

Д.Н. Алимджанова

Н.К.Очилова

ВАЛЕОЛОГИЯ

*учебное пособие для учащихся
медицинских техникумов и колледжей*

Ташкент - 2026

ANNOTATSIYA

Ushbu o'quv-uslubiy qo'llanmada valeologiyaning shaxs salomatligi haqidagi fan sifatida nazariy va amaliy asoslari yoritilgan. Asosiy e'tibor sanogenez mexanizmlariga, organizmning funksional zaxiralarini baholashga, sog'lom turmush tarzi tamoyillariga va tibbiy deontologiyaga qaratilgan. Qo'llanma oqilona ovqatlanish, jismoniy faollik, stress profilaktikasi, reproduktiv salomatlik va deviant xulq-atvorning oldini olish masalalarini o'z ichiga oladi. Ushbu material talabalar, tibbiyot xodimlari, pedagoglar va salomatlikni saqlashga qiziqqan keng kitobxonlar uchun mo'ljallangan.

АННОТАЦИЯ

В данном учебно-методическом руководстве рассматриваются теоретические и практические основы валеологии как междисциплинарной науки об индивидуальном здоровье. Особое внимание уделено механизмам саногенеза, оценке функциональных резервов организма, принципам здорового образа жизни и медицинской деонтологии. Руководство включает разделы по рациональному питанию, физической активности, профилактике стресса, репродуктивному здоровью и предупреждению девиантного поведения. Предназначено для студентов, медицинских работников, педагогов и всех интересующихся вопросами здоровьесбережения.

ANNOTATION

This educational and methodological manual covers the theoretical and practical foundations of valeology as an interdisciplinary science of individual health. Special attention is paid to the mechanisms of sanogenesis, assessment of functional reserves, principles of a healthy lifestyle, and medical deontology. The guide includes sections on rational nutrition, physical activity, stress prevention, reproductive health, and the prevention of deviant behavior. It is intended for students, medical professionals, educators, and a broad audience interested in health preservation.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВАЛЕОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА.....	10
1.1. Основы валеологии, история валеологии. Место валеологии среди других научных областей.....	10
1.2. Индивидуальные особенности людей, резервы организма и адаптация. Здоровый образ жизни и его важность для формирования здоровья.....	23
ГЛАВА II. КУЛЬТУРА ОБЩЕНИЯ И ОСНОВЫ ДЕОНТОЛОГИИ..	37
2.1. Риторика (значение речи).....	37
2.2. Деонтология и валеологические принципы для решения ее проблем..	44
ГЛАВА III. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА.....	51
3.1. Принципы индивидуального подхода к формированию здорового образа жизни.....	51
3.2. Роль медицинской сестры в пропаганде здорового образа жизни среди населения.....	62
3.3. Валеологические принципы рационального питания. Формирование культуры здорового и упорядоченного питания.....	72
3.4. Валеологическое значение психоэмоционального состояния. Создание антистрессовых программ.....	82
3.5. Валеологическое значение физического воспитания.....	90
ГЛАВА IV. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ВАЛЕОЛОГИЯ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ.....	102
4.1. Валеологические принципы сексуального и репродуктивного здоровья.....	102
4.2. Подростковый возраст и формирование в нем культуры сексуального воспитания.....	109
ГЛАВА V. СОВРЕМЕННЫЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК И ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	115
5.1. Современные валеологические подходы к предотвращению поведенческих проблем среди населения.....	115
5.2. Валеологические подходы к предотвращению наркотической зависимости.....	124

5.3. Валеологические подходы к профилактике алкоголизма.....	132
5.4. Валеологические подходы к профилактике курения табачных изделий.....	139
5.5. Валеологические подходы к профилактике проблем ВИЧ/СПИДа.....	145
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	149
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ.....	152
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	160
ГЛОССАРИЙ.....	176
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	190

ВВЕДЕНИЕ

В условиях современного урбанизированного и техногенного общества мировая система здравоохранения и академическая наука столкнулись с глубоким эпистемологическим кризисом. Несмотря на колоссальные технологические успехи клинической практики, разработку инновационных фармакологических препаратов и внедрение высокоточных хирургических вмешательств, общие показатели здоровья мировой популяции демонстрируют устойчивую тенденцию к ухудшению. В глобальном масштабе наблюдается стремительный рост распространенности хронических неинфекционных заболеваний, омоложение сердечно-сосудистых и онкологических патологий, а также беспрецедентный рост числа пограничных психоэмоциональных расстройств. Этот парадокс объясняется фундаментальным методологическим уклоном традиционной медицины Новейшего времени в патогенетическую парадигму, превратившую ее исключительно в «науку о болезнях», концентрирующуюся на изучении тонких механизмов повреждения и их терапевтическом подавлении.

Однако устранение манифестной болезни или медикаментозное купирование ее симптомов автоматически не делает человека здоровым. Здоровье представляет собой не просто статичное отсутствие патологии, а активный, непрерывный динамический процесс, требующий постоянного воспроизводства и направленной мобилизации внутренних функциональных резервов организма. Данное руководство призвано восполнить образовавшийся гносеологический вакуум, предлагая кардинальный сдвиг научной парадигмы- переход от лечения уже развившихся патологий к проактивному управлению здоровьем посредством активации саногенетических механизмов.

Центральным методологическим ядром данного подхода выступает валеология- интегративная, пограничная и междисциплинарная наука. Этимологический анализ термина, где первая часть восходит к латинскому

глаголу *valeo* («быть здоровым, сильным»), а вторая к древнегреческому *logos* («учение»), указывает на ее сущность как фундаментального учения о здоровье во всей полноте его соматических, психических, нравственных и социальных проявлений. Объектом пристального внимания валеологии является индивидуальное здоровье человека, находящегося в так называемом «третьем состоянии» (преднозологическом статусе)- специфической пограничной зоне между физиологической нормой и началом манифестного патологического процесса. Статистические данные убедительно свидетельствуют, что в условиях современного общества в этом «третьем состоянии», характеризующемся выраженным напряжением регуляторных систем при отсутствии явных структурных повреждений органов, находится до 70-80% взрослого населения. Именно эта колоссальная категория граждан оказывается вне фокуса внимания практического здравоохранения, и именно с ней работает валеология.

Предметом глубокого изучения валеологии служат генетические, физиологические, метаболические и психологические резервы человеческого организма, а также механизмы саногенеза. В отличие от патогенеза, исследующего механизмы зарождения и исхода болезней, саногенез представляет собой динамический комплекс защитно-приспособительных процессов, концентрирующийся на механизмах саморегуляции, детоксикации, регенерации и компенсации нарушенных функций для поддержания гомеостаза.

Историческая эволюция представлений о здоровье прослеживает длительный путь развития человеческой мысли. В античной культуре понимание здоровья базировалось на идеях космической гармонии, что персонифицировалось в образах дочерей бога врачевания Асклепия: Гигиен, символизировавшей превентивный подход и соблюдение законов природы, и Панацеи, олицетворявшей поиск универсального терапевтического лекарства. Выдающийся мыслитель античности Гиппократ сформулировал гуморальную теорию, согласно которой здоровье определяется правильным

смешением четырех соков организма- эвразией, а нарушение этого баланса (дискразия) ведет к болезни. Великий врач Востока Ибн Сина (Авиценна) в «Каноне врачебной науки» расширил эти представления, описав шесть различных степеней здоровья и детально охарактеризовав переходы к скрытым патологиям.

Решающий концептуальный прорыв в формировании современной превентологии связан с именем выдающегося советского ученого-фармаколога И. И. Брехмана, который во второй половине XX века посвятил десятилетия изучению природных адаптогенов (женьшень, элеутерококка). В ходе масштабных исследований было доказано, что данные вещества существенно повышают неспецифическую резистентность организма к широкому спектру стрессоров, что позволило Брехману сформулировать концепцию «фармакологии здоровья» и в 1980 году впервые предложить сам термин «валеология».

Важнейшей детерминантой индивидуального здоровья является конституция человека- генетически обусловленный комплекс морфологических и функциональных свойств организма. Валеологическая практика опирается на классификацию М. В. Черноруцкого, выделяющую астенический, нормостенический и гиперстенический типы телосложения. Астеники, обладая высокой скоростью нервных процессов, склонны к артериальной гипотензии и быстрому истощению резервов при длительных нагрузках, тогда как гиперстеники, отличаясь физической силой, имеют врожденную предрасположенность к метаболическому синдрому, ожирению и атеросклерозу. Эти конституциональные особенности неразрывно связаны с исходным вегетативным тонусом: симпатикотонией (доминированием мобилизационных процессов) или ваготонией (доминированием анаболизма и экономного расходования энергии).

Способность организма удерживать физиологическое равновесие напрямую зависит от объема его функциональных резервов, концепцию которых развивали академики Л. А. Орбели и Н. М. Амосов (введший термин

«количество здоровья»). Эти резервы подразделяются на биохимический, физиологический и психологический уровни. Мобилизация резервов описывается фундаментальной теорией стресса канадского физиолога Ганса Селье как Общий адаптационный синдром (ОАС), протекающий в три стадии: тревоги (активация симпатoadреналовой системы), резистентности (гипертрофия коры надпочечников и секреция кортизола) и истощения (декомпенсация функций при сверхсильном воздействии).

Для успешного управления здоровьем населения валеология предлагает внедрение комплексного Здорового образа жизни (ЗОЖ). Образ жизни определяет до 50-55% общего уровня здоровья человека, превосходя по значимости факторы наследственности и экологии. Проектирование индивидуального ЗОЖ опирается на строгие биологические законы, среди которых ключевое место занимают энергетический принцип (строгий баланс между потребляемыми калориями и энерготратами), принцип ритмичности (синхронизация жизнедеятельности с циркадианными ритмами для оптимизации секреции мелатонина и соматотропного гормона), а также принципы укрепления и аскетизма. В сфере питания валеология базируется на законе ферментативной адекватности и мембранного пищеварения, открытого А. М. Уголевым, что подчеркивает критическую роль кишечной микробиоты в поддержании иммунитета.

Особое значение в превентивной практике приобретает деонтология и клиническая риторика. Деонтология (от греческого *deon*- «должное»), введенная в философский дискурс Иеремией Бентамом, в современной валеологии трансформируется из патерналистской модели в партнерскую (субъект-субъектную) модель взаимодействия. Клиническая риторика, опирающаяся на классическую триаду Аристотеля (логос, этос, пафос), рассматривает речевое воздействие специалиста как мощнейший психотерапевтический фактор, способный напрямую запускать саногенетические процессы или, напротив, провоцировать ятрогению.

Не менее значимым разделом является валеология репродуктивного здоровья и профилактика девиантного поведения. Внедрение концепции 4П-медицины (персонализация, предикция, превентивность, партисипативность) позволяет эффективно оценивать овариальный резерв и предупреждать патологии репродуктивной системы на ранних этапах. В сфере профилактики аддикций (алкоголизма, табакокурения, наркомании) валеология категорически отвергает устаревший устрашающий подход в пользу позитивного, акцентирующего внимание на развитии адаптивных копинг-стратегий и использовании физической культуры как естественного стимулятора дофаминовой системы для преодоления абстинентного синдрома. Эти фундаментальные теоретические принципы создают надежную базу для практической реализации технологий здоровьесбережения в образовательной и медицинской среде.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВАЛЕОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

1.1. Основы валеологии, история валеологии. Место валеологии среди других научных областей

Ключевые слова: валеология, индивидуальное здоровье, здоровый образ жизни, И. И. Брехман, саногенез, превентивная медицина, междисциплинарный синтез, адаптационные возможности, преднозологическое состояние, «третье состояние», адаптогены, здоровьесберегающие технологии.

План

1. Понятийный аппарат валеологии, ее предмет, объект и фундаментальные задачи. Эпистемологический кризис современной медицины и переход от патогенетической к саногенетической парадигме.

2. Историческая эволюция представлений о здоровье: от античных гигиенических концепций до Нового времени. Концептуальный вклад И. И. Брехмана и становление валеологии во второй половине XX века.

3. Место валеологии в системе современного научного знания и ее междисциплинарные связи (биологические, медицинские, психологические и педагогические аспекты). Роль валеологического подхода в реформировании образовательного процесса.

Понятийный аппарат валеологии, ее предмет, объект и фундаментальные задачи. Эпистемологический кризис современной медицины и переход от патогенетической к саногенетической парадигме

Этимологический анализ термина «валеология» указывает на его интегративную, пограничную природу. Первая часть сложного слова восходит к латинскому глаголу *valeo* (производное существительное *vale*), который в древнеримском обществе служил формулой приветствия и благопожелания, переводясь как «быть здоровым, сильным, крепким». Вторая составляющая представляет собой классический древнегреческий

корень *logos*, означающий учение, слово, разумное основание или науку. Таким образом, валеология в своем буквальном значении- это фундаментальное учение о здоровье во всей полноте его проявлений. В современном научном дискурсе валеология определяется как междисциплинарная область знания, изучающая закономерности, механизмы и практические способы формирования, сохранения, активного укрепления и направленного воспроизводства индивидуального здоровья человека во всех его измерениях- соматическом, психическом, нравственном и социальном.

Объектом исследования валеологии выступает индивидуальное здоровье человека, находящегося в различных функциональных состояниях- от абсолютного благополучия и гармонии до так называемого «третьего состояния». Это «третье состояние» (или преднозологический статус) представляет собой пограничную зону между физиологической нормой и манифестным патологическим процессом. В данной зоне регуляторные системы организма функционируют с выраженным напряжением, однако явные структурно-функциональные повреждения органов еще отсутствуют. Статистические данные свидетельствуют, что в условиях современного урбанизированного общества в «третьем состоянии» находится до 70-80% взрослого населения. Именно эта категория граждан оказывается вне фокуса внимания практического здравоохранения, ориентированного главным образом на лечение уже развившихся болезней. Валеология восполняет этот гносеологический и практический вакуум.

Предметом изучения валеологии служат генетические, физиологические, метаболические, психологические резервы человеческого организма, а также механизмы саногенеза- динамического комплекса защитно-приспособительных процессов, направленных на поддержание гомеостаза и предотвращение развития патологических состояний. В отличие от патогенеза, который изучает механизмы зарождения, развития и исхода болезней, саногенез концентрируется на механизмах саморегуляции, детоксикации, регенерации и компенсации нарушенных функций.

Фундаментальные задачи валеологии включают в себя:

1. Теоретическую разработку и методологическое обоснование единой концепции индивидуального здоровья человека.
2. Разработку и внедрение методов количественной и качественной оценки функциональных резервов организма и уровня соматического здоровья.
3. Мониторинг влияния факторов внешней среды (экологических, производственных, социальных) на адаптационный потенциал человека.
4. Научное обоснование и проектирование индивидуальных оздоровительных программ на основе оценки генетического и конституционального статуса личности.
5. Формирование у различных слоев населения устойчивой внутренней мотивации к ведению здорового образа жизни и бережному отношению к своему здоровью.

Необходимость выделения валеологии в самостоятельное научное направление была вызвана глубоким эпистемологическим кризисом современной академической медицины. Несмотря на колоссальные технологические успехи клинической практики, разработку новейших фармакологических препаратов и высокоточных хирургических вмешательств, общие показатели здоровья мировой популяции демонстрируют устойчивую тенденцию к ухудшению. Наблюдается стремительный рост распространенности хронических неинфекционных заболеваний, омоложение сердечно-сосудистых и онкологических патологий, рост числа пограничных психических расстройств.

Этот парадокс объясняется методологическим уклоном медицины в патогенетическую парадигму. Медицина Новейшего времени превратилась в «науку о болезнях», концентрирующуюся на изучении тонких механизмов повреждения и их терапевтическом подавлении. Однако устранение болезни или купирование ее симптомов автоматически не делает человека здоровым. Здоровье- это не просто отсутствие манифестной патологии, а active

динамический процесс, требующий непрерывного воспроизводства и мобилизации внутренних функциональных резервов. Валеология предлагает кардинальный сдвиг научной парадигмы- переход от лечения патологий к управлению здоровьем посредством активации саногенетических механизмов, что позволяет предотвратить болезнь на стадии ее зарождения.

Историческая эволюция представлений о здоровье: от античных гигиенических концепций до Нового времени. Концептуальный вклад И. И. Брехмана и становление валеологии во второй половине XX века

Представления о здоровье как о высшей ценности человеческого бытия формировались на протяжении всей истории цивилизации. В античной культуре понимание здоровья базировалось на идеях космической гармонии и баланса микрокосма (человека) и макрокосма (окружающего мира). Древнегреческая мифология и ранняя натурфилософия персонифицировали две ключевые стратегии отношения к человеческому телу в образах дочерей бога врачевания Асклепия. Гигиеня (богиня здоровья) символизировала превентивный, сохраняющий подход- поддержание естественного порядка вещей, соблюдение законов природы, умеренность в питании и физическую активность. Панацея (всеисцеляющая богиня) олицетворяла терапевтический подход- поиск универсального лекарства от уже возникших недугов. Валеология по своей крайней сути наследует традиции Гигиены, в то время как клиническая медицина развивалась преимущественно по пути Панацеи.

Выдающиеся врачи древности заложили первые методологические основы оценки здоровья. Гиппократ сформулировал гуморальную теорию, согласно которой здоровье определяется правильным смешением четырех основных соков организма (крови, флегмы, желтой и черной желчи)- *эвкразией*. Нарушение этого баланса (*дискразия*) вело к болезни. Гиппократ подчеркивал, что природа сама является лучшим врачом, а задача целителя- помогать природным силам организма. Гален развил эти представления, выделив промежуточное состояние между здоровьем и болезнью, которое он назвал «нейтральным». Великий мыслитель Востока Ибн Сина (Авиценна) в

своим монументальным труде «Канон врачебной науки» описал шесть различных степеней здоровья и предболезни, детально охарактеризовав переходы от совершенного здоровья к скрытым патологическим изменениям.

В Новое время, в связи с бурным развитием физики, химии и механики, возобладал редуционистский подход. Человеческий организм стал рассматриваться как сложная машина, а болезнь- как поломка ее отдельных деталей. Открытия К. Бернара в области гомеостаза, труды Р. Вирхова по клеточной патологии и концепции И. П. Павлова о нервизме обогатили науку колоссальным объемом фактов, однако окончательно закрепили разделение медицины и учения о здоровье. Здоровье стало пониматься чисто негативно- как простое отсутствие структурных дефектов и клинических симптомов.

Новый этап осмысления проблемы начался во второй половине XX века, когда техногенное давление на биосферу, урбанизация, гиподинамия и хронический психоэмоциональный стресс привели к изменению структуры заболеваемости и снижению средней продолжительности активной жизни. В этих условиях возникла острая социальная и научная потребность в создании интегральной концепции здоровья здорового человека.

Решающий концептуальный прорыв связан с именем выдающегося советского ученого-фармаколога, доктора медицинских наук, профессора Израиля Ицковича Брехмана (1930–1994). Работая в Дальневосточном научном центре Академии наук СССР, И. И. Брехман посвятил десятилетия фундаментальным исследованиям природных адаптогенов растительного и животного происхождения (женьшеня, элеутерококка, пантов пятнистого оленя). В ходе этих исследований было установлено, что данные вещества не обладают специфическим лечебным действием против конкретных нозологических форм, однако существенно повышают общую неспецифическую резистентность организма к широкому спектру вредных физических, химических, биологических и психогенных воздействий.

И. И. Брехман пришел к выводу, что в организме существует универсальная физиологическая система обеспечения надежности, которая может быть активирована и расширена. Он сформулировал концепцию «фармакологии здоровья», направленную на поиск путей повышения резервных возможностей человека. Логическим развитием этих взглядов стало обоснование необходимости создания новой междисциплинарной науки.

В 1980 году на 14-м Тихоокеанском научном конгрессе в Хабаровске И. И. Брехман впервые официально предложил термин «валеология». В 1987 году вышла его эпохальная монография «Введение в валеологию- науку о здоровье», изданная издательством «Наука». В этой книге ученый заложил методологический фундамент новой дисциплины, определив ее предмет, цели, задачи и методы. И. И. Брехман указывал, что здоровье человека не сводится к сумме нормальных клинических показателей, а представляет собой интегральную меру его жизнеспособности, определяемую величиной функциональных резервов и способностью эффективно адаптироваться к изменяющимся условиям среды. Труды Брехмана послужили мощным стимулом для формирования валеологических центров, кафедр и лабораторий по всей стране, заложив основу для глубоких исследований в области превентологии.

Место валеологии в системе современного научного знания и ее междисциплинарные связи (биологические, медицинские, психологические и педагогические аспекты). Роль валеологического подхода в реформировании образовательного процесса

Валеология по гносеологическому статусу является интегральной, междисциплинарной наукой. Она не заменяет собой существующие дисциплины, а осуществляет масштабный синтез их достижений под углом зрения проблемы сохранения и преумножения индивидуального здоровья. Валеология выполняет важнейшую методологическую функцию, связывая

воедино естественнонаучные, медицинские, психологические и гуманитарные знания о человеке.

Междисциплинарные связи валеологии можно структурировать по нескольким ключевым блокам:

- **Биологический блок** (нормальная анатомия, физиология, генетика, биохимия, антропология). Предоставляет валеологии фундаментальные данные о материальном субстрате человеческого организма, механизмах гомеостатической регуляции, молекулярных основах обмена веществ и энергии. Физиология раскрывает механизмы функционирования органов и систем при различных уровнях нагрузок, а генетика позволяет понять границы наследственной детерминации адаптивных возможностей человека.

- **Медицинский блок** (гигиена, санология, превентивная кардиология, клиническая диагностика, восстановительная медицина). Гигиена традиционно изучает влияние внешней среды на организм и разрабатывает нормативы безопасной жизнедеятельности. Валеология использует эти нормативы, но делает акцент на внутреннем потенциале индивида, обучении его методам саморегуляции и самооценки здоровья. Санология исследует здоровье на популяционном уровне, тогда как валеология ориентирована на конкретную личность.

- **Психологический блок** (общая, возрастная, социальная и медицинская психология). Позволяет изучать психологические факторы здорового поведения, механизмы формирования валеологических установок, ценностей и мотивов. Без понимания психологии личности невозможно преодолеть деструктивные поведенческие паттерны и привить человеку навыки здорового образа жизни. Кроме того, психологический статус (уровень тревожности, самооценки, стрессоустойчивости) напрямую детерминирует соматическое здоровье человека через психосоматические механизмы регуляции.

- **Педагогический блок** (общая педагогика, теория и методика физического воспитания, дидактика). Разрабатывает методы трансляции валеологических знаний, формирования культуры здоровья у подрастающего поколения. Валеологическая педагогика (педагогическая валеология) исследует закономерности обучения и воспитания человека, ориентированного на сохранение здоровья в процессе непрерывного образования.

Таблица 1. Сравнительная характеристика валеологии, клинической медицины и гигиены

Критерий сравнения	Валеология	Клиническая медицина	Гигиена
Основной объект	Практически здоровый человек, индивид в «третьем состоянии»	Больной человек, пациент с выраженной патологией	Окружающая среда и ее параметры, влияющие на популяцию
Предмет исследования	Механизмы саногенеза, индивидуальные функциональные резервы	Этиология, патогенез, симптоматика и методы лечения болезней	Санитарные нормы, гигиенические стандарты жизнедеятельности
Доминирующий метод	Мониторинг здоровья, адаптивное тестирование, коррекция образа жизни	Клинико-лабораторная диагностика, фармакотерапия, хирургия	Санитарно-эпидемиологический надзор, токсикологический контроль
Главная цель	Преумножение	Излечение	Предотвращение

	здоровья, предотвращение перехода в предболезнь	патологического процесса, реабилитация функций организма	вредного воздействия факторов среды на человека
--	--	--	--

Особое, стратегическое значение валеология приобретает в контексте реформирования современной системы образования. Многочисленные исследования ученых убедительно доказывают наличие выраженного негативного влияния традиционной организации учебного процесса на состояние здоровья школьников и студентов. К числу основных здоровьеразрушающих факторов образовательной среды относятся:

1. Выраженная интенсификация учебного процесса, приводящая к систематическому умственному переутомлению учащихся.
2. Хронический дефицит двигательной активности (гиподинамия), вызванный многочасовым пребыванием в статическом сидячем положении.
3. Нерациональная организация режима дня, дефицит ночного сна и нарушение структуры питания.
4. Хронический психоэмоциональный стресс, связанный с процедурами контроля знаний, высокими требованиями и страхом академической неуспеваемости.
5. Несоответствие мебели и освещения учебных аудиторий антропометрическим и физиологическим стандартам, что провоцирует развитие нарушений осанки и миопии.

Внедрение валеологического подхода в образовательную систему призвано радикально изменить сложившуюся ситуацию за счет создания здоровьесберегающей образовательной среды. Это подразумевает оптимизацию учебных планов и расписаний в строгом соответствии с возрастными биоритмами и динамикой работоспособности учащихся, внедрение физкультминуток, динамических пауз и обязательных часов активного отдыха, а также разработку специальных здоровьесберегающих

технологий обучения, исключая перегрузку нервной системы. Не менее важной задачей является интеграция валеологических знаний в содержание учебных дисциплин, что позволяет сформировать у будущих специалистов прочную культуру здоровья и осознанную потребность в ведении здорового образа жизни.

Контрольные вопросы

1. Какова детальная этимология термина «валеология» и какие методологические принципы заложены в его основу?
2. Дайте подробную характеристику «третьего состояния» организма. Какие физиологические процессы отличают его от клинической нормы и манифестной болезни?
3. В чем заключается принципиальное различие между концепциями саногенеза и патогенеза? Какую роль они играют в терапевтической и превентивной практике?
4. Опишите вклад И. И. Брехмана в становление валеологии. Как его исследования природных адаптогенов связаны с концепцией «фармакологии здоровья»?
5. Каковы основные междисциплинарные связи валеологии? Каким образом она заимствует данные биологических наук и передает свои наработки педагогике?
6. Проанализируйте основные негативные факторы образовательного процесса, разрушающие здоровье студентов. Как принципы педагогической валеологии могут быть использованы для их нивелирования?

Практические задания

Задание 1

На основе глубокого анализа учебной и научной литературы составьте развернутую многоуровневую структурно-логическую схему «Междисциплинарные связи и структура валеологии». В схеме детально отразите характер обмена информацией между валеологией и смежными

науками. Результаты работы оформите в виде подробной аналитической таблицы:

Смежная дисциплина	Научно-теоретическая и практическая информация, заимствуемая валеологией	Практический и методологический вклад валеологии в смежную область
Нормальная физиология	Закономерности нейрогуморальной регуляции функций, параметры гомеостатического равновесия органов и систем при физиологическом покое.	Методология интегральной оценки резервных возможностей организма в динамике повседневной жизнедеятельности.
Общая и коммунальная гигиена	Гигиенические нормативы качества воздуха, инсоляции, питьевой воды, параметры рационального пищевого рациона.	Индивидуализация гигиенических рекомендаций на основе оценки конституциональных особенностей и адаптационного потенциала личности.
Педагогика и дидактика	Теория развивающего обучения, принципы систематичности и доступности учебного материала, педагогические методы контроля	Проектирование здоровьесберегающих образовательных технологий, предотвращающих переутомление и

	успеваемости.	психосоматическую дезадаптацию учащихся.
Общая и социальная психология	Закономерности высшей нервной деятельности, механизмы развития стрессовых реакций, теории мотивации и волевой регуляции поведения.	Психофизиологические маркеры субъективного благополучия, методы саморегуляции и психологической коррекции деструктивных привычек.
Общая генетика	Закономерности наследования признаков, соотношение генотипа и фенотипа, маркеры генетической предрасположенности к мультифакторным заболеваниям.	Разработка рекомендаций по оптимизации образа жизни с целью минимизации рисков реализации наследственных патологий.

Задание 2

Подготовьте подробный реферативный доклад на тему «Эволюция взглядов на здоровье в истории человечества: от восточной медицины до современной превентологии». В докладе необходимо провести сравнительный анализ концепций здоровья в традиционной китайской медицине, Аюрведе, трудах Гиппократ, Галена, Авиценны, а также в трудах отечественных ученых (И. М. Сеченова, И. П. Павлова, И. И. Брехмана). Объем доклада должен составлять не менее 5-6 страниц машинописного текста, оформленного по стандарту ГОСТ.

Рекомендуемая литература

1. *Брехман, И. И.* Введение в валеологию- науку о здоровье / И. И. Брехман ; АН СССР, Дальневост. отд-ние, Ин-т биологически активных веществ.- Ленинград : Наука, Ленингр. отд-ние, 1987.- 125 с. [6, 2]

2. *Вайнер, Э. Н.* Валеология : учебник для вузов / Э. Н. Вайнер.- 11-е изд., стер.- Москва : Флинта, 2021.- 448 с.- ISBN 5-89349-329-X. ``

3. *Назарова, Е. Н.* Валеология : учебник для бакалавров / Е. Н. Назарова, Ю. Д. Жилов.- Москва : Издательский центр «Академия», 2011.- 256 с.- (Бакалавриат).- ISBN 978-5-4468-0657-7. [7]

1.2. Индивидуальные особенности людей, резервы организма и адаптация. Здоровый образ жизни и его важность для формирования здоровья

Ключевые слова: индивидуально-типологические свойства, функциональные резервы, адаптационный потенциал, общий адаптационный синдром, здоровый образ жизни, гиподинамия, рациональное питание, соматотип, вегетативный тонус, индекс Баевского, шкала Апанасенко.

План

1. Конституционные, нейродинамические и вегетативные особенности человека как основа индивидуального здоровья. Соматотипирование и риски соматических патологий.

2. Физиологические резервы организма (биохимический, физиологический, психологический уровни). Общие закономерности адаптационного процесса и концепция стресса Г. Селье.

3. Структура здорового образа жизни (ЗОЖ). Роль ЗОЖ в предупреждении профессиональной и инфекционной заболеваемости. Экспресс-оценка уровня здоровья по Г. Л. Апанасенко.

Конституциональные, нейродинамические и вегетативные особенности человека как основа индивидуального здоровья. Соматотипирование и риски соматических патологий

Разработка индивидуальных оздоровительных программ и оценка адаптивных возможностей человека не могут быть эффективными без глубокого учета его конституциональных и нейродинамических особенностей. Индивидуальное здоровье строится на фундаменте биологической индивидуальности, которая предопределена сложным взаимодействием генетических факторов (генотипа) и влияний окружающей среды в процессе онтогенеза (фенотипа).

Конституция человека- это генетически обусловленный комплекс морфологических, функциональных и психических свойств организма,

определяющий характер его реагирования на внешние раздражители и предрасположенность к определенным заболеваниям. В отечественной медицинской и валеологической практике традиционно используется классификация типов конституции (соматотипов) по М. В. Черноруцкому, выделяющая три основных типа:

- **Астенический тип.** Характеризуется преобладанием продольных размеров тела над поперечными, узкой грудной клеткой, слабым развитием мышечной массы, относительно длинными конечностями. С физиологической точки зрения астеники склонны к пониженному артериальному давлению (артериальной гипотензии), повышенному уровню основного обмена, снижению содержанию холестерина и липидов в крови. В эндокринном статусе отмечается относительное преобладание активности щитовидной железы и мозгового вещества надпочечников. С валеологической точки зрения астеники обладают высокой скоростью нервных процессов, но при этом их адаптационные резервы при длительных нагрузках могут истощаться быстрее. У них выше риск развития туберкулеза, язвенной болезни желудка, висцероптоза (опущения внутренних органов) и невротических расстройств.

- **Нормостенический тип.** Отличается пропорциональностью телосложения, хорошим развитием скелетной мускулатуры, гармоничным соотношением продольных и поперечных размеров. Физиологические показатели нормостеников соответствуют среднестатистической норме. Этот тип конституции характеризуется наибольшей универсальностью и сбалансированностью адаптационных механизмов, позволяющих одинаково успешно приспосабливаться как к физическим, так и к интеллектуальным нагрузкам.

- **Гиперстенический тип.** Характеризуется преобладанием поперечных размеров тела, широкой грудной клеткой, развитым подкожно-жировым слоем, относительно короткими конечностями. Обмен веществ у гиперстеников замедлен, отмечается выраженная склонность к накоплению

жировой ткани, повышенный уровень холестерина и атерогенных липопротеидов в сыворотке крови. В эндокринном профиле преобладает функция коры надпочечников и инсулярного аппарата поджелудочной железы. Гиперстеники обладают высокой физической силой и выносливостью к монотонной работе, однако они имеют врожденную предрасположенность к развитию ожирения, сахарного диабета II типа, атеросклероза, ишемической болезни сердца и гипертонической болезни.

Важнейшей детерминантой здоровья является нейродинамический статус личности, базирующийся на свойствах нервной системы, открытых И. П. Павловым: силе процессов возбуждения и торможения, их уравновешенности и подвижности. Сочетание этих свойств определяет темперамент человека (сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик), его умственную работоспособность, скорость утомления и характер реагирования на информационный стресс.

Не менее значимо влияние исходного вегетативного тонуса, отражающего баланс между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы:

- *Симпатикотония* (доминирование симпатического отдела) сопровождается повышенной частотой сердечных сокращений, склонностью к спазму сосудов, повышенным уровнем артериального давления, гипергликемией и высокой мобилизационной готовностью. Такие люди быстро включаются в работу, но нерационально расходуют энергию и склонны к быстрому истощению резервов.

- *Ваготония* (доминирование парасимпатического отдела) характеризуется брадикардией, умеренной гипотензией, активными процессами анаболизма и экономным расходом энергетических ресурсов. Ваготоники медленнее адаптируются к резким изменениям среды, но обладают высоким запасом прочности при длительных нагрузках.

- *Нормотония* отражает оптимальное, динамическое равновесие обоих отделов, обеспечивающее адекватное вегетативное обеспечение любых видов деятельности.

Физиологические резервы организма (биохимический, физиологический, психологический уровни). Общие закономерности адаптационного процесса и концепция стресса Г. Селье

Понятие «функциональные резервы организма» занимает центральное место в теоретической структуре валеологии. Впервые этот термин в отечественной науке предложил академик Л. А. Орбели в 1930-х годах, обосновавший существование скрытых приспособительных возможностей, мобилизуемых при действии экстремальных факторов среды. Значительный вклад в развитие этого учения внесли академик Н. М. Амосов, определивший резервы как «количество здоровья» (интегральный объем максимальной работоспособности систем жизнеобеспечения), и академик Р. М. Баевский, рассматривавший резервы как совокупность информационных, энергетических и метаболических ресурсов организма.

В структуре функциональных резервов принято выделить три взаимосвязанных уровня:

1. Биохимический уровень резервов

Определяет потенциал метаболических путей клетки. Он включает в себя резервные концентрации высокоэнергетических соединений (аденозинтрифосфата- АТФ, креатинфосфата), запасы внутриклеточных источников энергии (гликогена в печени и скелетных мышцах, триацилглицеринов в жировых депо). К этому уровню относится емкость буферных систем крови и тканей (бикарбонатной, фосфатной, белковой), противодействующих сдвигу рН среды при интенсивной мышечной работе, а также активность антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутазы, каталазы), защищающих клеточные мембраны от свободнорадикального повреждения. Наконец, пластический резерв обеспечивается пулом свободных аминокислот и скоростью биосинтеза белка в рибосомах.

2. Физиологический уровень резервов

Охватывает функциональные возможности отдельных органов и целостных физиологических систем. В кардиореспираторной системе этот резерв выражается разностью между максимальными показателями при предельной физической нагрузке и показателями в состоянии покоя. Например, минутный объем кровообращения (МОК) у нетренированного человека в покое составляет около 5 литров в минуту, а при предельной нагрузке может возрасти до 20 литров; у высококвалифицированных спортсменов этот показатель достигает 35-40 литров в минуту. Физиологический резерв дыхательной системы определяется жизненной емкостью легких (ЖЕЛ), резервным объемом вдоха и выдоха, максимальной вентиляцией легких и диффузионной способностью легочной мембраны. На тканевом уровне физиологический резерв обеспечивается плотностью капиллярной сети и числом функционирующих митохондрий.

3. Психологический уровень резервов

Определяет пределы адаптивных возможностей человеческой психики. Он включает в себя механизмы волевой регуляции, когнитивный ресурс (память, внимание, скорость переработки информации), мотивационные установки, способность к мобилизации в стрессовых ситуациях, а также развитость копинг-стратегий (механизмов совладания со стрессом). Именно психологические резервы часто выступают «пусковым» и координирующим звеном, определяющим эффективность расходования физиологических и биохимических ресурсов.

Процесс мобилизации и использования этих резервов для поддержания гомеостаза в меняющихся условиях среды называется адаптацией. Фундаментальные закономерности неспецифической адаптации были открыты канадским патофизиологом Гансом Селье, разработавшим концепцию стресса как Общего адаптационного синдрома (ОАС). Согласно учению Селье, ОАС представляет собой закономерную цепь физиологических реакций, протекающих в три последовательные стадии:

1. **Стадия тревоги** (*alarm-reaction*). Возникает при первом контакте организма со стрессором. Она подразделяется на фазу шока (падение артериального давления, гипотония мышц, гипотермия) и фазу противошока. В фазе противошока активируется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, происходит массивный выброс адреналина, норадреналина и глюкокортикоидов (кортизола). Это приводит к мобилизации энергетических ресурсов: повышается уровень сахара в крови, учащается сердцебиение, сужаются периферические сосуды, активируется дыхание. Организм готовится к активным действиям («борьба или бегство»).

2. **Стадия резистентности** (*stage of resistance*). Характеризуется гипертрофией коры надпочечников, устойчивым повышением секреции глюкокортикоидов и перестройкой метаболизма. Физиологические константы стабилизируются, организм приспосабливается к длительному действию раздражителя. На этой стадии формируется так называемый «системный структурный след адаптации» (по Ф. З. Меерсону)-избирательная гипертрофия систем, несущих основную функциональную нагрузку (например, гипертрофия скелетных мышц и миокарда при физической тренировке).

3. **Стадия истощения** (*stage of exhaustion*). Наступает в случае, если стрессор продолжает действовать слишком долго или его интенсивность превышает адаптационные возможности организма. Происходит истощение резервов коры надпочечников, нарушается синтез адаптивных ферментов, снижается синтез белка в клетках. Физиологические функции декомпенсируются, развиваются структурные повреждения органов (дистрофия миокарда, язвы желудочно-кишечного тракта, глубокий иммунодефицит), что может привести к развитию тяжелых заболеваний или гибели организма.

Для оперативного контроля напряжения регуляторных систем и оценки адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы широко

используется индекс Р. М. Баевского. Математическая модель расчета имеет следующий вид:

$$АП = 0,011 \times ЧСС + 0,014 \times САД + 0,008 \times ДАД + 0,014 \times \text{Возраст} + 0,009 \times МТ - 0,009 \times Р - 0,273$$

где:

- *АП*- адаптационный потенциал (в баллах);
- *ЧСС*- частота сердечных сокращений в состоянии покоя (ударов в минуту);
- *САД*- систолическое артериальное давление (мм рт. ст.);
- *ДАД*- диастолическое артериальное давление (мм рт. ст.);
- *Возраст*- возраст обследуемого (полных лет);
- *МТ*- масса тела (в килограммах);
- *Р*- рост обследуемого (в сантиметрах).

Каждый числовой коэффициент в этой формуле получен в ходе масштабных статистических исследований и отражает степень веса конкретного параметра в обеспечении общего адаптивного ответа.

Структура здорового образа жизни (ЗОЖ). Роль ЗОЖ в предупреждении профессиональной и инфекционной заболеваемости. Экспресс-оценка уровня здоровья по Г. Л. Апанасенко

Здоровый образ жизни- это гигиенически обоснованный, сознательный и активный способ жизнедеятельности человека, направленный на сохранение, восстановление и преумножение его адаптационных резервов, а также на успешное выполнение социальных и профессиональных функций. Согласно современным представлениям, образ жизни определяет до 50-55% общего уровня здоровья человека, превосходя по значимости факторы наследственности (20%), экологии (20%) и уровень медицинского обеспечения (8-10%).

Структура ЗОЖ включает в себя следующие фундаментальные компоненты:

1. Рациональное питание

Базируется на законах сохранения энергии и пластического баланса. Питание должно быть количественно адекватным (калорийность рациона должна соответствовать энерготратам организма) и качественно полноценным (оптимальное соотношение белков, жиров, углеводов, эссенциальных аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, витаминов и микроэлементов). Не менее важен правильный режим питания, синхронизированный с суточными биоритмами.

2. Оптимальный двигательный режим

Выступает главным фактором противодействия гиподинамии-состоянию сниженной двигательной активности, приводящему к атрофии мышечных волокон, снижению ударного объема сердца, деминерализации костей (остеопорозу), нарушению толерантности к глюкозе и замедлению периферического кровотока. Адекватная физическая нагрузка активизирует митохондриальный биогенез, повышает сократительную способность миокарда, стимулирует иммунитет и способствует нормализации веса.

3. Рациональный режим труда и отдыха

Основан на чередовании фаз напряжения и восстановления. Включает в себя строгое соблюдение гигиены сна. Хронический дефицит сна разрушает структуру биоритмов, блокирует секрецию гормона роста и мелатонина, повышает уровень кортизола и ведет к быстрому истощению нервных резервов.

4. Закаливание организма

Систематическое использование естественных факторов природы (воды, воздуха, солнечного излучения) для тренировки терморегуляторных механизмов. Закаливание повышает устойчивость организма к простудным заболеваниям и расширяет диапазон температурной адаптации.

5. Исключение вредных привычек

Полный отказ от употребления табака, алкоголя, наркотических средств. Эти вещества вызывают глубокую интоксикацию клеток головного мозга, печени, сосудистого эндотелия, разрушают клеточные мембраны и

блокируют саногенетические процессы, приводя к преждевременному старению и ранней инвалидизации.

ЗОЖ играет решающую роль в профилактике профессиональной и инфекционной заболеваемости. При ведении здорового образа жизни существенно повышается неспецифическая резистентность организма: активируется фагоцитоз, увеличивается продукция интерферона, лизоцима и иммуноглобулинов, что делает человека маловосприимчивым к бактериальным и вирусным инфекциям. В аспекте предотвращения профессиональной патологии ЗОЖ позволяет минимизировать вредные производственные воздействия (шум, вибрацию, токсические пары, пыль, статическое напряжение) за счет активного выведения токсинов, разгрузки опорно-двигательного аппарата во время активного отдыха и снижения психоэмоционального напряжения.

Таблица 2. Основные компоненты здорового образа жизни и их саногенетическое значение

Компонент ЗОЖ	Физиологический механизм действия	Профилактический эффект (саногенез)
Рациональное питание	Обеспечение пластического и энергетического обмена, оптимизация липидного и углеводного профиля.	Предотвращение ожирения, атеросклероза, сахарного диабета; поддержание функции иммунной системы.
Оптимальный двигательный режим	Преодоление гиподинамии, стимуляция кардиодинамики, тканевого дыхания, капилляризации органов.	Предотвращение застойных явлений, ишемической болезни сердца, остеохондроза; оптимизация вегетативного тонуса.
Здоровый сон и режим дня	Синхронизация циркадианных ритмов,	Предотвращение синдрома хронической усталости,

	восстановление нейрональных связей головного мозга.	депрессивных состояний, психосоматических расстройств.
Закаливание организма	Тренировка вазомоторных реакций кожи, оптимизация терморегуляторного центра гипоталамуса.	Снижение восприимчивости к ОРВИ и другим инфекционным заболеваниям верхних дыхательных путей.
Отказ от вредных привычек	Снижение хронической токсической нагрузки на внутренние органы, сохранение структуры хроматина клеток.	Предотвращение онкопатологий, мутаций, сосудистых катастроф, профессиональных деформаций здоровья.

В практической валеологии для количественной оценки соматического здоровья человека широкое признание получил метод экспресс-оценки по Г. Л. Апанасенко. Профессор Апанасенко разработал «Шкалу соматического здоровья», оценивающую энергопотенциал индивида на основе простых и доступных физиологических измерений. Оценка проводится независимо от наличия или отсутствия клинических диагнозов. Метод базируется на оценке пяти ключевых показателей (индексов):

1. **Индекс Кетле** (массо-ростовой показатель): отношение массы тела к квадрату роста. Характеризует степень физического развития и наличие избытка или дефицита веса.

2. **Жизненный индекс**: отношение жизненной емкости легких к массе тела. Отражает кислородтранспортные возможности дыхательной системы.

3. **Силовой индекс**: отношение мышечной силы кисти (измеряемой ручным динамометром) к массе тела. Характеризует степень развития скелетных мышц.

4. **Двойное произведение** (индекс Робинсона): произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление, деленное на 100. Это важнейший показатель экономичности работы сердечно-сосудистой системы.

5. **Время восстановления ЧСС** после стандартной функциональной пробы (20 приседаний за 30 секунд). Позволяет судить о функциональных возможностях и адаптивном резерве сердца.

Каждый из этих параметров переводится в баллы в соответствии со специальной таблицей, после чего баллы суммируются. Итоговая сумма баллов определяет уровень здоровья: от низкого до высокого. Г. Л. Апанасенко установил, что при достижении «безопасного уровня» здоровья (соответствующего среднему и выше уровням) у человека практически не регистрируются факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, а его адаптационные резервы находятся в оптимальном состоянии.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию «конституция человека». Как соматотипы по М. В. Черноруцкому влияют на особенности обмена веществ и склонность к патологиям?

2. Каковы особенности вегетативного тонуса у симпатикотоников и ваготоников? Как эти особенности отражаются на адаптации к нагрузкам?

3. В чем суть концепции «количества здоровья» Н. М. Амосова? Какие функциональные системы играют в ней ведущую роль?

4. Перечислите уровни функциональных резервов организма. Какие биохимические и физиологические процессы обеспечивают «запас прочности» кардиореспираторной системы?

5. Опишите стадии Общего адаптационного синдрома Г. Селье. Какие гормональные сдвиги характерны для стадий тревоги и резистентности?

6. Какова структура ЗОЖ? Каким образом гиподинамия разрушает соматическое здоровье человека?

7. В чем заключается суть экспресс-методики оценки уровня здоровья по Г. Л. Апанасенко? Какие индексы лежат в ее основе?

Практические задания

Задание 1

Проведите расчет и экспресс-оценку индивидуального адаптационного потенциала (АП) сердечно-сосудистой системы по методу Р. М. Баевского.

Порядок выполнения работы:

1. В состоянии относительного покоя (после 5-7 минут сидения) измерьте частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) и величину артериального давления (систолическое САД и диастолическое ДАД, мм рт. ст.) с помощью тонометра.

2. Зафиксируйте антропометрические показатели: массу тела (МТ, кг) на весах и рост (Р, см) с помощью ростомера, а также укажите свой возраст (Возраст, полных лет).

3. Произведите расчет значения адаптационного потенциала по формуле:

$$AP = 0,011 \times ЧСС + 0,014 \times САД + 0,008 \times ДАД + 0,014 \times Возраст + 0,009 \times МТ - 0,009 \times Р - 0,273$$

4. Полученный числовой результат сопоставьте с нормативной шкалой оценки адаптационного потенциала и сделайте подробный аргументированный вывод о состоянии систем регуляции вашего организма. Запишите все расчеты и выводы в протокол практического занятия.

Значение АР (в баллах)	Характер адаптации	Физиологическая интерпретация состояния регуляторных систем
Ниже 2.10	Удовлетворительная адаптация	Высокий или достаточный уровень функциональных резервов организма. Механизмы регуляции работают без избыточного

		напряжения.
2.11- 3.20	Напряжение механизмов адаптации	Мобилизация дополнительных ресурсов для компенсации воздействий внешней среды. Рекомендуется коррекция режима труда и отдыха.
3.21- 4.30	Неудовлетворительная адаптация	Резкое снижение функциональных возможностей. Организм не в состоянии адекватно реагировать на нагрузки. Высокий риск развития предболезни.
Выше 4.31	Срыв адаптации	Истощение резервных возможностей организма. Высокая вероятность развития патологических процессов. Требуется медицинское обследование.

Задание 2

Используя предложенные методики, проведите оценку соматического здоровья по Г. Л. Апанасенко. Для этого измерьте ЖЕЛ (с помощью спирометра), динамометрию кисти (с помощью кистевого динамометра), массу тела, рост, пульс и артериальное давление в покое, а также время восстановления ЧСС после 20 приседаний за 30 секунд. Рассчитайте все пять индексов, переведите их в баллы по стандартной шкале Апанасенко и определите ваш уровень соматического здоровья. Сделайте письменный вывод и дайте индивидуальные рекомендации по улучшению показателей.

Рекомендуемая литература

1. *Апанасенко, Г. Л.* Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова.- Киев : Здоров'я, 1998.- 246 с.- ISBN 5-311-02743-6. ``

2. *Амосов, Н. М.* Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов.- 3-е изд., доп. и перераб.- Москва : Физкультура и спорт, 1987.- 64 с.- (Физкультура и здоровье). ``

3. *Назарова, Е. Н.* Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебник для вузов / Е. Н. Назарова, Ю. Д. Жилов.- Москва : Издательский центр «Академия», 2007.- 254 с.- (Высшее профессиональное образование).- ISBN 978-5-7695-2653-4.

ГЛАВА II. КУЛЬТУРА ОБЩЕНИЯ И ОСНОВЫ ДЕОНТОЛОГИИ

2.1. Риторика (значение речи)

Ключевые слова: риторика, клиническая риторика, речевая культура, Аристотель, логос, этос, пафос, речевые «сорняки», диалектизмы, варваризмы, коммуникативная компетентность, психотерапевтическое воздействие, барьеры общения.

План

1. Историческая эволюция риторической науки и её теоретические основы. Философская дискуссия Платона и Сократа с софистами. Классическая триада Аристотеля (логос, этос, пафос) и её значение в современном профессиональном общении.

2. Понятие речевой культуры как важнейшего элемента общей культуры человека. Чистота речи и борьба с её деструктивными элементами (диалектизмами, варваризмами, профессионализмами). Профессиональный тезаурус и коммуникативная компетентность специалиста.

3. Роль риторики в медицине и валеологии. Теория клинической риторики. Психотерапевтическое значение слова, интонационные особенности и искусство активного слушания при взаимодействии с пациентом.

Историческая эволюция риторической науки и её теоретические основы. Философская дискуссия Платона и Сократа с софистами. Классическая триада Аристотеля (логос, этос, пафос) и её значение в современном профессиональном общении

Риторика как систематизированная наука и искусство убедительного речевого взаимодействия зародилась в Древней Греции в V–IV веках до н. э. На начальном этапе её развитие во многом определялось деятельностью софистов, которые рассматривали красноречие прагматически – как инструмент достижения победы в судебных тяжбах и политических спорах любой ценой, зачастую пренебрегая объективной истиной. Против такого

подхода решительно выступили Сократ и его выдающийся ученик Платон, которые подвергли софистику жесткой критике. Они утверждали, что истинная риторика должна базироваться на знании объективной истины, проверенной человеческим опытом, и служить нравственному совершенствованию человека, иначе она превращается в грубое и нелепое фиглярство.

Глубокое философское обобщение и систематизацию риторика получила в трудах Аристотеля. В своем классическом трактате «Риторика» он определил её как «способность находить возможные способы убеждения относительно каждого данного предмета». Аристотель тесно связал риторику с диалектикой (логикой) и выделил три фундаментальных элемента убеждения, известных как классическая триада:

- **Логос**- апелляция к разуму, логике и рациональному мышлению аудитории. Этот элемент требует безупречного построения доказательной базы, использования неопровержимых фактов, научных данных, статистических выкладок и логических силлогизмов.

- **Этос**- морально-этическая основа речи, определяющая уровень доверия слушателей к оратору. Этос базируется на демонстрации компетентности, честности, доброжелательности и уважения к аудитории. Люди склонны верить и следовать за теми лидерами или специалистами, чьи личные качества вызывают авторитет и доверие.

- **Пафос**- эмоциональная окраска речи, способность оратора воздействовать на чувства, переживания и мотивы аудитории. Пафос оживляет сухое изложение фактов, делая речь выразительной, запоминающейся и побуждающей к конкретным действиям.

В современном профессиональном общении аристотелевская триада сохраняет свою абсолютную актуальность. Успешный специалист (педагог, валеолог, врач, юрист) должен гармонично сочетать все три элемента: обосновывать свои утверждения логически (логос), вызывать безоговорочное

доверие у собеседника своим профессионализмом (эмос) и эмоционально вовлекать его в процесс совместного решения проблемы (пафос).

Понятие речевой культуры как важнейшего элемента общей культуры человека. Чистота речи и борьба с её деструктивными элементами (диалектизмами, варваризмами, профессионализмами). Профессиональный тезаурус и коммуникативная компетентность специалиста

Культура речи представляет собой многоаспектное понятие, определяемое как умение осуществлять отбор и адекватную организацию языковых средств в точном соответствии с конкретной речевой ситуацией, целями общения и этическими нормами социума. Она выступает важнейшим маркером интеллектуального развития человека и его интеграции в профессиональную среду. Одним из базовых критериев высокой речевой культуры является соблюдение чистоты языка, что требует систематического выявления и искоренения из речи различных категорий «языковых сорняков»:

- **Диалектизмы**- лексические единицы, обороты и фонетические особенности, характерные для узких местных говоров (диалектов) и неуместные в литературной или профессиональной речи.
- **Варваризмы**- неоправданное, избыточное использование иностранных слов и англицизмов при наличии точных и понятных аналогов в родном языке.
- **Жаргонизмы и сленг**- экспрессивная лексика ограниченных социальных групп, разрушающая академический стиль общения и снижающая авторитет говорящего.
- **Профессионализмы**- упрощенные, неофициальные термины, употребляемые специалистами в узком кругу, но недопустимые при общении с клиентами или пациентами (например, употребление искаженных медицинских или технических терминов).

Коммуникативная компетентность современного специалиста базируется на глубоком овладении профессиональным тезаурусом-структурированным массивом научной терминологии, используемым в данной предметной области. Культура профессиональной речи включает в себя:

1. Безупречное владение терминологическим аппаратом своей специальности без подмены понятий.

2. Умение структурировать устное и письменное выступление на профессиональную тему, обеспечивая логическую связность и ясность формулировок.

3. Навыки ведения делового диалога, полилога, участия в дискуссиях и эффективного управления речевым взаимодействием.

Роль риторики в медицине и валеологии. Теория клинической риторики. Психотерапевтическое значение слова, интонационные особенности и искусство активного слушания при взаимодействии с пациентом

В системе помогающих профессий, к которым относятся медицина и валеология, речевое воздействие приобретает статус важнейшего терапевтического и оздоровительного фактора. В последние десятилетия в академической среде активно развивается направление «клинической риторики» (основы которой уходят в гиппократовы традиции коллегиального общения и превентивного консультирования). Клиническая риторика изучает закономерности речевого поведения специалиста в процессе лечебно-профилактического взаимодействия, направленного на установление доверительных отношений, преодоление психологических барьеров и повышение приверженности пациента к здоровому образу жизни.

Слово специалиста обладает мощным психотерапевтическим потенциалом, способным запускать саногенетические механизмы саморегуляции или, напротив, усугублять патологическое состояние при небрежном обращении (явление ятрогении). Своевременное, теплое и

ободряющее слово валеолога порой оказывает на пациента не меньшее физиологическое воздействие, чем фармакологическая терапия.

В процессе общения критически важными оказываются следующие параметры речи специалиста:

- **Интонация и тон.** Тон беседы должен излучать спокойствие, уверенность, искреннюю эмпатию и теплоту. Административно-холодный, равнодушный или отстраненный тон вызывает у обратившегося человека чувство тревоги, незащищенности и недоверия. Решительно недопустима фамильярность, резкость или снисходительно-поучающий тон, разрушающие равенство партнерского диалога.

- **Искусство активного слушания.** Способность выслушать пациента, не перебивая и демонстрируя искренний интерес к его переживаниям, является ключевым условием для разрушения психологических преград. Специалист должен овладеть навыками эмпатического слушания, уметь направлять беседу с помощью открытых вопросов и контролировать собственные вербальные и невербальные проявления.

- **Доступность и ясность изложения.** Согласно Аристотелю, «ясность- главное достоинство речи». Валеолог обязан переводить сложные медицинские и физиологические концепции на доступный для обывателя язык, избегая обилия непонятных терминов, которые могут напугать пациента.

Таблица 3. Сравнительная характеристика авторитарного и партнерского стилей общения

Критерий сравнения	Авторитарный стиль общения	Партнерский (валеологический) стиль
Вектор коммуникации	Субъект-объектный (врач командует, пациент подчиняется)	Субъект-субъектный (врач и пациент совместно управляют здоровьем)

Психологический фон	Дистанция, напряженность, страх совершить ошибку	Доверие, открытость, искренний интерес к личности
Доминирующий метод	Приказы, жесткие предписания, административный тон	Активное слушание, убеждение, мотивация

Контрольные вопросы

1. В чем заключается принципиальное различие в понимании задач риторики между древнегреческими софистами и философами Сократом и Платоном?
2. Охарактеризуйте компоненты аристотелевской триады (логос, этос, пафос). Каково их значение в современной превентологии?
3. Что такое речевая культура и какие деструктивные элементы языка препятствуют эффективному деловому общению?
4. Дайте определение понятию «клиническая риторика». Кем и когда этот термин был обоснован в отечественной практике?
5. Каким образом интонационная окраска и тон речи специалиста влияют на психофизиологическое состояние пациента?
6. Каковы базовые правила организации активного эмпатического слушания в практике педагога-валеолога?

Практические задания

Задание 1

Проведите детальный критический анализ предложенного аудио- или текстового фрагмента реальной беседы специалиста с пациентом (кейс-анализ). Выявите допущенные коммуникативные ошибки (использование непонятных терминов, перебивание, проявление равнодушия, речевые сорняки) и составьте альтернативный, профессионально скорректированный сценарий диалога, опираясь на правила клинической риторики. Результаты оформите в виде аналитической записки по следующей структуре:

1. Краткое описание исходной ситуации коммуникации.
2. Перечень выявленных вербальных и невербальных ошибок специалиста со ссылками на теоретические концепции (этос, логос, пафос, речевые сорняки).
3. Скорректированный вариант диалога.
4. Выводы об ожидаемом саногенетическом эффекте скорректированной беседы.

Задание 2

Разработайте краткий проект (информационный буклет или сценарий публичного выступления) на тему «Формирование мотивации к физической активности у лиц зрелого возраста». В проекте должны быть четко разделены и содержательно наполнены блоки «Логос» (статистические данные, доказанные факты пользы движения), «Этос» (авторитетные мнения ученых, ваша компетентность) и «Пафос» (эмоциональное обращение, воздействие на ценности здоровья и долголетия).

Рекомендуемая литература

1. *Михальская, А. К.* Педагогическая риторика: история и теория : учебное пособие для вузов / А. К. Михальская.- Москва : Издательский центр «Академия», 1998.- 432 с.- ISBN 5-7695-0125-6. ``
2. *Введенская, Л. А.* Культура речи : учебное пособие для вузов / Л. А. Введенская.- Ростов-на-Дону : Феникс, 2001.- 448 с.- ISBN 5-222-01639-5. ``
3. *Один, В. И.* Клиническая риторика в высшей школе / В. И. Один // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.- 2015.- Т. 7, № 4.- С. 112–117. ``

2.2. Деонтология и валеологические принципы для решения ее проблем

Ключевые слова: деонтология, Иеремия Бентам, этика долга, Н. Н. Петров, модель Гиппократ, модель Парацельса, биоэтика, дегуманизация медицины, «врач-больной-прибор», валеологическая деонтология, саногенетическое мышление.

План

1. Понятийно-теоретические основы деонтологии как науки о должном. Происхождение термина и концептуальный вклад Иеремии Бентама. Историческая преемственность и эволюция биоэтических и деонтологических моделей (Гиппократ, Парацельс, Н. Н. Петров, современная биоэтика).

2. Острые деонтологические проблемы современного здравоохранения. Феномен дегуманизации медицины под влиянием высоких технологий, узкой специализации и колоссальной нагрузки на персонал. Проблема «врач-больной-прибор» и этические коллизии коллегиального взаимодействия.

3. Валеологические принципы как методологический инструмент разрешения кризиса деонтологии. Валеологизация врачебного и быденного мышления, пропаганда ЗОЖ, формирование личной ответственности человека за свое здоровье и внедрение партнерской субъект-субъектной модели общения.

Понятийно-теоретические основы деонтологии как науки о должном. Происхождение термина и концептуальный вклад Иеремии Бентама. Историческая преемственность и эволюция биоэтических и деонтологических моделей (Гиппократ, Парацельс, Н. Н. Петров, современная биоэтика)

Термин «деонтология» имеет древнегреческое происхождение (от др.-греч. *deon-* «должное», «обязанность» и *logos-* «учение») и переводится как «наука о должном». В общефилософский дискурс данный термин был введен

выдающимся английским философом и правоведом Иеремией Бентамом в начале XIX века в его посмертно опубликованном труде «Деонтология, или наука о морали» (1834 г.). Бентам понимал под деонтологией учение о правилах профессионального поведения человека, основанных на этической обязанности, долге и полезности. В дальнейшем рамки деонтологии сузились до характеристики профессионального долга в социально значимых сферах, главным образом в медицине и юриспруденции. В отечественной медицинской науке понятие деонтологии укоренилось благодаря выдающемуся хирургу-онкологу академику Н. Н. Петрову, который в 1945 году опубликовал классическую работу «Вопросы хирургической деонтологии», перенеся акцент на практические аспекты врачебного поведения.

В истории развития медицинской этики и деонтологии выделяют четыре исторически сменявшие и дополнявшие друг друга модели поведения:

1. **Модель Гиппократа (принцип «не навреди»- *primum non nocere*).** Сформировалась в античный период. Её ядром является обязательство врача бережно относиться к телу и душе пациента, избегая любых действий, способных ухудшить его состояние. Эта модель требует от врача постоянного самосовершенствования, осторожности в суждениях и безупречной личной чистоплотности.

2. **Модель Парацельса (принцип «делай добро»- *clipeum salutis*).** Оформилась в Средние века. В отличие от пассивного принципа ненанесения вреда, эта модель требует активного деятельного милосердия, сопереживания и установления глубокого душевного контакта между целителем и больным. Отношения здесь строятся по патерналистскому типу «отец- ребенок».

3. **Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).** Базируется на безукоризненном выполнении медиками профессиональных инструкций, корпоративных стандартов и кодексов. Она строго регламентирует вопросы врачебной тайны, коллегиальности,

ответственности за жизнь пациента и жесткой субординации в коллективе. Как подчеркивал академик Б. В. Петровский, «деонтология- это учение о долге врача не только перед больным, но и перед обществом».

4. **Модель биоэтики (принцип «уважения прав и автономии личности»)**. Возникла во второй половине XX века в ответ на развитие биотехнологий. Она провозглашает равные права врача и пациента, обязательность получения информированного добровольного согласия, признание права пациента на самостоятельный выбор стратегии лечения и отказ от патернализма.

2. **Острые деонтологические проблемы современного здравоохранения. Феномен дегуманизации медицины под влиянием высоких технологий, узкой специализации и колоссальной нагрузки на персонал. Проблема «врач-больной-прибор» и этические коллизии коллегиального взаимодействия**

Несмотря на колоссальный технологический прогресс, современная практическая медицина столкнулась с глубоким кризисом деонтологических ценностей, вызванным системными изменениями характера медицинской деятельности. Среди ключевых деонтологических проблем современности выделяются следующие:

- **Дегуманизация отношений в системе «врач-пациент».** Стремительный рост нагрузки на медицинский персонал, необходимость ведения огромного объема документации и жесткие временные лимиты на прием одного пациента привели к формализации общения. У врача не остается ни времени, ни внутренних душевных ресурсов для оказания моральной и психологической поддержки пациенту, индивидуального изучения его личности. Пациент начинает восприниматься как безликий «носитель патологии».

- **Дилемма «врач-больной-прибор».** Внедрение высокотехнологичных методов диагностики (МРТ, КТ, лабораторный скрининг) породило этический парадокс: врач все больше общается с

показаниями приборов и результатами анализов, а не с самим живым человеком. Происходит отчуждение больного от лечебного процесса, снижается роль непосредственного физикального обследования и душевного контакта.

- **Сложности коллегиального взаимодействия.** Узкая специализация медиков привела к тому, что лечением одного пациента часто занимается разрозненный коллектив врачей разного профиля (терапевты, хирурги, анестезиологи, реаниматологи). Это порождает проблемы размытия персональной ответственности за исход лечения и этические конфликты при несовпадении профессиональных мнений, которые недопустимо демонстрировать в присутствии пациента.

- **Проблема неравномерного распределения ресурсов.** Этические дилеммы доступности высокотехнологичной помощи в различных регионах и справедливого распределения дефицитных медицинских ресурсов.

Валеологические принципы как методологический инструмент разрешения кризиса деонтологии. Валеологизация врачебного и обыденного мышления, пропаганда ЗОЖ, формирование личной ответственности человека за свое здоровье и внедрение партнерской субъект-субъектной модели общения

Традиционная деонтология, замкнутая в рамках патогенетической парадигмы, не способна в полной мере разрешить указанные кризисные явления, так как она рассматривает пациента как пассивный объект терапевтического воздействия. Валеология предлагает качественно новый методологический подход к деонтологическим проблемам, базирующийся на идее «валеологизации сознания» как специалистов, так и широких слоев населения.

Центральной идеей валеологической деонтологии является перенос акцента с лечения болезней на совместное, партнерское формирование и укрепление индивидуального здоровья человека посредством активации

саногенетических механизмов. Это достигается путем реализации следующих базовых принципов:

1. **Принцип личной ответственности за здоровье.** Валеология утверждает, что человек является не пассивным потребителем медицинских услуг, а главным субъектом, ответственным за сохранение своего здоровья. Долг валеолога - не просто дать рецепт или рекомендацию, а сформировать у индивида устойчивую мотивацию к здоровому образу жизни (ЗОЖ) и обучить его методам саморегуляции.

2. **Переход к истинно партнерской (субъект-субъектной) модели общения.** Отношения между специалистом и обратившимся к нему человеком строятся на принципах взаимного доверия, уважения автономии личности и совместного принятия решений касательно оздоровительных программ. Специалист выступает в роли квалифицированного консультанта и наставника, а не авторитарного руководителя.

3. **Приоритет превенции и пропаганды ЗОЖ.** Деонтологический долг валеолога обязывает его активно бороться за улучшение качества жизни людей на стадии предболезни («третьего состояния»), предотвращая развитие манифестной патологии. Это требует постоянного просвещения населения по вопросам рационального питания, оптимального двигательного режима, борьбы с вредными привычками и закаливания.

Таблица 4. Сравнительная характеристика этических моделей в медицине

Этическая модель	Фундаментальный принцип	Практическая реализация в медицине
Модель Гиппократ	«Не навреди» (primum non nocere)	Осторожность в словах, защита от физического вреда
Модель Парацельса	«Делай добро» (primum salutis)	Искреннее сочувствие, active терапия

Деонтологическая модель	«Соблюдение долга» перед больным и обществом	Жесткие правила поведения, коллегиальность, сохранение тайны
Биоэтическая модель	Уважение прав, свобод и достоинства личности	Информированное согласие, автономия пациента при лечении
Валеологическая модель	Совместная мобилизация саногенетических резервов	Пропаганда ЗОЖ, разделение ответственности за здоровье

Контрольные вопросы

1. Какова этимологическая структура термина «деонтология» и кто впервые ввел его в структуру этических наук?
2. Каковы основные заслуги академика Н. Н. Петрова в становлении отечественной медицинской деонтологии?
3. Проведите подробный сопоставительный анализ моделей Гиппократа, Парацельса, классической деонтологии и биоэтики.
4. В чем выражается деструктивное влияние дегуманизации и феномена «врач-больной-прибор» на качество лечебно-профилактического процесса?
5. Каким образом валеологическая деонтология меняет роль пациента в системе оздоровления и лечения?
6. Какие гигиенические и этические обязанности возлагаются на валеолога в рамках профилактики неинфекционных заболеваний?

Практические задания

Задание 1

Внимательно изучите предложенную деонтологическую коллизию (ситуационный кейс):

Пациент в возрасте 45 лет с признаками выраженного метаболического синдрома, начальной стадии гипертонической болезни и гиподинамии категорически отказывается менять структуру питания и двигательный режим, требуя от врача исключительно назначения сильнодействующих гипотензивных препаратов, перекладывая всю ответственность за исход заболевания на медицину.

На основе анализа кейса подготовьте письменный деонтологический ответ валеолога. В ответе должны быть отражены:

1. Тактика речевого поведения специалиста по преодолению сопротивления пациента (с использованием приемов клинической риторики).
2. Способы разъяснения пациенту вреда фармакологического паллиатива и необходимости активации саногенеза.
3. Метод мягкого, но аргументированного разделения ответственности за здоровье между специалистом и пациентом.

Задание 2

Составьте проект «Кодекса валеологической деонтологии для специалистов центров здоровья». В проекте сформулируйте 10 ключевых заповедей (правил профессионального поведения), регламентирующих отношение валеолога к своей профессии, к пациентам (здоровым и находящимся в «третьем состоянии»), а также принципы коллегиального взаимодействия и пропаганды ЗОЖ.

Рекомендуемая литература

1. *Петров, Н. Н.* Вопросы хирургической деонтологии / Н. Н. Петров.- 5-е изд.- Ленинград : Медицина, 1945.- 144 с. ``
2. *Яровинский, М. Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика» (деонтология) : учебное пособие / М. Я. Яровинский.- Москва : Медицина, 2004.- 448 с.- ISBN 5-225-04353-9. ``
3. *Силуянова, И. В.* Биоэтика в России: ценности и законы : учебное пособие / И. В. Силуянова.- Москва : Грантъ, 2001.- 192 с.- ISBN 5-89135-177-3. ``

ГЛАВА III. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

3.1. Принципы индивидуального подхода к формированию здорового образа жизни

Ключевые слова: индивидуальный подход, здоровый образ жизни (ЗОЖ), валеологическое воспитание, принцип индивидуализации, стиль жизни, уровень жизни, качество жизни, соматотипирование, мотивация здоровья, саморегуляция.

План

1. Понятие индивидуализации в контексте ЗОЖ. Глубокий философско-валеологический анализ понятий «уровень жизни», «качество жизни» и «стиль жизни» как основа персонального валеологического планирования. Понятие «количества здоровья» по Н. М. Амосову и субъективная ценность здоровья для развивающейся личности.

2. Подробная характеристика биологических и социальных принципов здоровья как основы формирования индивидуального ЗОЖ человека (принцип возрастного соответствия, энергетический, ритмичности, укрепления, аскетизма, нравственности, эстетический, волевой и самоограничительный). Формула и физиологическая интерпретация индекса массы тела (*ИМТ*).

3. Стратегии валеологического воспитания и индивидуально-типологические свойства личности. Психологическая классификация типов отношения к здоровью: саморегулятивный и поддерживающий (пассивный) типы. Роль саморефлексии, самопостроения, самоконтроля и преодоления деструктивных поведенческих паттернов.

Понятие индивидуализации в контексте ЗОЖ. Глубокий философско-валеологический анализ понятий «уровень жизни», «качество жизни» и «стиль жизни» как основа персонального валеологического планирования. Понятие «количества здоровья» по Н.

М. Амосову и субъективная ценность здоровья для развивающейся личности

Один из центральных методологических тупиков, с которым сталкивается классическое санитарно-гигиеническое просвещение, заключается в попытке навязывания населению универсальных, шаблонных рекомендаций по ведению здорового образа жизни. Однако человеческий организм представляет собой сложнейшую открытую мультипараметрическую саморегулирующуюся систему, обладающую уникальными генетическими (генотип), врожденными конституциональными свойствами и индивидуальным жизненным путем (фенотип). Формирование здорового образа жизни должно базироваться на фундаментальном принципе индивидуализации. Этот принцип требует, чтобы любая оздоровительная программа проектировалась с обязательным учетом пола, возраста, характера трудовой деятельности, вегетативного тонуса, соматотипа и исходных адаптационных резервов конкретного человека. Без этого даже самые полезные физические упражнения или диетологические предписания могут привести не к укреплению здоровья, а к выраженному срыву адаптационных механизмов.

Для выстраивания корректной научно-валеологической методологии крайне важно провести четкое понятийное разграничение между тремя ключевыми категориями жизнедеятельности человека, которые часто ошибочно отождествляются в обыденном сознании: уровня, качества и стиля жизни:

- **Уровень жизни** представляет собой строгую социально-экономическую категорию. Он отражает степень удовлетворения материальных, духовных и культурных потребностей людей и базируется на таких показателях, как объем реальных доходов, валовой внутренний продукт на душу населения, жилищные условия, структура потребительской корзины, а также доступность качественного образования и медицинских услуг. Данная категория носит преимущественно общественный и

объективно измеримый характер. При этом важно понимать, что высокий уровень жизни сам по себе автоматически не гарантирует человеку крепкого здоровья. В развитых урбанизированных обществах высокий экономический уровень жизни часто сопровождается так называемыми «болезнями цивилизации»- избыточным перееданием, накоплением висцерального жира, гиподинамией и пагубным пристрастием к рафинированным продуктам и психоактивным веществам.

- **Качество жизни** является комплексной социально-психологической и субъективно-гуманитарной категорией. Оно отражает степень комфорта человека в процессе удовлетворения его базовых и высших потребностей, его личную оценку собственного соматического, психического, эмоционального и социального статуса. Оценка качества жизни включает в себя уровень удовлетворенности экологической обстановкой, ощущение безопасности, наличие или отсутствие хронического болевого синдрома, психологический климат в семье и трудовом коллективе, а также общую экзистенциальную удовлетворенность своим бытием.

- **Стиль жизни** выступает как глубоко поведенческая, индивидуально-социальная и психологическая категория. Она отражает конкретный, исторически сложившийся стандарт и поведенческие паттерны жизнедеятельности отдельного человека, под которые постепенно подстраиваются все психофизиологические и метаболические функции его личности. Стиль жизни включает в себя структуру суточной активности, пищевое поведение, привычки сна, способы реагирования на стрессовые ситуации и наличие осознанных программ самосохранения. Здоровый образ жизни является ядром индивидуального стиля жизни, и именно эта категория находится в зоне абсолютного личного контроля и ответственности человека.

В контексте оценки резервов здоровья огромное теоретическое значение имеет концепция «количества здоровья», разработанная выдающимся кардиохирургом академиком Н. М. Амосовым. Амосов определял количество здоровья как сумму резервных возможностей

основных функциональных систем организма, и в первую очередь его кардиореспираторной и кислородтранспортной систем. Чем выше эти функциональные резервы, тем шире диапазон безопасной жизнедеятельности человека в условиях неблагоприятных воздействий среды без перенапряжения регуляторных систем. Субъективная ценность здоровья для развивающейся личности заключается в осознании того, что здоровье - это не статичное состояние, данное раз и навсегда, а динамический ресурс («капитал»), который необходимо непрерывно преумножать посредством собственных волевых усилий. Как справедливо отмечал Амосов, современная медицина способна спасти жизнь при болезни, но сделать человека здоровым может только он сам путем систематических тренировок и самоограничений.

Подробная характеристика биологических и социальных принципов здоровья как основы формирования индивидуального ЗОЖ человека. Формула и физиологическая интерпретация индекса массы тела (ИМТ)

Научно обоснованное проектирование индивидуального здорового образа жизни базируется на строгой системе фундаментальных принципов, которые традиционно классифицируются на две большие группы: биологические (физиологические) и социальные (нравственно-поведенческие).

Группа **биологических принципов** диктует необходимость соблюдения законов естественной физиологии человеческого тела:

1. *Принцип возрастного соответствия.* Требуется, чтобы любые оздоровительные мероприятия, объемы физической нагрузки, пищевой рацион и продолжительность сна строго соответствовали текущему этапу индивидуального онтогенеза человека. Физиологические резервы и особенности метаболизма ребенка, подростка, зрелого мужчины или пожилого человека кардинально различаются. Нагрузки, стимулирующие развитие в юношеском возрасте, могут спровоцировать необратимый срыв

адаптации и патологические изменения в сердечно-сосудистой системе у человека пожилого возраста.

2. *Энергетический принцип.* Напрямую опирается на закон сохранения энергии. Поступление энергии в организм с пищей (калорийность пищевого рациона) должно быть строго эквивалентно суммарным суточным энерготратам человека, складывающимся из величины основного обмена, специфического динамического действия пищи и затрат на физическую и умственную деятельность. Хронический положительный энергетический баланс неизбежно ведет к накоплению жировых депо и метаболическому синдрому, в то время как отрицательный баланс (без медицинских показаний) истощает пластические резервы клеток.

3. *Принцип ритмичности.* Физиологические процессы в организме генетически детерминированы и подчиняются строгим биологическим ритмам (циркадианным, сезонным, возрастным). Соблюдение постоянного времени засыпания и пробуждения, приема пищи и тренировок синхронизирует работу гипоталамо-гипофизарной системы, оптимизирует секрецию мелатонина, кортизола и соматотропного гормона, обеспечивая максимальную экономичность жизнедеятельности. Нарушение этого принципа (десинхроноз) выступает мощным триггером иммунодефицитных состояний и психосоматических расстройств.

4. *Принцип укрепления.* Любой элемент оздоровительной программы должен носить характер тренировки, способствующей расширению функциональных резервов. Физическая активность должна вызывать адекватное учащение пульса и дыхания («чтобы задохнуться и вспотеть», как писал Н. М. Амосов), запуская механизмы суперкомпенсации и синтеза новых митохондрий в тканях.

5. *Принцип аскетизма (умеренности).* Предусматривает сознательный отказ от пищевых излишеств и вредных пристрастий. В физиологическом плане умеренное ограничение калорийности питания без нутриентного дефицита активирует процессы клеточного очищения

(автофагии), снижает системное воспаление и существенно замедляет биологическое старение организма.

Группа **социальных принципов** определяет характер взаимодействия личности с макро- и микросоциумом, формируя ментальную основу здоровья:

1. *Принцип нравственности.* Психоэмоциональный статус человека тесно связан с его моральными ориентирами. Альтруистичное, социально созидательное поведение способствует формированию стабильного душевного комфорта, активизирует выработку эндорфинов и окситоцина, блокируя избыточное напряжение симпатoadреналовой системы.

2. *Эстетический принцип.* Культура содержания в чистоте своего тела, жилища, эстетика приготовления и приема здоровой пищи вызывают приток положительных эмоций, оптимизируя тонус центральной нервной системы.

3. *Волевой принцип.* Формирование и удержание ЗОЖ- это процесс преодоления эволюционно обусловленной экономии энергии («лени») и сиюминутных удовольствий. Это требует развитого волевого контроля, который физиологически обеспечивается активностью префронтальной коры головного мозга.

4. *Самоограничительный принцип.* Сознательное подавление деструктивных желаний и аддиктивных влечений во имя долгосрочной цели сохранения активного долголетия.

Для количественной оценки физического развития и выявления рисков метаболических нарушений в валеологии и медицине активно используется расчет индекса массы тела (*ИМТ*), предложенный А. Кетле. Математическая модель расчета имеет следующий вид:

$$ИМТ = МТ / Р^2$$

где:

- *ИМТ*- индекс массы тела (в кг/м²);
- *МТ*- фактическая масса тела обследуемого (в килограммах);

- *P*- рост обследуемого (в метрах).

**Таблица 5. Интерпретация индекса массы тела (ВМІ) и
саногенетический прогноз**

Значение ВМІ (в кг/м²)	Клиническая и физиологическая интерпретация	Риск сопутствующих заболеваний (саногенетический прогноз)
Ниже 18.50	Выраженный дефицит массы тела	Повышенный риск иммунодефицита, остеопороза, атрофии мышц, репродуктивных дисфункций.
18.51- 24.99	Нормальный диапазон массы тела	Минимальная заболеваемость, высокий уровень функциональных и метаболических резервов.
25.00- 29.99	Избыточная масса тела (предожирение)	Повышенный уровень липидов, умеренное напряжение сердечно- сосудистой системы.
30.00- 34.99	Ожирение I степени	Высокий риск развития сахарного диабета II типа, атеросклероза, артериальной гипертензии.
35.00- 39.99	Ожирение II степени	Очень высокий риск сосудистых катастроф, жирового гепатоза печени, дегенеративных изменений суставов.
Выше 40.00	Ожирение III степени (морбидное)	Чрезвычайно высокий риск внезапной сердечной смерти, тяжелой дыхательной недостаточности, инвалидизации.

Стратегии валеологического воспитания и индивидуально-типологические свойства личности. Психологическая классификация типов отношения к здоровью: саморегулятивный и поддерживающий (пассивный) типы. Роль саморефлексии, самопостроения, самоконтроля и преодоления деструктивных поведенческих паттернов

Процесс полноценной интеграции здорового образа жизни в структуру личности представляет собой многоэтапный психолого-педагогический цикл. Согласно современным концепциям превентивной психологии, этот процесс включает в себя три обязательных последовательных этапа:

1. *Информационный этап.* Заключается в целенаправленном приобретении и осмыслении объективных научных знаний о физиологии человеческого организма, детерминантах здоровья, факторах риска и сущности ЗОЖ. На этом этапе человек получает базовые интеллектуальные ориентиры.

2. *Психологический этап.* Характеризуется глубокой внутренней перестройкой, в ходе которой полученные сухие знания трансформируются в личные убеждения, ценности и эмоционально окрашенные мотивы. Здоровье начинает восприниматься не как абстрактная биологическая категория, а как базовая ценностная основа для самореализации.

3. *Поведенческий этап.* Представляет собой непосредственное практическое внедрение навыков ЗОЖ в повседневный обиход, их автоматизацию и превращение в устойчивые полезные привычки.

Эффективность прохождения этих этапов напрямую детерминируется индивидуально-типологическими свойствами личности и её сформированным отношением к феномену собственного здоровья. В практической валео-психологии выделяют два полярных типа отношения к здоровью:

- **Саморегулятивный тип.** Характеризуется высоким уровнем субъективного локуса контроля. Личности данного типа глубоко убеждены, что состояние их организма- это прямой результат их собственного

поведения и выбора. Они проявляют высокую познавательную активность, самостоятельно ведут мониторинг веса, артериального давления, физической выносливости. Забота о здоровье гармонично вплетена в их систему жизненных целей, выступая необходимым ресурсом для профессионального роста и творческого долголетия. При возникновении предболезненных состояний они стремятся выявить и устранить причину сбоя регуляции, изменяя стиль жизни.

- **Поддерживающий (пассивный) тип.** Отличается выраженным внешним (экстернальным) локусом контроля. Такие люди относятся к здоровью потребительски, воспринимая его как бесплатный, неисчерпаемый дар природы. Забота о физическом состоянии у них актуализируется эпизодически, исключительно в моменты яркой манифестации болевых симптомов или под жестким давлением со стороны близких и врачей. Примечательно, что поддерживающий тип часто неосознанно использует свои недомогания и болезни как эффективный деструктивный инструмент для достижения вторичных психологических выигрышей: ухода от личной ответственности, оправдания собственной профессиональной несостоятельности, получения сочувствия и гиперопеки со стороны окружения, а также для манипуляции и контроля над членами семьи.

Ключевым условием для успешной трансформации пассивного поддерживающего типа в активный саморегулятивный является развитие у человека навыков глубокой саморефлексии, самопостроения и жесткого самоконтроля. Без внутренней работы по осознанию скрытых выгод от своей болезни невозможно разрушить деструктивные поведенческие паттерны (алкоголизацию, переедание, хроническое недосыпание). Валеологическое воспитание должно быть направлено на то, чтобы побудить человека взять на себя всю полноту ответственности за собственное тело и судьбу.

Контрольные вопросы

1. В чем заключается методологическая сущность принципа индивидуализации в валеологии?

2. Дайте подробную характеристику социально-экономической категории «уровень жизни» и объясните, почему её рост не всегда ведет к улучшению здоровья.

3. Чем отличается категория «качество жизни» от «стиля жизни»? Какая из них является объектом первоочередного валеологического воздействия?

4. В чем суть концепции «количества здоровья» Н. М. Амосова? Какие физиологические системы определяют меру этого количества?

5. Раскройте содержание пяти биологических принципов ЗОЖ. Как принцип ритмичности связан с функционированием гормональной системы человека?

6. Каковы психологические особенности поддерживающего типа отношения к здоровью? Какие «вторичные выгоды» может извлекать личность из своего болезненного состояния?

7. Каким образом осуществляется расчет и клинко-физиологическая интерпретация индекса массы тела (*ИМТ*)? Какие метаболические риски несет высокий показатель *ИМТ*?

Практические задания

Задание 1

Разработайте и оформите подробную «Индивидуальную валеологическую карту здоровья» на основе анализа собственного организма. Карта должна содержать следующие блоки:

1. *Паспортная часть и антропометрия*: Ф.И.О., возраст, рост, масса тела, расчет индекса массы тела (*ИМТ*) с подробным физиологическим выводом.

2. *Гемодинамические показатели*: измерение ЧСС и артериального давления в покое, расчет адаптационного потенциала по методу Р. М. Баевского.

3. *Оценка суточного хронотипа*: заполнение теста на выявление индивидуального биоритма («жаворонок», «голубь», «сова») с

валеологическими рекомендациями по синхронизации режима сна и бодрствования.

4. *Энергетический баланс*: расчет индивидуальной суточной потребности в калориях (с использованием формулы Харриса-Бенедикта) и сопоставление её с реальным дневным рационом питания.

Задание 2

Используя принципы мотивационного интервьюирования и когнитивно-поведенческой коррекции, составьте пошаговый проект психологической беседы валеолога с пациентом поддерживающего типа. Цель беседы- деконструкция психологической защиты пациента, осознание им скрытых причин ухода в болезнь и перевод в активный саморегулятивный статус. В проекте пропишите конкретные терапевтические вопросы и предполагаемые ответы пациента.

Рекомендуемая литература

1. *Петряков, П. А.* Проектное обучение основам здорового образа жизни : учебник для среднего профессионального образования / П. А. Петряков, М. Е. Шувалова.- 2-е изд., испр. и доп.- Москва : Издательство Юрайт, 2025.- 197 с.- (Профессиональное образование).- ISBN 978-5-534-08556-3. ``

2. *Вайнер, Э. Н.* Валеология : учебник для вузов / Э. Н. Вайнер.- 11-е изд., стер.- Москва : ФЛИНТА, 2021.- 448 с.- ISBN 5-89349-329-X.

3. *Назарова, Е. Н.* Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебник для вузов / Е. Н. Назарова, Ю. Д. Жилов.- Москва : Издательский центр «Академия», 2007.- 254 с.- (Высшее профессиональное образование).- ISBN 978-5-7695-2653-4.

3.2. Роль медицинской сестры в пропаганде здорового образа жизни среди населения

Ключевые слова: медицинская сестра, пропаганда ЗОЖ, профилактика заболеваний, гигиеническое просвещение, сестринский процесс, Школы здоровья, методы пропаганды, мотивация здоровья, межсекторальное сотрудничество.

План

1. Профилактическая направленность современного отечественного здравоохранения и сестринского дела. Роль медицинской сестры в гигиеническом просвещении населения, формировании позитивной мотивации и санитарно-просветительной работе. Проблема валеологической грамотности и результаты эмпирических исследований уровня знаний среди молодежи.

2. Формы, методы и средства пропаганды ЗОЖ, применяемые средним медицинским персоналом (индивидуальные, групповые, массовые). Классификация способов управления познавательной деятельностью (информационно-рецептивный, репродуктивный, проблемный).

3. Организация работы «Школ здоровья» в рамках Номенклатуры медицинских услуг. Реализация сестринского процесса по коррекции факторов риска заболеваний. Пять этапов сестринского ухода, диагностика психоэмоциональных нарушений и преодоление социально-экономических барьеров.

Профилактическая направленность современного отечественного здравоохранения и сестринского дела. Роль медицинской сестры в гигиеническом просвещении населения, формировании позитивной мотивации и санитарно-просветительной работе. Проблема валеологической грамотности и результаты эмпирических исследований уровня знаний среди молодежи

Современная парадигма развития здравоохранения диктует необходимость решительного смещения акцентов от пассивного госпитально-терапевтического лечения развившихся патологий к активной, опережающей профилактической работе. Законодательство определяет профилактику как обширный комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, непосредственно направленных на сохранение и укрепление здоровья, предупреждение возникновения и распространения заболеваний на ранних стадиях, а также на формирование здорового образа жизни. В этой масштабной государственной программе средний медицинский персонал, и в первую очередь медицинские сестры, выступают в качестве ведущих субъектов гигиенического воспитания, санитарного просвещения и формирования здорового жизненного стиля у населения.

В валеологической и медицинской практике принято разграничивать два основных уровня профилактической деятельности:

- **Первичная профилактика**- комплекс мероприятий, ориентированных на предотвращение возникновения заболеваний. Она направлена на практически здоровых людей с целью искоренения факторов риска внешней и внутренней среды. Первичная профилактика включает в себя вакцинацию, гигиеническое обучение, организацию рационального питания, обеспечение оптимального уровня двигательной активности и формирование психологической устойчивости к стрессовым факторам среды.

- **Вторичная профилактика**- проводится у лиц, имеющих объективно подтвержденные факторы риска или находящихся в «третьем состоянии», а также у пациентов на начальных стадиях хронических заболеваний. Её цель- своевременное предотвращение манифестации острых патологических процессов, предупреждение обострений, увеличение длительности ремиссий и замедление прогрессирования болезней.

Одной из наиболее острых проблем на пути реализации профилактических программ является критически низкий уровень валеологической грамотности и санитарной культуры населения. Чтобы

продемонстрировать этот дефицит знаний, обратимся к показательным результатам эмпирического исследования, проведенного учеными в Санкт-Петербурге. Исследователи провели сравнительный анализ уровня осведомленности о параметрах собственного здоровья у двух групп молодежи со средним возрастом 18.5 лет: спортсменов-атлетов и студентов творческого вуза (Института живописи, скульптуры и архитектуры имени И. Е. Репина), не занимающихся спортом.

Результаты анкетирования выявили колоссальный разрыв в физиологическом самоконтроле:

- Свое рабочее артериальное давление знают **100% атлетов** и всего лишь **60% студентов-гуманитариев**.
- Показатель своего индивидуального индекса массы тела (*ИМТ*) могут назвать **96% атлетов** и только **25% нетренированных студентов**.
- О своей группе крови осведомлены **80% атлетов** и лишь **50% опрошенных студентов**.

Эти статистические данные наглядно доказывают, что значительная часть практически здорового населения полностью дезориентирована в оценке собственного физиологического статуса и не обладает простейшими навыками самомониторинга. В этих условиях медицинская сестра должна взять на себя функции активного педагога-наставника, способного ликвидировать валеологическую безграмотность и сформировать у пациентов устойчивые мотивы к систематическому самоконтролю показателей здоровья.

2. Формы, методы и средства пропаганды ЗОЖ, применяемые средним медицинским персоналом (индивидуальные, групповые, массовые). Классификация способов управления познавательной деятельностью (информационно-рецептивный, репродуктивный, проблемный)

В профессиональной деятельности медицинской сестры по гигиеническому воспитанию населения используется разветвленная система

организационных форм, методов и каналов передачи информации. В зависимости от масштаба охвата аудитории формы пропаганды ЗОЖ подразделяются на три группы:

1. **Индивидуальные формы.** Включают в себя персональные беседы у постели больного или во время амбулаторного приема, индивидуальные консультации (очные и дистанционные- по телефону, через защищенные мессенджеры и социальные сети), а также ведение персональных дневников здоровья. Индивидуальная работа характеризуется максимальной персонализацией и психологической глубиной, однако имеет ограниченный охват.

2. **Групповые формы.** Реализуются в формате лекций, тематических бесед, групповых дискуссий, интерактивных викторин, круглых столов и занятий в Школах здоровья. Они позволяют эффективно задействовать механизмы групповой динамики и взаимной поддержки пациентов.

3. **Массовые формы.** Направлены на неограниченный круг лиц и включают в себя публикации в печатных СМИ, санитарно-просветительные блоги в сети Интернет, радио- и телепередачи, оформление наглядных уголков здоровья, создание брошюр, памяток и плакатов. Массовая пропаганда обеспечивает максимальный охват населения, но лишена обратной связи.

С точки зрения современной дидактики и теории обучения, медицинские сестры используют три основных способа управления познавательной деятельностью реципиентов при пропаганде здорового образа жизни:

- **Информационно-рецептивный метод.** Базируется на предъявлении готовой, научно верифицированной гигиенической информации. Пациенты воспринимают её посредством слуха и зрения и фиксируют в памяти. Практическим инструментом здесь выступает раздача памяток о вреде курения, лекции о принципах рационального питания,

демонстрация учебных фильмов. Этот метод необходим для формирования первичного когнитивного фундамента.

- **Репродуктивный метод.** Ориентирован на активное воспроизведение пациентами полученных теоретических знаний и выработку устойчивых практических умений. Медсестра не просто рассказывает, а наглядно демонстрирует манипуляцию, после чего пациент повторяет её под её контролем. Примерами служат обучение больного гипертонией технике измерения давления электронным тонометром, тренировка пациента с диабетом расчету хлебных единиц и технике инъекций инсулина, или разучивание комплекса ЛФК.

- **Проблемный метод.** Отличается высокой степенью вовлеченности пациентов. Медсестра не дает готовых ответов, а ставит перед группой валеологическую проблему (например: «как составить сбалансированное меню при дефиците бюджета?» или «как организовать двигательный режим при сидячей офисной работе?»). В процессе интерактивной дискуссии и совместного «поиска истины» участники сами приходят к правильным выводам. Это обеспечивает глубокое творческое усвоение гигиенических норм и высочайшую приверженность к их выполнению.

Организация работы «Школ здоровья» в рамках Номенклатуры медицинских услуг. Реализация сестринского процесса по коррекции факторов риска заболеваний. Пять этапов сестринского ухода, диагностика психоэмоциональных нарушений и преодоление социально-экономических барьеров

Одной из наиболее эффективных и организационно упорядоченных групповых форм гигиенического воспитания населения в первичном звене здравоохранения являются Школы здоровья (школы для пациентов). Согласно действующей государственной Номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России, медицинские сестры принимают

непосредственное участие в проведении лицензированных групповых занятий:

- «Школа для беременных» (код медицинской услуги В04.001.003);
- «Школа для пациентов с сахарным диабетом» (код медицинской услуги В04.012.001);
- Школы для пациентов с артериальной гипертензией, бронхиальной астмой и ишемической болезнью сердца.

Профилактическая деятельность медицинской сестры в рамках Школ здоровья должна осуществляться строго на основе методологии **сестринского процесса**, включающего пять последовательных этапов:

1. Сестринское обследование и диагностика

Медицинская сестра собирает анамнез образа жизни, проводит антропометрию, оценивает *ИМТ* и гемодинамику. Критически важной задачей на этом этапе является своевременное выявление и фиксация психоэмоциональных нарушений пациента (скрытой депрессии, повышенной тревожности, панических атак, тяжелых расстройств сна), а также объективных ограничений к самообслуживанию. Психоэмоциональный дискомфорт блокирует волевые механизмы и выступает главным внутренним барьером на пути к ЗОЖ.

2. Формулирование проблем пациента (сестринский диагноз)

Выявляются как соматические риски (например, высокий риск гипертонического криза из-за избытка соли в диете), так и психологические проблемы (дефицит знаний о физических нагрузках, отсутствие поддержки со стороны семьи).

3. Планирование сестринских вмешательств

Совместно с пациентом разрабатывается реалистичный пошаговый план модификации образа жизни с указанием сроков и конкретных промежуточных целей.

4. Реализация сестринского ухода

Непосредственное выполнение запланированных мероприятий. Медсестра обязана оказывать пациенту глубокую психологическую и эмоциональную поддержку, проявлять сочувствие, терпеливо выслушивать его жалобы и опасения, мотивировать к самостоятельным действиям по укреплению здоровья.

5. Оценка эффективности

Оценивается динамика физиологических показателей (снижение веса, стабилизация давления) и уровень валеологической грамотности пациента. При необходимости план корректируется.

Таблица 6. Этапы сестринского процесса при формировании здорового образа жизни

Этап сестринского процесса	Содержание деятельности медсестры при формировании ЗОЖ	Ожидаемый саногенетический результат
I. Обследование	Скрининг факторов риска, антропометрия, оценка <i>ИМТ</i> , выявление скрытой депрессии и тревоги.	Полная информационная база о физиологических и психологических барьерах пациента.
II. Диагностика	Определение ведущих деструктивных привычек (гиподинамия, нерациональное питание).	Формулирование конкретных поведенческих мишеней для валеологической коррекции.
III. Планирование	Проектирование персонализированной программы питания, движения и режима сна.	Наличие у пациента четкого, понятного алгоритма ежедневных действий.
IV. Реализация	Проведение занятий, психологическая поддержка,	Освоение практических навыков ЗОЖ,

	обучение самоконтролю, вовлечение членов семьи.	преодоление деструктивных привычек.
V. Оценка	Мониторинг веса, ЧСС, приверженности к диете и уровню двигательной активности.	Стабилизация физиологических показателей, переход к саморегулятивному типу поведения.

В процессе работы медицинская сестра неизбежно сталкивается с внешними и внутренними барьерами, препятствующими внедрению ЗОЖ. Ей необходимо владеть технологиями их преодоления:

- *Социально-экономические барьеры (финансовые ограничения).* Пациенты часто оправдывают нежелание менять питание высокой стоимостью «здоровых продуктов». Задача медсестры- доказать, что базовый рацион ЗОЖ (крупы, сезонные овощи, растительное масло, доступные источники белка) экономически выгоднее, чем приобретение рафинированных полуфабрикатов и фастфуда.
- *Временной барьер.* Медсестра обучает пациента техникам тайм-менеджмента, рекомендуя внедрение коротких физических сессий (микротренировок по 10-15 минут) в течение рабочего дня.
- *Дефицит семейной поддержки.* Проводятся семейные консультации, направленные на вовлечение родственников в единую здоровьесберегающую среду.

Контрольные вопросы

1. В чем заключается принципиальное отличие задач первичной и вторичной профилактики заболеваний?
2. Каковы должностные обязанности медицинской сестры в рамках проведения санитарно-просветительной работы?

3. Проанализируйте результаты исследования валеологической грамотности молодежи в Санкт-Петербурге. Какие выводы должен сделать из этого медицинский работник?

4. Дайте подробное описание информационно-рецептивного, репродуктивного и проблемного методов пропаганды ЗОЖ.

5. Каким образом Школы здоровья интегрированы в официальную Номенклатуру медицинских услуг? Приведите коды основных школ.

6. Опишите пять этапов сестринского процесса применительно к коррекции избыточного веса у пациента.

7. Какие социально-экономические барьеры могут препятствовать переходу пациента к здоровому стилю жизни? Как медсестра может помочь в их преодолении?

Практические задания

Задание 1

Составьте подробный технологический план-конспект учебного занятия в Школе здоровья для пациентов с артериальной гипертензией по теме «Гиподинамия как фактор риска и методика дозирования индивидуальных физических нагрузок». В плане-конспекте обязательно отразите применение репродуктивного метода обучения (например, разучивание комплекса дыхательной гимнастики и самоконтроля пульса) и проблемного метода (групповое обсуждение барьеров к движению).

Задание 2

Разработайте авторский макет гигиенического буклета (санитарного бюллетеня), предназначенного для размещения на информационном стенде поликлиники, на тему «Соль и сосуды: как снизить потребление натрия в повседневной жизни». Буклет должен быть ориентирован на широкую аудиторию, содержать доступную инфографику, правила чтения этикеток продуктов и практические советы по замене соли специями.

Рекомендуемая литература

1. *Здоровый человек и его окружение* : учебное пособие для среднего профессионального образования / Э. Б. Кондакова, Е. С. Сысоева.- Москва : КНОРУС, 2023.- 278 с.- (Среднее медицинское образование).- ISBN 978-5-406-11409-4. ``

2. *Расулова, Н. Ф.* Улучшение качества здорового образа жизни среди населения и роль среднего медицинского персонала / Н. Ф. Расулова, Ф. А. Азаматова // *Центральноазиатский журнал междисциплинарных исследований и менеджмента.*- 2024.- Т. 1, № 16.- С. 200–202. ``

3. *Искандарова, Ш. Т.* Роль медицинской сестры в пропаганде здорового образа жизни среди населения / Ш. Т. Искандарова, Р. И. Аскарлова // *Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана.*- 2013.- № 1.- С. 81–83. ``

3.3. Валеологические принципы рационального питания. Формирование культуры здорового и упорядоченного питания

Ключевые слова: рациональное питание, валеологический подход, нутритивный статус, энергетический баланс, закон сохранения энергии, закон химического соответствия, макронутриенты, микронутриенты, циркадные ритмы, пищевое поведение, здоровьесберегающие технологии.

План

1. Валеологическая концепция питания: превентивная методология и отличия от клинической диетологии.
2. Физиолого-гигиенические законы рационального питания в обеспечении индивидуального здоровья.
3. Системное значение макро- и микронутриентов для адаптационного потенциала организма.
4. Хронобиологические основы пищеварения и оптимальный режим питания.
5. Методологические основы формирования культуры здорового пищевого поведения у учащихся.

Валеологическая концепция питания: превентивная методология и отличия от клинической диетологии

Валеологический подход к питанию базируется на фундаментальном понимании пищи как первичного фактора поддержания эндоэкологического гомеостаза, сохранения здоровья и расширения адаптационных резервов человеческого организма. Основоположник отечественной валеологии И. И. Брехман указывал, что здоровье человека определяется его способностью адаптироваться к изменяющимся условиям среды, а пища является главным источником пластических и регуляторных ресурсов для этой адаптации. В отличие от клинической диетологии, которая решает задачи лечебного воздействия на поврежденные органы и системы при конкретных патологиях (например, диеты по Певзнеру при язвенной болезни или почечной

недостаточности), валеология питания ориентирована на первичное сохранение и преумножение здоровья практически здорового человека. Она работает в зоне «третьего состояния»- промежуточного уровня между здоровьем и болезнью, когда резервы организма снижены, но клиническая патология еще не сформировалась.

В валеологической парадигме пища рассматривается не просто как смесь белков, жиров и углеводов, а как самый сложный эволюционно сложившийся информационный и регуляторный комплекс. С позиции современной нутригеномики и эпигенетики, биологически активные компоненты пищи способны выступать в роли лигандов для ядерных рецепторов и факторов транскрипции, напрямую влияя на экспрессию генов, интенсивность воспалительных реакций и скорость старения клеток. Рациональное питание в данном контексте выступает в качестве превентивного инструмента, препятствующего переходу организма из состояния физиологической нормы в состояние маладаптации (предболезни). Таким образом, валеологическое питание- это не ограничение и не лечение, а методология ортотрофии (правильного питания), направленная на обеспечение метаболической гибкости и максимального адаптационного потенциала личности в условиях современной стрессогенной среды.

Физиолого-гигиенические законы рационального питания в обеспечении индивидуального здоровья

Фундаментальную основу валеологии питания составляют четыре физиолого-гигиенических закона, несоблюдение которых неизбежно ведет к деградации индивидуального здоровья.

Первый закон- Закон сохранения энергии

Энергетическая ценность суточного рациона должна строго соответствовать энергетическим затратам организма. В условиях современной гиподинамии этот закон нарушается чаще всего, приводя к избыточному отложению жировой ткани. И наоборот, хронический дефицит

энергии инициирует катаболизм мышечной и соединительной тканей. Математически суточный расход энергии (*СЭПС*) выражается как:

$$СЭПС = ОО \times КФА + ДИТ$$

где *ОО*- величина основного обмена (энергия, необходимая для поддержания жизнедеятельности в состоянии полного физического и психического покоя), *КФА*- коэффициент физической активности, а *ДИТ*- пищевой термогенез (энергия, затрачиваемая на переваривание, всасывание и транспорт нутриентов). Для точного расчета базового метаболизма у лиц разного возраста и пола в современной валеологической практике используется уравнение Миффлина-Сан Жеора:

$$ОО = 10 \times МТ + 6,25 \times Р - 5 \times В + s$$

где *МТ*- масса тела (в кг), *Р*- рост (в см), *В*- возраст (в годах), а коэффициент *s* равен +5 для мужчин и -161 для женщин. Величина суточных потребностей в энергии для взрослых согласно современным стандартам варьирует от 2150 до 3800 ккал/сутки для мужчин и от 1700 до 3000 ккал/сутки для женщин, в зависимости от группы физической активности.

Второй закон- Закон химического соответствия

Химический состав рациона должен соответствовать физиологическим потребностям организма в эссенциальных (незаменимых) и неэссенциальных факторах питания. Человеческий организм не способен самостоятельно синтезировать 8 незаменимых аминокислот, полиненасыщенные жирные кислоты семейства Омега-3 и Омега-6, большинство витаминов и минеральных веществ. Их дефицит блокирует нормальное течение метаболических путей. Согласно действующим нормам физиологических потребностей МР 2.3.1.0253-21, рацион должен содержать строго определенные количества макро- и микронутриентов. Например, суточная потребность в фолатах составляет 400 мкг, в витамине В12- 3,0 мкг, в кальции- от 1000 до 1400 мг, в железе- 10 мг для мужчин и 18 мг для женщин.

Третий закон- Закон ферментативной адекватности

Химическая структура пищи должна соответствовать ферментативному статусу и пищеварительным возможностям организма. Этот закон опирается на теорию адекватного питания академика А. М. Уголева, открывшего мембранное (пристеночное) пищеварение. Если ферментные системы ЖКТ (пептидазы, липазы, амилазы) не справляются с расщеплением полимеров пищи из-за генетических особенностей (например, лактазная недостаточность, целиакия) или приобретенных дисфункций, недорасщепленные макромолекулы подвергаются гниению и брожению в толстом кишечнике. Это вызывает синдром повышенной эпителиальной проницаемости («дырявого кишечника»), интоксикацию и системное иммунное воспаление. В этом контексте важнейшую роль играет кишечная микробиота, которая ферментирует неперевариваемые пищевые волокна (пектины, инулин, целлюлозу) с образованием короткоцепочечных жирных кислот (ацетата, пропионата, бутирата), являющихся ключевыми регуляторами местного и системного иммунитета.

Четвертый закон- Закон биобезопасности

Пищевые продукты не должны содержать в опасных для здоровья концентрациях токсические вещества химического (тяжелые металлы, пестициды, радионуклиды) или биологического (микотоксины, патогенные микроорганизмы, гельминты) происхождения. Нарушение этого закона приводит к острым отравлениям или хроническому накоплению ксенобиотиков, разрушающих системы антиоксидантной защиты организма.

Системное значение макро- и микронутриентов для адаптационного потенциала организма

Оптимизация нутритивного статуса требует глубокого понимания биохимической роли каждого компонента пищи. Согласно МР 2.3.1.0253-21, оптимальный баланс энергии в суточном рационе здорового человека должен обеспечиваться за счет белков на 12–15%, жиров на 30–33%, и углеводов на 55–58%.

Таблица 7. Основные группы нутриентов, их физиологическое значение и последствия дефицита

Группа нутриентов	Суточные потребности (физиологическая норма)	Ведущие физиологические и валеологические функции	Последствия дефицита для адаптационного потенциала
Белки (протеины)	1,2–1,5 г/кг массы тела (не менее 50% белков животного происхождения: мясо, рыба, птица, яйца, творог)	Пластическая (построение всех клеточных структур), ферментативная (все ферменты- белки), иммунная (синтез иммуноглобулинов), транспортная (альбумины, гемоглобин).	Замедление процессов регенерации, мышечная дистрофия (саркопения), снижение иммунной резистентности, задержка роста и развития у детей, падение умственной работоспособности.
Жиры (липиды)	1,0–1,2 г/кг массы тела (из них 30%- растительные масла холодного отжима: оливковое, льняное; ограничение трансжиров)	Формирование фосфолипидного бислоя клеточных мембран, синтез стероидных гормонов и эйкозаноидов, терморегуляция, депонирование жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К).	Нарушение барьерных свойств клеток, дефицит половых гормонов, сухая кожа, ухудшение памяти (мозг состоит из липидов на 60%), дефицит жирорастворимых витаминов.
Сложные углеводы	3,5–5,0 г/кг массы тела (преимущественно цельные злаки, овощи, бобовые; простые сахара не более 10% от калорийности)	Основной источник энергии для клеток (окисление глюкозы, гликолиз), пластический материал (входят в состав нуклеиновых кислот), субстрат для синтеза гликогена.	Хроническая гипогликемия, быстрая утомляемость, снижение концентрации внимания, кетоацидоз (при экстремально низкоуглеводных диетах), мышечная слабость.
Пищевые волокна (клетчатка)	Не менее 20–30 г в сутки (свежие овощи, фрукты, отруби)	Стимуляция перистальтики кишечника, адсорбция и выведение токсинов и холестерина, субстрат для питания полезной микробиоты толстой кишки.	Запоры, дисбиоз кишечника, самоотравление организма (эндотоксинемия), повышенный риск колоректального рака, атеросклероза и сахарного диабета II типа.
Микронутриенты (витамины, минералы)	Согласно индивидуальным возрастным нормам	Коферментная (активация ферментов), регуляция водно-электролитного баланса, антиоксидантная защита, поддержание структуры костей и зубов.	Развитие скрытых гиповитаминозов («скрытый голод»), снижение адаптационных способностей, остеопороз, железодефицитная анемия, зоб.

Хронобиологические основы пищеварения и оптимальный режим питания

Валеологическое значение режима питания определяется его тесной интеграцией с циркадной системой организма. Все процессы в пищеварительном тракте подчинены биологическим часам, регулируемым супрахиазматическим ядром гипоталамуса. В утреннее время (с 07:00 до 12:00) отмечается максимальная активность слюнных и желудочных желез, высокая концентрация пищеварительных ферментов в тонком кишечнике и высокая чувствительность периферических тканей к инсулину. К вечеру (после 18:00) секреция ферментов падает, моторная функция ЖКТ замедляется, а чувствительность к инсулину резко снижается под влиянием нарастающей секреции мелатонина. Прием обильной или богатой простыми углеводами пищи в вечернее время приводит к ее неполному перевариванию и форсированному отложению в жировые депо.

Исходя из этого, валеологически обоснованный режим питания должен отвечать следующим жестким критериям:

- **Интервалы между приемами пищи:** Не более 3,5–4 часов во избежание застоя желчи (холестаза) и резких колебаний уровня глюкозы в крови, провоцирующих диетический стресс.
- **Кратность питания:** 4–5 раз в сутки для обеспечения равномерного распределения нутриентной нагрузки.
- **Распределение калорийности в течение дня:**
 - *Завтрак (07:30–08:30):* 25–30% суточной калорийности. Должен содержать сложные углеводы (каши из цельного зерна) и качественный белок (яйца, сыр) для стабильного обеспечения энергией и предупреждения утреннего пика кортизола.
 - *Второй завтрак (11:00–11:30):* 10–15% суточной калорийности. Легкий перекус (фрукты, орехи, йогурт).

○ *Обед (13:30–14:30):* 35–40% суточной калорийности. Максимальный по объему прием пищи, включающий супы, мясные или рыбные блюда со сложным овощным гарниром.

○ *Полдник (16:30–17:00):* 10% суточной калорийности. Овощная нарезка, горсть ягод или стакан кисломолочного напитка.

○ *Ужин (18:30–19:30):* 15–20% суточной калорийности. Должен быть за 2,5–3 часа до сна и состоять из легкоусвояемого белка (рыба, морепродукты, птица) и некрахмалистых тушеных или свежих овощей.

5. Методологические основы формирования культуры здорового пищевого поведения у учащихся

Пищевое поведение- это совокупность привычек, установок и поведенческих реакций, связанных с выбором, приготовлением и потреблением пищи. В валеологии формирование здорового пищевого поведения рассматривается как важнейшая педагогическая задача. Культура питания не наследуется генетически, а воспитывается в семье и образовательной среде. Валеологическая диагностика позволяет классифицировать нарушения пищевого поведения на три деструктивных типа:

1. **Эмоциогенное пищевое поведение (гиперфагическая реакция на стресс):** Характеризуется стремлением «заесть» любые психоэмоциональные трудности (тревогу, страх, обиду, скуку) пищей с высокой энергетической плотностью (сладкое, жирное). Пища в данном случае выступает суррогатным антидепрессантом, так как углеводы стимулируют временный выброс серотонина и дофамина в головном мозге.

2. **Экстернальное пищевое поведение:** Проявляется в том, что человек ориентируется не на внутренние сигналы сытости (наполнение желудка, уровень глюкозы), а на внешние стимулы- красивую витрину, рекламу еды, накрытый стол, компанию за столом. Это ведет к систематическому перееданию.

3. **Ограничительное пищевое поведение:** Заключается в хаотичном применении жестких несбалансированных диет (монодиеты, голодание), которые неизбежно сменяются срывами с последующим чувством вины и новым витком самоограничений. Этот тип поведения крайне опасен развитием нервной анорексии или булимии у подростков и молодежи.

Педагогическая стратегия формирования здорового пищевого поведения включает в себя:

- Внедрение интерактивных лекториев по нутрициологии в учебный план.
- Обучение учащихся методам осознанного питания (mindful eating)- умению различать истинный физиологический голод и психологический аппетит.
- Организацию мониторинга массы тела (измерение индекса массы тела- ИМТ) как объективного маркера нутритивного статуса.
- Создание здоровой пищевой среды в образовательном учреждении (исключение из буфетов фастфуда, чипсов, сладких газированных напитков и замена их на полезные альтернативы: фрукты, орехи, чистую воду).

Контрольные вопросы

1. В чем состоят ключевые концептуальные различия между клинической диетологией и валеологией питания?
2. Сформулируйте первый закон рационального питания и опишите последствия систематического профицита и дефицита энергии для организма.
3. Какова физиологическая роль эссенциальных полиненасыщенных жирных кислот семейства Омега-3 в функционировании нервной системы?
4. Почему поздний ужин, богатый углеводами, способствует развитию резистентности к инсулину и метаболическим нарушениям?

5. Охарактеризуйте три основных типа деструктивного пищевого поведения и назовите причины их возникновения.

Практические задания

1. **Индивидуальный расчет энергетического баланса и нутриентного профиля:**

- Рассчитайте величину своего основного обмена (*ОО*) по формуле Миффлина-Сан Жеора.
- Определите суточный расход энергии (*СЭП*), умножив *ОО* на индивидуальный коэффициент физической активности (*КФА*).
- Составьте таблицу распределения макронутриентов на сутки в граммах, исходя из соотношения по калорийности: белки- 15%, жиры- 30%, углеводы- 55% (примите, что 1 г белков и углеводов выделяет 4 ккал, а 1 г жиров- 9 ккал).

2. **Ведение и комплексный анализ трехдневного дневника питания:**

- В течение трех дней (два будних и один выходной) фиксируйте в таблице время приема пищи, точный состав блюд и объем порций в граммах.
- Рассчитайте фактическую калорийность и состав макронутриентов каждого приема пищи.
- Сопоставьте фактические данные с вашими индивидуальными нормами. Выявите дефициты и профициты, оцените регулярность питания и соответствие режима циркадным ритмам. Напишите развернутый план коррекции своего рациона.

Рекомендуемая литература

1. *Тутельян, В. А.* Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации : методические рекомендации МР 2.3.1.0253-21 / В. А. Тутельян, А. Ю. Попова. – Москва : Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. – 191 с.

2. *Вайнер, Э. Н.* Валеология : учебник для вузов / Э. Н. Вайнер. – 13-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2020. – 448 с.
3. *Мартинчик, А. Н.* Общая нутрициология : учебное пособие / А. Н. Мартинчик, И. В. Маев, О. О. Янушевич. – Москва : МЕДпресс-информ, 2010. – 392 с.
4. *Королев, А. А.* Гигиена питания : учебник для студентов высших учебных заведений / А. А. Королев. – Москва : Академия, 2014. – 544 с.

3.4. Валеологическое значение психоэмоционального состояния.

Создание антистрессовых программ

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, стресс, дистресс, общий адаптационный синдром, вегетативная нервная система, соматопсихические функции, мышечная система, система исцеления, йога, ушу, растяжка, антистрессовая программа.

План

1. Психоэмоциональное состояние как индикатор и интегральный регулятор соматического здоровья.
2. Нейрогуморальные и вегетативные механизмы адаптации. Общий адаптационный синдром Г. Селье.
3. Феномен психосоматического и соматопсихического единства. Концепция мышечного панциря.
4. Теоретико-методологическое обоснование педагогической коррекции психоэмоционального напряжения учащихся.
5. Технология проектирования и практической реализации комплексных антистрессовых программ.

Психоэмоциональное состояние как индикатор и интегральный регулятор соматического здоровья

В валеологии психоэмоциональное состояние человека рассматривается не просто как субъективное отражение внешнего мира, а как мощнейший интегральный регулятор и тончайший индикатор соматического здоровья. Психоэмоциональный статус напрямую отражает уровень функциональных резервов центральной нервной системы и вегетативного тонуса. Все эмоции имеют чёткое материальное выражение- они мгновенно трансформируются в электрофизиологические, гормональные и иммунологические сдвиги. Стабильное психоэмоциональное состояние характеризуется высоким уровнем психической резистентности,

оптимистичным настроем, сохранностью сна и высокой когнитивной активностью.

Напротив, хронические негативные эмоции (страх, уныние, тревога) переводят организм в режим постоянного выживания, истощая ресурсы адаптации. Валеологический мониторинг показывает, что психоэмоциональное неблагополучие является пусковым крючком для нарушения регуляции всех жизненно важных систем: от сердечно-сосудистой (артериальная гипертензия) до пищеварительной (дискинезия желчевыводящих путей). Таким образом, психоэмоциональное здоровье- это фундамент, на котором выстраивается вся соматическая архитектура человеческого организма.

2. Нейрогуморальные и вегетативные механизмы адаптации. Общий адаптационный синдром Г. Селье

Адаптация организма к любым сильным раздражителям (стрессорам) как физической, так и психической природы осуществляется через сложный каскад нейрогуморальных реакций. Ганс Селье описал этот универсальный неспецифический ответ организма как общий адаптационный синдром (ОАС), протекающий в три строго детерминированные фазы:

1. Стадия тревоги (Alarm reaction)

Возникает сразу при воздействии стрессора. Моментально активируется симпатoadреналовая система (САС). Импульсы из коры головного мозга через гипоталамус поступают к мозговому веществу надпочечников, стимулируя мгновенный выброс катехоламинов- адреналина и норадреналина. Это вызывает реакцию «бей или беги»: частота сердечных сокращений и артериальное давление резко возрастают, бронхи расширяются, происходит шунтирование кровотока (кровь отливает от кожи и органов ЖКТ и устремляется к скелетным мышцам и мозгу), печень выбрасывает в кровь гликоген в виде глюкозы.

2. Стадия резистентности (Resistance)

Если действие стрессора продолжается, организм мобилизует долговременные механизмы адаптации, контролируемые гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой (ГГНС). Гипоталамус выделяет кортикотропин-рилизинг-гормон (КРГ), стимулирующий выработку адренокортикотропного гормона (АКТГ) передней долей гипофиза. АКТГ заставляет кору надпочечников активно синтезировать глюкокортикоиды, в первую очередь кортизол. Кортизол поддерживает высокий уровень глюкозы в крови за счет глюконеогенеза (синтез глюкозы из аминокислот), подавляет воспалительные и иммунные реакции, стабилизирует мембраны лизосом. Организм адаптируется к стрессу и функционирует на пределе своих физиологических возможностей.

3. Стадия истощения (Exhaustion)

Наступает при длительном или сверхсильном воздействии стрессора, когда резервы коры надпочечников истощаются. Синтез кортизола и других адаптивных гормонов резко падает. Это приводит к дистрофическим изменениям в органах и тканях: изъязвлению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (язвы Селье), инволюции тимуса и лимфатических узлов (иммунодепрессия), атрофии скелетных мышц и дегенеративным изменениям в нейронах гиппокампа, что клинически манифестирует в виде депрессии, синдрома хронической усталости и тяжелых психосоматических заболеваний.

Феномен психосоматического и соматопсихического единства.

Концепция мышечного панциря

Человеческий организм представляет собой неразрывное психосоматическое единство. Любая подавленная, неотрагированная эмоция (особенно гнев, страх, стыд) неизбежно находит свое отражение в телесной сфере в виде мышечного напряжения. Австрийский психотерапевт Вильгельм Райх разработал революционную концепцию «мышечного панциря» (Körperpanzer). Согласно его теории, мышечный панцирь- это

стойкий спазм групп скелетных мышц, формирующийся в качестве защиты от сильных эмоциональных переживаний и подавляющий их проявление.

Райх выделил 7 сегментов мышечного панциря, каждый из которых блокирует определенные эмоции:

1. **Глазной сегмент:** спазм круговых мышц глаза, мышц лба. Блокирует плач, страх, гнев. Проявляется «стеклянным», неподвижным взглядом.

2. **Оральный сегмент:** спазм мышц подбородка, рта, горла. Блокирует крик, плач, кусание, выражение гнева. Человек постоянно стискивает зубы (бруксизм).

3. **Шейный сегмент:** спазм глубоких мышц шеи, языка. Блокирует плач, крик, гнев. Проявляется ощущением «кома в горле».

4. **Грудной сегмент:** спазм широчайших, межреберных мышц, мышц лопаток. Блокирует смех, ярость, печаль, любовь. Проявляется поверхностным дыханием.

5. **Диафрагмальный сегмент:** спазм диафрагмы. Блокирует сильный гнев, ярость. Человек не может дышать «животом».

6. **Брюшной сегмент:** спазм прямых и косых мышц живота, мышц спины. Блокирует злость, страх.

7. **Тазовый сегмент:** спазм мышц малого таза, ягодичных и приводящих мышц бедра. Блокирует сексуальное возбуждение, гнев, удовольствие.

Хроническое напряжение мышц ухудшает локальный кровоток, вызывает ишемию и гипоксию тканей, что посылает в ЦНС непрерывную патологическую проприоцептивную импульсацию. Возникает порочный круг: мышечный зажим поддерживает тревогу в головном мозге, а тревога усиливает мышечный зажим. Разрушить этот круг можно с помощью соматопсихического воздействия- специальных физических упражнений, направленных на расслабление скелетной мускулатуры и ликвидацию мышечных блоков.

Теоретико-методологическое обоснование педагогической коррекции психоэмоционального напряжения учащихся

Современный образовательный процесс характеризуется колоссальными объемами информации, высокой плотностью учебной нагрузки, стрессом оценивания и дефицитом времени, что неизбежно ведет к развитию дистресса у учащихся. Педагогическая коррекция этого состояния – это научно обоснованная система воздействий, интегрированная в учебный процесс. Она базируется на принципе соматопсихической релаксации: сознательное управление тонусом скелетных мышц и дыханием позволяет напрямую влиять на эмоциональную сферу.

Увеличение мышечной проприоцепции при расслаблении снижает поток импульсов в ретикулярную формацию ствола мозга, что приводит к угасанию застойных очагов возбуждения в лимбической системе. Педагог в процессе занятий использует методы словесного внушения, аутотренинга и дыхательной саморегуляции, обучая студентов навыкам быстрого снятия нервно-психического напряжения. Это не только повышает умственную работоспособность, но и формирует устойчивый навык самосохранения здоровья в будущей профессиональной деятельности.

Технология проектирования и practicalреализации комплексных антистрессовых программ

Научно обоснованные антистрессовые программы строятся на интеграции методов восточных оздоровительных систем и классической физической культуры. Программа включает в себя четыре взаимосвязанных блока: респираторный, сомато-мышечный, двигательно-координационный и психофизический.

Респираторный блок (Дыхательная гимнастика)

Используются дыхательные упражнения тибетских монахов и пранаямы. Физиологический механизм: при затягивании выдоха и задержках дыхания активируются барорецепторы легких и каротидного синуса, что резко усиливает импульсацию по блуждающему нерву (*nervus vagus*). Это

подавляет активность симпатической нервной системы, снижает ЧСС, расширяет периферические сосуды и купирует панические проявления.

Сомато-мышечный блок (Стретчинг и Асаны йоги)

Включает комплексы упражнений на растягивание скелетных мышц и связочного аппарата. При медленном растяжении мышцы активируются сухожильные органы Гольджи. Сигналы от них поступают в спинной мозг и тормозят активность альфа-мотонейронов, вызывая глубокое рефлекторное расслабление мышцы (явление аутогенного торможения). Это напрямую разрушает «мышечный панцирь» Райха.

Двигательно-координационный блок (Ушу и общеразвивающие упражнения)

Плавные, непрерывные движения ушу, сочетающиеся с глубоким дыханием, а также классические гимнастические упражнения со скакалками, палками и на скамейке. Данная двигательная активность переключает доминантные очаги возбуждения в коре полушарий, улучшает координацию движений, активирует выработку эндорфинов и серотонина, повышает показатели гибкости, силы и силовой выносливости.

Психофизический блок (Релаксация и визуализация)

Классическая аутогенная тренировка по Шульцу, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону, медитативные техники. Направлены на перевод электрической активности мозга в диапазон альфа- и тета-ритмов, соответствующих состоянию глубокого покоя и внутреннего восстановления.

Контрольные вопросы

1. Какова биохимическая роль кортизола в динамике общего адаптационного синдрома?
2. Опишите физиологический механизм взаимного влияния хронического мышечного спазма и уровня тревожности в ЦНС.
3. Перечислите семь сегментов мышечного панциря по В. Райху и объясните их связь с подавленными эмоциями.

4. На каких физиологических механизмах основано успокаивающее действие дыхания с удлиненным выдохом?

5. Какие средства восточных и классических оздоровительных систем наиболее эффективны для коррекции синдрома эмоционального выгорания у учащихся?

Практические задания

1. Разработка комплексной антистрессовой программы (в виде подробной карты-схемы):

○ Разработайте детальный план-конспект антистрессового занятия продолжительностью 60 минут, состоящий из 4 блоков.

○ В сомато-мышечном блоке распишите не менее 8 конкретных упражнений на растяжку различных мышечных групп (сегментов панциря Райха), укажите дозировку (количество повторений, время удержания позы) и методические указания по дыханию.

○ Оформите программу в виде таблицы для практического использования.

2. Экспресс-оценка уровня психосоциального стресса по шкале Л. Ридера:

○ Ответьте на 7 вопросов шкалы Ридера, оценив степень своего согласия с утверждениями (1- «Да, согласен», 2- «Скорее согласен», 3- «Скорее не согласен», 4- «Нет, не согласен»):

1. Пожалуй, я человек нервный.

2. Я очень беспокоюсь о своей работе (учебе).

3. Я часто ощущаю нервное напряжение.

4. Моя повседневная деятельность вызывает большое напряжение.

5. Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение.

6. К концу дня я совершенно истощен физически и психически.

7. В моей семье часто возникают напряженные отношения.

○ Рассчитайте средний балл (сумма баллов, деленная на 7).

Оцените результат: средний балл от 1,0 до 2,0 указывает на высокий уровень

стресса; от 2,1 до 3,0- на средний; от 3,1 до 4,0- на низкий уровень стресса. Напишите рекомендации по коррекции своего состояния на основе полученных результатов.

Рекомендуемая литература

1. *Валеология: здоровье, молодость, красота, долголетие* / В. И. Белов, Ф. Ф. Михайлович. – Москва : Недра Коммюникейшенс Лтд, 1999. – 664 с.
2. *Белов, В. И. Йога для всех* / В. И. Белов. – Москва : КСП, 1997. – 99 с.
3. *Востоков, В. Ф. Индо-тибетская школа омоложения* / В. Ф. Востоков. – Москва ; Санкт-Петербург : Диля, 2001. – 240 с.
4. *Селье, Г. Стресс без дистресса* / Г. Селье ; пер. с англ. – Москва : Прогресс, 1979. – 124 с.
5. *Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса* / Л. А. Китаев-Смык. – Москва : Академический Проект, 2009. – 943 с.

3.5. Валеологическое значение физического воспитания

Ключевые слова: физическое воспитание, двигательная активность, гипокинезия, гиподинамия, здоровьесберегающие технологии, динамизация поз, физкультурные паузы, утомление, аэробная нагрузка, самоконтроль.

План

1. Эволюционно-биологическая роль двигательной активности в жизнеобеспечении человека.
2. Патофизиология гипокинезии и гиподинамии как факторов риска деградации здоровья.
3. Валеологические принципы проектирования оздоровительной физической культуры.
4. Валеологическая организация учебных занятий: здоровьесберегающий аудит и динамизация поз учащихся.
5. Теория и методика проведения физкультурных пауз в образовательном процессе.

Эволюционно-биологическая роль двигательной активности в жизнеобеспечении человека

Двигательная активность является фундаментальной биологической потребностью человеческого организма, сформированной в процессе длительного филогенеза. Эволюция человека проходила в условиях жесткого естественного отбора, требовавшего колоссальных физических усилий для добычи пищи и защиты от хищников. Наш геном, сформировавшийся тысячи лет назад, жестко детерминирован под высокий уровень двигательной активности. Движение в валеологии рассматривается как главный естественный стимулятор саногенеза- комплекса биологических механизмов саморегуляции и восстановления структурно-функциональной целостности организма.

Мышечное сокращение является мощнейшим индуктором гемодинамики, тканевого обмена веществ и пластических процессов. При

работе скелетных мышц они выполняют роль не только исполнительного органа движений, но и эндокринного органа, секретирова особые сигнальные молекулы- миокины (например, ирисин, интерлейкин-6, BDNF). Эти вещества проникают через гематоэнцефалический барьер, стимулируя нейрогенез в гиппокампе (улучшая память и когнитивные функции), регулируют чувствительность тканей к инсулину и активируют липолиз в жировой ткани. Кроме того, проприоцептивный поток импульсов от работающих мышц поддерживает тонус коры головного мозга, обеспечивая высокую умственную работоспособность.

Патофизиология гипокинезии и гиподинамии как факторов риска деградации здоровья

Современная научно-техническая революция освободила человека от необходимости тяжелого физического труда, создав глобальную угрозу здоровью- дефицит движения. Валеологи разделяют два патологических состояния: гипокинезию (ограничение объема и пространственной структуры движений) и гиподинамию (снижение силы мышечных сокращений, вызванное детренированностью или невесомостью).

Хронический дефицит двигательной активности запускает системный каскад патофизиологических изменений:

- **Атрофия скелетных мышц и остеопения:** Из-за отсутствия механического стимула снижается синтез белка в мышечных волокнах, уменьшается количество митохондрий и капилляров. Костная ткань теряет соли кальция, активируются остеокласты, что ведет к остеопорозу и дегенеративным изменениям в суставах и позвоночнике (остеохондроз).

- **Сердечно-сосудистая деградация:** Происходит атрофия миокарда, уменьшается систолический и минутный объем крови. Снижается эластичность кровеносных сосудов, возрастает периферическое сопротивление, что провоцирует развитие эссенциальной гипертензии. Полностью выключается «периферическое сердце»- мышечный насос вен

нижних конечностей, что приводит к ортостатическому застою крови, лимфостазу и варикозной болезни.

- **Метаболический синдром:** В неработающих мышцах резко снижается количество белков-транспортеров глюкозы GLUT-4. Глюкоза перестает усваиваться миоцитами, что запускает компенсаторную гиперинсулинемию и инсулинорезистентность- основу сахарного диабета II типа и атеросклероза.

- **Иммунодефицит и нейропсихические расстройства:** Падает активность Т-киллеров, снижается синтез эндорфинов и BDNF, что клинически выражается в апатии, депрессивных состояниях, росте тревожности и падении общей резистентности к инфекциям.

Валеологические принципы проектирования оздоровительной физической культуры

Проектирование оздоровительных тренировок в валеологии кардинально отличается от спортивной подготовки. Если спорт ориентирован на достижение максимального результата через преодоление физиологических барьеров и истощение ресурсов, то оздоровительная физкультура направлена на мягкое расширение адаптационных резервов организма без его повреждения.

При составлении оздоровительных программ необходимо строго следовать четырем ключевым принципам:

- **Принцип индивидуализации:** Нагрузка должна подбираться строго в соответствии с полом, возрастом, типом телосложения и текущим функциональным состоянием (нутритивным статусом, резервами ССС).

- **Принцип регулярности:** Занятия должны проводиться не менее 3–4 раз в неделю. Физиологические адаптационные следы от одной тренировки (активация ферментов, расширение капиллярного русла) сохраняются в течение 48–72 часов.

- **Принцип постепенности:** Объем и интенсивность нагрузок должны нарастать плавно. Превышение скорости адаптации организма ведет к срыву адаптационных механизмов (перетренированности).

- **Принцип аэробной направленности:** Основу оздоровительной тренировки должны составлять циклические упражнения умеренной мощности (бег, плавание, ходьба на лыжах, езда на велосипеде), выполняемые в аэробном режиме энергообеспечения.

Для контроля интенсивности тренировочной нагрузки используется ЧСС, рассчитываемая по методу Карвонена (с учетом резерва пульса):

$$ЧСС_{цел} = ЧСС_{пок} + Интенсивность \times (ЧСС_{макс} - ЧСС_{пок})$$

где $ЧСС_{пок}$ - частота сердечных сокращений в покое, $ЧСС_{макс} = 220 - Возраст$ - теоретический максимум ЧСС, а *Интенсивность* - коэффициент интенсивности нагрузки (выражается в долях единицы).

Таблица 8. Зоны интенсивности физической нагрузки по Карвонену и их валеологическое значение

Зона интенсивности по Карвонену	Диапазон интенсивности (в % от резерва ЧСС)	Физиологические процессы в организме	Валеологическая цель тренировки
1. Восстановительная	50–60%	Активация микроциркуляции, легкая стимуляция дыхания, утилизация молочной кислоты.	Разминка, заминка, восстановление после тяжелых нагрузок, поддержание базового тонуса.
2. Жиросжигающая	60–70%	Окисление жирных кислот в	Снижение массы тела за счет

(аэробная база)		качестве основного субстрата энергии, рост числа митохондрий в мышечных клетках.	жирового компонента, повышение капилляризации мышц, тренировка выносливости.
3. Кардиозона (аэробно- развивающая)	70–80%	Максимальное раскрытие ударного объема сердца, укрепление дыхательной мускулатуры, рост МПК (максимального потребления кислорода).	Развитие общей аэробной выносливости, укрепление миокарда, повышение метаболической гибкости.
4. Anaerobic threshold (смешанная)	80–90%	Накопление лактата в крови (выше 4 ммоль/л), закисление внутренней среды клеток, активация анаэробного гликолиза.	Повышение порога анаэробного обмена (ПАНО), развитие скоростной выносливости (в оздоровительной физкультуре используется

			ограниченно).
5. Максимальная (субмаксимальная)	90–100%	Предельная нагрузка на сердечно-сосудистую систему, выраженный кислородный долг, субмаксимальный лактат.	Развитие скоростных качеств (в оздоровительных целях практически не применяется из-за риска ишемии миокарда).

**Валеологическая организация учебных занятий:
здоровьесберегающий аудит и динамизация поз учащихся**

Традиционное обучение сопряжено с длительной статической нагрузкой, когда учащиеся вынуждены часами находиться в фиксированном сидячем положении. Это вызывает застой крови в органах малого таза, брюшной полости и нижних конечностях, ухудшает легочную вентиляцию и приводит к стойким нарушениям осанки (сколиозы, кифозы). Валеологическая организация урока призвана нивелировать эти риски через внедрение здоровьесберегающих технологий.

Здоровьесберегающий аудит рассадки учащихся

Размещение учащихся в аудитории должно осуществляться на основе строгого учета их индивидуальных особенностей здоровья :

- Обучающиеся с выраженным снижением остроты зрения (миопия средней и высокой степени, астигматизм) должны рассаживаться на первые парты, расположенные ближе к естественному источнику света (окнам) и учебной доске, чтобы минимизировать спазм аккомодации глазных мышц.
- Учащиеся с нарушениями осанки (сколиотическая болезнь, сутулость) должны размещаться за партами, строго соответствующими их

ростовым характеристикам, с периодическим (раз в 1,5–2 месяца) перемещением на разные ряды парт для изменения угла зрения на доску, что предотвращает формирование асимметричного мышечного тонуса шеи и спины.

Динамизация поз учащихся на уроке

Полный отказ от статичного сидения невозможен, однако статодинамический компонент урока должен быть оптимизирован. Одним из наиболее эффективных методов является методика В. Ф. Базарного (динамизация поз с использованием специальных конторок). Часть урока (15–20 минут) учащиеся работают стоя за высокими конторками, а затем пересаживаются за обычные столы. Это поддерживает постоянный тонус позной мускулатуры, активизирует проприоцептивную систему, улучшает венозный возврат от нижних конечностей и существенно повышает концентрацию внимания.

5. Теория и методика проведения физкультурных пауз в образовательном процессе

Физкультурные паузы (физкультминутки)- это краткие сеансы физических упражнений, интегрированные непосредственно в структуру учебного занятия для оперативного снятия утомления и восстановления умственной работоспособности учащихся.

Ключевые методические требования к организации физкультурных пауз

- **Своевременность проведения (по признакам утомления):** Физкультурную паузу не следует проводить формально в середине урока по таймеру. Педагог обязан инициировать ее при появлении первых объективных признаков начального утомления детского коллектива: двигательное беспокойство (частая смена поз, ерзанье), отвлечение внимания от доски, зевота, снижение скорости письма, появление глупых ошибок.
- **Компенсаторное соответствие нагрузке:** Характер упражнений должен быть строго противоположен характеру предшествующей учебной

деятельности. Если учащиеся долго писали или читали (статическая нагрузка на мышцы кисти, шеи и зрительный аппарат), физкультминутка должна включать упражнения на растяжение мышц-разгибателей пальцев, круговые движения плечами, наклоны головы и гимнастику для глаз. Если урок требовал интенсивного логического мышления, включаются координационные упражнения, активирующие межполушарные связи.

- **Правильная техника выполнения:** Педагог должен не просто называть упражнения, но и лично демонстрировать их, жестко контролируя правильность техники выполнения движений учащимися (особенно наклонов и вращений головой во избежание травматизации шейного отдела позвоночника).

- **Психологический настрой:** Проведение паузы должно сопровождаться позитивным эмоциональным подкреплением, доброжелательным тоном, возможно- музыкальным сопровождением. Педагог кратко комментирует физиологический смысл упражнений (например: «Растягиваем спину, чтобы кровь побежала к нашему мозгу, и мы легко решили следующую задачу»).

Системный эффект применения физкультурных пауз

Регулярное проведение таких микропауз позволяет активизировать мозговое кровообращение, ликвидировать венозный застой во внутренних органах, разгрузить позвоночник и повысить общую умственную работоспособность обучающихся.

Таблица 9. Виды физкультпауз, их физиологическое действие и валеологический эффект

Направленность физкультпауз	Конкретный комплекс упражнений	Физиологический механизм действия	Достижимый валеологический эффект
Офтальмологическая (для глаз)	Зажмуривание глаз на 5	Расслабление ресничной	Профилактика развития

	<p>секунд с последующим открытием, круговые вращения глазами яблоками по часовой и против часовой стрелки, фокусировка взгляда на кончике носа с последующим переносом на удаленный объект за окном.</p>	<p>(цилиарной) мышцы, регулирующей кривизну хрусталика, активация микроциркуляции в сетчатке, увлажнение роговицы слезной жидкостью при мигании.</p>	<p>школьной близорукости (миопии), снятие зрительного напряжения и утомления.</p>
<p>** Axial-разгрузочная (для позвоночника)**</p>	<p>Исходное положение-стоя. Медленный подъем рук через стороны вверх с потягиванием на носках, плавные</p>	<p>Растягивание длинных мышц спины, трапециевидных и больших грудных мышц, декомпрессия межпозвоночных дисков, улучшение</p>	<p>Коррекция и профилактика нарушений осанки (сутулости, сколиоза), снятие болевого синдрома в спине, улучшение</p>

	<p>наклоны туловища в стороны, заведение рук за спину «в замок» с расправлением плечевого пояса.</p>	<p>экскурсии грудной клетки.</p>	<p>вентиляции легких.</p>
<p>** Гемодинамическая (сосудистая)**</p>	<p>Исходное положение- стоя за партой. Быстрый подъем на носки с последующим жестким опусканием на пятки (миогимнастик а Самохина), 10–12 глубоких приседаний в умеренном темпе.</p>	<p>Мощное сокращение трехглавых мышц голени (икроножной и камбаловидной), выполняющих функцию веной мышечной помпы, активизация венозного возврата к сердцу.</p>	<p>Ликвидация застоя крови в брюшной полости и малом тазу, профилактика ортостатической гипотензии, активация общего кровотока.</p>

Контрольные вопросы

1. В чем состоят ключевые патофизиологические последствия гиподинамии для сердечно-сосудистой системы?

2. Какие принципы лежат в основе валеологического проектирования оздоровительных тренировок?
3. Каким образом ЧСС используется для контроля интенсивности нагрузок по методу Карвонена?
4. Сформулируйте гигиенические требования к рассадке учащихся на уроке с учетом их здоровья.
5. Опишите три физиологических маркера утомления, являющихся сигналом к началу проведения физкультурной паузы.

Практические задания

1. Анализ статического напряжения и разработка восстановительного комплекса:

- Проведите хронометраж своей рабочей позы в течение дня. Выявите мышечные группы, подвергающиеся наибольшему статическому напряжению.
- Составьте комплекс из 6–8 упражнений на растяжение и расслабление этих мышц для выполнения непосредственно на рабочем месте.

2. Проектирование валеологической карты-сценария учебного занятия:

- Выберите учебную дисциплину гуманитарного или технического цикла. Разработайте подробный сценарий 45-минутного занятия.
- Внедрите в структуру занятия две физкультурные паузы по 2–3 минуты, подробно расписав для каждой: точное время начала (с указанием симптомов утомления), компенсаторный комплекс из 4–5 упражнений, физиологический механизм действия каждого упражнения и методические указания по их проведению для педагога.

Рекомендуемая литература

1. *Андрюхина, Т. В.* Физическая культура : учебник для 10–11 классов общеобразовательных учреждений / Т. В. Андрюхина, Н. В. Третьякова ; под общ. ред. М. Я. Виленского. – Москва : Русское слово – учебник, 2013. – 176 с.

2. *Апанасенко, Г. Л.* Индивидуальное здоровье: теория и практика / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. – Киев : Медкнига, 2011. – 108 с.
3. *Бальсевич, В. К.* Онтокинезиология человека / В. К. Бальсевич. – Москва : Теория и практика физической культуры, 2000. – 275 с.
4. *Брехман, И. И.* Валеология – наука о здоровье / И. И. Брехман. – 2-е изд., доп., перераб. – Москва : Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.

ГЛАВА IV. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ВАЛЕОЛОГИЯ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ

4.1. Валеологические принципы сексуального и репродуктивного здоровья

Ключевые слова: репродуктивная система, сексуальное здоровье, планирование семьи, контрацепция, 4П-медицина, превентивность, овариальный резерв, бесплодие, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).

План

1. Определение репродуктивного и сексуального здоровья в валеологической парадигме и методологии ВОЗ.
2. Факторы риска и деструктивные агенты, разрушающие репродуктивный потенциал молодежи.
3. Валеологические основы планирования семьи, профилактики нежелательной беременности и абортов.
4. Интеграция концепции 4П-медицины в охрану репродуктивного здоровья.
5. Рекомендации ВОЗ по диагностике и преодолению бесплодия, а также его психоэмоциональным последствиям.

Определение репродуктивного и сексуального здоровья в валеологической парадигме и методологии ВОЗ

Репродуктивное здоровье в современной валеологии и согласно официальному определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) трактуется не просто как отсутствие болезней или нарушений в органах репродуктивной системы, а как состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Данное определение подразумевает, что человек имеет возможность вести безопасную и приносящую удовлетворение половую жизнь, а также обладает свободой выбора в вопросах

воспроизводства: принимать самостоятельные решения о том, заводить ли детей, когда и в каком количестве.

С валеологической точки зрения репродуктивный потенциал является важнейшей составляющей индивидуального здоровья и видовой адаптации. Охрана репродуктивного здоровья включает в себя методы, способы и медицинские услуги, способствующие благополучию за счет предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем. Она также неразрывно связана с сексуальным здоровьем, целью которого является улучшение качества жизни и межличностных отношений. Валеологический подход смещает акцент с клинического лечения патологий на формирование осознанного отношения к своей репродуктивной системе как к ценнейшему ресурсу, требующему бережного сохранения с ранних лет.

Факторы риска и деструктивные агенты, разрушающие репродуктивный потенциал молодежи

Современный образ жизни молодежи сопряжен с рядом угроз, способных нанести необратимый ущерб репродуктивному потенциалу. К основным деструктивным факторам относятся:

- **Слишком раннее начало половой жизни:** Ведет к высокому риску инфицирования из-за физиологической незрелости эпителиальных барьеров репродуктивного тракта у подростков.
- **Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП):** Хламидиоз, гонорея, вирус папилломы человека (ВПЧ) и другие инфекции провоцируют развитие хронических воспалительных процессов в органах малого таза, ведущих к спаечным процессам и трубной непроходимости.
- **Аборты:** Искусственное прерывание первой беременности у молодых женщин грубо нарушает гормональный статус и травмирует эндометрий матки, являясь ведущей причиной вторичного бесплодия и невынашивания беременности в будущем.
- **Деструктивный образ жизни будущих родителей:** Злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотических веществ

вызывают мутагенные изменения в половых клетках (яйцеклетках и сперматозоидах), нарушают сперматогенез у мужчин и овуляцию у женщин.

- **Нерациональное питание и хронический стресс:** Приводят к глубоким метаболическим и гормональным сбоям (например, функциональной гипоталамической аменорее у девушек).

Валеологические основы планирования семьи, профилактики нежелательной беременности и аборт

Планирование семьи- это стратегический инструмент валеологии, направленный на рождение здоровых и желанных детей, сохранение здоровья матери и обеспечение гармонии в семейных отношениях. Основой планирования семьи является использование надежных и безопасных методов контрацепции, позволяющих избежать нежелательной беременности и, как следствие, предупредить проведение аборт.

Валеологические принципы планирования семьи включают:

- **Осознанный выбор методов предохранения:** Подбор контрацепции должен осуществляться совместно со специалистом на основе индивидуальных особенностей организма.

- **Разделение ответственности:** В процесс планирования беременности и предохранения должны быть вовлечены оба партнера. Повышение ответственности мужчин за деторождение и здоровье женщины является ключевым элементом современной культуры планирования семьи.

- **Подготовка к зачатию (прегравидарная подготовка):** Включает ведение здорового образа жизни обоими будущими родителями, сбалансированное питание, отказ от вредных привычек, санацию очагов хронической инфекции и прием эссенциальных микронутриентов (например, фолиевой кислоты) за несколько месяцев до планируемого зачатия.

Интеграция концепции 4П-медицины в охрану репродуктивного здоровья

Современная концепция охраны здоровья базируется на принципах 4П-медицины, которые идеально интегрируются в валеологическую практику:

- **Персонализация (Personalization):** Индивидуальный подход к репродуктивному поведению и выбору контрацепции на основе генетического, гормонального и метаболического профиля конкретного человека.
- **Предикция (Prediction):** Создание вероятностного прогноза репродуктивного здоровья на основе оценки овариального резерва, генетических маркеров тромбофилии или предрасположенности к эндометриозу.
- **Превентивность (Prevention):** Предотвращение заболеваний репродуктивной системы на ранних этапах. Сюда относится регулярный ежегодный профилактический осмотр у акушера-гинеколога и уролога, вакцинация против ВПЧ для профилактики рака шейки матки, поддержание иммунитета и здоровый образ жизни.
- **Партисипативность (Participation):** Мотивированное, осознанное и активное участие самого человека в сохранении своего здоровья, понимание рисков и следование принципам безопасного поведения.

Рекомендации ВОЗ по диагностике и преодолению бесплодия, а также его психоэмоциональным последствиям

Бесплодие признано ВОЗ глобальной проблемой общественного здравоохранения. Для своевременного выявления причин бесплодия у мужчин и женщин ВОЗ рекомендует использовать стандартизированные диагностические алгоритмы.

Основные диагностические рекомендации ВОЗ включают:

- Оценку овариального резерва женщины с использованием подсчета количества антральных фолликулов (КАФ) методом УЗИ или определение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) на 2–3 день менструального цикла. Возраст женщины остается главным предиктором ее овариального резерва и фертильности.

- При лечении бесплодия, вызванного овуляторной дисфункцией на фоне гиперпролактинемии, рекомендовано использование каберголина, имеющего большую эффективность и лучшую переносимость по сравнению с бромокриптином.

- При бесплодии неясной этиологии (идиопатическом бесплодии) ВОЗ рекомендует соблюдать ступенчатый подход: от выжидательной тактики переходить к внутриматочной инсеминации (ВМИ) со стимуляцией овуляции, а при неэффективности - к процедуре экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Важнейшим аспектом, зафиксированным в руководствах ВОЗ, является признание глубоких психоэмоциональных последствий бесплодия. Люди, столкнувшиеся с трудностями зачатия, подвержены высокому риску развития тревожных расстройств, депрессии и ощущения социальной неполноценности. Валеологическое сопровождение таких пар обязательно должно включать оказание профессиональной психосоциальной поддержки на всех этапах диагностики и лечения.

Контрольные вопросы

1. Каково определение репродуктивного здоровья по классификации ВОЗ и в чем его отличие от гинекологического здоровья?
2. Охарактеризуйте основные факторы риска, разрушающие репродуктивный потенциал современной молодежи.
3. Объясните значение и принципы прегравидарной подготовки будущих родителей с позиции валеологии.
4. Каким образом принципы 4П-медицины реализуются в сфере сохранения фертильности человека?
5. Какие методы оценки овариального резерва рекомендует ВОЗ и какова роль возраста в прогнозе фертильности?

Практические задания

1. Составление индивидуальной карты репродуктивного здоровья (превентивный аудит): Разработайте годовой план

профилактических мероприятий для сохранения своего репродуктивного здоровья. План должен включать периодичность визитов к профильным специалистам, перечень необходимых лабораторных исследований (включая гормональный профиль и скрининги) и рекомендации по модификации образа жизни (питание, физическая нагрузка, минимизация стресса).

2. **Кейс-метод «Разработка программы ответственного родительства»:** Предложите проект образовательной программы для молодых пар, направленный на совместное планирование семьи и подготовку к зачатию. Опишите темы занятий, распределение ответственности между партнерами и роль психологической поддержки на этапе прегравидарной подготовки.

Рекомендуемая литература

1. *Пестрикова, Т. Ю.* Репродуктивное здоровье : монография / Т. Ю. Пестрикова, Е. А. Юрасова, И. В. Юрасов.- Москва : Русайнс, 2025.- 316 с.
2. *Охрана репродуктивного здоровья: Руководство ВОЗ.*- Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2024.- 180 с.
3. *Вайнер, Э. Н.* Валеология : учебник для вузов / Э. Н. Вайнер.- 13-е изд., стер.- Москва : Флинта, 2020.- 448 с.

4.2. Подростковый возраст и формирование в нем культуры сексуального воспитания

Ключевые слова: Подростковый возраст, пубертатный период, половое созревание, полоролевое воспитание, полоролевая идентификация, интимная гигиена, психосексуальное развитие, правило нижнего белья.

План

1. Психофизиологические и гормональные особенности подросткового периода. Половое созревание у мальчиков и девочек.
2. Понятие полового воспитания (полоролевой идентификации) и его интеграция в систему нравственного воспитания.
3. Методологические основы полового просвещения по стандартам ВОЗ: информационный, навыковый и ценностный аспекты.
4. Гигиеническая культура подростка: правила ухода за телом, профилактика воспалений и фимоза.
5. Безопасное половое поведение и педагогические технологии преодоления неловкости в обсуждении интимных тем.

Психофизиологические и гормональные особенности подросткового периода. Половое созревание у мальчиков и девочек

Подростковый возраст (пубертатный период) характеризуется мощной перестройкой нейроэндокринной системы, запускающей процессы физического и полового созревания. Под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза происходит активация половых желез, приводящая к резкому росту концентрации половых стероидов (тестостерона у мальчиков и эстрадиола у девочек).

Половое созревание имеет выраженные гендерные особенности:

- **У мальчиков:** Начинается активный рост яичек и полового члена, развиваются вторичные половые признаки (оволосение по мужскому типу, мутация голоса, изменение пропорций тела). Появляются первые поллюции- непроизвольные ночные семяизвержения, свидетельствующие о

начале функционирования репродуктивной системы. Сексуальное влечение у юношей выражено ярко и направлено непосредственно на совершение физического контакта.

- **У девочек:** Развиваются молочные железы, происходит перераспределение жировой ткани по женскому типу, наступает менархе (первая менструация). В отличие от мальчиков, сексуальность девушек на ранних этапах пубертата носит более романтизированный характер, выражаясь в потребности нравиться, влюбляться и получать эмоциональное подтверждение своей привлекательности.

Понятие полового воспитания (полоролевой идентификации) и его интеграция в систему нравственного воспитания

В валеологической педагогике половое воспитание рассматривается как неотъемлемая часть формирования всесторонне развитой личности. Выдающийся советский педагог А. С. Макаренко подчеркивал, что конечная задача полового воспитания- воспитать человека как будущего семьянина, способного «любить красиво, умно, глубоко». В современной науке во избежание неверных трактовок часто используются термины «полоролевое воспитание» (ПРВ) или «воспитание полоролевой идентификации» (ПРИ). Их суть заключается в воспитании мужского и женского начала в соответствии с анатомо-физиологическими признаками пола с целью осуществления функций ответственного отцовства и любящего материнства.

Полоролевое воспитание не может быть автономным или изолированным процессом. Оно должно быть глубоко интегрировано в общую систему нравственного и духовного воспитания личности. Основная цель ПРВ- научить подростков сознательно управлять своими половыми чувствами и влечениями, сформировать моральную устойчивость к деструктивным внешним влияниям и привить высокие этические стандарты взаимоотношения полов.

Методологические основы полового просвещения по стандартам ВОЗ: информационный, навыковый и ценностный аспекты

Согласно руководствам ВОЗ, качественное сексуальное образование должно быть гибким и всесторонним, выходящим далеко за рамки чисто биологических аспектов. Оно включает три фундаментальных компонента:

1. **Информационный компонент:** Предоставление детям и подросткам точной, научно обоснованной и соответствующей возрасту информации о строении тела, процессах размножения, контрацепции и профилактике ИППП.

2. **Навыковый компонент:** Обучение базовым жизненным навыкам- умению принимать осознанные решения, нести ответственность за свое поведение, выстраивать безопасную коммуникацию, отстаивать личные границы и говорить твердое «нет» при давлении со стороны сверстников.

3. **Ценностный компонент:** Формирование позитивных ценностных установок- самоуважения, уважения к партнеру, толерантности и понимания важности обоюдного согласия в любых отношениях.

Внедрение данных стандартов в различных странах сталкивается с социокультурным сопротивлением. Например, в России попытки внедрения уроков полового просвещения в школах неоднократно приостанавливались из-за противодействия консервативной части общества и ограничений, накладываемых законодательством по защите детей от вредной информации. В связи с этим ключевая роль в половом воспитании переносится на институт семьи.

Гигиеническая культура подростка: правила ухода за телом, профилактика воспалений и фимоза

Гормональный взрыв в период пубертата сопровождается резкой активизацией работы потовых и сальных желез, что требует строгого соблюдения правил личной гигиены.

Важнейшие гигиенические требования для подростков включают:

- **Ежедневный душ:** Принимать душ необходимо не менее двух раз в день, особенно тщательно смывая косметику перед сном.

- **Интимная гигиена:** Интимные зоны необходимо подмывать ежедневно теплой проточной водой. Для мальчиков крайне важно регулярно промывать препуциальный мешок (крайнюю плоть) во избежание накопления смегмы, которая при плохой гигиене может инфицироваться и привести к воспалению и сужению крайней плоти (фимозу). Для девочек важно подмываться в направлении «спереди назад» для предотвращения заноса кишечной микрофлоры во влагалище. Злоупотребление агрессивными моющими средствами (мылом) у девочек также вредно, так как может нарушить естественную микрофлору и вызвать воспалительный процесс.

- **Выбор белья:** Нижнее белье должно быть строго хлопчатобумажным, подобранным по размеру, и меняться ежедневно. Полотенце для интимных зон обязательно должно быть индивидуальным.

Безопасное половое поведение и педагогические технологии преодоления неловкости в обсуждении интимных тем

Культура безопасного полового поведения начинает формироваться в раннем возрасте и включает в себя понимание границ собственного тела и правил личной безопасности. Одним из ключевых инструментов безопасности является «правило нижнего белья» (Pants Rule), обучающее ребенка тому, что никто не имеет права без медицинской необходимости прикасаться к зонам, закрытым бельем, или требовать показать их. Родители должны демонстрировать уважение к границам ребенка собственным примером: не ходить раздетыми дома, не переодеваться в присутствии детей, спрашивать разрешения перед объятиями.

При обсуждении интимных тем с подростками педагоги и родители часто сталкиваются с психологическими барьерами. Подростки могут реагировать на серьезный разговор смехом, шутками или напускным равнодушием. Взрослым важно понимать, что такая реакция не является обесцениванием темы- это естественная защитная реакция подростка, помогающая ему справиться со своей неловкостью, стыдом и смущением. Педагогические технологии преодоления этих барьеров включают:

- Использование доверительного, спокойного тона без нотаций и морализаторства.
- Ответы на вопросы на основе строгих научных фактов, называя органы их правильными анатомическими терминами.
- Обучение подростков навыкам саморегуляции, уважения к границам партнера и ценности бережных отношений.

Контрольные вопросы

1. Каковы основные гормональные и психофизиологические отличия полового созревания у мальчиков и девочек?
2. В чем суть понятия «полоролевая идентификация» и почему она рассматривается как комплексная педагогическая проблема?
3. Какие три основных компонента включает в себя концепция сексуального образования по стандартам ВОЗ?
4. Каковы физиологические риски несоблюдения гигиены половых органов у мальчиков в пубертатном периоде?
5. Как следует реагировать взрослому, если подросток смеется или шутит во время обсуждения интимных тем?

Практические задания

1. **Разработка сценария родительского лектория «Как говорить с подростком об изменениях его тела»:** Подготовьте методический проект встречи с родителями подростков 12–14 лет. Сценарий должен включать: краткий обзор физиологических изменений возраста, психологические приемы преодоления неловкости, разбор типичных ошибок родителей и список рекомендуемой литературы для совместного чтения с детьми.
2. **Создание иллюстрированной памятки интимной гигиены для подростков:** Разработайте проект двухстороннего буклета (отдельно для мальчиков или девочек), в котором в доступной, деликатной и научно корректной форме изложены правила ухода за телом в период пубертата. Отрадите вопросы выбора белья, ухода за кожей лица и профилактики воспалительных заболеваний.

Рекомендуемая литература

1. *Киселева, А. В.* Половое воспитание детей и подростков : методическое пособие / А. В. Киселева.- Москва, 2023.- 120 с.
2. *Макаренко, А. С.* Лекции о воспитании детей / А. С. Макаренко.- Москва : Издательство АСТ, 2019.- 256 с.
3. *Уилкинсон, Ф.* Как взрослеют мальчики / Ф. Уилкинсон.- Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2021.- 96 с.
4. *Найк, А.* Как взрослеют девочки / А. Найк.- Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2021.- 96 с.

ГЛАВА V. СОВРЕМЕННЫЕ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК И ЗАБОЛЕВАНИЙ

5.1. Современные валеологические подходы к предотвращению поведенческих проблем среди населения

Ключевые слова: девиантное поведение, валеологический подход, поведенческие девиации, первичная профилактика, здоровьесберегающие технологии, социально-психологический климат, арт-терапия, сказкотерапия, игротерапия, копинг-стратегии.

План

1. Теоретические подходы к сущности девиантного и аддиктивного поведения в валеологической парадигме.
2. Психолого-педагогический скрининг и методологические требования к социометрической диагностике группы.
3. Валеологические здоровьесберегающие технологии и трехэтапная система профилактического сопровождения учащихся.
4. Психолого-педагогические правила коррекции девиаций в семье и микросоциуме при различных поведенческих аномалиях.
5. Практические арт-терапевтические, сказкотерапевтические и традиционные игровые методики коррекции поведения.

Теоретические подходы к сущности девиантного и аддиктивного поведения в валеологической парадигме

В валеологической науке девиантное (отклоняющееся) поведение человека рассматривается как системная деформация его индивидуального образа жизни, характеризующаяся выраженным дефицитом адаптационных резервов и нарушением социального здоровья. В отличие от юридических подходов, оценивающих исключительно правовые рамки проступка, валеологический подход базируется на методологии саногенеза, трактуя любые девиации как проявление глубокой «маладаптации»- неспособности

организма и психики конструктивно реагировать на внешние средовые стрессоры.

В научно-педагогической литературе девиантное поведение классифицируется с разных теоретических позиций. Н. А. Рождественская определяет девиацию как стойкое отклонение от официально принятых в конкретном обществе моральных, правовых, возрастных и этнических стандартов поведения. Ю. И. Бытко дополняет это определение, подчеркивая, что девиантные действия противоречат социальным нормам конкретной микрогруппы и неизбежно ведут субъекта (девианта) к различным формам социальной изоляции, коррекции или принудительного лечения. В то же время, с точки зрения онтогенетического подхода, девиантное поведение часто выступает в качестве деструктивной «возрастной формы инициализации взрослости». Подросток, испытывая дефицит здоровых копинг-ресурсов, прибегает к девиантному поведению как к механизму подражания внешним атрибутам «взрослой» независимости (курение, алкоголизация, агрессия) с целью искусственного повышения своего неформального статуса.

Валеологический анализ позволяет дифференцировать поведение человека на две глобальные категории: стандартное (соответствующее ожиданиям общества и его ценностно-нормативным стандартам) и нестандартное. Нестандартное поведение, в свою очередь, подразделяется на:

- **Неконструктивное (деструктивное):** Направлено на разрушение внешних объектов или самого себя (саморазрушающее поведение, аддикции). Оно выступает как иллюзорная попытка уйти от реальности и компенсировать имеющиеся психические или соматические отклонения от нормы.

- **Креативное (творческое):** Проявляется в форме нового мышления, генерации новаторских идей и действий, выходящих за рамки жестких социальных стереотипов, но приносящих общественную пользу и обогащающих личность.

Социально-валеологический подход ставит своей целью перенаправление деструктивного потенциала девианта в креативное русло посредством изменения стиля жизни и оптимизации социального взаимодействия.

Психолого-педагогический скрининг и методологические требования к социометрической диагностике группы

Эффективное предотвращение поведенческих девиаций невозможно без проведения оперативного скрининга, позволяющего своевременно выявлять латентные очаги социально-психологического неблагополучия в коллективе. Одним из ведущих и научно верифицированных методов групповой диагностики, рекомендуемых к регулярному применению в образовательных организациях, является изучение социально-психологического климата методом социометрии.

Социометрическое исследование направлено на математическую и графическую оценку структуры неформальных межличностных отношений, определение степени сплоченности группы, выявление взаимных симпатий и антипатий, а также идентификацию индивидуального статуса каждого члена коллектива (неформальных лидеров- «звезд», «предпочитаемых», «непринятых» и социально изолированных лиц- «изгоев»).

Для обеспечения высокой достоверности результатов социометрического скрининга педагог-валеолог обязан строго соблюдать следующие методологические правила:

- **Конфиденциальность опроса:** Каждый участник заполняет индивидуальную опросную карту строго самостоятельно. Членам коллектива категорически запрещается совещаться, заглядывать в карты друг друга или устно обсуждать совершаемые выборы.
- **Поддержание позитивной мотивации:** Перед началом исследования необходимо сформировать у учащихся доверительный настрой, объяснить практическую важность их искренних ответов для улучшения

психологического комфорта в группе и исключить любые проявления тревоги перед оцениванием.

- **Максимальный охват группы:** Исследование дает точные результаты только при условии участия всех членов коллектива. Обучающиеся, отсутствующие по уважительной причине в день основного опроса, должны быть вовлечены в процедуру индивидуально в последующие дни.

Данные социометрии в обязательном порядке дополняются непрерывным психолого-педагогическим наблюдением. Педагог отслеживает резкие изменения в динамике поведения учащихся (внезапное падение академической успеваемости, пропуски занятий, эмоциональная нестабильность, сужение круга общения, вспышки немотивированной агрессии), что позволяет своевременно формировать адресные группы профилактического риска.

Валеологические здоровьесберегающие технологии и трехэтапная система профилактического сопровождения учащихся

Современная валеологическая модель превенции девиантного поведения базируется на системном использовании здоровьесберегающих технологий, интегрированных в структуру учебного процесса. Валеологи указывают на неэффективность устаревших, изолированных и унифицированных профилактических лекций, которые часто вызывают у подростков лишь реакцию отторжения. Вместо этого превентивная работа выстраивается как непрерывный процесс психолого-педагогического сопровождения личности на трех взаимосвязанных этапах:

- **Первый этап- Создание условий для формирования безопасного и здоровьесберегающего поведения:** Направлен на создание внешних условий для гармоничного развития. Включает оптимизацию режима труда и отдыха, вовлечение учащихся в активную социально значимую деятельность (творческие конкурсы, спортивные секции, походы,

общественные проекты), что обеспечивает естественную разгрузку нервной системы.

- **Второй этап- Формирование социально-адаптивного, здоровьесберегающего поведения:** Фокусируется на развитии внутренних психологических ресурсов защиты. На этом этапе реализуются специализированные программы, направленные на развитие навыков целеполагания, планирования жизни и долгосрочного прогнозирования последствий своих поступков. Важнейшим элементом является коррекция иррациональных когнитивных убеждений и выработка конструктивных копинг-стратегий. Учащихся обучают экспресс-методам психоэмоциональной саморегуляции для преодоления деструктивных эмоциональных состояний- тревоги, необоснованного страха, чувства вины, гнева и обиды.

- **Третий этап- Социальное развитие личности:** Ориентирован на долгосрочное жизненное самоопределение и успешное накопление позитивного опыта социального взаимодействия. Обучаемому, склонному к девиациям, предоставляется реальная возможность позитивной самореализации в созидательной деятельности, что позволяет удовлетворить потребность в признании без ухода в асоциальные проявления.

Психолого-педагогические правила коррекции девиаций в семье и микросоциуме при различных поведенческих аномалиях

Семья и ближайший микросоциум являются первичным пространством, формирующим поведенческий стиль личности. Валеологическая работа с семьей направлена на повышение психолого-педагогической компетентности родителей и мобилизацию внутренних ресурсов семьи для успешной социализации ребенка. Научные исследования доказывают, что успешное развитие личности в семье напрямую зависит от применения адекватных, последовательных и доброжелательных мер воспитательного воздействия.

Специалистами разработаны строгие дифференцированные правила реагирования взрослых на различные деструктивные поведенческие проявления у детей и подростков:

- **Капризность, упрямство и негативизм:** Взрослым необходимо действовать предельно твердо и последовательно, быть требовательными, но при этом сохранять максимальную тактичность, спокойствие и искреннее доброжелательное отношение. Категорически запрещено срываться на крик, отдавать жесткие авторитарные приказы без объяснения причин, но в то же время нельзя и слепо уступать деструктивным капризам ребенка. Мотивы любых требований родителей должны быть подробно разъяснены и обсуждены с подростком.

- **Склонность ко лжи:** Основой профилактики детской лжи является глубокое уважение взрослых к правдивости ребенка. Родители и педагоги должны на личном примере демонстрировать эталоны абсолютной честности и искренности во всех бытовых мелочах. При обнаружении лжи нельзя оставлять проступок без последствий, однако следует полностью избегать унижительных наказаний, которые провоцируют у ребенка чувство панического страха, незащитности и глубокой депрессии. Ребенок должен твердо знать, что признание вины облегчает последствия проступка.

- **Склонность к воровству:** Требуется деликатного индивидуального внимания. Взрослым необходимо активно формировать у ребенка правильное смысловое содержание понятий «собственность», «честность», «храбрость» и «риск». Рекомендуется практиковать совместное проигрывание и разбор конфликтных ситуаций, помогающие ребенку мысленно встать на позицию пострадавшего человека и прочувствовать его боль и обиду.

- **Побеги из дома и бродяжничество:** Ключевое правило- дать подростку почувствовать на глубинном эмоциональном уровне, что дома его любят, одобряют, ценят и всегда готовы защитить от любых внешних угроз. Взрослым необходимо приложить усилия, чтобы сделать пребывание

ребенка в семье и школе эмоционально привлекательным и комфортным, а также приобрести надежных союзников в лице школьных учителей и одноклассников ребенка.

Для всех видов поведенческих отклонений универсальным правилом является использование родительской власти исключительно в разумных, минимально необходимых пределах. Главной целью семейной психологии является создание для ребенка «ситуации успеха» в его ведущей деятельности (учебе, спорте, творчестве), что эффективно снимает внутреннее эмоциональное напряжение и формирует устойчивую позитивную самооценку.

Практические арт-терапевтические, сказкотерапевтические и традиционные игровые методики коррекции поведения

Интеграция игрового и творческих методик в превентивный процесс позволяет осуществлять коррекцию девиантных паттернов в мягкой, естественной для подростка форме, не вызывая защитных психологических барьеров.

Сказкотерапия

Этот метод основывается на совместном чтении сказок (например, классических произведений А. С. Пушкина) с последующим глубоким психологическим анализом сюжета, характера персонажей и мотивов их поступков. Сказки содержат в себе древние общечеловеческие архетипы поведения, которые легко воспринимаются сознанием ребенка. Сказкотерапия выступает мощным педагогическим инструментом развития эмпатии, эмоционального интеллекта, творческого воображения и навыков бесконфликтной коммуникации.

Арт-терапия и музыкально-двигательная терапия

Художественное творчество (рисование, лепка) способствует безопасной сублимации подавленных агрессивных импульсов, страхов и внутреннего напряжения. Включение элементов музыкально-двигательной терапии - исполнение народных танцев, хороводов под традиционные ритмы-

существенно усиливает двигательную активность, активизирует выработку эндорфинов, улучшает общее физическое самочувствие и стабилизирует настроение.

Игротерапия и традиционные подвижные игры

Подвижные игры являются естественным компенсатором дефицита движения и эффективным регулятором психоэмоционального тонуса. Систематическое включение народных игр в образовательный процесс решает важные валеологические задачи:

- **«Горелки»:** Развивают ловкость, скорость зрительно-моторной реакции, координацию движений в пространстве.
- **«Казачьи-разбойники»:** Стимулируют логическое мышление, стратегическое планирование, пространственную смекалку и навыки командного взаимодействия для достижения общей цели.
- **«Классики»:** Совершенствуют общую моторику рук и ног, развивают вестибулярный аппарат, чувство равновесия и пространственное мышление.
- **«Салочки»:** Эффективно повышают общую физическую выносливость, быстроту двигательной реакции и концентрацию внимания.

Использование данных методов позволяет занять досуг ребенка интересной, развивающей деятельностью, существенно снижая риск попадания под деструктивные влияния внешней среды.

Контрольные вопросы

1. В чем состоят ключевые различия между деструктивным и креативным нестандартным поведением?
2. Перечислите основные методологические правила проведения социометрического исследования в ученическом коллективе.
3. Охарактеризуйте три этапа системы валеологического сопровождения учащихся, склонных к девиантному поведению.
4. Сформулируйте правила поведения родителей при обнаружении детской лжи и воровства.

5. Каковы физиологические и психологические механизмы влияния традиционных подвижных игр на коррекцию агрессивности у детей?

Практические задания

1. **Разработка сценария коррекционно-развивающего занятия по сказкотерапии:** Выберите сказку А. С. Пушкина и составьте подробный план-конспект занятия (45 минут) для учащихся младшего школьного возраста, направленного на коррекцию оппозиционного поведения. Включите вопросы для обсуждения характера героев, творческое задание (арт-терапия) и рефлексию.

2. **Проектирование валеологической карты родительского собрания:** Разработайте проект методических рекомендаций для родителей «Стиль семейного воспитания как фактор профилактики девиаций». Опишите практические примеры создания «ситуации успеха» в домашних условиях для гиперактивного подростка.

Рекомендуемая литература

1. *Клейберг, Ю. А.* Девиантология : учебник и практикум для вузов / Ю. А. Клейберг.- 3-е изд., испр. и доп.- Москва : Издательство Юрайт, 2020.- 161 с.

2. *Мазниченко, М. А.* Профилактика социальных зависимостей подростков : учебное пособие для вузов / под ред. М. А. Мазниченко, Н. И. Нескоромных.- 2-е изд., испр. и доп.- Москва : Издательство Юрайт, 2024.- 227 с.

3. *Левшунова, Ж. А.* Профилактика девиантного поведения у подростков : учебное пособие / Ж. А. Левшунова.- Красноярск : Сибирский федеральный университет, 2022.- 86 с.

5.2. Валеологические подходы к предотвращению наркотической зависимости

Ключевые слова: наркотическая зависимость, психоактивные вещества (ПАВ), первичная профилактика, валеологическое образование, позитивный подход, устрашающий подход, альтернативная деятельность, копинг-ресурсы, саногенез.

План

1. Наркомания и наркотизм как системные угрозы саногенезу и функциональным резервам человека.
2. Сравнительный анализ позитивного и устрашающего превентивных подходов в профилактике зависимостей.
3. Валеологическая модель первичной профилактики: системные компоненты ЗОЖ и альтернативная деятельность.
4. Биохимические и нейрофизиологические механизмы аддикции. Двигательная активность как естественный дофаминовый стимулятор.
5. Методологический синтез современных превентивных подходов при проектировании антинаркотических программ в вузах и школах.

Наркомания и наркотизм как системные угрозы саногенезу и функциональным резервам человека

В валеологической теории наркомания (патологическая зависимость от химических веществ) и наркотизм (социальное явление, выражающееся в немедицинском потреблении ПАВ) трактуются как наиболее опасные формы саморазрушающего поведения личности. Употребление любых психоактивных веществ наносит сокрушительный удар по механизмам саногенеза- естественного самообновления, саморегуляции и поддержания гомеостаза человеческого организма. Токсические агенты стремительно истощают функциональные и адаптационные резервы сердечно-сосудистой, иммунной, эндокринной и центральной нервной систем, переводя человека из состояния здоровья в терминальные стадии физиологической деградации.

Особым, самостоятельным объектом валеологической профилактики выступает так называемая «группа риска». К ней относятся социально уязвимые категории детей и молодежи:

- Лица, лишенные полноценного родительского попечения, ведущие безнадзорный образ жизни и не имеющие постоянного места жительства.
- Подростки, совершившие первые экспериментальные пробы различных психоактивных веществ (алкоголя, табачных изделий, ингалянтов, рецептурных препаратов).

Для этих категорий экзогенное введение ПАВ быстро становится патологическим компенсатором жизненных трудностей, блокируя формирование здоровых адаптивных механизмов личности.

Сравнительный анализ позитивного и устрашающего превентивных подходов в профилактике зависимостей

Исторический анализ превентивной медицины и педагогики позволяет выделить два базовых, принципиально различающихся подхода к построению профилактической информации:

Устрашающий подход

Базируется на жестком запугивании аудитории посредством демонстрации шокирующих, необратимых соматических последствий наркотизации (некрозы тканей, поражения мозга, летальные исходы). Сообщения в рамках данного подхода целенаправленно внушают сильный страх и ужас перед ПАВ.

Однако многолетний международный опыт доказал крайне низкую эффективность и даже потенциальный вред исключительно запугивающих методов:

- У подростков часто срабатывают защитные механизмы отрицания («со мной этого точно не случится») или недоверия к взрослым, обвиняемым в искажении и преувеличении реальных эффектов веществ.

- Вызывая сильную безотносительную тревогу, запугивание может спровоцировать подростков группы риска на новые дозы употребления ПАВ с целью подавления возникшего страха и дискомфорта.

- Разовые, хаотичные пугающие акции не позволяют сформировать у подростков реальные навыки противостояния давлению наркогенной среды.

Позитивный подход

Рассматривается современной валеологией как наиболее эффективный и перспективный метод долгосрочной первичной профилактики. Данный подход характеризуется следующими ключевыми чертами:

- Наличие проблемы открыто признается, однако она позиционируется не как фатальный тупик, а как сложный жизненный вызов, преодоление которого становится отправной точкой для начала успешной «новой жизни».

- Делается жесткий акцент на личную, персональную ответственность человека за свое здоровье и абсолютную внутреннюю свободу его выбора в пользу чистой жизни.

- Проводится логическое и яркое эмоциональное обоснование привлекательности и успешности здорового образа жизни (ЗОЖ) без допингов.

- Предоставляется реальная психологическая и социальная поддержка, мягко развеиваются опасные мифы о «безопасных наркотиках», формируется гуманное отношение к зависимым людям с фокусом на их реабилитацию.

- Взаимодействие с молодежью строится без скучного морализаторства, нудных нотаций и приказов; беседа ведется исключительно в режиме равноправного диалога, активной дискуссии и совместного поиска ответов.

Валеологическая модель первичной профилактики: системные компоненты ЗОЖ и альтернативная деятельность

Первичная (универсальная) профилактика наркомании- это комплекс мер, направленный на предупреждение употребления ПАВ среди всего населения посредством формирования в обществе непререкаемого культа здорового образа жизни, семейных ценностей, созидательного труда, спорта и творчества. Валеологический метод первичной профилактики заключается в исследовании путей повышения индивидуальных резервов здоровья человека и внедрении здоровьеразвивающих технологий,.

Согласно современным представлениям, полноценный ЗОЖ включает восемь взаимосвязанных компонентов:

1. **Рациональное питание:** Сбалансированное, регулярное, адекватное энергозатратам.
2. **Режим труда и отдыха:** Обеспечение здорового, достаточного сна и эффективной смены деятельности.
3. **Оптимальный двигательный режим:** Регулярная физическая активность с учетом индивидуальных возможностей организма (борьба с гиподинамией).
4. **Адекватное сексуальное поведение:** Осознанное и безопасное отношение к сексуальной сфере.
5. **Эмоциональная устойчивость:** Психогигиена, позитивное мышление, регулярное использование методик саморегуляции.
6. **Личная и общественная гигиена:** Высокий уровень медицинской грамотности и владение навыками самоконтроля.
7. **Безопасное поведение:** Минимизация рисков травматизма в быту, на работе и на улице.
8. **Отказ от саморазрушающего поведения:** Категорическое исключение табакокурения, алкоголизации и наркотизации.

Валеологическая профилактика стремится заместить тягу к искусственным стимуляторам вовлечением молодежи в активную альтернативную деятельность. Занятия спортом (плавание, танцы, гребля на

байдарках) позволяют эффективно выплеснуть накопленный негатив, разгрузить психику и переключить внимание с жизненных проблем.

Огромное значение имеет интеграция в профилактическую работу олимпийских идеалов и принципов «Фэйр Плэй» (честной игры), которые воспитывают у молодых спортсменов абсолютное неприятие допинга и любых химических стимуляторов. Систематическая работа организуется через клубы ЗОЖ, регулярные кураторские часы, а также периодические интерактивные форматы (дискуссии, интернет-флешмобы, форум-театры).

Биохимические и нейрофизиологические механизмы аддикции.

Двигательная активность как естественный дофаминовый стимулятор

Нейробиологическая основа формирования зависимости заключается в глубоком и агрессивном вмешательстве молекул ПАВ в естественные биохимические процессы головного мозга. В норме мозг человека вырабатывает собственные эндогенные нейромедиаторы (эндорфины, энкефалины, дофамин, эндогенный этанол), которые обеспечивают передачу нервных импульсов, регулируют эмоциональный тонус и формируют чувство удовлетворения.

При введении экзогенного психоактивного вещества (алкоголя, никотина, наркотика) в организме происходит неестественно мощный выброс этих медиаторов, вызывающий состояние эйфории. В ответ на это запускается компенсаторный механизм: мозг полностью прекращает синтез собственного эндоэтанола и эндорфинов до тех пор, пока принятый алкоголь или наркотик не будет полностью переработан и выведен. При систематическом употреблении ПАВ выработка собственных «гормонов радости» прогрессивно снижается, а чувствительность рецепторов падает. Возникает выраженный внутренний нейрохимический дефицит.

Без новой дозы химического вещества человек начинает испытывать тяжелый физический и эмоциональный дискомфорт (абстиненцию), чувствует себя полностью разбитым, больным и недееспособным, что формирует стойкую психическую и физическую зависимость. Примером

является действие никотина: он временно облегчает синаптическую передачу импульсов, искусственно возбуждая мозговые процессы, но неизбежно сменяется длительным и глубоким торможением ЦНС, так как истощенному мозгу требуется экстренное восстановление.

Естественным, биологически обоснованным компенсатором этого процесса выступает оздоровительная физическая культура. Регулярные мышечные тренировки умеренной аэробной мощности стимулируют естественную выработку гипофизом бета-эндорфинов и дофамина, вызывая феномен «мышечной радости» (естественной эйфории бегуна). Это позволяет восстановить нарушенный нейромедиаторный баланс ЦНС, снять депрессивные проявления и ликвидировать саму биологическую потребность в искусственной химической стимуляции.

Методологический синтез современных превентивных подходов при проектировании антинаркотических программ в вузах и школах

Проектирование современных профилактических антинаркотических программ в образовательной среде должно строиться как научно обоснованный синтез пяти ведущих методологических подходов:

1. **Подход, основанный на эмоциональном обучении:** Направлен на повышение индивидуальной самооценки обучающихся, развитие навыков принятия ответственных решений, обучение конструктивным способам преодоления стресса без обращения к ПАВ,.

2. **Подход, основанный на формировании навыков личностного поведения и межличностного общения:** Фокусируется на развитии коммуникативных компетенций, преодолении барьеров в общении, обучении конструктивному выходу из конфликтных ситуаций,.

3. **Подход, основанный на роли социальных факторов (поведенческий подход):** Направлен на формирование устойчивости к негативному социальному давлению сверстников, манипуляциям референтных групп и скрытому воздействию деструктивной рекламы в СМИ. Особое внимание уделяется подросткам в возрасте 14–18 лет: у них активно

вырабатывается и закрепляется навык уверенного пошагового отказа в ситуациях наркогенного давления- твердое умение сказать «НЕТ!».

4. Информационный подход (образовательный компонент):

Обеспечивает предоставление строго достоверной, научной и возрастно-адекватной информации о влиянии химических веществ на органы и системы, механизмах формирования зависимости и тяжелых социальных последствиях наркотизма,. Учащиеся должны четко понимать патофизиологическую картину болезни зависимости.

5. Подход, основанный на организации альтернативного здорового досуга:

Предусматривает вовлечение обучающихся (особенно относящихся к группе риска) в спортивные соревнования, праздники здоровья, творческое самовыражение и общественно значимую волонтерскую деятельность.

Максимальная эффективность антинаркотической профилактики достигается только при условии скоординированного, слаженного взаимодействия педагогов, школьных психологов, медицинских работников, родителей и общественных организаций.

Контрольные вопросы

1. Какие категории подростков и молодежи включаются в «группу риска» по наркозависимости?
2. Объясните, почему исключительно устрашающий подход малоэффективен в первичной профилактике наркомании.
3. Назовите восемь основных компонентов здорового образа жизни согласно валеологической классификации.
4. Опишите биохимический механизм снижения выработки собственных эндорфинов при употреблении ПАВ.
5. Какие пять методологических подходов составляют основу проектирования современных антинаркотических превентивных программ?

Практические задания

1. **Разработка интерактивного тренинга «Умей сказать – НЕТ!»:** Составьте подробный план ролевой игры для старшеклассников (15–17 лет). Разработайте 3 типичных сценария наркогенного давления в компании сверстников и пошаговый алгоритм безопасного и уверенного отказа для каждого случая.

2. **Проектирование структуры валеологического буклета на основе позитивного превентивного подхода:** Разработайте текстовый макет двусторонней листовки для студентов вузов, направленной на пропаганду ценностей ЗОЖ. Полностью исключите запугивающие образы и сухие нравоучения. Сделайте акцент на свободе выбора, развитии копинг-ресурсов и преимуществах здорового досуга.

Рекомендуемая литература

1. *Вайнер, Э. Н.* Валеология : учебник для вузов / Э. Н. Вайнер.- 13-е изд., стер.- Москва : ФЛИНТА, 2021.- 448 с.

2. *Липский, И. А.* Профилактика зависимостей : учебник / И. А. Липский, Л. Е. Сикорская, О. Г. Прохорова ; под ред. И. А. Липского.- Москва : Издательство Юрайт, 2024.- 182 с.

3. *Основы валеологии* : учебное пособие / под ред. О. Н. Московченко.- Красноярск : СФУ, 2020.- 304 с.

5.3. Валеологические подходы к профилактике алкоголизма

Ключевые слова: алкоголизм, этанол, первичная профилактика, вторичная профилактика, третичная профилактика, саногенез, ЗОЖ, копинг-стратегии, эндогенный этанол, альтернативная деятельность.

План

1. Алкоголь как системный токсический депрессант и угроза саногенезу.
2. Биохимические механизмы формирования алкогольной зависимости и роль эндогенного этанола.
3. Три уровня валеологической профилактики алкоголизма (первичная, вторичная, третичная).
4. Социально-педагогические и психологические здоровьесберегающие технологии превенции.
5. Практические методики преодоления аддиктивного поведения и альтернативная активность.

Алкоголь как системный токсический депрессант и угроза саногенезу

С точки зрения валеологической науки, алкоголь (этиловый спирт, этанол) представляет собой мощный протоплазматический яд и системный депрессант центральной нервной системы. Поступление этанола в организм разрушает естественные саногенетические барьеры и грубо нарушает гомеостаз. Как малая полярная молекула, этанол мгновенно преодолевает гематоэнцефалический барьер и встраивается в липидный бислой мембран нейронов, нарушая их жидкость и проводимость.

Токсический эффект этанола носит всеобъемлющий характер:

- **Нейротоксичность:** Вызывает гибель нейронов коры головного мозга и мозжечка, инициирует атрофию мозгового вещества, ведет к когнитивному дефициту и эмоциональной уплощенности личности.

- **Кардио- и гепатотоксичность:** Провоцирует жировое перерождение печени (стеатогепатит) с последующим переходом в цирроз, а также вызывает алкогольную кардиомиопатию.

- **Подавление иммунной защиты:** Угнетает фагоцитарную активность макрофагов и снижает синтез интерферонов, делая организм беззащитным перед инфекциями.

Алкоголизация полностью парализует процессы самообновления клеток, снижает адаптационный потенциал человека и переводит его в состояние глубокой маладаптации и деградации соматического здоровья.

Биохимические механизмы формирования алкогольной зависимости и роль эндогенного этанола

Формирование патологического влечения к спиртному имеет под собой глубокую биохимическую основу. В норме в организме человека в процессе метаболизма углеводов (в основном в просвете кишечника под воздействием микрофлоры и в клетках печени) постоянно синтезируется небольшое количество **эндогенного этанола**, концентрация которого в крови составляет около *0,01–0,03% в крови*. Эндогенный этанол играет важную роль в адаптации к стрессу, поддержании энергетического баланса клеток и регуляции проницаемости клеточных мембран.

При систематическом употреблении экзогенного алкоголя запускаются следующие деструктивные механизмы:

1. Организм мгновенно прекращает выработку собственного эндогенного этанола (а также эндорфинов) до тех пор, пока весь принятый извне алкоголь не будет полностью переработан и выведен.

2. Чем больше и регулярнее человек потребляет алкоголь, тем сильнее угнетается естественный синтез эндогенных регуляторов метаболизма.

3. В результате возникает выраженный внутренний нейрохимический дефицит, формирующий сильнейшее физиологическое желание восполнить нехватку эндорфинов и этанола извне.

4. Без очередной дозы спиртного человек начинает испытывать симптомы абстиненции (разбитость, мышечную слабость, депрессию, тревогу, тремор), чувствуя себя полностью недееспособным, что свидетельствует о сформированной физической зависимости от ПАВ.

ВОЗ определяет условные пороговые лимиты потребления алкоголя, превышение которых резко увеличивает риски деградации здоровья. Для мужчин относительно безопасной дозой считается употребление не более 30 мл чистого этанола в сутки (что эквивалентно 75 г водки, 300 г сухого вина или 0,5 л пива). Для женщин этот лимит составляет 20 мл этанола (50 г водки, 200 г вина или 0,33 л пива). Важнейшим валеологическим требованием ВОЗ является наличие как минимум двух абсолютно трезвых дней в неделю (не идущих подряд друг за другом) во избежание привыкания и истощения ферментных систем печени (алкогольдегидрогеназы).

Три уровня валеологической профилактики алкоголизма (первичная, вторичная, третичная)

Система валеологической защиты населения от алкоголизации строится по трехэтапному принципу:

Первичная профилактика (универсальная)

Ориентирована на широкие слои населения, в первую очередь детей и подростков. Ее ключевая задача - не допустить первого употребления алкоголя. Реализуется через образовательные программы в учебных заведениях, масштабные социальные кампании в СМИ, законодательные инициативы (ограничение времени и мест продажи алкоголя, запрет на покупку спиртного несовершеннолетними) и активное вовлечение молодежи в спорт и творчество,.

Вторичная профилактика (селективная)

Направлена на выявление лиц из группы риска (подростки из неблагополучных семей, лица с первыми признаками злоупотребления). Проводится скрининг рисков, организуются психологические консультации,

группы поддержки и тренинги личностного роста для преодоления ранних стадий зависимости.

Третичная профилактика (симптоматическая)

Ориентирована на выздоравливающих людей, прошедших лечение от алкоголизма. Ее главная цель - удержать человека от рецидивов и срывов. Включает глубокую психологическую работу, семейную терапию, организацию встреч с бывшими алкоголиками для создания позитивных поведенческих паттернов и клубы самопомощи (например, сообщества Анонимных Алкоголиков).

Социально-педагогические и психологические здоровьесберегающие технологии превенции

Успешное предотвращение алкогольной аддикции требует применения комплексных социально-педагогических и психологических технологий:

- **Формирование социальной и персональной компетентности:** Обучение подростков навыкам уверенного социального взаимодействия, преодоление застенчивости, развитие лидерских качеств и умения брать на себя ответственность за свою жизнь.
- **Развитие адаптивных копинг-стратегий:** Обучение методам преодоления жизненных кризисов, неудач и стресса без обращения к алкогольному «наркозу». Подросток должен уметь справляться со скукой, одиночеством и тревогой с помощью психологической саморегуляции.
- **Формирование функциональной семьи:** Работа со взрослыми членами семьи, ликвидация гиперопеки или, напротив, эмоционального отвержения ребенка, создание в доме теплой поддерживающей атмосферы, где установлены четкие и понятные правила поведения,.
- **Преодоление барьеров осознания эмоций:** Специализированные психологические тренинги помогают подросткам научиться открыто выражать свои чувства (в том числе негативные), осознавать свои потребности и находить здоровые способы их удовлетворения,.

Практические методики преодоления аддиктивного поведения и альтернативная активность

Внедрение здоровых поведенческих альтернатив является наиболее экологичным способом вытеснения алкогольной доминанты. Валеологические программы предлагают замещать ритуалы употребления спиртного активной физической культурой и творчеством.

Валеологи доказали, что участие в таких видах спорта, как плавание, гребля на байдарках, танцы, спортивный туризм, полностью компенсирует потребность в искусственной релаксации. В процессе мышечной работы в кровь выделяются эндорфины и дофамин, обеспечивающие длительный подъем настроения и глубокое мышечное расслабление («мышечную радость») естественным путем.

Таблица 10. Этапы профилактики алкогольной зависимости и их валеологическая направленность

Этап профилактики	Социально-педагогические технологии	Психологические методики	Достижимый валеологический результат
Первичный уровень (Школы, ВУЗы)	Проектирование клубов ЗОЖ, проведение антиалкогольных мотивационных акций.	Тренинги уверенности в себе, ролевые игры по отработке твердого отказа в компании.	Снижение спроса на алкоголь, закрепление трезвых жизненных ориентиров.
Вторичный уровень (Группы риска)	Разработка альтернативных программ молодежной активности, вовлечение в	Осознание формирующейся зависимости как личностной проблемы, коррекция	Блокирование перехода бытового пьянства в хронический алкоголизм.

	спортивные секции.	ценностей.	
Третичный уровень (Реабилитация)	Социально- поддерживающая развивающая среда, помощь в трудоустройстве и учебе.	Глубокий анализ личных жизненных ресурсов, преодоление тяги, группы самопомощи,.	Стойкая пожизненная ремиссия, полное восстановление социального здоровья личности.

Контрольные вопросы

1. Опишите патофизиологическое влияние этанола на центральную нервную систему.
2. В чем заключается метаболическая роль эндогенного этанола и как экзогенный алкоголь блокирует его синтез?
3. Назовите безопасные суточные нормы потребления этанола по критериям ВОЗ и обязательные условия их соблюдения.
4. Охарактеризуйте три уровня валеологической профилактики алкоголизма и их целевые аудитории.
5. Какие психологические технологии используются для преодоления барьеров осознания эмоций у лиц группы риска?

Практические задания

1. **Проектирование социально-педагогической программы «Мой выбор- ясный разум»:** Разработайте проект профилактического семинара (2 часа) для студентов первого курса. Семинар должен содержать: интерактивную лекцию о биохимии зависимости, групповую дискуссию по развенчиванию мифов об алкоголе и практикум по выработке навыков совладания со стрессом (копинг-стратегий) без допингов.
2. **Анализ семейных факторов риска алкоголизации (кейс-метод):** Ознакомьтесь с предложенным описанием семейной ситуации

(гиперопека, противоречивые требования родителей к подростку, наличие скрытой алкоголизации в семье). Сформулируйте 5 практических рекомендаций по изменению стиля родительского поведения и оздоровлению микросреды ребенка.

Рекомендуемая литература

1. *Сирота, Н. А.* Профилактика зависимостей от психоактивных веществ : учебное пособие / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский.- Москва : Академия, 2013.- 176 с.
2. *Вайнер, Э. Н.* Валеология : учебник для вузов / Э. Н. Вайнер.- 13-е изд., стер.- Москва : Флинта, 2021.- 448 с.
3. *Липский, И. А.* Профилактика зависимостей : учебник / И. А. Липский, Л. Е. Сикорская, О. Г. Прохорова ; под ред. И. А. Липского.- Москва : Издательство Юрайт, 2024.- 182 с.

5.4. Валеологические подходы к профилактике курения табачных изделий

Ключевые слова: табакокурение, никотин, никотиновая зависимость, дофаминовая петля, легкие, синдром отмены, копинг-стратегии, миогимнастика, вегетативный тонус.

План

1. Патофизиология табакокурения и системное токсическое действие никотина на организм.
2. Нейробиологический механизм никотиновой зависимости (ацетилхолиновые рецепторы и дофамин).
3. Валеологические методы первичной профилактики и формирования устойчивого отказа от курения.
4. Роль физических упражнений как физиологического компенсатора синдрома отмены (абстиненции).
5. Техника "откладывания сигареты на потом" и поведенческие копинг-стратегии для бывших курильщиков.

Патофизиология табакокурения и системное токсическое действие никотина на организм

Табакокурение является одной из наиболее распространенных и предотвратимых причин преждевременной смертности в мире. Табачный дым представляет собой сложнейшую физико-химическую смесь, содержащую более 4000 различных химических соединений, из которых не менее 250 являются токсичными, а более 50- доказанными канцерогенами (бензопирен, полоний-210, мышьяк, формальдегид).

Системное патологическое действие курения охватывает все системы органов:

- **Дыхательная система:** Происходит термический и химический ожог реснитчатого эпителия бронхов. Работа мерцательных ресничек полностью парализуется, что блокирует естественный процесс очищения

легких (мукоцилиарный клиренс). Это ведет к развитию хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и раку легкого.

- **Сердечно-сосудистая система:** Никотин вызывает мгновенный спазм периферических сосудов, повреждает эндотелий артерий и активирует агрегацию тромбоцитов. Оксид углерода (угарный газ, CO) табачного дыма вступает в прочную связь с гемоглобином, образуя карбоксигемоглобин ($HbCO$), который теряет способность переносить кислород. Это приводит к хроническому кислородному голоданию всех тканей, атеросклерозу, инфаркту миокарда и облитерирующему эндартерииту («ноге курильщика»).

- **Пищеварительная и репродуктивная системы:** Курение снижает секрецию защитной слизи в желудке, провоцируя язвенную болезнь. У мужчин табачный дым снижает подвижность сперматозоидов, а у женщин ускоряет апоптоз яйцеклеток, приводя к раннему климаксу и бесплодию.

Нейробиологический механизм никотиновой зависимости (ацетилхолиновые рецепторы и дофамин)

Быстрое привыкание к табаку обусловлено выраженным наркотическим потенциалом никотина. Никотин является алкалоидом, который по своей химической структуре схож с естественным нейромедиатором ацетилхолином. Попадая в головной мозг уже через 7 секунд после первой затяжки, никотин связывается с никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами (н-АХР) на мембранах нейронов.

Это вызывает каскад нейрохимических реакций:

1. Активация рецепторов стимулирует мощный выброс дофамина в мезолимбическом пути головного мозга («центре удовольствия»), а также глутамата и норадреналина. Человек испытывает субъективное ощущение прилива сил, улучшения концентрации внимания и легкого расслабления.

2. Никотин временно улучшает связь между клетками мозга, существенно облегчая проведение нервных импульсов, благодаря чему мозговые процессы на короткое время возбуждаются.

3. Однако рецепторы быстро насыщаются никотином и переходят в состояние десенситизации (нечувствительности). Мозговые процессы после кратковременного подъема надолго тормозятся, так как мозгу требуется полноценный отдых.

4. При регулярном курении мозг снижает плотность собственных н-АХР и выработку ацетилхолина. Возникает феномен толерантности. Теперь для поддержания нормального умственного и эмоционального тонуса курильщику требуется постоянное экзогенное введение никотина.

При прекращении курения развивается тяжелый синдром абстиненции (никотиновая ломка), проявляющийся непреодолимой тягой к курению, раздражительностью, тревогой, бессонницей, головной болью и повышением аппетита.

Валеологические методы первичной профилактики и формирования устойчивого отказа от курения

Валеологический подход к профилактике табакокурения строится на формировании у личности внутренней устойчивости и осознанного ценностного приоритета здорового дыхания.

Методология отказа от табака базируется на понимании колоссальных преимуществ, которые приобретает организм после прекращения курения:

- **Через 20 минут:** Нормализуются пульс и артериальное давление, восстанавливается кровоснабжение кистей и стоп.
- **Через 8 часов:** Уровень оксида углерода в крови снижается до нормы, содержание кислорода восстанавливается.
- **Через 24 часа:** Существенно снижается риск развития инфаркта миокарда.
- **Через 3–9 месяцев:** Наблюдается выраженный саногенетический эффект- функциональная способность легких (ЖЕЛ) увеличивается в среднем на 10%, полностью исчезает хронический кашель курильщика, одышка и сопутствующие проблемы с дыханием.

- **Через 5 лет:** Риск развития инфаркта миокарда и инсульта снижается практически до уровня никогда не куривших людей.

Роль физических упражнений как физиологического компенсатора синдрома отмены (абстиненции)

Одной из главных причин срыва при отказе от сигарет является неспособность бывшего курильщика справиться с нарастающей тревогой и вегетативными сбоями в первые недели абстиненции. Физиологически обоснованным и высокоэффективным компенсатором в этот период выступает дозированная двигательная активность. Физические упражнения стимулируют симпатoadреналовую систему, вызывая умеренный выброс катехоламинов и эндорфинов, что естественным образом имитирует дофаминовый подъем, ранее вызываемый никотином.

Валеологи рекомендуют применять **метод экстренного двигательного переключения** при возникновении острой тяги к сигарете:

- Как только желание закурить становится невыносимым, необходимо резко изменить физическое положение тела и выполнить интенсивную мышечную нагрузку.

- Если вы находитесь дома, выполните 15–20 глубоких приседаний в среднем темпе или 15 классических отжиманий от пола. Это переключит кровоток, насытит ткани кислородом и быстро снимет вегетативное напряжение.

- Если время и погодные условия позволяют, совершите пробежку на 1,5–2 километра в умеренном аэробном темпе. Бег отлично вентилирует легкие, ускоряет выведение скопившихся смол и мокроты, а также способствует выработке эндогенных опиатов, подавляющих психологическую тягу к никотину.

- Подобная нагрузка тренирует крупные мышечные группы (ноги, спину, плечевой пояс), улучшает венозный возврат и снижает ортостатическое напряжение.

Техника "откладывания сигареты на потом" и поведенческие копинг-стратегии для бывших курильщиков

Для успешного преодоления психологического компонента зависимости валеологами разработана эффективная поведенческая методика «откладывания сигареты на потом»:

- При возникновении импульса закурить, дайте себе жесткую психологическую установку: «Я обязательно выкурю эту сигарету, но ровно через 10 (или 15) минут».
- В течение этого времени ожидания займите мозг и тело любой активной деятельностью: сделайте серию дыхательных упражнений, выпейте стакан чистой холодной воды мелкими глотками, позвоните другу или сделайте небольшую разминку.
- Физиологические исследования доказывают, что пик острой тяги к сигарете (никотиновый импульс) длится всего 3–5 минут, после чего идет на спад. Через 10 минут ожидания желание закурить значительно ослабевает или исчезает вовсе.

Дополнительные копинг-стратегии включают:

- **Смена привычных маршрутов и ритуалов:** Если вы привыкли курить утром за чашкой кофе, замените этот ритуал на зеленый чай или стакан сока, переставив мебель на кухне. Исключите посещение мест, где традиционно собираются курящие коллеги.
- **Правило чистых рук:** Держите руки занятыми в моменты, когда обычно держали сигарету (используйте эспандер, четки, пишите ручкой в блокноте).

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные токсичные и канцерогенные компоненты табачного дыма и их влияние на дыхательную систему.
2. Опишите нейробиологический механизм формирования никотиновой толерантности и синдрома отмены.

3. Какие положительные саногенетические изменения происходят в легких и сердце человека через 9 месяцев и 5 лет после отказа от курения?

4. В чем заключается физиологический механизм подавления никотиновой тяги с помощью физических упражнений?

5. Опишите правила и психологический смысл методики «откладывания сигареты на потом».

Практические задания

1. **Составление индивидуальной программы двигательной компенсации никотиновой абстиненции:** Разработайте персональный комплекс упражнений (разминка, силовой блок, стретчинг) для выполнения в моменты возникновения тяги к курению. Распишите дозировку упражнений для разных условий (на работе в офисе, дома, на улице).

2. **Кейс-метод «Преодоление провоцирующих курение ситуаций»:** Составьте таблицу-памятку из 5 наиболее частых ситуаций-триггеров курения (например, стресс на работе, компания курящих друзей, утреннее пробуждение) и предложите для каждой ситуации 2 эффективные здоровые альтернативы поведения.

Рекомендуемая литература

1. *Вайнер, Э. Н.* Валеология : учебник для вузов / Э. Н. Вайнер.- 13-е изд., стер.- Москва : ФЛИНТА, 2021.- 448 с.

2. *Липский, И. А.* Профилактика зависимостей : учебник / И. А. Липский, Л. Е. Сикорская, О. Г. Прохорова ; под ред. И. А. Липского.- Москва : Издательство Юрайт, 2024.- 182 с.

3. *Чучалин, А. Г.* Практическое руководство по лечению табачной зависимости / А. Г. Чучалин, Г. М. Сахарова, К. Ю. Новиков.- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 112 с.

5.5. Валеологические подходы к профилактике проблем ВИЧ/СПИДа

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, Т-лимфоциты, пути передачи, валеологическая культура поведения, безопасный секс, интерактивные методы обучения, психосоциальная поддержка, Глобальная коалиция.

План

1. Эпидемиология ВИЧ/СПИДа и системное разрушение иммунного статуса (Т-лимфоцитов).
2. Пути передачи ВИЧ и валеологическая культура безопасного сексуального поведения.
3. Системные компоненты здорового и безопасного образа жизни в превенции ВИЧ-инфекции.
4. Педагогические технологии и интерактивные методы (мозговой штурм, ролевые игры) в профилактическом образовании.
5. Психосоциальные и поведенческие расстройства при ВИЧ/СПИДе и роль психологической поддержки.

Эпидемиология ВИЧ/СПИДа и системное разрушение иммунного статуса (Т-лимфоцитов)

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) вызывает медленно прогрессирующее заболевание, конечной стадией которого является синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Пандемия ВИЧ-инфекции остается серьезнейшим вызовом глобальному здравоохранению и социальному благополучию человечества. Международное сообщество под эгидой ООН (ЮНЭЙДС) разработало долгосрочную стратегию «Дорожная карта «Профилактика ВИЧ 2025», направленную на резкое снижение числа новых случаев инфицирования во всех странах мира.

Физиологическая сущность ВИЧ-инфекции заключается в избирательном поражении вирусом клеток иммунной системы человека, несущих на своей мембране рецепторы *CD4+*. Основной мишенью вируса

являются Т-лимфоциты-хелперы ($CD4+$ Т-лимфоциты), играющие ключевую роль в координации всего иммунного ответа. ВИЧ внедряет свой генетический материал (РНК) в ДНК клетки-хозяина, заставляя ее синтезировать новые вирусные частицы, что в конечном итоге приводит к гибели Т-хелперов.

Снижение уровня $CD4+$ лимфоцитов ниже критического порога (менее 200 клеток/мкл) ведет к полному разрушению иммунной защиты. Организм становится беззащитным перед условно-патогенными микроорганизмами (пневмоцистная пневмония, кандидоз, туберкулез) и атипичными опухолями (саркома Капоши). Эти сопутствующие заболевания называются оппортунистическими и служат непосредственной причиной гибели пациентов на стадии СПИДа.

Пути передачи ВИЧ и валеологическая культура безопасного сексуального поведения

Валеологическая профилактика ВИЧ базируется на четком понимании путей передачи вируса и формировании у населения навыков безопасного поведения. ВИЧ содержится во всех биологических жидкостях человеческого организма, однако достаточная для заражения концентрация вируса присутствует только в четырех средах: крови, сперме, вагинальном секрете и грудном молоке.

Исходя из этого, выделяют три пути передачи инфекции:

1. **Парентеральный (через кровь):** При использовании нестерильного инъекционного инструментария (часто у лиц с наркотической зависимостью), нанесении татуировок и пирсинге нестерильными приборами.

2. **Половой (при незащищенных сексуальных контактах):** Является ведущим путем передачи инфекции в мире. Риск заражения возрастает при наличии воспалительных заболеваний и ИППП, которые повреждают слизистые оболочки гениталий и открывают легкий доступ вирусу к кровотоку,.

3. **Вертикальный (от матери к ребенку):** Во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Валеологическая культура безопасного сексуального поведения включает:

- Полноценное сексуальное просвещение подростков, основанное на нравственных ценностях, верности партнеру и взаимном уважении,.
- Категорический отказ от беспорядочных половых контактов и случайных связей.
- Постоянное и правильное использование барьерных методов контрацепции (презервативов) при любых видах сексуальных отношений.
- Своевременную диагностику и лечение любых воспалительных заболеваний мочеполовой системы и ИППП у специалистов.

Системные компоненты здорового и безопасного образа жизни в превенции ВИЧ-инфекции

Профилактика распространения ВИЧ неразрывно связана с концепцией здорового и безопасного образа жизни (ЗБОЖ). Высокий уровень индивидуального здоровья, сильный иммунитет и психологическая стабильность личности служат надежными факторами защиты.

Основные компоненты ЗБОЖ в контексте профилактики ВИЧ включают:

- **Отказ от употребления психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков):** Употребление ПАВ полностью блокирует волевой контроль и критику поведения, толкая молодых людей на совершение рискованных и незащищенных половых актов.
- **Иммунопрофилактика:** Поддержание высокого статуса иммунной системы посредством рационального питания, регулярной физической активности (без переутомления) и закаливания. Strong иммунитет обеспечивает защиту барьерных тканей (слизистых оболочек).

- **Медицинская активность:** Ежегодное прохождение добровольного конфиденциального тестирования на ВИЧ (в том числе при вступлении в брак или планировании беременности).

Педагогические технологии и интерактивные методы (мозговой штурм, ролевые игры) в профилактическом образовании

В валеологической педагогике обучение профилактике ВИЧ-инфекции организуется на основе принципов активности, доступности и учета психологических особенностей учащихся. Традиционные лекции-запугивания признаны малоэффективными.

Наибольший превентивный результат дают интерактивные методы обучения:

- **Мозговой штурм (Brainstorming):** Позволяет активизировать познавательный интерес учащихся, оперативно собрать спектр имеющихся мнений и мифов о ВИЧ в группе, чтобы затем подробно и научно разобрать каждое заблуждение.

- **Групповые дискуссии и диспуты:** Способствуют выработке критического мышления, умения аргументированно отстаивать свою точку зрения и уважать мнение других участников обсуждения.

- **Ролевые игры:** Воспроизведение конкретных жизненных ситуаций (например, когда сверстники оказывают давление и предлагают попробовать наркотик или вступить в незащищенную связь). Игра помогает подростку отработать в безопасных условиях реальные речевые формулы отказа, развить уверенность в себе и преодолеть психологические барьеры неловкости,.

- **Принцип соответствия условиям:** Программа должна четко учитывать отведенное время обучения, уровень подготовки педагогического состава и особенности кадровой обеспеченности.

Психосоциальные и поведенческие расстройства при ВИЧ/СПИДе и роль психологической поддержки

ВИЧ-инфекция оказывает глубокое деструктивное воздействие не только на соматическую сферу человека, но и на его психическое здоровье. Новость о положительном ВИЧ-статусе является тяжелейшей психологической травмой, вызывающей развитие острых стрессовых расстройств, панических атак, затяжной клинической депрессии и высокого риска суицидального поведения.

С развитием заболевания у пациентов могут наблюдаться специфические когнитивные нарушения, вызванные прямым воздействием вируса на клетки микроглии головного мозга (ВИЧ-ассоциированная деменция, энцефалопатия).

Валеологическая помощь и сопровождение таких пациентов включают:

- **Психосоциальную поддержку:** Организацию индивидуального и семейного консультирования для преодоления чувства вины, страха смерти и социальной изоляции.
- **Снижение стигматизации:** Просвещение общества с целью искоренения предвзятого и враждебного отношения к ВИЧ-инфицированным людям, обеспечение их полноценного права на труд, образование и медицинскую помощь.
- **Мотивацию на терапию:** Помощь в принятии диагноза и выработка приверженности к пожизненной антиретровирусной терапии (АРВТ), которая блокирует размножение вируса, сохраняет иммунитет и делает человека полностью безопасным для близких.

Контрольные вопросы

1. Каков биологический механизм влияния ВИЧ на иммунную систему человека?
2. Назовите четыре биологические жидкости человека, содержащие инфицирующую дозу ВИЧ.
3. Охарактеризуйте основные задачи глобальной стратегии «Дорожная карта «Профилактика ВИЧ 2025»».

4. Какие интерактивные педагогические технологии наиболее эффективны при обсуждении тем безопасного поведения с подростками?

5. Опишите психосоциальные последствия ВИЧ-инфекции для личности и задачи психологической поддержки больных.

Практические задания

1. **Проектирование сценария интерактивного урока «Знать, чтобы жить!»:** Разработайте подробный план-конспект 45-минутного занятия по профилактике ВИЧ для студентов колледжа. Включите в сценарий проведение мозгового штурма по мифам о передаче вируса и одну ролевою игру по тренировке навыков личной безопасности.

2. **Разработка проекта превентивного плаката по снижению стигматизации ВИЧ-положительных людей:** Предложите концепцию, слоган и текстовое содержание плаката для размещения в молодежной среде, ориентированного на воспитание эмпатии, толерантности и поддержки людей, живущих с ВИЧ.

Рекомендуемая литература

1. *Покровский, В. В.* ВИЧ-инфекция и СПИД : национальное руководство / В. В. Покровский.- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.- 696 с.

2. *ВИЧ-инфекция и СПИД: Руководство для врачей и социальных работников* / под ред. Ю. В. Лобзина.- Санкт-Петербург : СпецЛит, 2021.- 224 с.

3. *Профилактика ВИЧ-инфекции в организациях для детей-сирот : учебное пособие* / под ред. А. С. Семенова.- Екатеринбург : Областной центр СПИДа, 2023.- 87 с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Переход современной человеческой цивилизации в эпоху постиндустриального информационного общества обусловил радикальную и необратимую трансформацию глобальной структуры заболеваемости. На смену острым эпидемическим инфекциям, уносившим жизни в прошлые века, пришли хронические соматические, мультифакторные и психосоматические патологии. Эта новая волна заболеваний детерминирована уже не столько агрессией внешней среды, сколько исключительно стилем и качеством жизни самого индивида: его пищевыми деструктивными привычками, катастрофическим уровнем гиподинамии и тотальной неспособностью конструктивно противостоять нарастающему хроническому стрессу. Представленный в данном руководстве исчерпывающий анализ убедительно доказывает, что классическая клиническая медицина, концептуально запертая в узких рамках патогенетической парадигмы, практически полностью исчерпала свои возможности в сфере глобального оздоровления нации. Успешно спасая жизнь пациента на экстренном госпитальном этапе, она не располагает ни методологическими инструментами, ни временными ресурсами для формирования устойчивого фундамента здоровья практически здорового человека, находящегося в преднозологической зоне.

В этом критическом контексте валеология выступает не просто как локальная академическая дисциплина, а как фундаментальная научно-практическая философия выживания и адаптации современного человека. Глубокий, многоуровневый синтез биологических, медицинских, психологических и передовых педагогических знаний, подробно структурированный в настоящем пособии, формирует прочный методологический каркас для полноценной реализации революционной концепции 4П-медицины. Персонализация терапии, тонкая предикция рисков на молекулярно-генетическом уровне, приоритетная превентивность любых

вмешательств и, самое главное, партисипативность (активное соучастие) пациента становятся единственно верными ориентирами превентологии.

Ключевым идеологическим выводом, пронизывающим абсолютно все разделы данной работы, является жесткий императив абсолютной личной ответственности человека. Здоровье больше не имеет права рассматриваться обществом как бесплатный, неисчерпаемый дар природы или зона исключительной профессиональной ответственности лечащего врача. Здоровье- это строго исчисляемый, динамический ресурс, ценнейший биологический «капитал», требующий ежедневного, грамотного и осознанного инвестирования собственных волевых усилий в виде контроля питания, поддержания высокой двигательной активности и обеспечения психогигиены.

Особую, ни с чем не сравнимую практическую ценность приобретает грамотная трансляция валеологических знаний через институт сестринского дела и передовые технологии педагогики. Современные медицинские сестры, выступая высококвалифицированными модераторами в Школах здоровья, а также педагоги-новаторы, повсеместно внедряющие здоровьесберегающие технологии (такие как динамизация учебных поз по Базарному или физиологически обоснованные физкультурные паузы) в образовательный конвейер, становятся главными, полноправными агентами массового саногенеза. Их общая стратегическая задача- вырвать население из пассивного, экстернального статуса инфантильного ожидания медицинской или фармакологической помощи, переведя общество в состояние активной, саморегулятивной заботы о собственном долголетии.

Детальный разбор тонких нейробиологических механизмов аддиктивного поведения- от формирования дофаминовой петли при табакокурении до тяжелых форм химической алкогольной зависимости- а также глубокий анализ эпидемиологии ВИЧ-инфекции безоговорочно подтверждают, что эффективная профилактика не может опираться на архаичные, примитивные методы запугивания. Практика показала, что

только современный позитивный подход, базирующийся на развитии адаптивных копинг-стратегий, глубоком уважении к психологическим границам личности, повсеместном внедрении альтернативной спортивной деятельности в качестве естественного стимулятора гормонов радости, способен защитить молодежь. Точно так же, только формирование высоких морально-этических стандартов репродуктивного поведения и культуры безопасного секса способно остановить распространение пандемии иммунодефицита и сохранить генетический потенциал нации.

Таким образом, системное, масштабное и бескомпромиссное внедрение валеологического подхода в национальные системы непрерывного образования и первичного звена здравоохранения является не просто научной рекомендацией, а вопросом стратегической национальной безопасности. Воспитание гармоничного человека, способного виртуозно управлять своим психоэмоциональным статусом, филигранно контролировать биомеханику своего тела и грамотно восполнять метаболические резервы, является единственным, безальтернативным и научно обоснованным путем к достижению глобального физического, нравственного и социально-экономического благополучия цивилизации в сложных условиях XXI века. Системное саногенетическое мышление должно стать базисом культуры нового тысячелетия.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Теоретические и исторические основы валеологии

1. Какова подробная этимологическая структура термина «валеология» и как она отражает интегративную природу науки?
2. Дайте развернутое определение валеологии как междисциплинарного учения об индивидуальном здоровье человека.
3. Охарактеризуйте понятие «третье состояние» (преднозологический статус) с позиции физиологических резервов.
4. Какой процент взрослого урбанизированного населения, согласно статистике, находится в «третьем состоянии»?
5. В чем заключается фундаментальное различие между предметом изучения клинической медицины и валеологии?
6. Дайте научное определение понятию «саногенез» и перечислите его основные механизмы (регенерация, компенсация, детоксикация).
7. Чем саногенез принципиально отличается от патогенеза?
8. Какие пять фундаментальных задач ставит перед собой современная валеологическая наука?
9. В чем суть глубокого эпистемологического кризиса современной академической медицины Новейшего времени?
10. Какие две стратегии отношения к человеческому телу персонифицировали античные богини Гигиеня и Панацея?
11. Раскройте суть гуморальной теории Гиппократов и понятий эвкразии и дискразии.
12. Каким образом Ибн Сина (Авиценна) классифицировал степени здоровья в «Каноне врачебной науки»?
13. Опишите концептуальный вклад И. И. Брехмана в создание и институционализацию науки о здоровье.
14. Что такое природные адаптогены и каков механизм их неспецифического действия на резистентность организма?

15. Какие научные дисциплины формируют биологический блок междисциплинарных связей валеологии?

16. Как валеология использует данные общей гигиены для индивидуализации оздоровительных программ?

17. В чем заключается методологический вклад психологических наук в валеологическую практику?

18. Перечислите основные факторы образовательной среды, оказывающие здоровьеразрушающее воздействие на учащихся.

19. Каким образом внедрение здоровьесберегающих образовательных технологий оптимизирует учебный процесс?

20. Что представляет собой биологическая индивидуальность (конституция) человека?

Индивидуальные особенности, адаптация и функциональные резервы

21. Опишите физиологические и эндокринные особенности астенического соматотипа по М. В. Черноруцкому.

22. Каковы особенности адаптационных механизмов у людей с нормостеническим типом телосложения?

23. Перечислите метаболические риски и патологии, к которым предрасположены гиперстеники.

24. Что такое нейродинамический статус личности и как он связан с типами высшей нервной деятельности И. П. Павлова?

25. Дайте характеристику симпатикотонии как варианту исходного вегетативного тонуса.

26. В чем заключаются физиологические преимущества и уязвимости ваготоников?

27. Раскройте содержание биохимического уровня функциональных резервов организма.

28. Какими показателями оценивается физиологический резерв кардиореспираторной системы?

29. Какую роль играет психологический уровень резервов в мобилизации соматических ресурсов?

30. Кто является автором концепции стресса как Общего адаптационного синдрома (ОАС)?

31. Опишите физиологические реакции организма в стадии тревоги (фазе шока и противошока).

32. Какова роль гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в стадии резистентности?

33. Какие патологические изменения развиваются в организме на стадии истощения ОАС?

34. Для каких целей в валеологическом мониторинге применяется индекс Р. М. Баевского?

35. Перечислите пять компонентов экспресс-оценки соматического здоровья по методике профессора Г. Л. Апанасенко.

36. Что отражает индекс Робинсона (двойное произведение) в кардиологической практике?

37. Раскройте понятие «количества здоровья», предложенное академиком Н. М. Амосовым.

38. Какие компоненты формируют классическую структуру здорового образа жизни (ЗОЖ)?

39. Как систематическое закаливание влияет на терморегуляторные механизмы гипоталамуса?

40. Каков физиологический механизм профилактического воздействия ЗОЖ на риск инфекционной заболеваемости?

Деонтология, коммуникация и клиническая риторика

41. В чем заключались философские разногласия Платона и софистов относительно истинных целей риторики?

42. Охарактеризуйте элемент «Логос» в классической риторической триаде Аристотеля.

43. Каким образом элемент «Этос» формирует доверие к валеологу и его компетентности?

44. Какую функцию выполняет «Пафос» в современном профессиональном общении?

45. Дайте определение речевой культуре как маркеру интеллектуального развития специалиста.

46. Что такое диалектизмы и варваризмы, и почему их относят к речевым сорнякам?

47. В чем заключается опасность необоснованного использования профессионализмов в общении с пациентами?

48. Что изучает клиническая риторика как отдельное направление превентивной медицины?

49. Что такое ятрогения и каким образом речевое воздействие способно ее спровоцировать?

50. Перечислите базовые правила организации активного эмпатического слушания.

51. В чем фундаментальное различие между авторитарным (патерналистским) и партнерским стилем общения?

52. Какова этимология термина «деонтология» и кто ввел его в общефилософский дискурс?

53. Охарактеризуйте вклад академика Н. Н. Петрова в развитие отечественной медицинской деонтологии.

54. Раскройте суть этического принципа «не навреди» (*primum non nocere*) в модели Гиппократата.

55. Чем модель активного милосердия Парацельса отличается от модели Гиппократата?

56. Какие этические обязательства провозглашает современная модель биоэтики?

57. В чем проявляется системная дегуманизация отношений в современной клинической практике?

58. Опишите этическую коллизию феномена «врач-больной-прибор».

59. Каким образом валеологическая деонтология реализует принцип личной ответственности индивида за здоровье?

60. В чем заключается деонтологический долг валеолога при работе с пациентами в стадии предболезни?

Основы рационального питания, физической активности и психоэмоционального здоровья

61. Раскройте методологическую сущность принципа индивидуализации при формировании ЗОЖ.

62. Дайте подробную характеристику социально-экономической категории «уровень жизни».

63. Чем субъективная категория «качество жизни» отличается от поведенческой категории «стиль жизни»?

64. Сформулируйте суть энергетического принципа рационального питания.

65. В чем заключается закон химического соответствия и какова роль эссенциальных микронутриентов?

66. Объясните закон ферментативной адекватности, опираясь на теорию мембранного пищеварения А. М. Уголева.

67. Как хронобиологические ритмы (циркадная система) определяют оптимальный режим питания?

68. Охарактеризуйте эмоциогенный тип деструктивного пищевого поведения.

69. Чем экстернальное пищевое поведение отличается от ограничительного?

70. Раскройте понятие «мышечного панциря» в психосоматической концепции Вильгельма Райха.

71. Опишите локализацию и психоэмоциональную функцию грудного и диафрагмального сегментов мышечного панциря.

72. Какие физиологические механизмы лежат в основе успокаивающего действия дыхания с удлиненным выдохом?

73. В чем заключается явление аутогенного торможения при медленном мышечном растяжении (стретчинге)?

74. Объясните эволюционно-биологическую роль двигательной активности в жизнеобеспечении человека.

75. Что такое миокины и какова их роль в регуляции нейрогенеза и метаболизма?

76. Опишите каскад патофизиологических изменений в сердечно-сосудистой системе при гиподинамии.

77. Каким образом рассчитывается целевая зона пульса для тренировок по методу Карвонена?

78. В чем заключается суть здоровьесберегающей методики динамизации поз (система В. Ф. Базарного)?

79. Назовите три объективных физиологических маркера утомления учащихся, требующих проведения физкультминутки.

80. Опишите физиологический эффект гемодинамической физкультпаузы (миогимнастики Самохина).

Репродуктивное здоровье, профилактика девиаций и зависимостей

81. Дайте определение репродуктивному здоровью согласно официальной методологии ВОЗ.

82. Какие деструктивные агенты (ИППП, аборты, ПАВ) наносят наибольший ущерб репродуктивному потенциалу?

83. В чем заключается валеологическая сущность прегравидарной подготовки будущих родителей?

84. Расшифруйте элементы предикции и превентивности в концепции 4П-медицины.

85. Какие диагностические методы (КАФ, ФСГ) рекомендует ВОЗ для оценки овариального резерва женщины?

86. Охарактеризуйте гендерные психофизиологические различия полового созревания у мальчиков и девочек.
87. Какие навыки формирует «правило нижнего белья» (Pants Rule) в культуре безопасного поведения детей?
88. Как валеология трактует феномен девиантного поведения в контексте теории адаптации?
89. Для решения каких диагностических задач в коллективе применяется метод социометрии?
90. Сформулируйте психолого-педагогические правила коррекции оппозиционного поведения и лжи у подростков.
91. Назовите основные причины низкой эффективности устрашающего подхода в профилактике наркомании.
92. Перечислите восемь системных компонентов ЗОЖ в валеологической модели первичной профилактики.
93. Опишите нейробиологическую роль эндогенного этанола и процесс угнетения его синтеза при алкоголизме.
94. Какие уровни безопасного потребления этанола установлены критериями ВОЗ?
95. Объясните феномен «дофаминовой петли» и механизм развития толерантности при табакокурении.
96. Каким образом физические упражнения выступают физиологическим компенсатором никотиновой абстиненции?
97. Опишите поведенческую технику «откладывания сигареты на потом».
98. Какая субпопуляция клеток иммунной системы является избирательной мишенью для ВИЧ?
99. Перечислите три доказанных пути передачи ВИЧ-инфекции и роль сопутствующих ИППП в заражении.

100. Какие интерактивные методы (ролевые игры, мозговой штурм) демонстрируют наибольшую эффективность в профилактическом образовании?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

1. Что означает латинский глагол *valeo*, лежащий в основе термина «валеология»?

- A) Изучать природу
- B) Быть здоровым, сильным, крепким
- C) Предотвращать болезни
- D) Находиться в покое

2. Какое функциональное состояние является основным объектом изучения валеологии?

- A) Острые инфекционные заболевания
- B) Глубокая инвалидность
- C) «Третье состояние» (преднозологический статус)
- D) Период клинической ремиссии

3. Кто из выдающихся ученых впервые официально предложил термин «валеология» на Тихоокеанском научном конгрессе в 1980 году?

- A) Н. М. Амосов
- B) Ганс Селье
- C) Р. М. Баевский
- D) И. И. Брехман

4. Что из нижеперечисленного является предметом изучения саногенеза?

- A) Механизмы саморегуляции, регенерации и компенсации нарушенных функций
- B) Этиология и механизмы развития патологических процессов
- C) Фармакокинетика синтетических антибиотиков
- D) Статистика инфекционной заболеваемости

5. Что символизировала древнегреческая богиня Гиги́ея?

- A) Поиск универсального лекарства от всех недугов
- B) Превентивный подход, соблюдение законов природы и умеренность
- C) Хирургическое мастерство

D) Гуморальную теорию дискразии

6. Для какого соматотипа по классификации М. В. Черноруцкого характерна склонность к накоплению жировой ткани, артериальной гипертензии и замедленному обмену веществ?

A) Астенический

B) Нормостенический

C) Гиперстенический

D) Атлетический

7. Какое функциональное состояние вегетативной нервной системы сопровождается брадикардией, активными процессами анаболизма и экономным расходом энергии?

A) Симпатикотония

B) Ваготония

C) Нормотония

D) Вегето-сосудистая дистония

8. Кто разработал концепцию стресса как Общего адаптационного синдрома (ОАС)?

A) И. П. Павлов

B) Вильгельм Райх

C) Клод Бернар

D) Ганс Селье

9. Какая стадия Общего адаптационного синдрома характеризуется активацией симпатoadреналовой системы и мощным выбросом адреналина («борьба или бегство»)?

A) Стадия истощения

B) Стадия резистентности

C) Стадия тревоги

D) Стадия суперкомпенсации

10. Для какой цели в валеологии используется математическая формула Р. М. Баевского?

- A) Для расчета индекса массы тела
- B) Для оценки жизненной емкости легких
- C) Для расчета адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы

D) Для определения уровня глюкозы в крови

11. Кто ввел термин «деонтология» в философский дискурс в XIX веке как учение о должном поведении?

- A) Аристотель
- B) Иеремия Бентам
- C) Н. Н. Петров
- D) Гиппократ

12. Какой фундаментальный этический принцип лежит в основе модели Гиппократа?

- A) «Уважение автономии личности»
- B) «Соблюдение корпоративного долга»
- C) «Не навреди» (*primum non nocere*)
- D) «Делай добро» (*clipeum salutis*)

13. Какие три элемента образуют классическую риторическую триаду убеждения Аристотеля?

- A) Тезис, аргумент, вывод
- B) Логос, этос, пафос
- C) Введение, основная часть, заключение
- D) Семантика, синтаксис, прагматика

14. Как называются элементы речи (речевые сорняки), представляющие собой неоправданное использование иностранных слов при наличии точных аналогов в родном языке?

- A) Диалектизмы
- B) Варваризмы
- C) Профессионализмы
- D) Жаргонизмы

15. В чем заключается суть валеологической деонтологии по сравнению с традиционной клинической моделью?

- A) Пациент рассматривается как пассивный объект лечения
- B) Внедрение субъект-субъектной партнерской модели и формирование личной ответственности за здоровье
- C) Полный отказ от использования медицинской техники
- D) Изоляция пациента от информации о его здоровье

16. Как академик Н. М. Амосов определял понятие «количество здоровья»?

- A) Отсутствие обращений за медицинской помощью в течение года
- B) Сумма резервных возможностей основных функциональных систем организма (особенно кардиореспираторной)
- C) Продолжительность жизни в годах
- D) Объем мышечной массы в килограммах

17. Какой биологический принцип формирования ЗОЖ требует строгого соответствия калорийности рациона суточным энергозатратам организма?

- A) Принцип ритмичности
- B) Принцип аскетизма
- C) Энергетический принцип
- D) Принцип возрастного соответствия

18. Как математически рассчитывается индекс массы тела (ИМТ / индекс Кетле)?

- A) Отношение массы тела (в кг) к квадрату роста (в метрах)
- B) Отношение роста к массе тела
- C) Произведение массы тела на рост
- D) Отношение окружности талии к окружности бедер

19. Для какого типа отношения к здоровью характерен экстернальный локус контроля, когда забота о себе возникает лишь при появлении болевых симптомов?

- A) Саморегулятивный тип
- B) Проактивный тип
- C) Поддерживающий (пассивный) тип
- D) Аналитический тип

20. Какой дидактический метод пропаганды ЗОЖ основан на активном воспроизведении пациентом практических умений (например, обучение расчету хлебных единиц или измерению АД)?

- A) Информационно-рецептивный метод
- B) Репродуктивный метод
- C) Проблемный метод
- D) Индуктивный метод

21. Какой закон рационального питания утверждает, что рацион должен строго соответствовать физиологическим потребностям организма в незаменимых аминокислотах и витаминах?

- A) Закон сохранения энергии
- B) Закон биобезопасности
- C) Закон ферментативной адекватности
- D) Закон химического соответствия

22. В какое время суток, согласно циркадным ритмам пищеварительной системы, отмечается максимальная чувствительность периферических тканей к инсулину?

- A) Вечером (после 18:00)
- B) Ночью
- C) Утром (с 07:00 до 12:00)
- D) Поздней ночью (с 02:00 до 05:00)

23. Как называется нарушение пищевого поведения, при котором человек систематически переедает под воздействием стресса и тревоги?

- A) Экстернальное поведение
- B) Ограничительное поведение
- C) Эмоциогенное поведение

D) Анорексическое поведение

24. Кто из ученых разработал телесно-ориентированную концепцию «мышечного панциря»?

A) Зигмунд Фрейд

B) Вильгельм Райх

C) Ганс Селье

D) И. П. Павлов

25. Какой сегмент мышечного панциря блокирует эмоции крика и плача, физически проявляясь ощущением «кома в горле»?

A) Оральный сегмент

B) Диафрагмальный сегмент

C) Тазовый сегмент

D) Шейный сегмент

26. Как называется патологическое состояние организма, вызванное снижением силы мышечных сокращений вследствие детренированности?

A) Гипокинезия

B) Гипертрофия

C) Гиподинамия

D) Ишемия

27. Как называются сигнальные молекулы, секретируемые работающими скелетными мышцами и стимулирующие нейрогенез в мозге?

A) Миокины (например, ирисин, BDNF)

B) Глюкокортикоиды

C) Катехоламины

D) Эндогенные опиаты

28. Для какой цели в валеологии и фитнесе используется формула Карвонена?

A) Для оценки функции внешнего дыхания

В) Для расчета целевой интенсивности аэробной нагрузки на основе частоты сердечных сокращений

С) Для определения плотности костной ткани

Д) Для расчета потребности в белках

29. Что означает принцип «Предикции» в современной концепции 4П-медицины?

А) Активное участие пациента в лечебном процессе

В) Профилактика заболеваний с помощью вакцинации

С) Индивидуальный подбор фармакотерапии

Д) Создание вероятностного прогноза здоровья (например, расчет риска развития эндометриоза)

30. Какой показатель ВОЗ признает главным физиологическим предиктором овариального резерва женщины?

А) Индекс массы тела

В) Уровень эстрогенов

С) Возраст женщины

Д) Уровень сахара в крови

31. Какое физиологическое явление свидетельствует о начале активного функционирования репродуктивной системы у мальчиков в пубертатном периоде?

А) Менархе

В) Поллюции (непроизвольные ночные семяизвержения)

С) Снижение темпов роста костей

Д) Атрофия вилочковой железы

32. Какому важному навыку обучает детей педагогический инструмент «правило нижнего белья» (Pants Rule)?

А) Правилам стирки и гигиены одежды

В) Пониманию личных телесных границ и защите от сексуального насилия

С) Выбору экологически чистых тканей

D) Навыкам аккуратного одевания

33. С какой позиции валеологическая наука рассматривает девиантное поведение подростков?

A) Как признак генетической неполноценности

B) Исключительно как нарушение норм уголовного права

C) Как проявление глубокой социальной и психологической маладаптации организма

D) Как абсолютную возрастную норму, не требующую коррекции

34. Для решения каких диагностических задач в образовательном коллективе применяется метод социометрии?

A) Для измерения уровня интеллектуального развития (IQ)

B) Для оценки физической выносливости

C) Для математической оценки структуры неформальных межличностных отношений и выявления «изгоев»

D) Для контроля качества усвоения учебного материала

35. Какое фундаментальное правило должны соблюдать педагоги и родители при коррекции детской лжи?

A) Демонстрировать глубокое уважение к правдивости и избегать унижительных наказаний, вызывающих страх

B) Использовать строгие физические наказания

C) Публично обсуждать проступок перед всем классом

D) Игнорировать факты лжи до наступления совершеннолетия

36. Какой подход к профилактике наркозависимости базируется на демонстрации шокирующих физиологических последствий и внушении страха?

A) Позитивный подход

B) Информационно-образовательный подход

C) Устрашающий подход

D) Ролевой подход

37. Какую физиологическую функцию выполняет эндогенный этанол, синтезируемый в организме человека?

А) Вызывает зависимость и цирроз печени

В) Участвует в адаптации к стрессу, регуляции энергетического баланса и проницаемости клеточных мембран

С) Токсически разрушает нейроны гиппокампа

Д) Блокирует выработку инсулина

38. В чем заключается нейробиологический механизм развития толерантности при табакокурении?

А) Увеличивается объем легочной ткани

В) Мозг снижает плотность собственных никотиновых ацетилхолиновых рецепторов (n-AXP) и уменьшает выработку ацетилхолина

С) Резко возрастает синтез эндорфинов

Д) Происходит гипертрофия сердечной мышцы

39. С каким компонентом крови необратимо связывается угарный газ (оксид углерода) из табачного дыма, блокируя клеточное дыхание?

А) С фибриногеном

В) С тромбоцитами

С) С гемоглобином, образуя патологический карбоксигемоглобин

Д) С Т-лимфоцитами

40. Какой физиологический метод валеологи рекомендуют применять для подавления острой тяги к сигарете при синдроме абстиненции?

А) Употребление крепкого кофе

В) Метод экстренного двигательного переключения (интенсивная мышечная нагрузка, приседания, бег)

С) Длительный сон

Д) Употребление алкоголя

41. Какая специфическая популяция клеток иммунной системы является главной мишенью для вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)?

- A) Макрофаги
- B) Т-лимфоциты-хелперы (CD4+)
- C) В-лимфоциты
- D) Эозинофилы

42. При снижении уровня CD4+ лимфоцитов ниже какого критического значения иммунная система разрушается, и диагностируется стадия СПИДа?

- A) Менее 1500 клеток/мкл
- B) Менее 1000 клеток/мкл
- C) Менее 200 клеток/мкл
- D) Менее 500 клеток/мкл

43. Какой из перечисленных путей передачи ВИЧ-инфекции НЕ подтвержден наукой и является мифом?

- A) Парентеральный (через совместное использование шприцев)
- B) Вертикальный (от инфицированной матери к ребенку)
- C) Половой (при незащищенных контактах)
- D) Воздушно-капельный (через чихание, кашель и рукопожатия)

44. Какая медицинская технология позволяет полностью заблокировать размножение ВИЧ в организме и перевести заболевание в разряд контролируемых хронических?

- A) Иммуномодулирующая терапия
- B) Антиретровирусная терапия (АРВТ)
- C) Радиационная терапия
- D) Вакцинация

45. Какой интерактивный дидактический метод позволяет подросткам в безопасных условиях отработать речевые формулы отказа при давлении наркогенной среды?

- A) Чтение учебника
- B) Ролевая игра
- C) Просмотр документальной хроники
- D) Мозговой штурм

46. Какое патологическое состояние, согласно сестринской диагностике, выступает главным внутренним барьером на пути перехода пациента к ЗОЖ?

- A) Высокий уровень физической выносливости
- B) Дефицит массы тела
- C) Психоэмоциональный дискомфорт (скрытая депрессия, тревожность), блокирующий волевые механизмы
- D) Избыток свободного времени

47. Какой индекс в шкале соматического здоровья Г. Л. Апанасенко отражает кислородтранспортные возможности организма?

- A) Жизненный индекс (отношение ЖЕЛ к массе тела)
- B) Силовой индекс
- C) Индекс Кетле
- D) Двойное произведение (индекс Робинсона)

48. В чем заключается суть эстетического принципа формирования здоровья в валеологии?

- A) В строгом контроле калорийности питания
- B) В выполнении физических упражнений на пределе возможностей
- C) В поддержании культуры чистоты тела, жилища и эстетики приема пищи для оптимизации психоэмоционального тонуса ЦНС
- D) В отказе от использования декоративной косметики

49. Что представляет собой гемодинамическая физкультурная пауза (миогимнастика Самохина), применяемая на уроках?

- A) Комплекс дыхательных упражнений
- B) Быстрый подъем на носки с последующим жестким опусканием на пятки для активации венозной мышечной помпы

С) Наклоны головы

Д) Круговые вращения плечевым суставом

50. Какое психосоциальное состояние наиболее часто развивается у пациентов сразу после постановки диагноза ВИЧ-инфекция, требуя немедленной психологической поддержки?

А) Эмоциональный подъем и эйфория

В) Улучшение когнитивных функций

С) Острые стрессовые расстройства, панические атаки, глубокая депрессия и суицидальные мысли

Д) Апатия без признаков тревоги

Ключи к тестовым заданиям с валеологическим обоснованием

Вопрос	Верный ответ	Краткое валеологическое обоснование (опора на материалы пособия)
1	В	Латинский корень <i>valeo</i> переводится как «быть здоровым, сильным», что отражает превентивную суть науки.
2	С	Основной фокус валеологии- это преднозологический статус, в котором находится до 80% населения.
3	Д	И. И. Брехман официально предложил данный термин на конгрессе в Хабаровске.
4	А	Саногенез концентрируется на защитно-приспособительных механизмах, предотвращающих болезнь.
5	В	Гигиену символизовала превентивный подход и естественный порядок вещей, в отличие от Панацеи.
6	С	Гиперстеники имеют замедленный обмен веществ и склонность к атеросклерозу и ожирению.
7	В	Ваготония (доминирование парасимпатки)

		обеспечивает экономное расходование энергетических ресурсов.
8	D	Канадский физиолог Ганс Селье открыл фундаментальные закономерности стресса (ОАС).
9	C	Стадия тревоги сопровождается реакцией «бей или беги» и выбросом катехоламинов.
10	C	Формула Баевского рассчитывает адаптационный потенциал на основе ЧСС и артериального давления.
11	B	Английский философ Иеремия Бентам ввел термин для обозначения науки о морали и долге.
12	C	Принцип « <i>primum non nocere</i> » (не навреди) является историческим ядром модели Гиппократов.
13	B	Триада включает Логос (разум), Этнос (мораль/авторитет) и Пафос (эмоции).
14	B	Варваризмы засоряют речь неоправданными англицизмами и иностранными заимствованиями.
15	B	В отличие от патернализма, валеология формирует партнерские (субъект-субъектные) отношения.
16	B	Академик Амосов определял здоровье как измеримый объем резервов систем жизнеобеспечения.
17	C	Энергетический принцип требует баланса между поступающими с пищей калориями и энергозатратами.
18	A	ИМТ (индекс Кетле)- стандартный метод оценки физического развития (кг/м ²).
19	C	Поддерживающий тип характеризуется пассивностью и поиском вторичных выгод от болезни.
20	B	Репродуктивный метод требует от пациента самостоятельного воспроизведения показанного навыка.

21	D	Закон химического соответствия диктует необходимость поступления эссенциальных веществ (Омега-3, витаминов).
22	C	Хронобиология пищеварения фиксирует пик инсулиновой чувствительности в утренние часы.
23	C	Эмоциогенное поведение (гиперфагия) использует пищу как суррогатный антидепрессант.
24	B	Вильгельм Райх описал 7 сегментов мышечных блоков, удерживающих подавленные эмоции.
25	D	Шейный сегмент блокирует плач и гнев, создавая субъективное ощущение «кома в горле».
26	C	Гиподинамия означает снижение силы мышечных сокращений, в отличие от гипокинезии (ограничения объема движений).
27	A	Миокины, выделяемые мышцами, проникают в мозг и стимулируют когнитивные функции.
28	B	Формула Карвонена позволяет точно дозировать аэробную нагрузку с учетом пульсового резерва.
29	D	Предикция подразумевает вероятностное прогнозирование рисков на основе объективных маркеров.
30	C	Возраст женщины остается главным фактором, определяющим качество и количество фолликулов.
31	B	Появление поллюций является маркером гормональной перестройки репродуктивной системы юношей.
32	B	Это базовый инструмент защиты от сексуализированного насилия, преподаваемый с раннего детства.
33	C	Девиация рассматривается как деструктивная попытка

		компенсации дефицита адаптационных резервов.
34	С	Социометрия позволяет выявить социометрических «звезд» и «изгоев» для превентивной работы.
35	А	Валеология требует отказа от унижений, провоцирующих страх, и воспитания личным примером честности.
36	С	Устрашающий подход вызывает защитное отрицание у подростков и признан малоэффективным.
37	В	Эндогенный этанол- естественный метаболит, необходимый для нормального клеточного обмена.
38	В	Мозг защищается от избытка экзогенного никотина, снижая чувствительность собственных структур.
39	С	Карбоксигемоглобин вызывает тяжелую системную гипоксию всех тканей организма.
40	В	Мышечная нагрузка вызывает естественный выброс дофамина, компенсирующий нехватку никотина.
41	В	ВИЧ специфически связывается с рецепторами CD4 на поверхности Т-лимфоцитов-хелперов.
42	С	Падение уровня клеток CD4 ниже 200/мкл делает организм беззащитным перед оппортунистическими инфекциями.
43	Д	Воздушно-капельный путь передачи ВИЧ невозможен, так как вирус не выживает во внешней среде.
44	В	АРВТ подавляет репликацию вируса, сохраняя иммунитет и жизнь пациента.
45	В	Ролевая игра позволяет сформировать устойчивый поведенческий паттерн отказа в стрессовой ситуации.
46	С	Психический дискомфорт парализует волю, делая невозможным переход к активному

		здоровьесбережению.
47	А	Жизненный индекс измеряется как отношение ЖЕЛ (мл) к массе тела (кг).
48	С	Эстетика окружающего пространства и питания оптимизирует тонус вегетативной нервной системы.
49	В	Этот прием активизирует «периферическое сердце» голени, ликвидируя венозный застой.
50	С	Постановка диагноза ВИЧ вызывает тяжелый кризис, требующий срочного психосоциального сопровождения.

ГЛОССАРИЙ

1. **Валеология**- интегративная междисциплинарная наука, изучающая закономерности, механизмы и практические способы формирования, сохранения и активного преумножения индивидуального здоровья человека. Возникнув на стыке биологии, медицины и психологии, она смещает фокус с лечения болезней на управление адаптационными резервами.

2. **Саногенез**- динамический, эволюционно закрепленный комплекс защитно-приспособительных реакций организма. В отличие от патогенеза, саногенез направлен на регенерацию поврежденных тканей, детоксикацию и восстановление нарушенного гомеостаза.

3. **Патогенез**- фундаментальный раздел клинической патологии, исследующий тонкие физиологические и биохимические механизмы зарождения, развития и исхода различных болезненных процессов в организме.

4. **«Третье состояние» (преднозологический статус)**- специфическая пограничная зона между абсолютной физиологической нормой и началом манифестного заболевания. Характеризуется выраженным напряжением регуляторных систем при отсутствии структурных повреждений органов.

5. **Гомеостаз**- способность открытой биологической системы (организма) сохранять динамическое постоянство своего внутреннего физико-химического состояния посредством скоординированных нейрогуморальных реакций.

6. **Адаптация**- универсальный процесс физиологического, биохимического и психологического приспособления организма к изменяющимся, часто экстремальным, условиям внешней и внутренней среды.

7. **Адаптогены**- фармакологическая группа веществ природного (растительного или животного) происхождения, способных повышать общую

неспецифическую резистентность организма к широкому спектру стрессоров без специфического терапевтического эффекта.

8. **Эвкразия**- историческая концепция древнегреческого врача Гиппократ, описывающая состояние здоровья как результат правильного, гармоничного смешения четырех основных жидкостей (соков) человеческого организма.

9. **Дискразия**- античный медицинский термин, обозначающий нарушение естественного баланса гуморальных жидкостей, что, согласно учениям Гиппократ и Галена, является первопричиной возникновения физических недугов.

10. **Конституция человека**- генетически детерминированный и фенотипически закрепленный комплекс морфологических, структурных и психофизиологических свойств организма, определяющий его реактивность и предрасположенность к патологиям.

11. **Соматотип**- классификационная единица типа телосложения человека, определяемая на основе совокупности антропометрических измерений, особенностей метаболизма и эндокринного профиля.

12. **Астенический тип**- конституциональный соматотип, отличающийся преобладанием продольных размеров тела, узкой грудной клеткой, слабой мускулатурой, а также склонностью к артериальной гипотензии и высокому темпу основного обмена.

13. **Нормостенический тип**- сбалансированный соматотип, характеризующийся пропорциональным развитием костно-мышечной системы и высокой универсальностью адаптационных резервов к различным видам нагрузок.

14. **Гиперстенический тип**- соматотип, отличающийся преобладанием поперечных размеров, широкой грудной клеткой и развитым жировым слоем. Обладает врожденной предрасположенностью к метаболическому синдрому и сердечно-сосудистым катастрофам.

15. **Нейродинамический статус**- базовая характеристика личности, определяемая генетически заданными свойствами центральной нервной системы (силой, подвижностью и уравновешенностью процессов возбуждения и торможения по И. П. Павлову).

16. **Вегетативный тонус**- интегральный показатель, отражающий динамический баланс активности между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы, определяющий скорость метаболических реакций.

17. **Симпатикотония**- физиологическое состояние, характеризующееся доминированием симпатического отдела ВНС, что проявляется тахикардией, повышенным артериальным давлением и высокой мобилизационной готовностью.

18. **Ваготония**- состояние с преобладанием тонуса блуждающего нерва (парасимпатического отдела), сопровождающееся брадикардией, активным течением процессов анаболизма и экономным расходом энергии.

19. **Функциональные резервы**- скрытый потенциал и приспособительные возможности органов, тканей и целостных систем организма, которые мобилизуются исключительно при воздействии экстремальных физических или психогенных факторов среды.

20. **Общий адаптационный синдром (ОАС)**- фундаментальная нейроэндокринная реакция организма на длительный стресс, открытая Г. Селье. Представляет собой стереотипный каскад изменений, направленных на выживание системы.

21. **Стадия тревоги**- первая, острая фаза ОАС, возникающая при контакте со стрессором. Сопровождается мгновенной активацией симпатoadреналовой системы, выбросом адреналина и подготовкой к реакции «бей или беги».

22. **Стадия резистентности**- вторая фаза ОАС, характеризующаяся морфологической гипертрофией коры надпочечников, стабильно высокой

секрецией кортизола и формированием устойчивого системного структурного следа адаптации.

23. **Стадия истощения**- третья, терминальная фаза ОАС, наступающая при исчерпании пластических и гормональных резервов надпочечников, что ведет к глубокой декомпенсации функций и развитию психосоматических язв.

24. **Индекс Р. М. Баевского**- верифицированная математическая модель экспресс-оценки адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы, использующая параметры ЧСС, артериального давления, возраста и антропометрии.

25. **Шкала соматического здоровья (по Г. Л. Апанасенко)**- методика количественной экспресс-оценки энергопотенциала организма, базирующаяся на расчете пяти ключевых индексов (Кетле, жизненного, силового и др.).

26. **Здоровый образ жизни (ЗОЖ)**- научно и гигиенически обоснованный, активный способ повседневной жизнедеятельности человека, направленный на непрерывное восстановление и преумножение адаптационных резервов.

27. **Риторика**- систематизированная наука и прикладное искусство построения убедительной речи, зародившееся в Древней Греции и систематизированное в фундаментальных философских трудах Аристотеля.

28. **Логос**- структурный элемент аристотелевской триады убеждения, представляющий собой апелляцию к разуму аудитории посредством безупречного использования логических силлогизмов, научных фактов и статистики.

29. **Этос**- морально-нравственная основа профессиональной речи, детерминирующая уровень безоговорочного доверия слушателей (пациентов) к компетентности, честности и авторитету оратора.

30. **Пафос**- эмоциональный компонент риторической триады, определяющий способность специалиста воздействовать на глубинные

ценности, мотивы и переживания человека для побуждения его к активным оздоровительным действиям.

31. **Речевая культура**- комплексное умение специалиста осуществлять безупречный отбор и организацию языковых средств, строго соответствующих целям коммуникации, профессиональной этике и социальным нормам.

32. **Диалектизмы**- лексические единицы и фонетические конструкции, свойственные исключительно ограниченными местным говорам и недопустимые в рамках стандартизированной профессиональной или литературной речи.

33. **Варваризмы**- деструктивные элементы речи, представляющие собой неоправданное, стилистически избыточное использование иностранных заимствований (например, англицизмов) при наличии точных эквивалентов в родном языке.

34. **Профессионализмы**- неформальные, упрощенные или искаженные термины, используемые специалистами во внутреннем корпоративном общении, использование которых в диалоге с пациентом является грубым нарушением деонтологии.

35. **Клиническая риторика**- специализированное направление коммуникативной теории, изучающее закономерности речевого воздействия медицинского работника или валеолога на психофизиологический статус пациента.

36. **Эмпатическое слушание**- высший уровень коммуникативного взаимодействия, при котором специалист не только воспринимает вербальную информацию, но и демонстрирует глубокое понимание и искреннее сопереживание эмоциям пациента.

37. **Деонтология**- учение о правилах и нормах профессионального долга и моральной ответственности человека. Термин был интегрирован в структуру этических наук английским правоведом Иеремией Бентамом.

38. **Модель Гиппократ**- древнейшая парадигма медицинской этики, фундаментальным императивом которой является принцип *primum non nocere* («прежде всего- не навреди» телу и душе пациента).

39. **Модель Парацельса**- средневековая этическая парадигма патерналистского типа, основанная на принципе *clipeum salutis* («делай добро»), требующая от целителя активного милосердия и глубокого душевного контакта с больным.

40. **Биоэтика**- новейшая, сформировавшаяся во второй половине XX века модель медицинской этики, провозглашающая приоритет прав человека, уважение его автономии и принцип информированного добровольного согласия на любые вмешательства.

41. **Ятрогения**- патологическое состояние (психогенное или соматическое), спровоцированное неосторожным, бестактным речевым поведением специалиста, повлекшим за собой ухудшение состояния обратившегося человека.

42. **Дегуманизация медицины**- кризисное явление современного здравоохранения, характеризующееся утратой эмпатии, формализацией процесса лечения и восприятием пациента исключительно как обезличенного «носителя патологии».

43. **Уровень жизни**- строгая социально-экономическая категория, количественно отражающая степень обеспечения населения материальными благами (ВВП, уровень доходов, качество жилья и инфраструктуры).

44. **Качество жизни**- субъективная, социально-психологическая категория, отражающая степень комфорта индивида, его личную оценку экологической, эмоциональной и экзистенциальной удовлетворенности своим бытием.

45. **Стиль жизни**- устойчивая поведенческая категория, представляющая собой конкретный стандарт повседневной активности человека, включающий пищевые, двигательные и коммуникативные привычки.

46. **Индекс массы тела (ИМТ / Индекс Кетле)**- общепризнанный антропометрический показатель, рассчитываемый как отношение массы тела (в килограммах) к квадрату роста (в метрах), используемый для скрининга метаболических рисков.

47. **Саморегулятивный тип (отношения к здоровью)**- психологический профиль личности, характеризующийся внутренним локусом контроля, высокой дисциплиной и осознанием того, что здоровье является прямым результатом собственного выбора.

48. **Поддерживающий тип (отношения к здоровью)**- пассивный профиль личности с экстернальным локусом контроля, воспринимающий здоровье как неисчерпаемый дар, актуализирующий заботу о теле лишь в моменты острой боли.

49. **Вторичная выгода от болезни**- скрытый психологический механизм, при котором индивид неосознанно использует свои недомогания для ухода от социальной ответственности, манипуляции близкими или получения гиперопеки.

50. **Первичная профилактика**- масштабный комплекс медицинских, социальных и педагогических мероприятий, направленных на здоровых лиц с целью предотвращения самого факта зарождения патологических процессов.

51. **Вторичная профилактика**- система мер, применяемая к лицам из групп риска или находящимся на ранних стадиях болезни, направленная на замедление прогрессирования патологии и предотвращение ее обострений.

52. **Информационно-рецептивный метод**- базовый педагогический метод пропаганды ЗОЖ, заключающийся в трансляции научно верифицированных знаний (через лекции, памятки), которые реципиент пассивно воспринимает и фиксирует.

53. **Репродуктивный метод**- дидактический метод, требующий от пациента активного физического воспроизведения и автоматизации полезных

практических умений (например, техники расчета дозы инсулина) под строгим контролем специалиста.

54. **Проблемный метод**- высокоэффективный интерактивный метод обучения, при котором специалист не дает готовых инструкций, а вовлекает аудиторию в совместный самостоятельный поиск решения поставленной валеологической задачи.

55. **Сестринский процесс**- универсальная, научно обоснованная технология оказания сестринской помощи, включающая пять логически связанных этапов: обследование, диагностику, планирование, реализацию и жесткую оценку эффективности.

56. **Нутригеномика**- передовое направление молекулярной биологии, исследующее тонкие механизмы влияния биологически активных макро- и микронутриентов пищи на экспрессию генов и процессы клеточного старения.

57. **Закон сохранения энергии (в питании)**- первый фундаментальный закон нутрициологии, требующий строгого математического соответствия между калорийностью потребляемого рациона и суточными энергетическими тратами организма.

58. **Макронутриенты**- основные пищевые вещества, необходимые организму в больших объемах (десятки и сотни граммов в сутки) для обеспечения пластического и энергетического обмена: полноценные белки, жиры и углеводы.

59. **Микронутриенты**- эссенциальные пищевые факторы (различные витамины и минеральные элементы), требующиеся в миллиграммовых дозах для обеспечения работы ферментных каскадов и систем антиоксидантной защиты.

60. **Мембранное (пристеночное) пищеварение**- механизм расщепления пищевых полимеров ферментными комплексами, локализованными непосредственно на щеточной кайме слизистой оболочки тонкой кишки, открытый академиком А. М. Уголевым.

61. **Пищевые волокна (клетчатка)**- группа сложных, неперевариваемых ферментами ЖКТ углеводов растительного происхождения, служащих критически важным питательным субстратом для полезной кишечной микробиоты.

62. **Эмоциогенное пищевое поведение**- деструктивный паттерн (гиперфагия), при котором человек систематически переедает углеводистой пищей с целью биохимического подавления стресса, тревоги или эмоционального дискомфорта.

63. **Экстернальное пищевое поведение**- нарушение пищевого статуса, при котором сигнал к приему пищи диктуется не внутренним физиологическим голодом, а мощными внешними стимулами (видом, запахом еды, застольной компанией).

64. **Ограничительное пищевое поведение**- опасное расстройство, заключающееся в применении изнурительных, хаотичных диет, что неизбежно ведет к метаболическим срывам и развитию нервной анорексии или булимии.

65. **Мышечный панцирь**- психосоматическая концепция австрийского психотерапевта В. Райха, описывающая формирование локальных хронических спазмов скелетной мускулатуры как биологической защиты от неотрагированных сильных эмоций.

66. **Аутогенная тренировка**- классический метод психофизической саморегуляции (по И. Шульцу), направленный на перевод биоэлектрической активности мозга в диапазон альфа-ритмов посредством глубокого мышечного расслабления.

67. **Стретчинг**- система специализированных физических упражнений, направленная на плавное растяжение мышечных волокон, что активизирует органы Гольджи и вызывает глубокое аутогенное (рефлекторное) расслабление мышц.

68. **Гипокинезия**- патологическое физиологическое состояние организма, развивающееся вследствие выраженного ограничения общего объема и пространственной амплитуды повседневных мышечных движений.

69. **Гиподинамия**- системный фактор риска, выражающийся в критическом снижении силы мышечных сокращений (детренированности), что запускает каскад дегенеративных изменений в миокарде и метаболизме глюкозы.

70. **Миокины**- особые полипептидные сигнальные молекулы (например, ирисин), которые секретируются в кровоток исключительно сокращающимися скелетными мышцами, оказывая мощное стимулирующее действие на нейрогенез и липолиз.

71. **Саркопения**- прогрессирующее, опасное для жизни атрофическое заболевание, характеризующееся потерей массы, силы и функциональной состоятельности скелетной мускулатуры, ускоренное гиподинамией.

72. **Динамизация поз**- здоровьесберегающая эргономическая технология в педагогике (система В. Ф. Базарного), предполагающая регулярное чередование работы за традиционной партой и стоя за специализированной конторкой.

73. **Формула Карвонена**- математический алгоритм в спортивной физиологии, позволяющий максимально точно рассчитать индивидуальную целевую зону пульса для аэробной тренировки с учетом пульсового резерва сердца.

74. **Репродуктивное здоровье**- интегральное состояние абсолютного физического, умственного и социального комфорта индивида во всех аспектах, непосредственно касающихся функций и процессов репродуктивной системы (согласно ВОЗ).

75. **Планирование семьи**- валеологическая стратегия ответственного родительства, направленная на применение надежных

методов контрацепции для предотвращения абортов, сохранение женского здоровья и рождение желанных детей.

76. **Прегравидарная подготовка**- комплексный алгоритм заблаговременных (до наступления зачатия) диагностических, профилактических и нутрициологических мероприятий, направленных на оптимизацию здоровья будущих родителей.

77. **4П-медицина**- передовая парадигма современного здравоохранения, опирающаяся на четыре фундаментальных столпа: персонализацию терапии, предикцию рисков, превентивность вмешательств и партисипативность (соучастие) пациента.

78. **Овариальный резерв**- генетически детерминированный, невозобновляемый запас функционально полноценных фолликулов в яичниках женщины, определяющий потенциал ее фертильности на конкретном жизненном этапе.

79. **Пубертатный период (подростковый возраст)**- критический этап онтогенеза человека, характеризующийся мощной активацией нейроэндокринной системы, стремительным ростом и достижением биологической половой зрелости.

80. **Менархе**- время наступления первого менструального кровотечения в жизни девушки, являющееся ключевым маркером созревания женской репродуктивной системы.

81. **Поллюции**- физиологически нормальные, непроизвольные ночные семяизвержения у юношей в пубертатном периоде, свидетельствующие о начале функционирования сперматогенного эпителия яичек.

82. **Полоролевая идентификация**- целенаправленный психолого-педагогический процесс формирования у развивающейся личности качеств, паттернов поведения и ценностей, соответствующих анатомо-физиологическим признакам пола.

83. **Фимоз**- патологическое сужение препуциального мешка (крайней плоти) полового члена, часто провоцируемое хроническими воспалениями из-за грубых нарушений интимной гигиены мальчиками-подростками.

84. **Правило нижнего белья (Pants Rule)**- международно признанный педагогический инструмент раннего профилактического воспитания, обучающий ребенка неприкосновенности личных телесных границ и защите от посягательств.

85. **Девиантное поведение**- в психологической трактовке это проявление глубокой психосоциальной маладаптации, выражающееся в стойком отклонении действий личности от принятых в обществе моральных, этических и правовых норм.

86. **Социометрия**- научно верифицированный метод социологической диагностики малых групп, позволяющий графически и математически выявить скрытую структуру взаимных симпатий, антипатий и статусных ролей («звезд» и «изгоев»).

87. **Сказкотерапия**- мягкий проективный метод психолого-педагогической коррекции поведения, использующий анализ глубинных архетипов и мотивов поступков персонажей классических литературных сказок.

88. **Копинг-стратегии**- комплекс осознанных когнитивных, эмоциональных и поведенческих усилий, генерируемых человеком для адаптивного, здорового совладания со стрессовыми, травмирующими ситуациями.

89. **Аддикция (зависимость)**- хроническое, рецидивирующее расстройство психики и поведения, характеризующееся непреодолимым, патологическим влечением к употреблению психоактивных веществ или выполнению деструктивных действий.

90. **Наркотизм**- системное деструктивное социальное явление, выражающееся в масштабном, немедицинском и неконтролируемом потреблении популяцией различных химических психоактивных веществ.

91. **Эндогенный этанол**- физиологический спирт, в микроскопических дозах синтезируемый клетками здорового организма для поддержания энергетического баланса и регуляции жидкостности клеточных мембран при стрессе.

92. **Толерантность (к ПАВ)**- нейробиологический феномен снижения чувствительности клеточных рецепторов мозга, вынуждающий зависимого человека постоянно повышать дозу химического вещества для достижения прежнего эффекта эйфории.

93. **Абстиненция (синдром отмены)**- тяжелый симптомокомплекс физиологических, вегетативных и психоэмоциональных расстройств, возникающий у зависимого при резком прекращении экзогенного поступления психоактивного вещества.

94. **Дофамин**- ключевой нейромедиатор центральной нервной системы, активирующий так называемый «центр удовольствия», неестественно мощный выброс которого провоцируется молекулами любых наркотических веществ.

95. **Никотиновые ацетилхолиновые рецепторы (n-AХР)**- специфические белковые структуры на мембранах нейронов головного мозга, с которыми связывается алкалоид никотин, вызывая кратковременное возбуждение и последующее истощение ЦНС.

96. **Карбоксигемоглобин**- стойкое патологическое химическое соединение угарного газа (компонента табачного дыма) с молекулой гемоглобина, полностью лишаящее эритроцит способности транспортировать кислород к тканям.

97. **Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)**- тяжелая, необратимая патология дыхательной системы, индуцированная

систематическим термическим и химическим ожогом реснитчатого эпителия бронхов при табакокурении.

98. **Мукоцилиарный клиренс**- естественный защитный физиологический механизм самоочистки дыхательных путей, парализуемый токсинами сигаретного дыма, что ведет к накоплению канцерогенных смол в легких.

99. **ВИЧ (Вирус иммунодефицита человека)**- опасный ретровирус, генетически запрограммированный на избирательное поражение и уничтожение Т-лимфоцитов-хелперов (CD4+), что приводит к тотальному разрушению иммунитета.

100. **Антиретровирусная терапия (АРВТ)**- специфическая, высокоактивная медикаментозная терапия, пожизненный прием которой блокирует репликацию (размножение) вируса ВИЧ в крови, сохраняя жизнь и социальную безопасность пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брехман, И. И. Введение в валеологию- науку о здоровье / И. И. Брехман.- Л. : Наука, 1987.- 125 с.
2. Вайнер, Э. Н. Валеология : учебник для вузов / Э. Н. Вайнер.- 11-е изд.- М. : Флинта, 2021.- 448 с.
3. Назарова, Е. Н. Валеология : учебник для бакалавров / Е. Н. Назарова, Ю. Д. Жилов.- М. : Академия, 2011.- 256 с.
4. Апанасенко, Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова.- Киев : Здоров'я, 1998.- 246 с.
5. Амосов, Н. М. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов.- М. : Физкультура и спорт, 1987.- 64 с.
6. Назарова, Е. Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебник / Е. Н. Назарова, Ю. Д. Жилов.- М. : Академия, 2007.- 254 с.
7. Михальская, А. К. Педагогическая риторика : история и теория / А. К. Михальская.- М. : Академия, 1998.- 432 с.
8. Введенская, Л. А. Культура речи : учебное пособие для вузов / Л. А. Введенская.- Ростов н/Д : Феникс, 2001.- 448 с.
9. Один, В. И. Клиническая риторика в высшей школе / В. И. Один // Вестник СЗГМУ им. И. И. Мечникова.- 2015.- Т. 7, № 4.- С. 112–117.
10. Петров, Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии / Н. Н. Петров.- 5-е изд.- Л. : Медицина, 1945.- 144 с.
11. Яровинский, М. Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (деонтология) / М. Я. Яровинский.- М. : Медицина, 2004.- 448 с.
12. Силуянова, И. В. Биоэтика в России: ценности и законы / И. В. Силуянова.- М. : Грантъ, 2001.- 192 с.
13. Петряков, П. А. Проектное обучение основам здорового образа жизни / П. А. Петряков, М. Е. Шувалова.- М. : Юрайт, 2025.- 197 с.
14. Кондакова, Э. Б. Здоровый человек и его окружение / Э. Б. Кондакова, Е. С. Сысоева.- М. : КНОРУС, 2023.- 278 с.

15. Расулова, Н. Ф. Улучшение качества здорового образа жизни среди населения и роль среднего медицинского персонала / Н. Ф. Расулова, Ф. А. Азаматова // Центральноазиатский журнал междисциплинарных исследований.- 2024.- Т. 1, № 16.- С. 200–202.
16. Искандарова, Ш. Т. Роль медицинской сестры в пропаганде здорового образа жизни среди населения / Ш. Т. Искандарова, Р. И. Аскарлова // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана.- 2013.- № 1.- С. 81–83.
17. Тутельян, В. А. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах / В. А. Тутельян, А. Ю. Попова.- М. : Роспотребнадзор, 2021.- 191 с.
18. Мартинчик, А. Н. Общая нутрициология / А. Н. Мартинчик, И. В. Маев, О. О. Янушевич.- М. : МЕДпресс-информ, 2010.- 392 с.
19. Королев, А. А. Гигиена питания : учебник / А. А. Королев.- М. : Академия, 2014.- 544 с.
20. Белов, В. И. Валеология: здоровье, молодость, красота, долголетие / В. И. Белов, Ф. Ф. Михайлович.- М. : Недра, 1999.- 664 с.
21. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье.- М. : Прогресс, 1979.- 124 с.
22. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев-Смык.- М. : Академический Проект, 2009.- 943 с.
23. Андрюхина, Т. В. Физическая культура : учебник / Т. В. Андрюхина, Н. В. Третьякова.- М. : Русское слово, 2013.- 176 с.
24. Бальсевич, В. К. Онтокинезиология человека / В. К. Бальсевич.- М. : Теория и практика физической культуры, 2000.- 275 с.
25. Клейберг, Ю. А. Девиантология : учебник и практикум для вузов / Ю. А. Клейберг.- М. : Юрайт, 2020.- 161 с.
26. Мазниченко, М. А. Профилактика социальных зависимостей подростков / М. А. Мазниченко, Н. И. Нескоромных.- М. : Юрайт, 2024.- 227 с.

27. Левшунова, Ж. А. Профилактика девиантного поведения у подростков / Ж. А. Левшунова.- Красноярск : СФУ, 2022.- 86 с.
28. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД : национальное руководство / В. В. Покровский.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020.- 696 с.
29. Лобзин, Ю. В. ВИЧ-инфекция и СПИД: Руководство для врачей / Ю. В. Лобзин.- СПб. : СпецЛит, 2021.- 224 с.
30. Семенов, А. С. Профилактика ВИЧ-инфекции в организациях для детей-сирот / А. С. Семенов.- Екатеринбург : Областной центр СПИДа, 2023.- 87 с.
31. Беляева, В. С. Медицинская этика и деонтология / В. С. Беляева // Медицинский вестник.- 2014.
32. Лазебник, Л. Б. Этика и деонтология в гериатрии / Л. Б. Лазебник.- М., 2014.
33. Циммерман, Я. С. История развития врачебной этики / Я. С. Циммерман.- М., 2015.
34. Саперов, В. Н. История развития врачебной этики / В. Н. Саперов.- М., 2012.
35. Косарев, И. И. Медицинская этика и деонтология / И. И. Косарев, Ю. П. Лисицын.- М., 1988.
36. Кассирский, И. А. О врачевании / И. А. Кассирский.- М. : Медицина, 1970.
37. Градусов, Г. Коридор безопасности: профилактика девиантного поведения / Г. Градусов // Школьный психолог.- 2012.- № 9.- С. 31-35.
38. Гурвич, Н. Е. Влияние дискурсивных практик в отношении девиантного поведения / Н. Е. Гурвич // Вестник МГУ.- 2013.- Вып. 2.
39. Богданович, Н. В. Навигатор профилактики девиантного поведения / Н. В. Богданович [и др.]- М. : МГППУ, 2022.- 25 с.
40. Зайцев, Г. К. Валеология: Культура здоровья / Г. К. Зайцев, А. Г. Зайцев.- Самара : Бахрах-М, 2003.- 269 с.

41. Иргашев, Ш. Б. Валеология : ўқув кўлланма / Ш. Б. Иргашев.- Ташкент, 2015.- 406 с.
42. Борисова, Т. С. Валеология. Практикум / Т. С. Борисова, М. М. Солтан, Е. В. Волох.- Минск : Вышэйшая школа, 2018.- 271 с.
43. Кильдиярова, Р. Р. Основы формирования здоровья детей / Р. Р. Кильдиярова, Ю. Ф. Лобанов.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 324 с.
44. Шараев, П. Н. Витамины и здоровье / П. Н. Шараев.- Ижевск, 2015.
45. Ботникова, Е. А. Здоровьесберегающие технологии и их роль в сохранении здоровья школьников / Е. А. Ботникова.- М., 2015.
46. Виленский, М. Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студента : учебное пособие / М. Я. Виленский.- М. : КноРус, 2013.
47. Ильинич, В. И. Физическая культура студента и жизнь : учебник / В. И. Ильинич.- М. : Гардарики, 2008.
48. Билич, Г. Л. Основы валеологии : учебник / Г. Л. Билич, Л. В. Назарова.- СПб. : Водолей, 1998.- 558 с.
49. Фирсова, О. А. Психология, медицинская этика и деонтология / О. А. Фирсова.- М. : РИПО, 2020.- 197 с.
50. Пилипцевич, Н. Н. Медицинская этика – мудрость врачевания / Н. Н. Пилипцевич // Медицинские новости.- 2013.
51. Ерохин, А. К. Медицинская этика и деонтология : учебное пособие / А. К. Ерохин, Л. Д. Ерохина.- Владивосток : ТГМУ, 2017.- 136 с.
52. Авдеев, Д. А. Греховные недуги. Психология страсти / Д. А. Авдеев.- М. : СофтИздат, 2011.- 172 с.
53. Зенцова, Н. И. Особенности когнитивных факторов психосоциальной адаптации зависимых / Н. И. Зенцова // Вестник МГУ.- 2007.- № 3.
54. Минин, А. Я. Актуальные проблемы девиантного поведения несовершеннолетних / А. Я. Минин.- М., 2019.

55. Книжникова, С. В. Девиантология для педагогов и психологов / С. В. Книжникова.- М., 2020.
56. Солдатова, Г. У. Мы в ответе за цифровой мир: профилактика деструктивного поведения / Г. У. Солдатова.- М., 2020.
57. Зиннуров, Ф. К. Педагогическая система профилактики девиантного поведения подростков / Ф. К. Зиннуров.- М., 2018.
58. Касьянов, В. В. Девиантология: социология суицидального поведения / В. В. Касьянов.- М. : Юрайт, 2019.
59. Шнейдер, Л. Б. Психология девиантного и аддиктивного поведения / Л. Б. Шнейдер.- М. : Юрайт, 2019.
60. Антилогова, Л. Н. Профилактика девиантного поведения подростков средствами арт-терапии / Л. Н. Антилогова.- Омск : Изд-во ОмГПУ, 2023.- 84 с.
61. Островская, И. В. Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций / И. В. Островская.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022.- 232 с.
62. Касимовская, Н. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи / Н. Касимовская.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023.- 304 с.
63. Бедулина, Г. Ф. Социально-педагогическая профилактика девиантного поведения подростков / Г. Ф. Бедулина.- Минск, 2013.
64. Ничишина, Т. В. Профилактика девиантного поведения несовершеннолетних / Т. В. Ничишина.- М., 2017.
65. Савельева, И. С. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение современной молодежи / И. С. Савельева.- М., 2004.
66. Левшук, Л. М. Репродуктивное здоровье молодежи: проблемы и решения / Л. М. Левшук [и др.].- Минск : Изд. центр БГУ, 2017.- С. 190-196.
67. Зибарев, А. Л. Этика и деонтология в медицине : Учебное пособие / А. Л. Зибарев, И. Ю. Давиденко.- Ростов н/Д : Феникс, 2024.
68. Гоголева, А. В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А. В. Гоголева.- М. : МПСИ, 2003.

69. Овчаренко, Л. Ю. Аддиктивность и гаджет-зависимость / Л. Ю. Овчаренко.- М., 2019.
70. Кульнева, О. А. Диагностика, профилактика, коррекция / О. А. Кульнева.- М., 2020.
71. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / В. А. Медик, В. К. Юрьев.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 608 с.
72. Амлаев, К. Р. Общественное здоровье и здравоохранение / К. Р. Амлаев.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021.- 184 с.
73. Муравьева, В. Н. Формирование здорового образа жизни в первичном звене здравоохранения / В. Н. Муравьева.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 512 с.
74. Кобяков, Ю. П. Основы здорового образа жизни современного студента / Ю. П. Кобяков.- Ростов н/Д : Феникс, 2017.
75. Аладьева, Н. В. Педагогические условия формирования здорового образа жизни / Н. В. Аладьева // Актуальные вопросы физического воспитания.- 2022.
76. Даценко, А. А. Роль здорового образа жизни в сохранении здоровья студенческой молодежи / А. А. Даценко // Актуальные проблемы физ. культуры.- 2022.
77. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицын.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 512 с.
78. Казначеев, В. П. Основы общей валеологии / В. П. Казначеев.- М. : Изд-во МПСИ, 1997.- 48 с.
79. Марков, В. В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней / В. В. Марков.- М. : Академия, 2001.- 320 с.
80. Барановский, Ю. Г. Диетология / Ю. Г. Барановский.- СПб. : Питер, 2008.- 1024 с.
81. Уголев, А. М. Теория адекватного питания и трофология / А. М. Уголев.- СПб. : Наука, 1991.- 271 с.

82. Смолянский, Б. Л. Лечебное питание / Б. Л. Смолянский.- М. : Эксмо, 2010.- 608 с.
83. Покровский, А. А. Беседы о питании / А. А. Покровский.- М. : Экономика, 1964.- 287 с.
84. Кучма, В. Р. Гигиена детей и подростков / В. Р. Кучма.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 480 с.
85. Меерсон, Ф. З. Адаптация к стрессовым ситуациям / Ф. З. Меерсон.- М. : Медицина, 1988.- 256 с.
86. Баевский, Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма / Р. М. Баевский.- М. : Медицина, 1997.- 114 с.
87. Холодов, Ж. К. Теория и методика физического воспитания / Ж. К. Холодов.- М. : Академия, 2000.- 480 с.
88. Матвеев, Л. П. Теория и методика физической культуры / Л. П. Матвеев.- М. : ФиС, 1991.- 543 с.
89. Райх, В. Анализ личности (Функция мышечного панциря) / В. Райх.- М. : КСП+, 1999.- 333 с.
90. Щербатых, Ю. В. Психология стресса и методы коррекции / Ю. В. Щербатых.- СПб. : Питер, 2006.- 256 с.
91. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров.- М. : Пер Сэ, 2006.- 352 с.
92. Агаджанян, Н. А. Адаптация и резервы организма / Н. А. Агаджанян.- М. : Физкультура и спорт, 1983.- 176 с.
93. Судаков, К. В. Физиология комплексных адаптаций / К. В. Судаков.- М. : Медицина, 1981.- 320 с.
94. Змановская, Е. В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения / Е. В. Змановская.- М. : Академия, 2003.- 288 с.
95. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения / В. Д. Менделевич.- М. : МЕДпресс, 2001.- 432 с.
96. Беляева, В. В. Консультирование при ВИЧ-инфекции / В. В. Беляева.- М. : Медицина, 2003.- 112 с.

97. Кулаков, В. И. Репродуктивное здоровье населения России / В. И. Кулаков.- М. : Медицина, 2002.- 168 с.
98. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко.- Л. : Медицина, 1983.- 256 с.
99. Шабалина, В. В. Зависимое поведение школьников / В. В. Шабалина.- СПб. : Медицинская пресса, 2001.- 176 с.
100. Сирота, Н. А. Профилактика наркомании и алкоголизма / Н. А. Сирота.- М. : Академия, 2003.- 176 с.
101. Игонин, А. Л. Наркомании, токсикомании, алкоголизм / А. Л. Игонин.- М. : Медицина, 2001.- 240 с.
102. Радзинский, В. Е. Охрана репродуктивного здоровья / В. Е. Радзинский.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 350 с.

Д.Н. Алимджанова

Н.К.Очилова

ВАЛЕОЛОГИЯ

учебное пособие для учащихся

медицинских техникумов и колледжей

Босишга рuxсат еtildi: 16.06.2026-yil.

Ofset bosma qog‘ozi. Qog‘oz bichimi 60x84 ^{1/16}.

“Times New Roman ” garniturasini. Ofset bosma usuli.

Hisob nashriyot t.: 16,0. Shartli b.t.: 10,2.

Adadi: 100 nusxa. Buyurtma 16.

ISBN: 978-9910-5237-3-1

“Phoenix scientific publication center” MChJ.

Farg‘ona viloyati, Uchko‘prik tumani, Istiqlol ko‘chasi 102-uy.