследование проблемы нуждается во «втором дыхании», которое возможно только при выдвижении нетривиальных концепций и формировании новых парадигм, опирающихся на переоснащение методологического и методического арсенала науки, обращенной лицом к человеку.

Значительное за последние 10 лет увеличение числа публикаций по проблеме здорового образа жизни все же не дает повода для излишнего оптимизма. Между экспериментальными данными, теоретическими наработками и реальной практикой формирования установки на здоровый образ жизни существует все возрастающий разрыв. Его следствие – значительное отставание показателей здоровья населения. Специалисты констатируют, что число людей, начинающих и поддерживающих программы здорового образа жизни, увеличивается крайне медленно. Поэтому очень важно найти причины пробуксовывания механизма перевода рекомендаций в области здорового образа жизни на рельсы повседневной жизнедеятельности людей [51].

1 ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УЧЕНИЯ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

Проблема здорового образа жизни занимала умы представителей медицины и философии уже Древней Греции и Древнего Рима. Она остается актуальной и в последующее время [76]. Введение в практическую медицину термина «образ жизни» принадлежит Гиппократу. Идеи Гиппократа оказали влияние на Еврипида, который в одном из своих произведений устами героя говорит: «Те, которые хотят хорошо лечить, должны наблюдать болезни в связи с образом жизни обитателей города и увидеть их землю» [20].

Положение о влиянии образа жизни на состояние человека, т. е. профилактическая, предупреждающая и сохраняющая здоровье функция медицины, развивается в работах Абу Али Ибн Сины [37]. Особое место проблема образа жизни в плане разработки гигиенических рекомендаций занимает в деятельности Хр. Гуфеланда, жившего на рубеже XVIII–XIX веков [24].

Большое значение придавали образу жизни в укреплении здоровья человека русские врачи XVIII века С.Г. Зыбелин, Д.С. Самойлович, а в первой половине XIX века – И.Е. Дядьковский, М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов и др.

Известные русские врачи-клиницисты второй половины XIX века С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов, опираясь на эмпирические данные, отдавали дань благоприятному воздействию «деревенского образа жизни» на течение и исход заболеваний, в особенности психосоматических и туберкулеза. Эта мысль заложена в определении медицины, которое дал С.П. Боткин: «Изучение человека и окружающей его природы в их взаимодействии с целью предупреждать болезни, лечить или облегчать – составляет ту часть человеческой деятельности, которая известна под общим именем медицина» [11]. И далее он подчеркивает роль неблагоприятных условий внешней среды, образа жизни на возникновение и развитие болезней. Влияние образа жизни семьи на развитие патологического процесса отмечал А.А. Остроумов, который в своей лекции говорил будущим врачам: «...Наблюдая больных вне клиники, в обстановке семьи, вы будете изучать жизнь человека в ее разнообразных условиях среды... Где врач знает больного и его среду задолго до болезни, где он лечит и родных больного, продолжает наблюдать всю семью и после болезни – наблюдение дает несравненно более материала для научных выводов» [70].

Понятие «сельский образ жизни», упомянутое выше, врачи-клиницисты связывали с пребыванием на свежем воздухе во время

прогулок, эстетическим воздействием пейзажей, оздоравливающим влиянием естественных факторов природы, не «обезображенных рукой человека», в сельской местности. Однако уже в работах великого врача-гуманиста и просветителя А.П. Чехова можно найти положения, в которых отмечается крайне ограниченная возможность «на деле» пользоваться благами «дачного» образа жизни для трудящихся слоев населения. Только одно пребывание на природе не решает всего комплекса проблем, связанных с формированием и поддержанием объективных условий ведения здорового образа жизни.

Изучение истории вопроса показывает, что между ранними трактовками понятия «здоровый образ жизни» и теми, которые построены на основе современных научных данных естественных, общественных и медицинских наук, осмысленных в рамках диалектико-материалистической методологии, существуют значительные различия. И как ни существен вклад врачей и педагогов прошлых столетий в развитие учения о здоровом образе жизни, мы должны понимать, во-первых, историческую ограниченность их взглядов и, во-вторых, актуальную «заземленность» традиционно-медицинской трактовки образа жизни как своеобразной гигиенической программы существования человека.

Теоретическое содержание здорового образа жизни как части целого – образа жизни – составляет способ деятельности социального субъекта. Категория «деятельность» включает в себя все формы жизненной активности людей, взятые в единстве, системно. Поэтому в философии, ориентированной на целостное видение человека, материальная и духовная деятельность не противопоставляются друг другу, а понимаются как взаимосвязанные, взаимодополняющие друг друга. Деятельность включает в себя воспитание людей, формирование у них социальных ценностей и позиций. Теоретико-методологический подход к деятельности позволяет раскрыть образ жизни общества, его классов, социальных и половозрастных групп, семьи, индивида [69, 90].

Иначе говоря, опираясь на методологический подход, можно представить разветвленную типологию образа жизни, которая выполняет операциональную (рабочую) функцию и может быть положена в основу анализа проблемы здорового образа жизни. Следует оговориться, что в советской и зарубежной социологии предпринимались попытки построения матрицы образа жизни, с помощью которой ставилась задача охватить наиболее распространенные типы данного социального явления [80].

Взяв за «точку опоры» образ жизни, два социальных института – здравоохранение, физическая культура и массовый спорт – объединив свои усилия, могут многое сделать для повышения уровня здоровья населения в целом и каждого человека в отдельности, если они будут целенаправленно

осуществлять свою социально-культурную функцию. Раскрытие и реализация связи культуры с природным развитием человека – важнейшее направление лечебно-профилактической, здравоохранительной и общественной деятельности работников здравоохранения, физической культуры и спорта. Этой стороне развития здравоохранения, физической культуры и спорта социологами, педагогами, психологами и врачами уделяется все большее внимание в последние годы.

На необходимость развития физической культуры как важнейшего фактора укрепления здоровья населения указывал Н.А. Семашко. Его соратник З.П. Соловьев переносил «центр тяжести» на повышение культуры специалистов здравоохранения, являющейся составным элементом их высокой профессиональной квалификации. При этом на современном этапе развития нашего общества речь идет не только о лечебной работе, что само по себе очень важно, но и о повышении качества медицинской помощи и культуры медицинских работников в широком социальном плане [66].

Культурология, как отмечалось на Всесоюзной научной конференции «За здоровый образ жизни», начинала активно осваивать сферу здорового образа жизни, ибо ученые и практики приходят к мысли об основополагающей роли культуры в повышении уровня и качества здоровья населения. Недооценка этого обстоятельства является одним из тех отрицательных факторов, которые привели здоровье нации к состоянию, вызывающему чувство глубочайшей горечи и обиды за страну и народ, пытавшийся, не будучи сам свободным и счастливым, освободить и осчастливить другие народы, взяв на себя функцию мессии. Болезненно мы освобождаем наше сознание от мессианской роли и возвращаемся к идее создания реальных условий для здорового образа жизни в своей богатой историческими традициями стране [79].

Представители медицины, физической культуры и общественных наук при анализе обсуждаемой проблемы основное внимание вплоть до недавнего времени уделяли объективным (жизненным) условиям – материальным и духовным, обусловливающим тот или иной образ жизни. Тезис о том, что здоровый образ жизни формируется самим субъектом, непосредственно связан с системой его установок и ценностных ориентаций, оттеснялся на задний план. Возможно, поэтому и гиподинамия, и переедание, вредные привычки и ряд отрицательных нервно-психических характеристик образа жизни современного человека стали центром внимания медиков, а также философов, социологов и экономистов, разрабатывающих социально-биологическую проблематику [71, 83].

Доступность для изучения и возможность непосредственного воздействия на отмеченные стороны образа жизни человека в условиях

научно-технической революции обусловили, с одной стороны, значительный поток разноплановой литературы, а с другой – появились положительные изменения в здоровье отдельных индивидов и даже групп, воспринявших гигиеническую программу. Казалось, что проблема близка к целостному теоретическому осмыслению и практическому решению на основе «рецептов», данных наукой [91]. Практика же показала несколько иные результаты, которые были получены на основе углубленных и широкомасштабных исследований образа жизни. Отказ от вредных привычек и ликвидация неблагоприятных условий первоначально обещали резкое повышение уровня здоровья населения. Попыткам же добиться кардинального перелома в сторону повышения уровня здоровья населения препятствовали трудности, обусловленные отсутствием системного видения проблемы и системно организованных мероприятий на всех уровнях образа жизни – от населения в целом до индивида в отдельности [52].

О роли и месте системного подхода, опирающегося на разработку альтернативных вариантов в создании объективных условий и формировании субъективного фактора для реализации здорового образа жизни на практике, специалисты стали говорить только в последние годы, когда под действием процессов демократизации и гласности стали отступать келейность и монополизм в науке и практике [72].

Формирование здорового образа жизни не может быть сведено только к его пропаганде, даже разумно организованной и наступательной. Здоровый образ жизни, по мнению И.И. Брехмана, – это результирующие действия многих внутренних и внешних факторов [12]. Отрыв от реальных условий жизни и мотиваций людей и противопоставление медико-гигиенических характеристик здорового образа жизни дискредитируют благородные и высокогуманные порывы и организуемые на их идейном фоне мероприятия, так как они не достигают цели [60]. Поэтому нужна другая методологическая ориентация, другие подходы к проблеме формирования здорового образа жизни.

В основу формирования нового подхода должен быть положен принцип системности. На данном этапе необходимо перейти к новой фазе разработки и практического решения проблемы здорового образа жизни в соответствии с его типологией. Значительную роль в этом должны сыграть методы, категориально-понятийный аппарат и концептуальность, присущие социальной психологии и социологии [32]. Без этого медицине и физической культуре не проникнуть во внутренний мир человека, где осуществляется процесс формирования мотивов, установок, целевой ориентации, происходит расклад (диспозиция) ценностей. Отсутствие достоверной информации обо всем этом и ее концептуальная неразработанность также являются существенным тормозом на пути к цели – высокому уровню здоровья населения. Именно поэтому возрастает

значение вклада социальной психологии и социологии в решение проблемы формирования здорового образа жизни. Здоровый образ жизни, с точки зрения медицины, по заключению Ю.П. Лисицина и Г.И. Царегородцева [55], имеет свою специфику, суть которой состоит в следующем: во-первых, основное внимание уделяется психофизиологическому содержанию жизни индивида или отдельных групп; во-вторых, жизнедеятельность людей рассматривается на микросоциальном уровне (личность, семья), изучается главным образом деятельность человека, связанная с удовлетворением первичных естественных потребностей (питание, режим труда и отдыха и т. д.).

В основу анализа здорового образа жизни, по мнению Д.А. Изуткина, следовало бы положить ряд основных принципов: 1) здоровый образ жизни как проявление гуманистического образа жизни; 2) его носителем является человек как существо деятельное и в биологическом, и в социальном отношении; 3) человек выступает как целое, в единстве биологических и социальных характеристик; 4) здоровый образ жизни способствует полноценному выполнению социальных функций; 5) здоровый образ жизни включает в себя возможность предупреждения заболеваний [38].

Естественно, что у нас находятся люди, которые оправдывают отрицательное отношение к научно обоснованным общеизвестным рекомендациям медицины – не курить, не употреблять алкоголь и наркотические вещества. Более того, они не хотят соблюдать режим труда и отдыха, ограничивать себя в еде, регулярно заниматься физкультурой и спортом и т. д. В качестве оправдания они ссылаются на исторические примеры, не учитывая саму историческую ситуацию, индивидуальные мотивы, вынуждавшие тех или иных выдающихся личностей прошлого отказываться от здорового образа жизни и нарушать врачебные рекомендации.

Принципиальное значение имеет придание проблеме здорового образа жизни международной значимости. Важными элементами здорового образа жизни являются: а) активное участие в движении за сохранение и содействие миру как важнейший фактор достижения здоровья для всех и предотвращения ядерной катастрофы из-за применения ядерного оружия [81]; б) сознательное участие в организации условий труда, способствующих сохранению здоровья и повышающих трудоспособность, а также полезное для здоровья поведение на рабочем месте; в) способствующий сохранению здоровья индивидуальный режим жизни, например, в отношении психической активности, здорового питания, личной гигиены, отказа от курения, злоупотребления алкоголем; г) активное участие в формировании социальных отношений, способствующих сохранению здоровья и развитию личности;

д) гигиеническое поведение с учетом требований окружающей среды;
е) правильное поведение в отношении мероприятий по охране здоровья при заболевании.

С целью воплощения теоретических разработок в практику здорового образа жизни начали внедряться такие формы, как культурно-спортивные комплексы, клубы по интересам («Здоровая семья», «Секция зимнего плавания», «Культура общения»). Постоянные рубрики по данной проблеме были в газете «Советский спорт» и в журнале «Физкультура и спорт», которые пользовались популярностью у подписчиков. И сейчас издается различная научно-популярная литература, доступно и со знанием дела освещающая данную проблематику.

Процесс формирования у молодых людей здоровых потребностей связан с преодолением многих соблазнов, с нравственными исканиями, размышлениями. Поэтому повышается роль воспитания и особенно самовоспитания личности, предполагающего умение самостоятельно дополнять знания, совершенствовать свой характер. Медицинские работники, преподаватели физической культуры и тренеры в союзе с представителями общественных наук, опираясь на знания по проблеме здорового образа жизни, смогут более успешно осуществлять процесс «перевода» молодежи с воспитания на самовоспитание. Надо поставить дело так, чтобы каждый человек смолоду заботился о своем физическом совершенствовании, обладая знаниями в области гигиены и медицинской помощи, вел здоровый образ жизни [2, 85].

Однако динамика большинства показателей здоровья населения за годы перестройки усиливает тревогу среди теоретиков и практиков, заставляет искать наиболее эффективные рычаги для изменения ситуации к лучшему.

Контрольные вопросы и задания для закрепления материала

1. С именами каких ученых связано толкование понятия «образ жизни» и в чем его суть?
2. Какое значение придавали известные врачи-клиницисты благоприятному воздействию образа жизни на течение и исход заболеваний?
3. В чем заключается специфика здорового образа жизни с точки зрения медицины?
4. На что было обращено внимание при обсуждении проблем формирования здорового образа жизни на Всесоюзной научной конференции «За здоровый образ жизни»?
5. Расскажите о роли принципа системности при формировании здорового образа жизни.

6. При анализе здорового образа жизни какие основные принципы наиболее предпочтительны?

7. Каким важным элементам здорового образа жизни придано принципиальное значение международной значимости?

8. Какие формы внедряются в практику формирования здорового образа жизни?

Рекомендуемая литература

1. Амосов, Н.М. Раздумье о здоровье / Н.М. Амосов. – М. : Физкультура и спорт, 1987. – 64 с.

2. Апанасенко, Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровья человека / Г.Л. Апанасенко. – СПб. : МГП «Петрополис», 1992. – 123 с.

3. Панкратьева, Н.В. Здоровье – социальная ценность: Вопросы и ответы / Н.В. Панкратьева, В.Ф. Попов, Ю.В. Шиленко. – М. : Мысль, 1989. – 236 с.

4. Раевский, Р.Т. Здоровье, здоровый и оздоровительный образ жизни студентов / Р.Т. Раевский, С.М. Канишевский; под общ. ред. Р.Т. Раевского. – Одесса : Наука и техника, 2008. – 556 с.

5. Здоровый образ жизни студента : практикум для студентов медицинских и физкультурно-спортивных высших учебных заведений / В.М. Глиненко [и др.]. – М. : ГОУ ВПО МГМСУР, 2010. – 209 с.

6. Фурманов, А.Г. Здоровый образ жизни. 15 уроков по профилактике вредных пристрастий : метод. пособие / А.Г. Фурманов, Ю.Н. Князев. – Минск : Тесей, 2003. – 60 с.

2 ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Важнейшим аспектом образа жизни является ***здоровый образ жизни*** – такая организация учебы, труда, отдыха, творческого самовыражения, отправления культурных и физиологических потребностей человека, которые обеспечивают ему выполнение биосоциальных функций, физическое и психическое здоровье, активное долголетие и, в конечном счете, гармоническое развитие личности во всех возрастных периодах. Условно все формы поведения отдельного человека, составляющие здорового образа жизни, распределяют на две группы:

1. Личностное поведение, способствующее профилактике заболеваний и повышению защитных свойств организма: разумный режим труда (учебы) и отдыха, удовлетворительные личные жилищно-бытовые условия, рациональное питание, оптимальная двигательная активность, закаливание, культура межличностных отношений, соблюдение правил гигиены, должная медицинская активность.

2. Личностное поведение, направленное на борьбу с вредными пристрастиями: табакокурением, потреблением алкогольных напитков и психоактивных веществ, хулиганством, нарушением режима сна и питания и др.

Каждый компонент здорового образа жизни имеет значение как сам по себе, так и в совокупности с другими компонентами жизнедеятельности [91, 94].

2.1 Компоненты здорового образа жизни

Труд (учеба). Правильное развитие и совершенствование человека невозможны без трудовой (учебной) деятельности. Труд создал человека и способствует расцвету его физических и нравственных сил. Благоприятно влияет на человека и на его здоровье только свободный, приносящий удовлетворение, правильно организованный с гигиенической точки зрения труд. Последнее означает соответствие трудовых процессов физическим возможностям человека, четкий ритм трудовой (учебной) деятельности, регламентирование в зависимости от вида и условий труда, регламентированные перерывы в работе (учебе) и занятия производственной гимнастикой, использование работающей молодежью обеденного перерыва не только для принятия пищи, но и для отдыха на свежем воздухе. Не соответствует требованиям здорового образа жизни устраивание ими вместо производственной гимнастики

«перекуров», торопливая еда, особенно на рабочем месте в непроветриваемом помещении.

Большое значение как для здоровья, так и для трудоспособности имеют взаимоотношения в коллективе. Раздражение и неудовольствие, вызванные ссорами, волнение по пустякам, оскорбление достоинств человека отрицательно влияют на здоровье, снижают эффективность труда (учебы) и способствуют возникновению нервно-психических расстройств. Поэтому весьма перспективным следует считать организацию работы на производстве, в учебных заведениях комнат психофизической разгрузки.

Для здорового образа жизни существенно, чтобы социальная забота государства о здоровье учащихся и работающей молодежи увязывалась с созданием нормальных условий труда (учебы) на конкретном предприятии и учебном заведении, а также личной заинтересованностью каждого в сохранении здоровья и повышении работоспособности.

Жилищные условия. Здоровье людей зависит от жилищно-бытовых условий. Плохое жилье, низкая комфортность, скученность в квартире и другие неудовлетворительные условия быта не только не соответствуют представлению о здоровом образе жизни, но и могут явиться причинами ряда заболеваний (туберкулез, рахит и др.), конфликтов и нервно-психических расстройств. Принятая в Республике Беларусь жилищная программа, предусматривающая отдельную квартиру каждой семье, является не только выражением заботы государства о быте граждан, но и важной предпосылкой здорового образа жизни.

Отдых. Правильно организованный отдых – необходимое условие здорового образа жизни и важнейшее средство укрепления здоровья. Каждому человеку нужен ежедневный, еженедельный и ежегодный отдых. Выбор форм и места отдыха, способов использования свободного времени зависит от возраста, состояния здоровья, индивидуальных наклонностей и возможностей. Лучше всего провести отпуск (каникулы) в обстановке, отличной от привычных условий жизни. Структура отдыха должна соответствовать тяжести труда (учебы) и возрасту человека. Для рабочих, чей труд относится к категории тяжелого, предпочтительнее пассивный отдых. Лицам, занимающимся умственным, в том числе и учащимся, или легким физическим трудом, особенно связанным с нервным напряжением, нужен активный отдых.

Важная форма отдыха – сон. Его продолжительность нельзя сокращать, так как частое недосыпание ведет к расстройству нервной системы, может вызвать различные болезни. Нежелательны также нарушения ритма сна по времени суток. Отдыху способствует

оптимистическое настроение, радостное восприятие жизни, богатые впечатления от общения с природой и новыми людьми.

Рациональное питание. Для поддержания нормальной жизнедеятельности и сохранения здоровья на высоком уровне каждый человек не только должен получать необходимое количество различных питательных веществ, но и рационально питаться. Правильно организованное питание оказывает положительное влияние на устойчивость организма к воздействиям внешней среды, обусловливает гармоничное развитие физических и духовных сил, укрепляет здоровье и предупреждает развитие желудочно-кишечных и других заболеваний.

Термин «рациональное питание» (от англ. «rational» – целесообразный) чаще всего используется для обозначения питания здоровых людей. В определении значения питания для сохранения и укрепления здоровья, а также предупреждения преждевременного изнашивания организма и болезней невозможно обойти вопрос: что же составляет физиологическую основу здоровья?

На основании научных наблюдений ученые отметили, что состояние здоровья, его нарушение, развитие болезней – результат взаимодействия организма с окружающей средой путем потребления из нее питательных веществ. Выделяют 4 основных вида статуса питания: обычное, оптимальное (идеальное), избыточное и недостаточное.

Обычный статус питания характерен для большинства людей, использующих обычную полноценную пищу. Здоровье этих людей отличается отсутствием структурных нарушений и функциональных расстройств, а их адаптационные возможности вполне достаточны для приспособления к обычным условиям существования.

Сравнительно редко встречаются люди, имеющие *оптимальный статус питания*. Он формируется благодаря благоприятной наследственности, соблюдению правил здорового образа жизни, адекватному и сбалансированному питанию.

Главным признаком *избыточного статуса питания* является избыточная масса тела. При 1-ой степени избытка массы (10–20%) люди остаются вполне здоровыми, у них сохраняется прежняя работоспособность, однако утомление наступает быстрее, чем обычно. У людей со 2-ой степенью превышения массы тела (30–49%) при физических нагрузках появляются временные, преходящие нарушения функций сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Это состояние расценивается как предболезненное, т. е. промежуточное между здоровьем и болезнью. Избыточная масса тела является фактором риска таких болезней, как атеросклероз, гипертония, сахарный диабет 2-го типа, болезни суставов и др. Людей с избытком массы тела 3-ей (50–99%)

и 4-ой степеней (100% и более) относят к больным, имеющим не только функциональные, но и структурные нарушения.

Недостаточный статус питания, напротив, характеризуется дефицитом массы тела. Причинами его формирования могут быть недостаточное потребление пищи или питательных веществ, нарушения условий питания, обусловленные болезнями или последствиями хирургических воздействий на желудочно-кишечный тракт, сахарный диабет 1-го типа, онкологические и инфекционные болезни.

В «Руководстве программы СИНДИ по питанию» выделено 12 основных направлений для практических действий. Важно, чтобы каждое из них рассматривалось не изолировано, а в контексте всех других:

1. Ешьте питательную пищу, в основе которой лежат разнообразные продукты, главным образом растительного, а не животного происхождения.
2. Несколько раз в день ешьте хлеб, зерновые продукты, макаронные изделия, рис или картофель.
3. Несколько раз в день ешьте разнообразные овощи и фрукты в свежем виде (не менее 400 г в день).
4. Поддерживайте массу тела в рекомендуемых пределах путем получения умеренных физических нагрузок, предпочтительно ежедневных.
5. Контролируйте потребление жиров (не более 30% суточной энергии) и заменяйте большую часть насыщенных жиров ненасыщенными растительными маслами или мягкими маргаринами.
6. Заменяйте жирное масло фасолью, бобами, чечевицей, рыбой, птицей или нежирным мясом.
7. Ежедневно употребляйте молоко и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт, сыр) с низким содержанием жира и соли.
8. Поменьше потребляйте рафинированный сахар, ограничивайте употребление сладких напитков и сладостей.
9. Выбирайте пищу с низким содержанием соли.
10. Если допускаете употребление алкоголя, ограничьтесь двумя порциями (по 10 г алкоголя каждая) в день.
11. Готовьте пищу с соблюдением гигиенических требований. Уменьшить количество добавляемых жиров помогает приготовление пищи на пару, обработка в микроволновой печи.
12. Способствуйте исключительно грудному вскармливанию детей в течение 4–6 месяцев.

Закаливание. Это не только обязательный компонент здорового образа жизни, но и одно из эффективных средств профилактики болезней, особенно простудных. Правильно проведенное закаливание нормализует деятельность сердечно-сосудистой и нервной систем, а также психику.

Закаливание – важный путь борьбы с метеолабильностью, т. е. повышенной чувствительностью людей к погодно-климатическим изменениям. «Сильный, но незакаленный человек подобен крепости с толстыми высокими стенами, к которой забыли поставить ворота», гласит народная мудрость. В основе закаливания лежит многократное воздействие на организм определенных раздражений – воздушные и солнечные ванны, купание, босохождение, влажные обтирания, а также приспособление его различных функций к изменяющимся условиям жизни. Конкретные методики закаливания должны быть подобраны с помощью специалистов индивидуально. Применяя ежедневно закаливающие процедуры, человек не только укрепляет здоровье и противостоит заболеваниям, но и становится бодрее, трудоспособнее и жизнерадостнее.

Двигательная активность. Движение не только сущность жизни, но и основа здоровья. Еще древнегреческий врачеватель Гиппократ справедливо утверждал: «Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную радостную жизнь» [19].

Двигательная активность способствует улучшению кровообращения, стимулирует работу внутренних органов, улучшает обменные процессы и умственную деятельность. Большая часть так называемых болезней цивилизации обусловлена малой физической активностью (гиподинамия), длительным ее ограничением (гипокинезия). Сегодня известно много программ и рекомендаций по повышению двигательной активности, из которых каждый при участии специалиста по физической культуре может выбрать соответствующую своим индивидуальным возможностям и интересам.

Можно выделить ряд общих положений, на которых обычно строятся конкретные методические рекомендации:

1. Двигательная активность должна присутствовать в каждой из сфер деятельности человека.

2. Профилактику гиподинамии следует проводить в течение всей жизни, начиная с раннего возраста. Особо важное значение имеет физическое развитие детей и подростков, когда закладывается фундамент здоровья и формируются разумные привычки.

3. Основным принципом в повышении двигательной активности должна быть постепенность нарастания нагрузок. Интенсифицировать ее следует после медицинского обследования и получения рекомендаций специалиста по физической культуре о характере и объеме двигательных режимов.

4. Занятия физическими упражнениями желательно проводить под музыкальное сопровождение и сочетать с закаливающими процедурами,

поскольку комплексное использование всех средств укрепления здоровья дает лучший эффект.

Правильно строить тренировки и добиваться хороших результатов помогает «Дневник самоконтроля» (приложение А). Самоконтроль заключается в сознательном наблюдении за состоянием и динамикой своего здоровья. Занимающийся следит за состоянием здоровья, соблюдает правила личной гигиены, активно анализирует проводимую методику занятий и дозировку физической нагрузки.

Медицинская активность. Кроме трудовой, социальной активности и других аспектов образа жизни, на здоровье влияет медицинская активность. Под медицинской активностью человека понимают его надлежащее отношение к своему здоровью: выполнение медицинских предписаний и назначений, своевременное посещение лечебно-профилактических учреждений, соблюдение правил личной гигиены. Она в значительной степени определяется общим уровнем культуры, образованием, условиями жизни и др. На медицинскую активность людей существенно влияют уровень здравоохранения и качество медицинской помощи населению в том или ином регионе.

К сожалению, приходится наблюдать низкую медицинскую активность населения, несмотря на пропаганду, проводимую Минздравом Республики Беларусь.

Отказ от вредных привычек. Соблюдение режима труда (учебы) и отдыха, питания, сна, регулярные и систематические занятия физкультурой и спортом помогают избавиться от вредных привычек, которые обычно сопровождаются вялостью, разбитостью на тренировках, снижением работоспособности и быстроты реакции.

В то же время сложившаяся система школьного и вузовского образования не формирует должной мотивации к здоровому образу жизни. Действительно, большинство людей знают, что курить, пить и употреблять наркотики вредно, но очень многие, к сожалению, подвержены этим вредным привычкам. Никто не спорит с тем, что надо двигаться, закаляться, но большинство людей ведут малоподвижный образ жизни и боятся холодной воды. Неправильное, нерациональное питание приводит к увеличению числа людей с избыточным весом и всеми вытекающими из этого последствиями.

Изложенное позволяет сделать вывод о том, что знания людей о здоровом образе жизни в большинстве своем не стали их убеждениями, недостаточно сформирована также мотивация к заботе о собственном здоровье.

2.2 Вредные пристрастия: последствия и профилактика

Из года в год повсеместно растет алкоголизация и наркоманизация и связанные с ними последствия – преступность, заболеваемость, травматизм, инвалидность, распад семей, сокращение средней продолжительности жизни. Эти негативные явления причиняют как обществу, так и отдельным гражданам огромный материальный и нравственный ущерб.

Никотиновая зависимость, по мнению ученых, сегодня в мире наблюдается у 1,1 млрд человек, алкогольная – у 120 млн человек, наркотическая – у 28 млн человек.

Анализ ситуации в Республике Беларусь свидетельствует о дальнейшем обострении проблемы распространения наркомании. Наркопреступность расширяет свои географические и возрастные границы, являясь одним из серьезных факторов, негативно влияющих на социально-демографическое и нравственно-правовое состояние общества.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра, утвержденного ВОЗ, зависимость, которая развивается в результате употребления психоактивных веществ (ПАВ) – никотина, алкоголя, психотропных веществ, наркотиков, может считаться заболеванием:

– если вследствие часто повторяющегося приема натурального или синтетического ПАВ у человека возникает состояние периодической или хронической интоксикации, представляющей вред и опасность для него самого или его окружения;

– если у человека наблюдается почти или совершенно непреодолимое влечение к этому ПАВ (психическая зависимость);

– если человек не в состоянии самостоятельно отказаться от приема ПАВ, поскольку психически и органически настолько зависит от него, что внезапное прекращение приема вызывает тяжелое психически непереносимое состояние (физическая зависимость или абстиненция).

Соответственно этим критериям обычно выделяют психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ. Пьянство, алкоголизм, никотинизм, токсикомания, наркомания развиваются однотипно, однако у детей и подростков гораздо быстрее, чем у взрослых. Чем меньше возраст, тем тяжелее и злокачественнее протекает заболевание, связанное с употреблением ПАВ.

Табакокурение как вредная привычка продолжает оставаться широко распространенной. Статистика свидетельствует, что на земном шаре курит более 50% мужчин и около 25% женщин.

В табаке и табачном дыме обнаружены многочисленные соединения, среди которых никотин, являющийся одним из наиболее важных агентов, действующих на человека.

Главный поток дыма, вдыхаемый курящим, оставляет в легких при курении сигарет без фильтра 32%, а с фильтром – 23% общего количества табачного дыма. Большая часть его попадает в окружающую среду, где его вдыхают некурящие, т. е. пассивные курильщики.

К газовым компонентам табачного дыма относятся как твердые частицы (табачный деготь, никотин, смолы), так и более 30 летучих газообразных веществ. Среди них свинец, полоний, стронций и др. Эти вещества обладают канцерогенными свойствами – способностью вызывать рак.

Поучителен опыт, демонстрирующий оседание дыма на ватных шариках, помещенных в специальное устройство. На дно полиэтиленовой бутылки кладут несколько шариков из ваты. В горлышко вставляют и закрепляют пластилином трубочку (длиной 5–7 см). Сдавливая края бутылки, выдавливают тем самым часть воздуха из нее. Вставляют в трубочку сигарету и зажигают ее. Несколько раз, до полного сгорания сигареты, надавливают на стенки бутылки, имитируя процесс курения. В результате ватные шарики, пропитавшись дымом, становятся коричневыми.

Установлено, что при выкуривании 20 г табака образуется более 1 г табачного дегтя.

Курильщики часто по утрам кашляют, так как организм старается избавиться от дыма и химических веществ, попавших в легкие. Длительное табакокурение способствует развитию хронических заболеваний легких, рака, туберкулеза.

Табачный дым вреден для всех, кто его вдыхает, включая тех, кто не курит.

На пагубное действие табачного дыма указывают и шведские ученые-медики. Они, проводя исследования, доказали, что табачный дым страшнее никотина. Сгорая, табак выделяет свыше 4 тысяч соединений, из которых не менее 60 провоцируют онкологические заболевания. По статистике курильщики в 25 раз чаще подвержены заболеваниям: раку легких, инфарктам и др.

В борьбе с табакокурением, как отмечает Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), все средства хороши, и предлагает разрабатывать новые, более безопасные, способы табакокурения. В этом направлении как раз, шведские ученые и преуспели. Они предложили не курить табак, а во влажном виде небольшую щепотку держать во рту между щекой и десной. Такой способ исключает попадание дыма в организм. Его назвали

«снус» и доказали меньшую опасность. Однако и при таком способе вероятность раковых заболеваний существует.

В связи с этим самый эффективный способ избавиться от табачной зависимости – бросить курить. Методы отказа от курения описаны в приложении Б.

Шведы, по данным ВОЗ, перейдя на «снус» и в большей части отказавшись от табакокурения, занимают в Европе лидирующее положение по снижению раковых заболеваний.

Курение табака поначалу вызывает неприятные ощущения: першение в горле, тошноту, рвоту, однако по мере продолжения курения эти неприятные ощущение проходят, вырабатывается привычка. У курильщика постепенно формируется так называемый никотиновый синдром. Началом его следует считать отсутствие неприятных ощущений, вызываемых курением. Данный синдром условно делят на 3 стадии.

Начальная стадия: курение носит эпизодический характер. Человека тянет курить, при этом он употребляет все больше и больше сигарет, папирос. Появляется ложное чувство, что курение повышает работоспособность, улучшает самочувствие. Физическая зависимость пока отсутствует, так же как и психологическая. Продолжительность стадии 3–5 лет.

Хроническая стадия: курение большого количества сигарет (в пределах 1–2 пачек в день). Курение носит характер навязчивого желания. Человек курит для получения ощущения внешнего комфорта, желание покрасоваться перед окружающими. Элементы физической зависимости проявляются в виде утреннего кашля, чувства дискомфорта, постоянного желания курить с возрастанием количества выкуренных сигарет (рост толерантности). Продолжительность этой стадии от 5 до 15–20 лет.

Поздняя стадия: падает чувствительность к никотину, и высокие его дозы вызывают явление дискомфорта. Падает психологическая зависимость к никотину и курение становится автоматическим актом. Отмечаются признаки нарушений деятельности сердечно-сосудистой систем, предрака и рака ротоглотки, легких. В период отсутствия курения возникает чувство тяжести в горле, сильные головные боли, снижение аппетита, потливость, раздражительность, снижение работоспособности. Возникает желание выкурить сигарету натощак или даже ночью.

Опасность, которую несет табакокурение:

– у новорожденных детей, чьи родители курят, вероятность заболеваний легких и бронхов на первом году жизни вдвое выше, чем у детей, чьи родители не курят;

– у женщин, чьи мужья много курят, вероятность смерти от рака легких в 4 раза выше, чем у тех, чьи мужья воздерживаются от курения;

– частота пульса у курильщиков на 10–12 ударов в минуту больше, чем у тех, кто не курит;

– среди курящих в возрастной группе от 35 до 44 лет смертность выше на 86%, а в возрастной группе от 45 до 54 лет – на 152%;

– 10% всех пожаров со смертельным исходом вызывает табакокурение;

– у заядлых курильщиков риск возникновения сердечных приступов втрое выше, чем у некурящих;

– курящий в 2,5 раза чаще заболевает инфекционными респираторными заболеваниями;

– более чем 80% рака легких приходится на тех, кто курит;

– у курильщиков чаще встречается рак мочевого пузыря, ротовой полости, языка, гортани и пищевода;

– уже через 30 минут у находящегося в прокуренном помещении человека, который не курит, повышается в крови уровень окиси углерода, возрастает кровяное давление и учащается пульс.

Непосредственные последствия табакокурения: учащение пульса и повышение артериального давления; раздражение слизистой оболочки глаз; в кровь попадают окись углерода и канцерогенные вещества; окружающий воздух загрязняется дымом курящего; дым раздражает слизистую горла; наблюдается снижение поверхностной температуры тела.

Отдаленные последствия: сухой кашель, резкий запах никотина изо рта; желтый налет на зубах; одышка, перебои дыхания; рак легких, ротовой полости, пищевода, мочевого пузыря; болезни сердца и сосудов; гастрит и язва желудка; эмфизема легких и хронический бронхит.

Учитывая пагубные последствия табакокурения, ВОЗ пришла к заключению, что борьба с табакокурением могла бы привести к улучшению состояния здоровья и увеличению продолжительности жизни быстрее, чем любые другие мероприятия в области профилактической медицины.

Людям физического труда и спортсменам, особенно на соревнованиях, противопоказано табакокурение, так как через 10–15 минут после него мышечная сила снижается на 15 процентов.

Если у некурящего человека занятия спортом активизируют деятельность организма, приучают его включать в экстремальных условиях резервные мощности, то у курильщика напряженная работа может привести к заболеванию.

К профилактическим мерам борьбы с табакокурением относят: более длительное пребывание на свежем воздухе, ускоренную ходьбу, утреннюю гимнастику, оздоровительный бег, плавание, отказ от крепкого чая, кофе, острой и соленой пищи. В момент возникновения тяги к курению

отвлекающим средством могут быть конфеты-леденцы, жевательная резинка, семечки и др. Помимо того, занятия физической культурой, спортом, аутогенная тренировка также являются эффективным средством борьбы с табакокурением, но главное средство – это проявление силы воли и желание человека избавиться от этого пристрастия.

Для определения «портрета курильщика» в приложении В предложена анкета-опросник.

Потребление спиртных напитков.

Алкогольные напитки люди научились изготавливать тысячи лет тому назад, что было обусловлено практическим расчетом. Первые винопроизводители – древние египтяне – заметили, что виноградный сок быстро сбраживается. Кроме того, имея проблемы с сохранением чистой воды, они заметили, что от вина люди не страдают, а выпивая грязную воду, часто болеют. Позднее вино стало важным атрибутом христианской церкви и распространилось на всю Европу, где использовалось для обряда причастия.

В эпоху Возрождения алкогольные напитки прочно вошли в быт европейцев.

В Китае вино было известно за 2 000 лет до н. э., где использовалось лишь для религиозных целей.

Постепенно от религиозных ритуалов, связанных с применением алкогольных напитков, их употребление становится специальным средством, облегчающим душевное состояние людей на краткий период и способствующим общению друг с другом. Тосты и кубки за здравие закреплялись в традиции многих народов и были связаны с торжественными событиями (заключение мирных союзов, празднование победы над врагом, свадьбы). Ритуал употребления спиртных напитков закрепился также в связи с важными вехами в судьбе человека (празднование дней рождения, юбилеи, а также похороны).

Алкоголь получается в результате брожения сахара во фруктах, ягодах, пшенице и картофеле. Алкоголь составляет лишь определенную часть спиртных напитков, которые включают в себя воду и вещества, придающие им вкус, запах и цвет. Способность алкоголя быстро смешиваться с водой и легко растворяться в жировых растворах объясняется малым размером его молекул и особенностью физических свойств. Это, в свою очередь, объясняет легкость прохождения алкоголя через биологические мембраны: он начинает всасываться уже во рту и весьма быстро всасывается из желудка и тонкого кишечника в кровь, с которой разносится по всем органам, попадая в головной мозг, состоящий, в основном, из жировой ткани.

Степень опьянения зависит от ряда факторов: быстрого приема больших доз, скорости поступления алкоголя в кровь, массы тела,

эмоционального состояния человека, а также от крепости спиртных напитков.

Все спиртные напитки по своей крепости делятся на несколько типов:

– слабоалкогольные спиртные напитки: пиво, брага, буза (4–8º этилового алкоголя);

– спиртные напитки средней крепости: виноградные, плодово-ягодные вина, шампанское, наливки (крепостью 9–20º этилового алкоголя);

– крепкие спиртные напитки: водка, коньяк, ликер, ром, джин, виски, горькие настойки, бальзам, самогон (крепостью 40–56º этилового алкоголя).

– крепость медицинского спирта – 98º этилового алкоголя.

Чем крепче спиртной напиток, тем быстрее он пьянит.

Если проследить ход знакомства детей и подростков с алкогольными напитками, то в нем можно выделить несколько этапов:

1-й этап – до 5 лет: получение первых сведений об алкогольных напитках, опьянении (от окружающих, членов семьи, кинофильмов и т. п.). В этом возрасте еще нет представления о сущности спиртных напитков, их значении, не выработано отношение к ним.

2-й этап – 6–12 лет: первое знакомство со спиртными напитками, которое чаще всего совершается в кругу семьи. Но большинству детей оно неприятно.

3-й этап – 12–16 лет: формирование определенного типа алкогольного поведения – умеренное употребление, злоупотребление или полный отказ от употребления алкоголя после экспериментирования.

Непосредственное влияние алкоголя на организм:

– заторможенность реакций, рефлексов;
– нарушение координации движений и артикуляции;
– понижение способности осмысливать окружающее, снижение памяти;
– увеличение риска несчастных случаев (в быту или на работе);
– нарушение координации (в т. ч. прямохождения);
– потеря сознания, смерть от отравления.

Отдаленные последствия влияния алкоголя на организм:

– бытовое пьянство, хронический алкоголизм;
– алкогольный цирроз печени, панкреонекрозы, пиэлонефриты;
– алкогольные психозы;
– болезни сердечно-сосудистой системы;
– резкое истощение с потерей веса, туберкулез легких;
– сокращение продолжительности жизни на 10–15 лет;
– самоубийство на фоне алкогольного психоза;

– смерть от несчастных случаев.

Алкоголизм – заболевание, вызванное систематическим употреблением спиртных напитков и характеризующееся патологическим влечением к ним, развитие психической (непреодолимое влечение) и физической (проявление абстинентного синдрома) зависимости при прекращении употребления. Главными признаками начала заболевания служат: непреодолимая тяга к употреблению алкоголя, потеря «чувства меры» по отношению к выпитому, формирование переносимости к повышенным дозам спиртного. После принятия значительных доз алкоголя возникает амнезия (потеря памяти), снижение трудоспособности. В этой стадии заболевания формируется психическая зависимость с нарушением функционирования некоторых систем и органов, нарушением сна и колебаниями настроения. В следующей стадии болезненное влечение к алкоголю усиливается и окончательно формируется абстинентный синдром. Значительно нарастают психические изменения: концентрация всех интересов на спиртном, эгоцентризм, притупление чувства долга и других высших эмоций, беспечность, эмоциональное огрубение. Возникает поражение внутренних органов (жировая дистрофия и цирроз печени, гастриты, панкреатит). В конечной стадии заболевания на первый план выдвигаются признаки психического оскуднения, соматического одряхления и снижения чувствительности к алкоголю (толерантности). Амнезия наступает даже при приеме малых доз спиртного.

6 стадий приобщения к алкоголю:

Стадия 1. Начало употребления. Люди обычно начинают употреблять алкоголь в подростковом возрасте.

Стадия 2. Экспериментирование. На этой стадии человек экспериментирует с различными видами спиртных напитков, однако у него еще не сформировались форма употребления или предпочтения. Прием спиртного осуществляется чаще всего с единственным намерением – достичь возбуждающего эффекта.

Стадия 3. Социальное поведение. У человека существует определенная форма употребления спиртного (в определенных социальных группах или в окружении семьи, родственников).

Стадия 4. Привычное употребление. На этой стадии употребляющие спиртное стараются подыскать друзей с похожими формами употребления спиртного. Алкоголь употребляется в больших дозах для достижения желаемого эффекта все чаще и чаще.

Стадия 5. Чрезмерное употребление. У употребляющего алкоголь возникают различные проблемы и неприятности (дома, на работе, в учебном заведении), финансовые трудности или проблемы с законом. Алкоголь все

чаще используется для облегчения и устранения отрицательных эмоций, а не для достижения возбуждения – эйфории.

Стадия 6. Болезненное пристрастие. Приходит утрата контроля над употреблением спиртного, несмотря на все отрицательные последствия (потеря учебы, работы, семьи, проблемы со здоровьем). Возникают отрицательные последствия алкоголизма – алкогольный психоз, умственная деградация личности.

Абсолютным противопоказанием для приема спиртных напитков даже в малых дозах являются: нервно-психические заболевания, травмы, контузии и ушибы головного мозга, острые болезни почек и печени, сахарный диабет, беременность. Подростковый возраст (до 18 лет) также является противопоказанием для приема любых ПАВ из-за неразвитости иммунной системы организма.

Злоупотребление алкоголем влечет за собой далеко идущие социальные и экономические издержки – насилие в семье, включая жестокое обращение с детьми, повышение расходов здравоохранения вследствие роста числа несчастных случаев и возникновения у пьющих ряда заболеваний. Со злоупотреблением алкоголя связано и постоянное увеличение ряда других болезней – болезней, передаваемых половым путем (ВИЧ/СПИД-инфекции), вирусных гепатитов, туберкулеза и др.

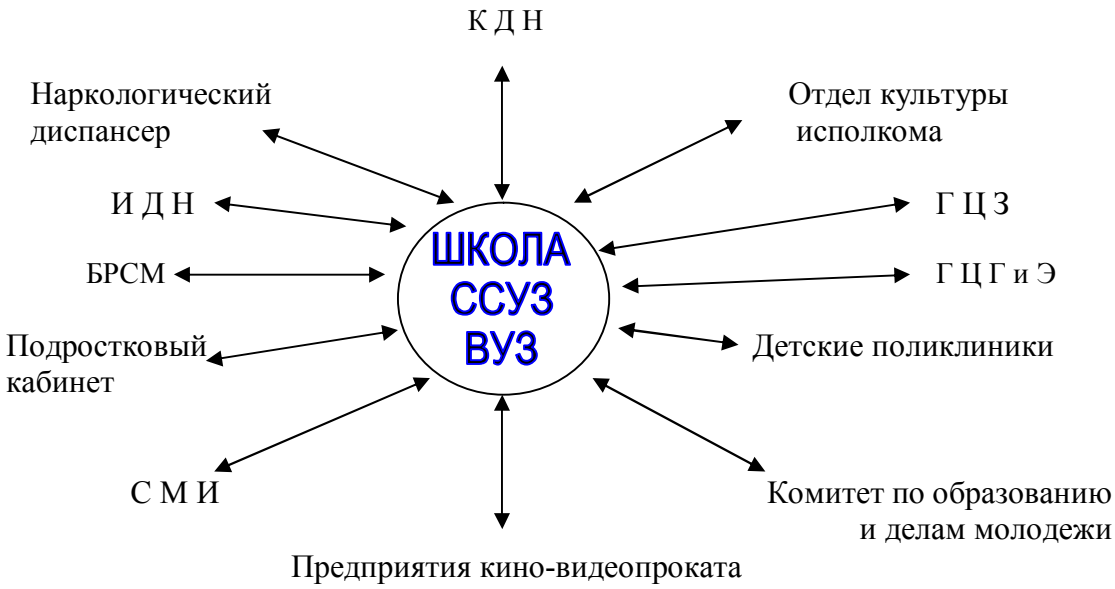
При хроническом алкоголизме поражаются многие органы и системы организма – головной мозг, желудочно-кишечный тракт, сердечно-сосудистая и эндокринная системы, дыхательная система, репродуктивные органы. Так, под влиянием алкоголя поражаются мозг в виде энцефалопатий, психозов, а также органы зрения и слуха. Хроническая интоксикация алкоголем осложняет работу сердца, сосудов, обостряет течение гастрита и язвенной болезни, бронхитов, пневмоний и болезней поджелудочной железы. Под влиянием алкоголя происходит жировое перерождение семенных канатиков с разрастанием соединительной ткани в паренхиме яичек у мужчин. Особо выраженной токсичностью своего действия на паренхиму яичек обладает чрезмерный прием пива, которое намного быстрее других спиртных напитков проникает через ткани яичек. Токсическое действие алкоголя на печень повышает выработку гормона – эстрогена, что влечет за собой последующую атрофию половых желез. В ткани печени наблюдается перерождение паренхимы с развитием соединительной ткани (цирроз) и печеночной недостаточностью. Прием спиртных напитков во время беременности чреват рождением ребенка с врожденными пороками развития, сниженным весом и признаками тяжелого синдрома алкогольной зависимости.

Острое алкогольное отравление у подростков приводит к значительным изменениям деятельности сердечно-сосудистой системы:

– побледнение кожных покровов;
– акроцианоз (синюшность);
– учащение сердцебиения и приглушенность сердечных тонов.

Характерным проявлением алкогольного отравления является многократная рвота. Даже незначительное употребление небольших доз спиртных напитков сопровождается у подростков выраженными проявлениями интоксикации, особенно нервной системы. Наиболее тяжелые отравления алкоголем наблюдаются у лиц на фоне церебральной недостаточности, связанной с перенесенными инфекциями ЦНС или родовой травмой.

В борьбе с алкоголизмом важная роль принадлежит семье, учебным заведениям и общественным организациям (рисунок 1).



Условные обозначения: КДН – комиссии по делам несовершеннолетних; ГЦЗ – городской Центр здоровья; ИДН – инспекция по делам несовершеннолетних; БРСМ – Белорусский республиканский союз молодежи; ГЦГиЭ – городской Центр гигиены и эпидемиологии; СМИ – средства массовой информации (газеты, журналы, радио, телевидение)

Рисунок 1 – Роль общественных организаций в профилактике пьянства и алкоголизма среди учащихся и студентов

На борьбу с алкоголизмом направлены следующие законодательные акты:

Кодекс РБ «Об административных правонарушениях» (по состоянию на 2006 г.)

Статья 159. – «Появление в общественных местах в пьяном виде подростков в возрасте до 16 лет, а равно распитие ими спиртных напитков, –

влечет наложение штрафа на родителей или лиц, их заменяющих, в размере до 2 м.з.п.».

Статья 160. – «Доведение несовершеннолетних до состояния опьянения родителями или иными лицами –

влечет наложение штрафа в размере от 5 до 10 м.з.п.».

Статья 161. – «Изготовление, хранение и приобретение крепких спиртных напитков домашней выработки –

влечет наложение штрафа в размере от 3 до 5 м.з.п.».

Статья 161.1 – «Продажа гражданам вина домашней выработки, не относящихся к крепким спиртным напиткам, –

влечет наложение штрафа в размере до 3 м.з.п. с конфискацией вина домашней выработки».

Статья 162. – «Злостное невыполнение родителями или лицами, их заменяющими, обязанностей по воспитанию и обучению детей –

влечет предупреждение или наложение штрафа в размере до 3 м.з.п.».

Постановление Совмина РБ (от 02.07.1999 г.)

Запрещается:

– продажа алкогольных напитков лицам, не достигшим 18 лет, а также находящимся в состоянии опьянения;

– распитие спиртных напитков в школах, гимназиях, лицеях, школах-интернатах, высших и средних специальных учебных заведениях, на детских площадках, зрелищных и воспитательных мероприятиях, в общежитиях, на производственных предприятиях, стадионах, в диетических столовых, детских кафе, в буфетах вокзалов, пристаней и аэропортов;

– реклама алкогольных напитков и продажа несовершеннолетним в возрасте до 18 лет табачных изделий, игральных карт, а также несовершеннолетним в возрасте до 15 лет спичек, зажигалок, ядохимикатов, горючих жидкостей.

Для определения отношения молодежи к алкоголю в приложении Г предложена анкета-опросник.

Хулиганство. При определенном попустительстве, стремлении к превосходству над другими, стойкое желание выделиться становится нормой поведения, что может перерасти в привычку. Вредность такой привычки очевидна, она, как правило, приводит к преступности.

Хулиганство и преступность несовершеннолетних в значительной мере вызваны недостаточным воспитанием в семье, школе, по месту жительства.

Анализ преступности несовершеннолетних свидетельствует о том, что каждое седьмое преступление связано с кражей или угоном автотранспортных средств. В большинстве случаев свои действия подростки объясняют желанием покататься, и, действительно, через какое-то время они бросают автомобиль или мотоцикл. Отсюда вывод: серьезной профилактической мерой может стать расширение сети автокружков и привлечение ребят для занятий в них.

В настоящее время около половины преступлений совершается подростками в нетрезвом состоянии, многие из них попадают в медвытрезвитель, свыше 70% несовершеннолетних совершают преступления в группах. Это свидетельствует о том, что молодежь по-своему заполняет вакуум свободного времени, появляющегося после работы или учебы. Отсутствие воспитательного влияния школьного коллектива или трудового должно компенсироваться воспитательной работой, проводимой по месту жительства. И здесь весомый вклад могут внести физкультурно-спортивные организации, привлекая ребят к занятиям физкультурой и спортом, а летом – к отдыху в спортивно-оздоровительных лагерях.

Нарушение режима сна и питания. Здоровье человека в определенной степени зависит от соблюдения постоянного режима питания, сна, работы (учебы).

Соблюдение режима дня, регулярные и систематические занятия физкультурой и спортом помогают избавиться от вредных привычек (пересыпать, читать до поздней ночи).

Есть люди, которые помимо, так сказать, «планового» приема пищи, принимают ее и между завтраком и обедом, и ужином и даже перед сном, чем перекрывают дневную норму в два и более раза. Многие едят перед экраном телевизора, при чтении книг.

Переедание становится вредной привычкой и ведет к избыточному весу, а он, в свою очередь, является предпосылкой ишемической болезни сердца. Лучший способ борьбы с перееданием – проявление силы воли и воздержание, а эффективным средством являются физические упражнения, способствующие снижению излишней массы тела.

Потребление наркотиков и их влияние на организм. Ученые полагают, что наркотики, а следовательно, и возникающее вследствие их употребления болезненное пристрастие, известны человеку с доисторических времен. В борьбе за жизнь, изыскивая продукты питания, человек познакомился с необычными эффектами от употребления некоторых растений, обладающих наркотическим эффектом. К ним относится гашиш.

Традиция употребления различных наркотических веществ исходит от религиозных обрядов и ритуальных церемоний. В Малой Азии служители культа пили настои наркотиков вместе с мускатным вином, у инков – жевали листья кока, у мексиканских индейцев – курили марихуану в смеси с табаком.

Первые приемы опиума имели место 3500 лет назад, а прием эфедры в Китае насчитывает 5000 лет. В Африке древнюю традицию имеет жевание молодых побегов и листьев ката.

На всех континентах наркотики широко использовались в народной медицине, однако в официальной медицине психостимулирующие препараты появились значительно позже, в конце XVIII – начале XIX веков.

Первая волна гашишомании прокатилась более 170 лет назад по Европе, когда солдаты армии Наполеона пристрастились к наркотику во время похода в Африку. Вторая волна гашишомании прошла во время Второй мировой войны с прибывающими в страны Европы колониальными войсками.

Употребление опия в Европе до XX столетия не являлось угрожающей социальной проблемой. От нее страдали лишь отдельные люди и группы лиц. В 1806 г. из опия был выделен морфий, а в 1832 г. – кодеин. После изобретения медицинского шприца (1864 г.) широкое распространение получает подкожное введение морфина как болеутоляющего препарата. В 1860 из листьев коки был выделен кокаин, а в 1874 г. в лабораторных условиях из морфина был получен более сильный наркотик – героин.

По фармакологическому действию наркотики подразделяются на оказывающие угнетающее и оказывающие возбуждающее действие на центральную нервную систему. Они также обладают галлюциногенным свойством.

К наркотикам, оказывающим угнетающее действие на ЦНС, относятся: опиум и его производные, морфин, героин, метадон, барбитураты. Они изменяют эмоциональное реагирование на боль, замедляют реакции, нарушают координацию движений и сообразительность. Провоцируют глубокий сон, а в больших дозах вызывают серьезные нарушения сознания вплоть до беспамятства и смерти.

Основными способами потребления стали курение, жевание, питье отваров и добавление в пищу.

В XX столетии ситуация с психоактивными веществами (ПАВ) резко изменилась в количественном и качественном отношении. Во-первых, из года в год, особенно в последние десятилетия, увеличиваются объемы потребления наркотиков и лиц, принимающих их. Во-вторых, многократно возрос ассортимент веществ, используемых для одурманивания. Появились новые синтетические наркотики с развитием сильной

зависимости, а с ними и новые формы токсикомании. В-третьих, многие страны столкнулись с тенденциями в употреблении наркотиков (интраназальное введение, внутривенное введение). В-четвертых, повсеместно отмечается рост полинаркоманий (пристрастия к нескольким наркотикам). В-пятых, во всех странах наблюдается «омоложение» наркоманов и токсикоманов. По мнению специалистов, в Республике Беларусь без ведения активных форм борьбы будет возрастать число наркоманов и лиц, эпизодически употребляющих наркотики.

Терминология и классификация психоактивных веществ представлены в приложении Д.

Физические симптомы возможного употребления наркотиков:

- утренняя тошнота, беспричинные боли в желудке;
- отсутствие аппетита или неумеренный аппетит;
- быстрая утомляемость;
- головная боль без видимой причины;
- нарушения сна с устрашающими сновидениями;
- снижение сопротивляемости инфекциям;
- резкое расширение и сужение зрачков, бледность кожных покровов;
- снижение массы тела из-за диспептических расстройств;
- неуверенные и неточные движения;
- наличие следов инъекций – «трасс» на каких-либо частях тела;
- постоянный насморк;
- повышение или снижение потенции;
- повышенная раздражительность и агрессивность;
- лживость и неискренность;
- снижение успеваемости по всем предметам.

Поражение органов и систем при наркомании

Головной мозг – разрушение клеток мозга с их атрофией, что проявляется в ухудшении памяти и деградации личности. Нарушение зрачковых реакций на свет.

Сердце, сосуды – разрушение клеток крови с тромбообразованием. Бактериальное поражение клапанов сердца с развитием сердечной недостаточности и паралича сердца.

Печень – острое воспаление (гепатит) и хроническое воспаление (цирроз).

Кожа, волосы, зубы – гнойная сыпь, склероз поверхностных вен, кариес зубов и выпадение волос. Морщинистость кожи и ее раннее старение.

Половые органы – поражение как у женщин, так и у мужчин с угасанием полового влечения и потенции, вензаболевания, ВИЧ/СПИД.

Профилактика потребления психоактивных веществ

Профилактика является системой мер по предупреждению болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. Профилактика потребления ПАВ может быть первичной, вторичной, третичной [23, 30].

Первичная профилактика потребления ПАВ направлена на решение задачи – уберечь детей и подростков от первого, во многом рокового употребления ПАВ на ранних этапах их взросления. Она может и должна проводиться широко, повсеместно, со всеми детьми и подростками школьного возраста, пока они здоровы и не втянуты в роковые пристрастия.

Вторичная профилактика имеет целью сохранение здоровья детей и подростков, уже имеющих опыт употребления ПАВ.

Третичная профилактика предназначена для продления жизни лиц, страдающих сформированной зависимостью от ПАВ, путем предупреждения рецидивов после лечения.

Вторичную и третичную профилактику организовывают профессионально подготовленные специалисты (медицинские и социальные работники, сотрудники соответствующих отделов милиции). Первичной профилактикой в настоящее время занимаются преимущественно врачи и сотрудники правоохранительных органов. Работа по профилактике потребления ПАВ среди несовершеннолетних осуществляется, в первую очередь, подростковыми наркологами диспансеров. Они посещают школы и ПТУ в закрепленных районах, читают лекции перед учащимися. «Трудных» подростков и лиц, замеченных в употреблении ПАВ, ставят на профилактический учет и проводят с ними учебно-воспитательную работу в течение года. Как показывает практика, часть подростков меняет свое поведение и в дальнейшем не употребляет ПАВ.

Периодически органы здравоохранения совместно с органами милиции совершают рейды по выявлению потребителей ПАВ в неблагополучных в этом отношении местах (дискотеки, рынки, пляжи, парки, стадионы). Выявленные лица доставляются на обследование в наркологический диспансер.

Воспитателями и врачами общей практики регулярно читаются лекции, проводятся беседы по проблемам употребления ПАВ и своевременного выявления потребителей одурманивающих средств.

Анализ показывает, что в настоящее время профилактика включает в себя в основном, информационный компонент упреждения ПАВ. Она ориентирована на разъяснение вреда, наносимого этими веществами физическому здоровью, и правовых мер, направленных на борьбу с их потреблением.

Средства массовой информации стали для подростков доминирующим источником информации. Информация, полученная по каналам СМИ, как правило, в последующем является основанием для обсуждения в различных малых группах: в семье, компании друзей, в учебном коллективе. Однако когда первый опыт приема психотропного вещества подростком не совпал с тем, что ему внушили СМИ и соответствующая литература, возникает стойкое недоверие к любой информации относительно наркотических или токсикоматических веществ.

Проводимые мероприятия по первичной профилактике потребления ПАВ нельзя считать эффективными, пока продолжается рост пьянства, алкоголизма, наркомании, токсикомании среди молодежи. Поведение ребенка, подростка, формирование его личности происходит в семье, в школе, и поэтому без самого активного участия педагогов и родителей в первичной профилактике потребления ПАВ рассчитывать на успех не приходится.

Важной составляющей частью первичной профилактики должно стать стремление каждого педагога-предметника при подготовке к проведению уроков по литературе, математике, физике, биологии, химии, физической культуре выявить потенциальные возможности в рамках своего предмета для обращения внимания учащихся на данную проблему. Преподавание практически любой школьной дисциплины с использованием аналогии зависимости одного явления от другого, может предостеречь учеников от употребления наркотиков.

Программа уроков по профилактике вредных пристрастий предложена в приложении Е.

При проведении первичной профилактики применяются различные формы и методы информационного воздействия, адаптированные к молодежной аудитории (КВН, конкурсы, соревнования, тематические шоу, спектакли, сцены, плакаты, выставки и др.). Полезными являются выступления (в ходе проведения мероприятий или перед их началом) врачей, работников милиции, прокуратуры с демонстрацией кино-, видеоматериалов.

Основные направления первичной профилактики:

– строгие меры противодействия курению, распространению алкоголя и наркотиков;

– информационно-просветительская работа среди учащихся и их родителей;

– своевременное выявление функционально-несостоятельных семей и коррекция условий семейного воспитания;

– своевременное выявление и разрушение групп, для членов которых характеры отклонения в поведении;

– организация досуга несовершеннолетних в значимых для них и социально-поощряемых формах;

– исследование личностных ресурсов учащихся;

– тренинг социально-психологических навыков устойчивости подростков к употреблению ПАВ. Здесь полезно: а) развитие навыков общения; б) формирование значимой социальной самоидентификации; в) формирование установки на здоровье как на сверхценность.

Существуют факторы, связанные с риском развития злоупотребления ПАВ и зависимости к ним. Это, прежде всего, неблагоприятная домашняя обстановка, особенно когда родители сами злоупотребляют алкоголем, наркотиками или страдают психическими заболеваниями; неэффективное воспитание, особенно в отношении детей с расстройствами поведения. Другие факторы риска связаны с социальными контактами детей вне семьи и прежде всего в школе, среди сверстников или ближайшего окружения по месту жительства: неадекватное поведение в классе, неуспеваемость и частые пропуски занятий без уважительных причин, недостаточные навыки общения и т. д.

Для уменьшения доступности ПАВ и снижения мотиваций к их потреблению, используют комбинацию трех стратегий:

1) политики общества, направленной на ограничение доступности ПАВ. Это, прежде всего, наличие законодательных норм, регулирующих употребление ПАВ, ограничение возраста их покупки, потребления, времени, форм и мест продажи токсикоматических средств;

2) информации и образования, направленных на предупреждение употребления ПАВ. Наличие программ, предусматривающих образование всего населения, а также обучение людей навыкам межличностных взаимоотношений и здоровым альтернативам употребления ПАВ;

3) организации лечения, помощи и реабилитации больных, страдающих пьянством, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

ВИЧ/СПИД и наркотики

Ежедневно в мире заражается ВИЧ/СПИДом около 16 тысяч человек. По количеству инфицированных ВИЧ-инфекцией и больных СПИДом в государствах СНГ и Балтии Беларусь занимает 3 место после Украины и России.

Первое место среди причин инфицирования занимает совместное введение наркотиков внутривенно, второе – гетеросексуальные половые связи, третье – гомосексуальные связи.

На протяжении последнего десятилетия возникла и постоянно распространяется инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Инфекционный процесс, вызываемый этим вирусом, характеризуется очень медленным течением, поражением иммунной и нервной систем, присоединением других инфекций или новообразований, от которых больной гибнет. СПИД – конечная фаза ВИЧ-инфекции, наступающая в большинстве случаев через весьма длительный период

от момента заражения (2–15 лет). Наркоманы заболевают ВИЧ-инфекцией в 4 раза чаще, чем гомосексуалисты. Вирус попадает в кровь и повреждает белые кровяные шарики (лимфоциты), являющиеся важным звеном защитной (иммунной) системы человека.

Употребление ПАВ способствует распространению этой инфекции следующими путями:

а) передача инфекции через грязные иглы шприцев при введении наркотиков внутривенно;

б) при случайных половых контактах во время наркотического опьянения;

в) при «очистке» наркотика от токсических веществ, при добавлении в него донорской крови;

г) при укусах с поцелуями других лиц, зараженных этой инфекцией.

Прогноз при таком заболевании неутешителен, т. к. не разработаны лекарственные средства, сыворотки, способные воздействовать на вирус. Рано или поздно наступает смертельный исход от любого присоединившегося заболевания.

Положительная реакция на ВИЧ указывает на то, что человек заразился вирусом иммунодефицита. В течение нескольких лет у такого вирусоносителя могут отсутствовать клинические признаки болезни, и внешне он остается совершенно здоровым, не подозревая о том, что может заразить других людей.

Для определения отношения молодых людей к наркотикам в приложении Ж предложена анкета-опросник «Подросток и наркотики». Терминология и классификация психоактивных веществ описана в приложении Д.

Наркотики и закон

Наркомания и наркоторговля представляют серьезную опасность для общества и для каждого отдельного гражданина. Поэтому общество вынуждено принимать меры, чтобы защитить нацию и ограничить сограждан от наркотического дурмана. Между тем зачастую молодые люди, их родители и педагоги не знают о предусмотренной законом ответственности за преступления, связанные с наркотиками. Поэтому приводим статьи Уголовного кодекса Республики Беларусь (по состоянию на 2006 г.) в надежде, что данная информация поможет вовремя осознать опасность противоправных поступков и не стать жертвой своего незнания. Ведь незнание законов не освобождает от ответственности.

Статья 327. Хищение наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

1. Хищение наркотических средств, психотропных веществ либо прекурсоров с целью изготовления таких средств или веществ –

наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

2. То же действие, совершенное повторно, либо группой лиц, либо лицом, которому указанные средства вверены в связи с его служебным положением, профессиональной деятельностью или под охрану, либо лицом, ранее совершившим преступления, предусмотренные статьями 328, 329 и 331 настоящего Кодекса, –

наказывается лишением свободы на срок от трех до десяти лет с конфискацией имущества или без конфискации и с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

3. Действия, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные путем разбоя или вымогательства, либо организованной группой, либо в крупном размере, –

наказываются лишением свободы на срок от семи до пятнадцати лет с конфискацией имущества или без конфискации.

Статья 328. Незаконный оборот наркотических веществ, психотропных веществ и прекурсоров.

1. Незаконные без цели сбыта изготовление, переработка, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств, психотропных веществ либо прекурсоров с целью изготовления таких средств или веществ –

наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок от двух до пяти лет.

2. Незаконные с целью сбыта изготовление, переработка, приобретение, хранение, перевозка или пересылка либо незаконный сбыт наркотических средств, психотропных веществ либо прекурсоров с целью изготовления таких средств или веществ –

наказывается лишением свободы на срок от пяти до восьми лет с конфискацией имущества или без конфискации.

3. Действия, предусмотренные частью 2 настоящей статьи, совершенные группой лиц, либо должностным лицом с использованием своих служебных полномочий, либо лицом, ранее совершившим преступления, предусмотренные статьями 327–329 и 331 настоящего Кодекса, либо в отношении наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере, а равно сбыт наркотических средств, психотропных веществ либо прекурсоров с целью изготовления таких средств или веществ на территории учреждения образования, исправительного учреждения, арестного дома, в местах содержания под стражей или в месте проведения спортивных, культурно-массовых или иных массовых мероприятий –

наказываются лишением свободы на срок от восьми до тринадцати лет с конфискацией имущества или без конфискации.

4. Действия, предусмотренные частями второй или третьей настоящей статьи, совершенные организованной группой, –

наказывается лишением свободы на срок от десяти до пятнадцати лет с конфискацией имущества или без конфискации.

Примечание. Лицо, добровольно сдавшее наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры и активно способствовавшее выявлению или пресечению преступления, связанного с незаконным оборотом этих средств, веществ, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление.

Статья 329. Посев или выращивание запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества.

1. Посев или выращивание в целях сбыта или изготовления наркотических средств, психотропных веществ запрещенных к возделыванию растений и грибов, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, –

наказываются штрафом, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на тот же срок.

2. Те же действия, совершенные повторно, либо группой лиц, либо лицом, ранее совершившим преступления, предусмотренные статьями 327, 328 и 331 настоящего Кодекса, – наказываются ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок от трех до семи лет.

3. Действия, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные организованной группой, –

наказываются лишением свободы на срок от пяти до пятнадцати лет с конфискацией имущества или без конфискации.

Статья 330. Нарушение правил обращения с наркотическими и психотропными веществами.

Нарушение правил производства, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, распределения, перевозки, пересылки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения наркотических средств, психотропных веществ либо их прекурсоров, либо инструментов или оборудования, используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным контролем, совершенное лицом, обязанным соблюдать указанные правила, повлекшее по неосторожности утрату или расхищение названных средств, веществ или предметов, –

наказывается штрафом, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до пяти лет, или лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Статья 331. Склонение к потреблению наркотических средств и их препаратов.

1. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ –

наказывается арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до пяти лет, или лишением свободы на тот же срок.

2. То же действие, совершенное в отношении двух или более лиц, либо несовершеннолетнего, либо с применением насилия, либо лицом, ранее совершившим преступления, предусмотренные статьями 327, 328 или 329 настоящего Кодекса, а равно склонение к потреблению особо опасных наркотических средств или психотропных веществ, –

наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет.

Статья 332. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических или иных одурманивающих средств.

1. Предоставление помещений для потребления наркотических средств, психотропных веществ или других средств, вызывающих одурманивание, –

наказывается штрафом, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до пяти лет.

2. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических средств, психотропных веществ или других средств, вызывающих одурманивание, –

наказываются ограничением свободы на срок от двух до пяти лет или лишением свободы на срок от трех до семи лет.

В Кодексе Республики Беларусь «Об административных правонарушениях» отсутствуют санкции, предусмотренные за злоупотребление наркотических средств для несовершеннолетних, не достигших 16-летнего возраста. Ответственность за употребление ими наркотических средств без назначения врача возложена на родителей. Административная ответственность за употребление токсикоматических веществ не установлена.

Государственная система мер по борьбе с наркоманией

По оценке международных экспертов, в Беларуси имеется прочная база для развития организованной преступности и наркобизнеса. Вместе с тем признаков того, что в настоящее время действует крупная, хорошо организованная и оснащенная структура типа картеля, пока не имеется. Но это не уменьшает угрозы и не свидетельствует об отсутствии организованности в этом деле. Скорее наоборот: организованность присутствует на уровне отдельных групп, а группы взаимодействуют между собой. Таким образом, существует реальная угроза концентрации организованности на различных уровнях (местном, региональном, межрегиональном, национальном и международном).

Пути передачи (незаконный оборот наркотиков) обеспечивают распространители наркотиков, которые, как правило, объединены по этническим признакам (семьи цыган, группы лиц кавказского и центрально-азиатского регионов и др.), а также по иным признакам (наркоманы, преступные группировки, в том числе ранее судимые лица, и др.).

В настоящее время в Беларуси широко распространены наркотические средства растительного происхождения и, прежде всего, маковая соломка. Более того, в ближайшие годы ее производство возрастает, нежели уменьшается.

Транспортировка и распространение наркотиков приобретают все более скрытые формы. Например, гашиш предварительно упаковывают в полиэтиленовые мешочки и транспортируют в арбузах, опиум-сырец – в 3-литровых банках с томатным соком или пастой. В качестве «тары» для перевозки и продажи используются упаковки чая, тюбики зубной пасты, термосы и т. д. Все большее распространение получают синтетические наркотики – героин, кокаин и таблетки экстази.

Дети и подростки остаются неподготовленными к резко изменившимся условиям микро- и макросреды и являются наиболее уязвимыми к негативным проявлениям современной жизни. Они легко втягиваются в существующие группы потребителей наркотиков. Попадая впервые в такую группу, несовершеннолетним трудно вырваться из нее, и до 80% из них становятся наркоманами. Причем эта встреча может произойти во дворе дома, за углом школы, на дискотеке, в любом другом месте, где собираются молодые люди.

Учитывая, что к работе по недопущению распространения наркомании и незаконного оборота наркотиков, как правило, причастен ряд министерств и ведомств и других органов госуправления, в республике были приняты меры по объединению их усилий и координации осуществляемой деятельности. В этих целях 30 июня 1995 г. Указом Президента Республики Беларусь была образована Межведомственная комиссия по борьбе с преступностью и наркоманией при Совете Безопасности. Постановлением № 583 Кабинета Министров РБ от 2 сентября 1996 г. была утверждена «Концепция государственной политики по контролю за наркотическими средствами и психотропными веществами и их злоупотреблением в Республике Беларусь».

Постановлением № 660 от 15 сентября 1996 г. Совет Министров РБ утвердил «Государственную программу комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и психотропными веществами и их незаконному обороту на 1997–2000 годы». Во исполнение Программы в 1997 г. был создан Межведомственный Совет по контролю за наркотическими средствами и психотропными веществами при Совете Министров РБ.

С 1996 г. в структуре Криминальной милиции создана самостоятельная служба Управления нравов и незаконного оборота наркотиков (УННОН). Укреплены подразделения Комитета государственной безопасности, занимающиеся недопущением и разоблачением международного незаконного оборота наркотических средств. В оперативно-розыскном управлении Государственного комитета пограничных войск создан отдел по борьбе с организованной преступностью и оперативные подразделения, в функциональные обязанности которых входит борьба с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Значительная роль в выполнении Государственной программы возложена на МВД и Министерство здравоохранения.

В продолжении организационных мер Совмином РБ 10 января 2001 г. (Постановление № 25) была принята Государственная программа комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и психотропными веществами и их незаконному обороту на 2001–2005 годы. В этой Программе впервые определены место и роль общественных организаций.

В настоящее время Республика Беларусь имеет 8 договоров со странами дальнего зарубежья, 7 – со странами СНГ, 11 межправительственных Меморандумов и Соглашений по вопросам борьбы с преступностью. МВД само имеет 18 многосторонних соглашений с МВД других государств и 14 – двухсторонних. Понимая важность объединения усилий, МВД в июле 2001 г. инициировало ратификацию соглашения о сотрудничестве Государств – участников СНГ – в борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Позитивным примером может служить Белорусское отделение Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом (АМБНН), филиал которого с 2001 г. работает и в г. Бобруйске. Создано и успешно работает общественное объединение «Матери – против наркотиков». Изначально основной целью ОО «Матери – против наркотиков» стало объединение усилий матерей и общественности для предотвращения распространения наркотиков.

Контрольные вопросы и задания для закрепления материала

1. Как трактуется понятие «здоровый образ жизни»? На сколько групп компонентов оно распределено?
2. Дайте определение первой группы компонентов, составляющих здоровый образ жизни. Какие компоненты она включает в себя?
3. Дайте определение второй группы компонентов, составляющих здоровый образ жизни. Какие компоненты она включает в себя?
4. Как влияет труд на формирование здорового образа жизни?

5. Как влияют жилищные условия на формирование здорового образа жизни?

6. Как влияет отдых на формирование здорового образа жизни?

7. Какую роль играет рациональное питание в формировании здорового образа жизни? Чем оно отличается от сбалансированного питания?

8. Назовите направления, которые изложены в «Руководстве программы СИНДИ по питанию».

9. Какая роль отводится закаливанию организма при формировании здорового образа жизни?

10. Какая роль отводится двигательной активности при формировании здорового образа жизни? Назовите положения, на которых строятся методические рекомендации.

11. Какую роль играет медицинская активность при формировании здорового образа жизни?

12. Какую роль играет отказ от вредных привычек при формировании здорового образа жизни?

13. Охарактеризуйте зависимость людей от психоактивных веществ. Что относится к психоактивным веществам?

14. Каково воздействие табакокурения на организм?

15. Каковы непосредственные и отдаленные последствия табакокурения?

16. Назовите профилактические меры в борьбе с табакокурением.

17. Как возникает зависимость от потребления алкогольных напитков? Назовите этапы возникновения алкогольной зависимости.

18. Какое влияние оказывает алкоголь на организм? Каковы его отдаленные последствия?

19. Назовите шесть стадий приобщения людей к алкоголю.

20. Какие законодательные акты Республики Беларусь направлены на борьбу с алкоголизмом?

21. Хулиганство как вредная привычка и его последствия.

22. Как влияет соблюдение режима сна и питания на формирование здорового образа жизни?

23. Как влияет потребление наркотиков на организм?

24. Каковы физические симптомы употребления наркотиков?

25. Каковы основные направления первичной, вторичной и третичной профилактики потребления психоактивных веществ?

26. В чем заключается смертельная опасность ВИЧ/СПИДа и потребления наркотиков?

27. Какие статьи Уголовного кодекса Республики Беларусь направлены на борьбу с наркоманией?

Рекомендуемая литература

1. Журлицина, Н.Н. Здоровый образ жизни, его структура и проблемы формирования / Н.Н. Журлицина // Проблемы формирования здорового образа жизни населения средствами физической культуры в новых социально-экономических условиях : тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 15-17 октября 1997 г. / НИИФК, АФВиС. – Минск, 1997. – С. 228–229.

2. Кривцун-Левшина, Л.Н. Методические аспекты здорового образа жизни / Л.Н Кривцун-Левшина // Проблемы формирования здорового образа жизни населения средствами физической культуры в новых социально-экономических условиях : тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 15–17 октября 1997 г. / НИИФК, АФВиС. – Минск, 1997. – С. 24–25.

3. Физическая культура, спорт и здоровый образ жизни в XXI веке : сборник науч. статей / УО «Брест. гос. ун-т им. А.С. Пушкина»; редкол. : Н.И. Приступа [и др.]. – Брест : БрГУ им. А.С. Пушкина, 2010. – 86 с.

4. Князев, Ю.Н. Профилактика злоупотребления подростками психоактивных веществ и зависимости от них : учеб. пособие / Ю.Н. Князев. – Бобруйск, 1988. – 62 с.

5. Фурманов, А.Г. Формирование здорового образа жизни учащихся и студентов учебных заведений, находящихся на территориях радионуклидного загрязнения / А.Г. Фурманов, Ю.Н. Князев // Мир спорта. – 2001. – № 3. – С. 52–55.

6. Фурманов, А.Г. Гигиеническая оценка питания как элемент здорового образа жизни студенческой молодежи / А.Г. Фурманов, Г.В. Лавриненко // Здоровье студенческой молодежи : материалы 2-й междунар. науч.-практ. конф. – Минск, 2000. – С. 49–51.

7. Князев, Ю.Н. Динамика алкоголизма, табакокурения учащихся школ, ПТУ г. Бобруйска за 10 лет / Ю.Н. Князев // Вестн. Беларус. Психиатр. Ассоциации. – 1990. – № 1. – С. 7–9.

8. Кондратенко, В.Т. Пьянство и алкоголизм у подростков / В.Т. Кондратенко. – Минск, 1986. – 48 с.

9. Залыгина, Н.А. Как уберечь подростка от наркотиков : метод. пособие / Н.А. Залыгина. – Минск, 2000. – 84 с.

10. Кузнецова, Л.Ф. Здоровый образ жизни: жизненные навыки / Л.Ф. Кузнецова // Веснік адукацыі. – 2011. – № 3. – С. 43–47.

11. Купчинов, Р.И. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи : пособие для преподавателей и кураторов групп средних спец. и высш. учеб. заведений / Р.И. Купчинов. – Минск :УП «ИВЦ Минфина», 2004. – 211 с.

3 МОДА НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: ЗА И ПРОТИВ

Мода как социальное явление в философской литературе стала предметом научного исследования в начале 60-х годов прошлого века, когда был предпринят ряд плодотворных попыток расширить и углубить проблемное поле, ранее зажатое строгими политико-идеологическими рамками. Естественно, что за более чем четвертьвековой период обществоведы и медики сумели значительно продвинуться вперед в постижении сущности многих социальных явлений, однако и ныне остается много неясного вокруг феномена «мода».

Не будем анализировать достоинства и слабости дефиниций понятия «мода», представленных в работе «Азбука моды» [68]. Воспользуемся следующим определением. Термин «мода» происходит от латинского modus – мера, способ, правило и может выражаться в двух наиболее емких формулах: 1) непродолжительное господство определенного вкуса в какой-либо сфере жизни или культуры (в отличие от стиля, мода характеризует более кратковременные и поверхностные изменения внешних форм бытовых предметов и художественных произведений; в узком смысле мода – это смена форм и образцов одежды); 2) непрочная, быстро проходящая популярность [61].

Удивительно емкую и противоречивую формулу, которая показывает двуликий характер моды, нашел известный специалист в области пропаганды физической культуры и массового спорта А.Ф. Бойко: «Мода, гарантирующая здоровье, позволяет одним зарабатывать деньги на его популяризации, а другим – тратить личное время на то, чтобы удостовериться в неразумности собственных усилий» [9]. Ограничивая выбор литературы рамками исследовательского интереса, мы хотели показать, как же на самом деле выглядит мода на здоровый образ жизни через физическую культуру и массовый спорт, что в экономически развитых странах выражено в виде движения «Sport for all» («Спорт для всех»).

Анализ материалов опроса респондентов позволил Ю.Ф. Змановскому, которого интересовали в основном причины формирования парадокса, на который уже указывали другие исследователи ответить на ряд вопросов. С одной стороны, рассматривается значение двигательной активности в реализации программы здорового образа жизни. Так, старшеклассники (юноши) в ответе на вопрос «Какими видами деятельности должен заниматься человек в свободное время, чтобы быть физически крепким, гармонически развитым и здоровым?» занятия физической культурой и спортом среди разных видов деятельности поставили на второе место. Более половины респондентов из числа

студентов указали на то, что они в своей жизни придают большое значение двигательной активности. А с другой – большинство опрошенных в свободное время, когда у них имеется возможность выбора, отдают предпочтение не занятиям физкультурой и спортом, а другим видам деятельности. К примеру, только 13,5% студентов указали на то, что они в свободное время занимаются разными видами двигательной активности (физкультура, спорт, туризм). Более или менее регулярно участвуют в этих занятиях, судя по ответам респондентов, только 8% рабочих, 68,4% учащихся ПТУ, что согласуется с данными других социологов, а среди старшеклассников – 48,2% юношей и 24,5% девушек [89, 93, 97].

Пытаясь объяснить выявленный парадокс, ученые зачастую прибегают к тривиальной ссылке на отсутствие у людей времени и условий для занятий «Спортом для всех». Достоверность подобного факта, казалось бы, не вызывает сомнения, поскольку те, кто игнорирует «Спорт для всех», в качестве ведущей детерминанты такого пренебрежения двигательной активностью указывают на дефицит свободного времени и отсутствие надлежащих условий. Почти 48% учащихся отмечают именно отсутствие свободного времени.

Логический анализ тактики поведения человека, стоящего перед выбором конкретного вида деятельности, показывает, насколько зыбкой является аргументация и специалистов, и самих респондентов в отказе от двигательной активности. При наличии свободы выбора рода деятельности (даже в условиях дефицита времени) человек, не испытывая давления извне, выбирает то, что ему более всего нравится, к чему больше лежит душа, что считает он наиболее важным и что вызывает положительные эмоции и т. д. В противном случае, обладая свободным временем и имея соответствующие условия, человек будет делать все возможное, чтобы уклониться от лично неинтересных и малозначимых видов деятельности, если они к тому же связаны с отрицательными эмоциями [9]. Это необходимо учитывать при объяснении обсуждаемого парадокса. И в самом деле, в ходе опроса отмеченных выше групп населения проясняется важная деталь. Те опрашиваемые, которые ссылаются на нехватку времени для занятий физкультурой и спортом (даже при наличии условий для этого), выкраивают его без особого напряжения для других видов деятельности – просмотра телепередач, прослушивания музыкальных записей, посещения кино и выставок, настольных игр (для большей наглядности мы даже посещение дискотек отнесли к разряду мест, где превалирует двигательная активность, хотя это не всегда так). Впечатляют данные социологического опроса, согласно которым около 42% студентов регулярно и более 41% довольно часто читают газеты и журналы, около 48% регулярно и более 38% часто смотрят телепередачи и видеозаписи; около 54% старшеклассников-юношей и 64% девушек

регулярно читают книги, газеты, журналы и т. д. Ни в коей мере не отрицая значение таких видов деятельности, особенно для расширения кругозора и развития интеллекта молодежи, хотим подчеркнуть, что они зачастую осуществляются в ущерб двигательной активности, снижая тем самым потенциал физического здоровья и работоспособности человека. Проблема состоит в том, чтобы разумно сочетать физический и интеллектуальный тренинг [89, 91, 97].

Для того, чтобы проникнуть в суть причин, лежащих в основе моды на здоровый образ жизни, прежде всего в плане двигательной активности, необходимо самим последовательно и целенаправленно формировать аналогичное социальное явление в нашей стране. Целесообразно остановиться на приводимых ниже примерах. Респонденты отдают предпочтение наиболее важным, интересным и полезным с их точки зрения формам проведения досуга. Поэтому их выбор не «Спорта для всех», а иных видов деятельности свидетельствует не только об отсутствии у них времени или условий для занятий физкультурой и спортом, а в первую очередь о том, что эти занятия для них по своей значимости, интересу и полезности уступают другим видам деятельности, которым они отдают предпочтение. Не вдаваясь в объяснение механизма формирования патологической привязанности к алкоголю, никотину, наркотическим веществам с одной стороны, и стремления к получению максимума удовольствий, положительных эмоций при других видах деятельности, к которым не формируется патологическое влечение со всеми вытекающими отсюда последствиями, – с другой, выскажем лишь положение, постепенно завоевывающее признание у специалистов.

Занятие «Спортом для всех», соблюдение основных принципов здорового образа жизни, следуя примеру Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко, руководителей различных рангов, да и многих других граждан, должны получать моральное одобрение в обществе, иметь экономические стимулы. Их надо поощрять, продвигать по службе при прочих равных условиях, они должны входить в интеллектуальную элиту общества (президент, премьер-министр, губернатор, директор, ректор, руководитель высокого ранга, врач, учитель, юрист и т. д.). Необходимо создание такого действующего механизма, который способствовал бы росту популярности именно таких людей, не мешая при этом остальным постепенно включаться в процесс оздоровления.

Попытаемся выяснить, почему «Спорт для всех» в системе реальных ценностей опрашиваемого контингента людей различного возраста уступают многим другим видам деятельности, тогда как в системе декларируемых ими ценностей он занимает, как уже отмечалось ранее и как свидетельствуют другие источники литературы [3, 4, 5], довольно высокое место.

Осмысление социологической информации показывает [22], что огромный объективный потенциал «Спорта для всех» субъективно не всегда должным образом осознается различными группами населения. Этому есть причины. Апологетика «большого спорта», его развитие нередко в ущерб «Спорту для всех» отнюдь не способствовали тому, чтобы у значительной части людей произошло адекватное восприятие ценностей «Спорта для всех».

Для того чтобы движение «Спорт для всех» приобрело широкую популярность в стране, идет поиск новых концептуальных подходов, предлагаются оригинальные проекты [21], которые могли бы способствовать кардинальному изменению отношения к «Спорту для всех» на основе его значения для духовного (интеллектуального, нравственного, эстетического и т. п.) развития человека, для приобщения его к миру культурных ценностей [100]. В этом плане показательны итоги социологического обследования, согласно которым положительное влияние спорта на развитие физических качеств и способностей признают 93,5% опрошенных старшеклассников (лишь 6,2% из них сомневаются в этом). Вместе с тем более 42% школьников не верят в то, что на основе этих занятий можно найти более интересную сферу общения, приобрести более интересных друзей, около 46% – в возможности повышения общей культуры, около 50% – в возможности лучшей подготовки к будущей профессии, 62,7% – в развитие положительных нравственных качеств и почти 62% – в развитие интеллектуальных качеств. Почти две трети школьников признают возможность одностороннего развития человека в процессе спортивной деятельности, причем более 16% считают это неизбежным [46, 92, 102].

Важное положительное воздействие занятий физкультурой и спортом на физическое развитие человека, на его двигательные способности признают 82,8% студентов (только 7,2% сомневаются в этом). Вместе с тем в положительном влиянии этих занятий на эстетические способности человека сомневаются 38% студентов, на уровень общей культуры – около 30%, на нравственность – около 38%, на подготовленность к избранной профессии – 38,3%, причем соответственно 10,8%, 10,4% и 13,3% студентов считают, что занятия физкультурой и спортом отрицательно действуют на упомянутые способности [74, 96].

Представленное мнение молодой части населения страны о ценности занятий физкультурой и спортом не может не вызвать определенного беспокойства, особенно среди врачей, педагогов, социологов и психологов, занятых в сфере формирования у этой части населения положительной установки на здоровый образ жизни через «Спорт для всех».

Чем же объясняется сложившаяся ситуация? Во-первых, занятия физической культурой и массовым спортом даже в высших и средних

специальных учебных заведениях реально направлены лишь на телесное здоровье и физическое развитие человека. Во-вторых, культурный уровень учителей, преподавателей физической культуры и тренеров по видам спорта, ведущих занятия с учащейся молодежью, явно не дотягивает до уровня, требуемого самими обучающимися. В-третьих, это объясняется рядом недостатков в формировании мотивации, в пропаганде роли и значения занятий физической культурой и спортом для всей жизнедеятельности человека, вступающего в самостоятельную жизнь.

Обращение же значительной части населения страны к здоровому образу жизни, культивирование этой тенденции связаны с преодолением ряда заблуждений субъективного порядка. Многие предпочитают вместо «Спорта для всех» выбирать другие культурные ценности еще и потому, что, по их мнению, занятия физкультурой и спортом не могут дать им этого. Слабая связь результатов профессиональной деятельности с состоянием здоровья в условиях уравниловки и социального иждивенчества, насаждаемого у нас десятилетиями, отнюдь не стимулирует человека к укреплению своего морфофизиологического и психического здоровья посредством здорового образа жизни, участия в движении «Спорт для всех». Неоднократные ссылки ученых на опыт Запада до сих пор не смогли убедить в том, что нужно кардинально менять дело в этом вопросе через изменение механизма оценки индивидуального вклада работника в производство.

Еще одной из причин недооценки значимости «Спорта для всех» и понижения его места на шкале общественных ценностей является ошибочная оценка людьми уровня состояния своего морфофизиологического здоровья и физического развития. Согласно данным, только 10% респондентов из числа рабочих и ИТР считают свое здоровье слабым; 62% оценивают его как нормальное для своего возраста. Причем среди молодых рабочих 90% считает свое здоровье хорошим и отличным, 22,5% студентов оценили свое здоровье как хорошее и отличное, 22,5% – как удовлетворительное и только 3,7% – как неудовлетворительное, а 1,8% – как совсем плохое. Примерно таким же образом они оценили уровень развития своего телосложения, развитие своих физических качеств и физическую подготовленность к избранной профессии.

Из числа респондентов – учащихся ПТУ – 22% оценили состояние своего здоровья как отличное, 58,2% – как хорошее, 18,6 – как удовлетворительное и только 3% как неудовлетворительное (7,2% затруднились ответить на этот вопрос).

Нам представляется, что такая завышенная самооценка студентами и учащимися ПТУ своего физического развития и состояния здоровья, не соответствующая объективным данным, полученным в результате

комплексного медицинского обследования этого же контингента, обусловлена их низкой медицинской грамотностью, слабыми навыками определения своего физического состояния и профессиональной пригодности [27, 56, 99].

Важным обстоятельством, ведущим к переоценке молодежью уровня своего здоровья и физического развития, является состояние преподавания почти во всех учреждениях образования медико-биологических и социально-психологических дисциплин, которые могут составить «единый» учебный предмет «Основы здорового образа жизни». Есть попытки организации таких кафедр на факультетах физического воспитания педагогических институтов и университетов. В связи с этим заслуживает внимания опыт Полесского государственного университета, создавшего факультет организации здорового образа жизни, а также подобных кафедр (Краснодарский институт физической культуры, Крымский медицинский институт).

Размышляя над изложенным выше, невольно задаешься вопросом о том, кто и где, как и что необходимо сделать (не одномоментно, а в виде пролонгированных в пространстве, многократно повторяющихся действий), чтобы в нашем обществе сформировалась и поддерживалась устойчивая мода на здоровый образ жизни и, в данном случае, на «Спорт для всех».

При этом явно недостаточно сформулировать цель в виде лозунга, необходимо обсудить реальные и возможные препятствия на пути движения к данной цели.

Во-первых, поскольку респонденты довольно высоко оценивают свое здоровье и физическое развитие, а от занятий физкультурой и спортом в первую очередь и главным образом ожидают укрепления здоровья и физического совершенствования, они вряд ли будут для них достаточно привлекательными и значимыми. Следовательно, здесь возникает первое направление движения к цели: изменить ситуацию через разрушение ложной и формирование объективной оценки состояния здоровья и физического развития. Работа в данном направлении для врачей, социологов и педагогов, учитывая педагогическую запущенность в этом отношении многих школьников младших, средних и старших классов, учащихся ПТУ и даже студентов, предстоит огромная.

Во-вторых, для многих из тех респондентов, кто скептически оценивает состояние своего здоровья и физическое развитие, признает в нем существенные изъяны, «Спорт для всех» в силу ряда причин не будет достаточно важным, привлекательным и значимым. Отправным пунктом в этом случае будет тот факт, что сам человек, согласно мнению многих респондентов, вряд ли что может изменить в состоянии своего здоровья и физического развития.

Причиной изменения взглядов населения в сторону безусловной детерминируемости здоровья человека генетическими и экологическими факторами стала резко ухудшившаяся экологическая ситуация. Ситуацию усугубила Чернобыльская трагедия.

Наряду с этим, согласно данным, 31% рабочих и ИТР считают, что наибольший вред здоровью наносят ненадлежащие условия труда. И это результат отсталости технологии и техники безопасности труда. По убывающей степени вредного влияния на здоровье эти категории трудящихся располагают качество питания, медицинское обслуживание, бытовые проблемы (стрессы в транспорте, магазинах и т. п.). Сложность экологической ситуации привела к тому, что экологические факторы заняли первое место в определении уровня здоровья и физического развития, и в этом есть своя логика. Если ситуацию не удастся кардинально переломить, то сама задача оптимизации двигательной активности как существенного элемента здорового образа жизни не только превратится в новую проблему, но и получит обратное содержание: чем меньше двигаться и поверхностнее дышать, тем больше проживешь и лучше сохранишь здоровье [78].

Своеобразным ориентиром при разработке методологических подходов и методических рекомендаций для формирования «моды» на «Спорт для всех» (а более широко – на здоровый образ жизни) является диспозиция вредных и опасных для здоровья человека факторов. 71,5% студентов на 1-е место поставили злоупотребление алкоголем, на 2-е – курение, за что высказалось 68,4% респондентов, на 3-е – загрязнение окружающей среды (32,8%), на 4-е – неправильное питание (32,8%) и на 5-е место – недостаток двигательной активности. В то же время только 48,8% студентов отнесли регулярное использование физических упражнений к числу средств, наиболее важных для сохранения и укрепления здоровья, тогда как 54,2% из них отнесли к этим средствам правильное питание [95, 99, 101].

Будущему врачу и педагогу особенно важно знать мнение студенческой молодежи по обсуждаемому кругу вопросов, поскольку это – наиболее грамотная во всех отношениях социальная группа при сопоставлении их с остальными ровесниками, это будущие специалисты, руководители производства и науки, лучшие представители духовной культуры, это уже (или в будущем) молодые родители, это чуткий барометр, отражающий социальную атмосферу. Именно поэтому зарубежные специалисты внимательно изучают эту группу, пытаясь построить прогнозы дальнейшего социально-политического развития своих стран.

Диапазон мнений респондентов о реальных положительных возможностях «Спорта для всех» (в отношении здоровья и физического

состояния) расположен от твердо убежденных оптимистов («да, может») до твердо убежденных пессимистов («нет, не может»). Объектом для формирования позитивной установки может выступать группа колеблющихся. А таких среди старшеклассников, по данным опроса, было 18,6%. Труднее будет работать с теми рабочими (29%), ИТР (20%) и студентами (10%), которые разделяют мнение, что никакая забота о своем здоровье, в том числе и занятия физкультурой и спортом, не гарантирует хорошее здоровье. Такого рода сомнения особенно характерны в целом для женщин [1]. Причем с возрастом они усиливаются.

Данные социологических исследований респондентов, ожидающих в современной ситуации от «Спорта для всех» оздоровительного эффекта, показывают, что для достижения этого эффекта необходимы длительные, регулярные и систематические занятия физкультурой и спортом, четкое соблюдение режима дня, отказ от вредных привычек. Для многих респондентов это неприемлемо (из-за того, что у них иная установка на жизнь) и невыполнимо (из-за командировок, болезней и других причин, в силу которых они вынуждены прерывать занятия). Только 22,4% студентов готовы подчинить свою жизнь и свои привычки интересам здоровья и повышения работоспособности. Около 9% учащихся ПТУ прекратили занятия спортом из-за того, что их не устраивали режим, дисциплина и ограничения, связанные с этими занятиями. Из числа тех учащихся, кто не заботится о своем физическом состоянии, 32% в качестве причины такого поведения указали на то, что забота о физическом состоянии требует запретов, ограничений, а они не хотят себя ограничивать.

Успешность формирования потребности в здоровом образе жизни определяется, как известно, наличием свободного времени, условиями труда, быта, экологии и материальной базой, знаниями и навыками в области физической культуры, социально-экономическими требованиями общества к состоянию физической подготовленности и здоровья человека и, наконец, уровнем его общей культуры.

Такие требования прописаны в Законе Республики Беларусь о физической культуре и спорте [30] и в Государственной программе развития физической культуры и спорта в Республике Беларусь на 2011–2015 гг. [21].

Контрольные вопросы и задания для закрепления материала

1. Почему тема соблюдения основ здорового образа жизни стала модной?
2. Что понимается под термином «мода на здоровый образ жизни»?
3. Объясните, в чем популярность движения «Спорт для всех».
4. Каковы причины недооценки значимости «Спорта для всех»?

5. Приведите данные социологических исследований, свидетельствующие об отношении людей к двигательной активности.

6. Что является ориентиром при разработке методологических подходов и методических рекомендаций для формирования моды на «Спорт для всех» и здоровый образ жизни. Каким факторам отдается предпочтение респондентов?

7. Какими государственными нормативными документами регламентируется физкультурно-спортивная деятельность, которая составляет основу здорового образа жизни?

Рекомендуемая литература

1.Современные проблемы борьбы с отклоняющимся поведением : тез. Всесоюз. науч. конф. «За здоровый образ жизни. (Борьба с социальными болезнями)», Москва-Суздаль, 1987 г. / редкол.: Б. М. Левин (отв. ред.) [и др.]. – М. : изд-во Ин-та социолог. исслед. АН СССР, 1987. – 59 с.

2. Капалыгина, И.И. Укрепление здоровья и формирование навыков здорового образа жизни младших школьников: теория и практика : науч.-практ. пособие / И.И. Капалыгина. – Минск : Тесей, 2009. – 198 с.

3. Фурманов, А.Г. Разработка и внедрение новых образовательных технологий по формированию здорового образа жизни, учитывающие специфику образования и воспитания детей, пострадавших от катастрофы на Чернобыльной АЭС. Отчет о НИР по президентской программе «Дети Беларуси» (подпрограмма «Дети Чернобыля»). – Минск : Бел. НИИ образования, 2000. – 176 с.

4 ОПТИМАЛЬНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ – НЕПРЕМЕННОЕ УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Доступная нам литература по обсуждаемой проблеме не содержит тщательно проработанной дефиниции понятия «двигательная активность». Исходя из существующих нестрогих определений [14], двигательная активность (ДА) – это внутренне детерминированная и внешне обусловленная система рациональных форм двигательной деятельности, существенными моментами которой являются движения, организованные в систему активных мышечно-двигательных действий.

В современном мире человеку угрожает множество опасностей: войны, голод, болезни, загрязнение среды обитания, истощение источников энергии и т. д. К числу опасностей, подстерегающих здоровье, а иногда и жизнь человека, относится гиподинамия.

Человечество, не знавшее ее в течение долгих тысячелетий, особенно страдает от этой напасти в трех-четырех последних поколениях.

Гиподинамия – это ограничение ДА органов и систем человека, приводящее в результате ослаблений важнейших функций организма к различным нарушениям опорно-двигательного аппарата, кровообращения, дыхания, пищеварения и т. д., сопровождающееся снижением силы сокращения мышц, объема и массы мышечной ткани и т. д. Недостаточная ДА отражается и на психической деятельности: появляются сонливость или бессонница, вялость или раздражительность; вследствие быстро наступающего утомления снижается умственная работоспособность.

Чтобы понять резкое изменение в образе жизни современного человека, надо вспомнить, какой была ДА у его предков даже в сравнительно недавнем прошлом. Согласно данным академика А.И. Берга, в середине прошлого века из всей энергии, искусственно производимой и потребляемой на земле, 96% приходилось на мускульную силу человека и домашних животных. Лишь 4% вырабатывали паровые машины, водяные колеса, ветряные мельницы и т. д. А ныне мускульная сила производит только 1% энергии.

Жизненным кредо некоторых людей является «максимум комфорта, минимум движений». Такие люди наивно полагают, что, ограждая себя от лишнего шага, они тем самым сберегают свое здоровье. Снижение ДА в среднем и, особенно в пожилом возрасте способствует снижению уровня обмена веществ и отложению в организме избыточного количества жира, в результате чего люди уже после 35–40 лет начинают полнеть. Это связано с тем, что активность обменных процессов в организме после 25 лет снижается в каждое последующее десятилетие примерно на 7–8% [4].

Иначе говоря, люди, поощряемые привычкой к сидячему образу жизни, по своей воле спешат навстречу сердечным заболеваниям. Эффективнейшая профилактика большинства заболеваний, укорачивающих наш век, – это здоровый образ жизни, предполагающий достаточную ДА.

Проблему физических нагрузок для укрепления своего здоровья люди решают по-разному. Различные виды спорта, подвижные игры, туристические походы в основном привлекают школьников и студентов. Люди среднего возраста более привержены к недальним походам, охоте, рыболовству, лыжным и велосипедным прогулкам, некоторые делают утреннюю зарядку. Лица пожилого возраста наиболее часто или вовсе перестают заниматься физическими упражнениями или выполняют очень легкую зарядку [59].

Воздействие гиподинамии неощутимо, не причиняет боли, подчас даже приятно, потому что вплотную связано с блаженной расслабленностью, покоем, безмятежностью, мышечным сибаритством. Но когда малоподвижность усугубляется перееданием, злоупотреблением спиртными напитками и курением, лекарствами и наркотиками, то даже в молодом возрасте резкий упадок физических и психических сил может последовать уже через несколько лет [92]. В данном контексте движение (в широком смысле этого слова) – это не только активная двигательная функция скелетной мускулатуры, но и оптимальная работа прочих мышечных образований, а также совокупность процессов полноценного метаболизма вплоть до клеточного уровня [15].

Реальностью последних лет стало сверхраннее (в возрасте 5–7 лет) начало занятий спортом. Можно спорить о методике, нагрузках, двигательных программах таких занятий, что и делают специалисты. И все же в строгом научном смысле на сегодня фиксируется досадное опоздание, ибо в процессе ожидания этих 5–7 лет, пока ребенок подрастает и осваивается в области слов, понятий и чувств, подчас утрачивается тот счастливый двигательный дар, которым по праву рождения владеют (точнее – могли бы владеть) многие из нас [8, 103]. О ДА ребенка надо начинать заботиться еще до его появления на свет. Наиболее полно и обстоятельно этот вопрос применительно к возрастной физиологии разработал проф. И.А. Аршавский [3].

Расхожее выражение «ждать ребенка» для многих будущих матерей означает пассивное ожидание события, малоподвижную жизнь, традиционную ориентацию на усиленное питание – за «двоих». Физиология же требует, чтобы не родившийся еще ребенок «заработал себе на жизнь» – начал двигаться, находясь в утробе матери. Он делает это инстинктивно, когда в крови матери нет достаточного количества кислорода и питательных веществ. Получая меньше кислорода и питательных веществ (разумеется, до определенного предела),

неродившийся ребенок реагирует на это сокращением мышц. Именно эти периодические толчки ощущает под сердцем каждая мать. Собственно говоря, цитоплазматическая ДА начинается значительно раньше, когда о каком-либо созревании нервно-мышечной системы еще не может быть и речи – уже со стадии зиготы (оплодотворенной яйцеклетки). Эта безостановочная работа обеспечивается сократительными белками – актином и миозином. У него (организма) появляется необходимый «генератор» процессов роста (анаболизма), без которого начавшаяся жизнь сразу же остановила бы свой разбег, ибо закон всего живого можно сформулировать так: где нет движения, там есть смерть [89].

Если будущая мать переедает и к тому же подвержена воздействию гиподинамии, то это еще больше лимитирует расход питательных веществ. В таких условиях ребенок лишается стимулов к ДА. Ему не нужно «зарабатывать себе на жизнь». Мышцы его включаются реже, рост его тормозится, развитие идет медленнее.

Изложенное выше – отнюдь не просто умозрительные заключения, они подкрепляются печальной статистикой. В начале XX века рождалось 15–20% физиологически незрелых детей, т. е. с отрицательными особенностями физиологии (не путать с недоношенными!), а в настоящее время – уже намного больше половины. Что это означает? То, что большая часть младенцев появляется на свет неготовыми к подвигу жизни, склонными к замедленному развитию, уязвимыми для многих заболеваний [82].

Касаясь мнений о том, что для человечества опасностью номер один являются сердечно-сосудистые заболевания и рак, И.А. Аршавский склоняется к мысли, что здесь мы меняем местами следствие и причину, ибо именно физиологическая незрелость (оценивается по системе ВОЗ) является предпосылкой болезней, которые затем требуют столь больших жертв [3].

Игнорируя возможности, которые мудрая природа предусмотрела для внутриутробного развития человека, родители и после его появления на свет не спешат создавать оптимальные условия для того, чтобы ДА сполна сыграла свою архиважную роль. Между тем современная наука убедительно подтверждает ту истину, что дефицит движения резко повреждает любую живую систему, в том числе и человеческий организм. И наоборот. Оптимальная двигательная нагрузка для растущего человека является универсальным фактором здоровья. Биологическое значение движения в раннем онтогенезе не ограничивается только освоением более широкого диапазона двигательных навыков. Ребенок, которому с первого дня рождения была обеспечена необходимая мышечная свобода, не только быстрее пополняет арсенал динамических стереотипов и целесообразнее реагирует на изменяющуюся обстановку, начинает ощущать свое тело как послушный двигательный инструмент, но и органичнее вписывается

в окружающий мир, значительно обгоняет сверстников как в психологическом, так и в интеллектуальном развитии [10].

Н.В. Введенский отмечал, что каждый молодой организм в нормальных условиях таит в себе громадный запас сил и задатков. Обычно лишь незначительная часть этих сил и задатков действительно проявляется и утилизируется в дальнейшей жизни. Насущный вопрос заключается в том, как по возможности полнее использовать тот богатый запас сил, который заложен в нашу организацию [54]. Рассматривая с позиций современного знания проблему неполной реализации интеллектуального и физического человеческого потенциала, специалисты почти всегда обнаруживают дефицит ДА как тормозящий фактор [62].

«Зарабатывать себе на жизнь» – это не только моральный постулат, но и физиологический принцип, который должен органично включаться в процесс нормальной жизнедеятельности с самого раннего возраста. В этом аспекте мать, родившая физиологически незрелого младенца, ухудшает его положение, когда, искусственно перекармливая, столь же искусственно лимитирует его подвижность, затрудняя созидательную деятельность природы в цикле «работа – распад белковых тканей – восстановление и супервосстановление» [63]. Например, наша традиционная привычка к тугому пеленанию новорожденных. Исполняя этот странный обряд, родители ребенка не щадят своих сил, чтобы при всем своем желании ребенок не смог бы даже пошевелиться в этой своеобразной «смирительной рубашке», которой встречает его жизнь. В этом давнем обычае трудно угадать какой-нибудь прок. Разве что один: при нормальном свободном одевании ребенок периодически двигается, освобождается от своих покровов и вследствие этого вновь и вновь требует внимания. В то же время туго спеленутый «пакет» лежит неподвижно и доставляет меньше хлопот. Однако при этом самому младенцу причиняется двойной вред: исключается необходимая ему для развития двигательная активность и заглушается, если воспользоваться выражением И.П. Павлова, рефлекс свободы [16].

Другой популярный способ ограничения двигательной активности – содержание ребенка при повышенной температуре. Физиологический криминал явления заключается в следующем: уже при 32–34° С стимулы к движению блокируются и мускулатура полностью расслабляется. Таким образом, родители, полагающие, что этим способом они обеспечивают ребенку комфортные условия, фактически в той или иной степени тормозят его нормальное развитие [44].

Между прочим, ребенок совсем не так слаб и уязвим, как мы привыкли его оценивать. Например, в прошлом тунгуски и монголки даже при сильном морозе (–40° С) прямо на снегу производили свое потомство на свет. И дети не погибали, приспосабливаясь к таким суровым условиям.

В то же время мы не являемся сторонниками экстремальной системы движений и закаливания (купание младенцев в ледяной воде) и в этом плане разделяем позицию известного специалиста в данной области А.Н. Колгушкина [47].

Вообще говоря, появление на свет – это переход из лета материнского организма в зиму нашей обычной температуры. В момент рождения на терморегуляторную систему ребенка обрушивается поистине шоковое испытание. Но ДА сразу приходит ему на помощь, он начинает сучить ножками и ручками, сильно напрягается и таким образом успешно восстанавливает равновесие между новой средой обитания и собой. Своим поведением младенец (точнее – сама природа) подсказывает урбанизированному человеку отличный способ стимулирования активности скелетных мышц – дозируемые холодовые экспозиции, методика применения которых уже разработана педиатрами.

Ребенок открывает счет первым месяцам своей жизни, а потом и годам, но попытки лишить его законной доли движения не прекращаются. Взрослые носят его на руках, в специальных рюкзаках за спиной, возят в колясках, стараются, устав от его беготни, чем-нибудь занять, усадить, угомонить. Здесь человек должен осознать все тот же сермяжный смысл явления. Заботливые взрослые фактически заботятся не о ребенке, а о самих себе. Значительно удобнее и быстрее катить коляску или нести малыша, чем терпеливо примеряться к его первым шагам по земле, придумывать ему подвижные игры, пополнять его двигательный арсенал [90].

Дошкольные учреждения тоже не в состоянии внести в ситуацию решительный перелом. Воспитатели здесь только женщины, а поскольку женщины о физической культуре чаще всего имеют весьма приблизительное представление, то в яслях и детских садах преобладают тихие игры и прогулки, энергетическая ценность которых весьма невелика.

Когда ребенку исполняется 6–7 лет, традиционная педагогика подхватывает худшие родительские традиции и засаживает ребенка за парту, требует от него внимания и прилежания, лучшим признаком чего в глазах многих учителей является неподвижная, застывшая поза. Десятилетиями школа игнорирует то обстоятельство, что игры детей – бег, прыжки, скакалка, танцы и т. д. – физиологически обусловленная необходимость. Поэтому записи в дневниках, наподобие «вертелся за партой», «бегал на перемене» и т. п., свидетельствуют не столько против учеников, сколько о массовом нежелании учителей содействовать (или хотя бы не мешать) активному поведению наших детей.

В итоге, как отмечает Д.В. Колесов, у 5–8% старшеклассников обычных школ и у 14–18% учеников специальных школ наблюдаются гипертонические реакции сердечно-сосудистой системы [48]. Ученым также установлено, что АД у современных школьников на 10–20 мм рт. ст.

выше, чем было 10–15 лет назад. У 10–15% школьников зафиксирована избыточная масса тела. Заболеваемость среди них в среднем на 15% выше, чем у ребят, с нормальной массой тела. Примерно у 30% встречаются хронические заболевания носоглотки (хронический тонзиллит, ринит, гайморит), у 15–20% отмечено снижение остроты зрения. 12–22% детей страдают нарушениями осанки.

По мнению специалистов, если мы не только на словах, но и на деле хотим обеспечить здоровью человека несомненный приоритет, нужно прежде всего создать условия для его полноценного физического развития. «Здоровье важнее математики и физики вместе взятых» [16]. Физиологически неполноценному ребенку, если оставить его таковым, трудно стать защитником Родины или ученым, спортсменом, или рабочим. Пока от гиподинамии слабеют мускулы, вместе с ними будет страдать и мозг.

Данные социологических исследований свидетельствуют, что только 3–5% нашего школьного педагогического корпуса (за исключением учителей физкультуры) сами занимаются спортом. Многие воспитанники общеобразовательных учреждений не могут быть призваны в армию, поскольку имеют серьезные дефекты в физическом развитии. Предложенные школьникам тесты на силу, выносливость и быстроту показывают, что, по сравнению с 1980–2000 гг., эти показатели снижаются.

Начиная с 1985 г. внимание многих авторов [3, 5, 7, 36] сосредоточено на методиках формирования ДА людей, начиная с грудного возраста. Я. Бердыхова формулирует цель и задачи занятий с детьми следующим образом: необходимо пробудить у родителей интерес к физическому развитию ребенка с раннего возраста (с 2 лет) и убедить их в том, что систематические занятия помогают детям приобрести двигательный опыт, развивают ловкость, быстроту, динамическую силу, вырабатывают решимость и другие качества [7].

У родителей, как правило, не хватает времени на воспитание ребенка. При совместных занятиях они сосредоточивают свое внимание исключительно на ребенке, что доставляет ему огромную радость. В течение всего урока любимая мама или папа принадлежат только ему, он может с ними играть, резвиться, осваивать под их наблюдением новые интересные упражнения.

Занятия предоставляют родителям возможность освоить ряд необходимых упражнений и игр, которые можно повторять с ребенком в свободные минуты (дома, на улице, в парке у воды), и таким образом способствовать его физическому развитию и совершенствованию двигательных навыков. Вместе с тем у родителей появится возможность

делиться друг с другом опытом занятий с детьми и тем самым содействовать пропаганде физкультуры.

Занятия с родителями необходимы, в первую очередь, тем детям, которые не посещают дошкольные учреждения.

ДА взрослых является большим достоинством новой формы занятий.

С медицинской и педагогической точек зрения, развитие ребенка автор делит на следующие этапы: грудной возраст – до 1 года; младший возраст — от 1 года до 3 лет; дошкольный возраст – от 3 до 6 лет. Чтобы родителям было легче ориентироваться, упражнения составлены по возрастным группам.

Грудной возраст:

На 1-м месяце дайте возможность ползать.

В 2–5 месяцев кладите ребенка на животик, берите его на руки и, показывая игрушку, стимулируйте движения.

В 4–6 месяцев – вращение вокруг продольной оси и побуждение его к ползанию на животе. Притягивая за руки, сажайте ребенка и, приподнимая, ставьте на ножки, позвольте опираться о вертикальную поверхность.

В 7–9 месяцев побуждайте ребенка ползать, сидеть, стоять, а некоторых учите ходить. Добавляйте простые подвижные игры.

В 10–12 месяцев продолжайте развивать умение ползать, стоять и ходить, опираясь на что-нибудь, а затем побуждайте его к первым самостоятельным шагам, с поднятыми вверх руками.

Рассматривая физическую активность людей разного возраста, Я. Бердыхова отмечает также, что в младенческом возрасте организатором физической тренировки ребенка будет его мать [7]. Конечно, роль других членов семьи тоже не так уж мала, чтобы помочь главному воспитателю – маме. Эта помощь может заключаться в подготовке места занятий, подборе нужных предметов. Начинать физическую тренировку ребенка необходимо с 1,5–2-месячного возраста. Основные средства физической тренировки детей грудного возраста: массаж; рефлекторные, пассивные, пассивно-активные и активные упражнения.

В возрасте до 6 месяцев занятия включают в себя рефлекторные; пассивные и пассивно-активные упражнения. Помимо ежедневных занятий физическими упражнениями нужно стремиться к тому, чтобы у ребенка была возможность для реализации уже приобретенных моторных умений. Для этого нужно оснастить места его пребывания (кроватка, манеж) необходимыми игрушками и приспособлениями.

Программа занятий физическими упражнениями детей 7–8-месячного возраста значительно расширяется прежде всего за счет включения в нее активных упражнений (например, доставать руками игрушки, ползать за игрушками). В это время нужно использовать для расширения объема ДА

ребенка новые виды упражнений. Им должны быть освоены: переворачивание с живота на спину, ползание на четвереньках, наклоны и выпрямление туловища, изменение положения (с помощью пальцев взрослого садиться, ложиться), перекладывание игрушек из одной руки в другую. С этой целью полезно изменять положение игрушек, побуждая малыша находить их. Такие упражнения нужно выполнять короткими сериями (по 5–7 мин), в форме игры с ребенком.

В возрасте 9–10 месяцев объем физической тренировки может быть увеличен. Главная задача в это время – подготовить опорно-двигательный аппарат ребенка к освоению ходьбы. В этом могут помочь упражнения, связанные со вставанием с помощью взрослого, и разные виды ходьбы с поддержкой.

В последние 3 месяца 1-го года объем нагрузки на занятиях можно увеличить и сделать их разнообразнее по содержанию. 10-й месяц целесообразно посвятить повышению объема выполняемой нагрузки за счет увеличения продолжительности занятий и постепенного увеличения количества повторений в упражнениях в 1,5–2 раза.

Дети 11–12 месяцев могут долго стоять без опоры и ходить, держась за руку взрослого, а к концу этого периода уже могут ходить, поднимать предметы [28], наклоняясь, могут выполнять некоторые задания взрослых (например, достать и принести игрушку). Содержание физической тренировки малыша в этот период усложняется, главным образом, за счет включения в нее различных перемещений в виде ходьбы с поддержкой, самостоятельной ходьбы со страховкой, передвижения на четвереньках, приседаний, стояния на месте, полуприседаний (приплясывания). Продолжительность занятий может быть увеличена до 15 мин.

Основное содержание ДА детей 2-го года жизни составляют ходьба, лазанье, преодоление препятствий, различные игры с мячами, игрушками, обручем, палкой, веревочкой (скакалкой). В конце этого периода могут применяться такие упражнения, как плавание в круге, упражнения на дыхание, различные игры в воде и т. д. Главная задача в этот период – помочь ребенку освоить правильную ходьбу с ритмичными и согласованными движениями рук и ног, укрепить мышцы ног, спины и живота, так как от их силовой подготовленности во многом будет зависеть формирование правильной осанки.

У детей этого возраста длительные упражнения на ловкость и координацию вызывают быстрое утомление. Поэтому время таких занятий следует ограничивать до 15–20 мин. На каждом занятии нужно выполнять от 6 до 10 упражнений. Распределять упражнения в отдельном занятии лучше всего в следующем порядке: вначале делать упражнения, связанные с движением рук, затем туловища, ног. Упражнения, связанные с бегом или играми, следует выполнять в конце занятий перед заключительной частью.

Дошкольный возраст (3–6 лет) характеризуется значительными изменениями в физическом и двигательном развитии ребенка. К середине 3-го года жизни формируются основные переместительные движения, хотя их окончательное развитие наступает лишь в подростковом возрасте. Быстрыми темпами происходят рост скелета, увеличение мышечной массы, изменение пропорций тела. Осваиваются основные жизненно важные движения. Особенности психики ребенка этого возраста обусловливают целесообразность коротких по времени, но часто повторяющихся занятий разнообразного (преимущественно игрового) содержания. Недопустимы нагрузки организма ребенка упражнениями, связанными с большим силовым напряжением и утомлением [13].

В младшем дошкольном возрасте (3–4 года) важно приучить ребенка к ежедневным занятиям физическими упражнениями и подвижным играм как обязательным и непреложным элементам повседневной жизни. В этот период необходимо создать все условия для освоения ребенком многих видов простейших движений, действий и закаливающих процедур.

Главная задача физического воспитания ребенка 3-го года жизни – освоение и совершенствование новых видов движений, особенно пальцев рук и кисти, закрепление и совершенствование навыков уже освоенных видов движений. Содержание двигательной активности ребенка обогащается за счет совершенствования навыков ходьбы, перемещения в усложненных условиях: ходьба по веревочке, по доске, перелезание через бревно, спрыгивание с небольшой высоты, прыжки в длину с места, подскоки на двух ногах, подбрасывание и ловля мяча, произвольные изменения положения ног, рук, туловища и головы, плавание и упражнения в воде, игры на воздухе и дома. Для развития ловкости и быстроты реакции применяются перемещения со сменой направления ходьбы и бега, упражнения с предметами, особенно с мячом. Координация движений кисти и пальцев развивается в специальных упражнениях, а также при игре с кубиками, пластилином [6].

Занятия проводятся ежедневно в виде зарядки, упражнений по освоению и совершенствованию движений (3 раза в неделю) и различных игр. Продолжительность занятий в начале периода до 15–20 мин, к концу – 20–25 мин. Важно в этом возрасте приучить ребенка к ежедневным занятиям утренней зарядкой.

На 4-м году жизни уделяется внимание освоению новых движений, главным образом из арсенала упражнений спортивного характера. Новая черта физической тренировки в этот период – постановка целей в ряде упражнений. В качестве таких целей могут быть следующие: пробежать быстро, метнуть далеко, попасть мячом в цель, быстро среагировать на команду.

В возрасте 3–4 лет необходимо начать целенаправленное воспитание таких физических качеств, как ловкость, быстрота, гибкость, сила и выносливость. Продолжительность занятий составляет 30–35 мин. Занятия проводятся 3–4 раза в неделю.

На 5-м году жизни необходимо продолжить развитие быстроты, ловкости, гибкости, силы, а также воспитывать способность быстро формировать в сознании и ощущениях образ нового движения, иначе говоря, быстро схватывать суть и особенности разучиваемых движений и элементов, понимать разъяснения взрослого и уметь воплощать идеальный образ движения в собственных действиях [53].

Режим ДА ребенка 6-го года жизни должен быть более напряженным, главным образом за счет расширения средств физической подготовки и увеличения продолжительности занятий, которые могут достигать 45 мин.

Занятия с детьми 7-го года жизни по направленности мало отличаются от занятий с 6-летними. Все большее место на тренировке начинают занимать движения, выполнение которых связано с включением в активную работу больших мышечных групп рук, ног, живота и спины [73].

Младший школьный возраст (7–10 лет) – наиболее активный период в формировании двигательной координации ребенка. В это время закладываются основы культуры движений, успешно осваиваются ранее неизвестные упражнения, приобретаются новые двигательные навыки. Однако при дозировании физических нагрузок в младшем школьном возрасте необходимо проявлять определенную осторожность. У ребенка этого возраста, с одной стороны, еще не завершился процесс формирования двигательного аппарата, а с другой – изменился общий режим и ритм жизни в связи с началом учебы в школе. Поэтому следует ограничивать применение силовых упражнений, тренировочных нагрузок на выносливость, строго контролировать длительность занятий. Кроме школьных уроков физкультуры, ДА младшего школьника должна обязательно дополняться утренней зарядкой и 2–3 домашними тренировочными занятиями в неделю [18, 29, 39].

В подростковом возрасте наиболее успешно развиваются те компоненты физического потенциала ребенка, которые обеспечивают повышение уровня его скоростных и скоростно-силовых способностей. При этом базовым элементом всего комплекса успешно развивающихся в подростковом возрасте физических качеств является быстрота. Именно быстрота и скоростная сила, как показали проведенные исследования возрастного развития движений человека, наиболее интенсивно увеличиваются в подростковом возрасте, самом благоприятном для накопления этих составляющих общего физического потенциала человека. Другого такого периода в жизни человека не будет. В этом возрасте

большие отягощения в процессе тренировок недопустимы. Основные средства: быстрый бег, прыжки, метание легких снарядов, темповые гимнастические упражнения, в том числе из арсенала гантельной гимнастики, езда на велосипеде, занятия в плавательном бассейне и, конечно, много спортивных и подвижных игр, требующих сноровки, быстроты реакции, быстроты движений и перемещений – вот перечень основных средств для развития силовых и скоростно-силовых качеств подростка [40, 95].

Для возрастного развития старших школьников (15–17 лет) характерны самые высокие толчки роста физического потенциала в целом. Наиболее интенсивны увеличение силовых показателей, повышение выносливости и совершенствование двигательной координации. Процесс взросления и возмужания сопровождается изменением структуры личностных установок и мотиваций, что требует особого внимания к формированию новых стимулов физического совершенствования [43, 86, 88].

Физическое воспитание юношей и девушек 15–17 лет направлено на закрепление мотиваций к повседневному и систематическому физическому совершенствованию (как в организованных, так и особенно в самостоятельных формах), на формирование ответственного отношения к собственному здоровью и физической подготовленности, на освоение здорового образа жизни. Основные направления развития физического потенциала человека в этот период – это повышение уровня силы и выносливости, достижение высокого уровня координации движений в физических, в том числе спортивных, а для юношей – и в военно-прикладных упражнениях. В этом возрасте главное не опоздать с формированием физического потенциала молодого человека. Ведь это теперь уже на всю жизнь [30, 35, 69, 87].

Если юноша или девушка не занимаются в спортивных секциях или школах, т. е. не имеют условий для достаточно интенсивной физической подготовки, то организованные занятия необходимо дополнять самостоятельными упражнениями в свободное от учебы и других занятий время. В этом случае тренироваться самостоятельно необходимо не менее 2–3 раз в неделю по 1,5–2 ч, выполняя предложенные учителем физкультуры или самостоятельно намеченные домашние задания. Каждое из этих заданий должно быть выполнено 10–12 раз и может служить планом самостоятельных тренировок в течение месяца. Это качество занятий обусловлено необходимостью и достаточностью повторений физической нагрузки однородного характера для получения тренировочного эффекта [28].

Самостоятельная ДА юношей и девушек не должна ограничиваться только выполнением домашних заданий. Помимо этого, юным

физкультурникам полезно ходить в туристические походы, участвовать в различных соревнованиях, а главное – не упускать возможности заниматься спортивными играми – футболом, хоккеем, баскетболом, волейболом, теннисом, настольным теннисом, гандболом и др. В этом плане полезны рекомендации по развитию мышечной силы у самостоятельно занимающихся спортом юношей и девушек [17]. Силовые упражнения, применяемые в работе с юными спортсменами, можно разделить на 2 группы: с внешним отягощением или сопротивлением (штанга, гири, гантели, ядра, набивные мячи, мешки с песком, камни, бревна; масса тела и сопротивление партнера, использование эспандера, резины); массой собственного тела в качестве отягощения (упражнения на гимнастических снарядах, прыжки и т. п.) [33, 43, 58].

При формировании физической активности старших школьников, а также людей зрелого возраста (18–55, 60 лет и старше) важное место должен занять интеллектуальный компонент физической культуры личности. Знание основ теории физической тренировки, законов биомеханики движений, способов развития и совершенствования физического потенциала, медико-биологических основ тренировки и закаливания и других сведений, необходимых для сознательного и предметного управления своей ДА – залог серьезных успехов в физкультурном воспитании как подрастающего поколения, так и взрослых. Не менее важным является понимание роли ДА для достижения высокого уровня здоровья, гармоничного совершенствования человека и ее огромного значения для здорового образа жизни [1, 26, 58, 64].

Для людей от 18 до 30 лет необходимо приобретение дополнительных знаний, в том числе об особенностях ДА человека зрелого возраста, правилах дозирования физических нагрузок и самоконтроля. Вступление в брак, начало семейной жизни, заботы о воспитании детей потребуют нового расширения знаний о ДА, приобретения определенных педагогических навыков.

Именно поэтому положение о том, что здоровье можно сохранить и приумножить лишь при соблюдении трех основных правил активного двигательного режима, сохраняет свою силу для возраста старше 30 лет, когда человек выполняет значительный объем работы в своей жизни [54]. К этим правилам относятся: 1) циклические упражнения умеренной интенсивности, позволяющие улучшить выносливость сердечно-сосудистой и двигательной систем, повысить работоспособность и приумножить запас жизненных сил; 2) рациональный режим питания, обеспечивающий организм всеми необходимыми для жизнедеятельности компонентами, но одновременно не содержащий излишков калорий, которые столь непривлекательны в форме жировых отложений на талии, бедрах, подбородке; 3) достаточный объем гимнастических упражнений,

позволяющий сохранить гибкость мышц и суставов, помогающий выработать правильную и красивую осанку, плавную походку, размеренные свободные движения [34].

Если уровень физической подготовленности не очень высок и вы никогда не занимались физкультурой, советует Л.А. Лещинский [54], то степ-тест, разработанный известным медиком В. Кэршем, поможет легко определить состояние сердечно-сосудистой системы (ССС). Найдите скамейку или прочный стульчик высотой 30 см. Становитесь на скамейку и сходите с нее на четыре счета: на счет «раз» поставьте одну ногу на скамью, на «два» – другую, на «три» опустите одну ногу на землю, на «четыре» – другую. Темп должен быть следующим – два полных шага вверх и вниз за 5 с, 24 – за минуту. Продолжайте выполнение теста в течение 3 мин. Закончив, сразу же сядьте на скамейку и подсчитайте пульс в течение минуты, чтобы определить не только его частоту, но и скорость, с которой деятельность сердца восстанавливается после нагрузки. Сравните полученные результаты с данными таблицы 1, и вы увидите, насколько хорошо подготовлены. Запишите свой показатель в специальную таблицу, характеризующую уровень подготовленности вашего организма. Если вы высокого роста, то, возможно, этот тест окажется для вас слишком легким и полученные данные не будут отражать истинное состояние. Предлагаем всем, кто выше 152 см, увеличивать высоту скамейки на 5 см на каждые последующие 7,5 см роста.

Таблица 1 – Степ-тест Кэрша

Оценка подготовленности организма	**Возраст, лет**	
	18–26	**27–60**
	Число ударов в минуту	
Превосходная	73	74
Отличная	74–82	75–83
Хорошая	83–90	84–92
Удовлетворительная	91–100	93–103
Посредственная	101–107	104–112
Плохая	108–114	113–121
Очень плохая	115	122

Если вы занимаетесь физкультурой, по крайней мере, непрерывно в течение 3 месяцев, довольно легко бегаете, вам вполне подойдет полуторамильный тест бега и ходьбы, разработанный К. Купером [50]. Он дает более полное представление о состоянии сердечно-сосудистой системы.

Найдите беговую дорожку (в парке, роще, лесопосадке и т. д.), длину которой вы знаете, и начинайте бег. Продолжайте его до тех пор, пока не станете задыхаться. Тогда замедляйте темп и переходите на ходьбу до тех пор, пока не восстановите дыхание, затем снова бегите и опять переходите на ходьбу, и так до тех пор, пока не преодолеете расстояние, равное полутора милям (2413,5 м). Поскольку этот тест является проверкой выносливости и максимальных возможностей организма, бегите изо всех сил, но, не допуская появления болевых или неприятных ощущений. Сравнив свой результат с данными таблицы 2, вы сможете записать свой результат в таблицу, характеризующую уровень подготовленности вашего организма.

Таблица 2 – Полуторамильный тест бега и ходьбы

Оценка	**Возраст, лет**					
	13–19	20–29	30–39	40–49	50–59	Старше 60
Превосходная	11 мин 50 с и менее	12 мин 30 с и менее	13 мин и менее	13 мин 45 с и менее	14 мин 30 с и менее	16 мин 30 с и менее
Отличная	12.29-11.50	13.30-12.30	14.30-13.00	15.55-13.45	16.30-14.30	17.30-16.30
Хорошая	14.30-12.30	15.54-13.31	16.30-14.31	17.30-15.56	19.00-16.31	19.30-17.31
Посредственная	16.54-14.31	18.30-15.55	19.00-16.31	19.31-17.31	20.00-19.01	20.30-19.31
Плохая	18.30-16.55	19.00-18.31	19.30-19.01	20.00-19.31	20.30-20.01	21.00-20.30
Очень плохая	Более 18.31	Более 19.01	Более 19.31	Более 20.01	Более 20.31	Более 21.01

Приведенные ниже упражнения – ***тесты силовой подготовленности*** – помогают определить мощность различных отделов организма. Если вы способны выполнить каждое из них 1 или 2 раза, это означает, что вы находитесь в плохой форме, 3 – в посредственной, 4 – в хорошей и 5 – в отличной.

1. *Для мышц брюшного пресса.* Лежа на спине, колени согнуты, ступни полностью касаются пола, ноги слегка раздвинуты в стороны. Руки за головой, сцепленные в замок, подбородок касается груди. Начиная движение с головы, попытайтесь подняться и перейти в положение сидя.

2. *Для мышц рук и плеч.* Лежа на полу лицом вниз, кисти рук расположены под плечами, локти согнуты. Сохраняя тело неподвижным,

выпрямляйте руки до тех пор, пока тело не будет располагаться на выпрямленных руках и больших пальцах ног.

3. *Для бицепсов.* Обхватите перекладину хватом снизу. Подтягивайтесь, сгибая руки и стараясь подняться так, чтобы подбородок был выше перекладины, затем медленно опускайтесь. Многим женщинам подтягивания не удаются.

4. *Для трицепсов.* Те же подтягивания, но хватом рук сверху, выполнять которые намного труднее.

5. *Для мышц спины.* Лежа на полу лицом вниз, руки за головой в замке. Не отрывая ног от пола, прогибайтесь в пояснице, приподнимая голову и верхнюю часть туловища и отрывая их от пола.

6. *Для мышц ног.* Стоя, ноги ширине плеч, спина выпрямлена, кисти рук на бедрах. Медленно сгибайте колени, стараясь развести их как можно шире. Вернитесь в исходное положение.

Тесты на гибкость.

1. *Для мышц нижней части спины и ахилловых сухожилий.* Стоя, ноги вместе, колени соединены. Не сгибая коленей, попытайтесь положить ладони на пол.

2. *Для мышц шеи и нижней половины туловища.* Лежа на спине, колени согнуты. Попытайтесь подтянуть одно колено так, чтобы оно коснулось носа, одновременно наклоняя голову и приподнимая верхнюю половину туловища навстречу к носу.

3. *Для мышц плеч.* Сидя или стоя, одна рука над плечом, согнутая в локте и заведенная за спину. Постарайтесь схватить эту руку снизу – сзади другой рукой. Повторите, поменяв положение рук.

4. *Для мышц передней поверхности голени и икроножных мышц.* Стоя на возвышении (примерно 5 см) на передней части ступней, старайтесь пятками коснуться пола.

5. *Для передней поверхности бедра.* Стоя и опираясь выпрямленной правой рукой о стену, захватите сзади левой рукой подъем левой ноги. Сгибая бедро, подтягивайте пятку вверх, как можно ближе к ягодицам. Согнутая в колене нога и наклоненное туловище должны составлять как бы прямую, поэтому не сгибайте туловища и не разворачивайте колени в сторону. Повторите то же другой рукой и ногой.

6. *Для боковых мышц туловища.* Стоя, ноги на ширине плеч. Наклоняйтесь влево, не сгибая ног в коленях, одновременно скользя левой рукой по ноге. Постарайтесь рукой дотянуться ниже колена. Правую руку, чтобы помочь себе, можно согнуть над головой. Повторите наклон в другую сторону.

7. *Для мышц брюшного пресса и спины.* Лежа на животе. Прогнитесь и захватите руками ступни ног за подъем. Прогибайте спину так, чтобы можно было покачиваться вперед – назад.

Ряд авторов рекомендуют заниматься многими видами спорта, из которых выделяют 5 основных, располагаемых по их аэробной значимости в следующем порядке: а) бег на лыжах; б) плавание; в) бег трусцой и бег; г) езда на велосипеде; д) ходьба [31, 84].

Основное преимущество ходьбы заключается в том, что ею может заниматься кто угодно и где угодно, независимо от возраста и пола. А недостаток в том, что она требует в 3 раза больше времени для достижения такого же эффекта, какой дает бег. Чтобы узнать об «эффекте, ходьбы» на разные дистанции с разной скоростью, воспользуйтесь формулой К. Купера:

$$P = 75 \frac{S^3}{t^2},$$

где P – очки, S – расстояние в км, t – время в минутах.

Купер считал, что мужчинам, стремящимся достичь хорошей физической подготовленности, за неделю следует набрать не менее 30, а женщинам – не менее 24 очков [50].

Кроме вышеперечисленных 5 видов аэробных упражнений, существует еще много других, которые применяют для получения желаемого оздоровительного эффекта. Например, вы можете предпочесть такие виды спорта, как теннис или гандбол, катание на роликовых коньках или ритмическую гимнастику.

Вовсе необязательно ограничиваться только одним видом аэробной активности. Можно периодически их менять (особенно это касается таких сезонных упражнений, как бег на лыжах), это вполне приемлемо. Единственное требование – интенсивность и длительность упражнений должны обеспечивать необходимый аэробный эффект, т. е. пульс в течение всей физической нагрузки должен достигать по меньшей мере 130 ударов в минуту и по возможности быть близким к оптимальному.

Какую бы группу населения ни изучали в качестве объекта анализа, повсюду обнаруживаются следы гиподинамии – патологические изменения углеводного, жирового, белкового и минерального обмена веществ, ослабление работы разных органов, снижение активности ферментов, ухудшение процессов анаболизма, деструктивные сдвиги в клетках и прежде всего в скелетной мускулатуре, снижение функции сердечной мышцы и т. д. Трудно даже назвать такой орган или систему, которые были бы застрахованы от повреждающего воздействия гиподинамии [55].

В обыденной жизни (механизированной, автоматизированной и малоподвижной) человека все же частично спасает то обстоятельство, что полностью движение из нее не исключено. Именно это и ослабляет воздействие гиподинамии, в какой-то мере нейтрализует ее губительные последствия, которые проявляются не сразу, не вдруг, а накапливаются

годами и десятилетиями, чтобы потом отозваться горьким эхом многочисленных болезней и недугов.

Исследователи считают, что даже в приложении к конкретному организму двигательная нагрузка не является константой (наподобие кислородной емкости крови) и зависит от питания, психического состояния, внешних причин. В этой связи возникает необходимость в определении оптимального объема ДА, который мог бы стать надежной гарантией от перечисленных выше отрицательных явлений.

И.А Аршавский считает оптимальной такую неоднозначную по длительности и интенсивности ДА, которая создает в организме условия для индукции избыточного анаболизма, т. е. увеличивает его энергетический потенциал, что, в свою очередь, обеспечивает оптимальное функционирование организма при выполнении основных социально необходимых функций (учебы, трудовой деятельности, службы в армии и др.) [3].

С понятием об оптимуме тесно связан вопрос о критериях его измерения и оценки. Разные авторы подходят к измерению параметров и оценке ДА с различных позиций. Так, Х. Моль и К. Купер измеряют ДА временем и интенсивностью, оценивая ее достаточность (или недостаточность) суммой баллов, набранных за неделю. Критерием оценки системы тренировки на выносливость (аэробики) авторы избрали показатели физической подготовленности, разработанные шведскими учеными.

В.Г. Ким [42] и А.Г. Фурманов [94] подходят к оценке общей ДА с позиции энергетики. Они считают, что оптимальное использование средств физической культуры должно соответствовать оптимуму суточных затрат энергии и строиться с учетом энергозатрат человека на производстве и в быту. Так как оптимальная норма расхода энергии на мышечную деятельность у взрослого человека в сутки физиологами определена (1200–2000 ккал) и известна энергетическая стоимость различных видов деятельности на производстве, в быту и при занятиях физическими упражнениями, то несложно высчитать, сколько энергии расходуется на мышечную работу, и определить, находится ли она в пределах оптимума, а если нет, то соответствующим образом корректировать ее.

Рассмотрение подхода с позиции энергетики убеждает в том, что он может быть принят при определении общих норм ДА только частично по следующим соображениям. Если сопоставить установленный в физиологии уровень оптимума энергозатрат на мышечную деятельность и затраты энергии при различных видах трудовой деятельности, то окажется, что расход энергии меньше установленных оптимальных норм отмечается у трудящихся только одной группы – у людей умственного труда, энергозатраты которых в сутки составляют 2200–2600 ккал, в то время как оптимум находится в пределах 3000–3800 ккал в сутки (1800 ккал – на основной обмен и пищеварение и 1200–2000 ккал – на мышечную

деятельность). При легком физическом труде расход энергии на мышечную работу уже находится в пределах оптимальных норм (2800–3400 ккал в сутки), а при умеренном и тяжелом физическом труде значительно превышает установленный оптимум. Если исходить из расчета оптимальных энергозатрат, то занятия физическими упражнениями для восполнения дефицита мышечной активности необходимы только одной группе трудящихся – людям умственного труда, а трудящиеся всех других профессиональных групп в дополнительных затратах энергии, связанных с занятиями физическими упражнениями, не нуждаются.

В то же время имеется большое количество работ разных авторов, выполненных по результатам наблюдений за трудящимися разных профессиональных групп (от умственного до тяжелого физического труда), показывающих, что трудящиеся, регулярно занимающиеся физическими упражнениями, т. е. имеющие дополнительный расход энергии, имеют более высокие показатели в труде, меньше утомляются к концу рабочего дня, лучше восстанавливают силы к началу следующего рабочего дня, значительно меньше болеют, лучше физически развиты и т. д. Факты убеждают в том, что дополнение общего режима движений на производстве и в быту занятиями физическими упражнениями оказывает положительное влияние на трудящихся. Предлагаются рекомендации к занятиям физическими упражнениями для трудящихся всех групп профессий, в том числе и для людей тяжелого физического труда и труда средней физической тяжести [94], но эти рекомендации имеют весьма приблизительный характер – умеренно использовать физические упражнения, не вызывая значительного расхода энергии или, по возможности, не повышая энергозатрат.

Другие авторы подходят к вопросу измерения и оценки ДА с иных позиций. Предлагается измерять ДА количеством локомоций или сделанных в сутки шагов, а также количеством проходимых в день километров [2, 50], количеством времени, затраченного на активные движения [94]. В свою очередь, Международная биологическая программа предлагает для учета суммарной ДА ведение дневников и заполнение анкет.

Так как проблема ДА комплексная и решается она для единой, целостной системы – человека, по-видимому, параметры, характеризующие ДА, могут рассматриваться с позиций разных дисциплин, но в результате должна быть найдена ее мера: сколько нужно заниматься физическими упражнениями, какими, когда и с какой интенсивностью, т. е. при решении проблемы ДА в любом случае нормироваться должна сама деятельность, а не параметры, характеризующие ее результат.

ДА целесообразно описывать комплексом показателей [94], куда входят: 1) объем, характеризующийся количеством времени, затраченным на занятия физическими упражнениями за календарный период; 2) интенсивность занятий, определяемая степенью напряжения ССС (по частоте сердечных сокращений) у взрослых или плотностью занятий у детей; 3) распределение объема ДА, выраженное количеством занятий и последовательностью в течение определенного календарного периода (педагогический показатель); 4) виды занятий физическими упражнениями, которые определяют характер необходимой физической нагрузки, и количество видов в течение определенного календарного периода. Эти параметры могут быть условно отнесены к педагогическим. Такой подход позволяет подойти к разработке общих количественных параметров характеристик гигиенического двигательного режима трудящихся.

Сопоставление объективных и субъективных показателей профессиональной работоспособности у рабочих и служащих (показатели сложной зрительно-моторной реакции, силовой выносливости, устойчивости внимания, функционального состояния ССС, хронометражные наблюдения и др.) свидетельствовало о том, что, несмотря на разный средний уровень утомления у трудящихся разных предприятий, динамика его во многом была сходна: наблюдалось постепенное уменьшение степени утомления к концу рабочего дня по мере увеличения у них объема занятий физическими упражнениями со средней интенсивностью в неделю от 0 до 10 ч. При затратах времени более 10 часов в неделю отмечалось повышение степени утомления, что также прослеживается на всех предприятиях. При дальнейшем увеличении недельного объема ДА низкой интенсивности (турпоходы в выходные дни, рыбная ловля) наблюдалось вторичное уменьшение степени выраженности утомления к концу рабочего дня, но в целом оно находилось в больших пределах, чем при объеме 6–10 часов в неделю.

Анализ взаимосвязи особенностей недельного распределения объема ДА с объективными и субъективными показателями работоспособности показал, что в возрасте до 30 лет менее выраженная усталость к концу работы и лучшая восстанавливаемость к началу следующего трудового дня отмечались при распределении недельного объема ДА на 3–5 раз при ежедневных занятиях утренней гимнастикой, а в возрасте старше 30 лет – при распределении недельного объема занятий физическими упражнениями на 2–3 раза также при ежедневной утренней гимнастике. В целом наименее выраженное утомление отмечалось при сочетании ежедневных занятий утренней гимнастикой с 3–5 более длительными и нагрузочными занятиями.

Профессиональная деятельность трудящихся оказалась взаимосвязанной также с количеством видов занятий физическими

упражнениями в годовом цикле. В возрасте старше 30 лет у трудящихся, занятых малоподвижным трудом, наиболее благоприятные показатели профессиональной работоспособности отмечались при наличии двух видов занятий физическими упражнениями, а в возрасте до 30 лет – 4–5 видов в годовом цикле.

Анализ показателей уровня профессиональной работоспособности в зависимости от конкретного вида занятий физическими упражнениями показал, что некоторые виды взаимосвязаны с определенными показателями, характеризующими профессиональную работоспособность. Например, у занимающихся плаванием оказалась самая медленная скорость реакции, в то же время они допускали наименьшее количество неадекватных реакций при исследовании сложной зрительно-моторной реакции и ошибок при исследовании функции внимания. Но если уровень некоторых показателей профессиональной работоспособности оказался взаимосвязанным с рядом видов занятий физическими упражнениями, то показатели динамики работоспособности в течение трудового дня от вида занятий не зависят.

В то же время удалось выявить наиболее благоприятное сочетание видов занятий физическими упражнениями. У трудящихся до 30 лет наиболее высокий уровень профессиональной работоспособности и ее наиболее благоприятная динамика отмечались при наличии в годовом цикле гимнастики (утренней и производственной) занятий играми, плаванием и лыжами; в возрастной группе старше 30 лет – также гимнастикой (утренней и производственной) в сочетании с каким-либо одним или двумя другими видами физических упражнений. Причем в возрасте старше 30 лет было наиболее выражено влияние занятий утренней гимнастикой на показатели восстановления к началу трудового дня.

Рассмотрение данных по затратам энергии в неделю на занятия физическими упражнениями в зависимости от особенностей трудовой деятельности, связанной с затратами энергии в процессе труда, показывает, что суммарные затраты энергии на занятия физическими упражнениями у трудящихся разных групп профессий являются примерно одинаковыми. У женщин, занимающихся умственным трудом, легким физическим, трудом средней физической тяжести и тяжелым физическим трудом, наиболее часто встречаются затраты энергии на занятия физическими упражнениями до 1000 ккал в неделю. У мужчин всех групп труда, кроме легкого физического, отмечается аналогичная картина. Исходя из полученных данных, можно предположить, что суммарные затраты энергии на занятия физическими упражнениями не зависят от физической тяжести труда.

Был проведен анализ взаимосвязей показателей профессиональной деятельности с особенностью суммарных энергозатрат за неделю на занятия

физическими упражнениями у трудящихся. Менее выраженное утомление к концу работы отмечалось при затратах энергии на занятия физическими упражнениями в неделю в пределах 3000–5000 ккал. У этой группы трудящихся наблюдалось самое большое относительное количество неустающих к концу рабочего дня и самое низкое – устающих сильно. Коэффициент утомляемости трудящихся при отмеченной энергостоимости занятий физическими упражнениями был самым низким. Неблагоприятные показатели утомления наблюдались у трудящихся, не занимающихся физическими упражнениями, т. е. не имеющих дополнительных к трудовой деятельности затрат энергии на физические упражнения. Коэффициент утомления у незанимающихся был самым высоким, а относительное количество неустающих к концу работы – самым низким.

Наиболее благоприятные показатели самочувствия к началу следующего рабочего дня отмечались также в группе трудящихся, имеющих недельные затраты энергии на физические упражнения в пределах 4000–5000 ккал. Об этом свидетельствует наибольшее относительное количество хорошо отдохнувших к началу работы и самый высокий коэффициент восстановления.

Анализ данных по средним затратам энергии на занятия физическими упражнениями в неделю показал, что они наиболее низки в группе трудящихся, занятых умственным трудом, – 2046,4 ± 32,1 ккал, а наиболее высоки у трудящихся легкого физического труда – 2922,3 ± 17,1 ккал. Трудящиеся, занимающиеся трудом средней физической тяжести и тяжелым физическим трудом, занимают промежуточное положение: их средненедельные затраты энергии на занятия физическими упражнениями равны соответственно 2498,5 ± 22,4 и 2420,5 ± 97,5 ккал. Эти данные еще раз подтверждают отмеченную ранее закономерность – снижение общей ДА приводит к уменьшению потребности двигаться и расходовать энергию.

Наиболее значительные затраты энергии на занятия физическими упражнениями у работников легкого физического труда, возможно, объясняются тем, что именно при таком труде, с одной стороны, сохраняется потребность двигаться и расходовать энергию, с другой – сам труд, требующий небольших затрат энергии, оставляет большой резерв для ее расходования.

При видах деятельности, имеющих разную физическую тяжесть труда, – от умственного до тяжелого физического, – наиболее благоприятные показатели профессиональной деятельности, самочувствия в процессе труда и заболеваемости отмечались при примерно однозначных показателях суммарной недельной энергостоимости занятий физическими упражнениями, находящимися в пределах 4000–5000 ккал.

Чтобы выяснить, как взаимосвязан двигательный режим с особенностями заболеваемости, сопоставлялась заболеваемость различными нозологическими формами у рабочих, имеющих неодинаковый объем занятий физическими упражнениями средней интенсивности в неделю, и его распределение, на разное количество видов занятий. Анализ данных в целом показал, что наименьшее количество случаев заболеваний и их средней продолжительности отмечались при объеме двигательной активности 6 часов в неделю, распределенных на 5–6 занятий (из которых 2–3 организованных) в возрасте до 30 лет и 2–3 занятия в возрасте старше 30 лет при наличии ежедневной утренней гимнастики. Меньшая заболеваемость в возрасте до 30 лет отмечалась при наличии в активе 5–6 видов занятий в годовом цикле, а в возрасте старше 30 лет – 3 видов [94].

Анализ объективных и субъективных данных профессиональной работоспособности показал, что у трудящихся, нормализовавших свой двигательный режим, утомление к концу рабочего дня стало менее выражено, восстановление к началу рабочего дня было более полным, заболеваемость по количеству случаев снизилась в 1,7 раза, по количеству дней нетрудоспособности в 1,5 раза и оказалась самой низкой по сравнению с другими группами занимающихся.

Динамические наблюдения за показателями физического развития и физической подготовленности у рабочих в зависимости от направленности и величины изменений двигательного режима свидетельствовали о том, что существенные ухудшения показателей отмечались при уменьшении недельного объема занятий физическими упражнениями, в то время как при увеличении двигательного режима и особенно при достижении его рациональных норм существенного ухудшения показателей физического состояния организма вообще не наблюдалось, а 9 показателей из 13 имели сдвиг в сторону улучшения [94].

Общие количественные пределы структурно-нормативной модели рационального двигательного режима трудящихся можно считать научно–обоснованными, так как данные, полученные педагогами и экономистами, вывели на одни и те же количественные пределы рациональных характеристик двигательного режима. Именно они легли в основу разработанной Единой программы физического воспитания населения бывшего СССР, где были обозначены пределы рационального недельного объема занятий физическими упражнениями (6 ч.), их интенсивность, кратность занятий и их характер, определяемый содержанием.

Аналогичные расчеты оптимального недельного объема ДА были произведены и для других контингентов населения. Так, для дошкольников он находится в пределах 21–28 часов, для школьников – 14–21 часа, для учащихся СПТУ, студентов специальных и высших учебных заведений – 10–14 часов.

Естественно, что только ДА является тем фактором, который, определяя дифференциальные особенности приспособленности человека к условиям его жизни, оказывает влияние на жизнеспособность людей и, таким образом, приобретает эволюционное значение. Любой поведенческий признак в большей или меньшей мере имеет такое значение. Чрезмерное питание и лень, вредные привычки или, напротив, разумный образ жизни, особенности характера, определяющие жизненный уклад, взаимоотношения человека в семье и на работе и т. д. – все эти особенности оказывают определенное «защитное» (или, напротив, вредное) влияние на каждого отдельного человека и таким образом имеют определенное эволюционное значение [10, 94].

Фактору ДА принадлежит в этом отношении особая роль. Если раньше ДА была одной из многих поведенческих особенностей, по которым происходил отбор наиболее приспособленных индивидуумов, а сам отбор по этому признаку выделял наиболее физически подготовленных из популяции хорошо физически подготовленных, то в XX веке и особенно во второй его половине ситуация изменилась. В последнее время отбор по признаку ДА осуществляется более жестко, так как означает отбор наиболее физически подготовленных из популяции плохо физически подготовленных [57].

Контрольные вопросы и задания для закрепления материала

1. Что понимается под ДА? Согласно данным А.И. Берга какой объем энергии затрачивает современный человек по сравнению с давними предками?
2. Гиподинамия и ее последствия.
3. Чем чревато ограничение ДА детей?
4. Характеристика физического состояния дошкольников. В чем заключается их оптимальная ДА?
5. Характеристика физического состояния детей младшего и школьного возраста. В чем заключается их оптимальная ДА?
6. Характеристика физического состояния детей подросткового возраста. В чем заключается их оптимальная ДА?
7. Характеристика физического состояния старших школьников. В чем заключается их оптимальная ДА?
8. Какие правила активного двигательного режима должны соблюдать люди зрелого возраста?
9. Какой тест предлагает известный медик В. Кэрш тем, у кого уровень физической подготовленности не очень высок, но есть желание заняться физической культурой?

Рекомендуемая литература

1. Фурманов, А.Г. Оздоровительная физическая культура : учеб. для студ. вузов / А.Г. Фурманов, М.Б. Юспа. – Минск : Тесей, 2003. – С. 53–64.

2. Ким, В.Г. Двигательная активность – жизненно необходима / В.Г. Ким // Среднее специальное образование. – 1987. – № 9. – С. 27–28.

3. Бойко, А.Ф. Не ждите первого звонка / А.Ф. Бойко. – М. : ФиС, 1990. – 208 с.

4. Аршавский, И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. Основы негэнтропии, теории онтогенеза / И.А. Аршавский. – М. : Наука, 1982. – 270 с.

5. Васин, Ю.Л. Физические упражнения – основа профилактики ожирения у детей / Ю.Л. Васин. – 2-е изд. – Киев : Здоровья, 1989. – 100 с.

6. Змановский, Ю.Ф. Воспитаем детей здоровыми / Ю.Ф. Змановский. – М. : Медицина, 1989. – 128 с.

7. Недвецкая, Г.Д. Движения великий смысл / Г.Д. Недвецкая. – Минск : Полымя, 1987. – 64 с.

8. Сахно, А.В. Здоровый образ жизни: двигательная активность и конституция человека / А.В. Сахно, А.С. Чубуков. – М., 1990. – 100 с.

9. Нестерова, И.А. Здоровый образ жизни в контексте категории «здоровье» / И.А. Нестерова // Высшее образование сегодня. – 2011. – № 2. – С. 92–94.

10. Туманян, Г.С. Здоровый образ жизни и физическое совершенствование : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г.С. Туманян. – 3-е изд., стереотип. – М. : Академия, 2009. – 336 с.

11. Здоровый образ жизни : сб. статей / редкол.: В.М. Киселев [и др.]. – Минск : БГУ, 2009. – Вып. 7. – 155 с.

12. Лунин, Н.Н. Формирование здорового образа жизни – приоритетная социальная задача / Н.Н. Лунин // Высшее образование сегодня. – 2009. – № 6. – С. 76–78.

5 ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Анализ опыта практики и литературы по оздоровлению людей показывает, что здоровье человека наиболее результативно обеспечивает не просто соблюдение здорового образа жизни, но и применение созданных на его основе специальных оздоровительных систем, программ и методик, которые используют действенные компоненты здорового образа жизни и направляют их, прежде всего, на повышение защитных сил организма [94].

Таких систем, программ и методик создано много. Однако далеко не все из них одинаково эффективны, достаточно научно обоснованы и приемлемы для использования. Кратко остановимся на тех, которые, по нашему мнению, более целесообразны.

5.1 Оздоровительная система П.К. Иванова

Оздоровительная система П. Иванова использовалась им на протяжении 50 лет. По его убеждению, смысл человеческой жизни можно найти только через единение с природой, с ее «живыми телами» – Воздухом, Водой и Землей, которые могут раскрыть в человеке неведомые силы [94].

Свою систему П. Иванов сформулировал в 12 правилах – заповедях, которые начинаются с обращения «Детка» (так он обращался к любому человеку):

1. Два раза в день купайся в холодной природной воде, чтобы тебе было хорошо. Купайся, где можешь: в озере, речке, ванной, принимай душ или обливайся. Это твои условия. Горячее купание заверши холодным.

2. Перед купанием или после него, если это возможно, выйди на Природу, встань босыми ногами на землю, а зимою на снег, хотя бы на одну-две минуты. Вдохни через рот несколько раз воздух и мысленно пожелай себе здоровья.

3. Не употребляй алкоголя и не кури.

4. Старайся хоть раз в неделю обходиться без пищи и воды: с пятницы 18–20 часов до воскресенья 12 часов.

Это твои заслуги и покой. Если тебе трудно, то держись хотя бы сутки.

5. В 12 часов дня воскресенья выйди на Природу босиком – несколько раз подыши и помысли. Это праздник твоего дела. После этого можешь кушать все, что тебе нравится.

6. Люби окружающую тебя Природу. Не плюй вокруг и не выплевывай из себя ничего. Привыкни к этому: это твое здоровье.

7. Здоровайся со всеми везде и всюду, особенно с людьми пожилого возраста. Хочешь иметь у себя здоровье – здоровайся со всеми.

8. Помогай людям, чем можешь, особенно бедному, больному, обиженному, нуждающемуся. Делай это с радостью. Отзовись на его нужду душой и сердцем. Ты приобретешь в нем друга и поможешь делу Мира!

9. Победи в себе жадность, лень, самодовольство, стяжательство, страх, лицемерие, гордость. Верь людям и люби их. Не говори о них несправедливо и не принимай близко к сердцу недобрых мнений о них.

Освободи свою голову от мыслей о болезнях, смерти. Это твоя победа!

Мысль не отделяй от дела.

Рассказывай и передавай опыт этого дела, но не хвались и не возвышайся в этом. Будь скромен.

1-я заповедь нацеливает на купание в холодной воде и способствует пополнению организма водой активной формы и воссозданию мгновенного «бесплатного тепла» в зонах раздражения у поверхности кожи и в области больных клеток.

В природных водоемах относительно большой процент структурированной воды («живой» за счет структуры атома водорода), т. е. биологически более активной. Поскольку такая вода нужна клеткам, то контакт с холодной водой (ниже + 12° С) приводит к тому, что в районах больных клеток образуется мгновенное «бесплатное тепло» (до + 42,2° С), которое способствует уничтожению больных клеток, повышению невосприимчивости организма к простудным заболеваниям и его исцелению, повышению иммунитета.

Систематическое обливание холодной водой, купание с хождением босиком по земле или снегу – надежный метод закаливания, который постепенно укрепляет все защитные силы организма от простудных заболеваний, повышая иммунитет.

Контакт с холодной водой (особенно с обливанием головы) – мини-стресс для всего организма. Происходит разрыв связей больных органов с одной частью подсознания, и устанавливаются первоначальные связи, которые были в начальной стадии заболевания. Болезнь проявляется более «ярко», но зато она поддается лечению (причем той же холодной водой и с помощью выполнения других советов «Детки»). Помимо того, происходит укрепление ЦНС, развитие связи нервных волокон с капиллярами, естественная гимнастика сосудов и капилляров, оттягивание к поверхности кожи вредных газов, находящихся в капиллярах с жидкостью, активизация работы всех систем.

При обливании холодной водой активизируется работа капилляров всех внутренних органов, а не только кожи. Особенно важна такая «гимнастика» для сосудов и капилляров сердца, печени, желудка, почек и других внутренних органов, происходит усиление нервных сигналов.

Организм как бы пробуждается, в него «вливаются» бодрость и сила, происходит укрепление всей ЦНС.

В результате биохимических реакций в организме образуются шлаки, в том числе и в виде газов. Для их вывода требуется большая затрата времени и энергии. При контакте с холодной водой (ниже + 12° С) газы мгновенно и без затраты какой-либо энергии подходят к поверхности кожи. Этот эффект хорошо наблюдается, когда человек обливает себя на морозе (газы видны в виде пара). Когда это происходит в ванной комнате, то температура в ней после обливания повышается.

Холодная природная вода повышает устойчивость организма к радиоактивному воздействию. Это явление особенно было замечено после событий в Чернобыле. Люди, обливавшие себя холодной водой, в меньшей мере получили радиоактивное заражение.

Явление гидрофильтрации на поверхности кожи подтверждено открытием: никакие вещества, входящие в холодную воду, в кожу не проникают и в организм практически не попадают; снимается статическое электричество, выравнивается биополе человека, приходит во взаимодействие с электромагнитным полем Земли, усиливается прием космической информации и энергии.

В процессе жизнедеятельности организм человека заряжается излишне положительно. Пленка холодной воды на теле имеет отрицательный заряд. Поэтому не рекомендуется сразу вытираться. При кратковременном контакте с холодной водой внутри организма образуется множество точек с температурой до + 42,2° С. Все это способствует «перестройке» структуры воды под действующий в данное время Космический Поток Информации и Энергии. Происходит как бы сверхадаптация организма к окружающей среде. Наблюдается феномен одновременной работы холодовых и тепловых рецепторов кожи, тренируется гипофизадреналовая система, которая обеспечивает устойчивое равновесие основных жизненно-важных процессов в любых экстремальных условиях (неспецифическое проявление), имеет место активизация работы биологически активных точек (БАТ) на поверхности кожи при кратковременном холодовом воздействии.

Таких БАТ много не только на поверхности кожи, но и на всех внутренних органах. Все эти точки соединены в единую систему. Любое воздействие на какую-то одну БАТ немедленно передается на другие, и в результате участки кожи переходят из низкоомного состояния в высокоомное и наоборот. Все это тесно связано с внешним электрическим фоном. В итоге такое изменение характеристик БАТ приводит к усилению информационного и энергетического потока в организм. Это одно из основных действий холодной воды как мощного

раздражителя. В связи с чем купаться эффективнее, нежели обливаться. Обливание же обязательно начинать с головы.

2-я заповедь – босохождение. Его относят к одной из форм закаливания. Как и обливание, оно содействует удалению статического электричества с поверхности тела, что особенно актуально, так как человек изолирован от Земли и в процессе его жизнедеятельности происходит накопление статического электричества. Электризацию усиливает пребывание у электронносчетных машин, телевизоров и другой техники.

Босохождение также способствует оптимальному изменению биополя человека относительно электромагнитного поля Земли. Важность этого обоснована академиком А.А. Микулиным, рекомендующим наладить промышленный выпуск кроватей с заземленной пластиной в ножном конце кровати.

Известна роль иммунной системы в защите человека от заболеваний. Ее работу стимулирует кремниевая кислота, недостаток которой компенсировать искусственным путем невозможно. Для ее воспроизводства необходимо наличие отрицательных ионов и свободных электронов. Именно через ступни ног свободные электроны поступают в организм. В этом и заключается важность хождения босыми ногами по земле (особенно по росе), по снегу, который всегда заряжен отрицательно.

Эффект от вдыхания воздуха ртом и его заглатывания можно связать, во-первых, с развитием так называемого «эндогенного питания», суть которого заключается в следующем: бактерии, содержащиеся в толстом кишечнике, усваивают азот воздуха, синтезируют сложные вещества – аминокислоты, необходимые для организма человека. Этот факт подтвержден академиком Н.Л. Уголевым.

Во-вторых, по мнению физика-теоретика И.Л. Герловина, глубокое дыхание во время контакта с землей способствует, вероятно, непосредственному поглощению человеком Космической Энергии. Кстати, об этой способности человека много написано в трактатах восточных систем оздоровления. Автор делает вывод о материальности физического вакуума, о содержании в нем большого количества энергии и о том, что этой энергией уже давно пользуется живая природа.

Г.С. Шаталова, ссылаясь на В.И. Вернадского, высказывает мысль о том, что живые организмы обладают свойством аккумулировать и преобразовывать энергию космического излучения и энергию Солнца.

Известно, что газообмен и энергообмен связаны воедино. Это подтверждается учением А.Л. Чижевского о легких аэроионах, которые стимулируют обменные процессы. Их много в горах и лесах, а также после грозы. Воздух же в закрытых помещениях тяжел и нездоров.

Дыхательное упражнение (вдох до отказа) помогает хорошему обмену веществ.

Задержка же дыхания способствует повышению концентрации углекислого газа в крови, что способствует ее закислению, при этом кислород лучше связывается и отдается гемоглобином. Происходит насыщение организма необходимым кислородом.

Вера в Природу, в Учителя способствует оздоровлению, так же как общепризнанная аутогенная тренировка. Это представляется более убедительным, если сравнить состояние верующего, уверенного в себе или в чем-либо человека с состоянием человека растерянного, разуверившегося в чем-либо, имевшем большое значение в его жизни.

В последнем случае организм человека ослаблен, более подвержен болезням. Другими словами, вера, уверенность способствует более слаженному взаимодействию функциональных систем, обеспечивающих гомеостазис в экстремальных условиях.

3-я заповедь – «Не употребляй алкоголя и не кури». Научное обоснование пагубности вредных привычек достаточно полно освещено в литературе, так как поголовное увлечение алкоголем и табакокурением приводит к серьезным нарушениям здоровья.

О пагубности злоупотребления алкоголем и табакокурением достаточно полно было рассказано в разделе 2.2.

Алкоголь и табакокурение, по мнению П. Иванова, сводят на нет эффективность от обливания холодной водой. Он рекомендует великолепное успокаивающее действие воды в борьбе с табакокурением. В пятницу вечером после еды можно выкурить только одну сигарету и потерпеть до утра. Утром облиться, но не как обычно, а через 1–2 ч после того, как захочется курить. Через 3–4 ч облиться еще раз. Снова облиться через 3–4 ч и т. д., т. е. поступать так в момент появления желания закурить. Если воздержаться от курения в субботу и в воскресенье, то уже вечером в воскресенье можно будет спокойно терпеть и не курить. Опыт показывает, что тот, кто сам захочет избавиться от курения, тот достигнет своей цели! В этом ему поможет вода. П. Иванов также рекомендует просить Природу помочь избавиться от курения, он считает, что так будет легче вытерпеть.

4-й и 5-й заповедям «Детки» также дано научное и практическое обоснование: потребление биологически полноценной пищи на фоне ее количественного ограничения и периодического сознательного кратковременного полного воздержания (сознательного голодания) способствует оздоровлению.

Религиозные посты, научно-обоснованное лечебное голодание содействуют очищению организма от биологически неполноценных клеток. Это происходит особенно интенсивно в условиях «сухого голодания», которое рекомендует П. Иванов. Организм отдыхает. На этом фоне холодовое воздействие не вызывает чрезмерной стрессовой реакции.

Режим «сознательного терпения» освобождает от работы часть подсознания, связанную с обеспечением пищеварения. Эта часть подсознания переходит в режим работы с Космосом. В итоге организм получит дополнительную Космическую Информацию и Энергию (Г.С. Шаталова). Весь организм при этом как бы оживает. Через 20 ч. с момента прекращения поступления в организм пищи и воды начинается процесс очистки печени, селезенки, поджелудочной железы, других систем и органов пищеварительного тракта. В кишечнике отторгается от стенок и погибает гнилостная флора, зато флора кисломолочного брожения сохраняется и обновляется.

6-я заповедь «Люби окружающую тебя природу», – говорил П. Иванов, утверждая, что «Природа – наша мать, она нас родила, мы должны ее благодарить и не плевать ей в лицо». Эта заповедь «Детки» вытекает из постулата: при ограничении пищи приобретает значимость бережливое отношение к сложным биологически ценным ферментам – слюне, мокроте, сперме, поскольку на их синтез уходят дефицитные вещества. В результате следования этой заповеди усиливаются защитные силы организма, можно избавиться от самых различных простудных заболеваний: ангины, бронхита, пневмонии и даже от открытой формы туберкулеза, а также от болезни шахтеров – силикоза.

С целью оздоровления П. Иванов регулярно делал пробежки и считал их одним из сильнейших оздоровительных и воспитательных средств. Так, после нескольких шагов неторопливой трусцы он делал взрывной, полный напряжения всего тела бег с прямыми выпрямленными руками и ногами. Пробегал метров 40–50. Затем вновь следовал расслабленный бег, и так 4–5 раз. Подобный бег П. Иванов рекомендовал тем, кто занимается умственным трудом и ведет сидячий образ жизни. Применять такой бег необходимо 2–3 раза в день. Очень эффективно это в зимних условиях, так как при любом морозе происходит быстрый разогрев организма.

Была у П. Иванова и вариация бега для укрепления шейных позвонков и спины. Это бег с откинутой назад головой и с заложенными в виде крыльев за спиной руками при полном напряжении всего тела. Был и успокаивающий бег, неторопливый, как бы в замедленном темпе, с зависанием в воздухе и плавными, на полной амплитуде взмахами рук вперед-назад, подобно крыльям птицы (Г.П. Малахов).

Из анализа заповедей «Детки» видно, что первая ее половина ведет к изменениям на физическом уровне, а вторая – на волевом. Обе половины «Детки» тесно связаны между собой, ибо в конечном итоге они воздействуют на организм человека.

По мнению Ю.Г. Золотарева, пробуждая Сознание холодом, мы влияем на физическое состояние тела. Это и есть основа нового в Системе Учителя Иванова. Система полностью подтверждена практическим опытом.

Приступая к выполнению правил и рекомендаций системы, важно увидеть основную цель – самосовершенствование человека. А это не только физическое здоровье, но и духовная, эмоциональная, интеллектуальная стороны его жизни, без необходимого развития которых не будет физического здоровья. Надо ясно понять смысл слов Учителя: «Прежде чем заняться Системой, хорошенько подумай, а зачем тебе это будет надо».

Стремление к самосовершенствованию – первое условие для каждого, кто решил жить по системе. Пробудить это потенциальное стремление, возможно, одна из целей эволюции. А система природного оздоровления в первую очередь и отвечает этой цели – эволюционному стремлению человечества к самосовершенствованию. П. Иванов подчеркивал, что начинать его дело надо с нравственного оздоровления. Вот почему правила Системы гласят:

– живи с постоянным желанием сделать людям добро, и, коль сделал, никогда не вспоминай об этом, поспеши сделать еще;

– старайся все делать только с удовольствием, с радостью. И пока не научился делать дело с радостью, считай, что не умеешь его делать.

Выполнение 7–12-й заповедей «Детки», содержащих установку на взаимное доброжелательное отношение людей, обеспечивает профилактику нервного перенапряжения, эмоциональных стрессов, которые, как показывают многочисленные научные исследования, являются наиболее весомыми факторами риска.

Страх парализует легкие, гнев поражает печень, стяжательство – сердце. Побеждая в себе лень, жадность, страх, лицемерие, человек как бы открывает себя потокам, несущим здоровье.

У здорового человека вокруг туловища и головы наблюдается симметричное шарообразное электромагнитное поле (биополе). При болезнях и неправильном мышлении нарушается сила поля и симметрия. Система оздоровления П. Иванова помогает выровнять это поле, восстановить симметрию и усилить его, привести в соответствие с электромагнитным полем Земли и Вселенной и даже управлять этим полем (телекинез).

Неправильное мышление и, как следствие, неправильные дела создают условия для развития всевозможных болезней, считает Ю.Г. Золотарев. В ряде случаев для исцеления достаточно бывает просто попросить прощения, признать свою вину, свои ошибки, снять обиду. Подобная переоценка, сделанная честно и глубоко, поднимает духовность человека. Недаром в христианстве есть праздник «Прощенное Воскресенье», когда человек просит прощения за нанесенные обиды (вольные и невольные). Если это делается искренне, срабатывает механизм покаяния, и происходит подсознательное самоочищение.

Именно эта задача и выполняется, если человек, по советам Учителя, будет здороваться со всеми, помогать людям, не думать о болезни, любить их, не говорить о людях несправедливо и не принимать недобрых мнений о них. Все это, в конечной степени, повышает сознательность и духовность.

Свое здоровье надо в Природе заслужить делом и ничем другим. Не Природу надо беспокоить, а себя заставить потрудиться в своем теле. Самое главное – надо поменять поток сознания людей. Изменяя свое сознание, человек способствует изменению коллективного сознания и создает условия мира на Земле.

Выполняя все заповеди «Детки», считают последователи учения П. Иванова, человек должен стать высоконравственным, высокодуховным. И если кто-либо из последователей Системы Учителя П. Иванова не обладает этими качествами, значит, он либо плохо, либо совсем не выполняет (т. е. нарушает) какую-либо из заповедей «Детки», либо несколько рекомендаций из второй ее половины. Человек здоров только тогда, когда он в равной степени может оценить свои качества с физической, интеллектуальной, эмоциональной и духовной стороны. По утверждению Ю.Г. Золотарева, слабого звена в этой цепочке быть не должно. В этом – истоки здоровья.

5.2 Физкультурно-оздоровительная система К. Купера

Система К. Купера ставит целью увеличение максимального потребления кислорода – этого важного показателя, характеризующего состояние органов кровообращения и дыхания во время занятий физическими упражнениями [94].

На основе исследований в лабораторных условиях процесса потребления кислорода при выполнении различных физических нагрузок автор оценивает циклические упражнения в очках аналогично оценке в килокалориях. Очко отражает объем и интенсивность работы. Так, одно и то же расстояние, преодоленное за разное время, будет оцениваться по-разному: ходьба или бег на расстояние 1,5 мили за 19 мин 59 с – 14 мин 30 с дает 1 очко, а за 6 мин 30 с – 5 мин 45 с – уже 6 очков. Очки насчитываются лишь за упражнения, выполняемые в достаточно высоком темпе, поскольку тренировочный эффект достигается при физических нагрузках, характеризующихся частотой сердечных сокращений свыше 110 уд/мин. В зависимости от частоты пульса различно и время ежедневных занятий.

Основываясь на показателях многочисленных наблюдений, К. Купер рекомендует для достижения минимальной нормы физической подготовленности набирать мужчинам 30 очков в неделю, женщинам – 24. Предложены и таблицы с оценкой нагрузки физических упражнений

(ходьба, бег, езда на велосипеде, плавание, бег на месте и др.) и указанием преодолеваемой дистанции, времени, количества занятий в неделю и, соответственно, числа набранных очков. Программа тренировки индивидуализируется в зависимости от физической подготовленности, которую каждый начинающий может легко определить по таблицам. Тест К. Купера заключается в том, чтобы показать лучший результат при ходьбе и беге за 12 минут (таблица 3). Для тестирования большой группы людей 12-минутный тест оказывается слишком громоздким. Чтобы упростить организацию тестирования больших групп, К. Купер предложил пользоваться тестом полуторамильного бега (таблица 4).

Таблица 3 – 12-минутный тест ходьбы и бега (К. Купер, 1989)

Степень физической подготовленности	**Пол**	**Дистанция, преодоленная за 12 мин, км**					
		Возраст, лет					
		13–19	**20–29**	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60 и старше**
Очень плохо	Муж.	Меньше 2,1	Меньше 1,9	Меньше 1,9	Меньше 1,8	Меньше 1,6	Меньше 1,4
	Жен.	Меньше 1,6	Меньше 1,55	Меньше 1,5	Меньше 1,4	Меньше 1,3	Меньше 1,2
Плохо	Муж.	2,1-2,2	1,9-2,1	1,9-2,1	1,8-2,0	1,6-1,8	1,4-1,6
	Жен.	1,6-1,9	1,5-1,8	1,5-1,7	1,4-1,7	1,3-1,5	1,25-1,3
Удовлетворительно	Муж.	2,2-2,5	2,1-2,4	2,1-2,3	2,0-2,2	1,8-2,1	1,6-1,9
	Жен.	1,9-2,1	1,8-1,9	1,7-1,9	1,6-1,8	1,5-1,7	1,4-1,5
Хорошо	Муж.	2,5-2,7	2,4-2,6	2,3-2,5	2,2-2,45	2,1-2,3	1,9-2,1
	Жен.	2,1-2,3	1,9-2,1	1,9-2,0	1,8-2,0	1,7-1,9	1,6-1,7
Отлично	Муж.	2,7-3,0	2,6-2,8	2,5-2,7	2,4-2,6	2,3-2,5	2,1-2,4
	Жен.	2,3-2,4	2,1-2,3	2,1-2,2	2,0-2,1	1,9-2,0	1,7-1,9
Превосходно	Муж.	Больше 3,0	Больше 2,8	Больше 2,7	Больше 2,6	Больше 2,5	Больше 2,4
	Жен.	Больше 2,4	Больше 2,3	Больше 2,2	Больше 2,1	Больше 2,0	Больше 1,9

Таблица 4 – Полуторамильный тест ходьбы и бега (К. Купер, 1989)

Степень физической подготовленности	**Пол**	**Время, затраченное на преодоление 1,5 миль (2414 м), мин, с**					
		Возраст, лет					
		13–19	**20–29**	**30–39**	**40–49**	**50–59**	**60 и старше**
Очень плохо	Муж. Жен.	Больше 15'30" Больше 18'31	Больше 16'00" Больше 18'01	Больше 16'31" Больше 19'31"	Больше 17'31" Больше 20'01"	Больше 19'01" Больше 20'31"	Больше 20'01" Больше 21'01"
Плохо	Муж. Жен.	12'11"-15'30" 16'55"-18'30"	14'01"-16'00" 18'31"-19'00"	14'46"-16'30" 19'01"-19'30"	15'36"-17'30" 19'31"-20'00"	17'01"-19'00" 20'01"-20'30"	19'01"-20'00" 20'31"-21'00"
Удовлетворительно	Муж. Жен.	10'49"-12'10" 14'31"-16'54"	12'01"-14'00" 15'55"-18'30"	12'31"-14'45" 16'31"-19'00"	13'01"-15'35" 17'31"-19'30"	14'31"-17'00" 19'01"-20'00"	16'16"-19'00" 19'31"-20'30"
Хорошо	Муж. Жен.	9'41"-10'48" 12'30"-14'30"	10'46"-12'00" 13'31"-15'54"	11'01"-12'30" 14'31"-16'30"	11'31-13'00" 15'56"-17'30"	12'31"-14'30" 16'31"-19'00"	14'00"-16'15" 17'31"-19'30"
Отлично	Муж. Жен.	8'37"-9'40" 11'50"-12'29"	9'45"-10'45" 12'30"-13'30"	10'00"-11'00" 13'00"-14'30"	10'30"-11'30" 13'45"-15'55"	11'00"-12'30" 14'30"-16'30"	11'15"-13'59" 16'30"-17'30"
Превосходно	Муж. Жен.	Меньше 8'37" Меньше 11'50"	Меньше 9'45" Меньше 12'30"	Меньше 10'00" Меньше 13'00"	Меньше 10'30" Меньше 13'45"	Меньше 11'00" Меньше 14'30"	Меньше 11'15" Меньше 16'30"

Примечание – Проведению тестов обязательно должны предшествовать подготовительные занятия (не менее шести недель).

В основе классификации степени физической подготовленности лежат показатели максимального потребления кислорода (МПК) и склонность к заболеваемости. Спортсмены могут бежать быстрее, чем необходимо для оценки «превосходно», но при такой тренированности страдают резервы функций иммунной и других систем.

5.3 Система оздоровления Л.З. Теля (2001)

Доктор медицинских наук, профессор, академик Академии медицинских наук Казахстана, действительный член Нью-Йоркской Академии наук, Л.З. Тель предложил следующую оригинальную систему валеологических (сохраняющих здоровье) и лечебных воздействий, которая, по мнению автора, может послужить основой интегрального валеологического подхода к здоровью.

Эта система представлена автором в 19 пунктах в виде рекомендаций с валеологическими пояснениями данного пункта. Приведем эти пункты без пояснений автора [75].

1. Узнайте свой организм.
2. Живите в согласии с природой.
3. Будьте добрыми и милосердными.
4. Постоянно создавайте в себе уверенность, что Вы здоровы и желайте здоровья всем окружающим.
5. Дважды в день обливайтесь холодной водой.
6. Раз в неделю, в течение не менее 36 ч (ночь, день, ночь), не принимайте пищи и воды.
7. Правильно питайтесь.
8. Достаточно нагружайте физически свой организм.
9. Еженедельно парная баня или сауна.
10. Достаточный секс.
11. Не употреблять алкоголя и не курить.
12. Ограничить до минимума употребление лекарств.
13. При простудных заболеваниях, сопровождающихся повышенной температурой, не прекращать закаливающих процедур.
14. Труд.
15. Уважайте своих детей.
16. Спать не менее 6–7 ч в сутки.
17. Найдите в себе веру.
18. Уясните, что сохранение здоровья – это тоже труд.
19. Не вдавайтесь в крайности.

5.4 Система оздоровления Г.П. Малахова (1995)

Индивидуальная система оздоровления Г.П. Малахова должна:

- строиться с учетом особенностей конституции, охватывать все уровни человеческого существа (сознание, физиологию человека и др.);
- включать технологию владения собственным сознанием, так как сплав воли и знания позволяет заново создать человеческий организм;
- быть динамичной, менять с возрастом свою направленность, чтобы тормозить возрастные изменения;

• быть экономичной, с тем чтобы разумно тратить энергетический потенциал;

• формировать умение согласовывать свои оздоровительные мероприятия с биологическими ритмами природы;

• нацеливать на создание здорового окружения вокруг себя и благоприятного климата в семье.

Систематические занятия по оздоровлению собственного организма предусматривают прохождение трех этапов [75].

Первый этап включает мероприятия, которые ставят организм в здоровые условия, чтобы он сам себя восстанавливал. Для этого рекомендуются различные очистительные процедуры для избавления от шлаков кишечника, печени, почек. Продолжительность этапа – от 1 до 6 мес.

Второй этап предусматривает укрепление организма путем правильного питания и физической тренировки с помощью индивидуально подобранных физических упражнений, вида спорта, дыхательных упражнений, закаливающих процедур, правильного голодания.

Третий этап посвящен торможению неблагоприятных возрастных изменений, происходящих в организме.

На всех этапах автор системы рекомендует традиционные и нетрадиционные средства оздоровления, умеренную физическую нагрузку, образноволевые настрои, позы йогов, голодание в посты, уринотерапию и др.

5.5 Система оздоровления А.Н. Стрельниковой (1990)

В отличие от традиционных методов дыхательной гимнастики, в которых основное внимание уделено задержке дыхания и выдоху, вентиляции легких и экскурсии грудной клетки, в упражнениях А. Стрельниковой главное – тренировка дыхательных мышц. Нагрузка на дыхательные мышцы достигается за счет резкого вдоха, в условиях затруднения последнего скелетными мышцами и принимаемыми позами. Усиление вентиляции легких нежелательно, тогда как при традиционной методике скелетные мышцы, наоборот, призваны усилить вдох и выдох. Поскольку эта дыхательная гимнастика принципиально отличается от традиционной, ее нередко называют парадоксальной [94].

Специфика ее в том, что мышцы рук и груди не помогают дыхательным мышцам, заставляя их работать с полной нагрузкой, что резко активизирует газообмен.

Упражнение 1. Повороты головы направо и налево. На каждый поворот (в конечной точке) короткий, шумный, быстрый вдох. Вдох носом настолько резкий, что слегка втягиваются, сжимаются (а не раздуваются) крылья носа. Темп – один вдох в секунду. О выдохе совсем не думать,

он происходит автоматически через слегка приоткрытый рот. Это положение относится и ко всем другим упражнениям.

Упражнение 2. Наклоны головы вправо и влево. Резкий вдох в конце каждого движения.

Упражнение 3. Наклоны головы вперед и назад. Короткий вдох в конце каждого движения.

Эти три упражнения носят характер разминки.

Упражнение 4. Сведение рук перед грудью, правая рука то сверху, то снизу. При таком встречном движении рук сжимается верхняя часть легких и происходит быстрый шумный вдох.

Упражнение 5. Пружинистые наклоны вперед. Мгновенный вдох в нижней точке. Слишком низко наклоняться не обязательно.

Упражнение 6. Пружинистые наклоны назад со сведением поднятых рук. Вдох в нижней точке.

Упражнение 7. Пружинистые приседания в полувыпаде. Время от времени правая и левая ноги меняются местами. Вдох в крайней точке приседания в момент сведения опущенных рук.

Упражнение 8. Наклоны вперед и назад (но принципу маятника). Вдох в крайней точке вперед, а потом – наклон назад, естественный вдох.

Упражнения выполняются сериями по восемь движений в каждой. Пауза между сериями 5–6 с, между упражнениями – до 12 с. Выполняются комплексы утром и вечером, т. е. по два раза в день.

Примерная схема дозировки упражнений

1–3-й день

Упражнение 1 – 4х8 (3 серии) Упражнение 5 – 2х8 (6 серий)
Упражнение 4 – 2х8 (3 серии) Упражнение 7 – 2х8 (6 серий)

За одно занятие делается 288 движений-вдохов, в день около 600. Длительность занятия 5–6 мин.

4–6-й день

Упражнение 1 – 4х8 (2 серии) Упражнение 5 – 5х8 (5 серий)
Упражнение 2 – 4х8 (1 серия) Упражнение 6 – 4х8 (1 серия)
Упражнение 4 – 4х8 (3 серии) Упражнение 7 – 4х8 (6 серий)

Итого 576 вдохов на занятие, около 1200 за день. Продолжительность занятия 9–10 мин.

7–9-й день

Упражнение 1 – 4х8 (3 серии) Упражнение 5 – 6х8 (4 серии)
Упражнение 2 – 4х8 (2 серии) Упражнение 6 – 4х8 (3 серии)
Упражнение 3 – 4х8 (1 серия) Упражнение 7 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 4 – 6х8 (2 серии)

Всего 672 движения за занятие, около 1400 за день. Длительность занятия 10-11 мин.

10–12-й день

Упражнение 1 – 4х8 (3 серии)
Упражнение 2 – 4х8 (3 серии)
Упражнение 3 – 4х8 (2 серии)
Упражнение 4 – 8х8 (2 серии)
Упражнение 5 – 8х8 (3 серии)
Упражнение 6 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 7 – 4х8 (2 серии)
Упражнение 8 – 4х8 (1 серия)

За одно занятие выполняется 768 вдохов, в день около 1600. Длительность каждого занятия около 12 мин.

13–15-й день

Упражнение 1 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 2 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 3 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 4 – 10х8 (1 серия)
Упражнение 5 – 10х8 (3 серии)
Упражнение 6 – 10х8 (1 серия)
Упражнение 7 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 8 – 6х8 (2 серии)

Итого 880 вдохов за занятие, около 1800 за день. Длительность одного занятия около 13 мин.

16–18-й день

Упражнение 1 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 2 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 3 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 4 – 12х8 (1 серия)
Упражнение 5 – 12х8 (1 серия)
Упражнение 6 – 12х8 (1 серия)
Упражнение 7 – 6х8 (2 серии)
Упражнение 8 – 6х8 (2 серии)

Всего 992 вдоха за занятие, почти 2000 за день. Продолжительность одного занятия 14–15 мин.

Такая нагрузка рекомендуется до конца первого месяца занятий. Затем выполняют ее до тех пор, пока организм адаптируется. При желании возможно увеличить количество упражнений и их сложность.

Выполняя упражнения, в легкие не набирают много воздуха, наоборот, вдох должен быть по объему меньше возможного.

Дыхательная гимнастика сочетается с оздоровительным бегом, лыжами, плаванием, спортивными играми.

Для оценки функционального состояния собственной дыхательной системы рекомендуется воспользоваться и специальными дыхательными пробами.

Проба Штанге – задержка дыхания на вдохе. В положении сидя надо сделать вдох и выдох, а затем снова глубокий вдох (не максимальный), одновременно зажав пальцами нос. По секундомеру отмечается время от момента задержки дыхания до ее прекращения. Начало последнего фиксируется по первому сокращению диафрагмы, о чем можно судить по колебаниям брюшной стенки, которые обусловлены полевым компонентом, направленным на более длительную задержку дыхания. Здоровые взрослые люди способны задерживать дыхание на вдохе в течение 40–50 с, а тренированные спортсмены – 60–180 с. С нарастанием тренированности время задержки дыхания возрастает.

Проба Генчи – задержка дыхания на выдохе. После полного вдоха и выдоха обследуемый делает обычный выдох и задерживает дыхание. Здоровые нетренированные люди могут таким образом задерживать дыхание в течение 20–30 с, спортсмены – 30–90 с. При наличии каких-либо отклонений в состоянии ССС, а также со стороны органов дыхания продолжительность задержки сокращается на 50% и более.

5.6 Система оздоровления Б.В. Болотова «Пять правил здоровья» (2005)

Система оздоровления известного украинского ученого Б.В. Болотова основывается на том, что клетки организма, которые «устали от жизни», постарели, утратили свои функции, можно заменить молодыми, боеспособными клетками-лидерами, которые помогают помолодеть и обрести новые силы [75].

Для осуществления этого процесса ученый предлагает пять правил, связанных с рационализацией питания.

Первое правило заключается в том, чтобы увеличить количество молодых клеток за счет выведения (уничтожения, расщепления) старых клеток со сниженной жизненной функцией путем стимулирования выделения ферментов-пепсинов в желудке с помощью применения пепсиногонных средств: поваренной соли, соков различных растений (подорожника, укропа, фенхеля и т. д.), острых блюд и др.

Правило второе – превращение шлаков в соли путем воздействия на них кислотами.

Для решения этой задачи Б.В. Болотов рекомендует набор таких кислот, которые содержатся во всевозможных овощах и фруктовых солениях в виде аскорбиновой кислоты, пальметиновой, стеариновой, лимонной, молочной, никотиновой, угольной, виноградной, муравьиной и др. Здесь, по мнению ученого, применимы различные квашения, дрожжевые блюда, молочнокислые продукты, фруктовые уксусы и т. п.

Правило третье – выведение солей за счет введения в организм щелочей, безопасных для организма.

Правило четвертое – борьба с болезнетворными бактериями путем употребления с пищей чего-нибудь проквашенного или дрожжевого.

Правило пятое – восстановление ослабленных болезнью органов. Для этого предлагаются различные достаточно сложные методы, индивидуализированные для каждого органа.

Б.В. Болотов рекомендует и другие способы оздоровления, также связанные в основном с использованием разработанных им диет.

Непременным условием успеха применения своих оздоровительных систем ученый считает сопутствующее формирование образа действия и образа здоровья.

Понимая сложность своей системы оздоровления, Б.В. Болотов предлагает осваивать и применять ее под наблюдением врача, что значительно ограничивает ее широкое использование, особенно молодежью.

5.7 Физкультурно-оздоровительная система Н.М. Амосова (1979)

К числу систем физкультурно-оздоровительной направленности, помимо названных, можно отнести наиболее доступное и достаточно информативное задание – ходьбу по лестнице. Она рекомендована Н. Амосовым [2] для определения работоспособности сердечно-сосудистой и дыхательной систем и считается самым простым и безопасным способом определения максимальной нагрузки.

Для начала следует небыстро подняться на 4-й этаж, без остановок. Если после восхождения показатель пульса ниже 100 уд/мин, то это отличный результат, ниже 120 – хороший, ниже 140 – посредственный, выше 140 – плохой. При плохом результате никаких дальнейших испытаний проводить нельзя, нужно начинать тренировку с нуля. Следующей ступенью испытания после серии тренировок будет подъем на 6-й этаж за 2 мин. Если при этом пульс окажется выше 140, необходимы дальнейшие тренировки.

Для проверки «резервных мощностей» занимающихся и выявления необходимости наращивания нагрузок рассчитывается потребление кислорода (в кубических сантиметрах [см^3] за 1 минуту на 1 килограмм веса тела) или работа (в килограммометрах [кгм] в минуту на килограмм веса тела), совершенная за 4 минуты максимальной нагрузки. Соотношение между кубическими сантиметрами потребляемого кислорода и килограммометрами следующее: 1 гкм соответсвует 2,33 см^3 кислорода.

В ходе тестирования учитываются не только подъемы, но и спуски по лестнице. Спуск составляет 30% подъема, так что три этажа со спуском нужно считать за четыре.

«Работа» заключается в том, что тестируемый поднимается и снова спускается в течение 4 минут, затем фиксируется показатель пульса. Сосчитывается количество этажей, которое было преодолено за отведенное время (4 мин). Высота этажа в среднем принимается равной 3,5 м, а спуск учитывается умножением на 4/3. Таким образом, расчет килограммометров в минуту на 1 кг веса производится по формуле:

$$\frac{(\text{Число этажей за 4 мин}) \times 3{,}5\ \text{м}}{4\ \text{мин}} \times 4/3$$

Величина рассчитываемой мощности зависит от количества пройденных этажей. Начинать нужно с медленного темпа: приблизительно

60 ступенек за 1 мин. За 4 мин можно подняться и спуститься приблизительно на 9 этажей.

Если частота пульса достигает 150 уд/мин, то это и есть допустимый предел: 10,7 кгм/мин, или 25 см^3/мин/кг. Если окажется, что пульс не достиг максимального, то после 5-минутного отдыха подъемы и спуски повторяют в более высоком темпе, однако, в продолжение тех же 4 мин. Затем снова фиксируются показатели пульса, подсчитывается количество пройденных этажей и определяются килограммометры в минуту на 1 кг веса (кгм/мин) и кубические сантиметры потребляемого кислорода (см^3/мин/кг).

5.8 Оздоровительная система «Йога» в редакции Т.Э. Васильева (1990)

Эта древнейшая система оздоровления, созданная в Индии несколько тысяч лет тому назад, пользуется большой популярностью в мире, в том числе у молодежи. Она занимается всесторонним совершенствованием личности, рассматривает деятельность организма во взаимосвязи с окружающим материальным миром и ставит своей целью научить человека сохранять и укреплять здоровье, предупреждать и лечить многие заболевания, способствовать долголетию [75]. Система в наиболее подробных вариантах предусматривает ряд ступеней совершенствования человека, ведущих к физическому и психологическому здоровью, содержание которых было заложено еще в глубокой древности.

Этими ступенями являются:

1. Соблюдение всеобщих моральных заповедей (не причинение вреда, правдивость, отсутствие стремления к обладанию чужим, неприятие даров, свобода от ненужных вещей, контроль над половым влечением).
2. Внешнее и внутреннее очищение через самодисциплину (чистота тела и чистота души, поддержание постоянного положительного эмоционального фона, борьба со своими пороками, осознание смысла жизни и самосовершенствования; преданность высшим идеалам).
3. Достижение физического здоровья посредством физических упражнений (асан).
4. Овладение умением управлять потоками общеуниверсальной энергии как в своем теле, так и за его пределами путем дыхательных упражнений.
5. Контроль над своими чувствами.
6. Обучение мысленному сосредоточению на каком-либо объекте.
7. Медитация.
8. Слияние с Духом вселенной.

Основной оздоровительный эффект в системе обеспечивает та ее часть, которая получила название хатха-йога. Она предусматривает

определенные режим питания, гигиену тела, психогигиену, комплексы гимнастических упражнений, единение с природой, широкое использование оздоровительных природных факторов, самоконтроль за работой организма. Она показана людям здоровым всех возрастов и при многих хронических заболеваниях.

Вот некоторые положения хатха-йоги:

• в одно и то же время ложиться спать вечером и вставать поутру, имея для этого ориентиры: заход и восход солнца;

• ежедневно омывать все тело вечером, опорожняться утром, освобождаясь от грязи и ядов;

• держать в чистоте ноздри (врата воздуха) и рот (врата пищи);

• умеренность в еде, она должна быть преимущественно вегетарианской;

• отказ от вредных привычек (табакокурения, употребления алкоголя и др.);

• разумная умеренность в половой жизни;

• не быть суетным, концентрироваться на главном в жизни;

• отбросить злобу, зависть, ревность, быть всегда бодрым и уравновешенным;

• стремиться к благополучию и миру в семье;

• правильно выбрать в юности подругу (друга);

• радоваться утру и предстоящему дню.

Особое внимание в хатха-йоге уделяется выполнению комплексов физических упражнений.

Главная их цель – укрепить мышечный корсет, связки, восстановить естественное положение внутренних органов, нормализовать деятельность позвоночника, эндокринной, пищеварительной систем, дыхательных органов, профилактика и лечение имеющихся болезней.

Для реализации этой цели используются:

• асаны – позы, статические физические упражнения, оказывающие воздействие на мышцы, связки, органы;

• мудры – позы, статические и динамические упражнения, влияющие на эндокринную систему;

• бандхи – упражнения в виде завязывания узлов, замков, способствующие изменению давления в определенных полостях и частях тела;

• вьяяны – динамические физические упражнения;

• дыхательные упражнения;

• очистительные процедуры.

Для примера приводим некоторые упражнения хатха-йоги, составляющие основной, обязательный каждодневный утренний комплекс для здоровых и больных людей, каждое из которых направлено на определенный терапевтический или психологический эффект (рисунок 2).

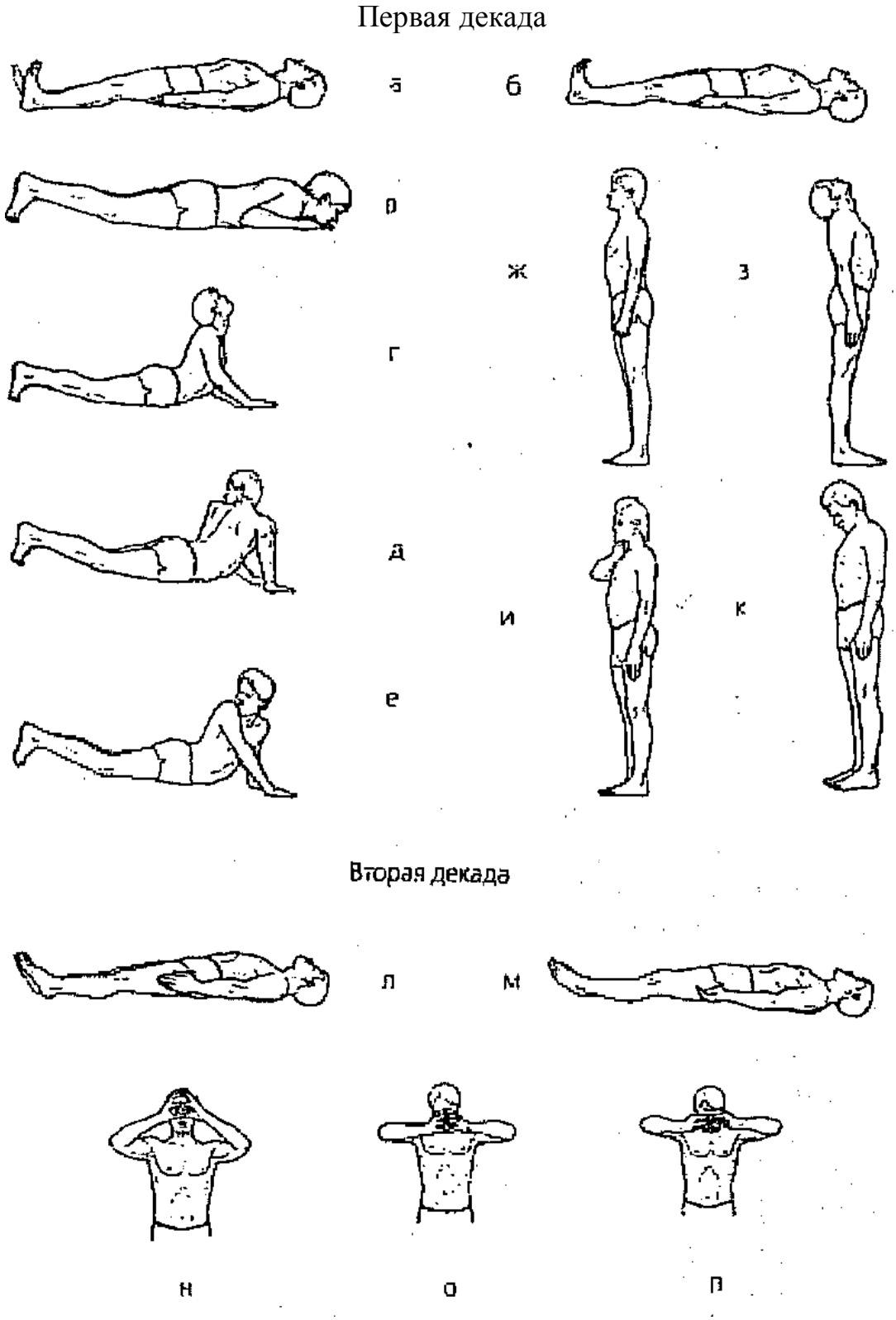


Рисунок 2 – Упражнения первой и второй декад основного, обязательного каждодневного утреннего комплекса хатха-йоги

Основной, обязательный каждодневный утренний комплекс для здоровых и больных людей.

Первая декада.

Упражнение 1. «Сушумна нари шактивардхак»

(Укрепляющее спинномозговой канал)

Как только вы утром проснулись, прежде чем встать с постели, лягте на спину, уберите подушку из-под головы, ноги вытяните вместе, руки положите вдоль туловища ладонями вниз, расслабьте тело, смотрите прямо перед собой.

Техника исполнения. Выполните потягивающее движение вперед пяткой левой ноги, не отрывая ее от кровати, носок при этом тяните на себя.

Оставайтесь в этом положении (рисунок 2а) в течение 5 с (считая про себя: и-раз, и-два, и так до пяти), затем расслабьте ногу. Выполните потягивающее движение вперед пяткой правой ноги, не отрывая ее от кровати, вытягивая пальцы на себя, и оставайтесь в этом положении в течение 5 с, затем расслабьте правую ногу. Выполните такое же движение пятками обеих ног одновременно, пробудьте в этом положении (рисунок 2б) также 5 с, не отрывая пяток от постели, потом расслабьте обе стопы. Повторите упражнение 5 раз, считая потягивающее движение левой, правой и обеими пятками за один раз.

Внимание при выполнении этого упражнения направьте на копчик. Дыхание произвольное через нос.

Если вы хотите побыстрее проснуться, выполняйте упражнение с широко раскрытыми глазами.

Терапевтические эффекты. По мнению йогов, упражнение нормализует кровообращение в ногах, оказывает благотворное влияние на симпатическую нервную систему, способствует излечению пояснично-крестцового радикулита, люмбоишиалгии, помогает против судорог икроножных мышц, развивает выносливость, выпрямляет осанку.

Упражнение 2. «Пурна сарпасана» («Комплексная поза змеи»)

Перед выполнением этого упражнения сходите в туалет, умойтесь, сделайте водные процедуры. Затем сядьте на стул и небольшими глотками выпейте 300–350 г горячей кипяченой воды такой температуры, чтобы вода не обжигала губы. Питье усиливает кровообращение, согревает, подготавливает желудочно-кишечный тракт к последующим упражнениям, улучшает его работу. Эта вода не входит в общее количество жидкости (10–12 стаканов), которые необходимо ежедневно выпивать.

Исходное положение. Сразу после питья горячей воды лягте на коврик на живот, ноги вместе, опираются на носки, пятки ног соединены. Руки согните в локтях, ладони рук положите на коврик на уровне плеч, пальцы рук вместе. Подбородок упирается в коврик (рисунок 2в).

Техника исполнения. I стадия. Медленно – позвонок за позвонком – откидывайте голову как можно дальше назад. Вслед за ней поднимайте верхнюю часть туловища, прогибаясь назад, но не отрывая нижнюю часть живота (область ниже пупка) от коврика. Руки служат опорой. В основном движение происходит за счет напряжения мышц шеи, спины и рук.

Смотрите вверх в одну точку. Расслабив мышцы лица и тела, оставайтесь в этом положении (рисунок 2г) в течение 1 с.

II стадия. Продолжая опираться на руки, медленно поверните голову, а за ней туловище влево и постарайтесь через левое плечо увидеть пятку правой ноги. Зафиксируйте это положение (рисунок 2д) на 1 с, стараясь быть максимально расслабленными.

III стадия. Так же медленно поверните голову, а за ней туловище вправо и постарайтесь через правое плечо увидеть пятку левой ноги. Расслабьтесь и сохраняйте это положение в течение 1 с (рисунок 2е).

IV стадия. Медленно верните голову и туловище в положение, описанное в I стадии (рисунок 2г), прогнувшись назад, не отрывая от коврика нижнюю часть живота. Расслабьтесь и удерживайте позу в течение 1 с.

Потом начните медленно, позвонок за позвонком, опускать вниз сначала живот, потом грудную клетку, плечи, голову, пока не вернетесь в исходное положение, упираясь подбородком в коврик (рисунок 2в). Оставайтесь в этом положении в течение 1 с.

Упражнение повторите, но в другой последовательности: вверх (рисунок 2г) – вправо (рисунок 2в) – влево (рисунок 2д) – вверх (рисунок 2г) – вниз (рисунок 2в).

Дыхание на протяжении всего упражнения произвольное, неглубокое, спокойное, через нос. Внимание в исходном положении сосредоточьте на области щитовидной железы. В момент подъема головы и туловища вверх внимание должно скользить по позвоночнику сверху вниз. В конце I стадии внимание сосредоточивайте на обеих почках и старайтесь удержать его там на II, III и IV стадиях. Как только подбородок коснется коврика, внимание сосредоточьте снова на области щитовидной железы.

Первые 10 дней оставайтесь в каждой стадии по 1 с. Затем каждые 10 дней прибавляйте по 1 с, пока не достигнете 30 с в каждом положении (через 30 декад).

Во время выполнения упражнения не изменяйте положение кистей рук и ног, не растопыривайте пальцы рук и не отрывайте нижнюю часть живота от коврика.

После окончания выполнения «Комплексной позы змеи» надо обязательно отдохнуть. Для этого йоги рекомендуют, оставаясь лежать на животе, положить голову на коврик на левую либо правую сторону, вытянуть руки вдоль туловища и полностью расслабиться.

Терапевтические эффекты. «Комплексная поза змеи» развивает гибкость позвоночника. Йоги считают, что пока позвоночник гибкий, человек молодой. Поза способствует предупреждению и лечению кифоза и сколиоза грудного отдела позвоночника, выпрямляет осанку. С помощью этого упражнения в коре головного мозга создается центр «красивой осанки». «Пурна сарпасана» способствует лечению грудного и пояснично-крестцового радикулита, различных заболеваний почек, в том числе предупреждает и ликвидирует почечнокаменную болезнь; тренирует двигательные мышцы глаз, мышцы спины и живота; нормализует работу всего желудочно-кишечного тракта; оказывает благотворное влияние на органы таза; помогает при лечении пониженной функции щитовидной железы.

Упражнение противопоказано тем, у кого увеличена щитовидная железа, хотя они и могут выполнять его, опуская II и III стадии (т. е. повороты туловища и головы влево и вправо). Противопоказано это упражнение и тем, у кого имеется смещение позвонков.

Упражнение 3. «Вишуддха-чакра-шуддхи»

(«Очищение Вишуддха-чакры» – горлового нервного сплетения)

Исходное положение. Основная стойка: встаньте прямо, пятки и носки ног вместе, руки свободно опущены вниз. Смотрите прямо перед собой в одну точку (рисунок 2ж).

Техника исполнения. Сконцентрируйте свое внимание на гортани и сделайте через нос спокойный и медленный вдох. Упражнение начинается с резкого и быстрого выдоха через нос и короткого поверхностного вдоха тоже через нос. Выдохи и вдохи выполняются в быстром темпе, словно вы собираетесь «продуть» гортань и носовые ходы. При правильном выполнении этого упражнения будет получаться шипящий звук. Дыхание неглубокое, резкое; плечи и корпус остаются неподвижными. Первые 10 дней выдохи и вдохи выполняйте по 10 раз, считая выдох и вдох за один раз, и прибавляйте по одному разу каждую декаду, пока через 15 декад не доведете это упражнение до 25 раз.

Упражнение 4. «Буддхи татха Дхрити шакти-викасак»

(Упражнение для развития ума и силы воли)

Исходное положение. То же, что и в предыдущем упражнении.

Техника исполнения. Откиньте голову до предела назад, смотрите вверх широко раскрытыми глазами; сконцентрируйте свое внимание

на макушке и совершайте резкие выдохи и вдохи через нос, как в упражнении 3 (рисунок 2з) такое же число раз.

Упражнение 5. «Смарана шакти-викасак»

(Упражнение для развития памяти)

Исходное положение. То же, что и в упражнении 3, но смотрите не прямо, а на пол в точку, расположенную на расстоянии полутора шагов от пальцев ног, подбородок опустите (рисунок 2и).

Техника исполнения и число повторений те же, как и в упражнении 3, только внимание надо сосредоточить на переносице.

Упражнение 6. «Медха шакти-викасак»

(Упражнение для развития интеллекта)

Исходное положение, как и в упражнении 3, только голову наклоните вперед, не разжимая зубы, так, чтобы подбородок прижался к яремной впадине (рисунок 2к). Смотрите вниз, но внимание сконцентрируйте на впадине под затылком; спину держите прямо.

Техника исполнения и число повторений те же, что и в упражнении 3.

Терапевтические эффекты. Упражнения 3–6 очищают легкие и воздухоносные пути от остаточного воздуха, скопившейся слизи, улучшают состояние голосовых связок. Голос становится звучным и сильным. Эти упражнения очень полезны при умственном утомлении, они способствуют улучшению кровообращения головного мозга, гипофиза и эпифиза (особенно 4-е и 6-е упражнения), тонизируют сосуды и нервы шеи. 6-е упражнение благодаря прижатию подбородка к яремной впадине («Джаляндхара-Бандха», или «Подбородочный замок») улучшает работу щитовидной и паращитовидной желез. Влияние на железы внутренней секреции нормализует многочисленные телесные функции (общее физическое и умственное развитие, пищеварение, дыхание и т. д.).

Все 4 упражнения предупреждают заболевание туберкулезом легких.

Упражнение 7. «Шавасана» («Мертвая поза»)

Исходное положение. Лягте на коврик на спину, пятки и носки вместе, руки прижмите к туловищу, смотрите прямо вверх (рисунок 2л).

Техника исполнения. I стадия. Закройте глаза, напрягите все тело (для контраста), а затем его расслабьте. При этом голова может склониться вправо или влево, руки свободно откинуться ладонями вверх, разойдутся носки и пятки ног (рисунок 2м). Мысленно проконтролируйте полное расслабление, начиная с пальцев ног и до мельчайших мускулов на лице и голове. При правильном расслаблении вы почувствуете тепло в руках и ногах, так как сосуды расширяются и происходит обильный приток крови к конечностям. Со временем, когда вы хорошо научитесь расслабляться, вам не нужно будет подробно «проходить» по всему телу, достаточно будет параллельного расслабления правой руки и правой ноги, левой руки

и левой ноги, передней и задней поверхности туловища, шеи и головы, снизу вверх, затем внутренних органов, как это изложено выше.

В завершении I стадии сконцентрируйте свое внимание на области сердца, за грудиной. Отработка I стадии занимает от 1–2 недель до нескольких месяцев в зависимости от индивидуальных особенностей психики человека.

После того как вы хорошо научитесь выполнять упражнения этой стадии, переходите к дальнейшему этапу.

II стадия. Сохраняя в расслабленном состоянии тело, и не открывая глаз, представьте себе ясное, голубое безоблачное небо. В конце II стадии направьте внимание на сердце.

Когда II стадия будет хорошо освоена, переходите к последнему этапу.

III стадия. Продолжая представлять себе голубое безоблачное небо, вызовите у себя ощущение полета, представив себя парящей птицей. Вы должны перестать чувствовать свое тело и перейти в состояние невесомости. В состоянии полета желательно находиться не менее 5 мин, сконцентрировав свое внимание на области сердца.

Потом сделайте вдох, поднимите руки вверх и потянитесь всем телом, как после сна, затем медленно сядьте, откройте глаза и спокойно встаньте. Резко выходить из этой позы нельзя. Продолжительность всех 3 стадий – по 5–10 мин, это зависит от потребностей, способностей к расслаблению и созданию мысленных образов и от резерва имеющегося времени. Дыхание на всех стадиях произвольное, редкое, неглубокое через нос с естественными паузами после выдоха.

Терапевтические эффекты. Кроме ощущения отдыха и свежести, получаемого от этой позы, человек избавляется от нервозности, психических зажимов, хронического стресса.

«Шавасана» помогает при лечении гипертонии, нарушений сна (вместо дневного сна всегда лучше сделать это упражнение), способствует долголетию.

Вторая декада

Дыхательные упражнения на задержку после вдоха

Упражнение 8. «Каполя шактивардхак»

(Упражнение, способствующее омоложению щек)

Исходное положение. Основная стойка.

Техника исполнения. Сделайте спокойный и медленный вдох через нос, а затем такой же спокойный и медленный выдох через нос. Большими пальцами рук зажмите крылья носа, соединив кончики остальных раздвинутых пальцев. Локти приподняты на уровне плеч. Вытяните губы трубочкой, как при свисте, и сделайте через щель в губах быстрый, короткий, неглубокий вдох так, чтобы раздулись щеки (рисунок 2н). Не сгибая спины, опустите подбородок в яремную впадину, сделав

«Джаляндхару-Бандху», сохранив положение пальцев. Руки остаются на уровне плеч; смотрите вниз, между ладонями (рисунок 2о). Это упражнение выполняется на выдержку. Следовательно, необходимо вести про себя размеренный счет в секундах и закончить упражнение, ощутив малейшее неудобство, подняв голову до исходного положения, опустив руки и спокойно, медленно выдохнув через нос.

Упражнение выполняется один раз. Внимание направляется на головной мозг. Каждые 10 дней прибавляйте по 1 с.

Упражнение 9. «Карна шактивардхак»

(Упражнение для улучшения слуха)

Исходное положение. Основная стойка.

Техника исполнения. Сделайте спокойный и медленный вдох через нос, а затем такой же спокойный и медленный выдох через нос. Большими пальцами плотно зажмите наружные слуховые проходы, нажав на козелки ушей, средними пальцами рук зажмите крылья носа. Губы вытяните трубочкой, как при свисте, и сделайте через щель в губах резкий и быстрый короткий вдох, заполнив рот воздухом так, чтобы раздулись щеки. Опустите голову, сделав «Джаляндхару-Бандху», закройте глаза и наложите указательные пальцы на веки (но не давите на глазные яблоки) (рисунок 2п). Это упражнение выполняется на выдержку. Следовательно, необходимо про себя вести размеренный счет в секундах и закончить упражнение, ощутив малейшее неудобство. Выход из позы следующий: поднимите голову до исходного положения, оставляя руки в том же положении, снимите указательные пальцы с век, откройте глаза, затем снимите средние пальцы с крыльев носа. После этого сделайте спокойный и медленный выдох через нос и, сняв большие пальцы с ушей, опустите руки в исходное положение и сделайте обычный вдох.

Упражнение выполняется один раз, внимание сосредоточено на головном мозге. Каждые 10 дней прибавляйте по 1 с.

Терапевтические эффекты. Упражнения 7 и 8, как считают йоги, нормализуют давление, укрепляют десны, зубы, помогают при лечении синуситов, гипертонической болезни, благотворно влияют на состояние глазного дна, на органы слуха и вестибулярный аппарат, разглаживают морщины на лице, особенно носогубные складки (для этого нужно, чтобы на протяжении данных упражнений щеки были раздуты). Упражнение 8 оказывает благотворное действие на мембраны ушей. «Джаляндхара-Бандха», входящая в эти упражнения, нормализует работу эндокринных желез, нервной системы, головы и шеи.

Всего «Основной, обязательный каждодневный утренний комплекс для здоровых и больных людей» рассчитан на 18 декад и предусматривает 54 упражнения, которые осваиваются строго постепенно.

Комплексы упражнений хатха-йоги рекомендуется выполнять на природе, сочетая их с закаливанием воздухом, придерживаясь при этом трех золотых правил: последовательности с постепенным переходом от простого к сложному; систематичности и регулярности; умеренности во всем.

Идеальным вариантом занятий физическими упражнениями йоги считают раннее утро, за 1–2 ч до восхода солнца, натощак, после выполнения гигиенических процедур.

Место для занятий должно быть местом отдыха, обретения покоя и уравновешенности. Важнейшим условием является сосредоточенность на выполнении упражнения и других заданий с четким представлением его конечного эффекта.

Действенность занятий йогой в целом оценивается по улучшению способности противостоять инфекциям, состоянию здоровья, по физическому состоянию, работоспособности, способности много и с удовольствием работать, управлять своим телом, поступками, появлению доброжелательности к людям, по спокойной уверенности в своих силах.

5.9 Система формирования идеального здоровья Махариши Аюрведа (обоснована Д. Чопра, 1992)

Эта оригинальная система профилактики и заботы о здоровье обоснована и рекламируется американским врачом Дипак Чопра. Она синтезирует принципы и оздоровительные приемы древнейшей философско-оздоровительной системы Аюрведы, возникшей в Индии более 5000 лет назад, и современной альтернативной медицины [75].

В основу Махариши Аюрведы легло представление о квантовой природе и типологических особенностях нашего тела (организма), называемых автором дошами, состояние которых должно и может контролироваться и изменяться в лучшую сторону нашими осознанными действиями.

Процесс оздоровления связывается создателями системы с мысленным произвольным управлением квантами нашего организма; гармонизацией с природой; занятиями специально подобранными физическими упражнениями и современными видами спорта, освобождением от пагубных привычек (курения, употребления алкоголя и др.).

В качестве практико-деятельностных компонентов системы, способствующих профилактике и лечению заболеваний, рекомендуются:

• трансцендентальная медитация (выходящая за ограничивающие нас пределы);

• музыкальная терапия (использование мелодий, «уравновешивающих организм»);

• ароматическая терапия;
• травяные добавки к пище;
• диета, соответствующая различным типам тела;
• физические упражнения.

Для контроля – пульсовая диагностика.

Все эти компоненты, согласно принципам системы, должны обязательно индивидуализироваться в связи с особенностями организма и согласовываться с сезонными природными факторами.

Система Махариши Аюрведа получила достаточно широкое применение в Северной Америке, где ее применяют и пропагандируют целый ряд специальных клиник.

Это говорит о том, что ее подход к проблеме оздоровления заслуживает внимания и в нашей стране.

5.10 Метод самоубеждений (настроев) на здоровье по Г.Н. Сытину (2006)

В основе метода лежит способность слова оказывать на кору головного мозга человека весьма мощное и специальное воздействие.

Воздействие на организм, по Г.Н. Сытину, осуществляется с помощью настроев-самоубеждений.

Эти настрои-самоубеждения рождают мощный импульс, соединяющий в себе силу обеих сигнальных систем, подкорки и корригирующих полей лобных долей мозга.

Специфика метода, отличие его от гипнотических внушений, заговоров, использовавшихся в народной медицине, заключается в том, что он ориентирован на словесно-образную эмоционально-волевую активность человека. В этом его безусловная новизна и неоспоримое преимущество.

Содержание самоубеждений (настроев) должно быть позитивно. Через них проходит формула «мне будет лучше». При этом человек как бы оглядывает себя изнутри и настраивает все свои органы и системы на оптимальный уровень функционирования.

Ознакомившиеся на практике с методом отечественные и зарубежные специалисты отмечают его высокую эффективность, до сих пор мало известную в педагогической и медицинской практике.

Метод Г.Н. Сытина помогает предупреждать и лечить практически все наиболее распространенные болезни человека: заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, позвоночника, кишечно-желудочного тракта, опорно-двигательного аппарата, женские, мужские болезни и т. д.

В 1990 г. в г. Москве учрежден научно-методический центр психологической поддержки человека и нелекарственного лечения по методу

Г.Н. Сытина, который ежегодно обслуживает до 200 тыс. посетителей. Эффект оздоровления наблюдается у всех посетителей центра.

Метод самоубеждения максимально включает больного в оздоровительный процесс, и к тому же развивает способности к работе над собой, активизирует мышление, усиливает волю, внимание, память и творческое воображение. Этот метод не только оздоравливает, но и всесторонне развивает использующего его.

Недостатком данного метода является значительная сложность содержания настроев.

Контрольные вопросы и задания для закрепления материала

1. Какая роль отводится оздоровительным системам при формировании здорового образа жизни?
2. Характеристика системы П. Иванова, ее оздоровительное значение.
3. Характеристика системы К. Купера, ее направленность на повышение уровня физической подготовленности.
4. Характеристика системы Г.П. Малахова, ее оздоровительная направленность.
5. Характеристика системы А. Стрельниковой, ее направленность на совершенствование дыхательной системы.
6. Характеристика системы Б.В. Болотова, ее оздоровительное значение.
7. Характеристика физкультурно-оздоровительной системы Н. Амосова, ее полезность.
8. Характеристика оздоровительной системы «Йога», направленность ее упражнений.
9. Характеристика системы формирования идеального здоровья Махариши Аюрведа в редакции Дипак Чопра, ее преимущество.
10. Характеристика метода самоубеждений (настроев) на здоровье Г.Н. Сытина.

Рекомендуемая литература

1. Фурманов, А.Г. Оздоровительная физическая культура : учебник для студ. вузов / А.Г. Фурманов, М.Б. Юспа. – Минск : Тесей. – С. 319–357.
2. Амосов, Н.М. Раздумье о здоровье / Н.М. Амосов. – М. : Молодая гвардия, 1979. – 246 с.
3. Золотарев, Ю.Г. Жить не болея… Поверь и научись / Ю.Г. Золотарев. – СПб. : ТОО «Социум», 1996. – 288 с.
4. Купер, К. Аэробика для хорошего самочувствия / К. Купер. – М. : Физкультура и спорт, 1989. – 224 с.

5. Стрельникова, А.Н. Парадоксальная дыхательная гимнастика / А.Н. Стрельникова. – М. : Физкультура и спорт, 1990. – 308 с.

6. Болотов, Б.В. Шаги к долголетию / Б.В. Болотов. – СПб. : Питер, 2005. – 128 с.

7. Васильев, Т.Э. Начала хатха-йоги / Т.Э. Васильев. – М. : Прометей, 1990. – 232 с.

8. Малахов, Г.П. Создание собственной системы оздоровления / Г.П. Малахов. – СПб. : АО «Комплект», 1995. – 302 с.

9. Сытин, Г.Н. Мысли, укрепляющие опорно-двигательный аппарат / Г.Н. Сытин. – СПб. : ИГ «Весь», 2006. – 288 с.

10. Телль, Л.З. Валеология: Учение о здоровье, болезни и выздоровлении / Л.З. Телль. – М. : ООО «Изд-во АСТ, «Астрель», 2001. – С. 310–322.

11. Чопра Дипак. Идеальное здоровье / Чопра Дипак ; пер. с англ. – М. : Изд-во «Дерево жизни», 1992. – 432 с.

6 ФОРМЫ И СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИИ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Из всех видов физической культуры наиболее доступным и эффективным для населения является физическая рекреация (ФР), которая включает в себя различные формы ДА, удовлетворяющие потребность в активном отдыхе (физические упражнения, игры, развлечения, элементы физического труда, спортивно-массовые и оздоровительные мероприятия, туризм и т. п.). Она составляет содержательную основу физкультурно-рекреационной деятельности, направленной на восстановление работоспособности, на организацию активного и полезного досуга, на удовлетворение потребности личности в физическом совершенствовании и на формирование здорового образа жизни.

Относительно свободная форма занятий физическими упражнениями в процессе ФР позволяет решать преимущественно оздоровительные задачи. Этому способствуют разнообразные формы ее проведения, которые допускают изменения характера и содержания физических упражнений в зависимости от мотивов, интересов и потребностей человека. Однако, несмотря на свободу выбора содержания, характера и форм занятий физическими упражнениями, положительный эффект можно получить лишь благодаря их грамотной и умелой организации, знанию их влияния на организм человека. При использовании разнообразных форм и средств ФР у человека воспитывается чувство естественного желания регулярно использовать ДА с целью своего духовного и физического развития.

Кроме того, следует отметить, что ФР способствует борьбе с вредными привычками (увлечение курением, спиртным и др.), проявляющимися особенно остро в подростковом и студенческом периоде жизнедеятельности, и препятствующими процессу самоутверждения молодого человека как личности, развитию его культуры физической. Она представляет значительный теоретический и практический интерес в качестве важного элемента спортивного стиля жизни не только молодежи, но и взрослого населения, что, несомненно, способствует формированию здорового образа жизни.

Анализ литературы показал, что все формы использования физических упражнений, направленные на эмоционально-активный отдых, развлечение, получение удовольствия от двигательной деятельности, восстановление психических и физических сил, входят в содержание ФР. Кратко остановимся на тех, которые, по нашему мнению, более целесообразны и интересны.

6.1 Формы физической рекреации

К структурным компонентам (видам и формам) ФР можно отнести: спорт для всех, активный отдых, рекреационно-оздоровительные системы, спортивно-массовые и оздоровительные мероприятия, туризм.

- *Спорт для всех* – тренировки по видам спорта с рекреационно-оздоровительной направленностью. Их целью является улучшение физического, функционального состояния, укрепление здоровья, развитие и совершенствование физических и психических качеств занимающихся. К циклическим видам спорта, используемым в ФР, относятся: легкая атлетика, плавание, лыжный спорт, велоспорт, гребля и др. К ациклическим – спортивные игры (футбол, волейбол, баскетбол, теннис, настольный теннис, городки, армрестлинг, бильярд), восточные единоборства и др.

Методическими особенностями таких тренировок (в отличие от тренировок спортивной направленности) являются:

– умеренность физической нагрузки в соответствии с социально-демографическими и биологическими особенностями занимающихся;

– возможность проведения соревнований рекреационно-оздоровительной направленности (спартакиад, первенств, матчей, кубков, турниров, мемориалов и др.);

– индивидуализация применения тренировочных и соревновательных форм;

– упрощенность правил тренировочных и соревновательных форм занятий (допустимость изменения числа участников, размеров игровых площадок и др.).

- *Активный отдых*, суть которого заключена в:

– восстановлении физических и духовных сил, затраченных человеком в период учебной (производственной) деятельности, укреплении здоровья и в дальнейшем физическом развитии;

– развитии тех задатков и способностей человека, которые связаны с профессиональной деятельностью;

– углублении и расширении социальной активности личности в целях гармонизации физического и духовного ее развития.

При организации активного отдыха наиболее востребованы следующие формы: подвижные игры, состязания, развлечения.

- *Рекреационно-оздоровительные системы* – научно обоснованный набор физических упражнений и природно-гигиенических факторов, различных по своей функциональной, физиологической и психической направленности, роду двигательной деятельности, предметным формам применения, воздействию на организм в соответствии с его анатомо-физиологическим строением, по условию осуществления. Сюда включаются системы К. Купера, П. Иванова, Л. Теля, Г. Малахова,

А. Стрельниковой, М. Аюрведа, Г. Сытина и др., более подробно представленные в 5 главе. Спецификой методики их применения является направленное формирование основного физического качества человека – общей и специальной выносливости, воздействие на определенные функциональные системы организма, активизацию его резервных возможностей; различные энергозатраты для оптимизации двигательного режима человека; работа в аэробном и анаэробном режимах; сочетание двигательных, закаливающих и идеально-образных действий.

- *Спортивно-массовые и оздоровительные мероприятия* – состязательная и игровая деятельность, участники которой с учетом пола, возраста и подготовленности имеют примерно равные возможности для активного отдыха, эмоциональной разрядки, двигательной нагрузки и достижения двигательного результата в доступных им упражнениях. К ним относятся: Дни спорта, спортивные праздники, фестивали, вечера, спортландии, поезда здоровья и др. Методическими особенностями организации и проведения массовых рекреационно-оздоровительных и спортивных мероприятий являются специальный набор состязательных упражнений, сложность и протяженность дистанции, вес используемых снарядов, продолжительность и интенсивность выполнения упражнений.
- *Туризм* является одним из эффективных видов активного отдыха, наиболее востребованных различными контингентами населения. По форме и содержанию туристская деятельность очень разнообразна – это турпоходы, турслеты, спортивное ориентирование, экскурсии, туры.

Рассмотренные формы ФР взаимодополняют друг друга и представляют собой различные стороны единого оздоровительно-рекреативного процесса, оптимизации жизненно важных свойств и качеств человека.

6.1.1 Утренняя гигиеническая гимнастика

К числу разнообразных форм ДА, способствующих формированию здорового образа жизни, относится утренняя гигиеническая гимнастика (УГГ). Она наименее сложна, но достаточно эффективна для ускоренного включения в трудовой (учебный) день. Например: у студентов, регулярно выполняющих УГГ, период врабатывания на первой учебной паре в 2,7 раза меньше, чем у не выполняющих ее. Это же в полной мере относится и к психоэмоциональному состоянию – настроение повышается на 50%, самочувствие – на 44%, активность – на 36,7% (Физическая культура студента : учеб. / М.Я. Виленский [и др.] ; под ред. В.И. Ильинича. – М. : Гардарики, 2001. – 448 с.).

Систематическое выполнение УГГ улучшает кровообращение, укрепляет сердечно-сосудистую, нервную и дыхательную системы, улучшает деятельность пищеварительных органов, способствует более

продуктивной деятельности коры головного мозга. Регулярные утренние занятия физическими упражнениями укрепляют двигательный аппарат, способствуют развитию физических качеств, особенно таких, как сила, гибкость, ловкость. Кроме того, УГГ позволяет преодолеть гиподинамию, свойственную современному человеку, укрепить здоровье, повысить физическую и умственную работоспособность.

При проведении УГГ следует соблюдать определенные гигиенические правила: по возможности рекомендуется проводить ее круглый год на открытом воздухе, что дает наибольший эффект.

Эффективность УГГ зависит от подбора и интенсивности выполняемых упражнений, а также от дозировки нагрузок.

Комплекс УГГ должен соответствовать состоянию здоровья и физической подготовленности. В комплексы следует включать упражнения (12–16) для всех групп мышц, упражнения на гибкость и подвижность, дыхательные упражнения. Не рекомендуется выполнять упражнения статического характера, со значительными отягощениями, на выносливость. Объем нагрузки и ее интенсивность должны ограничиваться и быть значительно меньше, чем на дневных тренировках. Упражнения, как и вся УГГ, не должны вызывать утомления.

При выполнении УГГ рекомендуется придерживаться определенной последовательности выполнения упражнений: медленный бег; ходьба (2–3 минуты); упражнение типа «потягивание» с глубоким дыханием; упражнения на гибкость и подвижность для рук, шеи, туловища и ног; силовые упражнения без отягощений или с небольшими отягощениями для рук, туловища и ног (сгибание и разгибание рук в упоре лежа, упражнения с легкими гантелями – для женщин 1,5–2 кг, для мужчин 2–3 кг, с эспандерами и резиновыми амортизаторами и др.); различные наклоны и выпрямления в положении стоя, сидя, лежа; приседания на одной и двух ногах и др.; легкие прыжки или подскоки (например, со скакалкой) – 20–36 секунд; медленный бег и ходьба (2–3 минуты); упражнения на расслабление с глубоким дыханием.

При составлении комплексов УГГ и при их выполнении рекомендуется нагрузку на организм повышать постепенно, она должна быть наибольшей в середине и во второй половине комплекса. К концу выполнения комплекса упражнений нагрузка снижается, и организм приводится в сравнительно спокойное состояние. Комплекс следует периодически обновлять, так как привычность упражнений снижает эффективность занятий.

Во время выполнения комплекса упражнений УГГ большое значение придается правильному дыханию. Вдох и выдох рекомендуется сочетать с движениями.

Вдох производится при разведении рук в стороны или с подниманием их вверх, с потягиванием, с выпрямлением туловища после наклонов, поворотов и приседаний.

Выдох производится при опускании рук вниз, во время наклонов, поворотов туловища, при приседаниях, поочередном поднимании ног вперед маховыми движениями и т. п.

6.1.2 Физкультурная пауза

Действенной и доступной формой ФР является физкультурная пауза. Она выполняется в рабочее (учебное) время и решает задачу обеспечения снижения утомляемости и повышения работоспособности. Содержание и методика выполнения упражнений физкультурной паузы сходны с упражнениями УГГ. Помимо обычных упражнений, входящих в комплекс УГГ (таких, как наклоны и повороты туловища, движения руками, вращения таза и др.), в физкультурную паузу целесообразно включать дыхательные упражнения и упражнения для глаз. Они способствуют активизации нервной системы и повышению тонуса. Эффективно так называемое диафрагмальное дыхание (вдох начинается с выпячивания живота за счет сокращения диафрагмы), состоящее из частых, но неглубоких вдохов и выдохов с выпячиванием и втягиванием живота.

Упражнения для глаз состоят в основном из движений глазами влево-вправо, вверх-вниз и круговых движений.

С целью улучшения мозгового кровообращения применяются упражнения, состоящие из наклонов и поворотов головы.

В тех случаях, когда условия не позволяют выполнять упражнения в положении стоя, это можно делать, не вставая из-за стола. При этом упражнения выполняются в изометрическом режиме – производится напряжение и расслабление различных мышечных групп без изменений позы. Например, выпрямив ноги, попеременно или одновременно напрягают и расслабляют мышцы ног, затем рук, туловища.

6.1.3 Индивидуальные двигательные действия

Неорганизованные индивидуальные двигательные действия направлены на повышение ДА без существенных затрат дополнительного времени. Сюда относится пешее передвижение по пути на работу (учебу) и обратно (таблица 5). В связи с малоподвижным видом деятельности, дополнительная физическая нагрузка очень важна для людей, преимущественно выполняющих умственную работу (оптимальный расход энергии на мышечную работу составляет 1300–2200 ккал в сутки). Кроме того, за время пешего передвижения у человека снижается нервно-

эмоциональное напряжение. Это особенно важно при возвращении домой после напряженного рабочего (учебного) дня.

Для активизации работы крупных мышечных групп, имеющих недостаточную нагрузку, необходимо также подниматься по лестницам. Поднимаясь по лестнице, человек затрачивает значительно больше энергии, чем при ходьбе по ровной местности. Поднимаясь по обычной лестнице в среднем темпе, он расходует 0,012 ккал/кг на 1 м подъема.

Таблица 5 – Энергозатраты при ходьбе с различной скоростью (по Е. М. Берковичу, 2000)

Скорость, км/ч	**Энергозатраты (ккал) при массе обследуемого (кг)**					
	45	**54**	**63**	**72**	**81**	**90**
3,9	2,2	2,6	2,9	3,2	3,5	3,8
4,0	2,7	3,1	3,5	3,8	4,2	4,5
4,8	3,1	3,6	4,0	4,4	4,8	5,3
5,6	3,6	4,2	4,6	5,0	5,4	6,1

Затраты энергии при спуске составляют одну треть затрат при подъеме. Поэтому рекомендуется не пользоваться без особой нужды лифтом. Получить дополнительную физическую нагрузку помогают разнообразные бытовые и хозяйственные работы. Почти в любых условиях можно делать изометрические упражнения на отдельные группы мышц, совершенно не заметные для окружающих.

6.1.4 Турпоходы выходного дня

Туризм – неотъемлемая часть образа жизни людей. Среди всех видов спорта туризм по массовости занимает одно из первых мест.

В любом путешествии, даже в таком небольшом, как туристский поход выходного дня, самым главным является выбор маршрута. Он разрабатывается заблаговременно и настолько подробно, насколько это возможно. Сначала устанавливаются сроки похода и, следовательно, определяются погодные условия, от которых зависит выбор одежды, обуви, снаряжения.

Маршрут любого путешествия, соответствующий избранному способу передвижения, целям и задачам проводимого туристского мероприятия (независимо от того, является ли оно оздоровительным или спортивным походом, даже просто туристской прогулкой, экскурсионной поездкой или путешествием), – это основной признак туризма как

специфического вида рекреационно-оздоровительной, спортивно-прикладной, учебно-познавательной деятельности.

Выбор района похода – дело творческое, а решение задачи выбора связано с анализом цели похода, его задач (учебных, спортивных, познавательных, оздоровительных), возможностей – финансовых, материальных (в смысле обеспеченности соответствующим снаряжением), уровня подготовленности группы (не только физической и технической, но и психологической, и адаптированной к природно-климатическим условиям региона).

На первом этапе занятий туризмом совершается несколько походов выходного дня, причем однодневных, не связанных с необходимостью организации ночлега в полевых условиях, сезон существенного значения не имеет. Погоду, тем не менее, следует «выбирать», так как в поход, пусть даже однодневный, отправляются новички. Район же похода при прочих равных условиях (т. е. при наличии в этом районе интересных маршрутов) определяется близостью подъезда к началу маршрута и удобством обратного возвращения.

Несравненно важнее как с оздоровительной, так и с педагогической точки зрения совершать походы в течение всего учебного года не в отдаленные районы, а преимущественно в своем регионе или в сопредельном. Важно, чтобы маршруты походов соответствовали насыщенности и разнообразию их программ.

Близость района похода значительно упрощает организационные задачи, но не методические: маршрут и план похода, как правило, продумывается скрупулезно и обстоятельно.

Перед походом вся туристская группа изучает особенности маршрута по карте: рельеф местности, естественные преграды, лес, реки, ближайшие населенные пункты, достопримечательности, исторические памятники, музеи, стройки. Распределяются обязанности между участниками похода, назначаются: завхоз, санитар, шеф-повар, фотограф, корреспондент, направляющий и замыкающий.

Одежда туриста должна быть легкой, прочной, не стесняющей движений. Наиболее удобен тренировочный или лыжный костюм (по погоде); женщины должны обязательно иметь брюки. Обувь рекомендуется разношенная (кеды, лыжные или туристские ботинки), которая обувается на хлопчатобумажный и шерстяной носок.

Необходимым условием подготовки к походу является физическая и специальная туристская подготовка, систематические занятия физическими упражнениями и спортом.

Перед походом участникам сообщается время сбора и выхода на маршрут, режим дня и график движения, время малых и больших привалов.

Основная форма походного строя – цепочка. Впереди идут менее подготовленные туристы, сзади – более опытные. Возглавляет строй направляющий, который выбирает наиболее удобные и безопасные для передвижения места. Замыкающий не оставляет никого позади себя; помогает отстающим товарищам; контролирует движение, передавая направляющему команды об изменении его темпа. Дистанция между участниками похода 2–3 м, по кустарнику – 3–5 м. Начинать поход рекомендуется в 7–8 часов утра. Направление движения определяется с помощью карты и компаса.

Однодневный поход рассчитан на 6–7 часов хода. Первый привал делается через 15–20 минут после начала движения для подгонки снаряжения; в дальнейшем через каждые 45 минут хода делаются 10–15-минутные малые привалы. В 10–11 часов – завтрак (сухой паек: бутерброды с сыром, колбасой). В 13–14 часов делается большой привал, оборудуется бивак, туристы обедают и отдыхают. По усмотрению руководителя в соответствии с планом похода большой привал может быть рассчитан на 3–4 часа.

В турпоходе во время привала руководителю следует использовать средства физической культуры. С помощью физических упражнений, во-первых, повышается тонус организма; во-вторых, усиливается функциональная активность физиологических систем, ответственных за выведение радионуклидов из организма.

При организации и проведении занятий физическими упражнениями в турпоходе следует соблюдать следующие принципы: принцип безопасности – такая организация и методика проведения занятий, при которой максимально снижается угроза дополнительного проникновения вредных веществ в организм занимающихся; принцип максимального оздоровительного эффекта – использование таких упражнений, которые обеспечивают максимальное увеличение устойчивости организма к вредным воздействиям окружающей среды; принцип индивидуализации – использование строго индивидуальных нагрузок в соответствии с полом, возрастом, состоянием здоровья, физической подготовленностью занимающихся, а также с условиями экологической обстановки.

При проведении лыжного туристского похода необходимо учитывать специфику передвижения на лыжах с повышенным расположением центра тяжести (рюкзак и другое снаряжение), температурные (мороз, оттепель) и атмосферные условия (ветер, метель), короткий световой день. Эти условия предъявляют более высокие требования к подготовке похода, к его участникам, руководителю.

К лыжному туристскому походу могут быть допущены физически подготовленные, закаленные, владеющие техникой передвижения на лыжах люди. При температуре ниже 20° С походы проводить не рекомендуется.

Руководителю похода нужно заранее обследовать предполагаемый маршрут. Рассчитывая протяженность маршрута, необходимо учесть условия местности, на которой будет проводиться поход, наличие или отсутствие лыжни, предполагаемую температуру воздуха, продолжительность светового дня и другие факторы.

Большое внимание участникам и руководителю похода следует уделять подбору и проверке снаряжения: качеству лыж, креплений, ботинок, палок. Для ремонта снаряжения и лыж в пути необходимо иметь с собой набор ремонтных инструментов и материалов.

Чтобы предупредить обморожения, следует проводить систематические мероприятия по закаливанию организма, уметь одеваться с учетом погодных условий, предохранять белье, носки, варежки от намокания, чередовать движение и отдых, соблюдать режим питания. Особенно внимательно надо следить за состоянием пальцев ног. При отсырении носков их необходимо сменить. При потере чувствительности пальцы ног необходимо растереть, сделать активные согревающие движения, обогреться у костра, обратиться за помощью в населенные пункты.

Занятия туризмом не совместимы с курением, распитием спиртных напитков, употреблением наркотиков.

6.1.5 Самостоятельные занятия физическими упражнениями

Управление самостоятельными тренировочными занятиями заключается в определении состояния здоровья, уровня физической, спортивной подготовленности занимающихся на каждом отрезке времени занятий и в соответствии с результатами этого определения в корректировке различных сторон занятий с целью достижения их наибольшей эффективности.

Для осуществления управления процессом самостоятельных занятий физическими упражнениями необходимо определение цели занятий. Целью могут быть: укрепление здоровья, закаливание организма и улучшение общего самочувствия, повышение уровня физической подготовленности и др.

Самостоятельные занятия физическими упражнениями можно проводить индивидуально или в группе из 2–5 человек и более. Групповая тренировка более эффективна, чем индивидуальная. Заниматься рекомендуется 3–4 раза в неделю по 1–1,5 часа. Лучшим временем для тренировок является вторая половина дня, через 2–3 часа после обеда.

Можно тренироваться и в другое время, но не раньше, чем через 2 часа после приема пищи, и не позднее, чем за час до приема пищи, или до отхода ко сну. Не рекомендуется тренироваться утром, сразу после сна, натощак. Тренировочные занятия должны носить комплексный характер, т. е. способствовать развитию всего комплекса физических качеств, а также укреплению здоровья и повышению общей работоспособности организма.

Каждое самостоятельное тренировочное занятие состоит из трех частей: подготовительная часть (разминка) – делится на две части – общеразвивающую и специальную.

Общеразвивающая часть состоит из ходьбы (2–3 минуты), медленного бега (женщины – 6–8 минут, мужчины – 8–12 минут), общеразвивающих гимнастических упражнений на все группы мышц.

Упражнения рекомендуется начинать с мелких групп мышц рук и плечевого пояса, затем переходить на более крупные мышцы туловища и заканчивать упражнениями для ног. После упражнений силового характера и растягивания следует выполнять упражнения на расслабление.

Специальная часть разминки преследует цель подготовить к основной части занятий те или иные мышечные группы и костно-связочный аппарат, а также обеспечить нервно-координационную и психологическую настройку организма на предстоящее в основной части занятия выполнение упражнений. В специальной части разминки выполняются отдельные элементы основных упражнений, имитация, специально-подготовительные упражнения, основные упражнения по частям и в целом. При этом учитывается темп и ритм предстоящей работы.

В основной части изучается спортивная техника и тактика, осуществляется тренировка, развитие физических и волевых качеств (быстрота, сила, выносливость).

В заключительной части выполняются медленный бег (3–8 минут), переходящий в ходьбу (2–6 минут), и упражнения на расслабление в сочетании с глубоким дыханием, которые обеспечивают постепенное снижение тренировочной нагрузки и приведение организма в сравнительно спокойное состояние.

При тренировочных занятиях (продолжительность 60 или 90 минут) можно ориентироваться на следующее распределение времени по частям занятий: подготовительная 15–20 (25–30) минут, основная 30–40 (45–55) минут, заключительная 5–10 (5–15) минут.

В практике проведения самостоятельных тренировок наибольшее распространение приобрели занятия спортивными играми, атлетической гимнастикой, оздоровительным бегом, лыжными прогулками. В последнее время среди девушек и женщин растет популярность аэробики и шейпинга.

6.1.6 Нетрадиционные виды двигательной активности

В данном разделе представлены виды и формы двигательной активности, которые представляют интерес для населения, и будут культивироваться в ближайшие годы.

Армрестлинг – это борьба руками на столе. Размер стола: высота – 104,14 см, длина – 92,71 см, ширина – 64,77 см. На столах на одинаковом расстоянии от краев и перпендикулярно к ним располагаются «контейнеры» для локтевого сустава борцов (рисунок 3).

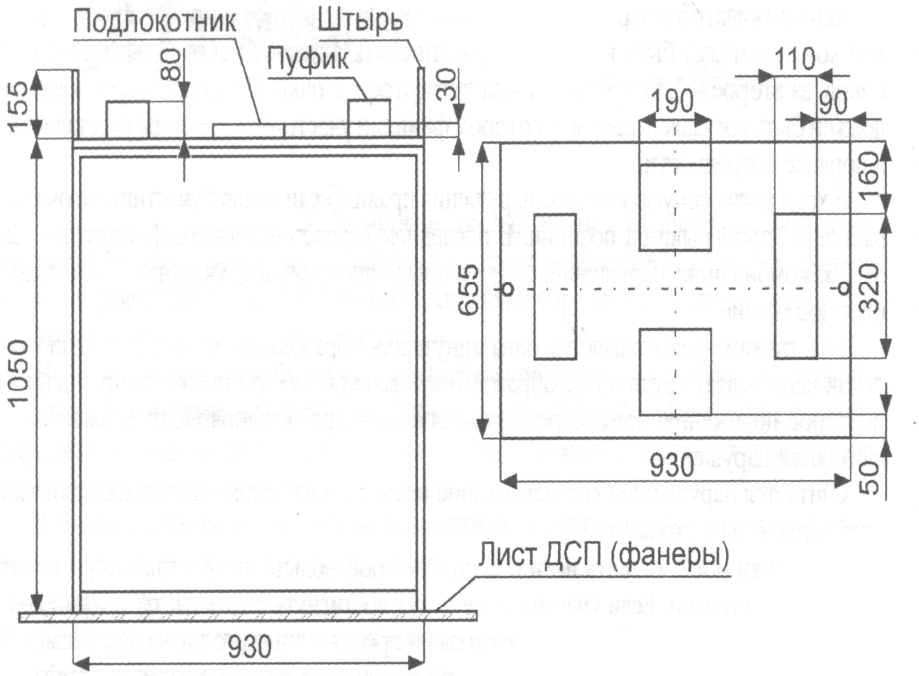


Рисунок 3 – Оборудование и инвентарь для проведения соревнований по армреслингу (стоя)

Соревнования по армрестлингу проводятся в различных весовых категориях: мужчины: до 61 кг, до 68 кг, до 75 кг, до 84 кг, до 90 кг, до 100 кг, до 110 кг, свыше 110 кг; женщины: до 54,5 кг, до 63,5 кг, свыше 63,5 кг.

Боулинг (от англ. to bowl – катить) – спортивная игра. Цель игры – сбить с помощью как можно меньшего количества пускаемых руками шаров кегли, установленные особым образом в конце безбортовой дорожки. Существует много разновидностей боулинга: 5-кегельный боулинг отличается от 10-кегельного не только количеством кеглей, но и, например, количеством бросков в каждом фрейме, а также различной игровой ценностью кеглей, кэндлпин-боулинг отличается прежде всего,

формой кеглей, которые напоминают свечи (то есть являются цилиндрами и не имеют выраженных верха и низа). Самый распространеный в мире вариант – это 10-кегельный боулинг, в котором кегли установлены в виде треугольника.

Виндсёрфинг – передвижение по воде на доске под парусом без руля и без помещения для экипажа. На доске массой 25 кг установлен парус, который свободно вращается вокруг своей оси, что придает сооружению большую маневренность при управлении одним человеком.

Гольф (англ. golf) – спортивная игра, в которой отдельные участники или команды соревнуются, загоняя маленький мяч в специальные лунки ударами клюшек, пытаясь пройти отведенную дистанцию за минимальное количество ударов.

Для игры в гольф игрок может использовать не менее двух, но не более 14 видов клюшек. В каждой игре участник должен пройти определённое число лунок (как правило, 18) в определенном порядке. Лункой в данном случае называется и само отверстие в земле, и вся площадка для игры (как правило, состоящая из стартовой зоны – площадки «ти» («мишень»), основной зоны (fairway – «прямое направление», ср. фарватер) и специальной площадки с вырезанной в ней лункой – «лужайки» (green). На площадке для игры могут присутствовать различные препятствия: водные преграды, бункеры с песком, кусты, деревья, высокая трава. Для начала мяч с идентификационной меткой игрока устанавливается на стартовую площадку. В идеале гольфист, как правило, должен первым ударом попасть на основную площадку, провести мяч по нему несколькими ударами (в зависимости от вида площадки) и попасть на грин – площадку с идеальной травой, по которой мяч катится без помех. Для того чтобы забить мяч в лунку с грина, используется специальный вид клюшки – паттер.

Разновидностью гольфа является мини-гольф, сравнительно новая разновидность старинной игры.

Площадка для мини-гольфа представляет собой грин, на котором путь мяча к лунке затруднен многочисленными препятствиями в виде камней, песчаных ловушек, искусственных лабиринтов и так далее. Задача игрока – как и в обычном гольфе – провести мяч в лунку за минимальное число ударов. Игра ведется клюшкой «паттер».

Зачастую площадки для мини-гольфа снабжены декоративными украшениями, например, в историческом стиле, а также имеют нестандартные пути проведения мяча к лунке: желоба, туннели, механические подъемники, ловушки, ложные пути, возвращающие мяч на «ти» и так далее. Несмотря на общий рекреационный стиль игры, по мини-гольфу проводятся соревнования, в том числе и международные.

Гидроаэробика – выполнение физических упражнений в воде, является эффективным средством повышения уровня физической

подготовленности для лиц с разным физическим развитием и практически любого возраста. Структура занятий, дозирование физической нагрузки, музыкальное сопровождение могут быть такими же, как и на занятиях аэробикой. Однако сопротивление воды усложняет движения, и его преодоление приводит к более быстрому, чем на суше, развитию силы различных мышечных групп. Систематическое выполнение физических упражнений в воде нормализует деятельность нервной и сердечно-сосудистой систем, снимает излишнюю возбудимость, улучшает сон.

Кроме того, привлекательность гидроаэробики заключается в следующем:

во-первых, поход в бассейн как таковой – отличный способ поднять настроение;

во-вторых, гидроаэробика – это спортивно-развлекательное занятие, где меньше однообразных скучных движений и множество развлекательных;

в-третьих, гидроаэробика также отлично помогает улучшить свое положение тем, кто стесняется недостатков в своей фигуре. Ведь от посторонних взглядов тело занимающегося спрятано в толще воды, что, конечно, является большим преимуществом перед другими фитнес-занятиями;

в четвертых, водная среда обеспечивает отличное лечение, так как выводит вредные вещества через многочисленные поры кожи.

Йога – от санскритского корня йодж или йудж, имеющего много значений: «упряжка», «упражнение», «обуздание», «соединение», «единение», «связь», «гармония», «союз» и т. п. Впервые встречается в «Риг-веде» – древнейшем из сохранившихся памятников индийской литературы. Упражнения, основанные на понимании не только физических, но и духовных, нравственных правил усовершенствования личности, – это и есть система йоги. Известно множество ее разновидностей, разделов, упражнений – хатха-йога, раджа-йога, бхагти-йога, тантра-йога.

Наиболее важным на первоначальном этапе освоения йоги должно являться понимание того, что это не просто принятие различных замысловатых поз и расслабление, а настоящая сложная техника контроля над телом и концентрация внимания на нем.

Асана, согласно Патанджали, «это положение тела, которое удобно и приятно». Некоторые позы йоги требуют для своего выполнения немалой ловкости, силы, растяжки, и едва ли могут быть названы «удобными и приятными». Данный парадокс связан с тем, что асана практикуемая отличается от асаны пройденной, и пребывание в асане по мере ее освоения становится все более удобным и приятным. Так, в практике

хатха-йоги приводится перечень из 11 асан для укрепления тела и 4 медитативных асаны.

Такое ограниченное количество упражнений являлось не следствием неразвитости системы, а четким пониманием, что йога – это не техника для гипертрофированного развития физического тела, асаны не самоцель, а лишь промежуточный инструмент, предлагаемый йогой для духовного развития человека. Для нормальной практики йоги, направленной как на поддержание физического здоровья, так и на внутреннюю работу, может быть достаточно десятка асан, хотя сам список этих асан будет различным для разных людей и зависеть от их физических и психологических особенностей.

Пранаяма – специальные дыхательные упражнения, воздействующие на физиологическую составляющую человека посредством изменения концентрации кислорода и углекислого газа, а также на эмоциональную составляющую, воздействуя на нее через систему психосоматических соответствий с помощью специфических типов дыхания. Механизмы действия дыхательных упражнений включают:

– изменение соотношений концентрации кислорода и углекислого газа в организме;

– включение в работу в процессе дыхания различных групп дыхательных мышц;

– рефлекторное воздействие на мозг посредством воздействия на обонятельные и другие рецепторы;

– массаж внутренних органов;

– рефлекторное воздействие на симпатическую и парасимпатическую нервные системы.

С помощью практики пранаямы, в особенности длительных задержек дыхания и энергетических прокачек, расширяются адаптативные функции организма, сознание становится устойчивым к переживанию различных измененных состояний.

Каратэ – древнейшее военное искусство Востока. В настоящее время известно несколько десятков стилей и школ каратэ. Наибольшую известность и широкое распространение получили такие стили, как сётокан, сито-рю, вадо-рю, годзю-рю и кёкусинкай.

Подготовка в каждом из описанных стилей имеет свои особенности, но ее основу составляют изучение и отработка специальных комплексов формальных упражнений – ката. Ката – традиционные, канонизированные комплексы комбинаций, которые представляют собой некое «хореографическое» построение боя с «тенями» нескольких противников (т. е. с условными противниками). С другой стороны, это своеобразные двигательные жесты и одновременно носители информации. В Японии

считают, что, изучая ката – живые завещания выдающихся мастеров, – занимающиеся получают доступ к неиссякаемому источнику физического и духовного развития.

Кёрлинг (англ. curling, от скотс. curr) – командная спортивная игра на ледяной площадке. Участники двух команд поочередно пускают по льду специальные тяжелые гранитные снаряды («камни») в сторону размеченной на льду мишени («дома»). От каждой команды выступают четыре игрока. Каждый игрок бросает по два камня в каждом туре (игра состоит из 8–12 туров). Команда получает очко за каждый камень, остановившийся в «доме» на меньшем расстоянии от центра, чем камень противника. После того как сделан бросок, партнеры имеют право специальной щеткой расчищать лед в шестиметровой зоне от центра «дома».

Площадка для керлинга представляет собой прямоугольное поле длиной 44,5 м и шириной 4,32 м. Температура льда – около −5° С. Мишень, называемая «домом», имеет диаметр 3,66 м. Камень весом 19,96 кг изготавливается из определенного вида гранита. Он имеет цилиндрическую форму (с некоторым переходом в тор) и кольцеобразную скользящую нижнюю поверхность. Сверху у камня имеется ручка.

Пауэрлифтинг (от англ. powerlifting: power – сила, и lift – поднимать) – это троеборье, состоящее из приседания со штангой, жима штанги лежа и тяги штанги. В пауэрлифтинге, в отличие от бодибилдинга, важны силовые показатели, а не красота тела.

Оценка идет по суммарному, максимально взятому весу во всех трех упражнениях. При одинаковых показателях победа присуждается спортсмену, обладающему меньшим весом.

В последнее время все чаще проводятся соревнования по одному отдельно взятому движению: жиму штанги лежа.

Перетягивание каната как организованный вид досуга возник в 70-х гг. прошлого века в Англии.

По восемь участников каждой из команд, чей общий вес не должен превышать максимального для данной весовой категории, располагаются у разных концов каната, окружность которого – от 10 см до 12,5 см, а длина – не менее 33,5 м. В середине каната делается «центральная отметка» и на расстоянии 4 метров от нее – две боковых отметки. Перед началом состязания команды встают так, что центральная отметка находится над проведённой на земле чертой. По сигналу судьи каждая команда начинает тянуть канат, старясь, чтобы отметка, ближайшая к соперникам, пересекла черту на земле (то есть, пытаясь перетянуть канат на 4 метра), или чтобы противоположная команда заработала фол, который засчитывается если кто-либо из команды сядет или упадет.

Роллер-спорт позволяет развивать гибкость, координацию движений и в то же время не дает ударной нагрузки на суставы и сухожилия, как при беге трусцой.

Сепактакроу – волейбол без игры руками. В переводе с малайского значит «игра ногой в мяч». В игре участвуют две команды по пять человек, располагающиеся на площадке, равной по размеру корту для бадминтона, с сеткой. Мяч рукой набрасывается на ногу подающего игрока своей команды, а соперники принимают мяч ногой или головой (руками можно только подавать). Далее действуют волейбольные правила счета и трех передач мяча на своей площадке.

Скейтбо́рдинг (англ. skateboarding) – экстремальный вид спорта, заключающийся в катании, а также в исполнении различных трюков на скейтборде.

В настоящее время большинство скейтеров катаются в стиле стрит-стиль, в котором трюки выполняются на улице. В нем используются такие препятствия, как лестницы, бордюры, карнизы, поручни, поэтому скейты претерпели изменения. Их длина составляет от 30 (76,2 см) до 32 дюймов (81,28 см), ширина – от 7 до 8,25 дюймов. Но бывают и исключения как в меньшую сторону, так и в большую. Например, бывают скейтборды шириной в 6 дюймов, предназначенные для детей, или доски шириной 9 и даже 9,5 дюймов, так называемый круйзерные доски. Но они изготавливаются в традиционном исполнении, т. е. в форме «рыбки». Скейтборд симметричный, относительно узкий, со скругленными краями. Эта форма появилась на основе скейтов для фристайла и стала стандартом с середины 1990-х годов.

Стретчинг – растягивание, включает в себя комплекс поз, способствующих повышению эластичности различных мышечных групп. Для правильного выполнения упражнений стретчинга соблюдают следующие требования: прежде чем выполнить упражнение, надо знать, какую конкретную группу мышц оно помогает растягивать; при выполнении упражнений не следует пытаться скопировать движение более гибкого товарища, все движения должны выполняться в пределах индивидуального диапазона подвижности суставов: вначале следует применять «легкий стрейчинг» при положении сустава в крайне разогнутом, согнутом, отведенном или приведенном положении; не покачиваться, растягивать связки и мышцы только за счет статического давления, находясь в неподвижном состоянии; в процессе выполнения упражнений дышать спокойно и ритмично; при появлении острых болевых ощущений прекращать выполнение упражнений. Этот вид гимнастики широко используется как вспомогательное средство в различных видах спорта.

6.1.7 Спортивно-массовые мероприятия

Периодическое участие в многоэтапных (различные спартакиады, двухэтапные соревнования и т. д.) и разовых (Дни спорта и здоровья, Спортивные праздники, Спортивные фестивали, Массовые пробеги, Поезда здоровья и т. д.), в спортивно-массовых и рекреационно-оздоровительных мероприятиях оказывает стимулирующее воздействие на ведение здорового образа жизни, поиска резервов в ДА.

Однако следует подчеркнуть, что организовывать и проводить эти мероприятия нужно методически правильно, т. к. в них главенствующим является соревновательный метод, который, в свою очередь, требует от человека проявления максимальных усилий. Несоблюдение методических требований может нанести вред. Чаще всего это случается, когда к таким мероприятиям привлекаются неподготовленные люди. Соревнования зачастую сопровождаются эмоциональной напряженностью, поскольку играющие стремятся «не уступить», «выиграть» и т. п. И если правильной методикой проведения разовых названных мероприятий пренебречь, стремление участников «выиграть любой ценой» станет преобладающим. В таких случаях физические нагрузки будут чрезмерны и окажут отрицательное воздействие на организм. В связи с этим методика организации и проведения любого спортивно-массового и рекреационно-оздоровительного мероприятия начинается с определения предполагаемых физических нагрузок с учетом возраста, пола и уровня физической подготовленности участников. Все это учитывают при разработке положения (программы, сценария) того или иного мероприятия.

6.2 Средства физической рекреации

Комплекс средств ФР составляют физические упражнения, оздоровительные факторы природы, упражнения релаксации, рекреационно-оздоровительные занятия и др.

Ведущее место в структуре средств ФР занимают *физические упражнения* – специально организуемые и сознательно управляемые действия, направленные на формирование физических качеств и двигательных навыков, на физическое воспитание и оздоровление в целом.

Физические упражнения классифицируются по следующим признакам:

– *по функциональному эффекту* они делятся на физические упражнения для совершенствования физических качеств и формирования двигательного навыка;

– *по виду двигательной деятельности* – на перемещения, прыжки, метания, единоборства и т. д.;

– *по предметным формам применения* – на гимнастику, легкую атлетику, спортивные игры, плавание, лыжный спорт и т. д.;

– *по направленности использования* – на общеразвивающие, подготовительные, реабилитационные, расслабляющие и т. д.;

– *по воздействию на организм* – для развития мускулатуры, двигательного аппарата, органов дыхания, ССС и др.;

– *по интенсивности работы* – максимальные, субмаксимальные, умеренные.

В каждой из этих групп и между ними могут образовываться комплексы специально подобранных и распределенных в строгой последовательности упражнений, направленных на решение конкретных задач.

6.2.1 Занятия физическими упражнениями в обеденный перерыв

Известный кардиолог, профессор Н. Мухарлямов (Мухарлямов, Н.М. Ультразвуковая диагностика в кардиологии / Н.М. Мухарлямов, Ю.Н. Беленков. – М. : Медицина, 1981. – 158 с.), писал, что тем, у кого «сидячая» работа, в обед следует ограничиться чаем с бутербродом, а остальное время перерыва использовать для прогулки, игры в настольный теннис, легкой пробежки. Иными словами, вместо того чтобы приобретать калории, следует активно их расходовать, а полный обед лучше перенести на время после работы.

Во многих учреждениях в обеденный перерыв сотрудники с увлечением играют в настольный теннис. Это и есть часть производственной физической культуры, в которой присутствуют элементы повышенной ДА и своеобразной гимнастики для микромышц глаз и зрительного анализатора.

Общая физическая нагрузка во время игры может быть весьма значительной, ведь за одну партию игрок выполняет 15–20 подач, от 60 до 150 ударов, 15–20 раз наклоняется за мячом. По данным шведских исследователей, частота пульса у высококвалифицированных теннисистов к концу первой партии достигает 152 уд/мин, к концу второй – 165, а в конце третьей приближается к 200 уд/мин.

Этот пример дает представление о значительной физиологической нагрузке при игре в настольный теннис.

6.2.2 Физические упражнения в сочетании с дополнительными средствами, повышающими работоспособность

К дополнительным средствам относят не только гантели, скакалки, набивные мячи, гимнастические стенки, но и тренажеры (бегущая дорожка, велотренажер и др.), развивающие выносливость, силу, быстроту, подвижность суставов. Применение тренажеров повышает эффективность занятий благодаря дополнительным нагрузкам, избирательному воздействию

на отдельные функциональные системы, мышечные группы. Тренажеры позволяют строго дифференцировать физическую нагрузку. В настоящее время используются тренажеры с обратной информационной связью, позволяющие регулировать нагрузку в зависимости от реакции организма. Для восстановительных процедур применяются различные массажеры.

Физические упражнения могут применяться последовательно или сочетаться с водно-тепловыми процедурами, что способствует расслаблению, восстановлению работоспособности (душевые установки с дождевым, восходящим, контрастным и другими вариантами водных потоков; подводный массаж; русские бани и сауны). С целью ралаксации используются музыкальное сопровождение физических упражнений и восстановительных процедур, комнаты психологической разгрузки со специальными креслами, видео- и аудио эффектами.

В помещение психологической разгрузки через средства аэрации воздуха могут поступать запахи цветов, хвойного леса, травы, скошенного сена, что также положительно влияет на процесс восстановления после профессионального труда.

6.2.3 Оздоровительные факторы природы, используемые в процессе физической рекреации

Оздоровительные факторы природы – компоненты природной среды, которые оказывают благоприятное влияние на функциональные системы и компенсаторные процессы в организме человека. Они широко используются в массово-оздоровительной работе санаторно-курортных и лечебно-профилактических учреждений. Важнейшие из них по своему значению – воздух, солнце, вода, климатические факторы и почва.

Воздух. В атмосферном воздухе наибольшее значение для биологических процессов имеет кислород, используемый в процессах дыхания организма и в минерализации органических веществ. Запаса кислорода (O_2) в организме хватает всего на 2–3 минуты, и через 5 минут после полного прекращения доступа в организм происходят необратимые изменения и наступает биологическая смерть.

Большую роль играет и углекислый газ (CO_2). В определенной концентрации это – мощный естественный раздражитель дыхательного центра, отсутствие его в организме может привести к резкому нарушению дыхания и кровообращения в организме, однако избыток углекислого газа подавляет жизненно важные центры и вызывает самые неблагоприятные состояния.

Загрязнение атмосферного воздуха вызывает заболевания, прежде всего органов дыхания, особенно опасно увеличение содержания в воздухе канцерогенных веществ, способствующих развитию опухолей.

Воздушные ванны являются существенным элементом в санаторно-курортном лечении и повседневной жизни. Длительное пребывание людей в местах с чистым обогащенным аэроионами воздухом, а также вдыхание воздуха, насыщенного лекарственными веществами (при ингаляциях), имеют хороший лечебный эффект при респираторных заболеваниях.

Солнце. Солнечные лучи обладают сильным и разнообразным физико-химическим действием, что объясняется сложностью строения солнечного спектра, который состоит из видимых и невидимых лучей.

Солнечная энергия необходима для нормального течения жизненных процессов в организме. Солнечное облучение стимулирует обмен веществ, увеличивает содержание эритроцитов, гемоглобина, благотворно действует на пищеварительную систему, повышает общий тонус организма, устойчивость к инфекциям, оказывает противорахитическое действие за счет образования витамина D и улучшает усвоение солей кальция и фосфора. Солнечные ванны являются эффективным лечебным и профилактическим средством, способствующим закаливанию организма. Ультрафиолетовые лучи не проникают в глубину тканей и образуют загар, вызывая пигментацию кожных покровов. Загар способствует мобилизации защитно-приспособительных реакций организма.

Вода – один из наиболее существенных компонентов большого биологического круговорота. Без пищи, но с водой человек способен жить около двух месяцев, без воды жизнь продолжается всего несколько дней. Огромное значение вода имеет для закаливания организма, для поддержания здоровья имеют значение водные процедуры, которые также оказывают огромное целебное воздействие при некоторых заболеваниях. Полезны воды минеральных источников.

Климатические факторы здоровья оказывают значительное влияние на организм человека. Под климатом данной местности понимают многолетний режим погоды, характеризующийся закономерной последовательностью метеорологических процессов. Погода, т. е. физическое состояние приземного слоя атмосферы, включает в себя следующие метеорологические элементы: лучистую энергию, атмосферное давление, температуру, влажность, направление и скорость ветра. Важный климатический фактор – солнечная радиация, которая способствует росту и развитию организма, стимулирует обменные процессы.

Микроклимат – комплекс физических факторов (температура, влажность, движение воздуха, атмосферное давление, освещение и т. д.) и их сочетание, оказывающие определенное влияние на организм, состояние здоровья и трудоспособность. Микроклимат естественной среды зависит от рельефа местности. Южные склоны возвышенностей лучше обогреваются и теплее северных, как и западные. В низменностях воздух холодный и влажный, в зимнее время наоборот.

6.2.4 Упражнения релаксации и рекреационно-оздоровительные занятия

Умение овладевать своим эмоциональным состоянием с помощью мышечного расслабления называется релаксацией. Сущность метода заключается в том, чтобы при помощи внушения и самовнушения расслаблять мышцы. Это, в свою очередь, снижает активность определенных центров головного мозга, снимая напряженность.

Релаксация эффективнее, если применяется в сочетании с физическими упражнениями, снимающими напряжение утомленных мышц.

Физические упражнения, применяемые для развития способности к произвольному расслаблению мышц, делятся на пять групп (Евсеев, Ю.И. Физическая культура / Ю.И. Евсеев. – Изд. 4-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2008. – 378 с.):

1) свободное раскачивание руками в плечевом и локтевом суставах за счет толчкообразных движений ног;

2) раскачивание ноги в тазобедренном и коленном суставах за счет толчкообразных движений опорной ноги;

3) хлестообразные движения верхних конечностей за счет резких поворотов туловища;

4) встряхивание (потряхивание) руками, ногами, туловищем;

5) расслабленное «падение» туловища, поднятых рук.

Методические рекомендации для овладения расслаблением во время выполнения физических упражнений сводятся к следующим положениям:

- выполнять изучаемые упражнения до утомления (это особенно целесообразно в занятиях циклическими упражнениями);
- создавать установку у занимающегося на выполнение заключительных фаз движений «хлестообразно»; эта методическая рекомендация дает наилучшие результаты в упражнениях, направленных на овладение техникой видов спорта, в которых проявляется «взрывное» усилие;
- переключать (резко чередовать) интенсивность движений;
- напоминать занимающемуся о необходимости расслабления мышц во время выполнения физических упражнений в виде кратких указаний (например, «расслабься», «свободно» и др.);
- во время выполнения напряженных циклических физических упражнений следить за мимическими мышцами, придавать лицу спокойное выражение, сознательно расслаблять мышцы лица.

Вместе с тем представляет интерес методика релаксации, проводимая в три ступени.

На первой, подготовительной, ступени происходит обучение произвольному расслаблению мышц, начиная со стопы и кончая лицом, по принципу напряжение–расслабление. По словесной команде сначала

напрягается та или иная группа мышц, затем расслабляется. Ощущение контраста позволяет на последующих ступенях релаксации расслаблять определенные мышцы.

На второй ступени вырабатывается способность сознательно регулировать вегетативно-сосудистые процессы в своем организме. Человек может последовательно расслаблять мышцы без предварительного напряжения, для чего достаточно словесной (извне или мысленной) команды.

Достигнув состояния полного расслабления всех мышц, человек с помощью мысленно проговариваемых формул вызывает у себя ощущение тепла, холода, тяжести, состояние покоя, хорошее настроение, может успокоить дыхание, добиться ритмичного сердцебиения.

Задача третьей ступени – управление волевыми процессами, направленными на овладение эмоциями, и даже работой отдельных внутренних органов. С помощью релаксации можно снять болезненные ощущения в области сердца, улучшить тонус сосудов.

Индивидуальные рекреационно-оздоровительные занятия – форма самостоятельной физкультурно-рекреационной гимнастики, которая длится всего 20–60 секунд во время труда (учебных занятий).

Цель этих упражнений – снизить утомление путем снижения или повышения возбудимости центральной нервной системы, нормализации мозгового и периферического кровообращения, снижения утомления отдельных анализаторов и систем организма. В микропаузах активного отдыха используются мышечные напряжения динамического, а чаще изометрического (без передвижения) характера, расслабление мышц, вращение головой, глазами, дыхательные упражнения, приемы самомассажа, сокращение мышц спины, ягодиц и т. д. На протяжении рабочего дня они могут применяться многократно, по мере необходимости, индивидуально, помимо других форм производственной гимнастики. Как правило, эту форму активизации микронасосной функции скелетных мышц рекомендуется использовать постоянно, превратив в одну из «полезных» привычек.

6.2.5 Общеподготовительные и специальные упражнения

В комплексы общеразвивающих упражнений постепенно включаются более сложные по координации упражнения, увеличивается количество их повторений и интенсивность выполнения. Добавляются упражнения с отягощением (набивные мячи массой 1 кг для женщин и 2 кг для мужчин, амортизаторы, тренажеры).

Специальные упражнения направлены на дальнейшую коррекцию осанки, формирование компенсаций и нормализацию функций организма (упражнения в равновесии, статические, релаксационные, идеомоторные, дыхательные).

6.2.6 Прикладные физические упражнения

Эти упражнения не имеют принципиального отличия от аналогичных упражнений в рабочее время. Как правило, на этих самостоятельных занятиях физическими упражнениями более ярко проявляется личная заинтересованность каждого занимающегося в повышении или поддержании своей специальной психофизической подготовленности. Очень часто стимулом к таким занятиям может быть не только качественное выполнение работником своих профессиональных функций, но и стремление через повышение личной профессионально-прикладной физической подготовленности занять на конкурсной основе интересующую его должность или получить отдельные поручения на выполнение интересного для него вида профессиональной деятельности.

Контрольные вопросы и задания для закрепления материала

1. Что лежит в основе ФР?
2. Каково содержание понятия «физическая рекреация человека»?
3. ФР как вид деятельности, направленной на формирование здорового образа жизни.
4. Какие формы использования физических упражнений входят в содержание ФР?
5. Какие задачи преимущественно решаются в процессе использования ФР?
6. Характеристика видов и форм ФР.
7. Методическая особенность тренировок по видам спорта с рекреационно-оздоровительной направленностью.
8. В чем заключается суть активного отдыха?
9. Какие рекреационно-оздоровительные системы вы знаете?
10. Методическая особенность организации и проведения массовых рекреационно-оздоровительных и спортивных мероприятий.
11. Какие гигиенические правила необходимо соблюдать при проведении УГГ?
12. Каких рекомендаций необходимо придерживаться при выполнении УГГ?
13. Физкультурная пауза как действенная и доступная форма ФР.
14. Индивидуальные двигательные действия как одно из средств повышения ДА человека.
15. Социальное и оздоровительное значение туризма.
16. Турпоход выходного дня как форма активного отдыха.
17. Назовите принципы, которые следует соблюдать при проведении занятий физическими упражнениями в турпоходе.

18. Специфика проведения лыжного туристского похода.
19. В чем заключается управление самостоятельными тренировочными занятиями?
20. Из каких частей состоит самостоятельное тренировочное занятие? Их характеристика.
21. Что необходимо учитывать при организации спортивно-массовых мероприятий? Какие мероприятия к ним относятся?
22. Назовите нетрадиционные виды физических упражнений, которые вы знаете.
23. Гольф – спортивная игра. Характеристика и ведение игры.
24. В чем заключается привлекательность гидроаэробики?
25. Характеристика йоги, ее разновидности и оздоровительная направленность.
26. Рекомендации по выполнению упражнений стретчинга.
27. Что относится к средствам ФР?
28. По каким признакам классифицируются физические упражнения?
29. Характеристика специально направленных физических упражнений.
30. Что понимается под релаксацией?

Рекомендуемая литература

1. Виноградов, Г.П. Теоретические и методические основы физической рекреации : дис. …докт. пед. наук : 13.00.04 / Г.П. Виноградов ; СПбГАФК. – СПб., 1998. – 460 с.
2. Воловик, А.Ф. Педагогика досуга : учебник / А.Ф. Воловик, В.А. Воловик. – М. : Флинта, Московский психолого-соц. институт, 1998. – 240 с.
3. Горовой, В.А. Сущностные характеристики физической рекреации / В.А. Горовой // Веснік Маз. дзярж. пед. ун-та імя І.П. Шамякіна. – 2009. – № 2. – С. 75–80.
4. Горовой, В.А. Структурно-функциональная модель и методика организации физической рекреации студентов / В.А. Горовой // Мир спорта. – 2010. – № 4. – С. 68–75.
5. Горовой, В.А. Исследование уровня физического здоровья студентов под влиянием занятий физической рекреацией / В.А. Горовой // «Спортивная медицина. Здоровье и физическая культура. Сочи 2011» : Материалы II Всероссийской науч.-практ. конф., 16–18 июня 2011 года / под общ. ред. С.Е. Павлова. – Сочи, 2011. – С. 160–163.
6. Горовой, В.А. Физическая рекреация студентов : метод. рекомендации / В.А. Горовой. – Мозырь : МГПУ им. И.П. Шамякина, 2011. – 158 с.

7. Фурманов, А.Г. Физическая рекреация как фактор укрепления и сохранения здоровья в структуре учебного и свободного времени студентов / А.Г. Фурманов, В.А. Горовой // Мир спорта. – 2009. – № 2. – С. 64–67.

8. Фурманов, А.Г. Физическая рекреация : учеб. пособие для студентов вузов / А.Г. Фурманов. – Минск : МЕТ, 2009. – 495 с. ; ил.

9. Фурманов, А.Г. Оздоровительная физическая культура : учеб. для студентов вузов / А.Г. Фурманов, М.Б. Юспа. – Минск : Тесей, 2003. – 528 с.

10. Формирование физического здоровья детей и молодежи, проживающих на территориях радионуклидного загрязнения : пособие для руководителей физического воспитания дошкольных учреждений, учителей физической культуры общеобразовательных учреждений, преподавателей физического воспитания высших учебных заведений / под ред. М.Е. Кобринского, А.Г. Фурманова. – Изд. 2-е, испр. и доп. – Минск : БГУФК, 2005. – 377 с.

11. Свободная энциклопедия Wikipedia http://ru.wikipedia.org.

7 ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Практические занятия направлены на приобретение знаний, формирование умений и навыков проведения исследований [20].

Тема 1 Оценка общего состояния здоровья методом анкетирования

Цель работы: оценить уровень психического и соматического здоровья на основе субъективного метода экспресс-анкетирования.

Исследователь должен знать:

– количественную оценку уровня психического и физического здоровья.

Исследователь должен уметь:

– проводить анализ полученных результатов;

– сделать заключение о наличии и выраженности у анкетируемого определенных синдромов;

– построить график профиля здоровья.

Оборудование: анкеты, инструкции по заполнению анкет и проведению анализа результатов.

Задание 1:

1. Ознакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Оценка уровня здоровья по основным функциональным системам».
2. Изучить инструкцию по заполнению анкеты.
3. Провести анкетирование.
4. Определить уровень здоровья по каждому синдрому.
5. Построить график профиля здоровья.
6. Определить средний уровень здоровья по всем синдромам (среднее арифметическое от всех синдромов) и указать синдром (синдромы) с максимально неблагоприятным уровнем здоровья.
7. Сформулировать выводы.

Методические указания к выполнению задания

Метод анкетирования для оценки состояния здоровья может быть использован в отношении различных возрастных групп. Примером такого подхода является метод количественной оценки уровня здоровья учащихся студентов и взрослых людей.

Самооценка особенностей своего поведения, переживаний, сопровождающих внутренние процессы в организме, может дать очень

важную информацию для дальнейшей, более глубокой работы с человеком.

Нарушения внешних форм поведения связаны с особыми целостными понятиями – ***синдромами***, объединяющими *набор симптомов-признаков* нарушений в психической или телесной (соматической) сфере человека.

Выраженность одного или нескольких синдромов, с одной стороны, отражает существенные проблемы с социальной адаптацией, а с другой – свидетельствует о наличии проблем с уровнем здоровья обследуемого.

Достоинством данного анкетного метода оценки здоровья является его быстродействие и возможность оценки значительных по численности контингентов. Информативность данного метода, по мнению разработчиков, составляет 50–80%.

Заполняемая анкета построена по нозологическому и функционально-системному принципам и включает в себя 12 блоков вопросов, позволяющих выделить двенадцать синдромов.

Первые шесть блоков вопросов выявляют нарушения поведения пограничного уровня и определяют следующие синдромы:

1. ***Астенический синдром*** – это поведение, характеризующееся повышенной утомляемостью, истощаемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому или умственному напряжению, раздражительностью, частой сменой настроения, слезливостью, капризностью, вегетативными расстройствами.

По преобладанию явлений потери самообладания, несдержанности, раздражительности или, наоборот, быстрой истощаемости, раздражительной слабости выделяют гиперстенический или гипостенический астенический синдромы.

2. ***Невротический синдром*** – поведение, характеризующееся субъективными переживаниями (тревожность, ощущение собственной неполноценности, навязчивые мысли, воспоминания и т. п.), а также сомато-вегетативными расстройствами (нарушенный сон, плохой аппетит, рвота, диарея, учащенное сердцебиение и т. д.).

3. ***Истероподобный синдром*** – для поведения человека характерны беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия.

Лживость и фантазирование целиком направлены на приукрашивание своей персоны. Кажущаяся эмоциональность в действительности оборачивается отсутствием глубоких искренних чувств при большой экспрессии эмоций, театральности, склонности к рисовке и позерству.

4. ***Психастенический синдром*** – для поведения человека характерны нерешительность и склонность к рассудительности, тревожная мнительность

и любовь к самоанализу, легкость формирования навязчивых страхов, опасений, действий, ритуалов, мыслей, представлений.

5. ***Патохарактерологический синдром*** – особенности поведения, связанные с «плохим характером», реакциями протеста, асоциальным поведением, обусловленными психической травмой в детском возрасте и (или) неправильным воспитанием.

6. ***Цереброастенический синдром*** – поведение, с представленными симптомами церебрального происхождения (головокружение, психосенсорные расстройства и т. д.), связанное с отставанием развития ЦНС.

Еще пять блоков вопросов относятся к симптомокомплексам, отражающим состояние таких функциональных систем, как ***система «ухо-горло-нос»*** (ЛОР органов), ***желудочно-кишечного тракта*** (ЖКТ), ***сердечно-сосудистой системы***, ***системы кроветворения*** (анемический синдром), ***иммунной системы*** (аллергический синдром).

Последний, двенадцатый блок – ***вегето-сосудистая дистония*** (ВСД) характеризуется комплексом симптомов, отражающих состояние вегетативной, нервной систем. Этот симптомокомплекс объединяет признаки нарушения регуляции сосудистого русла организма (водно-солевой обмен, терморегуляция, потоотделение и т. д.), формируясь под воздействием травматических психических факторов.

Каждый блок вопросов включает в себя десять наиболее характерных симптомов, которые оцениваются в баллах по двум параметрам:

– частота встречаемости;

– сила выраженности.

Инструкция до начала анкетирования.

В предлагаемой вашему вниманию анкете содержится перечень признаков, касающихся различных функциональных систем.

Частота проявления признаков, баллы:	Сила (выраженность) признаков, баллы:
0 – отсутствие	0 – отсутствие
1 – редко	1 – слабая
2 – часто	2 – средняя
3 – постоянно	3 – сильная

Если какие-либо из этих признаков, по вашему мнению, имеют отношение к вам, вашему поведению или самочувствию, оцените в баллах, как часто и как сильно эти признаки у вас выражены.

Если же признака нет, поставьте в графах «частота» и «сила» 0 (ноль).

Инструкция по анализу анкетирования.

При анализе результатов количественной оценки частоты проявлений и силы выраженности симптомов в каждом из блоков выводится интегральный коэффициент (сумма баллов по частоте и силе), который является основным показателем степени неблагополучия в том или ином блоке синдромов, а следовательно, и характеристикой уровня здоровья.

Анкета
«Оценка уровня здоровья по основным функциональным системам»

Признаки в синдромах	**Частота проявления**	**Сила (выражен-ность)**
Замечаете ли вы:		
1. *Астенический синдром*		
1.1. Головную боль		
1.2. Пассивность в общении (необщительность)		
1.3. Невнимательность (отвлекаемость)		
1.4. Сонливость в течение дня		
1.5. Медлительность, вялость		
1.6 Снижение настроения		
1.7. Быструю утомляемость		
1.8. Снижение работоспособности		
1.9. Ослабление памяти		
1.10. Затрудненное понимание		
2. *Невротический синдром*		
2.1. Раздражительность		
2.2. Слабый аппетит		
2.3. Беспокойный сон		
2.4. Тревожность		
2.5. Высокую подвижность		
2.6. Сердцебиение, повышенную потливость		
2.7. Немотивированные страхи		

2.8. Тики, дрожание пальцев, верхних век		
2.9. Нарушение речи при волнении		
2.10. Обмороки		
3. *Истероподобный синдром*		
3.1. Склонность к фантазированию		
3.2. Внушаемость (доверчивость)		
3.3. Капризность		
3.4. Кокетливость		
3.5. Демонстративное (показное) поведение		
3.6. Обидчивость		
3.7. Желание командовать, понукать		
3.8. Эгоизм		
3.9. Эмоциональную несдержанность		
3.10. При волнении ощущение «кома» в горле		
4. *Психастенический синдром*		
4.1. Нерешительность		
4.2. Неуверенность в себе		
4.3. Робость, застенчивость		
4.4. Мнительность		
4.5. Педантичность, скрупулезность, обязательность		
4.6. Брезгливость		
4.7. Постоянное опасение за свое здоровье		
4.8. Веру в приметы		
4.9. Навязчивые мысли, движения, счет и т. д.		
4.10. Постоянные сомнения во всем		
5. *Патохарактерологический синдром*		
5.1. Нелюдимость		
5.2. Высокомерие, надменность		
5.3. Неуживчивость		
5.4. Упрямство		
5.5. Одержимость идеями, влечениями		
5.6. Импульсивность (эмоциональная взрывчатость)		
5.7. Тиранство по отношению к своим близким		
5.8. Злобность		
5.9. Мстительность		
5.10. Жестокость		

6. *Цереброастенический синдром*		
6.1. Травмы головы (ушибы, сотрясения)		
6.2. Распирающую боль в голове. Головокружения		
6.3. Быструю физическую и психическую истощаемость		
6.4. Вспыльчивость		
6.5. Конфликтность		
6.6. Непереносимость жары, духоты		
6.7. Нарушения координации движений (неточность, неустойчивость, пошатывание)		
6.8. Помрачения сознания		
6.9. Судорожные явления		
6.10. Агрессивность		
7. *ЛОР-синдром*		
7.1. Подверженность простудным заболеваниям или ангинам		
7.2. Боли в горле		
7.3. Першение в горле по утрам		
7.4. Затрудненное носовое дыхание		
7.5. Постоянный или длительный насморк		
7.6. Боль в области лба, скуловой части лица		
7.7. Снижение слуха		
7.8. Боль в ухе		
7.9. Гноетечение из уха		
7.10. Охриплость голоса		
8. *ЖКТ-синдром*		
8.1. Боли в животе, не связанные с приемом пищи		
8.2. Боли в животе после еды		
8.3. Боли в животе до еды		
8.4. Снижение аппетита		
8.5. Тошноту		
8.6. Отрыжку		
8.7. Изжогу		
8.8. Рвоту		
8.9. Запоры		
8.10. Поносы		
9. *Сердечно-сосудистый синдром*		
9.1. Учащенный или неровный пульс, сердцебиение		
9.2. Слабость		

9.3. Сниженную работоспособность		
9.4. Тяжесть в голове		
9.5. Одышку		
9.6. Обморочные явления		
9.7. Потемнение в глазах, головокружения		
9.8. Синюшность кожи, губ		
9.9. Отечность стоп (припухлость)		
9.10. Боль в сердце		
10. *Анемический синдром*		
10.1. Бледность кожи, особенно ушей		
10.2. Бледность слизистых оболочек		
10.3. Утомляемость		
10.4. Слабость		
10.5. Сонливость		
10.6. «Перебои» сердца		
10.7. «Дурноту», обмороки		
10.8. Кровоточивость (носовые кровотечения)		
10.9. Ухудшение аппетита		
10.10. Отставание в весе		
11. *Аллергический синдром*		
11.1. Сыпь на коже		
11.2. Изменение цвета кожи		
11.3. Зуд		
11.4. Одышку		
11.5. Насморк, слезотечение		
11.6. Эмоциональную неуравновешенность		
11.7. Частые простудные состояния		
11.8. Тяжесть в голове		
11.9. «Схватки» в животе, поносы		
11.10. Нарушения сна		
12. *Синдром вегето-сосудистой дистонии*		
12.1. Неустойчивость настроения		
12.2. Повышенную эмоциональную возбудимость		
12.3. Неприятные ощущения в области сердца		
12.4. Желудочно-кишечные и мочеполовые нарушения		
12.5. Общий дискомфорт слабость, утомляемость, расстройства сна		

12.6. Потливость, особенно ладоней рук при волнении		
12.7. Зябкость		
12.8. Покраснение или побледнение лица и шеи при волнении		
12.9. Головокружение		
12.10. Моменты «помрачения» сознания, обмороки		

Исходя из результатов вычисления интегрального показателя, т. е. суммы баллов, определите уровень здоровья по каждому синдрому:

Сумма баллов	**Уровень здоровья (резервов)**
от 0 до 12	Высокий – 5
от 13 до 24	Выше среднего – 4
от 25 до 36	Средний – 3
от 37 до 48	Ниже среднего – 2
от 49 до 60	Низкий – 1

Постройте график профиля здоровья: по оси ординат расположить уровни здоровья (1–5), по оси абсцисс указать синдромы (см. ниже рисунок «График профиля здоровья»).

Определите средний уровень здоровья по всем синдромам как среднее арифметическое от всех синдромов.

Укажите синдром (синдромы) с максимально неблагоприятным уровнем здоровья.

Сформулируйте выводы.

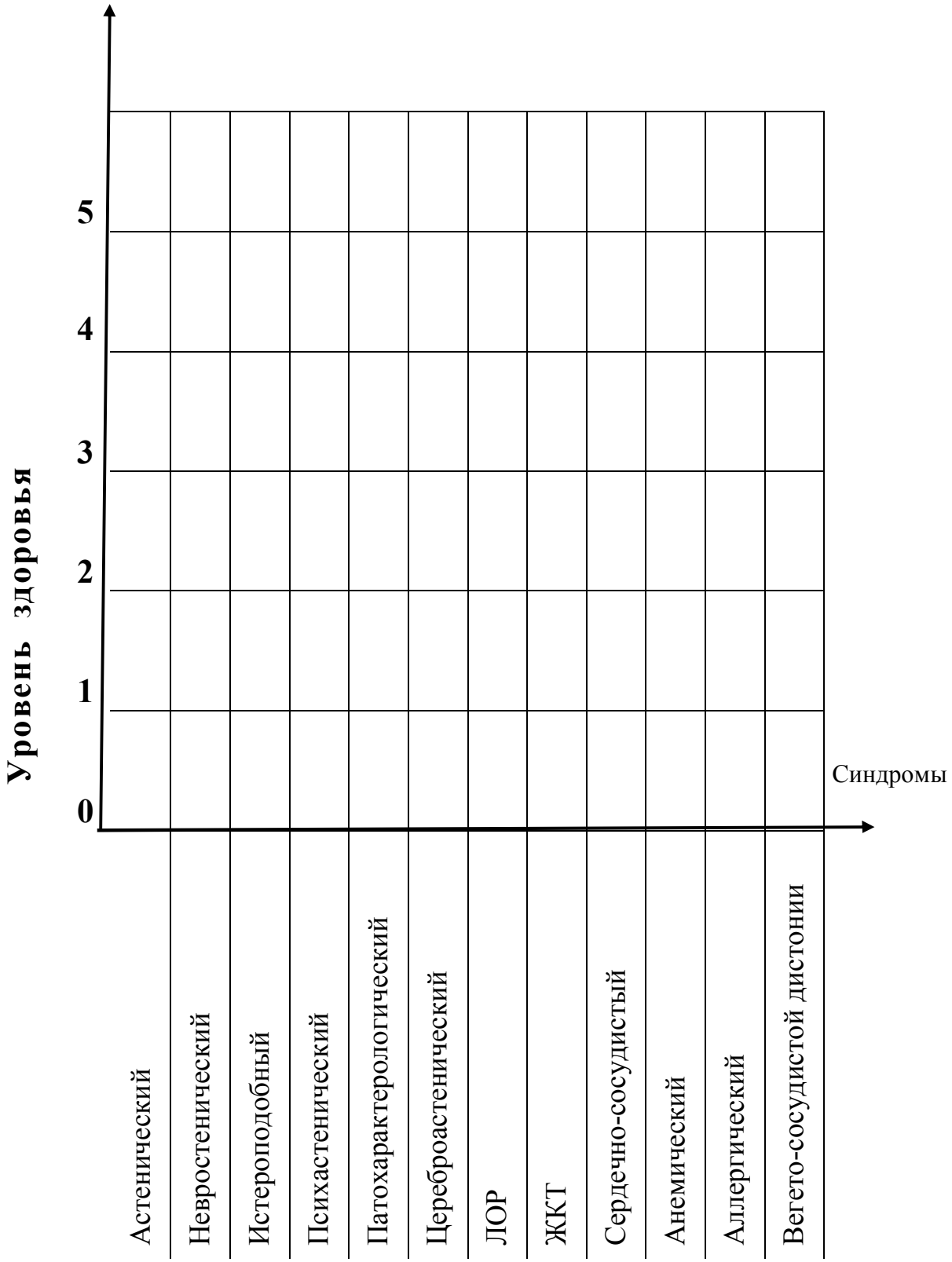


Рисунок – График профиля здоровья

Задание 2:

1. Ознакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Изучение отношения студента к своему здоровью».
2. Ознакомиться с инструкцией по заполнению анкеты.
3. Провести анкетирование.
4. Сделать выводы.

Методические указания к выполнению задания

Формирование отношения к здоровью – процесс весьма сложный, противоречивый и динамичный; он детерминирован двумя группами факторов:

1. *Внутренние факторы* – демографические (в том числе пол, возраст, национальность), индивидуально-психологические и личностные особенности человека, состояние здоровья;
2. *Внешние факторы* – характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек.

Процесс формирования отношения к здоровью включает следующие ведущие компоненты:

Когнитивный компонент характеризует знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих как негативное (повреждающее), так и позитивное (укрепляющее) влияние на здоровье человека и т. п.

Эмоциональный компонент отражает переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением, физического или психического самочувствия человека.

Мотивационно-поведенческий компонент определяет место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей человека, особенности мотивации в области ЗОЖ, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности к ЗОЖ и особенности поведения в случае ухудшения здоровья.

Студенты понимают, что необходимо сохранять и укреплять здоровье, но часто не предпринимают никаких действий к этому. Задача психологии здоровья – помочь осознать необходимость изменения своего поведения в соответствии с ЗОЖ. И вместо того чтобы бессознательно творить болезнь, нужно сознательно творить, созидать свое здоровье.

Для анализа этого отношения используется анкета «Отношение студентов к собственному здоровью», в которой имеется пять компонентов данного отношения:

1. *Ценностный компонент* (Ц) – оценка уровня ценностной ориентации студентов на ЗОЖ.

2. *Эмоционально-чувственный компонент* (ЭЧ) – оценка уровня эмоционального отношения к собственному здоровью и необходимости физкультурной деятельности для его укрепления.

3. *Когнитивно-рефлексивный компонент* (КР) – оценка уровня собственных жизненных ресурсов, адекватности представления о здоровье и болезни, образованности по вопросам ЗОЖ.

4. *Ориентировочно-деятельностный компонент* (ОД) – оценка уровня способности к самоорганизации физкультурной деятельности, направленной на укрепление и сохранение здоровья.

5. *Волевой компонент (В)* – оценка уровня развития волевых способностей, направленных на сохранение и укрепление собственного здоровья и отношения к занятиям спортом или каким-либо видам физкультурной активности.

Инструкция по проведению анкетирования

Из двух предлагаемых высказываний (А и Б), которые описывают противоположные мнения, ситуации и т. д., выберите то, которое кажется более подходящим для Вас.

Если Вам полностью подходит вариант А, Вы зачеркиваете букву «А», в соответствующей клетке.

Если Вы склоняетесь к варианту А, но не можете полностью с ним согласиться, то в средней пустой клетке Вы чертите стрелку в сторону буквы «А».

Если Вы склоняетесь к варианту Б, но не можете полностью с ним согласиться, то в средней пустой клетке Вы чертите стрелку в сторону буквы «Б».

И наконец, если Вам полностью подходит вариант Б, Вы зачеркиваете букву «Б».

Если Вы считаете какую-то ситуацию маловероятной для Вас, то все-таки постарайтесь сделать свой выбор. Отвечать лучше быстро, так как первая реакция наиболее точно выражает Ваше мнение.

Анкета
«Отношение студента к собственному здоровью»

Фамилия_____Имя_____ Отчество_____

Ценностный компонент

1. Ухудшилось состояние здоровья. Решил заняться самооздоровлением	А		Б	1. Самолечение опасно. Предпочитаю лечиться у хороших врачей в клинике
2. Необходимо уменьшить свой вес, обрести более стройную фигуру, улучшить осанку и т. п.	А		Б	2. Меня и с такой фигурой любят
3. Сохранять или укреплять здоровье бессмысленно, т. к. или тебе повезло с наследственностью, или нет	А		Б	3. Я понимаю необходимость сохранения и укрепления здоровья
4. Оздоровительные процедуры позволяют поддерживать высокую умственную и физическую работоспособность, бодрость и жизненный тонус	А		Б	4. Работоспособность у меня и так высокая, поэтому нет необходимости тратить время на такие процедуры
5. Если заболеешь, всегда можно взять «больничный»	А		Б	5. Иметь хорошее здоровье выгодно, т. к. оно помогает достичь других благ в жизни
6. Хорошее у меня здоровье или нет, никого не волнует, это мое личное дело	А		Б	6. Состояние моего здоровья отражается на моих близких, друзьях, сотрудниках
7. Поддерживать свой организм в порядке – моя личная потребность	А		Б	7. Мое здоровье зависит от желания родителей, знакомых, друзей, их мнения
8. Забота о своем здоровье доставляет мне удовольствие, это мое хобби	А		Б	8. Знаю, что нужно, но лень. Лень никак не могу победить
9. Мне хотелось бы подружиться с людьми, увлеченными занятиями по сохранению и укреплению здоровья, но не решаюсь, стесняюсь	А		Б	9. Увлеченность занятиями по сохранению и укреплению здоровья дает мне возможность общения, новых контактов
10. Сегодня модно (престижно) заниматься каким-либо видом оздоровления	А		Б	10. Не люблю ничего модного. Это указывает на узость ума

11. Имею привычку поддерживать свое здоровье в порядке, получаю удовлетворение от результатов работы над собой. Способ самоутверждения	А		Б	11. Если с детства не приучен к гигиеническим, профилактическим и другим оздоровительным мероприятиям, то теперь уже поздно
12. Никакой особой потребности в оздоровлении у меня нет. Да и при нынешней экологической ситуации это бесполезно	А		Б	12. Мой образ жизни и окружающая среда заставляют меня уделять довольно много свободного времени на действия по сохранению и укреплению личного здоровья

Эмоционально-чувственный компонент

1. Я способен замечать даже небольшие отклонения в работе моих органов	А		Б	1. Я реагирую лишь на существенные расстройства
2. Когда я смотрю на руки другого человека, я в первую очередь обращаю внимание на их форму и размер	А		Б	2. Я невольно вначале замечаю состояние и чистоту кожи
3. После принятия ванны я всегда чувствую себя совсем другим человеком: бодрым и обновленным	А		Б	3. Приходится признаться, что такое чувство я испытываю очень редко
4. Я не понимаю людей, которые наслаждаются купанием в проруби на морозе	А		Б	4. Я полностью разделяю их стремление получать удовольствие от своего здоровья
5. Иногда мне кажется, что мой организм как будто даже обижается и упрекает меня, если я обращаюсь с ним необдуманно и жестоко	А		Б	5. Человеческий организм всего лишь реагирует на отрицательные воздействия
6. Мне непонятно состояние людей, которые мучаются за столом от того, что им не удалось вымыть руки перед едой	А		Б	6. Я сам испытываю подобные ощущения
7. Если бы у меня на теле появилось какое-либо пятнышко или безболезненное вздутие, то я заметил бы это очень быстро	А		Б	7. Я обратил бы на него внимание, когда оно стало бы достаточно большим

8. Я обычно не обращаю особого внимания, если у моего собеседника не совсем чистые зубы, не подстрижены ногти и т. д.	А		Б	8. Мне это сразу же бросается в глаза
9. Когда выпиваю стакан свежего фруктового сока, я замечаю прилив бодрости, энергии во всем организме	А		Б	9. Я прежде всего утоляю жажду
10. Я не понимаю тех людей, которые находят удовольствие в том, чтобы бегать рано утром по улице	А		Б	10. Я даже завидую им, ведь забота о своем здоровье – это радостное и увлекательное занятие
11. Порой у меня возникает ощущение, что организм хочет сказать мне, чем ему помочь, если в нем что-то разладилось	А		Б	11. Любая боль в организме – это всего лишь определенная реакция нервной системы
12. У меня не вызывают особой симпатии люди, которые из чувства некой брезгливости никогда не пользуются чужой тарелкой, кружкой и т. п.	А		Б	12. Я полностью разделяю чувства таких людей

Когнитивно-рефлексивный компонент

1. Когда по телевизору начинается очередная передача о профилактике какого-нибудь заболевания, я обычно переключаюсь на другую программу	А		Б	1. Я откладываю свои дела, чтобы ее смотреть
2. Я делаю выписки или вырезки из газет и журналов о здоровом образе жизни	А		Б	2. Я никогда этим не занимался
3. Когда в общественном транспорте, очереди и т.п. заводится разговор о способах сохранения здоровья, я совершенно не обращаю на это внимания	А		Б	3. Я невольно стараюсь прислушаться к нему
4. Когда это оказывалось возможным, я посещал лекции, курсы, семинары и т. п. о здоровом образе жизни	А		Б	4. Я никогда не ходил на них, потому что эта тема мне безразлична

5. Просматривая на улице книги у торговцев, я в первую очередь обращаю внимание на литературу о сохранении здоровья	А		Б	5. Меня привлекают книги на другие темы
6. Я никогда не писал в редакции журнала «Здоровье», телепередач «Исцели себя сам» и т. п.	А		Б	6. Мне приходилось задавать им вопросы по интересующим меня темам
7. Когда я от нечего делать пролистываю какой-нибудь журнал, то различные статьи о здоровье я просто пропускаю	А		Б	7. Я их просматриваю более внимательно и в первую очередь
8. Я выписываю или покупаю газеты, журналы и книги по проблемам здоровья	А		Б	8. Я не трачу на это свои деньги
9. Когда знакомые в компании начинают говорить о различных процедурах по сохранению здоровья, мне становится просто скучно	А		Б	9. Я с удовольствием включаюсь в беседу
10. Я стараюсь знакомиться с людьми, которые много знают о том, как поддерживать свое здоровье на должном уровне	А		Б	10. Такие люди для меня не более интересны, чем другие
11. Когда в гостях по предложению хозяев квартиры я просматриваю их библиотеку, мои глаза сами останавливаются на книгах о поддержании здоровья	А		Б	11. У меня вызывает интерес другая литература
12. Я никогда специально не разыскивал литературу, в которой описываются редкие методики оздоровления организма	А		Б	12. Мне приходилось это делать

Ориентировочно-деятельностный компонент

1. Если кто-то из знакомых предложит мне заниматься вместе оздоровительными процедурами, я с удовольствием приму в этом участие	А		Б	1. Я найду способ вежливо отказаться

2. Если у меня от утомления болит голова, я выхожу немножко погулять или хотя бы открываю окно	А		Б	2. Чтобы снять эту головную боль, я просто выпиваю таблетку
3. Я обращаюсь к врачу, только когда мне становится уже невмоготу	А		Б	3. Я стараюсь начать лечение при первых же признаках ухудшения
4. Мне кажется странным человек, который вместо того, чтобы досмотреть поздно вечером интересный фильм, соблюдает свое правило «вовремя ложиться спать»	А		Б	4. Я тоже стараюсь следовать этому правилу, чтобы не наносить вред своему здоровью
5. Если мне на день рождения подарят какой-либо спортивный инвентарь, я, пожалуй, удивлюсь такому подарку и растеряюсь	А		Б	5. Этот подарок очень кстати: он соответствует моему стилю жизни
6. Я трачу значительную часть своих доходов, порой даже в ущерб остальному, специально для поддержания здоровья	А		Б	6. Я трачу деньги на свое здоровье только в случае необходимости
7. Если мне предложат проводить свои выходные в группе здоровья, спортивном зале или в спортивной секции, я, конечно, этим воспользуюсь	А		Б	7. Я предпочту оставаться дома и заниматься своими делами
8. Если позволяет время, я стараюсь идти куда мне нужно, пешком	А		Б	8. Я все равно лучше спокойно подъеду на автобусе, трамвае и т. д.
9. Я стараюсь уклоняться от обязательных профилактических обследований	А		Б	9. Они являются хорошим стимулом, чтобы позаботиться о своем здоровье
10. Я редко задумываюсь о том, правильно ли я питаюсь	А		Б	10. Я в целом придерживаюсь правил здорового питания
11. Когда я покупаю зубные пасты, кремы, жевательные резинки и т. п., я практически не ориентируюсь на их «оздоровительный эффект», подчеркиваемый в рекламе	А		Б	11. Для меня это очень важно, потому что я во всем стараюсь учитывать, как это повлияет на мое здоровье

12. Я ежедневно подолгу занимаюсь оздоровлением своего организма, несмотря на другие важные дела	А		Б	12. Я уделяю время на свое здоровье только в случае необходимости

Волевой компонент

1. Не курю и не поддаюсь на уговоры закурить	А		Б	1. Курю, и отказаться от курения довольно трудно
2. Я умею расслабляться, снимать стресс и веселиться без употребления спиртных напитков, вина или пива	А		Б	2. Спиртные напитки вино или пиво помогают расслабиться, снять стресс. Они необходимые атрибуты вечеринки, дискотеки и т. п.
3. Чтобы справляться со своими проблемами в жизни, совершенно необязательно уходить от них с помощью наркотических средств	А		Б	3. Наркотические вещества позволяют мне забывать о проблемах. Их употребление позволяет мне почувствовать себя более привлекательным, сильным, уверенным в себе
4. Не имеет смысла планировать свое время, все равно все получится не так, как задумывал	А		Б	4. Я заранее планирую свой день
5. У меня четкий распорядок дня: время пробуждения, приема пищи, занятий и проч.	А		Б	5. В моей жизни иметь четкий распорядок дня нереально
6. У меня часто не хватает времени для физкультурных или оздоровительных занятий	А		Б	6. Я всегда нахожу время для такого рода занятий
7. Начиная новое дело, не всегда четко представляю себе, к чему следует стремиться	А		Б	7. Приступая к любому делу, всегда четко осознаю, чего я хочу достичь
8. Чувствую себя спокойно и уверенно, если кто-то руководит мною	А		Б	8. Как правило, все важные решения я принимаю без посторонней помощи
9. Я всегда обдуманно принимаю решения, взвешивая «за» и «против», реально оцениваю свои возможности	А		Б	9. Когда я анализирую свои поступки, часто прихожу к выводу, что недостаточно хорошо продумал и спланировал свои действия

10. При возникновении трудностей я начинаю сомневаться, стоит ли продолжать начатое	А		Б	10. Даже при неудачах я уверен, что добьюсь своего
11. Лень, а не сомнение в успехе, вынуждает меня слишком часто отказываться от достижения цели	А		Б	11. Если уж я поставил перед собой важную для меня цель, то меня трудно остановить
12. Постоянно чувствую ответственность за свои дела и поступки	А		Б	12. Мне больше по душе, если ответственность за что-либо несут другие, а не я

Результаты анкетирования определяются с помощью приводимого ниже ключа.

За полное соответствие ответа анкетируемого с ответом в ключе дается 3 балла, за стрелку, направленную в сторону этого ответа, – 2 балла, за стрелку в противоположную сторону – 1 балл, за ответ, противоположный данному в ключе, – 0 баллов.

Просуммировать баллы и оценить уровень отношения к ЗОЖ.

Ключ к тесту

	Ц	**ЭЧ**	**КР**	**ОД**	**В**
1.	А	А	Б	А	А
2.	А	Б	А	А	А
3.	Б	А	Б	Б	А
4.	А	Б	А	Б	Б
5.	Б	А	А	Б	А
6.	Б	Б	Б	А	Б
7.	А	А	Б	А	Б
8.	А	Б	А	А	Б
9.	Б	А	Б	Б	А
10.	А	Б	А	Б	Б
11.	А	А	А	Б	Б
12.	Б	Б	Б	А	А

1 уровень «организации» – 0–8 баллов
2 уровень «руководства» – 9–18 баллов
3 уровень «управления» – 19–28 баллов
4 уровень «самоуправления» – 29–36 баллов

Задание 3:

1. Ознакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Изучение мотивации здоровья».
2. Ознакомиться с инструкцией по заполнению анкеты.
3. Провести анкетирование.
4. Сделать выводы.

Инструкция по проведению анкетирования.

Внимательно прочтите приведенный перечень мотивов здоровья и расставьте баллы (не более 5) в правой колонке, согласно рейтингу, в зависимости от своего ценностного отношения к здоровью.

Анкета
«Изучение мотивации здоровья»

№	Перечень мотивов	Рейтинг
1.	Стремление укрепить здоровье (не болеть)	
2.	Сформировать красивую фигуру	
3.	Развивать физические качества (силу, выносливость, быстроту)	
4.	Интерес к двигательной активности (определенному виду спорта)	
5.	Устойчивость к физическим нагрузкам	
6.	Повышать свою работоспособность, меньше уставать	
7.	Сохранять на протяжении многих лет активную, деятельную жизнь	
8.	Развивать личностные качества (волю, целеустремленность, уравновешенность, сосредоточенность)	
9.	Стать высококвалифицированным специалистом	
10.	Сохранять активность и жизнерадостность	
11.	Стремиться к творчеству, повышению своего профессионального уровня	
12.	Быть уверенным в себе, свободным от внутренних противоречий	
13.	Развивать познавательные процессы (восприятие и ощущение, внимание, память, мышление)	

14.	Развивать и укреплять психику	
15.	Противостоять факторам внешней среды	
16.	Быть толерантным к алкоголю и курению	
17.	Сохранять хорошее самочувствие (физические, психические и физиологические показатели)	
18.	Уметь активно отдыхать	

Проанализируйте свои ответы, сделав график. По оси ординат укажите рейтинг мотивов указанных в таблице, которые необходимо расположить по оси абсцисс.

Опускается ли кривая вниз, когда говорится о физической нагрузке, об увеличении работоспособности, нет ли интереса к какому-нибудь виду двигательной активности? В то же время Вы хотите быть красивыми, активно отдыхать, не прикладывая никаких усилий? Сколько баллов приходится на вопрос об отношении к курению и алкоголю?

Все понимают, что необходимо сохранять и укреплять здоровье, но, если не предпринимать никаких действий к этому, ничего хорошего не получается.

Задание 4:

1. Ознакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Субъективная оценка образа жизни и соматического здоровья».
2. Ознакомиться с инструкцией по заполнению анкеты.
3. Провести анкетирование.
4. Сделать выводы.

Методические указания к выполнению задания

Изучая механизмы формирования, развития и сохранения здоровья в онтогенезе и учитывая, что здоровье человека на 50% зависит от образа его жизни, целесообразно определить адекватность образа жизни человека его индивидуальным характеристикам.

***Ход работы*:** Внимательно ознакомьтесь с анкетой, выберите ответ, определите количество баллов.

Анкета
«Субъективная оценка образа жизни и соматического здоровья»
(по О. Н. Московченко)

№ п/п	Вопрос	Ответ	Баллы
1	Можете ли вы расслабиться в стрессовой ситуации, не прибегая для этого к алкоголю, курению или таблеткам?	Да	10
		Редко, но это мне удается	5
		Нет	0
2	На сколько ваш реальный вес превышает адекватный?	Превышает более чем на 50%	–10
		На 25–49%	–2
		На 15–24%	–3
		На 4–10%	6
		Не более чем на 3%	8
		Ниже чем на 4–10%	10
		На 11–19%	–3
		На 20–25%	–2
		Более чем на 25%	–10
3	Применяете ли вы в повседневной жизни какой-нибудь метод оздоровления?	Да, регулярно	10
		Да, но нерегулярно	5
		Нет	0
4	Сколько раз в неделю вы занимаетесь физической культурой в течение 20 минут и более?	5–6 раз	10
		3 раза	6
		2 раза	4
		Ни разу	0
5	Длительность вашего сна в сутки?	Менее 5-ти часов	0
		5–6 часов	4
		7–8 часов	8
		9–10 часов	4
		Более 10-ти часов	0
6	Как часто вы питаетесь в течение дня?	3–4 раза	6
		2 раза	3
		1 раз	1
7	Сколько раз в неделю вы завтракаете?	Ни разу	0
		От случая к случаю	2
		Ежедневно	6

8	Как часто вы пропускаете занятия из-за болезни?	Болею очень редко, в несколько лет раз	10
		Болею 1–2 раза в год	7
		Болею 1 раз в полгода	5
		Болею 1 раз в месяц	2
		Болею 1 раз в одну-две недели	0
9	Как часто вы курите?	Никогда	10
		Очень редко, не больше 1–2 раз в месяц	6
		Иногда (за компанию)	3
		Каждый день до 5–6 сигарет	0
		Каждый день 0,5–1 пачку сигарет	8
10	Как часто вы употребляете алкоголь?	Не употребляю вообще	10
		Сухого или крепленого вина 50–70 г один раз в неделю	6
		Очень редко, не больше (50 г крепких напитков)	8
		Ежедневно, но не более 40–50 г в день.	–4
		Несколько раз в месяц, но в большом количестве	–8
		Ежедневно более 150–200 г	–10

Суммируйте все очки и сделайте вывод о характере вашего образа жизни по следующей шкале в баллах:

– 88–60 – Вы ведете здоровый образ жизни.

– 59–50 – Ваше отношение к здоровому образу жизни можно оценить как хорошее.

– 49–35 – Ваше отношение к здоровому образу жизни можно оценить как удовлетворительное. Задумайтесь над тем, что можно изменить.

– ***30 и меньше – Ваши привычки и поведение далеки от здорового образа жизни, Вы пренебрегаете своим здоровьем.***

Сформулируйте выводы.

Задание 5:

1. Ознакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Диагностика уровня невротизации»
2. Ознакомиться с инструкцией по заполнению анкеты.
3. Провести анкетирование.
4. Сделать выводы

Методические указания к выполнению задания

Ознакомьтесь с приведенными ниже суждениями и ситуациями, выбирая ответ «да» или «нет». Приводимые вопросы для определения уровня невротизации имеют ориентировочный характер.

Анкета
«Диагностика уровня невротизации» (по Л. И. Вассерману)

1. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, ощущение мурашек, онемение.
2. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
3. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным или взволнованным.
4. Голова у меня болит часто.
5. Два-три раза в неделю по ночам меня мучают кошмары.
6. В последнее время я себя чувствую хуже, чем когда-либо.
7. Почти каждый день случается что-нибудь, пугающее меня.
8. У меня бывали периоды, когда из-за волнения терялся сон.
9. Обычно работа стоит мне большого напряжения.
10. Иногда я бываю так возбужден(а), что это мешает мне заснуть.
11. Большую часть времени я испытываю неудовлетворенность жизнью.
12. Меня постоянно что-нибудь тревожит.
13. Я стараюсь реже встречаться со своими знакомыми и друзьями.
14. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
15. Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
16. Я очень устаю за день.
17. Я верю в будущее.
18. Я часто предаюсь грустным размышлениям.
19. Иногда мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.
20. Самая трудная борьба для меня – это борьба с самим собой.
21. Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.
22. У меня мало уверенности в себе.
23. Я часто чувствую неуверенность в себе.

24. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).

25. Иногда у меня бывает такое чувство, что передо мной выросло столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.

26. Раз в неделю или чаще я без видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.

27. Временами я изматываю себя тем, что слишком много на себя беру.

28. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.

29. Мое зрение ухудшилось в последнее время.

30. В отношениях между людьми чаще всего торжествует несправедливость.

31. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.

32. Я с удовольствием танцую, когда есть возможность.

33. По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.

34. Мой желудок сильно беспокоит меня.

35. Должен(должна) признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.

36. Часто сам огорчаюсь, что я такой раздражительный(ая) и ворчливый(ая).

37. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.

38. Мне кажется, что близкие люди меня плохо понимают.

39. У меня часто бывают боли в сердце или груди.

40. В гостях я обычно сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-то одним.

Обработка данных. Надо подсчитать число положительных ответов. Чем больше полученный результат, тем выше уровень невротизации.

Интерпретация уровней невротизации.

Высокий уровень невротизации свидетельствует:

– о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность);

– о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний;

– о эгоцентрической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках;

– о трудности общения;

– о социальной робости и зависимости.

Низкий уровень невротизации свидетельствует:

– об эмоциональной устойчивости;
– о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм);
– об инициативности;
– о чувстве собственного достоинства;
– о независимости, социальной смелости;
– о легкости в общении.

Тема 2 Тесты на выявление вредных привычек

Задание 1:

1. Ознакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Тест на табакокурение».
2. Ознакомиться с инструкцией по заполнению анкеты.
3. Провести анкетирование.
4. Сделать выводы.

Методические указания к выполнению задания

Данное задание выполняют те обследуемые, кто курит.

***Ход работы*:** Ответьте на вопросы анкеты и за ответ:

– «Знаю» запишите 3 очка,
– «Не знаю» – 1 очко,
– «Знаю частично» – 2 очка.

Анкета
«Тест на табакокурение» (по О.Н. Московченко)

№ п/п	Вопрос	Ответ
1	Можно ли рассматривать табак как наркотическое средство?	Знаю
		Не знаю
		Знаю частично
2	Известно ли Вам, что дым табака содержит около 3000 химических веществ, которые повреждают живые ткани?	Знаю
		Не знаю
		Знаю частично
3	Знаете ли вы, что неотъемлемой частью состава табака являются смолы, никотин, токсичные газы типа оксида углерода, цианистого водорода и оксидов азота?	Знаю
		Не знаю
		Знаю частично

4	Знаете ли вы, что смолы – носители канцерогенов – способствуют развитию «кашля курильщика» и хронических бронхитов?	Знаю Не знаю Знаю частично
5	Никотин – ядовитый алкалоид, в течение семи секунд он разносится по всему телу, включая мозг, а при беременности – во все органы плода.	Знаю Не знаю Знаю частично
6	Никотин – мощный стимулятор головного и спинного мозга, нервной системы, сердца.	Знаю Не знаю Знаю частично
7	Окись углерода, связываясь с молекулой гемоглобина, затрудняет перенос кислорода кровью. Страдают в первую очередь мозг, сердце, мышцы.	Знаю Не знаю Знаю частично
8	Цианистый водород (присутствует в дыме табака) приводит накоплению слизи, смолы и бактериальной инфекции в легких.	Знаю Не знаю Знаю частично
9	Окись азота снижает эффективность лейкоцитов, что приводит к инфекционным заболеваниям дыхательных путей.	Знаю Не знаю Знаю частично
10	Курение вызывает изменение химии крови, что способствует сужению артерий и развитию атеросклероза, образованию тромбов, заболеванию системы кровообращения, нарушению мозгового кровообращения и кровеносных сосудов конечностей (гангрена – отмирание тканей), что грозит ампутацией ног.	Знаю Не знаю Знаю частично
11	Риск заболевания раком легких, ротовой полости, гортани пищевода, желудка, поджелудочной железы, шейки матки, мочевого пузыря и почек прямо пропорционален количеству лет курения и числу выкуриваемых за день сигарет.	Знаю Не знаю Знаю частично
12	Курение влияет на репродуктивную функцию женщин. Вероятность зачатия у курящей женщины в среднем на 25% ниже, чем некурящей.	Знаю Не знаю Знаю частично

13	Дети курящих женщин имеют при рождении более низкий вес, болеют респираторными и кишечными заболеваниями, могут иметь небольшие задержки в развитии интеллектуальных способностей. Для них выше риск внезапной смерти.	Знаю
		Не знаю
		Знаю частично
14	Пассивное курение также опасно для здоровья. Работа в сильно накуренных помещениях может достигать эквивалента в 10–14 сигарет в день и влиять на потерю зрения.	Знаю
		Не знаю
		Знаю частично

Проанализируйте ответы, подсчитайте очки и сделайте вывод о степени вашей осведомленности о пагубности курения.

Оценка результатов:

– 14–20 баллов – Вам следует задуматься о вреде курения.

– 21–30 баллов – Вам нужно обратить особое внимание на пагубность курения и определить тип курения (см. следующую анкету).

– 31–42 балла – Вам следует признаться, что вы заядлый курильщик и чтобы бросить курить, нужно проявить немалую силу воли и терпение.

Задание 2:

1. Ознакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Тест на определение типа курения».
2. Провести анкетирование.
3. Сделать выводы.

Анкета
«Тест на определение типа курения» (по О.Н. Московченко)

Индекс	Ощущения	Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
А	Я курю для того, чтобы не дать себе расслабиться.	5	4	3	2	1
Б	Частичное удовольствие от курения я получаю еще до того, как закурю, разминая сигарету (папиросу).	5	4	3	2	1
В	Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться.	5	4	3	2	1

Г	Я закуриваю сигарету (папиросу), когда выхожу из себя, сержусь на что-либо.	5	4	3	2	1
Д	Когда у меня кончаются сигареты (папиросы), мне кажется невыносимым тот промежуток времени, пока я их не достану.	5	4	3	2	1
Е	Я закуриваю сигарету (папиросу) автоматически, даже не замечая этого.	5	4	3	2	1
Ж	Я курю для того, чтобы стимулировать себя, поднять свой тонус.	5	4	3	2	1
З	Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс курения.	5	4	3	2	1
И	Курение доставляет мне удовольствие.	5	4	3	2	1
К	Я закуриваю сигарету (папиросу), когда мне не по себе, и я расстроен.	5	4	3	2	1
Л	Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда я не курю.	5	4	3	2	1
М	Я закуриваю новую сигарету (папиросу), не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице.	5	4	3	2	1
Н	Я закуриваю сигарету (папиросу) для того, чтобы «подстегнуть» себя.	5	4	3	2	1
О	Когда я курю, частичное удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним.	5	4	3	2	1
П	Я хочу закурить, когда удобно устроился и расслабился.	5	4	3	2	1
Р	Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным и хочу забыть обо всех неприятностях.	5	4	3	2	1

С	Если я некоторое время не курил, меня начинает мучить самое настоящее чувство голода по сигарете (папиросе).	5	4	3	2	1
Т	Обнаружив у себя во рту сигарету (папиросу), я не могу вспомнить, когда я закурил ее.	5	4	3	2	1

Анализ результатов анкетирования: заполните итоговую таблицу результатов, проставив напротив каждой буквы ту цифру, которую вы выбрали.

Итоговая таблица

Индекс	**Балл**	**Индекс**	**Балл**	**Индекс**	**Балл**	**Сумма баллов**	**Тип курения**
А		Ж		Н			Стимуляция
Б		З		О			Игра с сигаретой
В		И		П			Расслабление
Г		К		Р			Поддержка
Д		Л		С			Жажда
Е		М		Т			Рефлекс

Сделайте выводы, оцените свой тип курительного поведения:

– 15–11 баллов – это та причина, по которой Вы курите.

– 10–7 баллов – данная сумма является пограничной и говорит о том, что эта причина заставляет Вас курить.

– менее 7 баллов – данная сумма является низкой и не характеризует тип вашего курительного поведения.

Сформулируйте выводы.

Задание 3:

1. Ознакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Определение наркомании и токсикомании».
2. Провести анкетирование.
3. Сделать выводы.

Ход работы:

1. Ответьте на вопросы анкеты.

Анкета
«Определение нарко-токсикомании» (по О.Н. Московченко)

№ п/п	Вопрос	Ответ
1	Ваш возраст (укажите цифрами количество полных лет)	
2	Пол: жен (1) / муж (2)	
3	Как Вы считаете, являются ли наркомания и токсикомания распространенными явлениями в стране?	Да
		Нет
		Не знаю
	Как Вы считаете, являются ли наркомания и токсикомания распространенными явлениями в вашем городе?	Да
		Нет
		Не знаю
	Как Вы считаете, являются ли наркомания и токсикомания распространенными явлениями в вашем учебном заведении (на работе)?	Да
		Нет
		Не знаю
4	Знаете ли Вы, какие вещества или лекарственные средства вызывают наркоманию и токсикоманию?	Да
		Нет
		Частично
5	Используете ли Вы для снятия нервного или эмоционального напряжения транквилизаторы, успокаивающие или снотворные?	Да
		Нет
		Иногда
6	Принимаете ли Вы на ночь таблетки, чтобы заснуть?	Да
		Нет
		Иногда
7	Принимаете ли Вы таблетки утром или перед экзаменом (работой), чтобы взбодриться?	Да
		Нет
		Иногда
8	Знаете ли Вы, что частое употребление лекарственных средств приводит к химической зависимости?	Да
		Нет
		Иногда
9	Знаете ли Вы, что синонимами химической зависимости являются привыкание и пристрастие?	Да
		Нет
		Не знаю
10	Вы принимали хотя бы раз наркотические или токсические средства из любопытства (испытать новые ощущения)?	Да
		Нет
	Вы принимали хотя бы раз наркотические или токсические средства за компанию (не отставать от других)?	Да
		Нет

	Вы принимали хотя бы раз наркотические или токсические средства ради достижения эффекта?	Да
		Нет
	Вы принимали хотя бы раз наркотические или токсические средства из-за химической зависимости?	Да
		Нет
	Вы принимали хотя бы раз наркотические или токсические средства ради повышения настроения?	Да
		Нет
	Вы принимали хотя бы раз наркотические или токсические средства, чтобы уйти от проблем и ответственности?	Да
		Нет
	Вы принимали хотя бы раз наркотические или токсические средства, чтобы уйти от одиночества?	Да
		Нет
11	Какие факторы, на Ваш взгляд, увеличивают вероятность злоупотребления наркотиками?	Присутствие в семье наркоманов или алкоголиков
		Разлад в семье
		Пережитое физическое, эмоциональное или сексуальное насилие
		Общение с друзьями наркоманами
		Доступность наркотиков
		Чувство страха разочарование, одиночество
		Противопоставление себя коллективу, агрессивность
		Чтобы придать себе смелость и уверенность
		Нелегальность их распространения
		Не знаю

12	Как Вы думаете, какие вдыхаемые средства используют чаще всего токсикоманы: летучие растворители (бензин, растворители красок, клей)?	Да
		Нет
		Не знаю
	Как Вы думаете, какие вдыхаемые средства используют чаще всего токсикоманы: аэрозоли (лаки для волос, дезодоранты, распыляемые краски и т. д.)?	Да
		Нет
		Не знаю
	Как Вы думаете, какие вдыхаемые средства используют чаще всего токсикоманы: общеанестезирующие агенты типа трихлорэтилена?	Да
		Нет
		Не знаю
	Как Вы думаете, какие вдыхаемые средства используют чаще всего токсикоманы: летучие нитриты типа амилнитрит, бутилнитрит или азобутилнитрит?	Да
		Нет
		Не знаю
13	Используете ли вы спиртные напитки в сочетании со снотворными или успокаивающими средствами?	Да
		Нет
		Иногда
14	Как Вы считаете, нужно ли вести разъяснительную работу в данном направлении?	Да
		Нет
		Не вижу смысла

2. Сделайте выводы по анализу анкеты:

– если на вопросы 4, 8, 9, 12 Вы ответили «да», то Вы достаточно хорошо знаете, что из себя представляют наркомания и токсикомания;

– если ответы «нет» или «не знаю», то скорее всего Вас не интересует данная проблема, но помните истину – кто вооружен знаниями, тот предупрежден.

3. Проанализируйте вопросы 5, 6, 7, 10, 13. Если Вы ответили «да» на один или более вопросов, то вам необходимо задуматься и вовремя пресечь пагубное пристрастие.

Сформулируйте выводы.

Задание 4:

1. Ознакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Тест на алкоголизм».
2. Провести анкетирование.
3. Сделать выводы

Методические указания к выполнению задания

Данное задание выполняют обследуемые, употребляющие спиртные напитки.

Ход работы:

1. Заполните анкету.

Анкета
«Тест на алкоголизм» (по О.Н. Московченко)

№ п/п	Вопрос	Ответ	Баллы
1	Какие алкогольные напитки вы употребляете?	Пиво	2
		Сухое вино	2
		Крепленое вино	3
		Столовое вино	3
		Коньяк	3
		Виски	4
		Ром	4
		Водка	5
		Самогон	6
		Бренди	3
2	Какие из указанных напитков вы считаете безвредными и даже полезными?	Пиво	2
		Сухое вино	2
		Крепленое вино	3
		Столовое вино	3
		Коньяк	3
		Виски	4
		Ром	4
		Водка	5
		Самогон	6
		Бренди	3
3	Для какой цели вы выпиваете?	Для веселья и развлечения с друзьями	2
		По случаю события (день рождения, свадьба, сессия, диплом и т. д.)	2
		Для аппетита	2
		Чтобы избавиться от разочарования, скуки, одиночества, семейных неурядиц	4

		Для храбрости (идя на свидание или опасную работу)	4
		Чтобы почувствовать себя увереннее.	4
		Для снятия физической боли	2
		От простуды	2
		Угощают, отказаться неудобно	4
		Для снятия эмоционального или физического напряжения	2
		После бани	4
4	Можете вы пойти на дискотеку в компанию, вечеринку без выпивки?	Да	0
		Нет	6
5	Считают ли друзья, что вы много выпиваете?	Да	6
		Нет	0
6	Бывают ли у вас осложнения с родными, в вузе по поводу пристрастия к спиртному?	Да	4
		Нет	0
7	Знаете ли вы меру выпитого?	Да	0
		Нет	6
8	Водите ли вы машину в нетрезвом состоянии?	Да	6
		Нет	0
9	Крепкие вина вы пьете:	Залпом	4
		Смакуете	2
10	Боитесь ли вы идти туда, где уверены, что будет выпивка?	Да	6
		Нет	0
11	Часто ли вам приходится похмеляться?	Да	6
		Нет	0

2. Подсчитайте количество баллов.

3. Оцените полученные результаты:

– если Вы набрали до 10 баллов, то у Вас есть культура питья и Вам не грозит алкоголизм;

– если Вы набрали от 11 до 30 баллов, то Вам надо задуматься, так как у Вас есть некоторые проблемы, связанные с алкоголем;

– если Вы набрали от 31 до 50 баллов, то Вам следует признаться, что у Вас большой риск к развитию алкоголизма. Вам необходимо прекратить пить совсем.

Если Вы набрали больше 60 баллов, то у Вас ошибочное мнение, что Вы умеете пить. Вы злоупотребляете алкогольными напитками, и, может быть, решить самостоятельно эту проблему Вам уже не под силу.

Далее ответьте на вопросы следующей анкеты «Шкала алкоголизации» и подсчитайте количество баллов.

В анкете дана шкала алкоголизации, которая позволяет выявить степень злоупотребления алкоголем и угрозу алкоголизма у анкетируемого.

Анкета
«Шкала алкоголизации» (по Д. Аронову)

№ п/п	Рассматриваемые признаки	Ответ	Баллы
А. *Количество и частота приема спиртного за последние 6 месяцев*			
1	Употребление крепких напитков (свыше 200 мл) или вина (более 500 мл):	Редко (до 3-х раз в месяц)	200
		Часто (4 и более раз в месяц)	300
2	Употребление крепких напитков (100–200 мл) или вина (250–500 мл):	Редко (до 3-х раз в месяц)	100
		Часто (4 и более раз в месяц)	200
3	Употребление крепких напитков (до 100 мл) или вина (до 250 мл):	Редко (до 3-х раз в месяц)	50
		Часто (4 и более раз в месяц)	100
		Символическое пригубливание рюмки в компаниях	0
Б. *Признаки, определяющие степень влечения к алкоголю*			
1	Оставляете ли Вы начатую бутылку недопитой?	Нет	100
		Да	0
2	Бывает ли у Вас рвота при употреблении спиртного?	Нет	50
		Да	0
3	Если «нет», бывала ли рвота раньше?	Нет	50
		Да	100
4	Бывало ли у Вас за последние 6 месяцев неодолимое желание выпить?	Нет	0
		Да	200

5	Если «да», как долго Вы можете не употреблять имеющееся дома спиртное?	До 1-ой недели	100
		До 1-го месяца	50
		Более 1-го месяца	0
6	Пили ли Вы в одиночку за последние 6 месяцев?	Нет	0
		Да	100
7	Пили ли Вы без социально объяснимых поводов (праздники, дни рождения, приход гостей и т. д.) за последние 6 месяцев?	Нет	0
		Да	100
8	Произошло ли изменение количества алкоголя, вызывающего у Вас состояние опьянения, за последние 12 месяцев?	Нет	0
		Да	100
9	Если «да», то в сторону:	Повышения количества	200
		Понижения количества	100
10	Трясутся ли у Вас руки? (Ответ «нет» относится к лицам моложе 60 лет и «да» к людям, не страдающим нервными болезнями и заболеванием щитовидной железы)	Нет	0
		Да	200
11	Пьете ли Вы с совершенно незнакомыми до выпивки людьми?	Нет	0
		Да	100
12	Была ли у Вас полная потеря памяти после выпивки за последние 6 месяцев?	Нет	0
		Да	100
13	Чувствуете ли Вы потребность опохмеляться после приема спиртного?	Нет	0
		Да	200
14	Если «да», улучшается ли после опохмеления Ваше самочувствие?	Нет	50
		Да	200
15	Пили ли Вы за последние 6 месяцев вне помещения, в случайных местах, не предназначенных для употребления спиртного (на улице, около магазина, на стадионе и т. д.)?	Нет	0
		Да	50

Оценка результатов:

– если Вы набрали 250 и менее баллов, то Ваше состояние не вызывает тревоги;

– если сумма баллов от 251 до 299, то Вы находитесь в пограничной зоне злоупотребления алкоголем;

– если сумма баллов от 300 до 500, то Вы находитесь на опасном уровне алкоголизации, могущем повлечь за собой отрицательные последствия;

– если сумма баллов превышает 500, то у Вас имеются признаки хронического алкоголизма.

Сформулируйте выводы.

Тема 3. Оценка физического состояния

Задание:

1. знакомиться с принципом построения и вопросами анкеты «Опросник физического состояния».
2. Провести анкетирование.
3. Сделать выводы.

Методические указания к выполнению задания

Данный опросник не является тестом, в нем нет ни плохих, ни хороших ответов, каждый отвечает так, как он считает правильным.

Цель его – выявить, как респондент описывает свои физические данные. В нем содержатся утверждения, относящиеся к различным аспектам Ваших физических данных. Вам предлагается, прочитав предложенное утверждение, оценить, к какому из 6 перечисленных критериев оно относится.

Дата.....
Пол.....
Возраст.....
Профессия/ должность.....
Занимаетесь ли ФКиС (нужное подчеркнуть) ДА / НЕТ
Вид спорта.....
Спортивный стаж.....
Количество занятий в неделю.....
Участие в соревнованиях (нужное подчеркнуть) ДА / НЕТ
Уровень соревнований.....

№ п/п	Утверждение	Вовсе нет	В основ-ном нет	Больше нет, чем да	Больше да, чем нет	В основ-ном да	Всегда
		1	2	3	4	5	6
1	Когда я заболеваю, я себя чувствую так плохо, что не могу даже встать с кровати						
2	Я испытываю удовольст-ие, когда выполняю упражнения на коорди-нацию						

3	Несколько раз в неделю я выполняю физические упражнения, которые мне позволяют достаточно интенсивно глубоко дышать						
4	Я слишком толстый						
5	Мои знакомые меня считают хорошим спортсменом						
6	Я удовлетворен(а) моими физическими данными (состоянием)						
7	Я привлекателен(а)						
8	Я обладаю физической силой						
9	Я могу легко сгибать, скручивать и вращать свое тело						
10	Я могу долго бежать без остановки						
11	Все, что я делаю в моей жизни, проходит хорошо						
12	Обычно я быстро «подхватываю» грипп, ОРВИ или насморк						
13	Я легко осваиваю любые движения						
14	Я часто делаю физические упражнения, которые меня заставляют глубоко дышать						
15	У меня много жировых отложений на талии						
16	Я легко занимаюсь многими видами спорта						
17	В физическом плане я собой доволен						
18	У меня достаточно красивое лицо						

19	Мое тело достаточно сильное и мощное						
20	Мое тело гибкое						
21	Я легко выполню тестовые упражнения на выносливость или перенесу длительные физические нагрузки						
22	В моей жизни имеется мало вещей, которыми я мог бы гордиться						
23	Если я заболеваю, то это всегда мне мешает делать то, что я хочу						
24	Я легко выполняю координационные упражнения						
25	3–4 раза в неделю в течение не менее 30 мин я выполняю физическую нагрузку, которая вызывает отдышку						
26	У меня лишний вес						
27	Я получаю удовольствие от занятий многими видами спорта						
28	Я удовлетворен своим внешним видом и своими физическими способностями						
29	Я более красив, чем половина моих друзей						
30	Я более сильный, чем половина людей моего возраста и моего пола						
31	Мое тело ригидное, ему не достает гибкости						
32	Я могу пройти без остановки 5 км						
33	Я нахожу, что моя жизнь не приносит большой пользы						

34	Я болею или чувствую себя плохо очень редко						
35	Я легко выполняю двигательные действия из различных видов спорта						
36	Я занимаюсь «тяжелыми» видами спорта (бег, велоспорт, танцы, аэробика, гимнастика, плавание) не менее 3 раз в неделю						
37	У меня несколько лишних килограммов						
38	У меня хорошие способности для занятий спортом						
39	Физически я всегда себя чувствую хорошо						
40	Я некрасив						
41	Я не сильный и у меня слабые мышцы						
42	Я считаю свое тело гибким						
43	Я думаю, что я мог бы долго бежать не уставая						
44	В жизни я совсем не агрессивен						
45	Я часто болею						
46	Я нахожу, что мои мышцы легко справляются с движениями на координацию						
47	Я много занимаюсь спортом						
48	У меня есть небольшой живот						
49	Я лучший в спорте по сравнению с моими друзьями						
50	У меня красивая внешность и телосложение						

51	Я достаточно красив						
52	Я легко выполню тестовые силовые упражнения						
53	Я думаю, что я достаточно гибок для спортсмена						
54	Я могу заниматься физической культурой достаточно долго без усталости						
55	В жизни большую часть вещей я делаю хорошо						
56	Когда я заболеваю, мне надо много времени, чтобы выздороветь						
57	Во время занятий физическими упражнениями мои движения элегантны и скоординированны						
58	Я занимаюсь спортом, физкультурой или танцами фактически каждый день						
59	Люди думают, что я толстый						
60	Я хороший спортсмен						
61	Я доволен своим телосложением						
62	Никто меня не считает красивым						
63	Я легко поднимаю тяжелые предметы						
64	Я думаю, что легко выполню тестовые задания на гибкость						
65	Я легко выполняю упражнения на выносливость (бег, лыжи, плавание, велосипед)						

66	В моей жизни много вещей, которыми я могу гордиться						
67	Я должен более часто ходить к врачу, если я заболел, чем лица моего возраста						
68	В жизни я многое упускаю						
69	Как правило, я здоров, даже если мои друзья заболели						
70	Что бы я ни делал в жизни, оно кажется незаконченным						

Ключ к опроснику:

Критерий	**№ вопросов**
1. Здоровье	1*, 12*, 23*, 34, 45*, 56*, 67*, 69
2. Двигательная активность	3, 14, 25, 36, 47, 58
3. Спортивная компетенция	5, 16, 27, 38, 49, 60
4. Степень ожирения	4*, 15*, 26*, 37*, 48*, 59*
5. Удовлетворенность своими физическими данными	6, 17, 28, 39, 50, 61
7. Внешний вид	7, 18, 29, 40*, 51, 62*
6. Координационные способности	2, 13, 24, 35, 46, 57
8. Сила	8, 19, 30, 41*, 52, 63
9. Гибкость	9, 20, 31*, 42, 53, 64
10. Выносливость	10, 21, 32, 43, 54, 65
11. Общая самооценка	11, 22*, 33, 44*, 55, 66*, 68*, 70*

Вопросы, отмеченные звездочкой, являются негативными, баллы за них присваиваются в обратном порядке (6, 5, 4, 3, 2, 1).

По каждой из 11 вышеперечисленных характеристик личности подсчитывают сумму баллов, набранную по относящимся к ней вопросам, и находят среднее значение.

Затем предлагается сравнить полученные данные по различным критериям у спортсменов и неспортсменов, у мужчин и женщин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перед государством и обществом в настоящее время стоят две задачи, непосредственно относящиеся к обсуждаемому кругу вопросов: 1) изыскать материальные ресурсы и экономические средства, которые позволят создать необходимые условия для ведения здорового образа жизни гражданами и сформировать соответствующую систему стимулов для позитивного модуса жизнедеятельности; 2) повысить уровень здоровья населения с тем, чтобы сократить неэффективные во многих случаях затраты на лечение заболеваний – результат нездорового образа жизни – и таким путем повысить производительность и качество труда во всех сферах духовной и материальной деятельности, обеспечить эффективное выполнение воинского долга.

В последние годы здравоохранение, физическая культура и спорт, образование (среднее, среднее специальное, высшее) и социальное обеспечение сталкиваются с рядом проблем, число которых в связи с процессом демократизации и гласности в обществе обнаруживается все больше и больше.

Анализ литературы позволил дать краткую характеристику некоторым из них. Общеизвестна польза от занятий физическими упражнениями, которые сохраняют здоровье, приводят к хорошему самочувствию и повышают работоспособность. Однако в стране этой формой активных занятий охвачены только около 20% граждан.

В стране при этом имеется только 30% (от реальных потребностей) спортсооружений и только 10% бассейнов, и при этом многие из них используются крайне нерентабельно.

Решение проблемы может быть достигнуто в результате совместной работы теоретиков и практиков, которая будет осуществляться не только через законодательство, эффективную пропаганду, но и через организаторско-управленческую деятельность. Анализ проблемы позволяет высказать ряд предложений конструктивного плана, рассчитанных на людей творческих и кровно заинтересованных в оздоровлении нации:

1. Создать межведомственную структуру типа совета (ассоциации, комиссии) с целью координации деятельности по формированию здорового образа жизни граждан под эгидой Министерства спорта и туризма Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь и др.

2. Решить узловой вопрос финансирования оздоровительной физкультуры по аналогии с тем, как было указано в первом Законе Республики Беларусь «О физической культуре и спорте».

3. Организовать работу по формированию здорового образа жизни, повышению уровня мотивации для участия в движении «Спорт для всех» на основе взаимодействия трех уровней: первый – индивид; второй – медицинская, спортивно-педагогическая наука, практика здравоохранения, включающая физическую культуру и массовый спорт, и третий – государство в виде органов, ведомств, предприятий, учреждений и организаций.

4. Сформировать свежий взгляд на проблему формирования здорового образа жизни. Следует вернуться к анализу причин и условий бума на здоровый образ жизни, особенно через движение «Спорт для всех», немыслимое без отказа или резкого ограничения курения и употребления алкоголя, рационального питания, режима труда и отдыха, борьбы за здоровье жителей городов и сельских поселений.

5. Организовать мониторинг здорового образа жизни граждан страны, создав банк данных для последующего анализа состояния проблемы и решения насущных вопросов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аикина, Л. И. Культура здорового образа жизни женщины – основной компонент человеческого капитала / Л. И. Аикина // Физкультурное образование Сибири. – 2010. – № 1(26). – С. 68–70.

2. Амосов, Н. М. Раздумье о здоровье / Н. М. Амосов. – М. : Молодая гвардия, 1987. – 236 с.

3. Аршавский, И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. Основы негэнтропии, теории онтогенеза / И. А. Аршавский. – М. : Наука, 1982. – 270 с.

4. Аршавский, И. А. Этот желанный комфорт / И. А. Аршавский // Здоровье народа – богатство его. – М. : Советская Россия, 1989. – С. 6–25.

5. Бажуков, С. М. Здоровье детей – общая забота (Организация физического воспитания школьников по месту жительства) / С. М. Бажуков. – М. : ФиС, 1987. – 127 с.

6. Белик, А. А. Человек: раб генов или хозяин своей судьбы? / А. А. Белик. – М. : Наука, 1990. – 144 с.

7. Бердыхова, Я. Мама, папа, занимайтесь со мной / Я. Бердыхова. – М. : ФиС, 1985. – 104 с.

8. Богданова, Е. Б. Здоровый образ жизни детей – задача родителей / Е. Б. Богданова // Физическая культура в школе. – 2009. – № 1. – С. 54–55.

9. Бойко, А. Ф. Не ждите первого звонка / А. Ф. Бойко. – М. : ФиС, 1990. – 208 с.

10. Бойко, В. В. Целенаправленное развитие двигательных способностей человека / В. В. Бойко. – М. : ФиС, 1987. – 143 с.

11. Боткин, С. П. Клинические лекции : в 2 т. / С. П. Боткин. – М. : Медицина, 1950. – Т. 2. – С. 9–11.

12. Брехман, И. И. Валеология – наука о здоровье / И. И. Брехман. – 2-е изд. – М. : ФиС, 1990. – 208 с.

13. Васин, Ю. Л. Физические упражнения – основа профилактики ожирения у детей / Ю. Л. Васин. – 2-е изд. – Киев : Здоровья, 1989. – 100 с.

14. Введение в теорию физической культуры : учеб. пособие для институтов физической культуры / под ред. Л. П. Матвеева. – М. : ФиС, 1983. – 120 с.

15. Воробьев, А. Н. Тренинг интеллекта / А. Н. Воробьев. – М. : Лесная промышленность, 1989. – 172 с.

16. Воробьев, А. Н. Тренировка, работоспособность, реабилитация / А. Н. Воробьев. – М. : ФиС, 1989. – 272 с.

17. Воробьев, А. Н. Анатомия силы / А. Н. Воробьев, Ю. А. Сорокин. – 2-е изд., доп. – М. : ФиС, 1987. – 80 с.

18. Гаджиева, А. Х. Воспитание навыков здорового образа жизни у младших школьников / А. Х. Гаджиева // Педагогика. – 2011. – № 1. – С. 119–122.

19. Гиппократ. Сочинения : в 5 т. / Гиппократ ; пер. В. И. Руднева. – М. : Биомедгиз, 1936. – Т. 1 : Избранные книги. – 736 с.

20. Глиненко, В. М. Здоровый образ жизни студента : практикум для студ. медицинских и физкультурно-спортивных высших учеб. заведений / В. М. Глиненко, А. А. Иванов, С. А. Полиевский. – М. : ГОУ ВПО МГМСУР, 2010. – 209 с.

21. Государственная программа развития физической культуры и спорта Республики Беларусь на 2011–2015 гг. – Минск, 2011. – 23 с.

22. Готовцев, П. И. Долголетие и физическая культура / П. И. Готовцев. – М. : ФиС, 1985. – 94 с.

23. Грецов, А. Г. Физическая культура и спорт в профилактике наркомании и преступности / А. Г. Грецов // Адаптивная физическая культура. – 2009. – № 2(38). – С. 37–38.

24. Гуфеланд, Х. В. Система практической врачебной науки : в 2 ч. / Х. В. Гуфеланд ; пер. с нем. – М., 1841. – Ч. 1. – 626 с.

25. Деметер, Г. С. Физическая культура в социалистическом обществе / Г. С. Деметер. – М. : Знание, 1987. – С. 25–31.

26. Дикин, Н. А. Предрасположенность к здоровому образу жизни / Н. А. Дикин, А. И. Белоусов // Физическая культура в школе. – 2011. – № 2. – С. 58–59.

27. Добрынина, Е. Ю. Формирование здорового образа жизни / Е. Ю. Добрынина, И. В. Тирских, А. А. Зайчиков // Физическая культура в школе. – 2010. – № 6. – С. 29–35.

28. Дубогай, А. Д. Физкультура: мы и дети / А. Д. Дубогай, Л. М. Мовчан. – Киев : Здоровья, 1989. – 144 с.

29. Дударев, И. Л. Тренируйся сам / И. Л. Дударев, И. И. Путивльский. – Киев : Здоровья, 1986. – 150 с.

30. О физической культуре и спорте : Закон Республики Беларусь, 19 июля 2006 г., № 150-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2002. – № 141. – 2/904.

31. Занятия массовыми видами спорта с оздоровительной направленностью / под общ. ред. В. А. Соколова, А. Г. Фурманова. – Минск : Полымя, 1986. – 68 с.

32. Здоровый образ жизни: сб. науч. тр. / под ред. С. А. Симбирцева. – Л., 1988. – 72 с.

33. Звездина, И. В. Оценка сформированности здорового образа жизни учащихся / И. В. Звездина // Школа здоровья. – 2010. – № 2. – С. 38–45.

34. Здоровый образ жизни : сб. статей / редкол. В. М. Киселев [и др.]. – Минск : БГУ, 2009. – Вып. 7. – 155 с.

35. Здоровый образ жизни молодежи в контексте социального здоровья: опыт социолого-философского анализа / Нац. гос. ун-т физ. культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта ; под ред. А. А. Козлова, Е. В. Утишевой. – СПб. : Стратегия будущего, 2010. – 182 с.

36. Змановский, Ю. Ф. Воспитаем детей здоровыми / Ю. Ф. Змановский. – М. : Медицина, 1989. – 128 с.

37. Ибн-сина. Канон врачебной науки : в 5 кн. / Ибн-сина ; пер. с араб. – Ташкент : ФАН, 1984. – Кн. 1. – 55 с.

38. Изуткин, Д. А. Формирование здорового образа жизни / Д. А. Изуткин // Сов. здравоохр. – 1984. – № 11. – С. 24–25.

39. Капалыгина, И. И. Укрепление здоровья и формирование навыков здорового образа жизни младших школьников: теория и практика : науч.-практ. пособие / И. И. Капалыгина. – Минск : Тесей, 2009. – 198 с.

40. Капалыгина, И. И. Деятельность педагога по формированию у учащихся здорового образа жизни / И. И. Капалыгина // Праблемы выхавання. – 2009. – № 4. – С. 55–59.

41. Капалыгина, И. И. Здоровый образ жизни и безопасное поведение / И. И. Капалыгина // Веснік адукацыі. – 2011. – № 3. – С. 48–52.

42. Ким, В. Г. Двигательная активность – жизненно необходима / В. Г. Ким // Среднее специальное образование. – 1987. – № 9. – С. 27–28.

43. Клинов, В. В. Модель формирования культуры здорового образа жизни учащихся старших классов училищ олимпийского резерва / В. В. Клинов // Мир спорта. – 2010. – № 4(41). – С. 53–61.

44. Клиорин, А. И. Ожирение в детском возрасте / А. И. Клиорин. – 2-е изд. – М. : Медицина, 1989. – С. 7–9.

45. Ковальчук, Г. И. Как учитывать биологический возраст и особенности телосложения подростков при подготовке прыгунов в высоту / Г. И. Ковальчук // Теория и практика физической культуры. – 1989. – № 11. – С. 30–33.

46. Ковалева, В. Н. Гигиеническое воспитание и здоровый образ жизни учащихся / В. Н. Ковалев // Пазашкольнае выхаванне. – 2009. – № 6. – С. 45–47.

47. Колгушкин, А. Н. Целебный холод воды / А. Н. Колгушкин. – М. : ФиС, 1986. – 128 с.

48. Колесов, Д. В. Физическое воспитание и здоровье школьников / Д. В. Колесов. – М. : Знание, 1983. – 62 с.

49. Колтаковский, А. П. Тропы и дорожки здоровья / А. П. Колтаковский. – М. : ФиС, 1986. – 85 с.

50. Купер, К. Аэробика для хорошего самочувствия / К. Купер ; пер. с англ. – 2-е изд. – М. : ФиС, 1989. – 224 с.

51. Кузнецова, Л. Ф. Здоровый образ жизни: жизненные навыки / Л. Ф. Кузнецова // Веснік адукацыі. – 2011. – № 3. – С. 43–47.

52. Купчинов, Р. И. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи : пособие для преподавателей и кураторов групп средних спец. и высш. учеб. заведений / Р. И. Купчинов. – Минск : УП «ИВЦ Минфина», 2004. – 211 с.

53. Лаптев, А. П. Береги здоровье смолоду / А. П. Лаптев. – М. : Медицина, 1988. – 144 с.

54. Лещинский, Л. А. Берегите здоровье! (О режиме здоровой жизни) / Л. А. Лещинский. – М. : Медицина, 1985. – 64 с.

55. Лисицын, Ю. П. Насущные проблемы охраны и укрепления здоровья людей / Ю. П. Лисицын, Г. И. Царегородцев // Полит. самообраз. – 1986. – № 10. – С. 30–37.

56. Лунин, Н. Н. Формирование здорового образа жизни – приоритетная социальная задача / Н. Н. Лунин // Высшее образование сегодня. – 2009. – № 6. – С. 76–78.

57. Мануйленко, Э. В. Индивидуальные программы по формированию у студентов здорового стиля жизни / Э. В. Мануйленко // Теория и практика физической культуры. – 2009. – № 2. – С. 44–46.

58. Матвейчик, Т. В. Методы работы с учащимися 9–11 классов по формированию здорового образа жизни / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова // Веснік адукацыі. – 2010. – № 11. – С. 56–61.

59. IV Международный конгресс «Человек, спорт, здоровье» = IV International Congress «People, Sport and Health» : материалы конгресса, 23–25 апреля 2009 г., Санкт-Петербург, Россия / под ред. В. А. Таймазова. – СПб., 2009. – 219 с.

60. Межкафедральный план преподавания валеологии (оздоровительно-профилактической медицины) для студентов медицинских институтов. – М. : Минздрав СССР, 1986. – 14 с.

61. Мода // Энциклопедический словарь. – 4-е изд. – М. : Сов. Энцикл., 1987. – С. 819.

62. Найдин, В. А. Десять шагов к здоровью / В. А. Найдин. – Минск : Полымя, 1985. – 94 с.

63. Недвецкая, Г. Д. Движения великий смысл / Г. Д. Недвецкая. – Минск : Полымя, 1987. – 64 с.

64. Нестерова, И. А. Здоровый образ жизни в контексте категории «здоровье» / И. А. Нестерова // Высшее образование сегодня. – 2011. – № 2. – С. 92–94.

65. Общение и оптимизация совместной деятельности / под ред. Г. М. Андреевой, Я. Яноушека. – М. : Изд-во МГУ, 1987. – 301 с.

66. Орлов, А. Н. Исцеление словом / А. Н. Орлов. – Красноярск : Изд-во Красноярского ун-та, 1989. – 512 с.

67. Орлов, В. А. От медицины космической к медицине земной / В. А. Орлов, М. А. Юпусов. – М. : Знание, 1986. – 62 с.

68. Орлова, Л. В. Азбука моды / Л. В. Орлова. – М. : Просвещение, 1989. – С. 3–12.

69. Основы здорового образа жизни студентов : учеб.-метод. пособие / М-во сел. хоз-ва и продовольствия Респ. Беларусь ; Гроднен. гос. аграрный ун-т. – Гродно : ГГАУ, 2006. – 136 с.

70. Остроумов, А. А. Избранные труды / А. А. Остроумов. – М. : Медгиз, 1950. – 328 с.

71. Павлюченко, Т. Здоровый образ жизни: интеграция и партнерство / Т. Павлюченко // Здаровы лад жыцця. – 2010. – № 12. – С. 54–57.

72. Попов, С. И. Политика, экономика, мораль: Социально-нравственные аспекты перестройки / С. И. Попов. – М. : Политиздат, 1989. – 240 с.

73. Попова, Н. М. в школе и дома / Н. М. Попова. – М. : Медицина, 1988. – 56 с.

74. Прищепа, И. М. Оценка представлений молодежи о здоровом образе жизни / И. М. Прищепа, О. Г. Казанцева // Веснік Віцебскага дзяржаўнага ўніверсітэта. – 2010. – № 4(58). – С. 88–92.

75. Раевский, Р. Т. Здоровье, здоровый и оздоровительный образ жизни студентов / Р. Т. Раевский, С. М. Канишевский ; под общ. ред. Р. Т. Раевского. – Одесса : Наука и техника, 2008. – 556 с.

76. Сахно, А. В. Здоровый образ жизни: двигательная активность и конституция человека / А. В. Сахно, А. С. Чубуков. – М., 1990. – 100 с.

77. Сысоева, И. В. Здоровье молодежи – будущее нации / И. В. Сысоева // Фізічная культура і здароўе. – 2009. – № 2. – С. 41–45.

78. Соколов, В. А. Повышенная радиация и физическая культура / В. А. Соколов, А. Г. Фурманов, С. В. Федорович. – Минск, 1997. – 255 с.

79. Современные проблемы борьбы с отклоняющимся поведением : тез. Всесоюз. науч. конф. «За здоровый образ жизни. (Борьба с социальными болезнями)», Москва-Суздаль, 1987 г. / редкол.: Б. М. Левин (отв. ред.) [и др.]. – М. : изд-во Ин-та социолог. исслед. АН СССР, 1987. – 59 с.

80. Социология / Г. В. Осипов (руков. авт. коллект.) [и др.]. – М. : Мысль, 1990. – С. 406–437.

81. Способствующий сохранению здоровья образ жизни молодежи / Документ, разработанный по поручению Европейского регионального бюро Всемирной организации здравооохр. – Дрезден, 1985. – 131 с.

82. Страковская, В. Л. Физическое воспитание недоношенных детей / В. Л. Страковская, В. Е. Ладыгина. – 2-е изд. – М. : Медицина, 1990. – 80 с.

83. Теоретико-методологические и практические основы формирования здорового образа жизни / В. М. Наскалов [и др.] // Вестник Полоцкого государственного университета. Сер. Е, Педагогические науки. – 2010. – № 11. – С. 152–159.

84. Туманян, Г. С. Здоровый образ жизни и физическое совершенствование : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г. С. Туманян. – 3-е изд., стереотип. – М. : Академия, 2009. – 336 с.

85. Усиление борьбы с пьянством и алкоголизмом : информ. материал (для информ.-пропаганд. групп) № 6(78) / сост. Е. А. Касперович ; Информ.-аналит. центр при Адм. Президента Респ. Беларусь. – Минск, 2010. – 58 с.

86. Физическая культура и здоровье учащихся : пособие для учителей физ. культуры : в 3 ч. / М. Е. Кобринский [и др.] ; под общ. ред. М. Е. Кобринского, А. Г. Фурманова. – Минск : МЕТ, 2011. – Ч. 1. : Основы знаний. – 341 с.

87. Физическая культура, спорт и здоровый образ жизни в XXI веке : сб. науч. ст. / УО «Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина» ; редкол.: Н. И. Приступа [и др.]. – Брест : БрГУ имени А. С. Пушкина, 2010. – 86 с.

88. Формирование физического здоровья детей и молодежи, проживающих на территориях радионуклидного загрязнения : пособие для учителей физ. культуры / под общ. ред. М. Е. Кобринского, А. Г. Фурманова ; Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ). – Минск : Тонпик, 2005. – 255 с.

89. Физкультура для всей семьи / сост. Т. В. Козлова, Т. А. Рябухина. – 2-е изд., стереотип. – М. : ФиС, 1990. – 463 с.

90. Шершаков, Н. В. Ветру и солнцу навстречу / Н. В. Шершаков. – М. : ФиС, 1989. – 173 с.

91. Фурманов, А. Г. Формирование здорового образа жизни учащихся и студентов учебных заведений, находящихся на территориях радионуклидного загрязнения / А. Г. Фурманов, Ю. Н. Князев // Мир спорта. – 2001. – № 3. – С. 52–55.

92. Фурманов, А. Г. Формирование физического здоровья детей и молодежи, проживающих на территориях радионуклидного загрязнения : пособие для учителей физкультуры / А. Г. Фурманов, М. Е. Кобринский – Минск : БГУФК, 2005. – 377 с.

93. Фурманов, А. Г. Физическая рекреация как фактор укрепления и сохранения здоровья в структуре учебного и свободного времени студентов / А. Г. Фурманов, В. А. Горовой // Мир спорта. – 2009. – № 2. – С. 64–67.

94. Фурманов, А. Г. Оздоровительная физическая культура : учебник для студентов вузов / А. Г. Фурманов, М. Б. Юспа. – Минск : Тесей, 2003. – 528 с.

95. Фурманов, А. Г. Основы здорового образа жизни / А. Г. Фурманов // Физическая культура, спорт, здоровье: проблемы, ценности, решения : материалы Международной науч.-практ. конф., 23 окт. / БГПУ. – Благовещенск, 2003. – С. 155–156.

96. Фурманов, А. Г. Разработка и внедрение новых образовательных технологий по формированию здорового образа жизни, учитывающие специфику образования и воспитания детей, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС : отчет о НИР по президентской программе «Дети Беларуси» (подпрограмма «Дети Чернобыля») / А. Г. Фурманов. – Минск : Бел. НИИ образования, 2000. – 176 с.

97. Фурманов, А. Г. Функции свободного времени в организации физической рекреации студентов / А. Г. Фурманов, В. А. Горовой // Актуальные проблемы физического воспитания, спорта и туризма : материалы III Междунар. науч.-практ. конф., Мозырь, 13–15 октября 2010 г. / МГПУ им. И. П. Шамякина ; редкол.: В. В. Валетов [и др.]. – Мозырь, 2010. – С. 87–90.

98. Фурманов, А. Г. Физическое здоровье и здоровый образ жизни детей и молодежи, проживающих на территории радионуклидного загрязнения / А. Г. Фурманов // Актуальные проблемы здорового образа жизни в современном обществе : тезисы Междунар. науч.-практ. конф., 15–17 апр. / БГАФК. – Минск, 2003. – С. 304.

99. Фурманов, А. Г. Физическое развитие, физическая подготовленность и оздоровление трудящихся Лепельского района средствами физической культуры : отчет о НИР / А. Г. Фурманов. – Минск : БГОИФК, 1990. – 94 с.

100. Фурманов, А. Г. Физическая рекреация: активный отдых, спорт для всех, оздоровление, туризм : учеб. пособие для студ. вузов по специальности «Туризм и гостеприимство» / А. Г. Фурманов. – Минск : МЕТ, 2009. – 495 с.

101. Фурманов, А. Г. Формирование здорового образа жизни / А. Г. Фурманов // Здоровый образ жизни – основа профессионального и творческого долголетия : материалы и доклады Респ. науч.-метод. конф., 25–26 янв. 2007 г. / Акад. упр. при Президенте РБ ; под общ. ред. И. И. Лосевой. – Минск, 2007. – С. 118–120.

102. Фурманов, А.Г. Формирование физического здоровья и основ здорового образа жизни учащихся школ (пилотных площадок) Лунинецкого района Брестской области : заключительный отчет о выполнении проектного задания (в рамках проекта ЮНИСЕФ «Обучение здоровому образу жизни и жизненным навыкам в районах Беларуси, пострадавших от последствий аварии на Чернобыльской АЭС») / А. Г. Фурманов. – Минск, 2006. – 150 с.

103. Ялунина, Т. И. Формирование навыков здорового образа жизни в старшей группе / Т. И. Ялунина // Инструктор по физкультуре. – 2011. – № 1. – С. 46–52.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЯ

Субъективные показатели самоконтроля

Дата и результат наблюдений

Сон

Самочувствие

Работоспособность

Причины отклонения от нормы (если они имеют место)

Мероприятия по коррекции:

Объективные показатели самоконтроля

Показатели	Дата и результаты наблюдений					
	дата	рез.	дата	рез.	дата	рез.
Длина тела (рост), см						
Масса тела (вес), кг						
Окружность груди, см пауза экскурсия						
ЧСС (пульс), уд./мин						
Артериальное давление, мм рт. ст. систолическое диастолическое						
Статическая балансировка, с						
Состояние ЦНС,						
Проба Руфье, усл. ед.						
Адаптационный потенциал, усл. ед.						
Причины отклонений от нормы:						
Мероприятия по коррекции:						
Заключение студента (самооценка характера изменений в состоянии своего здоровья, работоспособности, функционального состояния, соблюдения здорового образа жизни, режима дня, физических тренировок, предложения по частоте, объему и методике практических занятий физическими упражнениями):						

Заключение врача (оценка методики наблюдений состояния здоровья, физического развития, физического состояния, приспособляемости к нагрузкам, оценка тренированности, общие рекоменда-ции по режиму и методике занятий физическим воспитанием, назначение на следующий осмотр и консультацию).	
Заключение преподавателя (оценка ведения дневника, физического состояния, конкретные советы по коррекции образа жизни, режиму дня, частоте, объему нагрузок.	

Приложение Б

МЕТОДЫ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ (по О.Н. МОСКОВЧЕНКО)

1. Тип «стимуляция».

Часто желание закурить возникает по ассоциации. Например, если вы привыкли чертить чертеж с сигаретой во рту, то стоит вам сесть за чертеж, как вы тут же закуриваете. Попробуйте получить стимуляцию не от сигареты, замените ее чаем, кофе, конфетой, жевательной резинкой, положительными эмоциями.

2. Тип «игра с сигаретой».

Вы закуриваете только в кругу курящих или заодно с кем-то. Чтобы не превратиться в заядлого курильщика/ постарайтесь бросить курить как можно быстрее. Вы это сделаете безболезненно, стоит только проявить волевые усилия. Прежде всего постарайтесь понять, что, отказываясь от курения, вы не боретесь с самим собой, со своими желаниями, а лишь помогаете своему организму освободиться от табачного рабства.

Для преодоления состояния внутреннего раздражения, неуверенности, дискомфорта, которые, как правило, возникают в первую неделю отказа от курения, необходимо овладеть навыком психологического расслабления. Достигается это с помощью следующих действий, которые выполняют в течение 1–3 минут.

Сядьте, закройте глаза, расслабьтесь, сделайте глубокий выдох. На выдохе скажите «Нет». (Предполагается, что «нет» вы говорите появившемуся соблазну закурить.) Затем с закрытыми глазами попытайтесь представить голубое небо с медленно проплывающими облаками или спокойное синее море. Сосредоточьтесь на дыхании: оно должно быть спокойным. Следите за каждым своим вдохом и выдохом.

3. Тип «жажда».

Жажда нередко сопровождается чувством подсасывания в области желудка, сухостью во рту, состоянием беспокойства, нервозностью. Желание закурить настолько доминирует над всеми мыслями и чувствами человека, что, оказавшись без сигарет, курильщик может попросить их у совершенно незнакомых людей или среди ночи позвонить в дверь к соседям. Помните, что острое желание выкурить сигарету длится всего несколько минут! За эти несколько минут постарайтесь отвлечься, переключитесь на другой вид деятельности, прогуляйтесь на свежем воздухе. Выпейте стакан воды или съешьте яблоко; делайте это медленно, не торопясь. Желание курить подавляется желанием есть. Принимая пищу в момент возникшего желания закурить, вы погасите его. Но постоянное употребление булочеи сухарей, конфет приводит к риску набрать лишние килограммы. Подберите для себя наименее калорийный наиболее

приятный вариант: сладкое яблоко замените кислым, если нет минеральной воды, попробуйте пить кипяченую, но холодную или с долькой лимона.

4. Тип «расслабление».

Курение помогает вам снять мышечное или эмоциональное напряжение, расслабиться. В момент, когда у вас эмоциональное напряжение и вам хочется закурить, примените следующий прием (по Х. Алиеву). Все пальцы руки сожмите в кулак, кроме указательного. Сосредоточьтесь на указательном пальце, настройтесь на то, что ваш палец будет сгибаться и разгибаться по вашему желанию. Постоянно напоминайте себе о необходимости держать мышцы лица (глаза, лоб, губы) расслабленными. Упражнение можно повторять везде: в транспорте, на работе, дома, как только повторяется желание закурить. Со временем старые ассоциативные связи, побуждающие вас взяться за сигарету, будут нарушены.

5. Тип «поддержка».

Вы раздражены? Постарайтесь понять причину. Может быть, вы слишком требовательны к себе или к другому? Или ваши желания во многом переросли ваши возможности? Не забывайте о том, что многое нельзя выполнить сразу, нужно время и терпение. Старайтесь избегать конфликтных ситуаций. На первых порах избегайте общения с курильщиками. Чаще общайтесь с некурящими. Реже встречайтесь с теми, кто вызывает у вас неприязнь, раздражение. У вас должен сформироваться новый тип поведения, и вы научитесь преодолевать отрицательные эмоции без сигареты.

Заведите дневник, в котором в течение 2–3 месяцев будете записывать свой «табачный режим». Когда, по какому поводу, как часто и долго вы курите? Что при этом меняется в вашем эмоциональном состоянии? Что вы заметили плохого в самочувствии после курения? Постарайтесь быть объективным. Ответы на подобные вопросы помогут выяснить, какую роль курение играет в вашей жизни. И так ли оно вам необходимо? Фиксируйте критические моменты, провоцирующие вас закурить. Продумайте, как можно выйти из этих ситуаций иным путем, не прибегая к сигарете. Если вашего опыта или воображения недостаточно, обратитесь за помощью к некурящим друзьям, они вам помогут. Возможные, подходящие вам варианты зафиксируйте в дневнике.

6. Тип «рефлекс».

Вы заядлый курильщик. Нестерпимое желание закурить будет появляться у вас столько раз, сколько вы имеете сигарет. Прежде чем бросить курить, вам нужно обосновать причину, которая сможет побудить вас к этому. Например, сохранение и укрепление своего здоровья, увеличение работоспособности, желание избежать хронического

заболевания, желание избавить окружающих от опасности воздействия табачного дыма, а детей – от вредного примера. Любая из этих, а может, и других причин, должна быть вами тщательно проанализирована. Выберите срок, в течение которого вы бросите курить, определите конкретную дату выкуривания последней в вашей жизни сигареты. Тщательно проанализируйте свою привычку к курению, т. е. определите те ситуации, в которых желание курить бывает наиболее сильным. Старайтесь не курить в этих ситуациях, отработайте тактику своего поведения в такие моменты. Попробуйте постепенно сокращать количество выкуриваемых в день сигарет и определите, от какой из сигарет вам труднее всего отказаться, решите, как вы можете избежать закуривания этих сигарет. Подходя ко дню полного отказа от курения, попробуйте не курить 24, 48, 76 часов, оцените, насколько вам это будет трудно, какие моменты будут наиболее трудными. Научитесь постепенно преодолевать их. За одну, две недели до полного отказа от курения начинайте принимать аскорбиновую кислоту (витамин С) в виде таблеток, по 200–300 мг в день (если нет противопоказаний). Увеличьте свою физическую активность, нагрузку на легкие: больше времени проводите на свежем воздухе, ходите, выполняйте комплекс гимнастических упражнений, если нет противопоказаний, займитесь легким бегом, плаванием и т. п. И, наконец, самое главное. После того, как вы бросите курить, не прикасайтесь к табаку, даже с целью эксперимента. Если же, несмотря на все старания, вы закурили, то не стоит ругать себя. Начните сначала. Не откладывайте вторую попытку «на потом», начинайте сразу же, как только почувствуете, что готовы вступить в единоборство с сигаретой. Если же через 2–3 месяца самостоятельных занятий вам не удалось избавиться от вредной привычки, значит, корни ее глубоки и вам надо обратиться за помощью к врачу-наркологу.

Общие рекомендации для бросающих курить.

Решите, будете ли вы бросать курить сразу или постепенно. Если вы решили бросать постепенно, то выработайте себе промежуточные цели на пути к окончательному отказу от курения. Например: каждый день курить на две сигареты (папиросы) меньше, или бросить курить через две недели, сокращая каждые пять дней количество выкуренных сигарет на 1/3.

Если вы чувствуете сильное желание курить, то должны бросать резко. За день или два до окончательного отказа от курения выкуривайте существенно больше сигарет (папирос), чем обычно. Произойдет перенасыщение организма никотином и другими вредными компонентами табака, сигарета потеряет свой вкус. Вы более четко почувствуете на себе вредное влияние курения и легче сможете бросить курить.

Если вы курите под влиянием обстановки на работе, выберите для отказа от курения дату, когда вы будете вне работы: выходные дни, отпуск и т. д.

Не покупайте сигареты блоками. Пока не кончатся сигареты в одной пачке, не покупайте себе другую.

Если у вас возникло желание закурить, то не берите в руки пачку сигарет, пока не пройдет по крайней мере три минуты от начала возникновения желания закурить. В течение этих трех минут постарайтесь занять себя чем-нибудь, что помогло бы вам забыть о сигарете, например, позвоните кому-нибудь по телефону, желательно некурящему, поговорите с ним, пока желание закурить не уменьшится.

Каждый день старайтесь как можно дольше оттягивать момент закуривания первой сигареты (папиросы).

Выберите себе часы суток, когда вы как бы позволяете себе закурить.

Не носите с собой сигареты (папиросы), спрячьте их под замок, отдайте кому-нибудь.

Уберите из комнаты пепельницу, зажигалки и вообще все предметы, которые напоминают вам о курении.

Выкуривайте только половину сигареты (папиросы).

Не портите себе аппетит – не курите полтора-два часа до приема пищи.

Дайте возможность легким отдохнуть – не курите за полтора-два часа до сна.

Чаще посещайте общественные места, где курение может быть затруднено для вас (театры, кинотеатры, музеи и т. д.).

Никогда не говорите «Я бросаю курить» или «Я бросил курить». Отвечайте, что в данный момент вам курить не хочется.

Найдите себе партнера, с которым вы бросили бы курить вместе.

Не бросайте курить сразу. Попробуйте отказаться от курения на один день, завтра еще на один, послезавтра - еще на один день.

Поспорьте с кем-нибудь, что вы бросите курить. Если вы не покупаете вашу обычную пачку сигарет, откладывайте эти деньги и в конце недели подводите итог сэкономленным на курении деньгам. Выработайте план, как вы их потратите.

Если вы чувствуете себя раздраженным из-за того, что не закурили, закройте глаза и медленно считайте от 10 до 0, представляя себе, как будто вы спускаетесь вниз по лестнице, дышите ритмично, глубоко вдыхая через нос.

Приложение В

Анкета-опросник
«ПОРТРЕТ КУРИЛЬЩИКА»

Пол: юноша, девушка класс (группа)_____
(везде нужное подчеркните)

1. Пробовал ли ты курить? ДА, НЕТ.

2. Когда ты закурил первую в своей жизни сигарету?
   – в 6–7 лет;
   – в 8–10 лет;
   – в 11–14 лет;
   – в 15–16 лет;
   – после 17 лет.

3. Почему ты начал курить?
   – потому, что друзья курят;
   – потому, что курят родители;
   – потому, что курит брат (сестра);
   – чтобы выглядеть старше;
   – по другим причинам.

4. Сколько сигарет ты выкуриваешь в день?
   – меньше 5 сигарет;
   – от 5 до 10 сигарет;
   – более 10 сигарет;
   – 1 пачку и более.

5. Курят ли твои друзья? ДА, НЕТ.

6. Знаешь ли ты, что курение вредно для твоего здоровья? ДА, НЕТ.

7. Хотел бы ты бросить курить? ДА, НЕТ.

8. Пробовал ли ты бросить курить? ДА, НЕТ.

9. Сколько раз пробовал бросить курить?
   – один раз;
   – два раза;
   – от 3 до 5 раз;
   – более 5 раз.

Приложение Г

Анкета-опросник
«ПОДРОСТОК И АЛКОГОЛЬ»

Пол: юноша, девушка класс (группа)_____
(везде нужное подчеркните)

1. Пробовал ли ты спиртные напитки? ДА, НЕТ.

2. Как часто ты употребляешь спиртные напитки?
   - ежедневно;
   - 3-4 раза в неделю;
   - раз в неделю;
   - раз в месяц;
   - не употребляю.

3. Какие виды спиртных напитков ты предпочитаешь?
   - пиво, шампанское;
   - вино, настойка, наливка;
   - водка, коньяк, самогон;
   - никакие.

4. Похмеляешься ли ты на следующий день после приема спиртного? ДА, НЕТ.

5. Бывают ли у тебя провалы в памяти после приема спиртных напитков? ДА, НЕТ.

6. Исчез ли у тебя рвотный рефлекс после приема чрезмерных доз спиртного? ДА, НЕТ.

7. Выпиваешь ли ты при хорошем настроении? ДА, НЕТ.

8. По какой причине ты выпиваешь?
   - после ссоры с родителями;
   - после ссоры с друзьями;
   - когда появляются проблемы с учебой (работой);
   - при неудачах.

9. Попадал ли ты в неприятные ситуации из-за употребления спиртоного? ДА, НЕТ.

Примечание: обработку и анализ собранных анкет рекомендуется проводить медицинскому работнику, психологу, социологу, врачу-наркологу.

Приложение Д

ТЕРМИНОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Психотропные (психоактивные) вещества – вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, природные материалы, включенные в Перечень наркотических, психотропных веществ и их прекурсоров. Отличаются от наркотических средств большей терапевтической полезностью и применяются в качестве лекарственных средств.

Наркотические вещества – вещества синтетического или естественного происхождения, растения, включенные в Перечень наркотических, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю.

Прекурсоры – вещества, часто используемые при производстве, изготовлении, переработке наркотических и психотропных веществ.

Наркотическая зависимость – состояние периодической или хронической интоксикации, вызванной повторным употреблением естественного или синтетического наркотического, психотропного или токсикоматического вещества.

Психическая зависимость – болезненное стремление систематически употреблять ПАВ, чтобы испытать эйфорию, либо снять явления психического дискомфорта.

Физическая зависимость – непреодолимое влечение к употреблению ПАВ, а с прекращением приема вызывающее серьезные физические и психические нарушения и болезненное состояние (абстиненцию).

Абстиненция (похмельное явление) – или абстинентный синдром, сопровождающийся чувством тревоги, депрессии, апатии, беспокойства, бессонницы, тяжелыми нарушениями со стороны психики, сильнейшими болями в области крупных суставов и мышц, рвотой, поносом (особенно после прекращения приема наркотиков).

Ингаляция ПАВ – группа органических летучих жидкостей, газов, которые вдыхаются с целью одурманивания.

Нелегальные (запрещенные) ПАВ – вещества, относящиеся к наркотикам, записанные в официальный Перечень наркотических, психотропных веществ и их прекурсоров. Приобретение, сбыт, хранение и другие действия, связанные с их оборотом, считаются противоправными и преследуются законом.

Легальные (разрешенные) ПАВ – вещества, не попавшие в Перечень (никотин, алкоголь, кофеин и др.), вызывающие зависимость и относящиеся к токсикоманическим средствам.

Токсикомания – болезнь, проявляющаяся в психической и иногда и в физической зависимости от веществ, не включенных в официальный Перечень наркотических, психотропных веществ, препаратов, прекурсоров.

Опиум и его производные – главным показателем эффективности и качества опиума является содержание морфина. После специальной обработки опиума получают конечный продукт 3-х видов: обработанный опиум, медицинские препараты опиума и алкалоиды опиума или опиатов (героин, кодеин, дионин). От способов употребления опиума зависит интенсивность действия препарата и яркость вызванных им ощущений. Наиболее частыми осложнениями хронического употребления опиумно-морфинных препаратов являются: опиумная горячка, вирусное поражение печени, гнойные инфекции кожи, воспаление и склероз вен, воспаление эндокарда.

Морфин – самый главный и хорошо изученный алкалоид опиума. Для медицинской практики выпускается в ампулах. Психологические эффекты сохраняются дольше, чем обезболивающее действие. Замедляется дыхание, суживаются зрачки, понижается температура тела. Осложнениями у морфинистов являются: тяжелые запоры, перемежающиеся с поносом, шрамы и гнойники в местах инъекций, суженные зрачки. Любое прекращение приема морфина вызывает тяжелую «ломку». Критические дозы могут спровоцировать глубокий сон или смерть от паралича дыхательного центра.

Героин – в 20–25 раз эффективнее морфина и после 2–3 инъекций возможно развитие героиновой зависимости. Первые приемы из-за передозировки наркотика могут привести к смерти. Данный наркотик не применяется в медицине. Наркоман, находящийся под героиновым опьянением, не опасен. Он находится в летаргическом состоянии. При регулярном употреблении героина блокируются и гасятся сексуальные потребности. В абстиненции наркоманы склонны к агрессии и к различного рода преступлениям. У героинистов возможны депрессивные состояния с суицидальными мыслями. Наркоманы вынуждены ежедневно «охотиться» за наркотиками, предпринимая незаконные действия: кражи, насилие, убийства, проституцию.

Метадон – синтетический наркотик, применяется в медицинской практике для купирования болей различного происхождения и облегчения опиатного абстинентного синдрома при внезапном прекращении приема опиатов.

Другим способом использования метадона для лечения опиатной зависимости является так называемая «метадоновая программа», когда препарат применяется в наркологических стационарах в течение длительного времени. Употребление метадона в терапевтических дозах не вызывает отравлений или болезненных состояний. Толерантность к нему развивается крайне медленно по сравнению с морфином и явления абстиненции более мягкие.

Барбитураты – производные барбитуратной кислоты. Все они оказывают сводное действие на организм – угнетают мозговые центры, контролирующие ЦНС. Используются в медицинской практике для лечения бессонницы, снятия нервного стресса и избавления от чувства неуверенности. Делятся они на три группы:

1. Барбитураты короткого действия для вызывания у пациента сна (до 3–4 часов). В медицине они используются на предварительном этапе анестезии и для лечения легких типов бессонницы;
2. Барбитураты средней длительности действия. Они применяются в основном в психиатрической практике (сон до 8 часов), но могут использоваться наркоманами;
3. Барбитураты длительного действия. Применяются в медицине для лечения эпилепсии.

Для медицинских целей барбитураты производятся в виде порошка для приготовления растворов, в ампулах, в виде свечей или таблеток. Наркоманы их глотают или вводят шприцем. В небольших дозах они оказывают успокаивающее действие, снижая болевые ощущения, спровоцированные спазмом гладкой мускулатуры. В средних дозах они вызывают более сильное ощущение покоя и сон, а в высоких – делают сон более глубоким и продолжительным. У пациентов, злоупотребляющих барбитуратами, нарушается сон. Толерантность к ним развивается быстро, в результате чего больному необходимо все время повышать дозы для получения желаемого эффекта. Барбитуровые наркоманы становятся беспомощными, шатаются при ходьбе. У них дрожат руки, повышается потоотделение, речь становится бессвязной. Могут возникать галлюцинации с нарушениями психопатического порядка. На спинке языка у них заметен темно-коричневый налет, который не удается снять, появляется неприятный запах изо рта.

К наркотикам, оказывающим возбуждающее действие на ЦНС, относятся амфетамины, кокаин, крэк. При их немедицинском использовании пробуждается агрессивность, чувство беспокойства и возбуждения, мания преследования и галлюцинации.

Амфетамины – класс соединений, включающий собственно амфетамин и его производные.

Амфетамины применяются во врачебной практике как средства, снимающие усталость и сонливость, понижающие аппетит, для прерывания хронической депрессии. Употребление амфетаминов наркоманами, чаще всего эфедрина, быстро приводит к психической зависимости. В результате развивающийся толерантности дозы амфетаминов приходится увеличивать в сотни (!) раз. Большие дозы вызывают изменения поведения психологического характера: галлюцинации, бред преследования, искажения сознания при внутривенном введении. Частыми осложнениями инъекционного введения амфетаминов становятся некрозы (омертвения) стенок сосудов, в которые проводились инъекции. Могут быть поражения почек, поджелудочной железы, отек легких, подъем артериального давления. У хронических наркоманов злоупотребление амфетаминами приводит к параноидным изменениям психики. Они становятся подозрительными и мнительными, вследствие чего представляют опасность для общества и окружающих.

Кокаин – психотропное стимулирующее средство растительного происхождения. Впервые в медицинской практике кокаин был использован в 1884 г. в качестве анестезирующего средства при операциях на глазах. Сегодня кокаин широко используется наркоманами для возбуждающего эффекта. Длительные приемы приводят к дефекту носовой перегородки, а вены, в которые его вводят, быстро мертвеют и склерозируются (уплотняются), возникает стойкая депрессия, бессонница, импотенция и нарушения работы ЖКТ. При передозировке может наступить смерть.

Производным кокаина является **крэк**. Длительный прием кокаина или крэка не способствует развитию толерантности и наркоманы долго могут придерживаться одной и той же дозировки. Осложнения хронической кокаиномании – паранойя, бред, галлюцинации, глухота, тошнота, потеря аппетита, истощение, бессонница, конвульсии и психозы.

К наркотикам, оказывающим галлюциногенный эффект, относятся марихуана, мускатный орех, ЛСД-25, мескалин, СТП, ДМТ. При постоянном приеме могут возникать серьезные изменения психики, сопровождающиеся искажением восприятия времени, пространства и собственной личности, зрительные и слуховые галлюцинации. По своему происхождению психоделические наркотики подразделяются на натуральные и синтетические, а с точки зрения производных эффектов – на малые и большие психоделики.

Марихуана – наркотик растительного происхождения, который готовится из высушенных листьев индийской или американской конопли. В результате ее обработки получают гашиш. Вред, наносимый организму наркотиками из группы конопли:

– проблемы с памятью и способностью к заучиванию;

– расстройства восприятия (слух, обоняние, восприятие времени);
– потеря координации движения;
– учащение сердцебиения, беспокойство, тревожность.

Кратковременные отрицательные эффекты могут быть намного сильнее, если марихуану смешивают с другими наркотиками, причем человек иногда не знает, какие именно препараты ему дают. Наркоманы могут забыть о безопасном сексе и подвергать себя опасности заражения СПИДом. Исследования показывают, что постоянное потребление марихуаны может повлечь проблемы в респираторной, иммунной и репродуктивной системах человека.

Мускатный орех – плод вечнозеленого дерева, растущего в Восточной Индии и обладающего психоактивными свойствами. К одному с ним семейству принадлежат и **вариола** – дерево, растущее в южноамериканских джунглях, кора которого выделяет смолу, порошок, используемой индейцами в религиозных обрядах. Порошок вариолы, как и мускатный орех, содержит миристицин (элемицен). Эти наркотики вызывают состояние иммунного восприятия с галлюцинациями и могут сопровождаться возбуждением нервной системы с обмороками и рвотой. Этот наркотик непопулярен среди наркоманов.

ЛСД-25 (диэтиламид лизергиновой кислоты) является наиболее известным психоделическим наркотиком. Его извлекают из красной спорыньи, паразитирующей на колосьях ржи. Чаще всего это галлюциноген, который используется в виде мелкого порошка или раствора, в виде капсул или таблеток. Может продаваться в виде кусочков бумаги, пропитанных наркотиком (марки). ЛСД-25 не имеет ни цвета, ни вкуса, ни запаха. Принимается через рот и начинает действовать через считанные секунды после инъекции или через 45 минут после перорального введения.

Острая интоксикация сопровождается симптомами возбуждения ЦНС: чувством необоснованного страха, дрожью во всем теле, тошнотой и головокружением, сердцебиением. Зрачки резко расширяются, вследствие чего наркоманы по причине светобоязни вынуждены днем и ночью носить темные очки. Имеют место осложнения хронической интоксикации – паника и психоз.

Мескалин – активный галлюциногенный алкалоид небольшого кактуса под названием «пейотль». Этот наркотик широко используется индейскими племенами. Начало действия препарата – через 3 часа после приема. Длительность действия наркотика около 12 часов. Галлюцинациям предшествуют судороги, тошнота, потливость, озноб, расширение зрачков, чувство страха. Позже возникают зрительные и слуховые галлюцинации.

СТП – синтетический наркотик с ярко выраженными галлюциногенными свойствами. Создан в военных лабораториях как

боевое отравляющее вещество (оружие). Отличается развитием сильной психической зависимости и поражением нервной системы. В переводе с английского означает «покой-тишина-мир». Его эффект характеризуется ускорением сердечного ритма, сухостью кожи и слизистой полости рта, расширением зрачков, затуманенным взглядом, бессонницей, дезориентацией личности. Осложнения: эпилептические припадки и смерть.

ДМТ (диметилтриптамин) – галлюциногенный препарат, содержащийся в вытяжке из растений, которые произрастают в Западной Индии и Южной Америке. Его курят или едят. Человек, находящийся под воздействием наркотика, не отличает фактов реальной жизни от фантазий и способен предпринимать насилие или суицид.

Летучие ароматические углеводороды (клеи, бензин, эфир, растворители и т. д.). Они вынесены в отдельную группу и относятся к так называемым химическим токсикоматическим средствам, вызывающим подобный эффект, но не являющихся классическими психоделиками.

Ингалянты, чифирь, насвай.

С раннего детства ребенок начинает привыкать к посторонним запахам, чаще всего бензина, различных растворителей, клея, красок, дезодорантов. Иногда запахи начинают вызывать у него приятные ощущения. Когда он подрастет, то, попав в соответствующую компанию, вспоминает свои детские ощущения, и у него появляется желание повторить и развить «детский опыт». Таким может быть путь к употреблению летучих веществ – ингалянтов, пристрастие к вдыханию которых является еще одной формой токсикомании, весьма опасной и имеющей тенденцию ко все большему распространению.

Подавляющее большинство «химических» токсикоманов составляют подростки. Ингалянты очень токсичны и представлены различными средствами бытовой химии: бензин, керосин, ацетон, медицинский эфир, хлороформ, бензол, клеи, наполнители для зажигалок, жидкости для снятия лака. Вещества, используемые в медицине – амилнитрит, «веселящий газ» или закись азота, аэрозоли (дезодоранты). Способы их употребления: чаще всего ингаляция, т. е. вдыхание паров. Ингалянты необратимо поражают почти все системы организма – головной мозг, нервную, сердечно-сосудистую и пищеварительную системы, костный мозг, почки. При их вдыхании возникают носовые кровотечения, заболевания глаз. Кроме того, некоторые из них являются канцерогенами. При неконтролируемых высоких дозах ингаляции возможна смерть от остановки сердца и дыхания. Хроническая интоксикация приводит к гепатитам, нефритам, некрозам печени.

При хронических отравлениях развиваются тяжелые психозы со слуховыми и зрительными галлюцинациями, параноидный бред с манией

преследования, энцефалопатии. Еще одну опасность таят ингалянты – все они горючие и взрывоопасные.

Чифирь – наиболее опасная для здоровья форма злоупотребления крепко заваренного чая «чифиря». Спустя 30–40 минут после его приема наступают выраженные проявления «дурмана», для которых характерно приподнятое настроение и сильное возбуждение. Интоксикация длится 4–5 часов. Перевозбуждение как умственное, так и физическое, наступающее при хроническом употреблении чифиря, нарушает сон, вызывает переутомление и нервозность. Постепенно развивается психическая зависимость к данному виду токсикоматического средства. Признаками токсикоматического опьянения от чифиря являются: резкая гиперемия лица, блестящие глаза, шаткая походка, размашистые и широкие движения, приподнятое настроение с двигательной активностью. При абстиненции – чувство разбитости, усталости, вялости, резкие головные боли, снижение работоспособности. У хронических чифироманов развиваются тошноты, запоры, чередующиеся с поносами, крапивница, кожный зуд, половая слабость, прекращение менструации у женщин, густой коричневый налет на языке. Возможны возникновения психозов.

Нас или насвай – сублингвальное токсикоматическое средство. Типичное для жителей Среднеазиатских республик бывшего СССР. В Минске и Могилевской области распространено как новая форма токсикомании. В его состав входят: жевательный табак – талкан (от 30 до 40–42%), гашеная известь, саксаульная хола и птичий помет. Нас закладывают под язык или за щеку. Острая интоксикация проявляется обильным слюнотечением, слабостью, головокружением, сердцебиением, тошнотой, рвотой, расслабленностью мышц в течение 2-х часов. У части подростков, попробовавших нас вырабатывается защитная реакция отвращения. У тех, кто продолжает его прием – возрастает частота потребления от 2–3 раз в неделю до 7–10 раз в день. Осложнения хронического потребления наса – поражения желудка и кишечника, печени, рак ротовой полости и гортани. Кроме того, употребление насвая вызывает бесплодие, прекращается выработка спермы, нарушается детородная функция и шансов на ее восстановление практически нет.

Приложение Е

ПРОГРАММА 15 УРОКОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВРЕДНЫХ ПРИСТРАСТИЙ

Урок № 1. Табакокурение как форма токсикомании

История табакокурения. Стадии развития никотинового синдрома. Причины, побуждающие людей курить. Меры профилактики. В уроке используются схемы, таблицы, наглядные пособия и видеоматериалы по казанной теме.

Урок № 2. Анатомо-физиологический механизм табакокурения

Основные анатомо-физиологические процессы дыхания. Строение легочной ткани. Негативное влияние табака на органы и системы человека. В уроке используются схемы, таблицы, наглядные пособия, видеоматериалы.

Урок № 3. Последствия табакокурения

Демонстрация самодельного курительного аппарата и загрязнения никотином ватных шариков, помещенных в полиэтиленовую бутылку. Последствия табакокурения (непосредственные и отдельные). Использования в уроке схем, таблиц, наглядных пособий.

Урок № 4. Как бросить курить

Ознакомление учащихся с различными методами борьбы с табачной зависимостью (приложение Б). Использование в уроке схем, таблиц, наглядных пособий.

Урок № 5. Кампания против курения

Ознакомление с мерами профилактики табакокурения. Проведение тестирования по опроснику (Приложение В). Обсуждение результатов тестирования и материала пройденных тем на уроках № 1–5.

Урок № 6. Алкоголь и его влияние на организм

История изготовления и потребления спиртных напитков. Их влияние на органы и системы человека. Этапы знакомства подростка со спиртными напитками. Непосредственные и отдаленные последствия влияния алкоголя на организм. Использование в уроке схем, таблиц, наглядных пособий, видеоматериалов.

Урок № 7. Алкоголь и общество

Алкогольная зависимость – бичь общества. Роль общественных организаций в профилактике пьянства и алкоголизма среди подростков. Проведение тестирования по опроснику (Приложение Г). Обсуждение результатов тестирования. Использование в уроке схем, таблиц, наглядных пособий и видеоматериалов.

Урок № 8. Алкоголь и семья

Учащимся предлагается написать рассказ, из того, что им известно о поведении алкоголика в семье. Предварительно учащиеся ознакамливаются с материалом об алкогольной зависимости. Обсуждение результатов письменной работы.

Урок № 9. Стадии приобщения к алкоголю

6 стадий приобщения человека к алкоголю, причины его употребления. Опрос учащихся по темам уроков № 6–8. Использование в уроке схем, таблиц, наглядных пособий, видеоматериалов.

Урок № 10. Закон и алкоголь

Ознакомление учащихся с существующими законодательными и нормативными актами, запрещающими покупку и употребление спиртных напитков несовершеннолетними. Закрепление пройденного материала.

Урок № 11. Наркотики и их классификация

История изготовления и потребления психоактивных веществ. Классификация современных ПАВ, терминология (Приложение Д). Индивидуальные факторы развития наркотической зависимости. Использование в уроке схем, таблиц, наглядных пособий, видеоматериалов.

Урок № 12. Поражающие действия токсикоманических и наркотических веществ

Влияние психоактивных веществ на организм подростка. Виды и характеристика наркомании. Поражение органов и систем при наркомании. Использование в уроке схем, таблиц, наглядных пособий, видеоматериалов.

Урок № 13. Профилактика потребления психоактивных веществ

Комплекс мер по предупреждению токсикоманий и наркоманий среди молодежи. Участие в этом процессе общественных организаций, учреждений. Роль школы, ССУЗа, ВУЗа, родителей в вопросах профилактики токсикомании и наркомании. Использование в уроке схем, таблиц, наглядных пособий, видеоматериалов.

Урок № 14. ВИЧ/СПИД и наркомания

Взаимосвязь наркомании с вирусом иммунодефицита человека. Профилактика заражения ВИЧ-инфекций. Использование в уроке схем, таблиц, наглядных пособий, видеоматериалов.

Урок № 15. Закон и наркотики

Ознакомление учащихся с законодательными актами по вопросу потребления, изготовления, транспортировки, хищения и выращивания наркотических средств и их прекурсоров. Проведение тестирования по прилагаемому опроснику (Приложение Ж). Обсуждение результатов тестирования. Закрепление пройденного материала и опрос учащихся.

Приложение Ж

Анкета-опросник
«ПОДРОСТОК И НАРКОТИКИ»

Пол: юноша, девушка класс (группа)_____
(нужное подчеркните)

1. Пробовал ли ты наркотики? ДА, НЕТ.

2. Пробовал ли ты токсикоманические средства?
ДА, НЕТ.

3. Как часто употребляешь ты одурманивающие средства?
   - ежедневно;
   - 3–4 раза в неделю;
   - раз в неделю;
   - раз в месяц;
   - никогда.

4. Снизилась ли твоя успеваемость после употребления одурманивающих средств? ДА, НЕТ.

5. Отмечаются ли у тебя после приема одурманивающих средств апатия, агрессивность, устрашающие сновидения, дневная сонливость, снижение веса? ДА, НЕТ.

6. Какой способ введения одурманивающих средств ты предпочитаешь?
   - внутренний;
   - курение в смеси с табаком;
   - глотание таблеток;
   - ингаляция, жевание;
   - никакого.

7. Знаешь ли ты о последствиях употребления наркотиков?
ДА, НЕТ.

8. Хочешь ли ты оказаться от их употребления?
ДА, НЕТ.

9. Имеются ли у тебя друзья, употребляющие наркотики?
ДА, НЕТ.

Примечание: обработку и анализ анкет рекомендуется проводить медицинскому работнику, психологу, социологу, врачу-наркологу.

.

Учебное издание

Фурманов Александр Григорьевич
Горовой Вячеслав Александрович

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Пособие

Ответственный за выпуск Е. В. Юницкая
Корректоры: Л. Н. Боженко, Е. М. Мельченко
Технический редактор Н. В. Ропот
Оригинал-макет Е. В. Лис

Подписано в печать 31.05.2012. Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Ризография. Усл. печ. л. 12,56.
Тираж 271 экз. Заказ 23.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Мозырский государственный педагогический университет
имени И. П. Шамякина».
ЛИ № 02330/0549479 от 14 мая 2009 г.
Ул. Студенческая, 28, 247760, Мозырь, Гомельская обл.
Тел. (0236) 32-46-29