

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Алтайский государственный
гуманитарно-педагогический университет имени В.М. Шукшина»
(ФГБОУ ВО «АГПУ»)

Естественно-географический факультет
Кафедра естественнонаучных дисциплин, безопасности жизнедеятельности и туризма

**Организация социальной работы по профилактике здорового
образа жизни и обеспечения здоровья в педагогическом
коллективе**

Выпускная квалификационная работа

группы Г-БЖ 131
Допустить к защите
Зав. кафедрой В.М. Важов

(подпись)

« ____ » _____ 2017 г.

Выполнила:
студентка

Нестерова
Фамилия
Елена Сергеевна
имя, отчество

**Научный
руководитель: канд.
биол.наук, доцент
ученая степень, звание
Бахтин Роман Федорович
*фамилия, имя, отчество***

(подпись)

Оценка _____

« ____ » _____ 2017 г.

Председатель ГЭК:

(подпись)

Бийск 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗДОРОВЬЯ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ	5
1.1. Понятие здоровья, особенности здорового образа жизни	5
1.2. Основы социальной работы по профилактике здорового образа жизни	15
ГЛАВА 2 СПЕЦИФИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ.....	22
ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ	32
3.1. Диагностика здорового образа жизни педагогов.....	32
3.2. Формирование представлений о здоровом образе жизни педагогов.....	37
3.3. Контрольный этап исследования и его результаты.....	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	47
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК (СПИСОК ИНФОРМАЦИОННЫХ ИСТОЧНИКОВ)	49
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	53
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	54
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	58
ПРИЛОЖЕНИЕ В	4

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы организации профилактики здорового образа жизни в педагогическом коллективе обусловлена тем, что здоровье является не только необходимым условием нормальной жизни человека, но также и тем, что здоровье является стратегически необходимым условием для эффективного функционирования и развития государства. Только здоровый человек на рабочем месте, обеспечивает необходимые процессы во всех сферах деятельности.

Состояние здоровья населения страны определяется демографическими, социально-экономическими, медицинскими аспектами и специальными исследованиями. Необходимо принимать меры для улучшения здоровья населения. Социальные работники должны играть здесь решающую роль.

Социальная работа должна включать заботу о здоровье людей. Это особенно важно в педагогическом коллективе. Учитель много времени проводит на работе, его здоровье очень важно.

Исследования в области обеспечения и профилактики здорового образа жизни проводились такими авторами, как Е.Н. Вайнер, Г.А. Кураев, Е.И. Холостова и другие.

Объект исследования - здоровье педагога.

Предмет - организация социальной работы по профилактике здоровой жизни и здоровья в педагогическом коллективе.

Гипотеза - предположим, что превентивная ориентация социальной работы в педагогическом коллективе будет влиять на изменение отношения к своему здоровью.

Целью нашего исследования является рассмотрение организации социальной работы по профилактике здорового образа жизни и здоровья в педагогическом коллективе.

В дипломной работе решались следующие задачи:

1. Анализ теоретической и научной литературы по проблеме исследования;
2. Провести экспериментальное исследование состояния здоровья и здорового образа жизни в педагогическом коллективе.
3. Разработать лекции и ряд методик для формирования здорового образа жизни преподавательского состава.

Методологической основой исследования являются теоретические и методические разработки Е.Н. Вайнера о сохранении здоровья.

Научная значимость заключается в выявлении особенностей социальной работы по профилактике здоровья в педагогическом коллективе.

Практическая значимость исследования заключается в разработке рекомендаций, направленных на формирование знаний о здоровом образе жизни.

Дипломная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗДОРОВЬЯ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

1.1. Понятие здоровья, особенности здорового образа жизни

Проблема со здоровьем присуща другим проблемам человечества. Она изменяется вместе с прогрессом общей культуры, будучи актуальным, во все периоды жизни человека - от рождения до смерти. Эта проблема была освящена такими авторами, как В.П. Казначеев, Ю.П. Лисицын, В.А. Фролова и другими.

Здоровье человека является предметом изучения как естественных, так и социальных наук - биологии, медицины, социологии, психологии, философии и т. Д. (Хотя на самом деле медицина - это наука о болезни).

Человек связан с обществом со всеми элементами его структуры множеством отношений, поэтому невозможно решить проблемы со здоровьем, не учитывая широкий спектр социальных факторов. Известно, что, по мнению зарубежных и отечественных исследователей, здоровье человека во многом зависит от его образа жизни и социальных факторов [5].

Здоровье человека отражает один из самых чувствительных аспектов жизни общества и тесно переплетается с основным правом на физическое, духовное и социальное благополучие с максимальной продолжительностью его активной жизни. Здоровье является сложным и в то же время интегральным, многомерным динамическим состоянием, которое развивается в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды и позволяет человеку осуществлять свои биологические и социальные функции.

Определение проблемы здоровья среди приоритетов социального развития определяет актуальность теоретического и практического развития этой проблемы, определение необходимости развития соответствующих

научных исследований и разработку методологических и организационных подходов к сохранению здоровья, Формирования и развития. Согласно формулировке Всемирной организации здравоохранения, «здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». В этом определении здоровье рассматривается как противодействие болезни.

Фролов выделяет концепцию «общественного здравоохранения», рассматривая ее как статистическую, характеризующуюся комплексом демографических показателей: рождаемости, смертности, уровня развития, заболеваемости, ожидаемой продолжительности жизни и социально-биологических показателей [2].

Концепцию «общественного здравоохранения» Лисицина рассматривает, как здоровье групп (возраст - пол, социальный, профессиональный и т. д.), населения, проживающего на определенной территории, в разных странах, регионах. Общественное здравоохранение, с точки зрения автора, является результатом социально-опосредованных действий, проявляющихся в образе жизни человека, группы людей [30].

В.П. Казначей рассматривает концепцию «общественного здравоохранения», в которой он понимает процесс социально-исторического развития социально-биологической и биологической активности населения в целом ряде поколений, повышая работоспособность и производительность общественного труда, улучшая психо-физиологические возможности человека.

Здоровье - это процесс сохранения, развития физических качеств, умственных и социальных возможностей, процесса максимальной продолжительности здорового образа жизни с оптимальной производительностью и социальной активностью.

По мнению ПЛ. Капица, одна из важнейших глобальных проблем, определяющих судьбу человечества, - это проблема «качества» населения, в

которой она подразумевает комплекс генетических и социально-психологических характеристик жизни людей: физическое здоровье, уровень Развитие интеллектуальных способностей, психофизиологический комфорт жизни, механизмы воспроизводства интеллектуального потенциала Общества [2].

Очевидно, что если мы говорим о категории «здоровья» с точки зрения гигиениста, необходимо четко различать те, которые определяют воспроизводство, образование, потребление, восстановление здоровья, а также характеризуют здоровье в рамках ряда факторов: - критерии, показатели, включенные в область категории здоровья, как процесс и как государство; - воспроизводство здоровья (защита и реализация генофонда); - состояние репродуктивной функции родителей и его реализация; - здоровье родителей; - условия беременности; - состояние акушерской службы; - наличие правовых актов, защищающих генофонд и беременных женщин. Формирование здоровья - образ жизни (уровень производства и производительности труда, степень удовлетворения материальных и культурных потребностей, образовательный и культурный уровни, особенности питания, двигательная активность, межличностные отношения, вредные привычки, состояние окружающей среды) [6].

Потребление здоровья - культура и природа производства; Состояние производственной среды; Социальная активность человека. Восстановление здоровья - отдых, лечение, реабилитация. Другими словами, общественное здравоохранение является одним из интегральных показателей трансформаций, происходящих в обществе, и определяется комплексом социально-психологических и генетических характеристик физического здоровья, психофизиологического уровня жизни. Формирование здорового образа жизни, рост благосостояния, развитие «индустрии» здоровья способствуют росту здоровья страны.

Концепция здоровья должна определять возможность выполнения основных функций человека, принимая во внимание тот факт, что человек является живой системой, основанной на физических и духовных, естественных и социальных, наследственных и приобретенных принципах.

Под социальным здоровьем понимается система ценностей, взглядов и мотивов поведения в социальной среде. Физическое здоровье - это текущее состояние функциональных возможностей органов и систем организма. Психическое здоровье - состояние человеческой психической сферы, характеризующееся общим психическим комфортом, обеспечивающее адекватное регулирование поведения и обусловленное биологическими и социальными потребностями [6].

Социальные и психологические аспекты здоровья определяют гармоничный процесс развития внутреннего мира человека (согласие с собой - я понимаю, принимаю, анализу, контролю, любви) и отношениям с другими людьми, адаптация в обществе. Поэтому целесообразно рассмотреть один социально-психологический аспект здоровья. Состояние здоровья оценивается на трех уровнях: соматическом, социальном, личном. Соматический уровень подразумевает улучшение саморегуляции в организме, гармонию физиологических процессов, максимальную адаптацию к окружающей среде. Социальный уровень оценивает меру эффективности и социальной активности, активное отношение к миру.

Личный уровень определяет стратегию жизни человека, степень его господства над обстоятельствами жизни (В. П. Казначеев). Несмотря на обилие определений и точек зрения на сущность здоровья, до сих пор нет единого подхода к его определению и оценке. Однако никто не сомневается в том, что здоровье должно отражать способность человека поддерживать свой гомеостаз путем идеальной адаптации к изменяющимся условиям окружающей среды, то есть активно сопротивляться таким изменениям, чтобы сохранить и продлить жизнь.

Существует два способа поддержания гомеостаза:

1) обеспечить согласованность биохимических констант путем внесения различных веществ в органы и ткани, а затем высвобождения их в кровь и лимфу;

2) разнообразие физиологических организаций и процессов, которые в конечном итоге восстанавливают предвзятые показатели внутренней среды до оптимальных значений [29].

Одной из основных проблем валеологии является отношение к концепции индивидуального здоровья. Системный подход к оценке индивидуального здоровья ставит человеческую проблему в центр целостности и многомерности ее динамических характеристик и подчеркивает задачи преподавания потребностей в области здравоохранения, формирования культуры здоровья в процессе индивидуального развития. В настоящее время накоплен большой объем информации о постнатальном онтогенезе, в частности о целостности, дискретности и гетерохронии развития, об индивидуальности и типологии, о «критических периодах», в практической медицине, в педагогике и в физическом воспитании.

Эти проблемы не нашли должного отражения, и большинство методологических разработок сосредоточено на среднем человеке. Необходимо определить структуру индивидуального здоровья. Известно, что здоровье человека формируется в неразрывном единстве биологических, психологических, социальных и экологических факторов, которые должны быть отражены в методологических подходах к его изучению.

Признание социальной сущности человека предполагает более глубокое изучение его естественного биологического бытия, законов индивидуального развития, так что посредством различных социальных мер можно было бы продвигать потенциальные возможности, содержащиеся в геноме [11].

Показатели, определяющие индивидуальное здоровье, имеют то преимущество, что значительная их часть может быть выражена количественно. В результате это дает общую ценность уровня здоровья, динамика которого позволяет судить о состоянии и перспективах здоровья человека: силе или слабости каждого из показателей индивидуального здоровья, эффективности принятых мер здравоохранения для каждого индивидуума.

Образ жизни - ведущий общий фактор, определяющий основные тенденции изменений здоровья, рассматривается как тип активных прав человека.

Структура образа жизни с ее социальными характеристиками включает:

- 1) трудовую деятельность и условия труда;
- 2) хозяйственная деятельность (тип жилья, жилая площадь, условия жизни, время, затраченное на экономическую деятельность);
- 3) рекреационные мероприятия, направленные на восстановление физической силы и взаимодействия с окружающей средой;
- 4) социализация семейной деятельности (забота о детях, пожилых родственниках);
- 5) планирование семьи и семейные отношения;
- 6) формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса;
- 7) социальная и физическая активность (отношение к здоровью, медицине, установление здорового образа жизни).

Образ жизни связан с такими понятиями, как уровень жизни (количество доходов на человека), качество жизни (измеренные параметры, характеризующие степень материальной безопасности человека), образ жизни (психологические особенности личности, поведение), образ жизни (национальность, социальный порядок жизни, культура).

Под физической активностью понимается деятельность людей в области защиты, улучшение индивидуального и общественного здоровья в определенных социально-экономических условиях. К таким мероприятиям относятся: наличие гигиенических навыков, выполнение медицинских рекомендаций, участие в улучшении образа жизни и окружающей среды, возможность оказания первой помощи для себя и своих близких, использование традиционной медицины.

Повышение уровня медицинской активности и грамотности населения является важнейшей задачей социального работника. Важной частью социальной активности является установка здорового образа жизни (ЗОЖ) [43].

ЗОЖ - это гигиеническое поведение, основанное на научно обоснованных санитарно-гигиенических стандартах, направленных на укрепление и поддержание здоровья, активизацию защиты организма, обеспечение высокого уровня эффективности, достижение активного долголетия.

Таким образом, ЗОЖ можно рассматривать как основу для профилактики заболеваний. Он направлен на устранение факторов риска (низкий уровень трудовой деятельности, неудовлетворенность работой, пассивность, психоэмоциональный стресс, низкая социальная активность и низкий уровень культуры, экологическая неграмотность, отсутствие физических упражнений, иррациональное, несбалансированное питание, курение, алкоголь, наркотики, токсичные вещества, напряженные семейные отношения, нездоровая жизнь, генетический риск).

Здоровый образ жизни является важным фактором здоровья (повышает работоспособность, создает физический и духовный комфорт, активизирует жизненное положение, защищает организм, усиливает общее состояние, уменьшает заболеваемость и ухудшает хронические заболевания). Формирование здорового образа жизни - это создание системы преодоления

факторов риска в форме активной жизни людей, направленных на поддержание и укрепление здоровья.

ЗОЖ включает в себя следующие компоненты:

1) сознательное создание условий труда, которые способствуют здоровью и повышают эффективность;

2) активное участие в культурных мероприятиях, физическом воспитании и спорте, отказ от пассивных форм отдыха, обучение умственным способностям, автоматическое обучение, отказ от вредных привычек (алкоголь и курение), рациональное, сбалансированное питание, соблюдение правил личной гигиены, Создание нормальных условий в семье;

3) формирование межличностных отношений в трудовых коллективах, семьях, отношении к пациентам и людям с инвалидностью;

4) бережное отношение к окружающей среде, природе, культуре поведения на работе, в общественных местах и транспорте;

5) сознательное участие в профилактических мероприятиях, проводимых медицинскими учреждениями, соблюдение медицинских условий, возможность оказания первой помощи, чтение популярной медицинской литературы [24].

Поощрение здорового образа жизни является обязанностью каждого социального работника. В то же время используются методы устной, печатной, визуальной (изобразительной) и комбинированной пропаганды.

Метод устной пропаганды наиболее эффективен. Это самый популярный, экономичный, простой и методологически доступный метод. Он включает в себя следующие средства пропаганды: лекции, беседы, дискуссии, конференции, групповые занятия, викторины.

Метод печатной пропаганды охватывает широкие слои населения. Сюда входят статьи, санитарные листовки, заметки, листовки, стенные газеты, журналы, буклеты, брошюры, книги, лозунги.

Визуальный метод является самым разнообразным с точки зрения количества его входных данных. Их можно разделить на 2 группы: природные объекты и визуальные средства (объемные и плоские).

Комбинированный метод - это метод массовой пропаганды, в котором происходит одновременное влияние на слуховой и визуальный анализаторы.

Валеология - теория и практика формирования, сохранения и укрепления здоровья человека. Предметом исследования является индивидуальное здоровье, его механизмы, возможности управления ими. Объектом валеологии являются люди, которые находятся во всем спектре здоровья. Валеология рассматривает индивидуальное здоровье как самостоятельную социальную и медицинскую категорию, суть которой может быть количественно и качественно охарактеризована прямыми индикаторами [13].

Между состоянием здоровья и болезни выделяются переходные состояния. Здоровье рассматривается как более широкая категория по сравнению с заболеванием. До болезни и болезни являются особым случаем здоровья, когда его уровень уменьшается или его недостатки. Уровень структурной организации, исследуемый в валеологии, является преимущественно организмом.

Валеология ставит перед собой следующие задачи:

- разработка и реализация идеи сущности индивидуального здоровья, поиск моделей для его изучения, методы оценки и прогнозирования;
- разработка систем для скрининга и мониторинга состояния здоровья населения на основе количественной оценки состояния здоровья человека;
- формирование «психологии здоровья»;
- разработка методологии и методов формирования, сохранения и укрепления индивидуального здоровья;
- обеспечение первичной и вторичной профилактики заболеваний путем повышения уровня здоровья;

- разработка программ по улучшению здоровья населения посредством индивидуального здоровья [11].

Методы валеологии - диагностика уровня здоровья, прогнозирования и управления состоянием здоровья человека. Таким образом, индивидуальное здоровье формируется посредством здорового поведения человека. То есть, привычка к здоровому образу жизни является частью общего образа жизни человека.

Существует взаимосвязь между индивидуальным здоровьем и здоровым образом жизни. Роль валеологии в образе жизни заключается в формулировании принципов, основанных на сущности здоровья, направленных на ее формирование, сохранение и укрепление.

1.2 Основы социальной работы по профилактике здорового образа жизни

Основы социальной работы по профилактике здорового образа жизни были рассмотрены А.П. Тараном, В.А. Фоплов и другие.

Прежде чем рассматривать особенности социальной профилактики здорового образа жизни в педагогической команде, рассмотрим концепцию профилактики.

Профилактика - это концепция, которая первоначально существовала в медицине, которая понимается как неотъемлемая часть медицины. В настоящее время превентивные меры используются в различных областях деятельности, включая социальную работу. Профилактика здоровья в педагогической команде связана с отраслями, которые тесно связаны с медициной.

Социально-профилактическое направление в области защиты и укрепления здоровья включает медицинские, санитарные и социально-экономические меры. Создание системы профилактики заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической задачей государства. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или тяжелой патологии у людей существует 3 типа профилактики. Первичная профилактика - это система мер по предотвращению возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим работы и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, улучшение состояния окружающей среды).

К первичной профилактике относятся социально-экономические меры государства по улучшению образа жизни, окружающей среды и образования. Профилактическая деятельность обязательна для сотрудников.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс мер по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптивный отказ) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Ряд специалистов предлагают термин «третичная профилактика» как комплекс мер по реабилитации пациентов, потерявших возможность полноценной жизни.

Третичная профилактика направлена на социальную (формирование уверенности в их собственной социальной пригодности), труд (способность восстанавливать трудовые навыки), психологическую (восстановление поведенческой активности человека) и восстановление здоровья (восстановление функций органов и систем) [41].

Важнейшей частью всех превентивных мер является формирование социальной активности и формирование здорового образа жизни среди населения. Мировая практика свидетельствует о том, что социальный работник обязан знать теоретические и практические знания в области общественного здравоохранения, поскольку независимо от специализации и места работы он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья.

В нынешних условиях обострения социальных проблем в нашей стране, ухудшении показателей здоровья населения, объективно необходимо решать взаимосвязанные проблемы медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Необходимо создать новые механизмы, формы и методы социальной помощи населению в качестве новых социальных технологий, которые обеспечат гражданам комплексные социальные услуги в случае болезни, инвалидности и будут способствовать решению социальных проблем, связанных со здоровьем. Как следствие, в 90-е годы. В России начал развиваться социальная работа как качественно новое направление социальной работы и своего рода профессиональная

деятельность. Его формирование обусловлено текущим состоянием здравоохранения, социальной защитой населения и других социальных институтов в условиях реформирования экономической структуры и структуры общественных отношений.

Рассмотрим особенности социальной деятельности и сохранения здоровья. Эта область деятельности, типы, направления и организационные формы, которые зависят от государственной политики в области общественного здравоохранения и современной концепции здравоохранения и теории социальной защиты населения.

В соответствии с законодательством Российской Федерации о защите здоровья населения (1993 г.) социальная помощь является профилактическим, терапевтическим и диагностическим, реабилитационным, протезно-ортопедическим и стоматологическим протезами, а также социальными мерами по уходу за пациентами с ограниченными возможностями [3].

Социальная помощь, направленная на предотвращение здорового образа жизни, рассматривается как новый вид междисциплинарной профессиональной медицинской, психологической, педагогической и социально-правовой деятельности, направленной не только на реабилитацию, но и на сохранение и укрепление здоровья различных групп населения. Социальная работа коренным образом меняет характер комплексного ухода за здоровьем, предполагая системное социальное воздействие на ранних стадиях болезни и социальную дезадаптацию, которые являются потенциальными причинами серьезных осложнений, инвалидности и смерти.

Цель социальной работы в области охраны здоровья заключается в достижении максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации людей с физическими и психическими расстройствами, а также социально неблагополучных.

Объектами являются разные люди с сильными медицинскими и социальными проблемами (долгосрочные и часто больные, социально неконтролируемые люди), взаимно усиливающие друг друга, решение которых затруднено в рамках односторонней профессиональной деятельности. Работа таких участников, число которых неуклонно растет в последние годы, одинаково трудна и неэффективна для медицинских работников и специалистов в учреждениях социальной защиты, поскольку они вынуждены решать ряд задач, помимо их профессионалов [12].

Особенностью социальной работы является то, что она образована соединением двух независимых секторов здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный опыт организации первичной медико-санитарной помощи, зарубежный опыт социальной работы в сфере здравоохранения показывает, что, несмотря на усилия, фактическая координация департаментов недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие достигается только после длительного периода совместной работы в смежном секторе после соответствующей подготовки, основанной на выборе специальных форм работы, которые позволят вам создать нового специалиста - специалиста по социальной работе с соответствующей медицинской специальностью, осуществление функций.

Медицинские специалисты на практике выполняют функции социальных работников. В свою очередь, социальные работники, которые очень часто имеют дело с клиентами, страдающими психическими и физическими заболеваниями, должны обладать необходимыми медицинскими знаниями, навыками и способностями. Четкое разграничение функций медицинских и социальных работников. Обобщенные специальные функции можно разделить на три группы: здоровье, социально-ориентированное и интегративное.

Валеологические функции:

- предоставление социальной помощи семье;

- социальный патронаж разных групп;
- оказание социальной помощи хроническим пациентам;
- предотвращение повторения основного заболевания, доступ к инвалидности, смертность (вторичная и третичная профилактика);
- санитарно-гигиеническое образование;
- информирование клиента о его правах на социальную помощь и способы его предоставления с учетом конкретных проблем[14].

Социально-ориентированные функции:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и социальной помощи;
- представительство в органах власти интересов лиц, нуждающихся в социальной помощи;
- содействие в предотвращении социально опасных действий;
- регистрация опеки и попечительства;
- участие в социально-гигиеническом мониторинге;
- участие в создании реабилитационной социальной и внутренней инфраструктуры для нуждающихся категорий населения;
- предоставление клиентам доступа к информации о состоянии здоровья, условиях среды обитания, качестве продовольственного сырья и пищевых продуктов;
- информирование клиентов о преимуществах, льготах и других видах социальной защиты;
- помощь клиентам в решении социальных и внутренних проблем, получение пенсий, пособий и платежей;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;
- психотерапия, психическая саморегуляция;
- обучение коммуникации, обучение навыкам социальных навыков и т.

д .;

- интегративные функции:

- всесторонняя оценка социального статуса клиента;
- содействие в реализации профилактических мер социально-зависимых расстройств соматического, умственного и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях;
- формирование отношения клиента, группы и населения к здоровому образу жизни;
- проведение социальной экспертизы;
- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- социальная работа в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;
- помощь в предотвращении распространения ВИЧ-инфекции и обеспечении социальной защиты инфицированных людей и их семей;
- социальные и юридические консультации;
- организация терапевтических сообществ самопомощи и взаимопомощи реабилитационного, психологического, педагогического, социального и правового характера;
- участие в разработке комплексных программ социальной помощи нуждающимся группам на разных уровнях;
- обеспечение непрерывности взаимодействия специалистов по смежным профессиям при решении проблем клиентов [10].

В основе своей социальная работа в области здравоохранения имеет много общего со здоровьем и работой органов здравоохранения в целом. Но в то же время он не выходит за рамки его компетенции, не претендует на выполнение терапевтических и диагностических функций, но обеспечивает тесное сотрудничество с медицинским персоналом и четкое разграничение обязанностей.

Социальную работу можно разделить на профилактическую и патогенетическую. Социальная работа с превентивным фокусом-

профилактика социально-зависимых расстройств соматического, умственного и репродуктивного здоровья; Формирование отношения к здоровому образу жизни; Обеспечение доступа к информации по вопросам здравоохранения; Участие в разработке программ адресной социальной помощи на различных уровнях; Социальный менеджмент; Обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья.

Социальная работа, имеющая патогенетическую направленность, предусматривает организацию социальной помощи: проведение социальной экспертизы; Внедрение медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; Проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического состояния клиента; Создание реабилитационной социальной и внутренней инфраструктуры; Обеспечение непрерывности взаимодействия специалистов по смежным профессиям[7].

Таким образом, для создания оптимальных и наиболее эффективных технологий социальной работы специалисты разрабатывают базовые модели, которые позволяют применять единые методологические подходы к этому виду деятельности и учитывать соответствующие особенности.

Для создания таких моделей необходимо, чтобы каждая выбранная группа выполняла социальную работу в уже упомянутых двух областях - профилактической и патогенетической. Это позволит учитывать особенности профессиональной социальной работы с различными контингентами в определенных областях медицины или системы социальной защиты населения при сохранении единообразных методологических принципов.

ГЛАВА 2 СПЕЦИФИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Специфика деятельности социального работника по профилактике ЗОЖ в педагогическом коллективе рассматривался в работах Е.И. Голостов, О.Г. Чаряна Л.Э. Сырье и т. д. Социальная профилактика здорового образа жизни требует, чтобы социальный работник учитывал специфику организации. Социальный работник должен учитывать все факторы, влияющие на здоровье в педагогической команде. Таким образом, сегодня в сфере труда педагогической деятельности особенно нужна научно обоснованная концепция социальной работы, модель переменной инфраструктуры услуг социальной поддержки учителей.

В исследовании, проведенном Т.Ф. Костяновой (Ярославль) представлены следующие условия для решения этой проблемы, приемлемые для педагогических организаций:

1. Индивидуальная ориентация инфраструктуры социальных услуг с учетом интересов и потребностей работников (особенно молодежи) конкретного учреждения;
2. Создание на предприятии соответствующих, оздоровительных социальных услуг для молодежи и членов их семей;
3. Спрос на профессионально подготовленных специалистов в социальной сфере - социальных работников (социальных педагогов, психологов);
4. Взаимодействие социальных служб предприятия с другими учреждениями, медицинскими и спортивными организациями в обществе и с семьями рабочих [19].

Защита здоровья учителей зависит от того, насколько задачи, решаемые социальным работником и специалистами соответствующих служб (администрация предприятия, общественных организаций, психолога), решаются совместно и коллективно.

Основным направлением профилактической работы социального работника является проведение профилактических медицинских осмотров (предварительных, периодических, целевых). Важной частью является проведение профилактических и текущих санитарных инспекций, которые должны проводиться целенаправленно, систематически и всесторонне. Вся профилактическая работа проводится в соответствии с единым комплексным планом медико-профилактических мероприятий.

При разработке этого плана принимают участие администрация учебного заведения, санитарного узла и профессиональных гигиенистов областного центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (СГУ). Каждый из участников описывает ряд мероприятий. Комплексный план утвержден директором образовательного учреждения и является обязательным для исполнения [37].

Комплексный план медико-развлекательной деятельности состоит из следующих разделов:

- организационные мероприятия;
- санитарно-технические мероприятия (строительство, модернизация оборудования, внедрение новых производственных линий, улучшение вентиляции, отопления, канализации);
- санитарно-гигиенические меры (контроль содержания вредных и опасных веществ в воздухе рабочей зоны и других помещений, уровень шума, освещение, тепловое излучение, токи высокой частоты и т. д.
- медико-рекреационная деятельность (медицинское обследование, направление на санаторное лечение, диетическое питание, рациональное занятие, изучение и анализ заболеваемости и травматизма);

- материальная и финансовая поддержка для реализации плана.

В то же время социальная работа по профилактике заболеваний должна быть как можно более конкретной, ориентированной на человека и отражающей специфику производственной сферы, в которой работает человек. С одной стороны, это сфера образования. С другой стороны, он заполнен множеством временных сообществ, которые созданы и распались, но для каждого человека «траектория» его дорожной и транспортной жизни имеет свои постоянные и переменные состояния. В них он действует в определенной роли (или ролях), в которой сложная система его социальных контактов, взаимодействий создает определенные зоны социальной и психологической напряженности, дискомфорт, риск, в конечном счете представляющий собой важный аспект городской или сельской среды, стиля жизни.

Социальные сообщества в сфере образования особенно сложны из-за их специфики в определении путей, форм и технологий влияния на них во всей системе социальных взаимодействий. Это создает напряжение в правах на психическое здоровье [21].

Человек, действуя как субъект своей производственной деятельности, выбирает свой бизнес, профессию. Независимый выбор субъекта будущей деятельности сам по себе является проявлением умственной деятельности в результате интеграции внешних факторов через мотивационную сферу индивида.

Ситуация с выбором мотивационного объекта требует определенного количества опций: чем больше вариантов у вас есть, тем проще его реализовать. Образовательная среда, социальные сообщества, действующие в ней в современных условиях, могут создать благоприятные ситуации для проявления личности.

Таким образом, интерес как основной мотив для включения людей в образовательную деятельность может превратиться в широкие социальные

мотивы (в интересах других, для выполнения их долга перед ними), социально-позиционные мотивы (желание утвердиться через положительную оценку), мнение Другие, чтобы завоевать доверие, мотивы для социального сотрудничества (желание понять и улучшить способы взаимодействия с другими).

Для современных людей важно, чтобы они, как субъект социальной активности в образовательной среде, могли овладеть многими видами деятельности или выделить доминирующую (или ряд доминант) в соответствии с их интересами и склонностями. В образовательном обществе, практически вокруг любого объекта, может быть развернут целый комплекс социальных действий, каждый из которых имеет многофункциональный характер, который способствует расширению и углублению интересов личности. Одна из ведущих идей этой модели: чем больше функций реализуется в конкретной деятельности, тем шире и сильнее воздействие на человека. Это очень привлекательный фактор для сотрудников учебных заведений [17].

Особую роль в реализации всех основных функций деятельности в образовательном сообществе отводится пути трансформации «внешних отношений во внутреннюю структуру личности».

Интенсивное изучение проблем молодежной коммуникации в педагогическом обществе показало, что оно открывает новые аспекты влияния на формирование личности, на эффективность деятельности. Общение людей в педагогическом коллективе характеризуется как межличностное. Он часто лишен духовного комфорта, контактности, легкости, что снижает его эффективность, требует особых усилий для развития и удовлетворения коммуникативных потребностей, чтобы успешно компенсировать отсутствие свободного, неформального общения. Тогда связь перестает быть излишне организованной, не имеет жестких ограничений временного пространства. Это, как правило, происходит в

небольших группах, в условиях психологической совместимости, эмоционального комфорта.

Организация отношений между людьми в педагогическом обществе, влияние как на общение в самой молодой среде, так и на отношения молодых учителей с престарелыми, с администрацией учебного заведения, на микроклимат в семьях и их непосредственную окружающую среду. Основная область функциональной деятельности социальных работников [16].

Создание комфортного климата также положительно влияет на содержание свободного времяпровождения учителей и их семей. Конечно, в конкретных учебных заведениях разрабатываются собственные механизмы социальной поддержки работников.

В учебном заведении особенно важно работать над укреплением здоровья учителей. Рассмотрим более подробно. У социальной работы есть свои задачи в области охраны здоровья. В своих вмешательствах и методах он должен учитывать состояние здоровья, возможные медицинские услуги и необходимые финансовые ресурсы.

Важное значение имеет также тесное сотрудничество социальных работников с органами общественного здравоохранения. Необходимость развития профилактической медицины становится все более актуальной. Это потребует сотрудничества врачей, педагогов, социальных работников и всех ветвей власти: законодательной и исполнительной власти на всех уровнях, поскольку необходимо выделять средства в бюджеты для реализации целевых программ профилактики.

Социальная работа по профилактике заболеваний определяется как своего рода междисциплинарная профессиональная медицинская, психологическая, педагогическая и социально-правовая деятельность, направленная на восстановление, сохранение и укрепление здоровья [28].

Его основная цель - достичь максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физическими и психическими

заболеваниями, а также социального неблагополучия. Важно, чтобы социальная работа по медико-санитарной помощи коренным образом меняла диапазон мер здравоохранения, поскольку она включает системные социальные последствия на ранних стадиях заболевания и развитие болезненных процессов. В этой связи становится ясно, что всестороннее исследование медицинских и социальных факторов, влияющих на здоровье человека, имеет существенное преимущество перед односторонним рассмотрением только медицинских или социальных аспектов в проведении профилактической работы.

Профилактическая социальная работа включает в себя реализацию мер по предотвращению социально-зависимых расстройств соматического, умственного и репродуктивного здоровья, формирование здорового образа жизни и обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья.

Профилактическая социальная работа делится на два типа:

- 1) первичная профилактика;
- 2) вторичная профилактика.

Задачей первичной профилактики является предотвращение развития патологических состояний у людей, т. е. проведение социально-экономического анализа, формирование представлений о здоровом образе жизни населения, активная жизненная позиция в отношении их здоровья [50]

,

Вторичная профилактика направлена на предотвращение дальнейшего прогрессирования заболевания и предусматривает комплекс терапевтических и профилактических мер, а также решение ряда социальных проблем. В то же время осуществляется социальная экспертиза работоспособности, прогнозируется рабочая сила, влияние социальных факторов (характер работы, экономический статус семьи, полезность и разнообразие питания,

обеспечение, жилье для пациентов, экономическое и климатическое и географическое расположение района проживания).

При работе с больным необходимо целенаправленное формирование активной жизненной позиции, что препятствует развитию социальной зависимости, необходимо организовать жизнь, материальную и моральную поддержку своей семьи, его трудоустройство и соблюдение состояния здоровья, при необходимости переподготовка, предоставление более короткой рабочей недели, сокращение рабочего дня и рабочей недели.

Важной областью профилактической социальной работы является повышение уровня образования в области общественного здравоохранения, формирование его идей о здоровом образе жизни и его важности в профилактике заболеваний. С этой целью для организованных групп пациентов используются ТВ, радио, печатные издания, лекции, семинары, индивидуальное санитарное просвещение и обучение, организованное в «школах здоровья».

Второй важной областью превентивной социальной работы является выявление наиболее важных социальных факторов, которые оказывают негативное воздействие на здоровье человека и их непосредственное устранение или уменьшение влияния на организм: материальная помощь малообеспеченным или многодетным семьям, психологическая коррекция, патронаж «семей социального риска», помощь клиентам в решении правовых вопросов, обеспечение продуктами питания, лекарствами и соблюдение социального обеспечения [19].

Активное направление профилактической социальной работы - это совместная работа с клиентами по профилактике вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем).

Специфика конкретной социальной работы с людьми определяется многими факторами: возрастом клиента, типом его социальной деятельности, экономическим положением его семьи, состоянием здоровья, степенью

социальной активности, наличием определенных факторов, которые влияют на здоровье человека и возможности общества.

Приоритетным направлением патогенетической социальной работы является реабилитация пациентов, то есть набор медицинских, социально-экономических, педагогических мер, направленных на предотвращение развития патологических процессов, приводящих к временной или постоянной инвалидности, полное или частичное восстановление ослабленного организма функции, увеличение адаптивных человеческих ресурсов, активность. Степень восстановления социальной активности человека и его адаптивных ресурсов является своего рода результатом социальной работы. Отсутствие социальных работников в медицинских учреждениях объясняет тот факт, что медицинские работники реабилитируют пациентов.

В некоторых случаях социальная работа может сыграть решающую роль в профилактике заболеваний, обеспечении эффективности лечения и реабилитации пациентов, их социальной адаптации, возвращении на работу. Значимость социальной работы значительно возрастает в отношении таких категорий населения, как люди с ограниченными возможностями, люди с хроническими заболеваниями, пожилые люди. Социальный работник должен обладать высокой эрудицией и использовать обширные междисциплинарные знания - медицинские, юридические, психологические, философские, экономические, социальные [43].

Не менее важна социальная работа по решению проблемы устранения факторов, способствующих формированию болезни. Необходимо определить роль каждого социального фактора и их сочетания в генезисе патологического процесса в жизни пациента: курение, злоупотребление алкоголем, вредное производство. Понятно, что без их решения невозможно эффективно лечить болезни, предотвращать их прогрессирование и развитие осложнений. Социальная работа играет важную роль на этапе

восстановления трудоспособности пациентов, определения их работоспособности, прогнозирования труда, профессиональной переориентации, создания определенных условий производства для поддержания социальной активности человека.

Важными областями социальной работы являются:

планирование семьи;

защита материнства и детства;

психотерапия;

наркология;

онкология.

Социальная работа направлена на решение социальных проблем женщин, матерей и детей, детей дошкольного и подросткового возраста, взрослых, пожилых людей, инвалидов. Спектр этих проблем достаточно широк, и без их решения невозможно достичь общественного здравоохранения. Решение социальных проблем различных категорий населения в определенной степени регулируется законодательными актами и правовыми нормами [36].

Особое внимание уделяется пожилым людям. Как вы знаете, за последние два-три десятилетия число пожилых людей возросло. Важнейшим направлением социальной работы является работа с клиентами, страдающими от наркотических заболеваний.

За 10 лет заболеваемость населения в России (как и в большинстве стран мира) значительно возросла из-за алкоголизма, злоупотребления наркотиками и злоупотребления психоактивными веществами. Эти болезни связаны с социальной патологией, то есть из-за преобладающего влияния социальных факторов на организм человека. Социальная значимость этих заболеваний определяется материальным ущербом, который они наносят обществу, а также биологическими последствиями для здоровья нынешнего и будущих поколений. Таким образом, после рассмотрения теоретических

подходов к предотвращению ЗОЖ в педагогической команде можно сделать вывод, что социальный работник играет важную роль в этой сфере деятельности [15].

Организация социальной работы по формированию здорового образа жизни в учебных заведениях является важным моментом и является важным фактором для объединения усилий медицинских и социальных служб, направленных на укрепление общественного здравоохранения и сохранение цивилизации. Кроме того, деятельность социального работника должна быть направлена на поиск эффективных путей профилактической работы, которые должны формировать здоровый образ жизни педагогов.

ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

3.1. Диагностика здорового образа жизни педагогов

Теоретическое исследование, направленное на выявление характеристик профилактической работы в педагогической команде по формированию здорового образа жизни, позволило создать экспериментальную базу исследований. Экспериментальные исследования проводились в преподавательском составе школы МБОУ № 12 в Бийске.

Целью исследования является изучение состояния здоровья учителей в учебном заведении.

Цели первого этапа исследования:

1. Подобрать диагностический материал;
2. Провести диагностику состояния здоровья учителей учебного заведения;
3. Определить особенности концепции здорового образа жизни субъектов;
4. Разработать рекомендации по профилактике здоровья и здорового образа жизни в команде.

В исследовании участвовала школьная команда (11 человек). Возраст субъектов составляет от 20 до 50 лет.

Предварительные исследования проводились с использованием метода анкетирования.

Метод № 1 (обследование)

Цель: Определить наличие хронических заболеваний.

Респондентам была предложена анкета с перечнем хронических заболеваний, они должны были ответить «Да» или «Нет». Результаты опроса представлены в таблице 3.1

Таблица 3.1 - Диагностика здорового образа жизни педагогов СОШ №12 г. Бийска

Хронические заболевания	Да баллы	Доля процентов	нет баллы	проценты от общего кол-ва опрошенных
1.Бронхит	3	27	8	73
2.Тонзиллит	2	18	9	82
3.Гастрит	4	36	7	64
4.Отит	2	18	9	82
5.Астма	1	9	10	91

Данные, представленные в таблице 3.1, показывают, что большинство учителей страдают хроническими заболеваниями. Среди болезней выделяются такие, как хронический гастрит, бронхит. Таким образом, 27% учителей страдают хроническим бронхитом. 18% участников опроса имеют хроническое заболевание, такое как тонзиллит. У 36% респондентов был хронический гастрит, у 18% - средний отит, у 9% - астма. Таким образом, после процедуры № 1 можно сказать о неблагоприятном самочувствии опрошенных работников.

Чтобы выяснить причину этого условия, мы выполним следующую процедуру.

Метод 2 - Опрос (автор методологии - И.Ю. Коваев)

Цель: выявить отношение респондентов к их здоровью

Субъектам были предложены анкеты. Основное содержание вопросов и распределение положительных ответов представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 - Результаты анкетирования, проведенного среди педагогов МБОУ СОШ №12 на степень валеологической осведомленности (процентов)

Содержание вопроса	проценты от общего кол-ва опрошенных
1. Считают себя ответственными за состояние здоровья	36
2. Оценивают свои анатомо-физиологические знания на «хорошо»	63
3. Знают и соблюдают гигиенические требования к организации трудового процесса	45
4. Валеологическую культуру развивают, много читают об этом	54
5. Имеют планы по укреплению своего здоровья	36
6. Ведут здоровый образ жизни и являются примером для окружающих	45

Результаты исследования показали, что уровень валеологической осведомленности школьных учителей довольно низок. Они недостаточно информированы в элементарных вопросах физиологии и анатомии тела, они не всегда имеют четкое представление об их самочувствии и влиянии на него неблагоприятных факторов. Респонденты, принимавшие участие в опросе, не понимают задачи формирования здорового образа жизни. Только 36% респондентов считают себя ответственными за свое здоровье. 47% испытуемых знают и соблюдают гигиенические требования к организации рабочего процесса. 40% ведут здоровый образ жизни и являются примером для других. Таким образом, проведенное исследование указывает на недостаточное валеологическое образование субъектов.

Для диагностики уровня здоровья преподавателям был предложен еще один метод.

Метод № 3

Цель: Определить уровень здорового образа жизни команды.

Инструкция: Сотрудникам было предложено ответить на вопросы:

1. Курите?
2. Занятия спортом?
3. Идите на работу пешком?
4. Вы пьете алкоголь?
5. Вы едите жареную, жирную пищу?
6. Занимаете ли вы плату?
7. Любишь отдыхать в природе?
8. Можете ли вы иногда отказаться от сладкого?
9. У вас бывает отпуск по болезни более одного раза в год?

Затем мы обрабатываем результаты: на вопросы 2, 3, 6, 7, 8 для ответа Да - 2 балла, для «Нет» минус один балл. На вопросы 1, 4, 5, 9 (напротив) Да - минус один балл, Нет - плюс два балла.

Мы рассчитываем для каждого собеседника и определяем уровень в соответствии со следующими критериями:

- 3 балла и ниже - низкий уровень здорового образа жизни;
- 4 -8 - средний уровень;
- 9 баллов и выше - высокий уровень.

Результаты процедуры в таблице 3.3

Таблица 3.3 - Уровень здорового образа жизни в коллективе

Уровень	Количество	проценты от общего количества опрошенных
Высокий уровень	1	9
Средний	4	36
Низкий	6	55

Из данных, представленных в таблице 3.3. Можно видеть, что сотрудники коллектива в основном находятся на низком уровне (55%) и среднем уровне (36%). Только один человек (9%) показал высокий уровень, то есть ведет к абсолютно здоровому образу жизни. Анализируя ответы, ситуация с потреблением никотина является самой острой. Только три человека отрицательно ответили на вопрос о курении. То есть, 8 человек из 11 учителей постоянно курят. Отдых, предпочитаемый учителями, - это дом. Редко, кто предпочитает отдыхать на курортах, в природе. Об этом свидетельствует вопрос об отдыхе в природе. Почти все респонденты не занимаются спортом, а очень немногие занимаются гимнастикой. Хотя они все понимают, что спортивные упражнения могут только принести пользу их здоровью. Такая же негативная ситуация возникает при ответе на вопрос о еде, которая используется рабочими. Кроме того, большинство педагогов считают, что употребление алкоголя не может серьезно повредить их здоровью, хотя в большинстве случаев они не пьют алкоголь очень часто.

Кроме того, был проанализирован уровень заболеваемости персонала. Состояние заболеваемости в школе, судя по больничным листам, невелико. Однако у двух учителей за прошедший год было 4 больничных листа. Два из двух больных листьев, они должны также уделять больше внимания их здоровью.

Таким образом, исследование показывает, что в большинстве случаев нет необходимости говорить о здоровом образе жизни школьного персонала. Как и большинство населения России, учителя страдают от некоторых хронических заболеваний, у них нет времени заниматься физическим воспитанием. Как следствие, в этой школе необходимо провести профилактическую работу по защите здорового образа жизни сотрудников. Это функция социального работника. Социальный работник должен осуществлять деятельность, направленную на укрепление здорового образа жизни трудящихся.

3.2. Формирование представлений о здоровом образе жизни педагогов

Отмеченные недостатки в отношении здорового образа жизни были заложены в основу разработки плана валеологического воспитания школьных учителей.

Цель этой программы - обеспечить здоровый образ жизни, предотвратить вредные привычки, изменить отношение к своему здоровью.

Методологической основой была работа Е.Н. Вайнер, О.Ю. Грезнеева и Е. Е. Насон. Мы исходили из необходимости включать в составную часть программы те разделы, которые отвечали бы вышеуказанным целям: развитие культуры здоровья и поддержание здорового образа жизни для учителей.

1. Организация досуга

- посещение спортивных мероприятий и спортивных мероприятий (спортивный комплекс «Рассвет»);
- проведение спортивных соревнований;
- Лыжи на природе;
- проведение спортивных игр (волейбол, футбол);

- Катание на коньках;
- участие в ежегодном городском марафоне;
- проведение конкурса на лучшую подготовку вегетарианской пищи;

2. Меры по улучшению режима работы и отдыха:

- Установка яркого освещения
- Вентиляция помещений
- Увеличение обеденного перерыва.

3. Индивидуальные беседы с сотрудниками о здоровом образе жизни.

Эти разговоры могут проводиться на основе лекций, описанных ниже (см. Приложение). Так, например, у сотрудника есть зависимость от сладостей. Мы говорим о вреде злоупотребления сахаром.

4. Проведение лекционной работы по различным темам (об опасностях курения, употребления алкоголя, о здоровом питании и т. Д. Пример одной из лекций приведен в Приложении А.

Проведение занятий медицинской гимнастикой с выявленными астматиками, страдающими бронхитом

В Приложении В. Используя этот план, была проделана работа по созданию здорового образа жизни для учителей.

Мы рассмотрим основные разделы программы:

1. Проблемы здорового образа жизни в современном обществе. Раздел включает занятия лекции. Постоянно ухудшающегося здоровья населения России, структуры заболеваемости и роли различных факторов в ее негативной динамике, характеризующих валеологические предпосылки для здоровья и здорового образа жизни, программа, среди всех факторов здоровья, уделяет особое внимание ответственности каждого человека для их здоровья и роли валеологического образования.

2. Мотивация здоровья и здорового образа жизни. Ключевая концепция валеологии - это «индивидуальное здоровье». Поэтому, говоря о здоровом образе жизни, необходимо охарактеризовать основные элементы здорового

образа жизни и подчеркнуть, что сознательное удовлетворение потребностей человека должно создать позитивную мотивацию для здоровья и здорового образа жизни.

3. Моторная активность и здоровье. Этот раздел включает лекции, беседы и развлекательные мероприятия. В разговорах с командой внимание уделяется таким моментам, как недостаток двигательной активности - гипокинезия, характерная для человека в современном мире. Это одна из самых актуальных проблем здоровья человека, поскольку она рассматривается как важнейший фактор в развитии так называемых «болезней цивилизации».

В этом разделе особое внимание уделяется психолого-педагогическим аспектам двигательной активности, которая не только является энергетической основой развития генетической программы человека во времени, но и является неотъемлемой составляющей формирования когнитивных особенностей и развития Психических функций. Секция предполагает ознакомление учителей с простейшими физическими упражнениями.

Являясь одним из важнейших разделов программы, он не только дает представление о влиянии физических упражнений на здоровье, но и снабжает их знаниями и навыками для построения оптимального моторного режима рабочего. В частности, особое внимание уделяется использованию физических упражнений для предотвращения усталости и восстановления умственных способностей как непосредственно в процессе работы, так и в нерабочих условиях.

4. Основы психического здоровья. При рассмотрении этой проблемы в этом разделе особое внимание уделяется расхождению между рабочей нагрузкой (главным образом психическим и психологическим) и последующим отдыхом (чаще всего с низким уровнем активности).

В разделе обращается внимание на основанные на возрасте основы психического здоровья и роль активного образа жизни в развитии психофизиологических функций человека и рассматриваются условия жизни, которые способствуют этому процессу и нарушают его. Выявлены основные механизмы возникновения стресса и типичных стрессовых ситуаций. Даны практические рекомендации по психорегуляции и освоены простейшие методы, которые учитель может применять не только в процессе работы, но и в обычной жизни.

5. Основы рационального питания. Этот раздел предполагает помощь работника в овладении нормами правильного питания. В настоящее время проблемы рационального питания очень актуальны, и становится все более очевидным, что это основано на низком уровне знаний человека об основах здорового питания.

В разделе, посвященном фундаментальной основе эволюционных предпосылок, дается идея питания как потребности и его адаптации к условиям жизни современного человека. В этом разделе внимание обращается на индивидуальный характер режима питания, в зависимости от генотипических и фенотипических характеристик и условий жизни человека. Особая часть этого раздела посвящена возрастным особенностям питания.

6. Укрепление и предотвращение простуды. Этот этап предполагает более практическое применение. Здесь подробно обсуждаются теоретические основы терморегуляции, методы и методы.

7. Основы рационализации режима дня и жизни. Одним из факторов, вызывающих нарушение здоровья современного человека, является нарушение отношения «работа-отдых» к чрезмерному нарушению психоэмоциональной сферы. В этой связи наблюдается постепенный дефицит функциональных резервов и нарушение регулирования функций. В этих условиях принципиальная важность приобретает рационализация

режима жизнедеятельности, в которой естественно сочетается нагрузка и отдых.

Исходя из этого, социальный работник проводит мероприятия по оценке биоритмов рабочих, изучает динамику ежедневных, еженедельных, месячных и годовых показателей (в том числе в своем возрастном аспекте), уделяет особое внимание факторам, снижающим умственные способности. После этого школьному работнику даются рекомендации. К действиям относятся критерии стресса и усталости, особое внимание уделяется умственной усталости и условиям ее возникновения. Средства активного отдыха предлагаются и осваиваются как непосредственно во время трудового процесса, так и в нерабочие периоды. Даются рекомендации по разработке рациональных режимов дня и недели.

8. Валеологические принципы формирования устойчивости к вредным привычкам и отлучение от них. Включение этого раздела связано с катастрофической тенденцией к увеличению числа людей, привыкших к вредным привычкам. Программа в теоретическом плане предполагает знакомство с факторами, провоцирующими введение вредных привычек, а также особенности воздействия вредных веществ на организм человека.

С практической точки зрения, программа направлена на то, чтобы преподавать учителям, как «отучить» от вредных привычек. Социальный работник проводит индивидуальные, групповые и коллективные беседы, семинары, лекции по этому вопросу. Педагоги знакомятся с существующими методами отлучения от вредных привычек, их приемлемости для разных контингентов людей и эффективности.

9. Здоровье учителя. В разделе рассматриваются вопросы, связанные с особенностями работы в учебном заведении и их влиянием на организм. В то же время внимание уделяется рациональной организации рабочего режима и рабочего места, даются рекомендации по двигательной активности, психорегуляции, условиям питания.

3.3 Контрольный этап исследования и его результаты

После вышеуказанных действий был сделан второй диагноз. Мы не будем повторно использовать метод 1, поскольку хронические заболевания всех опрошенных работников такие же, как в предварительном исследовании. Чтобы определить, повлиял ли эффект формирования, мы повторим техники 2 - 3, чтобы определить отношение к здоровому образу жизни. Метод 2 - Обследование (автор методологии - И.Ю. Коваев) Цель: выявить отношение респондентов к их здоровью. Распределение положительных ответов представлено в таблице 3.4.

Таблица 3.4 - Результаты анкетирования (сравнение контрольного и констатирующего этапа), проведенного среди педагогов МБОУ СОШ № 12 на степень валеологической осведомленности, в процентах

Содержание вопроса	Констатирующий этап (в процентах)	Контрольный этап (в процентах)
1. Считают себя ответственными за состояние здоровья	36	45
2. Оценивают свои анатомо-физиологические знания на «хорошо»	63	72
3. Знают и соблюдают гигиенические требования к организации трудового процесса	45	54
4. Валеологическую культуру развивают, много читают об этом	54	54
5. Имеют планы по укреплению своего здоровья	36	63
6. Ведут здоровый образ жизни и являются примером для окружающих	45	45

Результаты опроса показали, что уровень валеологической осведомленности учителей увеличился по сравнению с этапом исследования. Субъекты после этапа формирования более трезво относятся к сохранению своего здоровья, у них также есть планы по укреплению их здоровья. Таким образом, если на этапе исследовательских исследований 36% респондентов считают себя ответственными за свое самочувствие, то 45% респондентов положительно ответили на этот вопрос. Таким образом, 72% сотрудников предприятия оценивают свои анатомические и физиологические знания как

«хорошие» (63% на стадии выяснения). Больше сотрудников (54%) знают и соблюдают гигиенические требования к организации трудового процесса (по сравнению с предварительным этапом - 45%). Интересно отметить, что после проведения формирующего этапа исследования некоторые преподаватели планировали укрепить свое здоровье (63% против 36% на первом этапе). Что касается вопросов 4, 6 о развитии валеологической культуры и поддержании здорового образа жизни, результаты не изменились.

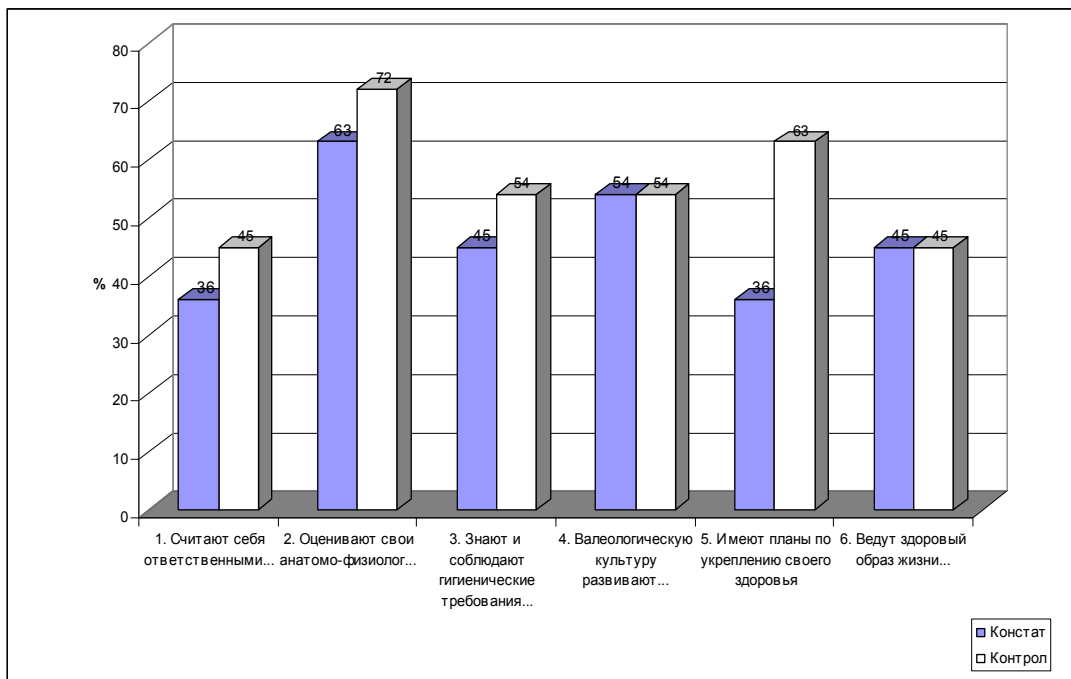


Рисунок 1 - Динамика роста валеологических представлений

Таким образом, диаграмма показывает, что после формирующего этапа ситуация изменилась. Кроме того, для диагностики уровня здоровья работникам была предложена методика 3

Цель: выявить уровень отношения к своему здоровью.

Результаты методики 3 приведены в сравнении с первоначальным результатом в таблице 3.5

Таблица 3.5 - Уровень здорового образа жизни в коллективе

Уровень	Кол-во, человек	проценты (от общего числа опрошенных)	Кол-во, человек	проценты (от общего числа опрошенных)
	Констатирующий этап		Контрольный этап	
Высокий	1	9	2	18
Средний	4	36	6	55
Низкий	6	55	3	27

Данные, представленные в Таблице 3.5, показывают, что на высоком уровне отношение к здоровому образу жизни у 2 человек (18%). Если сравнить с результатами первого этапа (9%), уровень здорового образа жизни увеличился. Если 36% показали средний уровень в предварительном исследовании, то сейчас 55% респондентов показывают средний уровень. Это говорит о том, что фаза формирования благоприятно повлияла на отношение к здоровью этих работников.

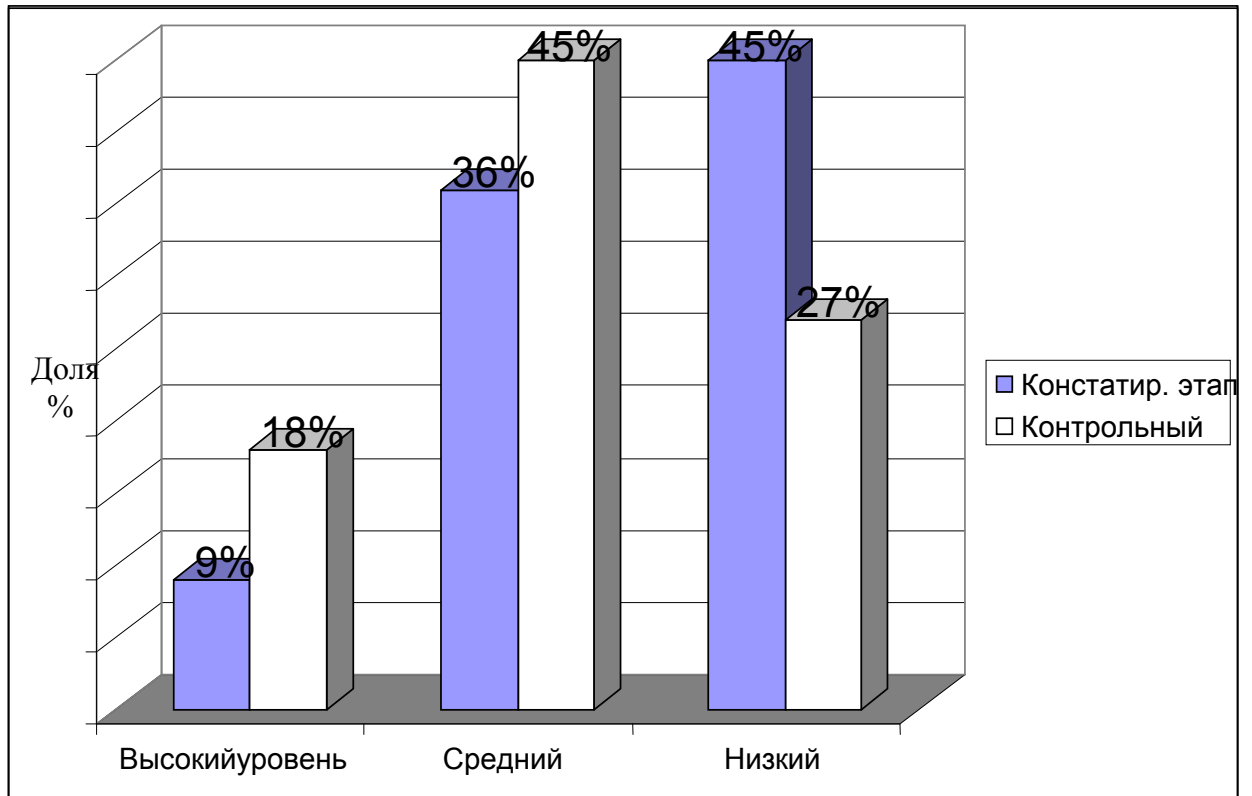


Рисунок 2 - Сравнительная характеристика здорового образа жизни педагогов

Таким образом, исследование показало, что здоровье членов педагогического коллектива школы находится на низком уровне. Таким образом, проведение профилактической работы с целью формирования здорового образа жизни будут полезны в этом заведении, поскольку Теория и практика объяснять людям смысл здорового образа жизни и вреда от некоторых привычек может служить отправной точкой для формирования здорового образа жизни.

В процессе проведения профилактической работы среди педагогического коллектива, сформирована культура здоровья, формирование устойчивой мотивации для саморазвития и самореализации личности, повышение ответственности за свое здоровье.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В дипломной работе рассмотрена тема «Организация социальной работы по профилактике здорового образа жизни и обеспечения здоровья в педагогическом коллективе». В процессе исследования были решены задачи, изложенные во введении, и, следовательно, цель исследования была достигнута.

Мы рассмотрели валеологический аспект деятельности социального работника, вопросы психического, социального и духовного понимания здоровья. Здоровый образ жизни показан как компонент валеологической активности.

Было проведено экспериментальное исследование, в ходе которого было проведено исследование состояния здоровья и здорового образа жизни в педагогических кадрах школы МБОУ СОШ № 12. Исследование выявило недостаточный уровень здоровья учителей и потребность в социальном работнике. Обратив внимание на выявленные причины нездорового образа жизни. Проведенные исследования позволили разработать и провести серию лекций и мероприятий в команде по формированию идей учителей о здоровом образе жизни.

Стадия формирования включала:

- посещение спортивных соревнований и праздников;
- проведение спортивных соревнований;
- выезд на природу;
- проведение спортивных игр (волейбол, футбол);
- проведение соревнований по лучшей подготовке вегетарианской пищи;
- меры по улучшению режима работы и отдыха;
- индивидуальные интервью с работниками о здоровом образе жизни;

- проведение лекционной работы по различным темам (об опасностях курения, употребления алкоголя, о здоровом питании).

- разработка плакатов по опасностям курения и алкоголя.

Таким образом, гипотеза была доказана - в ней мы предположили, что превентивная ориентация социальной работы в педагогическом коллективе будет влиять на изменение отношения к своему здоровью. Чтобы успешно выполнять свои функции, социальный работник должен обладать валеологическими знаниями, и в этом случае он может помочь учителям улучшить свое здоровье.

1. Современному социальному работнику необходимо улучшить свои знания в области профилактики здорового образа жизни. Социальный работник должен стать главным «воспитателем здоровья» в учебном заведении.

2. Функции социального работника по профилактике ЗОЖ в учебном заведении включают в себя как специальную подготовленность к вопросам здравоохранения, так и уровень активной методической подготовки, которая формирует культуру здоровья.

3. Профилактическая работа укрепит здоровье преподавательского состава.

В заключение следует отметить, что здоровье является важным фактором, влияющим на существование общества в целом. Особенно важно здоровье учителей. Потому что здоровье учителя напрямую влияет на его работу. Несмотря на короткий период исследований, у нас уже есть хотя бы небольшой, но положительный результат. В результате работы над темой диплома был сделан вывод о том, что в штате учебного заведения должен быть социальный работник, который занимается профилактикой здорового образа жизни в команде.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК(СПИСОК ИНФОРМАЦИОННЫХ ИСТОЧНИКОВ)

1. Алексеева В. М., Костродымов Н. Н., Морозов В. П. Маркетинг в здравоохранении // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М.: Наука, 1994. — 248с.
2. Антипенко Е.Н., Когут Н.Н. Качество жизни и самооценка здоровья // Медицинские вести. - 1997. - № 2. - С.20-21.
3. Апанасенко Г.Л., Л.А.Попова. Медицинская валеология. — М.: Изд-во «Феникс», 2000. - 244 с.
4. Апанасенко Г.Л. Проблемы управления здоровьем человека. Спец. выпуск, М.: Наука, 1999. — 142с.
5. Апанасенко Г.Л., Науменко Р.Г. Физическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида // Гигиена и санитария. 1985. №6. С. 53–56.
6. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. — Киев.: Здоровье, 1998. - 247 с.
7. Апанасенко Г.Л., Попова О.А. Валеология как наука // Валеология. — 1996. - № 6. - С.4-9.
8. Баевский Р.М., Берсенева А.П., Максимов А.Л. Валеология, проблема самоконтроля здоровья в экологии человека. - Магадан, 1996.- 53 с.
9. Белов В.И., Михайлович Ф.Ф. Валеология: здоровье, молодость, красота, долголетие. - М., 1999. — 324с.
10. Брехман И.И. Введение в валеологию - науку о здоровье. - Л., Наука, 1987. - 125с.
11. Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. — 1982 - N 2. - С.48-53.
12. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. - М., 2011. — 291с.

13. Вайнер Э.Н. Общая валеология. - Липецк, 1998. – 261с.
14. Вайнер Э.Н. Социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни // Валеология – 1998. - № 3. – С. 13-14.
15. Валеология человека (сост. В.П.Петленко), С.-Пб.: "Петроградский и Ко", 1996. – 241 с.
16. Давидович В.Е., Чекалов А.Е. Здоровье как философская категория // Валеология - 1997, № 1- С. 42-44
17. Данилова Н.Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний./ - М.: Изд. МГУ. - 1992. – 190с.
18. Дементьева Н. Ф. Медицина и социальная работа (методологический аспект). - М., 1998.- 67с.
19. Дорофеев В.М. Окружающая среда и здоровье // Образование и общество. 2002. - № 21 - С. 54–64.
20. Жолдак В.И., Калинин Л.А. Валеология: становление, развитие, проблемы перспективы // Теория и практика физической культуры. - 1997. - N 8. - С.2-7.
21. Журавлева К. И. Статистика в здравоохранении. — М.: Медицина, 1981. — 176 с.
22. Журавлева К. И., Лучкевич В. С. Организация санитарно-эпидемиологической службы: Учебно-методическое пособие. — Л., 1982. — 68 с.
23. Иванюшкин А. Я. "Здоровье" и болезнь в системе ценностных ориентации человека // Вестник АМН СССР Т. 45. - 1982. - С. 729—733.
24. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. /СПб., «Питер», 2010. – 454 с.
25. Карасева Т.В., Голицина И.И., Толстов С.Н. и др. Методические подходы к систематизации основных понятий валеологии // Валеология. - 1996. - № 2. - С.42-44.

26. Кирой В.Н., Войнов В.Б. Критерии оценки уровня здоровья // Валеология. - 1998 - № 3 – 37 с.
27. Корюкин В. Г. Здоровоохранение Санкт-Петербурга в цифрах. — СПб, 1994. — 54 с.
28. Кузьменко М. М., Баранов В. В., Шиленко Ю. В. Здоровоохранение в условиях рыночной экономики. — М., 1994. — 297 с.
29. Кураев Г.А., Сергеев С.К. Валеологическая система сохранения здоровья населения России //Валеология – 1996. - №1 – С. 42 -45
30. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: Учебное пособие. — М.: Медицина, 1992. — 509 с.
31. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учеб.пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. - М., 2004.- 225с.
32. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа в России (основные положения конференции) // Медицина и социальная работа. - М., 1998. – 45 с.
33. Миняев В. А. Методические указания к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения. — Л., 1991. — 110 с.
34. Москаленко В. Д. Программа социальной работы с семьями больных алкоголизмом. — М, 1992. – 73 с.
35. Петленко В.П. Здоровая Россия. Программа валеологического возрождения. Мат. IV Нац. конгресса по проф. мед.ивалеологии, - С.-П. - 1997, "Зеленый мир", С.5-8.
36. Петрова Г.В. Еще раз о необходимости здорового образа жизни // Валеология – 2012. - № 2 – С.23 – 26.
37. Родионова В. Н. Менеджмент в здравоохранении в новых экономических условиях // Экономика и управление здравоохранением / Под ред. Ю. П. Лисицына. — М., 1993. — С. 43—83.

38. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю. П. Лисицына. — М.: Медицина, 1984. — Т. 1, 2.
39. Смирнов И.Н. Здоровье человека как философская проблема // Вопросы философии. -1985.- № 7. –89 с.
40. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. — М.: Медицина, 1984. — 630 с.
41. Социальная работа / Под ред. И. А. Зимней.- Вып. 8. - М., 1996. – 323с.
42. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. - М., 1992. – 363с.
43. Социальная работа. - М., 1997. – 294с.
44. Сырцова Л. Е., Костродымов Н. Н. и др. Основы управления в здравоохранении и менеджмент // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 1994. — С. 140—169.
45. Таран А.П., Солдатова Т.А. Проблемы и опыт повышения эффективности работы в практической валеологии . - 1997. - № 1 – С. 12 -15
46. Холостова Е.И. Социальная работа: Уч. пособие. – М., 2014. – 630с.
47. Хромченко О. М., Куценко Г. И. Санитарно-эпидемиологическая служба. — М.: Медицина, 1990. — 268 с.
48. Чораян О.Г. Норма здоровья: проблемы, подходы к их решению //Валеология. – 1996 - №1. – С. 23
49. Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 1994. — С. 140—206.
50. Юрьев В. К. Здоровье населения и методы его изучения: Учебное пособие. — СПб, 1993. — 144 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Лекция об опасностях пьянства

Эта лекция посвящена острейшей социальной проблеме - пьянству и алкоголизму, которая разрушает прежде всего здоровье населения.

Проблема употребления алкоголя в наши дни очень актуальна. Сейчас потребление алкогольных напитков в мире характеризуется огромным количеством. Все общество страдает от этого, но в первую очередь под угрозой находится подрастающее поколение: дети, подростки, молодежь и здоровье будущих матерей. В конце концов, алкоголь особенно активен в воздействии на неоформившийся организм, постепенно разрушая его.

Злоупотребление алкоголем очевидно. Доказано, что когда алкоголь попадает в организм, он распространяется через кровь ко всем органам и отрицательно воздействует на них до разрушения.

При систематическом употреблении алкоголя развивается опасное заболевание - алкоголизм. Алкоголизм опасен для здоровья человека, но он излечим, как и многие другие заболевания.

Но главная проблема заключается в том, что большая часть алкогольной продукции, производимой негосударственными предприятиями, содержит большое количество токсичных веществ. Продукты низкого качества часто приводят к отравлению и даже смерти.

В мире микроскопических организмов, возможно, самыми вездесущими являются дрожжевые грибы.

Оставьте на некоторое время в темном месте виноградный, фруктовый или ягодный сок. Он бродит. Это произойдет потому, что грибы, обнаруженные в соке, начали интенсивно размножаться. В процессе жизни они превращают сахар (а также крахмал) в вино или этиловый спирт. Любой, кто изучал химию, знает, что молекула сахара (глюкоза) состоит из 6 атомов углерода, 12 атомов водорода и 6 атомов кислорода - $C_6H_{12}O_6$. Ферменты дрожжей как бы вырезают эту сложную молекулу на отдельные кусочки,

объединяя их затем в новые молекулы. Две молекулы углекислого газа образуются из $C_6H_{12}O_6 - 2CO_2$ (это пузырьки, которые мы видим в ферментирующей жидкости). Остальные атомы объединяются в две молекулы спирта ($2C_2H_5OH$). С истощением запаса сахара процесс ферментации также прекращается. Это упростило процесс превращения сахара или крахмала в спирт.

Исходным продуктом в производстве этилового спирта являются зерновые, картофель, свекла, а также некоторые виды макулатурной продукции и древесина, химически обработанная кислотами при высокой температуре и давлении. Сырой этиловый спирт (сырье) содержит много примесей, в том числе ядовитые сивушные масла. Спирт очищают дистилляцией в специальных аппаратах, но также и в полученном таким способом спиртосодержащем ректификате, однако некоторые из веществ, вредных для организма, остаются.

Этиловый спирт широко используется в различных отраслях народного хозяйства. Он используется в качестве растворителя, например, при производстве лаков, полиролей, в ряде химических реакций для синтеза органических красителей, фармакологических препаратов, синтетического каучука. Этиловый спирт обладает дезинфицирующими свойствами, он используется в медицинских целях. При производстве водки используется только очищенный этанол. Следует остановиться на использовании токсичных технических жидкостей - различных суррогатов алкоголя. Они используются или ошибочно принимают за этанол или сознательно пренебрегают опасностями, как это делают иногда заядлые пьяницы. Таким образом, метиловый спирт и этиленгликоль являются частью антифриза. Обладая низкой температурой замерзания, они используются в системах охлаждения различных двигателей. Как и обычный алкоголь, эти жидкости могут вызывать интоксикацию, но через 10-12 часов после их употребления наблюдаются признаки сильного отравления: головная боль, тошнота, рвота,

шаткая походка, слабость (или кратковременное возбуждение), затемнение или даже полная потеря сознания. Смерть происходит от церебральных расстройств (через 1-2 дня) или повреждения почек (через 1-2 недели).

Метиловый спирт представляет собой нейрососудистый яд, и его доза в 100 граммов смертельно опасна для человека. Даже небольшое количество этого алкоголя воздействует на зрительный нерв и систему мембран глаза (в частности сетчатки). Еще более опасным является дихлорэтан (этиленхлорид), 10-15 граммов которого вызывают необратимые изменения в печени и почках.

Как вы можете видеть, алкоголь и его суррогаты далеки от безобидности, а последствия их использования опасны и уродливы. Влияние алкоголя на нервную систему; Содержание алкоголя в крови. Алкоголь из желудка поступает в кровь через две минуты после приема внутрь. Кровь переносит его во все клетки организма. Во-первых, поражаются клетки больших полушарий головного мозга. Условная рефлекторная деятельность человека ухудшается, замедление формирования сложных движений, соотношение процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. Под воздействием алкоголя, нарушенного произвольными движениями, человек теряет способность контролировать себя. Проникновение алкоголя в клетки лобной доли коры высвобождает человеческие эмоции, неоправданную радость, глупый смех, легкость в суждении. После усиления возбуждения в коре больших полушарий головного мозга происходит резкое ослабление процессов торможения. Кора перестает контролировать работу нижних отделов мозга. Человек теряет сдержанность, застенчивость, он говорит и делает то, что он никогда не говорил и не делал, будучи трезвым. Каждая новая порция алкоголя все более и более парализует высшие нервные центры, как бы связывая их и не позволяя вмешиваться в деятельность нижних отделов мозга: нарушается

координация движения, например, движение глаз (объекты начинают Двойной), появляется неуклюжая, неустойчивая походка.

Нарушение нервной системы и внутренних органов наблюдается при любом употреблении алкоголя: однократном, эпизодическом и систематическом. Известно, что нарушения в работе нервной системы напрямую связаны с концентрацией алкоголя в крови человека. Когда количество алкоголя составляет 0,04-0,05%, кора головного мозга выключается, человек теряет контроль над собой, теряет способность рассуждать разумно. При концентрации алкоголя 0,1% в крови, более глубокие части мозга, контролирующие движения, подавлены. Человеческие движения становятся неопределенными и сопровождаются беспричинной радостью, оживлением, суетливостью. Однако у 15% людей алкоголь может вызвать депрессию, желание засыпать.

По мере увеличения содержания алкоголя в крови ослабляется способность человека к слуховому и визуальному восприятию, а скорость двигательных реакций уменьшается. Концентрация алкоголя, 0,2%, влияет на области мозга, которые контролируют эмоциональное поведение человека. В то же время пробуждаются низменные инстинкты, появляется внезапная агрессивность. При концентрации алкоголя в крови 0,3% человек, хотя и сознает, но не понимает, что он видит и слышит. Это состояние называется алкогольной глупостью. Концентрация алкоголя в крови на 0,4% приводит к потере сознания. Человек засыпает, его дыхание становится неравномерным, происходит непроизвольное опорожнение мочевого пузыря. Чувствительность отсутствует. При концентрации алкоголя в крови 0,6-0,7% может произойти смерть. В результате эпизодического употребления алкоголя часто развивается болезненная зависимость, безудержное влечение к алкоголю - алкоголизм.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Дыхательная гимнастика

Во-первых, давайте рассмотрим основные правила дыхательных упражнений. Следует помнить, что ингаляция имеет приоритет над выдохом. Первое правило. Мы должны постоянно думать: «Гарри запахи! Беспокойство!» И шумно нюхать воздух, как собачий след. Чем естественнее, тем лучше. Известно, что он вреден для переедания, вреден для опиатов. Почему, делая вдох, раздувать, что есть силы, полезные? Многие считают, что глубокое дыхание полезно. Самая большая ошибка заключается в том, чтобы сделать вдох, чтобы принять больше воздуха. Ингаляция коротка как инъекция, активна и более естественна, тем лучше. Надо думать только о вдохновении. Чувство тревоги организует активное дыхание лучше, чем рассуждение об этом. Поэтому не будьте застенчивы насильственно, грубо, обнюхивайте воздух. Почему нельзя дышать слишком глубоко, если, конечно, нет причины, например, активной физической активности? Получается, что помимо кислородного обмена дыхание не меньше, но, возможно, важнее, обмен углекислого газа. Дело в том, что в клетках нашего организма содержится около 2% кислорода и до 7% углекислого газа. Более того, эта углекислота играет важную роль в метаболических процессах. С падением его содержания в клетках нарушается обмен веществ (обмен веществ), что приводит к заболеваниям. Снижение уровня углекислого газа в клетках до менее 3% означает смерть.

Углекислый газ в воздухе чрезвычайно мал - всего 0,03%. Где тело принимает углекислый газ? Все объясняется довольно просто. Это продукт химических реакций, происходящих на клеточном уровне. Венозная кровь поступает в легкие, где углекислый газ растворяется в альвеолярном газе. Отсюда - из альвеол легких - углекислый газ поступает в артериальную

кровь, где удерживается около 6,5%. Итак, что очень важно для дыхания? Не «мойтесь» глубоким вдохом и глубоким выдохом (гипервентиляция) углекислого газа из легких.

Если углекислого газа в легких недостаточно - а в воздухе он почти полностью отсутствует - в артериальной крови он не будет 6,5%, но меньше. В результате, согласно законам химии, возможен отток углекислого газа из клеток в артериальную кровь, что приведет к нарушению баланса углекислого газа и кислорода в клетках и, следовательно, к заболеваниям Гормональной и дыхательной систем. Кроме того, нужно дышать через нос, так как дыхание в носу не боится холода и пыли и отлично устраняет холод. Второе правило. Выдох - результат вдохновения. Вы не должны препятствовать выдоху уходить после сколько хотите, сколько хотите, но лучше с вашим ртом, чем с вашим носом. Не помогайте ему. Подумайте только: «Гарри запахи! Беспокойство!» И смотреть его только так, чтобы дыхание уживалось с движением. Выдох выйдет спонтанно. Увлекайтесь дыханием и движениями, не скучайте - безразлично. Движения создают небольшое вдыхание достаточного объема и глубины без особых усилий.

Итак, вам нужно помнить: строго следуйте за одновременностью вдохов и движений, не мешайте выдоху покидать спонтанно. Третье правило. Повторяйте ингаляции так, как будто вы надуваете шину. Накачивайте легкие, как шины, в атмосферу песен и танцев. И, обучая движениям и дыханием, рассчитывайте на 2, 4 и 8. Темп от 60 до 72 вдохов в минуту. Норма урока - 1000 - 1200 вдохов, возможно и больше - 2000 вдохов. Пауза между дозами дыхания составляет 2-3 секунды, а расстояние между выдохами больше, чем между вдохами, потому что вы не помогаете выдохнуть, поэтому воздух выходит больше.

Четвертое правило. Вы должны знать и помнить, что вам нужно принять как можно больше дыханий в данный момент. Если припадки частые - в серии 2, 4, 8 вдохов, сидя и лежа. Если в это время ремиссия

составляет 8, 16, 32 вдоха, стоя. После трех недель обучения вы можете сделать 96 вдохов, если, конечно, это легко сделать, и это не приносит дискомфорта. Норма одного урока - 2 раза за 960 вдохов. Исключение составляют люди, страдающие тяжелой формой астмы или имеющие сердечный приступ. Для таких людей норма составляет 600 вдохов, и урок следует повторять до 5 раз в день. Особенно важно «прокачать» легкие перед сном через час. Это борьба за нормальный сон, так как атаки чаще всего происходят ночью. Чем хуже самочувствие, тем чаще приходится заниматься этой гимнастикой, но чаще и отдыхать. 4000 вдохов в день, конечно, не сразу, а днем - хорошая норма.

При хорошей тренировке 2000 вдохов втягиваются через 35 - 37 минут. Сокращать это время быть не должно. Пятое правило. И снова на счет выдоха. Необходимо попытаться выдохнуть «через силу». То есть выдохните, как будто вы раздуваете воздушный шар. Для этого вам нужно выдохнуть, произнося звуки: «ц», «ч», «ш», «щ». При этом нет необходимости полностью отдавать воздух, чтобы выйти из легких. То есть объем воздуха с вдохновением должен быть больше, чем при выдохе.

Это упражнение следует выполнять только в том случае, если есть трудности с выполнением второго правила.

Ну, а теперь давайте приступим к изучению комплекса упражнений. Для начала - разминка. Встать прямо. Ноги на ширине плеч. Руки на швах. Сделайте короткий, как укол, громко вдохните, нюхаете. Сделайте крылья носа соединяться во время вдоха, и не расширяйте их. Поезд 2, 4 дыхания подряд в темпе шага. 96 дыханий. Можно и больше ощущать, что ноздри двигаются и подчиняются вам. Дыхание должно быть мгновенным. Чтобы полностью понять эту гимнастику, сделайте шаг на месте и одновременно с каждым шагом - вдох. Вправо - влево, вправо - влево, вдыхать - вдыхать, вдыхать - вдыхать. И не вдыхайте - выдыхайте, как в обычной гимнастике. Сделайте 96 шагов - вдыхая в темпе ходьбы. Вы можете, стоя на месте, вы

можете, переходя с ноги на ногу: вперед-назад, вперед-назад, вес тела находится на ноге спереди, а затем на ноге за ней. В темпе шагов не может быть долгих вдохов. Подумайте: «Твои ноги наполняют меня воздухом». Помогает. С каждым шагом - дыхание, но короткое и шумное.

Освоив движение, поднимите правую ногу, слегка присядьте слева, поднимите левую на правую. Будет танцевать рок-н-ролл. Убедитесь, что движения и дыхания были одновременными. Не вмешивайтесь и не помогайте выдохам убегать после каждого вдоха. Повторяйте ритмичное и частое дыхание. Делайте столько, сколько сможете легко.

Движение головы.

Изгибы и повороты. Резко поворачивайте голову влево и вправо в темпе шагов. И в то же время с каждым поворотом вдыхания через нос. 96 дыханий. Дыхания короткие и громкие. В первый день за 8 вдохов подряд. Может быть дважды в 96. «Уши». Голова, как будто кто-то говорит: «Ай-ай-ай, стыдно!» Убедитесь, что корпус не вращается. Правое ухо идет в правое плечо, слева налево. Плечи не двигаются. Одновременно с каждым встряхиванием. «Малый маятник». Кивайте головой вперед и назад, вдохните - вдох. Каждое движение головы - поворачивается. «Уши» и «малый маятник», сделайте не менее 96 вдохов подряд на 8, 16 или 32 вдоха. Это столько, сколько можно сделать легко. Вы можете бегать и 192 вдоха - движение головы каждый.

Основное движение. "Кот". Ноги на ширине плеч. Помните кошку, которая преследует Воробья, если, конечно, вы не предрасположены к условно-рефлекторным или психосоматическим приступам астмы. Повторите ее движения, слегка присев на корточки, поверните направо, затем налево. Перенос массы тела на правую ногу, затем налево. На какой путь вы обратились. И громко нюхать воздух направо, слева в темпе шагов. Сделайте это два раза для 96 вдохов. Можно и побольше. Это движение иногда останавливает приступ астмы. В плохом состоянии это должно быть

сделано, сидя. Это легко. Если у вас есть травма позвоночника, лучше проконсультироваться с хирургом.

Насос". Возьмите палку как ручку насоса и подумайте, что накачали шину автомобиля. Вдох - в конце склона. Превышение наклона. Не тяните его, не ломайте и не разгибайтесь до конца. Повторите дыхание одновременно с наклонами часто ритмично и легко. Не поднимать головы. Глядя вниз на воображаемый насос. Сделайте это движение больше, чем другие: 3, 4 и даже 5 раз за 96 для урока. Дыхание мгновенно. Из всех движений - дыхание является наиболее эффективным. Он останавливает приступы не только бронхиальной астмы, но и сердца. Во время атаки делайте это движение сидя, на 2, 4 вдоха подряд. Сядьте удобно на краю стула, положите ноги на пол, руки на колени и накачайте шины. Темп пульса. Не замедляйте темп. Но расслабляйтесь чаще и дольше, чем сделать это движение в нормальном состоянии. Во время приступа бронхиальная астма не должна быть жесткой. Вы можете заметить, что во время приступа астмы пациенты сидят сгорбившись. Это не совпадение! Это движение вызвано инстинктом самосохранения, и он не может лгать. Так что поклоны в талии также полезны для устранения приступов астмы.

«Обними свои плечи». Поднимите руки до уровня плеча. Согните их на локтях. Поверните ладони к себе и положите их перед грудью чуть ниже шеи. Положите руки друг на друга, чтобы левое обняло правое плечо и правую левую подмышку, то есть ваши руки были параллельны друг другу. Темп шагов. В то же время с каждым броском, когда руки близко выровнены, повторите короткие шумные вдохи. Сделайте это два раза для 96 вдохов подряд, сколько вы можете сделать легко. Рука не отнимает от тела. Они - рядом. Локти разогнуты.

«Большой маятник». Это движение непрерывно, как маятник: «насос» - «обнимайте плечи», «накачивайте» - «обнимайте плечи». Темп шагов. Передний изгиб, руки тянутся к земле, дыхание, откидывается назад, руки

обнимают плечи - одно и то же дыхание. Вперед назад, вдох - вдох, тик - так, тик - так, как маятник. Для выполнения этого упражнения вам нужно два раза за 96 стартов, 96 «насос», а второй с «обнять плечи» «половина приседаний». Исполняется в трех версиях. Ноги на ширине плеч; Одна нога впереди, другая - сзади. Вес тела на ноге, стоящий перед, спина моей ноги почти касается пола, как и до начала; Масса тела на стопе, стоящей позади. Передняя нога слегка касается пола, как балерина.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Диагностика здорового образа жизни педагогов СОШ №12

1.Хронические заболевания	Хронические Бронхит, тонзилит	Хронический бронхит	Хронический бронхит	Нет	Нет	Гастрит	Нет	Гастрит	Отит	Тонзилит
2 Больничный лист / год	4	2	-	1	1	1	1	2	1	4
3. Курит?	да	нет	да	да	нет	да	да	нет	да	да
4. Хобби	-	чтение	-	Вязание	-	-	-	чтение	Шитье, танцы	-
5.Как отдыхают?	дома	дома	дома	Санаторий	разное	разное	разное	дома	Кафе	-
6. спорт	нет		нет	нет	нет	нет	нет	нет	Бальные танцы	Нет
7. Сколько часов спите?	6	6	8	8	8	8	6	8	7	6
8. Режим труда	8	7	8	8	8	8	8	8	8	10
9.На работу пешком?	нет	нет	да	да	нет	$\frac{1}{2}$ пешком	да	да	да	нет

10. На каком этаже живете?	1	5	3	2	5	2	3	3	3	1
11. Как часто употребляете спирт. напитки	1 раз в мес.	3 в год	По празд.	1 раз в нед.	1	1	1	редко	1	3
12. Как часто едите рыбу (нед)	2	1	3	1	1 в мес.	часто	1	нет	нет	1
13. Любите жаренную, жирную пищу?	да	да	нет	да	да	да	да	нет	да	да
14. Можете отказаться от сладкого?	нет	да	нет	да	да	нет	нет	да	да	нет
15. Делаете зарядку?	нет	нет	нет	да	иногда	иногда	нет	иногда	нет	нет
16. Бываете на природе?	2р. Нед.	10 р. В год	редко	редко	Летом часто	иногда	летом	нет	Очень редко	редко
17. Кол-во детей	1	2	-	-	-	2	1	2	2	2