

Методические рекомендации по профилактике социально значимых заболеваний в образовательных организациях

Введение.

Развитие здоровьесберегающей деятельности в образовательных организациях в качестве нормативной правовой основы имеет достаточно широкую базу, основывается на Федеральном Законе от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Национальной образовательной инициативе «Наша новая школа», Указе Президента Российской Федерации от 1 июня 2012г. №761, Федеральных требованиях к образовательным учреждениям в области охраны здоровья обучающихся, приказе Министерства образования и науки РФ № 2106 от 28 декабря 2010г. и других.

На основе существующей нормативной базы, в целом, сложилась общая комплексная модель сохранения и укрепления здоровья в образовательных организациях общего образования. В каждом образовательном учреждении эта модель комплексного подхода к сохранению здоровья детей и подростков может быть трансформирована в зависимости от актуальных задач, конкретных условий, потребностей и возможностей данного учреждения. При этом наиболее актуальными направлениями в сохранении здоровья школьников в общем образовании являются:

- состояние и содержание зданий и помещений школ в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к условиям размещения;
- организация полноценного питания, включая наличие и необходимое оснащение пищеблоков;
- наличие необходимой гигиенически адекватной, ростовой мебели;
- наличие необходимого набора помещений, в том числе учебных кабинетов, физкультурных залов, спортивных площадок и оборудование их соответствующим инвентарем;
- ведение профилактической работы по всем направлениям;
- организация двигательной активности;
- привитие навыков здорового образа жизни.

Одной из самых значимых проблем сохранения здоровья является проблема профилактики - противодействие возрастающим в массовых масштабах многообразным формам вредных привычек, к которым следует отнести: алкоголизацию, табакокурение, наркотизацию, токсикоманию, компьютерную зависимость и другие явления. Анализируя обстановку в области профилактики в России, следует отметить, что первичной профилактикой наркомании действительно занимается система образования, в основном, образовательные учреждения среднего звена: школы, профессиональные училища, менее активно - колледжи, лицеи и вузы. Введены новые федеральные государственные образовательные стандарты, которые косвенным образом ориентированны на профилактику наркомании. Разрабатываются и внедряются разнообразные методические материалы для осуществления профилактики по основному спектру через предметное обучение в школе.

Основная цель профилактической работы, направленной на предупреждение возникновения и распространения социально значимых и инфекционных заболеваний, заключается в формировании у детей внутриличностных регуляционных механизмов, обеспечивающих реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни.

Социально значимые заболевания - это заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

Возникновение и распространение социально значимых заболеваний в определяющей степени зависят от влияния неблагоприятных условий социально-экономического строя. К социально значимым заболеваниям относят в частности:

туберкулёз, ВИЧ, гепатит. Зачастую неблагоприятные явления социума, такие как алкоголизм и наркомания, относят к социально значимым заболеваниям.

Многие из социально значимых заболеваний являются инфекционными и помимо инфекционного агента их распространению содействуют вредные привычки, ослабляющие иммунитет организма. Ситуация усугубляется тем, что наибольшая роль в формировании эпидемического процесса распространения инфекционных и социально значимых заболеваний принадлежит молодежи, которая живет активной жизнью и так же активно принимает участие в реализации путей передачи.

Кроме профилактики заболеваний, внесенных в официальный список социально значимых, необходимо актуализировать первичную профилактику распространения инфекций (в частности, гриппа) наносящих огромный урон здоровью активной части населения и экономике страны из-за своей широкой распространенности.

Инфекционные заболевания - не случайные эпизоды, а закономерные явления в истории человеческого общества, которые развиваются и изменяются вместе с ним. На смену одним инфекциям приходят другие, а с ними - новые проблемы их профилактики.

Заболеемость многими инфекциями и инвазиями остается очень высокой, а их распространенность - глобальной. До сих пор в мире ежегодно регистрируется свыше 1 млрд. случаев инфекционных болезней желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Например, гриппом в отдельные годы болеет до 20% населения только в странах Европы и Америки. Еще 75 миллионов человек переносят другие острые респираторные инфекции. Во время эпидемий грипп приобретает характер стихийного бедствия, нанося странам огромный экономический ущерб.

В настоящее время ситуация с распространением социально значимых и инфекционных заболеваний может быть контролируема при проведении своевременной вакцинации, укреплении иммунитета населения с одной стороны и квалифицированном медико-санитарно гигиеническом просвещении - с другой.

Профилактика (*prophylaktikos* — предохранительный) — термин, означающий комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни особенно в образовательной среде.

Современный уровень мастерства педагогов и взаимодействие с системой здравоохранения области позволяют сделать следующий шаг в формировании здорового образа жизни подрастающего поколения - разработать методологию специального подхода к медико-санитарному просвещению, который будет стимулировать школьников активно укреплять свое собственное здоровье и благополучие, что потребует не только соответствующих знаний, но и практических навыков. Этот подход должен интегрировать психолого-педагогические приемы и методы, современные дизайнерские решения, соответствие возрастным особенностям обучающихся и научную достоверность информации.

Необходимо отметить определенные успехи эпидемиологии в борьбе с распространением инфекционных заболеваний:

в группе инфекций, управляемых средствами специфической профилактики (то есть вакцинацией), в 2010 году снижение заболеваемости зарегистрировано по всем видам инфекционных заболеваний, за исключением кори и коклюша.

Анализ структуры заболеваемости и причин смертности населения Российской Федерации указывает на необходимость принятия стратегических решений на государственном уровне в отношении профилактики основных социально значимых заболеваний (туберкулеза, ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, вирусных гепатитов) и факторов, способствующих распространению этих заболеваний. Постоянное ухудшение здоровья, распространение вредных привычек, потребление

алкогольных напитков и наркотиков достигло критического уровня и дальнейшее нарастание существующих тенденций может вызвать необратимые социально-экономические последствия.

Распространение ВИЧ/СПИДа стало одной из серьезнейших проблем XXI века. В настоящее время у эпидемии ВИЧ в России определились свои особенности. Во-первых, подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных - молодежь. Во-вторых, половой путь распространения инфекции приобретает все большее значение. Это свидетельствует о том, что болезнь вышла за пределы маргинальных групп и стала поражать обычных людей. Отсутствие вакцинации от ВИЧ/СПИДа и эффективных методов его лечения обуславливает приоритетную роль именно профилактики, и прежде всего - первичной профилактики, нацеленной на задержку темпов роста и снижение уровня распространения ВИЧ/СПИДа. С этих позиций важнейшее значение принадлежит образовательно-педагогическим программам профилактики главным образом в образовательной среде.

Распространению социально значимых заболеваний среди несовершеннолетних в огромной степени способствуют низкий уровень развития коммуникативных навыков. В ситуации, когда известно, что многие факторы, влияющие на здоровье, управляемы самим человеком, возрастает роль формирования у детей и подростков навыков ведения здорового образа жизни. Таким образом, успехи в сохранении здоровья детей и подростков, обеспечении безопасности общества в целом, могут быть достигнуты только с помощью создания системы общегосударственных, межведомственных профилактических мероприятий среди подрастающего поколения и, прежде всего, с помощью организации системы профилактики в образовательных учреждениях.

В данных методических рекомендациях профилактика аддиктивного поведения несовершеннолетних рассматривается как **ключевой момент предупреждения распространения социально значимых заболеваний** и как социальная технология, применимая в сфере образования.

1. Акцентуации характера подростков как фактор риска развития аддиктивного поведения.

Для более глубокого понимания возникновения различного рода поведенческих отклонений, связанных с употреблением психоактивных веществ, и разработки на этой основе эффективных подходов к его профилактике полезно рассматривать употребление психоактивных веществ в структуре широкого явления, обозначаемого как *аддиктивное поведение* (*addiction – пагубная привычка, пристрастие к чему-либо*). Под аддиктивным поведением понимают одну из форм деструктивного поведения, выражающуюся в уходе от реальности посредством изменения психического состояния, что может быть достигнуто различными способами, в частности использованием наркотических средств. Об аддикции говорят обычно тогда, когда у потребляющего наркотические средства помимо психологической зависимости имеются и признаки физической зависимости.

Выделяют следующие виды мотивации, которая играет важную роль в развитии аддиктивного поведения как подростков, так и взрослых.

Атарактическая мотивация — стремление к приему алкоголя с целью смягчить или устранить явления эмоционального дискомфорта, тревожности, сниженного настроения.

Субмиссивная мотивация — нежелание обидеть людей, предлагающих алкоголь, что отражает выраженную тенденцию к подчинению и зависимости от мнения окружающих.

Гедонистическая мотивация — стремление повысить настроение, удовольствие в широком смысле этого слова, особенно при наличии сниженной переносимости жизненных трудностей.

Мотивация с гиперактивацией поведения - алкоголь употребляется для возбуждения. Притягательным свойством алкоголя является возникновение субъективного состояния повышенного тонуса, сочетающегося с повышенной самооценкой.

Псевдокультурная мотивация — стремление произвести впечатление на окружающих редкими и дорогими алкогольными напитками, продемонстрировать «изысканный вкус». Большое значение придается атрибутивным свойствам алкоголя.

Психологическая мотивация - иллюзорная возможность удовлетворения желаний и разрешения конфликтов, даваемая состоянием опьянения. Польский психиатр Антон Кемпински называл причиной алкоголизма так называемую «боль существования», которую можно преодолевать с помощью духовного роста, внутреннего развития, но вместо этого её заглушают алкоголем.

Поисковая мотивация - подростковый возраст считается одним из факторов риска в плане развития алкогольной зависимости. Поведение в этом периоде в значительной степени определяется характерными реакциями: эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения (хобби), имитации и формирующимся сексуальным влечением [12].

Реакция эмансипации является проявлением стремления высвободиться из-под родительской опеки, контроля со стороны преподавателей и вообще всех, кто старше по возрасту. Когда реакция эмансипации сочетается с реакцией группирования со сверстниками, поведение может становиться асоциальным. Если строго регламентированная жизнь вдруг сменяется свободой, то подростка может в первую очередь привлечь то, что ранее не позволялось. Это весьма способствует аддиктивному поведению с *поисковой мотивацией*, то есть стремлению попробовать все.

Комплексная аддикция. В исследовании Короленко Ц.П. и Дмитриевой Н.В. выделяется алкогольная и неалкогольные части этого вида аддикции [10]. Алкогольная часть аддикций во многом находится в подсознании, из сознания она вытеснена и чаще всего не учитывается. Эта форма аддикций считается замаскированной. Неалкогольная аддикция заключается в особом стремлении проводить время в компаниях. Реакция группирования со сверстниками является одним из ведущих факторов, способствующих алкоголизации. Группа сверстников служит для подростка важным каналом информации, новой формой межличностных отношений и новым видом эмоциональных контактов. В рамках общих интересов формируется сообщество, которое собирается в фиксированных местах для совместного проведения времени. Такой способ времяпрепровождения становится доминирующим и оценивается, может быть, как самое важное в жизни. Алкогольная часть открыто не демонстрируется, а как бы подразумевается. Психологическая обстановка в таких компаниях во многом связана с действием алкоголя, облегчающего общение за счет растормаживающего эффекта, снятия запретов и ухода от контроля суперэго.

На сегодняшний день принято различать нехимические и химические аддикции.

Нехимические аддикции – это такое явление, при котором изменение психического состояния достигается без приёма психоактивных веществ. Уход в этом случае от реальности в повседневной жизни может иметь очень мягкие формы и большей частью не нарушает адаптацию человека. Так, например, на сегодня очень распространены случаи, когда подростки стремятся уйти от реального общения со сверстниками, замещая его общением с компьютером. В данном случае чётко проявляется отчуждение, обособленность людей. Здесь сложно говорить о причинах такого предпочтения, их может быть бесконечное множество, и в том числе личностные особенности, тревога перед реальным миром, стереотипы общения в семье, социуме, среде и т.д. В крайних случаях подросток всё больше и больше, отдавая предпочтения этому типу взаимодействия с внешним миром, почти полностью отказывается от

реального общения, часто заменяя его виртуальными переживаниями с анонимными корреспондентами.

Понятно, что если такой тип поведения становится основным, это непременно скажется на социальной адаптации - подросток всё больше и больше будет самоизолироваться, постепенно терять социальные контакты, отчуждаться от внешнего мира.

С позиций аддиктивного поведения можно рассматривать и азартные игры, которыми увлекаются очень часто подростки: карты, игровые автоматы, тотализаторы и т.п. Общим для азартных игр является то, что подростки постепенно привыкают переживать эмоциональное состояние только в игровых ситуациях, тогда как реальная жизнь для них перестаёт быть источником эмоций.

В последние годы в экономически развитых странах получили широкое распространение так называемые пищевые аддикции: булимия – патологическое повышение аппетита, нервная анорексия – отсутствие аппетита с постепенным перерастанием его в отвращение к пище, которые, как считается, трудно поддаются лечению. Большинство учёных считает, что условиями их формирования являются внутрисемейные отношения и личностные особенности подростков.

Некоторые психологи считают увлечение современной молодёжной «тяжелой» музыкой одним из проявлений аддиктивного поведения, что, с одной стороны, несколько преувеличено в оценках, с другой стороны, надо признать – посещение (особенно частое) дискотек может являться одной из форм аддиктивного поведения, так как возможны в этом случае изменения психического состояния подростков не только под влиянием музыки, но и в результате взаимоиндукции, танцев, световых эффектов, ожиданий и т.п.

Итак, нехимические аддикции – это такой стереотип жизни, когда реальность подменяется искусственно созданным миром. При этом диагностируется аддиктивное поведение только в тех случаях, когда уход от реальности с помощью изменения психического состояния становится основным стереотипом жизни человека, грубо нарушая его социальную и биологическую адаптацию. При этом личностные изменения и стереотипы поведения у лиц с нехимическими аддикциями похожи на таковые при химических аддикциях, то есть при наркоманиях, токсикоманиях и алкоголизме [12].

Химические аддикции – последствия применения алкоголя, наркотических и токсических веществ. В самом общем виде можно сказать, что все отрицательные медицинские и социальные последствия их употребления определяются двумя основными свойствами: способностью нарушать нормальное течение психических процессов и деятельность внутренних органов даже при однократном употреблении и способностью вызывать зависимость от препарата.

Если бы алкоголь и наркотические вещества не вызывали грубого расстройства психической деятельности при однократном их употреблении, то они никогда бы не использовались пьющими или наркоманами. Даже в лёгком алкогольном опьянении наблюдается ряд симптомов, которые необходимо расценивать как проявление болезненного состояния психики.

В первую очередь к таким симптомам относится эйфория – повышение настроения. На первый взгляд в алкогольной эйфории трудно увидеть грубую психическую патологию. Это связано с тем, что в повседневной жизни повышение настроения является нормальным проявлением человеческих эмоций. Однако существенным отличием обычного веселья или повышенного настроения от алкогольной эйфории является тот факт, что алкогольное повышение настроения искусственное. В данном случае повышение настроения абсолютно не зависит от внешних обстоятельств, оно полностью обусловлено химическим действием алкоголя на определённые структуры мозга. Эта насильственность эмоций при опьянениях полностью лишает их приспособительной роли. Человек в состоянии алкогольного опьянения будет весел, несмотря ни на что. Насильственное повышение настроения глубоко нарушает всё поведение человека,

отражается на его поступках, действиях, суждениях и мыслях. В состоянии алкогольной эйфории затруднена реальная оценка ситуации, легко снимаются социальные запреты, поступки отличаются легкомысленностью. При наркотических и токсических опьянениях эйфория обладает ещё более дезорганизующим психическую деятельность человека эффектом. В наркотических эйфорических состояниях появляется насильственный смех, люди в состоянии опьянения пляшут, поют, болезненно оживлены, испытывают одновременно множество побуждений. Такие состояния могут продолжаться очень длительное время, иногда до полусуток и больше.

В алкогольных, наркотических и токсических опьянениях наблюдаются и совершенно противоположные эйфории эмоционального расстройства в виде патологического снижения настроения. Такие состояния – депрессии – могут возникать, во-первых, как реакция на предшествующую эйфорию. В таких случаях после более или менее продолжительного периода опьянения, протекающего с повышенным настроением, развивается беспричинная тоска. В других случаях снижение настроения наблюдается с самого начала опьянения. В таком состоянии люди испытывают мучительную тоску, появляются мысли о никчёмности жизни и самоубийстве.

С учащением употребления алкоголя и наркотических веществ учащаются случаи депрессивных опьянений. Статистика показывает, что большинство самоубийств происходит именно в опьянениях. Совокупность факторов риска злоупотребления психоактивными веществами имеет многоуровневую структуру. Экспертами Всемирной организации здравоохранения разработана обобщенная классификация факторов риска наркотизации в зависимости от уровня их проявления.

Выделяют четыре уровня проявления факторов риска:

биофизиологический (включая психопатологические факторы риска);

индивидуально-психологический (включая патопсихологические факторы риска);

микросоциальный;

макросоциальный.

К медико-биологическим факторам риска различные исследователи относят: генетические или наследственные факторы; врожденные или приобретенные нейрофизиологические, нейрохимические, морфологические особенности организма; соматические, психопатологические расстройства; свойства собственно психоактивного вещества.

Акцентуации характера — это крайние состояния его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим.

В отношении акцентуаций существует две классификации типов. Первая предложена К. Леонгардом, вторая – А. Е. Личко. Классификация А. Е. Личко отличается, во-первых, специфичностью для подросткового возраста, во-вторых, охватывает как психопатии (т. е. патологические аномалии личности), так и акцентуации (т. е. варианты нормы).

Немецкий философ, психолог, педагог Э. Шпрингер, работавший в первой половине XX века, обобщил свои наблюдения за подростковым возрастом в следующем выводе: подростковый возраст – это возраст вхождения в культуру. Шпрингер выделил три варианта развития отрочества.

1. Резкое, бурное, кризисное течение. В результате возникает новое «Я».

2. Плавный, медленный, постепенный рост, без глубоких и серьезных изменений в личности.

3. Подросток сам активно и сознательно формирует себя, преодолевая усилием воли внутренние тревоги и кризисы. Данное протекание подросткового возраста характерно для детей с высоким уровнем самоконтроля и самодисциплины.

Приведем несколько цитат о подростковом возрасте. Немецкий психолог и философ В. Штерн в начале XX века писал:

«Подростковый возраст - промежуточный между детской игрой и серьезной, ответственной деятельностью - это серьезная игра. В качестве наследия от юности каждый человек должен перенести в период зрелости вечные стремления и искания, и в этом смысле оставаться вечно молодым».

Американский психолог и психоаналитик Эриксон (Эрик Хомбергер), первая половина XX века:

«Подростковый возраст - самый важный и трудный период в жизни человека. Психологическая напряженность зависит не только от физиологического созревания, личной биографии, но и от духовной атмосферы общества».

Швейцарский психолог Ж. Пиаже, середина XX века:

«В подростковом возрасте окончательно формируется личность, строится программа жизни. Профессиональная работа способствует полному преодолению кризиса, адаптации в обществе и указывает на окончательный переход к взрослому состоянию».

Русский психолог Л.С. Выготский - начало XX века.

«Подростковый возраст - самый неустойчивый и изменчивый период. Это период разрушения и отмирания старых интересов, период созревания новой биологической основы. Новообразования - развитие рефлексии и на ее основе - самосознания».

Для понимания причин нарушения поведения подростков крайне важным является знание особенностей разных типов акцентуаций характера.

2. Особенности поведенческих реакций подростков на воздействие среды.

Перестройка гормональной системы часто становится причиной повышенной эмоциональной нестабильности: резкой смены настроений, переходов от эйфории к

депрессии и от депрессии к экзальтации. Однако эмоциональные реакции и поведение подростков не могут быть объяснены лишь гормональными сдвигами. Они во многом зависят и от социальных факторов, и от условий воспитания.

Ключевое положение среди поведенческих проявлений занимают: однотипное реагирование на проблемные ситуации, неуверенность в себе, избегание решения проблем, нестабильность в отношениях, высокий уровень притязаний при отсутствии критики своих возможностей. В поведении подростков можно выделить несколько наиболее типичных способов реагирования на требования жизненных ситуаций [1].

Реакция протеста (оппозиции) — одна из наиболее частых в подростковом возрасте. Это непостоянная и преходящая реакция, характеризующаяся избирательностью и направленностью. Протестные формы поведения возникают у подростков как ответ на обиду, на ущемление самолюбия и как недовольство требованиями или несправедливым отношением к нему близких. Реакции протеста могут быть пассивными и активными. К пассивным обычно относят отказ от еды, уход из дома, мутизм, суицидальные попытки, замаскированную враждебность, а также ряд нарушений соматовегетативных функций.

Реакции активного протеста проявляются в форме непослушания, грубости, вызывающего, а иногда агрессивного поведения в ответ на различные психологические трудности (неправильные методы воспитания, утрашение, ущемление самолюбия, эмоциональную депривацию, конфликтные ситуации в детском коллективе и др.). Такие формы реакций наблюдаются только в психотравмирующей ситуации, имеют четкую

направленность против определенных лиц, явившихся источником отрицательно окрашенных переживаний, относительно кратковременны и не склонны к фиксации. Чаще наблюдаются у подростков со склонностью к эмоциональной возбудимости. Активные реакции протеста выражаются и в стремлении «делать назло», причинять вред человеку, который обидел подростка, с помощью оговоров, лжи, кражи, вплоть до жестоких поступков и даже убийства животного, принадлежащего этому человеку. В отдельных случаях реакция протеста закрепляется и впоследствии распространяется на взрослых вообще. Тогда подросток может проявить протестную реакцию в любой обстановке, и сила его реакции не будет соответствовать степени раздражения.

Подобными утрированными поступками такие подростки как бы вызывают о помощи. Они не умеют выразить это словами, так как словесная форма выражения эмоционального состояния вообще несвойственна подросткам, но призыв о помощи отчетливо звучит в каждом их негативном поступке.

Реакция отказа проявляется в отказе от общения, игр, приема пищи, выполнения домашних обязанностей или школьных уроков и др. Особенно выражена реакция отказа, если ребенок попадает в условия, сильно отличающиеся от домашних, в условия, где с ним чрезмерно строги, несправедливо наказывают его и где он лишен любви и заботы. Подросток переживает «потерю перспективы», испытывает чувство отчаяния, в его поведении отмечаются отсутствие стремления к контактам с окружающими, боязнь всего нового, непривычного, пассивность, отказ от обычных желаний и стремлений («отказ от притязаний»), спонтанность, нередко бездумный характер ответов. В некоторых случаях все это может создавать впечатление умственной отсталости. Если ситуация меняется и подросток оказывается в благоприятных для него условиях, его поведение нормализуется.

Реакция имитации — это изменение поведения, связанное с подражанием поведению окружающих, авторитетных в глазах ребенка или подростка. В детском возрасте чаще всего имитируется форма поведения родителей и воспитателей, в подростковом — формы поведения более старших подростков, особенно обладающих так называемыми лидерскими качествами, а также взрослых, имеющих какие-либо качества идеала, созданного воображением подростка. Реакциям имитации принадлежит важная роль в формировании характера и личности в целом. Вместе с тем они могут становиться источником возникновения асоциального поведения (сквернословие, бродяжничество, хулиганские поступки, мелкое воровство), а также многих вредных привычек, таких как курение, употребление алкоголя, наркотиков и т. п. В отличие от взрослых подростки еще не умеют использовать чужой негативный опыт. Они не понимают, что такое преступление, закон, тюрьма и все, что с этим связано, не боятся социальных последствий правонарушений. Склонность к возникновению социально отрицательных реакций имитации особенно велика у подростков с чертами эмоционально-волевой неустойчивости.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации — это усиление тех личностных проявлений и возникновение таких форм поведения, которые маскируют ту или иную слабую сторону личности или являются средством психологической защиты личности от переживаний собственной неполноценности, связанных с сознанием какого-либо физического или психического недостатка. При реакциях гиперкомпенсации защитные формы поведения приобретают гипертрофированный, а нередко карикатурный характер, в связи с чем могут стать источником трудностей поведения и социальной дезадаптации.

Проявления реакций компенсации и гиперкомпенсации крайне разнообразны, но изучены мало. Сюда могут относиться компенсаторные фантазии замещающего характера, компенсаторные игры, внешняя показная бравада, нарушение школьной дисциплины, самооговоры из стремления завоевать авторитет у сверстников и т. п. Реакции данной группы чаще всего свойственны подросткам, которым родители уделяют мало внимания и любви, сиротам, детям, растущим в неполных или деформированных

семьях, а также подросткам, страдающим комплексом неполноценности из-за физического дефекта, дефекта речи, подросткам-инвалидам и страдающим невротами.

Реакция группирования со сверстниками. Этот вид реакции проявляется в стремлении подростков образовывать более или менее стойкие группы, в которых устанавливаются определенные неформальные отношения, имеются свои лидеры и исполнители, происходит более или менее естественное распределение ролей, в основе которых лежат индивидуальные особенности личности подростков. Склонностью подростков к группированию объясняют факт преобладания групповых правонарушений, совершаемых ими. Повышенная склонность к объединению в группы с асоциальными действиями — характерная черта подростков с так называемой педагогической запущенностью.

3. Проблемы распространения табакокурения и алкоголизма в подростковой среде.

Полученные данные о вреде пассивного курения для здоровья человека, послужили поводом для принятия законов запрещающих курение табака в общественных местах всех цивилизованных стран.

Ранний возраст, с которого начинается употребление сигарет, и высокий процент курящих, принимающих запрещённые препараты, обусловили необходимость исследования связи между началом употребления сигарет в раннем возрасте и возможным развитием в будущем зависимости от наркотических веществ [13]. Курение сигарет становится привычкой малообразованных и малообеспеченных людей. Подростки, очень молодые матери и тинейджеры, продолжают курить сигареты, невзирая на государственный запрет продажи сигарет несовершеннолетним.

Никотин – основное вещество в табаке, вызывающее пристрастие. Вдыхание дыма сигарет приводит к попаданию никотина в лёгкие на смолистых включениях и отложению его в мелких воздушных путях и альвеолах. Быстрая абсорбция в кровеносное русло позволяет никотину достичь мозга в течение 8 сек. По окончании курения его концентрация в мозге снижается за счёт распределения по другим тканям в организме.

Метаболизм никотина на 80-90% происходит в печени, лёгких и почках. Связывание никотина с рецепторами расположенными в ЦНС, мозговом веществе надпочечников, объясняет возникновение пристрастия к нему. Трудности, связанные с прекращением курения, потребность в курении сигарет и непрерывное курение являются результатом нейроадаптации наиболее важных в функциональном отношении отделов мозга. На отдельные отделы нервной системы никотин действует сначала как стимулятор, а затем следует угнетение.

Никотин воздействует на различные системы организма, но основным эффектом проявляется прежде всего на ЦНС, сердечно-сосудистую и эндокринную системы. В общем, никотин является стимулирующим веществом.

Помимо острых физиологических эффектов никотина, курение сигарет является вредным фактором, воздействующим на артериальные сосуды, вызывающего склонность к тромбообразованию, приводящим к сердечно-сосудистым заболеваниям, и канцерогенным факторам, способствующих развитию раковых процессов в организме. Раковые заболевания являются одной из наиболее серьёзных причин заболеваемости и смертности. У пассивно курящих отмечается большой риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Дети в возрасте до 2-х лет, проживающие с курящими родителями, имеют повышенную предрасположенность к респираторным заболеваниям и нарушению функции лёгких, коррелирующую с интенсивностью курения сигарет родителями [19].

Проблемы распространения пивного алкоголизма в подростковой среде

Основными психологическими механизмами, формирующими алкогольную зависимость в подростковом возрасте, являются психологическое подражание взрослым, уменьшение астенических состояний, деформация личности со склонностью к злоупотреблению алкогольных напитков. Развитию заболевания способствуют: экзогенные вредности (перенесенные в детском возрасте черепно-мозговые травмы); отклонения или задержки физического развития; синдромы психической заторможенности или возбуждения в первые годы жизни; нарушения ночного сна со снохождением, энурезом; дислалии; проявления церебрально-органической недостаточности (головные боли, головокружения, психическая астения и т.п.); интеллектуальная недоразвитость, психопатии [18]. На начальном этапе формирования зависимости происходит адаптация к алкоголю. Потребление, в основном, групповое. Часто встречается смешанные (микст) формы потребления – употребление алкоголя в сочетании с другими психоактивными веществами. Продолжительность периода – 3-6 месяцев. Для второго этапа характерно относительно регулярное потребление спиртных напитков. Увеличивается толерантность, прием алкоголя учащается. Продолжительность периода – до 1 года. После этого наступает третий этап, характеризующийся развитием психической зависимости.

Алкоголизм у юношей, и особенно у подростков, значительно отличается от алкоголизма взрослых. У подростков при «благоприятных» обстоятельствах алкоголизм может развиваться в считанные недели. Алкогольная зависимость у молодых людей начинается с катастрофически быстро нарастающей деградации личности, тогда как у взрослых этот процесс происходит лишь на последней стадии заболевания. Нельзя не заметить все нарастающий интерес молодых людей к пиву. Пристрастие к нему возникает благодаря модным тенденциям молодежной субкультуры, сформированной, в том числе, рекламой в СМИ: в общественном мнении пиво – «почти не алкоголь» и якобы не вызывает привыкания. Но рассмотрим, что же происходит на самом деле.

Фармакологическое действие пива таково, что с ним человек приучает себя не только к обычному опьяняющему действию алкоголя, но и к седативному эффекту. Алкоголизм развивается, когда пиво входит в привычку и в биохимию организма. Пивная алкоголизация создает ложное впечатление благополучия, которое поможет почувствовать себя взрослыми, лидерами среди сверстников. Через какое-то время оно становится уже необходимым элементом отдыха. С увеличением доз пива повышается общая утомляемость организма.

Пиво быстро попадает в кровеносное русло, при большом количестве выпитого возникают варикозное расширение кровеносных сосудов и расширение границ сердца. Врачи-рентгенологи называют это явление синдромом «пивного сердца». В конечном итоге употребление пива может привести к ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии (увеличению артериального давления), поражению почек, нарушениям обмена веществ (ожирению), серьезным нарушениям репродуктивной функции.

Поведенческие стереотипы и реклама в СМИ (которая до сих пор не запрещена) воздействуют на сознание подростков, не вызывая опасения за свое здоровье. Необходимо разъяснять ребятам, что пиво – такой же клеточный яд, как и другие спиртные напитки, поэтому при злоупотреблении им возникают тяжелые соматические последствия: миокардиодистрофия (патологические изменения в тканях сердца), цирроз печени, гепатит. При пивной алкоголизации быстрее нарушается интеллект, вследствие поражения нейронов головного мозга. Пивной алкоголизм – это тяжелый, трудно поддающийся лечению вариант алкоголизма.

Обращает на себя внимание тот факт, что в разных странах соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин всегда было различным. Это различие объясняется социокультурными факторами и подчеркивает то, что поведение женщин в большей мере этими факторами регламентируется. Наиболее типичный комплекс факторов риска

формирования алкоголизма у женщин многие исследователи видят в изменении условий существования (в приобщении к общественной жизни, эмансипации и пр.), а так же наследственной предрасположенности, сочетающейся с провоцирующими алкоголизацию микросоциальными воздействиями. Выраженные эмоциональные нарушения, дисгармоничность личности, в особенности асоциальные черты, педагогическая запущенность, гиперопека, давление «алкогольного окружения», отсутствие установок на трезвость являются основными причинами формирования алкоголизма у женщин [19].

Употребление алкоголя для девочки-подростка, молодой женщины очень опасно по многим причинам. Значительно чаще, чем у мужчин, у женщин, регулярно употребляющих алкоголь, встречаются гепатиты и циррозы печени. Кроме того, для женщин, страдающих алкоголизмом, характерны: сниженная способность к деторождению, ранний климакс и преждевременное старение.

Социальные последствия алкоголизма у женщин по ряду показателей тяжелее чем у мужчин, так как женщины скорее теряют работу, значительно быстрее скатываются по карьерной лестнице и теряют навыки по своей специальности.

Женский организм острее реагирует на явления интоксикации, огромный ущерб наносится будущему ребенку, если спиртные напитки употребляет беременная женщина. Если будущая мама употребляет алкоголь, то он очень быстро проникает в кровеносную систему ребенка и концентрируется в его мозге. Вследствие повышенной рефлекторной возбудимости даже небольшие дозы спиртного вызывают у плода тяжелые симптомы отравления. При систематическом поступлении алкоголя в детский организм страдает не только нервная система, но и пищеварительный тракт, зрение, сердце. Печень ребенка не справляется с алкогольной нагрузкой, и происходит ее перерождение. Страдают и органы внутренней секреции, прежде всего щитовидная железа, гипофиз, надпочечники. В результате употребления алкоголя будущей мамой ребенок может родиться с комплексом тяжелых заболеваний и на всю жизнь остаться инвалидом. Еще в конце прошлого века французский врач Демме, изучая потомство детей алкоголиков, установил, что только 10 % их детей были здоровы, почти 50 % погибли в раннем возрасте, а из оставшихся - 22 % страдали идиотией, эпилепсией и водянкой головы (гидроцефалией).

4.Современные представления о профилактике распространения социально значимых заболеваний и употребления психоактивных веществ.

Профилактическая деятельность, направленная на предупреждение распространения социально значимых заболеваний и употребление психоактивных веществ, как правило, строится на комплексной основе и обеспечивается совместными усилиями воспитателей, учителей, психологов, медиков, социальных работников, сотрудников правоохранительных органов. Однако, несмотря на все усилия и затраты, именно профилактика является наиболее уязвимым местом. Выявление лиц с наркотическими проблемами и до настоящего времени вызывает большие трудности. Фактически вся лечебно-профилактическая и реабилитационная работа в области наркологии касается явных, запущенных случаев наркоманий, токсикоманий и алкоголизма.

На государственном уровне ни одна, даже самая благополучная в экономическом отношении, страна не финансирует весь спектр деятельности по борьбе с наркоманией и ее последствиями [19]. Так, в Германии на долю общественных организаций приходится до 80% всех специализированных наркологических медико-социальных служб. Ими создана собственная сеть медицинской и социальной помощи, включая консультационные пункты, амбулатории, стационары, юношеские и молодежные центры, приюты и т.д. Бюджетное здравоохранение Германии ориентированно, в основном, на прямую медицинскую помощь - снятие наркотической интоксикации и специализированное наркологическое лечение в острых случаях. В Дании, Бельгии, Норвегии создана

достаточно разветвленная социально-реабилитационная сеть для помощи наркоманам. В этих странах обращается особое внимание на организацию альтернативного приема наркотиков отдыха, особенно в вечернее время. В профилактическую работу включаются бывшие наркоманы, а также сверстники, так как подростки не верят в массовые акции, мало доверяют взрослым.

Вторым важным моментом зарубежного опыта в области предупреждения употребления психоактивных веществ и профилактики наркомании следует считать нацеленность мероприятий на контингент школьного возраста, т.к. именно эта возрастная группа несовершеннолетних и молодежи быстро втягивается в наркотизацию, осложняющуюся сопутствующими наркотизации заболеваниями вследствие отсутствия должной гигиены и случайных половых контактов. В ряде стран для детей и подростков "группы риска" развернута целая сеть учреждений социальной помощи - "жилые общины" для молодежи, женщин с детьми, "кризисные" молодежные временные убежища, ночные приюты [17].

Другой формой работы за рубежом является организация помощи на рабочих местах, позволяющая предотвратить наркотизацию несовершеннолетних, включенных и не включенных в "группы риска". Примером этого могут служить институт социальных консультантов, входящих в штат многих учебных заведений в США, европейская программа "помощи на рабочих местах" (ЕАР) и др. Консультант выявляет в учебных заведениях проблемных детей, исследует причины возникновения проблем, вырабатывает совместно с администрацией, родителями и необходимыми медицинскими специалистами программу действий. Такой подход широко распространен во всем мире, а в нашей стране, к сожалению, делает только первые шаги.

В международной практике можно выделить следующие основные модели профилактики:

медицинская модель - ориентирована преимущественно на медикосоциальные последствия наркомании и предусматривает в основном информирование учащихся о негативных последствиях приема наркотических и иных психоактивных средств на физическое и психическое здоровье;

образовательная модель - направлена на обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и обеспечение свободы выбора при максимальной информированности;

психосоциальная модель - своей главной целью ставит необходимость развития определенных психологических навыков в противостоянии групповому давлению, в решении конфликтной ситуации, в умении сделать правильный выбор в ситуации предложения наркотиков[17].

В настоящее время различными являются и формы законодательного отношения к наркотикам - от разрешения на легальную торговлю "легкими" наркотиками (Дания, Нидерланды) до введения смертной казни за распространение наркотических средств (Китай, Ирак).

Система профилактических мер, несомненно, нуждается в экономической оценке. Настоящая Концепция требует дополнительного технико-экономического обоснования.

Данные, например, германских авторов показывают, что только в медико-реабилитационной области бюджетные расходы европейского государства составляют около 20%, тогда как остальные затраты приходятся на многочисленные общественные и благотворительные организации.

В зависимости от контингента, с которым проводится профилактическая работа, различают первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика – это комплекс превентивных мероприятий, направленных на предупреждение формирования негативных ценностей и мотивов употребления психоактивных веществ (ПАВ), пропаганду здорового образа жизни.

Эта форма профилактики предусматривает работу с несовершеннолетними, не знакомыми с действием алкоголя и наркотиков.

Цель - предотвращение вовлечения детей и подростков в потребление ПАВ.

Программы первичной профилактики включают антинаркотическую пропаганду, организацию здорового досуга, вовлечение молодежи в общественно полезную творческую деятельность, занятия спортом, искусством, туризмом и т.п.[24]

Задачи первичной профилактики

1. Создание школ, свободных от ПАВ (изменение школьной политики по отношению к алкоголю, наркотикам и табачным изделиям; внедрение позитивной профилактики в школьные уроки; разработка пособий по профилактике).

2. Выявление лиц из «группы риска» с учетом условий жизни и уровня социальной напряженности.

3. Санитарное просвещение родителей (дать родителям необходимую информацию по вопросам формирования зависимости, возрастных особенностей детей и подростков и процессов их социализации с учетом индивидуальных особенностей; оказать помощь в осознании собственных семейных и социальных ресурсов, способствующих преодолению внутрисемейных проблем; выявить родителей, нуждающихся в профессиональной медико-психологической помощи; сформировать группы лидеров – родителей).

4. Работа с педагогическим коллективом (подготовка специалистов, способных проводить уроки по позитивной профилактике в школе, т.к. в силу специфичности проблемы многие педагоги испытывают затруднения в выборе тактики проведения профилактических занятий, опасаясь возможности спровоцировать повышенный интерес школьников к различным аспектам наркотизации и тем самым подтолкнуть их к употреблению наркотических веществ).

Принципы работы

1. Раннее предупреждение – нацеленность на раннее выявление и устранение негативных предпосылок развития личности.

2. Целенаправленность мероприятий.

3. Систематичность.

4. Дифференцированный подход – иерархия и распределение мер воспитательно-профилактического воздействия по отношению к различным половозрастным, социальным группам, учет конкретной ситуации развития личности, использование индивидуально подобранных методов воздействия.

Чего следует избегать

Использование тактики запугивания.

Искажения и преувеличения негативных последствий злоупотребления алкоголем и наркотиками при описании их воздействия на организм.

Разового характера действий, направленных на профилактику. Такой подход не дает возможности подросткам развивать навыки противостояния ПАВ.

Ложной информации. Даже после однократной ее подачи вся дальнейшая информация будет отторгаться подростками.

Упоминания о культурных предпосылках употребления ПАВ.

Оправдания употребления ПАВ какими-либо причинами.

Вторичная профилактика – раннее выявление начавших употреблять ПАВ и помощь потенциальным алкоголикам, наркоманам и токсикоманам во избежание возникновения у них психической и физической зависимости от интоксикантов. Она ориентирована на группу риска. Объектом этой формы профилактики являются молодые люди, подростки и дети, начинающие употреблять табачные изделия, алкоголь, наркотические и токсикоманические средства, а также лица с высокой степенью риска приобщения к потреблению любых ПАВ (подростки с явлениями социально-

педагогической запущенности, с пограничными нервно-психическими расстройствами, с отягощенной наследственностью, дети из неблагополучных семей и т.д.)

Цель – сократить продолжительность воздействия проблемы и ограничить степень вреда, который она причиняет личности и обществу.

Главным условием успешности вторичной профилактики является ее своевременность.

Задачи вторичной профилактики

1. Распознавание случаев опасного и вредного потребления ПАВ
2. Оказание многопрофильной специализированной помощи
3. Осуществление целевых вмешательств по изменению образа жизни
4. Работа с родителями данной группы (лекционные и практические занятия, обучающие навыкам социально-поддерживающего и развивающего поведения в семье и во взаимоотношениях с детьми).

Третичная профилактика является проблемным полем медицинских работников, поэтому в данном пособии не рассматривается.

Признаки и симптомы возможного употребления наркотиков:

Физиологические:

бледность кожи;
расширенные или суженные зрачки;
покрасневшие или мутные глаза;
замедленная, несвязная речь;
потеря аппетита, похудение или обжорство;
хронический кашель или насморк;
состояние, похожее на опьянение, но без запаха алкоголя;
пошатывание и спотыкание; непонятный запах.

Поведенческие:

беспричинное возбуждение или вялость;
необычные вспышки гнева; повышенная активность;
нарастающая апатия и безразличие;
уходы из дома и прогулы в школе по непонятным причинам;
ухудшение памяти и внимания;
невозможность сосредоточиться;
бессонница;
болезненная реакция на критику;
частая и резкая смена настроения;
повышенная утомляемость;
избегание общения с близкими;
снижение успеваемости;
постоянные просьбы дать денег;
пропажа из дома ценных вещей;
частые телефонные звонки и зашифрованные короткие разговоры по телефону;
лживость и изворотливость;
неопрятность;
склонность к специфической музыке;
проведение большей части времени в компании асоциального типа;
ношение солнцезащитных очков и одежды с длинными рукавами в любое время.

Анализируя обстановку в области профилактики наркомании в России, следует сказать, что первичной профилактикой наркомании преимущественно занимается система образования, в основном образовательные учреждения среднего звена - школы, профессиональные училища, менее активно - колледжи, лицеи и ВУЗы. Введены новые учебные программы ("Основы безопасности жизнедеятельности", "Валеология"),

косвенным образом ориентированные на профилактику наркомании. Единой государственной программы нет, следовательно, существующие профилактические мероприятия фактически соответствуют образовательной и медицинской моделям профилактики. В некоторых регионах отмечаются попытки локального внедрения авторских или адаптированных психосоциальных моделей (Москва, Санкт-Петербург, Самарская, Калининградская области, Ямало-Ненецкий автономный округ и другие регионы).

Необходимо добавить, что до сих пор не создана система целенаправленной подготовки кадров для работы с детьми и молодежью, имеющими проблемы с употреблением наркотических средств и одурманивающих веществ. Большинство педагогических работников образовательных учреждений признают свою неосведомленность в области предупреждения злоупотребления ПАВ детьми и молодежью. В системе повышения квалификации педагогических кадров и иных работников социальной сферы представлено минимальное количество курсов, ориентированных на профилактику наркозависимости у детей и молодежи [11].

В связи с этим одним из важнейших аспектов антинаркотической профилактической работы в системе образования является включение в программы образовательных учреждений, осуществляющих подготовку, переподготовку и повышение квалификации специалистов, работающих с детьми и молодежью, вопросов профилактики злоупотребления ПАВ.

Представляется важным анализ правового поля в России с точки зрения профилактики злоупотребления ПАВ. Все стороны, заинтересованные в решении проблемы профилактики наркомании, ощущают потребность в конкретных законодательных актах, четко регламентирующих такую деятельность. Современное развитие законодательной базы характеризуется тем, что место профилактики среди других юридических понятий не определено, т.е. правовое поле профилактики не разработано и законодательное обеспечение государственной системы профилактики наркомании практически отсутствует.

В соответствии с Концепцией государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации (утверждена Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 22 июня 1993 г. № 5494-1) одним из главных направлений государственной политики является предупреждение незаконного потребления наркотиков, лечение и реабилитация больных наркоманией. В связи с этим в Концепции подчеркивается необходимость определить группы населения с повышенным риском незаконного потребления наркотических средств и обеспечить юридически обоснованные мероприятия по предупреждению потребления наркотиков и выявлению их незаконных потребителей [9].

В Федеральном Законе от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" (статья 4, пункт 2) особо отмечается, что одним из принципов государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков является приоритетность мер по профилактике наркомании и стимулирование деятельности, направленной на антинаркотическую пропаганду. Федеральным Законом от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" к органам и учреждениям системы профилактики отнесены органы управления образованием, которые разрабатывают и внедряют в практику образовательных учреждений программы и методики, направленные на формирование законопослушного поведения несовершеннолетних, и образовательные учреждения, обеспечивающие выявление несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении (в том числе употребляющих наркотики), и в пределах своей компетенции осуществляющих индивидуальную профилактическую работу с такими несовершеннолетними [20].

5. Внедрение здоровьесберегающих технологий в деятельность образовательных учреждений как аспект профилактики социально значимых заболеваний

Основная цель профилактической работы, направленной на предупреждение возникновения зависимости от употребления ПАВ и распространения социально значимых заболеваний, заключается в формировании у детей антинаркотических установок как внутриличностных регуляционных механизмов, обеспечивающих реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни.

В структуре антинаркотических установок выделяется информационный, оценочный и формирующийся на их основе поведенческий компонент.

Информационный компонент включает в себя все сведения об аспектах наркотизма, которые позволяют предотвратить знакомство с наркотическими веществами (влияние на организм, физическое и психическое здоровье, социальный статус и т.д.).

Оценочный компонент базируется на определенном негативном восприятии ребенком явления, факторов, связанных с ним.

Поведенческий компонент представляет собой комплекс приемов и навыков, позволяющих ребенку избежать пробы наркотического или токсикоманического вещества, а также вариантов поведения, обеспечивающих реализацию потребности в удовольствии за счет социально ценных источников.

Существует множество вариантов реализации этого направления. Это и использование на занятиях определенных обучающих программ, включение специальных сведений в содержание традиционных школьных курсов (ОБЖ или биологии), организация тренингов, различных тематических мероприятий (акций, шоу, дискуссионные клубы и т.п.).

В зависимости от преобладания тех или иных форм и методов работы выделяется несколько типов моделей организации педагогической профилактики: коррекционная, информационная (фактических знаний), поведенческих навыков, конструктивно-позитивной профилактики.

Коррекционная модель является наиболее ранней в эволюции программ антинаркотической подготовки несовершеннолетних. В ее основе лежит представление о том, что люди употребляют одурманивающие вещества, потому, что не знают об их опасности. Следовательно, если дать подросткам наиболее полную информацию о вреде наркотических веществ они перестанут их использовать.

Первоначально информационные программы носили запугивающий характер, то есть основной акцент делался на негативные, смертельные последствия наркотизации для здоровья. При этом как-то упускалось из виду естественная для несовершеннолетних склонность вовлекаться в рискованное поведение со слабо выраженной способностью к прогнозированию его результатов.

В результате, на смену запугиванию пришла *модель фактических знаний (информационная)*.

Детям предоставлялась максимально полная и объективная информация о самых разных аспектах наркотизма. Предполагалось, что это даст молодым людям возможность самостоятельно оценить сведения и сформировать собственную позицию в отношении наркотизации. Однако при использовании модели фактических знаний не учитывался ряд важнейших факторов. Из-за отсутствия необходимого жизненного опыта подростки не всегда способны эффективно использовать свое право на самостоятельный анализ и сделать правильные выводы из услышанного, прочитанного, увиденного. Кроме того, избыточность информации может непреднамеренно провоцировать любопытство и интерес к теме.

Основными формами, используемыми в информационной модели, являются лекционные занятия, семинары, конференции, мини-спектакли. Детям при этом отводится

пассивная роль слушателей, поэтому эффект такого информирования оказывается невысоким [22].

Модель поведенческих навыков ориентирована на формирование у детей определенных умений и навыков поведения, позволяющих избежать приобщения к одурманиванию. Цель программ заключается не только и даже не столько в том, чтобы дать молодому человеку представление об опасности наркотиков, сколько в том, чтобы научить его правильно вести себя в ситуации наркогенного заражения. Профилактика наркотизма сводится к тренинговой работе, своеобразному натаскиванию детей на отказ, когда поведенческая реакция возникает автоматически, лишь только появляется угроза наркогенного заражения.

Но и у этой модели есть свои недостатки. Во-первых, ситуации возможного наркогенного заражения чрезвычайно многообразны, поэтому вряд ли подросток сможет освоить столь много конкретных поведенческих схем. Во-вторых, поведенческая модель учитывает действие лишь внешних факторов, способных детерминировать наркотизацию (предложение со стороны окружающих). Внутри личностные характеристики (психологические особенности) остаются вне сферы внимания педагога. К тому же, предлагая подростку определенную схему поведения в ситуации наркогенного заражения (отказ от пробы), программа не учит его, как можно добиться решения своих проблем без помощи наркотиков.

Преимущественными формами организации обучения здесь являются психотерапевтические занятия, тренинги, ролевые игры и т.п.

В отличие от информационной и поведенческой моделей *модель конструктивно-позитивной профилактики* носит альтернативный характер.

Ее программа учитывает взаимодействие и внешних и внутренних факторов, способных провоцировать приобщение к одурманиванию, а также те функции, которые наркогенные вещества выполняют в молодежной среде. Поэтому содержание программы нацелено на обучение и помощь молодому человеку в социальной адаптации (освоение навыков конструктивного общения, рационального выбора, принятие решений в конфликтных ситуациях, предупреждение проблем, преодоление стресса и т.п.). Таким образом, наркотизация не столько запрещается, сколько заменяется иными, позитивными формами поведения.

При реализации программ конструктивно-позитивной профилактики используются формы, обеспечивающие детям активное участие в процессе антинаркотической подготовки, стимулирующие их творческую активность – ролевые игры, тренинги личностного роста, проектная деятельность и т.д.[22]

Большое внимание в программах конструктивно-позитивной профилактики уделяется формированию ценностного отношения подростков к собственному здоровью, освоению приемов его укрепления.

Модель конструктивно-позитивной профилактики считается наиболее эффективной и активно используется в практике образовательных учреждений зарубежных стран.

Коррекционная работа с детьми группы риска.

Такая работа направлена на коррекцию и возможное нивелирование негативных личностных характеристик, способных провоцировать знакомство с наркогенными веществами. Она предполагает помощь несовершеннолетним, испытывающим трудности социальной адаптации, то есть: развитие у них коммуникативных навыков, приемов противостояния негативному социальному давлению, внутриличностных регуляционных механизмов, а также организацию условий для их успешной адаптации в детском коллективе.

Это направление реализуется за счет работы школьной социопсихологической службы. Основными ее формами являются психолого-педагогическая диагностика

(выявление группы риска, определение основных причин, обуславливающих трудности социальной адаптации), индивидуальные консультации для учащихся, специальный психолого-педагогический контроль, организация коррекционных тренингов и т.п.

Работа с несовершеннолетними, имеющими опыт использования психоактивных веществ.

Ее основная цель заключается в предотвращении дальнейшего развития наркогенного заражения у детей, успевших познакомиться с одурманивающими веществами. Она связана с выявлением учащихся, использовавших одурманивающие вещества; организацией в школе специального антинаркогенного контроля, исключающего приобщение к наркотикам других подростков; проведением различных тренингов, цель которых – научить детей сопротивляться наркогенному соблазну. В случаях, когда это необходимо, организуется психологическое, медицинское консультирование несовершеннолетних в подростковых наркологических службах (подростковые наркологические кабинеты, служба доверия и т.п.).

Работа с родителями.

Это направление предполагает решение нескольких задач – воспитательных (осознание взрослыми членами семьи важности и необходимости специальной работы с детьми по предупреждению наркогенного заражения) и образовательных (освоение основных приемов организации семейной профилактики). Выделяют общую и специальную работу с родителями.

Общая работа осуществляется за счет организации семинаров, лекций, привлечения взрослых членов семей к процессу антинаркогенной подготовки учащихся и ориентирована на все группы родителей.

Специальная работа направлена на родителей несовершеннолетних группы риска, а также тех детей, которые уже имеют опыт использования одурманивающих веществ.

Она предполагает индивидуальное консультирование взрослых, помощь при организации их взаимодействия с учреждениями подростковых наркологических служб, совместную организацию антинаркогенного контроля, исключающего возможность использования детьми наркогенных веществ, а также привлечение взрослых к участию в психолого-педагогических коррекционных программах, осуществляемых на базе психологической службы школы.

В рамках первичной профилактики наркомании несовершеннолетних считается, что родителей должно настораживать, если:

ребенок начал проводить много времени в компаниях, не вызывающих родительского доверия, или такие компании стали собираться дома;

круг интересов ребенка постепенно сужается без появления новых увлечений;

ребенок все меньше и неохотнее общается с родителями и другими родственниками, а в его поведении можно заметить беспричинное возбуждение, апатию, смех без повода или сонливость;

временами от ребенка исходит ранее незнакомый запах;

ребенок просит у родителей деньги, тратя их непонятно на что;

из дома стали пропадать вещи;

ребенок постоянно проводит время на дискотеках и в клубах;

у него резко изменился круг чтения;

в лексиконе ребенка появилось много новых, не всегда понятных слов, а в разговорах все чаще упоминаются наркотики.

Все эти проявления у ребенка, конечно, могут быть и не связаны с наркотиками. Однако сомнения отпадают, если в качестве доказательства приобщения ребенка к употреблению наркотиков, в квартире находят:

дешевые папиросы (которые раньше никто не курил);

кусочки фольги;

закопченные ложки;

бритвенные лезвия со следами белого порошка или бурой грязи;
шприцы или иглы.

В этом случае персоналу образовательного учреждения рекомендуется оказание помощи семье по следующим направлениям.

1. Организация и направление работы группы родительской поддержки для таких семей.

2. Координация работы групп родительской поддержки со школьными медицинскими работниками в рамках школьного наркопоста при школьном медицинском кабинете, а также координация работы медицинских специалистов школы и школьного психолога, социального педагога со специалистами территориального центра социально-психологической поддержки и реабилитации, специалистами подразделений социальной профилактики (инспекторами отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних).

3. Контроль соблюдения прав учащихся при осуществлении первичных профилактических мер в рамках помощи семье, включая:

выявление и внутришкольный учет учащихся, замеченных в употреблении психоактивных веществ;

проведение в школьном медицинском кабинете доврачебной и врачебной (тестовой) диагностики случаев токсико-наркотического опьянения;

ознакомление родителей с ее результатами и информирование их о значимости использования в домашних условиях тестового контроля токсико-наркотического опьянения у ребенка.

На этапе вторичной профилактики (когда ребенок уже прошел лечение по поводу зависимости от психоактивных веществ и вернулся к обучению) помощь семье должна включать:

1. семейное консультирование по проблемам взаимоотношений с ребенком;

2. информирование родителей о возможностях и о необходимости применения в семье контрольной (тестовой) диагностики употребления ребенком наркотических средств в случае рецидива;

3. оказание психологической поддержки семье.

В организации этих подходов, в силу их специфичности, ведущую роль должен играть районный подростковый психиатр-нарколог, на диспансерном учете у которого находится несовершеннолетний, прошедший курс лечения.

На сегодняшний день принимаемые меры по профилактике злоупотребления психоактивными веществами среди детей, подростков и молодежи в образовательной среде по-прежнему сопряжены со многими трудностями.

Анализ отчетов территориальных органов управления образованием по профилактике наркотизма показывает, что пока на местах в большинстве случаев идет поиск форм и методов работы, квалифицированных специалистов, финансовых источников, в том числе для организации интересного и содержательного досуга детей и подростков как альтернативы девиантным формам времяпровождения.

Многие педагогические работники, а также родители, признают свою неосведомленность в вопросах предупреждения наркомании.

К профилактической работе с детьми привлекаются лица, не имеющие специальной подготовки. И, как следствие, зачастую в образовательном учреждении отсутствует комплексная система антинаркотической работы, ответственность за осуществление которой, в лучшем случае, возлагается на отдельных специалистов в самом образовательном учреждении. В худшем – на другие структуры в системе здравоохранения, органов внутренних дел, комиссию по делам несовершеннолетних и т.д.

По мнению ряда специалистов, в системе образования не до конца преодолен информационно-просветительский подход к решению проблем профилактики

злоупотребления психоактивными веществами среди детей и молодежи. Антинаркотическая деятельность во многих случаях по-прежнему обеспечивается за счет более или менее регулярных, но недостаточно эффективных мероприятий (чтение лекций, проведение антинаркотических акций, конкурсов рисунков, плакатов и др.) с акцентированием внимания на негативных последствиях наркомании [9].

В современной науке *образ жизни* определяется как биосоциальная категория, интегрирующая определенные представления об определенном типе жизнедеятельности человека и характеризующаяся его трудовой деятельностью, бытом, формой удовлетворения материальных и духовных потребностей, правилами индивидуального и общественного поведения. Образ жизни индивида весьма разнообразен и основывается на трех категориях:

- уровень жизни;
- качество жизни;
- стиль жизни.

Уровень жизни – это больше социально-экономическая категория, олицетворяющая собой степень удовлетворения материальных, духовных и культурных потребностей человека.

Качество жизни – степень комфорта в удовлетворении человеческих потребностей. Это преимущественно социальная категория.

Стиль жизни – социально-психологическая категория, характеризующая поведенческие особенности жизни человека. Это определенный стандарт, под который подстраивается психология и психофизиология личности.

Здоровье человека, в первую очередь, зависит от стиля жизни. Он определяется историческими и национальными традициями (менталитет) и личностными наклонностями (образ). Этнокомпонент в здоровом образе жизни играет немаловажную роль в формировании определенных мыслей, чувств, действий детей.

В основе формирования здорового образа жизни лежат как биологические, так и социальные принципы. *К биологическим принципам* относятся: учет возрастных особенностей детей, последовательность, ритмичность, ведение здорового образа жизни и т.д. *К социальным принципам формирования здорового образа жизни* относятся: эстетичность, нравственность, воспитание воли, самоограничение, самоорганизация и т. д.

По современным представлениям, в понятие «здоровый образ жизни» входят следующие:

отказ от вредных привычек, пристрастий (курение, употребление алкоголя, наркотических веществ);

- оптимальный двигательный режим;

- рациональное питание;
- закаливание;
- личная гигиена;
- положительные эмоции.

Стержневым понятием концепции формирования здорового образа жизни является понятие “единого целого”, т. е. здоровье следует понимать как нечто целое, состоящее из взаимосвязанных частей.

Здоровье – это качество приспособления организма к условиям внешней среды (природных и социальных) и проявление внутренних факторов (наследственность, пол, возраст).

Основные аспекты здоровья: физиологический, эмоциональный, интеллектуальный, социальный, личностный, а духовный аспект объединяет их в единое целое – здоровье.

В настоящее время выделяются *несколько видов и компонентов здоровья.*

1. *Соматическое здоровье* – это текущее состояние органов и систем организма, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития, обусловленная базовыми потребностями, доминирующими на различных этапах онтогенетического развития.

2. *Физическое здоровье* – состояние органов и систем организма, основу которого составляют морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции.

3. *Психическое здоровье* – состояние психической сферы, основу которого составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающего адекватную поведенческую реакцию. Такое состояние обусловлено как биологическими, так и социальными потребностями, возможностями их удовлетворения.

4. *Нравственное здоровье* – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информативной сферы жизнедеятельности, основу которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе. Нравственное здоровье обусловлено духовностью человека, т.е. оно основывается на общечеловеческих ценностях: добре, чести, достоинстве, любви и красоте.

Признаками здоровья являются:

специфическая (иммунная) и неспецифическая устойчивость к действию повреждающих факторов;

показатели роста и развития;

функциональное состояние и резервные возможности организма;

наличие и уровень какого-либо заболевания или дефекта развития;

уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок.

Наиболее полно взаимосвязь между образом жизни и здоровьем выражается в понятии *здоровый образ жизни (ЗОЖ)*.

Педагогика здоровья – новый уровень педагогической науки, на которой должна базироваться система образования, которая нацелена на обучение, воспитание и развитие без потерь здоровья, способствующее повышению уровня здоровья детей и подростков.

Среди технологий, применяемых в системе образования, можно выделить несколько групп, в которых используется разный подход к охране здоровья, а соответственно, и разные методы и формы работы [20].

1. Медико-гигиенические технологии (МГТ). Все проблемы, связанные со здоровьем человека, традиционно относятся к компетенции медицинских работников, к ответственности системы здравоохранения. На самом же деле, хотя понятие «здоровье» является краеугольным в медицине, на практике медицинские работники давно уже занимаются не столько здоровьем, сколько болезнями. Провозглашаемый профилактической медициной приоритет профилактики перед лечением остается благим пожеланием. Чтобы убедиться в этом, достаточно попросить у участкового терапевта совета, как укрепить свое здоровье. В лучшем случае придется услышать банальные рекомендации «правильно питаться, больше гулять, не нервничать». Но именно в образовательных учреждениях использование профилактических программ является обязательным.

К медико-гигиеническим технологиям относятся контроль и помощь в обеспечении надлежащих гигиенических условий в соответствии с регламентациями СанПиНов. Медицинский кабинет школы организует проведение прививок учащимся, оказание консультативной и неотложной помощи обратившимся в медицинский кабинет, проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению учащихся и педагогического коллектива, следит за динамикой здоровья учащихся, организует профилактические

мероприятия в преддверии эпидемий (гриппа) и решает ряд других задач, относящихся к компетенции медицинской службы. Участие врача или медицинской сестры необходимо при проведении психолого-педагогических консилиумов, на которых решаются вопросы, касающиеся отдельных учащихся с проблемами здоровья. Создание в школе стоматологического, физиотерапевтического и других медицинских кабинетов для оказания каждодневной помощи и школьникам, и педагогам, проведение занятий лечебной физической культуры, организация фитобаров и т.п. - тоже элементы этой технологии.

2. Физкультурно-оздоровительные технологии (ФОТ). Направлены на физическое развитие обучающихся: закаливание, тренировку силы, выносливости, быстроты, гибкости и других качеств, отличающих здорового, тренированного человека от физически немощного. Реализуются на уроках физической культуры и в работе спортивных секций.

3. Экологические здоровьесберегающие технологии (ЭЗТ). Ресурсы этой области здоровьесбережения пока явно недооценены и слабо задействованы. Направленность этих технологий - создание природосообразных, экологически оптимальных условий жизни и деятельности людей, гармоничных взаимоотношений с природой. В школе – это и обустройство пришкольной территории, и зеленые растения в классах, рекреациях, и живой уголок, и участие в природоохранных мероприятиях.

4. Технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности (ТОБЖ). Их реализуют специалисты по охране труда, защите в чрезвычайных ситуациях, архитекторы, строители, представители коммунальной, инженерно-технических служб, гражданской обороны, пожарной инспекции и т.д. Поскольку сохранение здоровья рассматривается при этом как частный случай главной задачи – сохранения жизни, требования и рекомендации этих специалистов подлежат обязательному учету и интеграции в общую систему здоровьесберегающих технологий. Грамотность учащихся по этим вопросам обеспечивается изучением курса ОБЖ, педагогов – курса «Безопасность жизнедеятельности», а за обеспечение безопасности условий пребывания в школе отвечает ее директор.

5. Здоровьесберегающие образовательные технологии (ЗОТ) подразделяются на три подгруппы:

организационно-педагогические технологии (ОПТ), определяющие структуру учебного процесса, частично регламентированную в СанПиНах, способствующих предотвращению состояния переутомления, гиподинамии и других дезадаптивных состояний;

психолого-педагогические технологии (ППТ), связанные с непосредственной работой учителя на уроке, воздействием, которое он оказывает все 45 минут на своих учеников;

учебно-воспитательные технологии (УВТ), которые включают программы по обучению грамотной заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья учащихся, мотивации их к ведению здорового образа жизни, предупреждению вредных привычек, предусматривающие также проведение организационно-воспитательной работы со школьниками после уроков, просвещение их родителей [23].

Отдельное место занимают еще две группы технологий, традиционно реализуемые вне школы, но в последнее время все чаще включаемые во внеурочную работу школы:

социально адаптирующие и лично-развивающие технологии (САЛРТ) включают технологии, обеспечивающие формирование и укрепление психологического здоровья учащихся, повышение ресурсов психологической адаптации личности;

лечебно-оздоровительные технологии (ЛОТ) составляют самостоятельные медико-педагогические области знаний: лечебную педагогику и лечебную физкультуру, воздействие которых обеспечивает восстановление физического здоровья школьников [7].

Системный подход предполагает два важных условия решения этих проблем для достижения объединяющей их цели: сохранение и укрепление здоровья учащихся. Первое - взаимосвязь проблем и путей их решения. Второе - многоуровневая структура каждой из проблем, соответствующая характеру решаемых задач и распределению сфер ответственности.

Анализ более 30 апробированных технологий профилактики распространения наркотизма и социально значимых заболеваний среди детей, подростков и молодежи, позволил сгруппировать их в следующие блоки:

- спортивно-массовые мероприятия;
- информационно-образовательные модели;
- организационно-управленческие технологии;
- агитационно-пропагандистские акции;
- учебные программы в системе профессионального образования (начального, среднего и высшего).

Конечно, приведенная выше классификация в значительной мере имеет условный характер. Многие из разработанных и реально апробированных профилактических программ и технологий содержат в себе элементы целого ряда направлений наркопрофилактики. По этой причине отнесение их к тому или иному блоку может быть осуществлено только по принципу наибольшего соответствия.

Управление созданием здоровьесберегающей среды в образовательном учреждении не может носить стихийный характер, так как от умелого взаимодействия всех структур и зависит эффективность введения технологий, качество образовательного процесса. В реальной педагогической действительности созданием здоровьесберегающей среды носит циклический характер. Каждый цикл процесса представляет собой функциональную систему, основанную на совместной работе всех его звеньев.

Реализация управления созданием здоровьесберегающей среды в образовательном учреждении определяется следующими принципами:

- стратегической выдержанности;
- конструктивного взаимодействия субъектов;
- структурирования;
- создания собственного пространства.

Обновление управления валеологизацией образовательного процесса возможно при использовании следующих условий:

- планомерном взаимодействии всех субъектов образовательного процесса;
- сочетании организационно-педагогических, правовых и валеологических форм и методов деятельности;
- системном и рациональном учете и контроле деятельности.

В свою очередь функции управления заключаются в прогнозировании, планировании, программировании, организации, регулировании, контроле, анализе, коррегировании, стимулировании.

1) Первым блоком в системе управления внедрением здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс является планирование.

Для организации непрерывного валеологического образования необходимо опираться на диагностику, прогноз и реабилитацию функционального состояния детей и подростков, а также педагогов, оказание методической помощи родителям в образовательных организациях [1].

Образовательные организации взаимодействуют с учреждениями образования, здравоохранения, социальной защиты населения, организациями, осуществляющими информационное и научно-методическое обеспечение системы образования.

Реализация такой концепции предполагает: инновационные варианты учебного расписания; деление обучающихся детей на группы по принципу психологической

совместимости, что будет способствовать созданию условий для интеллектуального, познавательного труда ученика, его воспитания, образования, формирования культуры.

2) Создание комплексно-целевой программы, которая служит источником создания благоприятных условий для обеспечения здоровья всех субъектов образовательного процесса, **является** следующим этапом планирования.

Комплексно-целевая программа рассматривает педагогическую систему как устойчивое и прочное объединение компонентов.

Здоровьесберегающая деятельность – это совокупность целей, задач, содержания здоровьесберегающих форм и методов взаимодействия субъектов образовательного процесса, направленных на формирование здоровья субъектов образовательного процесса.

При формировании здоровьесберегающей деятельности в образовательных организациях необходимо предусмотреть цепь взаимодействия директора, педагога, учащегося, родителя, которая формируется через совещания, педагогические советы, консилиумы, семинары и конференции; классно-урочную, внеклассную, внешкольную работу с учащимися, родителями и педагогами.

Основным фактором эффективности здоровьесберегающей деятельности является целостность образовательного процесса, то есть неразрывность обучения, воспитания, интеллектуального и физического развития обучающихся [23]. Данный компонент можно рассматривать как относительно обособленную систему, включающую в себя важные взаимосвязанные элементы:

- постановка и разъяснение целей и задач предстоящей деятельности;
- взаимодействие субъектов образовательного процесса;
- использование здоровьесберегающих методов, средств и форм педагогического процесса;
- создание здоровьесберегающих условий для всех субъектов образовательного процесса;
- осуществление разнообразных мер стимулирования по формированию мотивации к профессиональному труду и учебной деятельности;
- обеспечение связи педагогического процесса с другими процессами.

Важную роль осуществления здоровьесберегающей деятельности играет взаимобратная связь, служащая основой принятия оперативных управленческих решений. Обратная связь - основа качества управления процессом. Развитию и укреплению обратной связи необходимо придавать приоритетное значение, в то же время, опираясь на результативность обратной связи, можно найти рациональное соотношение управления и самоуправления [11].

3) Логически завершающим в системе управления процессом валеологизации образовательного процесса является учет и контроль, который при тщательном анализе создает возможность для коррекции здоровьесберегающей деятельности и координации взаимодействия субъектов педагогического процесса.

Сопоставим системы управления в традиционной системе обучения и при внедрении здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс.

Традиционная система обучения	Применение здоровьесберегающих технологий
<i>Планирование</i>	
Учебные организации и учреждения не практикуют нововведения, кроме тех, что насаждаются административной властью вышестоящих организаций органов управления	Внедряется новая система для создания здоровьесберегающего образовательного пространства, удовлетворяющая всех субъектов образовательного процесса
<i>Деятельность</i>	
Передача научных знаний, формирование	Содействие самореализации, самоутверждению всех

умений и навыков, ознакомление с существующей системой, культурой, освоение социального опыта в ущерб здоровью всех субъектов образовательного процесса. Характер деятельности репродуктивный, малопродуктивный. Разрозненность предметов со слабовыраженными межпредметными связями	субъектов образовательного процесса, формирование совершенных межличностных отношений, гуманизация образовательного процесса в условиях сохранения здоровья всех участников образовательного процесса. Характер деятельности творческий, продуктивный. Целостность системы взаимодействия предметной среды, направленной на формирование потребности сохранения здоровья
Контроль и учет	
Учащиеся, педагоги – объекты управления воздействия. Учащийся – личность, развивающаяся в направлении, заданном педагогом. Педагог – служащий, организатор процесса трансляции знаний, главная функция информационно-контролирующая. Контроль – внешний операционный	Объект управления – целостный педагогический процесс. Учащийся – направленная саморазвивающаяся личность, субъект здоровьесберегающей деятельности. Педагог – инициатор, ориентированный на сотрудничество субъект валеопедагогической деятельности. Поддержка личной инициативы всех субъектов образовательного процесса

Итак, внедрение здоровьесберегающих технологий в учебно-воспитательный процесс школы – это одно из самых рациональных решений сложившихся проблем, связанных с профилактикой употребления психоактивных веществ в образовательных учреждениях.

Применение новых технологий в системе здоровьесберегающего учебно-воспитательного процесса приводит к оптимальности применения новейших методов и форм работы в образовании детей [14].

Забота о здоровье всех субъектов образовательного процесса, в том числе и учителя, учет индивидуальных личных качеств каждого школьника – вот слагаемые воспитания всесторонне развитой гармоничной личности.

6. Роль физической культуры и спорта в профилактике употребления психоактивных веществ несовершеннолетними

К мероприятиям первичной профилактики относятся меры защиты, которые должны воздействовать как на пути неблагоприятного влияния наркопровоцирующих факторов, так и на повышение устойчивости организма человека к неблагоприятным факторам.

Средства физической культуры и спорта наиболее эффективны именно в первичной профилактике.

Анализ публикаций Евсеева С.Н. и Шапковой Л.В. позволяет выделить три уровня наркопрофилактического использования средств физической культуры и спорта:

первый уровень предполагает применение различных средств, методов, форм занятий по физической культуре и спорту с молодежью с целью ее отвлечения от «вредных привычек», уменьшения вероятности приобщения к ним за счет целесообразной организации досуга, заполнения «вакуума» свободного времени, формирования социально одобряемой активности и установок, повышения стрессоустойчивости, формирования оптимистического взгляда на жизнь;

второй уровень выражается в установках на оздоровление и приобщение к здоровому образу жизни;

третий уровень предусматривает формирование и коррекцию основных свойств личности молодежи в процессе занятий физическими упражнениями (профилактическая работа строится на основе учета сформировавшейся ценностной концепции жизни каждого молодого человека и предполагает возможности коррекции этой концепции, тех или иных свойств личности – черт характера, направленности, мировоззрения, самосознания, эмоционально-волевой сферы и т.д.) [5].

На всех этапах наркопрофилактики (первичной, вторичной и третичной) приоритетное значение приобретает последний из выделенных уровней использования

средств и методов физической культуры и спорта (когда они применяются именно для формирования жизнеспособной личности, умений и навыков удовлетворения своих базовых потребностей в социально и индивидуально приемлемых формах, а также активной позиции против негативных социальных явлений).

К сожалению, большинство специалистов из систем образования, здравоохранения, социальной защиты, молодежной политики и других сфер, работающих в антинаркотической профилактической деятельности, используют средства физической культуры и спорта лишь на первом, реже на втором, уровне.

Спортивно-массовые мероприятия (куда относятся и физкультурно-оздоровительные) являются одним из основных направлений профилактики негативных социальных явлений и антинаркотической пропаганды в сфере физической культуры и спорта. Это и понятно, поскольку соревновательность – основополагающее качество спортивной деятельности, а спорт по своей сути есть не что иное как официальное систематически возобновляющееся соревнование, организованное в соответствии с принципом «честного соперничества» или «честной игры».

Современные детальные этиолого-антропологические исследования показали, что элементы соперничества являются универсальным компонентом антропологии человека, что соревнования в духовной, интеллектуальной и физической культуре имеют универсальный характер и являются одним из наиболее важных социальных и этиологических принципов человечества.

Как показал опыт работы федеральных центров, спортивно-массовые мероприятия не всегда могут принести ожидаемый антинаркотический эффект, здесь все зависит от правильной организации и продуманности всех действий. Более того, проведение подобных мероприятий без должного методического обоснования и подготовки, с акцентом на лозунги и декларации может и зачастую приводит к диаметрально противоположному эффекту.

Таким образом, спортивно-массовые и физкультурно-оздоровительные мероприятия – важнейшее направление профилактики негативных социальных явлений и, в частности, антинаркотической пропаганды. Они могут принести положительный эффект только в случае их системности, периодической повторяемости и методической обеспеченности.

При этом основная цель методики проведения любых соревнований должна состоять в том, чтобы сопоставление своих способностей со способностями других сформировало мотивацию к самосовершенствованию участников состязаний.

Информационно-образовательные модели антинаркотической профилактики и пропаганды нацелены на организацию учебной деятельности школьников и учащейся молодежи с целью освоения ими знаний о негативных последствиях опасных экспериментов со своим здоровьем, а также формирования умений и навыков корректировки своего психоэмоционального и физического состояния и, вообще, удовлетворения своих базисных потребностей в социально приемлемых формах (потребностей в самоактуализации, приобретения значимого социального статуса, профессионального самоопределения и др.) [20].

Как показал опыт работы физкультурно-оздоровительных центров, здесь наиболее эффективны информационно-образовательные технологии, базирующиеся на идеях олимпизма, спартанского движения, принципа «честной игры», укрепления семейных отношений и др.

Однако, при использовании и этих моделей должного эффекта можно добиться только при организации систематического, а не эпизодического обучения детей, подростков и молодежи, причем с учетом возрастных, гендерных, социальных, национально-этнических, психологических и целого ряда других особенностей.

Организационно-управленческие технологии, предлагаемые различными авторами, разработанные в рамках Федеральной целевой программы «Комплексные меры

противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», предполагают:

реструктурирование процесса физического воспитания учащихся общеобразовательных учреждений;

организацию педагогического взаимодействия учреждений базового и дополнительного образования в наркопрофилактике среди детей и подростков;

внедрение критериальных моделей оценки эффективности первичной профилактики наркоманий средствами физической культуры и спорта;

разработку концепции волонтерского движения физкультурно-спортивной направленности;

использование средств спортивно-оздоровительного туризма;

организацию условий для работы с трудновоспитуемыми подростками.

Анализ данных технологий показал, что их эффективность зависит от скоординированности действий работников отрасли «физическая культура и образование» и, прежде всего, от признания последними эффективности средств физической культуры и спорта в антинаркотической профилактике и пропаганде.

Агитационно-пропагандистские акции – это технологии, напрямую реализующие содержание антинаркотической пропаганды и являющиеся важным компонентом любого профилактического мероприятия физкультурно-спортивного характера.

Наиболее эффективными акциями являются те, которые интересны молодежи, привлекают их внимание, способные повлиять на стереотипы поведения и модные тенденции.

Примером положительно зарекомендовавшей себя агитационно-пропагандистской акции может служить разработанный и реализованный в СПбГУФК им. П.Ф. Лесгафта проект «Театр спорта», цель которого состоит в объединении усилий различных ведомств по физической культуре и спорту, образованию, культуре, молодежной политике и др. (межведомственная интеграция), а также федеральных и территориальных источников финансирования (федерально-территориальная интеграция) в профилактической антинаркотической работе с детьми, подростками и молодежью [20].

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, И.В. Школа здоровья и толерантности. Хабаровск: ХК ИППК ПК, 2005.
2. Беличева С.А., Основы превентивной психологии. М.:Редакционно-издательский центр Консорциума "Социальное здоровье России", 1994
3. Вишнякова С.М. Профессиональное образование. Словарь. /С.М. Вишнякова. М., 1999.
4. Горьковая И.А. Влияние семьи на формирование делинквентности у подростков / Психологический журнал. 1994. № 2. С. 57 - 65.
5. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура. /С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. М., 2000.
6. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М., 1986.
7. Коваленко, В.Н. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе. 1-4 классы. /В.Н. Коваленко. М., 2004.
8. Козлов В.В. Социальная работа с кризисной личностью. Ярославль, 1999.
9. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. М., 2000.
10. Короленко, Ц.П. Социодинамическая психиатрия. /Ц.П. Короленко. М., 2000.

11. Классный руководитель. Научно-методический журнал для заместителей директоров по воспитательной работе, классных руководителей и кураторов, учителей начальной школы. М., 2004, №2.
12. Ли, В.А. Наркотики – трагедия для родителей, беда для общества. (Краткая грамматика профилактики подростковой наркомании). /В.А. Ли, К.В. Ли. М., 2001.
13. Кулаков, С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. М., СПб, 1998.
14. Миненко, П.П. Школа – территория здоровья/П.П. Миненко, Л.З. Запека, Е.С. Ходжер. Хабаровск: ХК ИППК ПК, 2006.
15. Офицерова С.Е., Организация профилактики социально значимых заболеваний в образовательных учреждениях (профилактика туберкулеза)/Современная школа как пространство заботы о здоровье обучающихся: материалы областного научно-практического семинара. Тамбов, 2008. С.10
16. Подшивалкина В. И. Социальные технологии: проблемы методологии и практики. Кишинёв: Наука, 1997.
17. Спрангер, Б. Анализ обучающих программ «Формирование жизненных навыков» в мире. /Б. Спрангер. /Вопросы наркологии, 1994, №1.
18. Пятницкая, И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. /И.Н. Пятницкая. Л., 1988.
19. Пятницкая, И.Н. Наркомания: руководство для врачей. /И.Н. Пятницкая. М., 1994.
20. Руководство по профилактике злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью (Руководство). /Под ред. проф. Л.М. Шипицыной. М., 2003.
21. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажиллина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. М., 2001.
22. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Программа формирования здорового жизненного стиля. М., 2000.
23. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие технологии и психология здоровья в школе. /Н.К. Смирнов. М., 2005.
24. Стандарты профилактики злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью: Методическое пособие. /Авторы-сост.: Ю.В. Валентик, В.А. Зарецкий. М., 2004.
25. Швецова, В.Н. Жизнь без вредных привычек. /В.Н. Швецова, П.П. Миненко. Хабаровск: ХК ИППК ПК, 2005.
26. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999.

**Концепция превентивного обучения в области
профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде
(извлечение)**

Введение

Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде предназначена для реализации на территории Российской Федерации Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России и другими заинтересованными министерствами и ведомствами и находящимися в их ведении учреждениями и организациями, международными и общественными организациями, занимающимися превентивным обучением в области профилактики ВИЧ/СПИДа.

Концепция содержит основные положения, касающиеся организации и проведения превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде. Своевременное и полномасштабное внедрение указанных положений позволит сдержать темпы роста

эпидемии на территории Российской Федерации за счет повышения информированности детей и молодежи о путях передачи ВИЧ/СПИДа и мерах предупреждения заражения и воздействия на их поведение.

Нормативное правовое обеспечение разработки и реализации Концепции

Правовую основу Концепции составляют Конституция Российской Федерации, федеральные законы и другие нормативные правовые акты, а также общепринятые принципы и нормы международного права, в том числе:

Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН 10 декабря 1948 г. Ратифицирована Российской Федерацией 5 мая 1998 г.;

Декларация прав ребенка. Провозглашена резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1959 г.;

Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН № 44/25 от 20 ноября 1989 г. Ратифицирована Постановлением Верховного Совета СССР от 13 июня 1990 г. № 1559-1;

Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ;

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции»;

Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

Закон Российской Федерации от 22 июля 1993 г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;

Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании»;

Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;

Федеральный закон от 19 мая 1995 г. № N 82-ФЗ «Об общественных объединениях»;

постановление Правительства Российской Федерации от 13 ноября 2001 г. N 790 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)»;

приказ Минздравмедпрома России от 16 августа 1994 г. N 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»;

приказ Минздрава СССР от 5 сентября 1988 г. N 690 «О совершенствовании учета лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИД»;

приказ Минздрава России от 7 августа 2000 г. N 312 «О совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИД»;

приказ Минздрава СССР от 10 июня 1985 г. N 776 «Об организации поиска больных СПИД и контроле доноров на наличие возбудителя СПИД»;

постановление главного санитарного врача Российской Федерации от 14 января 2004 г. № 2 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

Цель и задачи Концепции

Цель данной Концепции – выработать согласованную позицию Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России и других заинтересованных министерств и ведомств по развитию системы превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа, направленного на снижение темпов распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации среди детей и молодежи.

Задачами Концепции являются:

Формирование приоритетных направлений превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде; единой концептуально-методологической базы превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа; базисных принципов обучающих профилактических программ.

Выработка единой стратегии организации превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в рамках межведомственного взаимодействия Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России, других заинтересованных министерств и ведомств и сотрудничества с международными организациями и общественными объединениями.

Создание платформы для организации превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа органами государственной власти, органами местного самоуправления, международными организациями, общественными объединениями.

Оптимизация использования финансовых и кадровых ресурсов в области превентивного обучения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа за счет объединения усилий всех заинтересованных структур, включая негосударственные и международные организации.

Создание системы мониторинга профилактики ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации и в её субъектах.

Основные положения Концепции

Предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа на территории Российской Федерации – это общенациональная политическая задача, она не может и не должна осуществляться как ведомственный проект. Субъектами профилактической деятельности являются федеральные и региональные органы государственной власти, органы местного самоуправления, педагогическое, научное, культурное, бизнес – сообщество, другие общественные институты, молодежные объединения, все граждане России, в том числе семья и родительская общественность.

Концепция основывается на оценке современной эпидемиологической ситуации, последних научных и методологических достижениях в области вирусологии и профилактики социально обусловленных заболеваний и состояний. В случае появления новых данных, дополняющих или противоречащих ныне признанным, возможно внесение изменений и дополнений в Концепцию.

Превентивное обучение в области ВИЧ/СПИДа является планируемым и прогнозируемым только тогда, когда оно формируется в терминах и понятиях своеобразного «государственного стандарта», определяющего участников профилактического процесса, особенности организации их деятельности, выделение «целевых групп», с которыми они работают, прогноз ожидаемого результата. В противном случае оно остается стихийным, малоуправляемым процессом, связанным с разрозненными инициативами авторов отдельных программ, образовательных и других учреждений.

Профилактические программы, как просветительские, так и тренинговые, являются мощным инструментом воздействия на поведение детей и молодежи. Их спонтанная реализация может быть связана с риском повышения интереса к экстремальным формам поведения, активацией механизмов резистентного поведения, закрепления недостоверной информации и другими негативными последствиями. В связи с изложенным, все программы, реализуемые в системе образования, должны быть утверждены структурами, уполномоченными проводить экспертизу образовательных программ на уровне муниципального образования, региона, федерации.

Для осуществления эффективной реализации данных программ необходима целенаправленная подготовка высокопрофессиональных специалистов с высшим педагогическим, медицинским или психологическим образованием, которые способны заниматься превентивным обучением. Все специалисты, занятые в этой области, должны

иметь документы, подтверждающие их право на ведение профилактической деятельности в образовательной среде.

Профилактические программы, разрабатываемые для системы образования, должны базироваться на научных достижениях в области психологии, образования и культуры. Они должны учитывать специфические особенности регионов и тех целевых групп, для которых они предназначаются, включая этнические, социально-экономические, возрастные и гендерные особенности.

Для детей и молодежи, воспитывающихся в асоциальных семьях, находящихся в детских домах, приютах и местах ограничения свободы, склонных к асоциальному поведению, необходима разработка специальных профилактических программ, учитывающих особенности их жизненного опыта, специфику социальной среды, эмоционально-личностные особенности и уровень развития коммуникативной и интеллектуальной сферы.

Для сохранения преемственности различных направлений формирования ответственного поведения и здорового образа жизни целесообразно использовать уже реализованные модели и программы профилактики наркоманий и других социально обусловленных заболеваний с усилением компонента профилактики ВИЧ/СПИДа.

Ключевые элементы превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде включают: просвещение и информирование населения в области ВИЧ/СПИДа, инфекций, передающихся половым путем (ИППП), репродуктивного здоровья; развитие личностных ресурсов, формирование социальной и персональной компетентности, развитие адаптивной стратегии поведения, формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации.

Концепция превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде является развивающейся системой, которая в дальнейшем может стать частью общенациональной стратегии формирования ответственного поведения всех членов общества.

Настоящая Концепция служит основой для разработки соответствующих целевых программ превентивного обучения в области ВИЧ/СПИД среди несовершеннолетних и молодежи на федеральном, региональном и местном уровнях в зависимости от эпидемиологической ситуации.

Базовые принципы организации превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде

Принцип системности предполагает разработку и проведение программных профилактических мероприятий на основе системного анализа актуальной социальной и эпидемиологической ситуации в отношении ВИЧ-инфекции в стране.

Принцип стратегической целостности определяет единую целостную стратегию профилактической деятельности, обуславливающую основные стратегические направления и конкретные мероприятия и акции.

Принцип многоаспектности предполагает сочетание различных аспектов профилактической деятельности:

образовательный аспект, формирующий базовую систему представлений и знаний о социально-психологических, медицинских, правовых и морально-этических последствиях ВИЧ-инфицирования;

социальный аспект, ориентированный на формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор здорового образа жизни;

психологический аспект, направленный на формирование стрессо-устойчивых личностных ресурсов, позитивно-когнитивных оценок, а также установок «быть успешным», быть способным сделать позитивный альтернативный выбор в трудной жизненной ситуации.

Принцип аксиологичности (ценностной ориентации). Этот принцип включает формирование у детей и молодежи мировоззрения, основанного на понятиях об общечеловеческих ценностях, привлекательности здорового образа жизни, законопослушности, уважении к личности, государству, окружающей среде, которые являются ориентирами и регуляторами их поведения. Принятие общечеловеческих ценностей и норм поведения является одним из основных морально-этических барьеров инфицирования ВИЧ и как следствие – сдерживания эпидемии ВИЧ-инфекции.

Принцип ситуационной адекватности означает соответствие профилактических действий реальной социально-экономической ситуации в стране и в образовательной среде, обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянства, развития и усовершенствования профилактической деятельности с учетом оценки эффективности и мониторинга ситуации.

Принцип индивидуальной адекватности подразумевает разработку профилактических программ с учетом возрастных, гендерных, культурных, национальных, религиозных и других особенностей целевых групп.

Принцип легитимности – профилактическая деятельность должна соответствовать законодательству Российской Федерации и нормам международного права.

Принцип соблюдения прав человека – профилактические действия не должны нарушать права и свободы человека.

Принцип комплексности – предполагает согласованность взаимодействия:

на профессиональном уровне – специалистов различных профессий, в функциональные обязанности которых входят различные аспекты профилактической работы (воспитатели, педагоги, дошкольные и школьные психологи, врачи, социальные педагоги, социальные работники, работники комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних и др.);

на ведомственном уровне – органов и учреждений соответствующей ведомственной принадлежности, осуществляющих деятельность по профилактике ВИЧ/СПИДа в образовательной среде (на федеральном, региональном и муниципальном уровнях);

на межведомственном уровне – органов и учреждений, отвечающих за реализацию различных аспектов профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде в рамках своей компетенции (органы и учреждения образования, здравоохранения и др.);

на уровне государственных, общественных и международных организаций.

Основные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде

Эксперты ВОЗ и отечественные ученые выделяют сегодня наиболее перспективные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа:

просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИДа;

обучение ответственному поведению детей и молодежи;

формирование условий, поддерживающих профилактическую деятельность.

Просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИД

Глобальная задача этого направления – обеспечить предоставление всесторонней и точной информации о путях заражения ВИЧ и мерах их предупреждения; обстоятельствах, повышающих риск заражения.

К информированию детей и молодежи в области ВИЧ/СПИД необходимо широко привлекать центральные и местные СМИ, включая телевидение. Для обеспечения достоверности и безопасности информации к подготовке журналистов, освещающих темы ВИЧ/СПИД, необходимо привлечение специалистов (в области образования,

здравоохранения, психологии и т.д.), работников государственных органов и учреждений, научных организаций.

Обучение ответственному поведению несовершеннолетних и молодежи

Реализация этого направления профилактической работы возможна только в рамках превентивного обучения с формированием мотивации на здоровый образ жизни, изменение проблемного и рискованного поведения, повышение социальной, межличностной компетентности на основе профилактических образовательных программ.

Задача подобных программ: формирование личностных ресурсов, эффективных стратегий поведения, способствующих формированию ответственности за свою собственную жизнь, осознанный выбор здорового образа жизни, приобретение уверенности для противостояния негативному влиянию среды, минимизация проявлений рискованного поведения, формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации личности, отсрочка начала половой жизни.

Формирование условий, поддерживающих деятельность по превентивному обучению

В рамках данного направления осуществляется семейное консультирование, направленное на улучшение семейных взаимоотношений; обучение родителей основам полового воспитания детей; вовлечение в работу людей, которые способны оказывать положительное влияние на детей и молодежь; привлечение молодежи на лидирующие роли в противодействии эпидемии; расширение возможностей доступа детей и молодежи к консультативной помощи, программной профилактической поддержке, медицинскому обслуживанию. На участие несовершеннолетних в программах превентивного обучения, затрагивающих вопросы полового просвещения, за исключением основных общеобразовательных программ, соответствующих требованиям государственного образовательного стандарта общего образования, целесообразно получать согласие родителей (иных законных представителей) несовершеннолетних.

Механизмы реализации Концепции

Федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации должны учитывать положения Концепции при разработке мер государственной поддержки превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа, а также при реализации федеральных и региональных программ охраны и укрепления здоровья детей, подростков и молодежи.

Реализация Концепции предполагает:

- разработку специализированных образовательных программ по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и их методического обеспечения с участием ведущих образовательных и научно-исследовательских учреждений Российской Федерации;
- внедрение этих программ в практику образовательных учреждений и/или интеграцию вопросов превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в программы общего и дополнительного образования; в систему воспитательной и социальной работы;
- обеспечение системы подготовки педагогических кадров по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа в учреждениях высшего профессионального образования и последипломного образования;
- создание механизмов экспертизы программ превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде на основе объективных критериев их безопасности, эффективности и действенности;
- создание системы мониторинга профилактики ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации и в её субъектах, основанного на современных научных методах. Вопросы проведения мониторинга должны быть упорядочены нормативными актами и реализовываться по поручению и под контролем исполнительных органов власти наиболее компетентными специалистами. Результаты мониторинга должны

использоваться при анализе эффективности профилактических мероприятий и программ и дальнейшем планировании профилактической работы;

- создание поддерживающего окружения путем реализации программ родительского всеобуча в области репродуктивного здоровья и ВИЧ/СПИДа, программ по принципу «равный равному», вовлечения общественных организаций, СМИ в превентивное обучение в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде;

- усиление взаимодействия органов и учреждений системы Минобрнауки России с органами и учреждениями системы Минздравсоцразвития России (региональные центры по профилактике и борьбе со СПИД, органы социальной защиты населения и др.), Росспорта, МВД России, других ведомств, международными и общественными организациями, а также органами, координирующими деятельность по профилактике ВИЧ/СПИД.

Глоссарий

В рамках настоящей Концепции употребляются следующие основные термины:

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – вирус, вызывающий поражение клеток иммунной системы.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – комплекс вторичных симптомов, вызываемых ВИЧ, характеризующийся присоединением инфекций и развитием полиорганной недостаточности.

Психоактивные вещества (ПАВ) – химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие; к ним относятся: наркотические средства (наркотики), транквилизаторы, алкоголь, никотин и другие средства.

Наркотики – ПАВ, включенные в официальный перечень наркотических средств и психотропных веществ.

Злоупотребление ПАВ – употребление ПАВ без назначения врача, имеющее негативные медицинские и социальные последствия.

Профилактика распространения ВИЧ/СПИДа в образовательной среде – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих ВИЧ-инфицированию, на предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий ВИЧ-инфицирования.

Гендер – культурно-специфический набор признаков, определяющих социальное поведение женщин и мужчин и взаимоотношения между ними.