СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1 Теоретические подходы к организации профилактики здоровья в трудовом коллективе

1.1 Понятие здоровья, особенности здорового образа жизни

1.2 Основы социальной работы по профилактике здорового образа жизни

1.3 Специфика деятельности по социальной профилактике зож в трудовом коллективе

2 Экспериментальное исследование состояния здоровья и здорового образа жизни в производственном коллективе

2.1 Диагностика здорового образа жизни работников

2.2 Формирование представлений о здоровом образе жизни персонала предприятия

2.3 Контрольный этап исследования и его результаты

Заключение

Библиография

Приложение А. Лекция о вреде пьянства

Приложение Б. Дыхательная гимнастика

Приложение В. Диагностика здоровья работников торгового дома «Хитон»

# ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы организации профилактики здоровья и здорового образа жизни в трудовом коллективе обусловлена тем фатом, что здоровье является не только необходимым условием нормальной жизни человека, но и то, что здоровье есть стратегически необходимое условие для эффективного функционирования и развития государства. Именно здоровый человек на своем рабочем месте обеспечивает необходимы трудовые процессы во всех сферах деятельности.

Состояние здоровья населения страны оценивается по демографическим, социально-экономическим, медицинским аспектам и по специальным опросам.

В России наступила демографическая катастрофа: ежегодно население страны убывает на 1,5 млн. человек; рождаемость снизилась вдвое, а на семью приходится 0,8 ребенка.

По демографической оценке численность населения России, несмотря на приток беженцев, уменьшается. Коэффициент рождаемости (10,7 на 1000 населения) самый низкий, а коэффициент смертности (12,2 на 1000 населения) самый высокий со времени Великой Отечественной войны. В России наблюдается прогрессирующее превышение смертности над рождаемостью. В 40 из 79 российских регионах продолжительность жизни населения сократилась на 5 - 7 лет. Старение населения городов происходит за счет уменьшения количества детского населения.

Без сомнения, Россия является одной из стран, где ухудшение состояния здоровья населения приобрело катастрофический характер.

За последнее десятилетие уровень общей смертности в стране вырос в 1,5 раза, а численность преждевременно умерших превысила 3 млн. человек.

 Таким образом, необходимо принимать меры для улучшения здоровья населения. Решающую роль здесь должны играть социальные работники. Социальная работа должна включать в себя заботу о здоровье людей. Особенно это важно в трудовом коллективе. Так как трудящийся человек, проводит большой отрезок времени на работе, состояние его здоровья является важным для работодателя.

Исследованиями в области обеспечения и профилактики здорового образа жизни занимались такие авторы как Э.Н.Вайнер, Г.А.Кураев, Е.И.Холостова и другие.

Цель данной работы – рассмотреть организацию социальной работы по профилактике ЗОЖ и обеспечения здоровья в трудовом коллективе.

Объект исследования – здоровье работника.

Предмет – организация социальной работы по профилактике ЗОЖ и обеспечения здоровья в трудовом коллективе.

Гипотеза – предположим, что профилактическая направленность социальной работы в производственном коллективе окажет влияние на изменение отношения к своему здоровью.

В дипломной работе поставлены следующие задачи:

1. Анализ теоретической и научной литературы по проблеме исследования;

2. Провести экспериментальное исследование состояния здоровья и здорового образа жизни в производственном коллективе.

3. Разработать лекции и ряд методик по формированию здорового образа жизни сотрудников производственного коллектива.

Методологической основой исследовании является теоретические и методические разработки Э.Н.Вайнера о сохранении здоровья личности.

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

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

Дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка и приложения.

# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗДОРОВЬЯ В ТРУДОВОМ КОЛЛЕКТИВЕ

##

## 1.1 Понятие здоровья, особенности здорового образа жизни

Проблема здоровья неотъемлема от других проблем человечества. Она изменяется вместе с прогрессом общечеловеческой культуры, будучи актуальной, во все периоды жизни человека - от рождения до смерти. Данная проблема освящалась такими авторами как В.П. Казначеев, Ю.П. Лисицин, В.А. Фролов и другими.

Здоровье человека является предметом изучения как естественных, так и общественных наук - биологии, медицины, социологии, психологии, философии и др. (правда, фактически медицина является наукой о болезнях). Человек связан с обществом, со всеми элементами его структуры множеством отношений, поэтому невозможно решать проблемы здоровья без учета широкого спектра социальных факторов. Известно, что, по данным зарубежных и отечественных исследователей, здоровье человека в очень большой степени зависит от его образа жизни и социальных факторов /5, с.20/.

Здоровье человека отражает одну из наиболее чувствительных сторон жизни общества и тесно переплетается с фундаментальным правом на физическое, духовное и социальное благополучие при максимальной продолжительности его активной жизни.

Здоровье - это комплексное и, вместе с тем, целостное, многомерное динамическое состояние, развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды и позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции.

Выдвижение проблемы здоровья в число приоритетных задач общественного развития обусловливает актуальность теоретической и практической разработки данной проблемы, определяя необходимость развертывания соответствующих научных исследований и выработку методических и организационных подходов к сохранению здоровья, его формированию и развитию.

Согласно формулировке Всемирной организации здоровья, "здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков". В этом определении здоровье рассматривается как противопоставление болезни.

В.А. Фролов выделяет понятие "здоровье населения", рассматривая его как статистическое, характеризующееся комплексом демографических показателей: рождаемостью, смертностью, уровнем развития, заболеваемостью, средней продолжительностью жизни, а также социально-биологическими показателями /2, с.25/.

Ю.П. Лисицин рассматривает понятие "общественного здоровья" как здоровье групп (возрастно-половых, социальных, профессиональных и др.) населения, проживающего на определенной территории, в различных странах, регионах. Общественное здоровье, с точки зрения автора, является результатом социально-опосредованных действий, проявляющихся через образ жизни человека, группы населения /30, с.241/.

В.П. Казначеев рассматривает понятие "здоровье популяции", под которым он понимает процесс социально-исторического развития психо-социальной и биологической жизнедеятельности населения в ряду поколений, повышения трудоспособности и производительности общественного труда, совершенствования психофизиологических возможностей человека /8/.

Здоровье - это: процесс сохранения, развития физических свойств, потенций психических и социальных;  процесс максимальной продолжительности здоровой жизни при оптимальной трудоспособности и социальной активности.

По мнению П.Л. Капицы, одной из наиболее важных и определяющих судьбу человечества глобальных проблем является проблема "качества" народонаселения, под которым он подразумевает комплекс генетических и социально-психологических характеристик жизни людей: физическое здоровье, уровень развития интеллектуальных способностей, психофизиологический комфорт жизни, механизмы воспроизводства интеллектуального потенциала общества /2, с.124/.

Очевидно, если говорить о категории "здоровье" в представлении гигиенистов, то необходимо внутри комплекса факторов, критериев, показателей, входящих в орбиту категории здоровья, четко вычленять те из них, которые определяют воспроизводство, формирование, потребление, восстановление здоровья, а также характеризующие здоровье как процесс и как состояние.

Воспроизводство здоровья (охрана и реализация генофонда) - состояние репродуктивной функции родителей и ее реализация; здоровье родителей; условия протекания беременности; состояние родовспомогательной службы; наличие правовых актов, охраняющих генофонд и беременных.

Формирование здоровья - образ жизни (уровень производства и производительности труда; степень удовлетворения материальных и культурных потребностей; образовательный и культурный уровни; особенности питания, двигательной активности, межличностных отношений, вредные привычки, состояние окружающей среды) /6, с. 13/.

Потребление здоровья - культура и характер производства; состояние производственной среды; социальная активность индивида.

Восстановление здоровья - рекреация, лечение, реабилитация.

Другими словами, здоровье населения является одним из интегральных показателей преобразований, происходящих в обществе, и определяется комплексом социально-психологических и генетических характеристик физического здоровья, психофизиологического уровня жизни. Формирование здорового образа жизни, рост благосостояния, развитие "индустрии" здоровья способствуют росту здоровья нации.

Понятие здоровья должно определять возможности выполнения основных функций человека, учитывая тот факт, что человек есть живая система, в основе которой лежат физическое и духовное, природное и социальное, наследственные и приобретенные начала.

Социальное здоровье понимается как система ценностей, установок и мотивов поведения в социальной среде.

Физическое здоровье - это текущее состояние функциональных возможностей органов и систем организма.

Психическое здоровье - состояние психической сферы человека, характеризующееся общим душевным комфортом, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения и обусловленное потребностями биологического и социального характера /6, с. 57/.

Социальный и психологический аспекты здоровья определяют гармонический процесс развития внутреннего мира человека (согласие с самим собой - понимаю, принимаю, анализирую, контролирую, люблю) и взаимоотношения с окружающими, адаптацию в социуме. Поэтому целесообразно рассматривать единый социально-психологический аспект здоровья.

Состояние здоровья оценивается по трем уровням: соматическому, социальному, личностному.

Соматический уровень подразумевает совершенство саморегуляции в организме, гармонию физиологических процессов, максимальную адаптацию к окружающей среде.

Социальный уровень оценивает меру трудоспособности и социальной активности, деятельное отношение к миру.

Личностный уровень определяет стратегию жизни человека, степень его господства над обстоятельствами жизни (В.П. Казначеев).

Несмотря на обилие определений и точек зрения на суть здоровья, до настоящего времени нет единства подходов к его определению и оценке. Не вызывает, однако, ни у кого сомнения то обстоятельство, что здоровье должно отражать способность человека сохранять свой гомеостаз через совершенную адаптацию к меняющимся условиям среды, т.е. активно сопротивляться таким изменениям с целью сохранения и продления жизни.

Существуют два пути поддержания гомеостаза:

1) обеспечение постоянства биохимических констант за счет депонирования различных веществ в органах и тканях с последующим их выделением в кровь и лимфу;

2) многообразие физиологических организаций и процессов, обеспечивающих в конечном итоге восстановление смещенных показателей внутренней среды к оптимальным значениям /29, с. 43/.

Одной из фундаментальных проблем валеологии является отношение к понятию индивидуального здоровья. Системный подход к оценке индивидуального здоровья ставит в центр проблемы человека в целостности и многомерности его динамических характеристик и выдвигает на первый план задачи по воспитанию потребностей в здоровье, формировании культуры здоровья в процессе индивидуального развития.

В настоящее время накоплено немало сведений по постнатальному онтогенезу, в частности, о целостности, дискретности и гетерохронности развития, об индивидуальности и типологии, о "критических периодах", однако в практической медицине, в педагогике, в физическом воспитании эти вопросы не нашли должного отражения, а большинство методических разработок ориентировано на среднестатистического человека.

Необходимо определить материальный (морфофункциональный и психофизиологический) субстрат и структуру индивидуального здоровья. Известно, что здоровье человека формируется в неразрывном единстве биологических, психологических, социальных и экологических факторов, что должно находить отражение в методологических подходах к его изучению. Признание социальной сущности человека предполагает более глубокое изучение его естественного биологического бытия, закономерностей индивидуального развития, чтобы с помощью различных социальных мер способствовать реализации потенциальных возможностей, содержащихся в геноме /11, с. 182/.

Показатели, определяющие индивидуальное здоровье, имеют то преимущество, что значительная часть из них может быть выражена количественно. В конечном итоге это дает суммарную величину уровня здоровья, динамика которой и позволяет судить о состоянии и перспективах здоровья данного человека: о силе или слабости каждого из показателей индивидуального здоровья, об эффективности предпринимаемых оздоровительных мер применительно к каждому показателю.

Образ жизни — ведущий обобщенный фактор, определяющий основные тенденции в изменении здоровья, рассматривается как вид активной жизнедеятельности человека. В структуру образа жизни с его социальной характеристикой входят:

1) трудовая деятельность и условия труда;

2) хозяйственно-бытовая деятельность (вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность );

3) рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой;

4) социолизаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками);

5) планирование семьи и взаимоотношения членов семьи;

6) формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса;

7) социальная и физическая активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни).

С образом жизни связывают такие понятия, как уровень жизни (структура доходов на человека), качество жизни (измеряемые параметры, характеризующие степень материальной обеспеченности человека), стиль жизни (психологические индивидуальные особенности поведения), уклад жизни (национально-общественный порядок жизни, быт, культура).

Под физической активностью понимают деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья в определенных социально-экономических условиях. Такая активность включает: наличие гигиенических навыков, выполнение медицинских рекомендаций, участие в оздоровлении образа жизни и окружающей среды, умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам, использовать средства народной, традиционной медицины.

Повышение уровня медицинской активности и грамотности населения — важнейшая задача социального работника. Важной составной частью социальной активности является установка на здоровый образ жизни (ЗОЖ).

ЗОЖ — это гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Таким образом, ЗОЖ можно рассматривать как основу профилактики заболеваний. Он направлен на устранение факторов риска (низкий уровень трудовой активности, неудовлетворенность трудом, пассивность, психоэмоциональная напряженность, невысокая социальная активность и низкий культурный уровень, экологическая безграмотность, гиподинамия, нерациональное, несбалансированное питание, курение, употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ, напряженные семейные отношения, нездоровый быт, генетический риск).

ЗОЖ является важным фактором здоровья (повышает трудовую активность, создает физический и душевный комфорт, активизирует жизненную позицию, защитные силы организма, укрепляет общее состояние, снижает частоту заболеваний и обострений хронических заболеваний).

Формирование здорового образа жизни — это создание системы преодоления факторов риска в форме активной жизнедеятельности людей, направленной на сохранение и укрепление здоровья. ЗОЖ включает следующие компоненты:

1) сознательное создание условий труда, способствующих сохранению здоровья и повышению работоспособности;

2) активное участие в культурных мероприятиях, занятиях физкультурой и спортом, отказ от пассивных форм отдыха, тренировка психических способностей, аутотренинг, отказ от вредных привычек (употребления алкоголя, курения), рациональное, сбалансированное питание, соблюдение правил личной гигиены, создание нормальных условий в семье;

3) формирование межличностных отношений в трудовых коллективах, семьях, отношения к больным и инвалидам;

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

5) сознательное участие в профилактических мероприятиях, проводимых медицинскими учреждениями, выполнение врачебных предписаний, умение оказывать первую медицинскую помощь, чтение популярной медицинской литературы.

Пропаганда ЗОЖ является обязанностью каждого социального работника. При этом используются методы устной, печатной, наглядной (изобразительной) и комбинированной пропаганды.

Метод устной пропаганды является наиболее эффективным. Это самый популярный, экономичный, простой и доступный в организационном отношении метод. Он включает следующие средства пропаганды: лекции, беседы, дискуссии, конференции, кружковые занятия, викторины.

Метод печатной пропаганды охватывает широкие слои населения. Он включает статьи, санитарные листки, памятки, листовки, стенные газеты, журналы, буклеты, брошюры, книги, лозунги.

Наглядный метод — самый многообразный по числу входящих в него средств. Их можно разделить на 2 группы: натуральные объекты и изобразительные средства (объемные и плоскостные).

Комбинированный метод — метод массовой пропаганды, при которой происходит одновременное воздействие на слуховые и зрительные анализаторы.

Таким образом, на сегодняшний день основные положения науки об индивидуальном здоровье можно представить следующим образом: "Дефиниция: валеология — теория и практика формирования, сохранения и укрепления здоровья индивида. "Предмет исследования валеологии: индивидуальное здоровье, его механизмы, возможности управления ими. "Объект валеологии: индивиды, находящиеся во всем диапазоне здоровья.

Валеология рассматривает индивидуальное здоровье как самостоятельную социально-медицинскую категорию, сущность которой может быть количественно и качественно охарактеризована прямыми показателями.

Между здоровьем и болезнью выделяются переходные состояния. Здоровье рассматривается как более широкая категория по сравнению с болезнью. Предболезнь и болезнь — частный случай здоровья, когда уровень его снижен либо имеются его дефекты. Уровень структурной организации, исследуемый в валеологии, преимущественно организменный, подход — холистический (целостный).

Валеология ставит перед собой следующие задачи:

- разработка и реализация представления о сущности индивидуального здоровья, поиск моделей его изучения, методов оценки и прогнозирования;

- разработка систем скрининга и мониторинга за состоянием здоровья населения на основе количественной оценки здоровья индивида;

- формирование "психологии здоровья";

- разработка методологии и методов формирования, сохранения и укрепления индивидуального здоровья;

- обеспечение первичной и вторичной профилактики заболеваний за счет повышения уровня здоровья;

- разработка программ повышения уровня здоровья популяции через индивидуальное здоровье /11/.

Методы валеологии: диагностика уровня здоровья, прогнозирование и управление здоровьем индивида.

Таким образом, индивидуальное здоровье формируется через здоровое поведение человека. То есть, привычка здорового образа жизни составляет часть общего образа жизни индивида. Существует взаимосвязь между индивидуальным здоровьем и здоровым образом жизни. Роль же валеологии в образе жизни — формирование принципов, исходя из сущности здоровья, направленных на его формирование, сохранение и укрепление.

##

## 1.2 Основы социальной работы по профилактике здорового образа жизни

Основы социальной работы по профилактике здорового образа жизни рассматривались А.П. Тараном, В.А. Форловым, Е.И. Холостовой и другими.

Прежде чем рассмотреть особенности социальной профилактики здорового образа жизни в производственном коллективе, рассмотрим понятие профилактики.

Профилактика – понятие, которое первоначально существовало в медицине, под ним понимается составная часть медицины. В настоящее время профилактические меры используется в различных отраслях деятельности, в том числе в социальной работе. Профилактика здоровья в производственном коллективе является смежной отраслью, которая тесно соприкасается с медициной.

Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической задачей государства.

Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида  профилактики.

Первичная профилактика — это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды.).

К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию. Профилактическая деятельность обязательна для работников.

Вторичная профилактика — это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания.

Ряд специалистов предлагают термин «третичная профилактика» как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

Мировая практика свидетельствует о том, что социальный работник обязан владеть теоретическими и практическими знаниями в области здравоохранения, поскольку независимо от специализации и места работы он участвует в решении проблем индивидуального и общественного здоровья.

В современных условиях усугубления социальных проблем в нашей стране, ухудшения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественно новом уровне. Возникла необходимость создания новых механизмов, форм и методов социальной помощи населению как новых социальных технологий, которые обеспечат гражданам комплексные социальные услуги в случае заболевания, утраты трудоспособности и будут способствовать решению связанных со здоровьем социальных проблем.

Вследствие этого в 90-е гг. в России стала развиваться социальная работа как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности. Ее становление обусловлено современным состоянием здравоохранения, социальной защиты населения, других социальных институтов в условиях реформирования экономического уклада и структуры общественных отношений.

Рассмотрим особенности социальной деятельности по сохранению здоровья. Это сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья населения, так и от современной концепции здоровья и теорий социальной защиты населения.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993 г.) социальная помощь - это профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными /3, с. 142/.

Социальная помощь в сфере профилактики здорового образа жизни рассматривается как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление здоровья различных групп населения. Социальная работа принципиально изменяет характер комплексной помощи в сфере охраны здоровья, предполагая системные социальные воздействия на более ранних этапах развития болезни и социальной дезадаптации, являющихся потенциальными причинами тяжелых осложнений, инвалидности и летального исхода.

Цель социальной работы в области охраны здоровья - достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также неблагополучных в социальном плане.

Объекты - различные контингенты лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы (длительно и часто болеющие, социально дезадаптированные лица), взаимно потенциирующие друг друга, решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами, численность которых в последние годы неуклонно возрастает, одинаково тяжела и малоэффективна и для медицинских работников, и для специалистов учреждений социальной защиты населения, поскольку они неизбежно сталкиваются с кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности /12, с. 192/.

Особенность социальной работы состоит в том, что она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей - здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный опыт организации первичной санитарной помощи, зарубежный опыт социальной работы в здравоохранении свидетельствуют, что, несмотря на предпринимаемые усилия, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы в смежном секторе, после соответствующей подготовки на основе выбора специальных форм работы, которые позволяют сформировать профессионала нового типа - специалиста в области социальной работы, имеющего соответствующую медицинскую специализацию и выполняющего соответствующие функции.

Медицинские работники на практике выполняют ряд функций социальных работников, поскольку отечественных дипломированных специалистов по социальной работе еще недостаточно. В свою очередь, социальные работники, которые очень часто имеют дело с клиентами, страдающими психической и физической патологией, должны иметь соответствующие медицинские знания, навыки и умения.

Необходимо четкое разграничение функций медицинских и социальных работников. Обобщенные специальные функции можно разделить на три группы: социально-ориентированные и интегративные.

Валеологические функции: оказание социальной помощи семье; социальный патронаж различных групп; оказание социальной помощи хроническим больным; предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика); санитарно-гигиеническое просвещение; информирование клиента о его правах на социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем. /14/.

Социально-ориентированные функции: обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания социальной помощи;  представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в социальной помощи; содействие в предупреждении общественно опасных действий; оформление опеки и попечительства; участие в проведении социально-гигиенического мониторинга; участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий населения; обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания; информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты; содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат; семейное консультирование и семейная психокоррекция; психотерапия, психическая саморегуляция; коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.;

Интегративные функции /12/: комплексная оценка социального статуса клиента; содействие выполнению профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях; формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни; проведение социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины; содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей; социально-правовое консультирование; организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера; участие в разработке комплексных программ социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях; обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов.

По своей сути социальная работа по охране здоровья имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности.

Социальную работу можно условно разделить на профилактическую и патогенетическую.

Социальная работа, имеющая профилактическую направленность, - это предупреждение социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни; обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья; участие в разработке целевых программ социальной помощи на различных уровнях; социальное администрирование; обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья.

Социальная работа, имеющая патогенетическую направленность, предусматривает организацию социальной помощи; проведение социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента; создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры; обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий. /7,с.24/

Таким образом, стремясь создать оптимальные и наиболее эффективные технологии социальной работы, специалисты разрабатывают базовые модели, которые позволяют обеспечить единые методические подходы в данном виде деятельности и учесть соответствующую специфику.

Чтобы построить такие модели, нужно, с каждой выделенной группой проводить социальную работу в двух уже названных направлениях - профилактическом и патогенетическом. Это позволит учесть специфику профессиональной социальной работы с различными контингентами в отдельных областях медицины или системе социальной защиты населения при сохранении единых методических принципов.

##

## 1.3 Специфика деятельности по социальной профилактике ЗОЖ в трудовом коллективе

Специфика деятельности социального работника по профилактике ЗОЖ в производственном коллективе рассматривалась в трудах Е.И. Холостовой, О.Г.Чарояна, Л.Е. Сырцовой и так далее.

Социальная профилактика здорового образа жизни требует от социального работника учета специфики трудовой организации, в которой проводится профилактика. В производственной организации существуют, например, определенные вредные условия труда, в торговой или научной специфика вредных условий совсем другая. Социальный работник должен учитывать все факторы влияющие на здоровье в трудовом коллективе.

Так, сфера труда производственной деятельности сегодня особенно остро нуждается в научно обоснованной концепции социальной работы, модели вариативной инфраструктуры служб социальной поддержки производственников.

В исследовании, проведенном Т.Ф. Костяновой (г. Ярославль) на группе автотранспортных предприятий, обосновываются следующие условия решения этой проблемы /19, с. 142/:

1. Личностная ориентированность инфраструктуры служб социальной сферы, учитывающая интересы и потребности трудящихся (особенно молодежи) конкретного учреждении,

2. Создание на предприятии соответствующих, оздоровительных целесообразных служб социальной поддержки молодежи и их семей;

3. Востребованность предприятием профессионально подготовленных специалистов социальной сферы — социальных работников (социальных педагогов, психологов);

4. Взаимодействие социальных служб предприятия с другими учреждениями, медицинскими и спортивными организациями в социуме и с семьями трудящихся.

Охрана здоровья работающих зависит от того, насколько комплексно строятся и совместно решаются задачи, поставленные социальным работником и специалистами смежных служб (администрацией предприятия, общественными организациями, психологом). Основным направлением профилактической работы социального работника на промышленном предприятии является проведение профилактических медицинских осмотров (предварительных, периодических, целевых).

Существенный раздел - проведение предупредительного и текущего санитарного надзора, который должен осуществляться целенаправленно, планово и комплексно.

Вся профилактическая работа на промышленном предприятии проводится по единому комплексному плану лечебно-профилактических мероприятий. В составлении этого плана принимают участие администрация предприятия, санитарная часть и специалисты по гигиене труда районного центра Государственного санитарно-эпидемического контроля (ГСЭН). Каждый из участников намечает ряд мероприятий. Комплексный план утверждается директором предприятия и является обязательным для исполнения. Комплексный план лечебно-оздоровительных мероприятий имеет следующие разделы:

— организационные мероприятия;

— санитарно-технические мероприятия (строительство, модернизация оборудования, внедрение новых технологических линий, усовершенствование вентиляции, отопления, канализации);

— санитарно-гигиенические мероприятия (контроль за содержанием вредных и опасных веществ в воздухе рабочей зоны и производственных помещений, за уровнем шума, вибрации, освещения, теплового излучения, токов высокой частоты и др.);

— лечебно-оздоровительные мероприятия (диспансеризация, направление на санаторно-курортное лечение, диетическое питание, рациональное трудоустройство, изучение и анализ заболеваемости и травматизма);

— материально-финансовое обеспечение выполнения плана.

При всем этом социальная работа по профилактике здоровья должна быть максимально конкретной, личностно ориентированной и отражающей специфику той производственной сферы, в которой человек трудится.

С одной стороны, это сфера производства. С другой — она наполнена множеством временных общностей, создающихся и распадающихся, но при этом для каждого человека "траектория" его дорожно-транспортного жизнеосуществления имеет свои постоянные и переменные состояния. В них он выступает в совершенно определенной роли (либо ролях), при выполнении которой реализуется сложная система его социальных контактов, взаимовлияний, взаимодействий, создаются определенные зоны социально-психологической напряженности, дискомфорта, риска, в итоге представляя собой важную грань городской или сельской среды, образа жизни.

Социальные общности в "производственной" сфере представляют особую сложность из-за своей специфики при определении путей, форм, технологий влияния на них в целостной системе социальных взаимодействий /19, с. 321/. Это создает нагрузку на психическое здоровье человека.

Человек, выступая субъектом своей производственной деятельности, выбирает интересующее его дело, занятие. Сам по себе самостоятельный выбор предмета будущей деятельности представляет собой проявление психической активности в результате интеграции внешних факторов через мотивационно-потребностную сферу личности. Ситуация выбора мотивообразующего предмета предполагает определенное число вариантов: чем больше возможностей выбора, тем легче его осуществить.

Производственная среда, социальные общности, действующие в ней в современных условиях, могут создавать благоприятные ситуации для проявления личности.

Таким образом, интерес как основной мотив включения людей в производственную деятельность может превращаться в широкие социальные мотивы (приносить пользу другим, выполнять долг перед ними), в социально-позиционные мотивы (стремление утвердить себя через положительную оценку), мнение окружающих, заслужить авторитет, в мотивы социального сотрудничества (стремление осознать и усовершенствовать способы взаимодействия с окружающими людьми).

Для современных людей немаловажно, что, будучи субъектом социальной деятельности в производственной среде, они могут осваивать многие виды деятельности или выделять доминирующую (либо ряд доминирующих) в соответствии с их интересами и склонностями.

Одновременно происходит центрирование их вокруг немногих главнейших, подчиняющих себе другие. В производственном социуме практически вокруг любого объекта может быть развернут весь комплекс социальных деятельностей, каждый из видов которых носит многофункциональный характер, способствующий расширению и углублению интересов личности. Одна из ведущих идей такой модели: чем больше функций реализуется в той или иной деятельности, тем более широкое и сильное воздействие на личность они оказывают. Это является весьма привлекательным фактором для работающих на предприятии /17, с. 11/.

Особую роль в реализации всех основных функций деятельности в производственном социуме отводится выступающему способом трансформации "внешних отношений во внутреннюю структуру личности" Интенсивное изучение проблем общения молодежи в производственном социуме показало, что оно открывает новые аспекты влияния на формирование личности, на продуктивность деятельности, характер взаимоотношений в социуме.

Общение индивидов в рамках предприятия характеризуется как межролевое. Оно нередко лишено душевного комфорта, контактности, непринужденности, что снижает его результативность, требует специальных усилий по развитию и удовлетворению коммуникативных потребностей, чтобы успешно компенсировать недостаток свободного, неформального общения на предприятии Тогда общение перестает быть излишне организованным, не имеет жестких ограничений временного пространства. Оно, как правило, протекает в стихийных малых группах, в условиях психологической совместимости, эмоционального комфорта, носит камерный характер.

Организация отношений между людьми в производственном социуме, влияние как на общение в самой молодежной среде, так и на отношения молодых производственников с людьми старших поколений, с администрацией предприятия, а также на микроклимат в семьях и их ближайшем окружении является основным полем функциональной деятельности социальных работников /17/.

Создание комфортного климата на самом предприятии благоприятно влияет и на содержание свободного времяпрепровождения трудящихся и их семей.

Разумеется, на конкретных предприятиях вырабатываются свои механизмы со-

циальной поддержки трудящихся. Особенно важна на производстве работа по охране здоровья трудящихся. Рассмотрим подробнее.

У социальной работы свои задачи в области сохранения здоровья. В своих вмешательствах и методах она должна учитывать состояние здоровья, возможные медицинские услуги и необходимые финансовые ресурсы. Важное значение имеет также тесное сотрудничество социальных работников с органами государственного здравоохранения.

Необходимость развития профилактической медицины становится наиболее актуальной. Это потребует сотрудничества медиков, педагогов, социальных работников и всех ветвей власти: законодательной и исполнительной на всех уровнях, так как необходимо предусматривать в бюджетах средства на реализацию целевых профилактических программ.

Социальная работа по профилактике здоровья определяется как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной на восстановление, сохранение и укрепление здоровья /19/.

Ее главная цель — достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием. Важным является то, что социальная работа по профилактике здоровья принципиально меняет комплекс мер помощи в сфере охраны здоровья, так как предполагает системные социальные воздействия на более ранних стадиях заболевания и развития болезненных процессов.

В этой связи становится понятным, что комплексное изучение медицинских и социальных факторов, влияющих на здоровье человека, имеет существенное преимущество перед односторонним учетом только медицинских или социальных аспектов в проведении профилактической работы.

Профилактическая социальная работа подразумевает проведение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формированию здорового образа жизни, обеспечению социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья.

Профилактическая социальная работа подразделяется на два вида:

1) первичная профилактика;

2) вторичная профилактика.

Задача первичной профилактики — предупреждение развития у человека патологических состояний, т.е. проведение социально-экономического анализа, формирование у населения представлений о здоровом образе жизни, активной жизненной позиции по отношению к своему здоровью. Вторичная профилактика направлена на предупреждение дальнейшего прогрессирования болезни и предусматривает комплекс лечебных и профилактических мероприятий, а также решение целого ряда социальных задач. При этом проводится социальная экспертиза трудоспособности, определяется трудовой прогноз, изучается влияние социальных факторов (характер трудовой деятельности, экономическое состояние семьи, полноценность и разнообразие питании, обеспеченность пациентов жильем, экономическая и климатогеорграфическая обстановка местности проживания) на здоровье человека.

При работе с больным человеком необходимы целенаправленное формирование у него активной жизненной позиции, препятствующей развитию социального иждивенчества, устройство быта, материальная и моральная поддержка его семьи, его трудоустройство и соответствии с состоянием здоровья. При необходимости осуществляются переквалификация, предоставление сокращенной рабочей недели, уменьшение продолжительности рабочего времени и рабочей недели.

Важное направление профилактической социальной работы — повышение уровня медицинского образования населения, формирование у него представления о здоровом образе жизни и его значения в предупреждении заболеваний. С этой целью используются телевидение, радио, печать, лекции, семинары, индивидуальная санитарно-просветительская работа, обучение в организуемых в учреждениях здравоохранения "школах" для организованных групп пациентов.

Вторым значимым направлением профилактической социальной работы является выявление наиболее важных социальных факторов, оказывающих отрицательное влияние на здоровье человека, и непосредственное их устранение или уменьшение их влияния на организм: оказание материальной помощи малообеспеченным или многодетным семьям, психологическая коррекция состояния, патронаж "семей социального риска", оказание помощи клиентам в решении правовых проблем, обеспечении их питанием, лекарствами, соблюдение социальных гарантий, определенных Конституцией Российской Федерации /19/.

Активным направлением профилактической социальной работы является совместная с клиентами работа по предупреждению вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем). Специфика конкретной социальной работы с людьми определяется многими факторами: возрастом клиента, видом его социальной деятельности, экономическим положением его семьи, состоянием его здоровья, степенью социальной активности, наличием определенных факторов, оказывающих влияние на здоровье человека, возможностями общества.

Приоритетным направлением патогенетической социальной работы является реабилитация больных, то есть комплекс медицинских, социально-экономических, педагогических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, полное или частичное восстановление нарушенных функций организма, повышение адаптационных ресурсов человека, его социальной активности. Степень восстановления социальной активности человека и его адаптационных ресурсов является своеобразным итогом социальной работы. Отсутствие в штате лечебных учреждений социальных работников объясняет тот факт, что реабилитацию больных осуществляют медицинские работники.

В ряде случаев социальная работа может сыграть решающую роль в предупреждении заболеваний, обеспечении эффективности лечения и реабилитации больных, их социальной адаптации, возвращении к трудовой деятельности. Значимость социальной работы существенно возрастает применительно к таким категориям населения, как инвалиды, лица с хроническими заболеваниями, пожилые люди.

Социальный работник должен обладать высокой эрудицией и использовать обширные междисциплинарные знания — медицинские, правовые, психологические, философские, экономические, социальные.

Не менее важна социальная работа при решении проблемы устранения факторов, способствующих формированию болезни. При этом необходимо определить роль каждого социального фактора и их совокупности в генезе патологического процесса в организме больного: курение, злоупотребление алкоголем, вредное производство. Понятно, что без их решения невозможно провести эффективное лечение заболеваний, предупредить их прогрессирование и развитие осложнений.

Социальная работа играет основную роль на этапе трудовой реабилитации больных, определения его трудоспособности и работоспособности, трудового прогноза, профессиональной переориентации, создания определенных производственных условий для поддержания социальной активности индивидуума.

Важными направлениями социальной работы остаются: планирование семьи, охрана материнства и детства; психотерапия; наркология; онкология.

Социальная работа направлена на решение социальных проблем женщины, матери и ребенка, детей дошкольного и подросткового возраста, взрослого населения, пожилых и престарелых, инвалидов. Круг этих проблем довольно широк, и без их решения нельзя добиться обеспечения общественного здоровья. Решение социальных проблем различных категорий населения в определенной мере регламентируется законодательными актами и правовыми нормативами.

Предмет особого внимания — пожилые и старые люди. Как известно, в последние два-три десятилетия повсеместно отмечено увеличение количества лиц пожилого и старческого возраста, сопровождающееся полипатологией.

Важнейшее направление социальной работы — работа с клиентами, страдающими наркотическими заболеваниями. В течение 10 лет существенно выросла заболеваемость населения в России (как и в большинстве стран мира) алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. Указанные заболевания относятся к социальной патологии, то есть. обусловлены преимущественным влиянием социальных факторов на организм человека. Социальная значимость указанных заболеваний определяется материальным ущербом, который они наносят обществу, а также биологическими последствиями для здоровья нынешних и последующих поколений.

Таким образом, рассмотрев теоретические подходы профилактики ЗОЖ в производственном коллективе можно сделать вывод, что социальный работник играет важную роль в данной сфере деятельности. Организация социальной работы по формированию здорового образа жизни в условиях производства является важным моментом и служит целях реального объединения усилий медицинской и социальной служб, направленных на укрепление общественного здоровья и сохранение цивилизации. Кроме того, деятельность социального работника должна быть направлена на поиск эффективных путей профилактической работы в производственной сфере, которые должны формировать здоровый образ жизни работников.

# 2 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОИЗВОДСТВЕННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

##

## 2.1 Диагностика здорового образа жизни работников

Проведенное теоретическое исследование, направленное на выяснение особенностей профилактической работы в трудовом коллективе по формированию здорового образа жизни, позволило создать экспериментальную базу исследования.

Экспериментальное исследование проводилось в коллективе торгового дома «Хитон», расположенном в г. Биробиджане.

Цель исследования – изучение состояния здоровья работников предприятия.

Задачи экспериментального исследования:

1. Подобрать диагностический материал;

2. Провести диагностику состояния здоровья работников предприятия.

3. Выявить особенности представлений о здоровом образе жизни испытуемых.

4. Разработать рекомендации по профилактике здоровья и ЗОЖ в коллективе.

В исследовании принимал участие коллектив торгового дома. Он состоит из 11 человек.

Возраст работников торгового дома от 20 до 50 лет.

Деятельность торгового дома характеризуется как торговля строительными материалами, бытовой химией. Среди основных товаров: линолеум, краски, половое покрытие, плитка, сантехника, обои, смеси, лаки, клей, растворители, олифы, пасты. Как видно данные товары являются в основном летучими хими-

ческими соединениями, что оказывает негативное влияние на здоровье персонала.

Предварительное исследование было проведено с использованием метода анкетирования.

Методика № 1 (анкетирование)

Цель: Определить наличие хронических заболеваний

Ход: Опрашиваемым был предложен опросник со списком хронических заболеваний, они должны были ответить «Да» или «Нет».

После чего результаты опроса представлены в таблице 1.

Таблица 2.1 - Диагностика здорового образа жизни работников торгового дома «Хитон»

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

Данные представленные в таблице 2.1, указывают на то, что большинство работников предприятия имеют хронические заболевания. Среди заболеваний выделяются такие, как хронический гастрит, бронхит.

Так, 27 процентов работников страдают хроническим бронхитом. 18 процентов участников опроса имеют такое хроническое заболевание как тонзиллит. У 36 процентов опрошенных выявлен хронический гастрит, у 18 процентов отит, и в 9 процентов астма.

Таким образом, после проведения методики № 1 можно говорить о неблагоприятном состоянии здоровья обследованных работников.

Для того чтобы выяснить причину такого состояния, проведем следующую методику.

Методика 2 – Анкетирование (автор методики – И.Ю. Коваева)

Цель: Выявить отношение респондентов к своему здоровью

Испытуемым были предложены анкеты. Основное содержание вопросов и распределение положительных ответов представлено в таблице 2.2

Таблица 2.2 - Результаты анкетирования, проведенного среди персонала предприятия «Хитон» на степень валеологической осведомленности, процентов

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание вопроса | проценты от общего кол-ва опрошенных |
| 1. Считают себя ответственными за состояние здоровья 2. Оценивают свои анатомо-физиологические знания на «хорошо»3. Знают и соблюдают гигиенические требования к организации трудового процесса4. Валеологическую культуру развивают, много читают об этом5. Имеют планы по укреплению своего здоровья6. Ведут здоровый образ жизни и являются примером для окружающих | 366345543645 |

Результаты исследования показали, что уровень валеологической осведомленности у персонала предприятия довольно низок. Они недостаточно осведомлены в элементарных вопросах физиологии и анатомии организма, не всегда имеют четкого представления о состоянии своего здоровья, и влиянии на него производственных и других неблагоприятных факторов. Респонденты, принявшие участие в анкетировании плохо представляют себе задачи формирования здорового образа жизни. Только 36% опрошенных считают себя ответственными за состояние своего здоровья.

47% испытуемых знают и соблюдают гигиенические требования к организации трудового процесса. Данный фактор вызывает опасения, так как исследуемое предприятие имеет дело с бытовой химией и здесь необходимо четкое представление о гигиенических требованиях.

40% ведут здоровый образ жизни и являются примером для окружающих.

Таким образом, проведенный опрос свидетельствует о недостаточном валеологическом образовании испытуемых.

Для диагностики уровня здоровья работникам была предложена еще одна методика.

Методика № 3

Цель: Определить уровень здорового образа жизни коллектива.

Инструкция:

Работникам было предложено ответить на вопросы:

1. Курите ли вы?

2. Занимаетесь спортом?

3. Ходите на работу пешком?

4. Употребляете спиртное?

5. Употребляете жаренную, жирную пищу?

6. Делаете зарядку?

7. Любите ли отдыхать на природе?

8. Можете ли вы отказать иногда от сладкого?

9. Бываете на больничном более одного раза в год?

Далее производим обработку результатов:

На вопросы 2, 3, 6, 7, 8 за ответ Да – 2 балла, за Нет – (минус один) балл.

На вопросы 1, 4, 5, 9 наоборот Да – ( минус один), Нет – (плюс два).

Посчитываем по каждому опрошенному и определяем уровень согласно следующим критериям:

3 балла и ниже - низкий уровень здорового образа жизни;

4 -8 – средний уровень;

9 баллов и выше – высокий уровень.

Ниже в таблице представлены результаты методики 3

Таблица 2.3 - Уровень здорового образа жизни в коллективе

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень | Количество | проценты от общего количества опрошенных |
| Высокий уровень | 1 | 9 |
| Средний | 4 | 36 |
| Низкий | 6 | 45 |

Из данных представленных в таблице 2.3. видно, что работники коллектива находятся в основном на низком (45 процентов) уровне и среднем уровне (36 процентов). Лишь один человек – 9 процентов показал высокий уровень, то есть ведет полностью здоровый образ жизни.

Если проанализировать опросные листы, то наиболее негативной выглядит ситуация в связи с употреблением никотина. Всего три человека дали ответы нет – на вопрос о курении. То есть, 8 человек из 11 работников предприятия постоянно курят.

Отдых, предпочитаемый сотрудниками, это нахождение дома. Редко кто, предпочитает отдыхать на курортах, на природе. Об этом же свидетельствует вопрос об отдыхе на природе.

Почти все опрошенные не занимаются спортом, и мало кто занимается зарядкой. Хотя все они понимают, что спортивные упражнения могут принести

только пользу для их здоровья.

Такая же негативная ситуация присутствует при ответах на вопрос о пище которую принимают работники. Кроме того, большинство работников считают, что употребление спиртных напитков не может нанести серьезный вред их здоровью, хотя и в большинстве случае употребление спиртных напитков ведется ими не слишком часто.

Кроме того, была проанализирована частота заболеваемости сотрудников.

Состояние заболеваемости на предприятии, если судить по больничным листам не высока. Однако у двоих сотрудников торгового дома за прошедший год было по 4 больничных листа, это говорит о повышенной заболеваемости этих сотрудников. Двое имеют по 2 больничных листа, им также следует уделять больше внимания своему здоровью.

Таким образом, опрос показывает, что в большинстве случаев не приходится говорить о здоровом образе жизни коллектива торгового дома «Хитон». Как и большинство населения России, сотрудники предприятия страдают отдельными хроническими заболеваниями, им некогда заниматься физической культурой. Вследствие этого на данном предприятии необходимо проводить профилактическую работу по охране здорового образа жизни работников.

В этом и состоит функция социального работника. Именно социальный работник должен проводить мероприятия направленные на укрепление здорового образа жизни трудящихся.

##

## 2.2 Формирование представлений о здоровом образе жизни персонала предприятия

Отмеченные недостатки в отношении к здоровому образу жизни были положены в основу разработки плана валеологического образования работников предприятия.

Цель данной программы: обеспечение здорового образа жизни, профи-

лактика вредных привычек, изменения отношения к своему здоровью на предприятии.

Методической базой служили разработки Э.Н. Вайнера, О.Ю. Грезневой и Е.Е. Насоновой)

Мы исходили из необходимости включения в содержательную часть программы тех разделов, которые бы соответствовали решению указанных выше задач – воспитанию культуры здоровья и поддержания здорового образа жизни персонала предприятия

Предварительно был разработан план проведения профилактической работы социальным работником в данном коллективе.

1. Организация досуга

- Посещение спортивных мероприятий и физкультурных праздников (стадион Строитель)

Проведение конкурсов и спортивных мероприятий.

- Лыжный выход на природу;

- Проведение спортивных игр (волейбол, футбол).

- Катание на коньках

- Участие в городском ежегодном марафоне.

- Проведение конкурса на лучшие приготовление вегетарианской пищи

- Розыгрыш билетов на киносеанс.

2. Мероприятия по улучшению режима труда и отдыха;

- Установка яркого освещения

- проветривание помещений

- увеличение обеденного перерыва

3. Индивидуальные беседы с работниками о здоровом образе жизни. Эти беседы могут быть проведены на основе лекций описанных ниже (см. приложение)

Так, например, у работника наблюдается пристрастие к сладкому. Проводим беседу о вреде злоупотребления сахара.

4. Проведение лекционной работы на различные тематики (О вреде курения, алкоголя, о здоровой пище и т.д.). Пример одной из лекций дан в Приложении А.

5. Проведение обследований здоровья персонала;

- заключение договора с поликлиникой, предусматривающего ежегодное обследование сотрудников

Проведение сеансов лечебной гимнастики с выявленными астматиками, страдающими бронхитом, приведенные в (Приложение Б)

Использую данный план была проведена работа по формированию здорового образа жизни у работников.

Рассмотрим основные разделы программы.

1. Проблемы здорового образа жизни в современном обществе.

Раздел открывает лекционные мероприятия, которые характеризует состояние проблемы. Особое внимание обращается на тенденции постоянно ухудшающегося здоровья населения России, на структуре заболеваемости и роли различных факторов в его отрицательной динамике. Характеризуя валеологические предпосылки здоровья и здорового образа жизни, программа среди всех факторов обеспечения здоровья обращает специальное внимание на ответственность каждого человека за свое здоровье и роль в этом валеологического образования.

2. Мотивация здоровья и здорового образа жизни.

Ключевым понятием валеологии является «индивидуальное здоровье». Поэтому, рассказывая о здоровом образе жизни, необходимо охарактеризовать главные элементы здорового образа жизни и подчеркнуть, что осознанное удовлетворение потребностей человека должно создавать положительную мотивацию на здоровье и здоровый образ жизни.

3. Двигательная активность и здоровье.

Данный раздел включает как лекционные мероприятия, беседы, так и оздоровительные мероприятия.

В беседах с персоналам уделяется внимание таким моментам, как дефицит двигательной активности – гипокинезия, свойственная человеку в современном мире. Она представляет одну из актуальнейших проблем здоровья человека, так как рассматривается как важнейший фактор развития так называемых «болезней цивилизации». В разделе особое значение обращается на психолого-педагогические аспекты двигательной активности, являющейся не только энергетической основой развертывания генетической программы индивида во времени, но и непременным компонентом формирования особенностей познавательной активности и становления психических функций.

Раздел предполагает ознакомление сотрудников в простейшими физическими управжнениями.

Будучи одним из важнейших разделов программы, он не только дает представление о влиянии физических упражнений на здоровье, но и вооружает знаниями и умениями построения оптимального двигательного режима работника трудового коллектива. В частности, обращается специальное внимание на использование физических упражнений для предупреждения утомления и для восстановления умственной работоспособности как непосредственно в трудовом процессе, так и во внерабочих условиях.

4. Основы психического здоровья.

При рассмотрении этой проблемы в разделе особое внимание обращается на несоответствие между выполняемой нагрузкой (преимущественно умственно-психологического характера) и последующим отдыхом (чаще всего двигательно малоактивным образом поведения, причем зачастую сопровождаемого продолжением работы с информацией). В разделе обращается внимание на возрастные основы психического здоровья и роль активного образа жизни в становлении психофизиологических функций человека, рассматриваются условия образа жизни, способствующие этому процессу и нарушающие его.

Раскрываются основные механизмы возникновения стресса и типичные в производственной среде стрессовые ситуации.

Даются практические рекомендации по психорегуляции и осваиваются ее простейшие методы, которые работник может применить не только в производственном процессе, но и в собственном образе жизни.

5. Основы рационального питания.

Данный раздел предполагает помощь работника в освоении норм правильного питания.

В настоящее время проблемы рационального питания являются довольно актуальными, причем становится все более очевидным, что в основе такого положения лежит низкий уровень знаний человека об основах здорового питания. В разделе на принципиальной базе эволюционных предпосылок дается взгляд на питание как потребность и его адаптацию к условиям жизни современного человека. При этом обращается внимание на индивидуальный характер построения режима питания в зависимости от гено- и фенотипических особенностей и условий жизнедеятельности данного человека. Специальная часть раздела посвящена возрастным особенностям питания и его специфике применительно к работнику предприятия, в том числе торгового.

6. Закаливание и профилактика простудных заболеваний.

Данный этап предполагает большее практическое использование. Здесь социальным работником подробно рассматриваются теоретические предпосылки терморегуляции, пути и методы закаливания.

7. Основы рационализации режима дня и жизни.

Одним из факторов, провоцирующих нарушение здоровья современного человека, является нарушение взаимоотношения «работа – отдых» /3/ в сторону чрезмерного нарушения психоэмоциональной сферы. В связи с этим постепенно возникает дефицит функциональных резервов и нарушение регуляции функций. В этих условиях принципиальное значение приобретает рационализация режима жизнедеятельности, в которой бы закономерно сочетались нагрузка и отдых.

Исходя из этого социальным работником проводятся мероприятия по оценке биоритмов работников, изучается динамика суточной, недельной, месячной и годовой работоспособности (в том числе и в ее возрастном аспекте), обращается специальное внимание на факторы, снижающие умственную работоспособность.

После чего, работнику даются рекомендации. В мероприятиях указываются критерии нагрузки и утомления, причем особое внимание обращается на умственное утомление и условия его возникновения.

Предлагаются и осваиваются средства активного отдыха как непосредственно во время трудового процесса, так и во внерабочих периодах. Даются рекомендации по разработке рациональных режимов дня и недели для различных контингентов персонала.

8. Валеологические принципы формирования устойчивости к вредным привычкам и отучения от них.

Включение настоящего раздела обусловлено катастрофической тенденцией нарастания числа приобщающихся к вредным привычкам. Программа в теоретическом плане предполагает ознакомление работников предприятия с факторами, провоцирующими приобщение к вредным привычкам, и особенностями влияния вредных веществ на организм человека. В практическом плане программа ориентирована на обучение работников методам «отучения» от вредных привычек. Социальным работником проводятся индивидуальные, групповые и коллективные беседы, семинары, лекции по настоящему вопросу. Работники знакомятся с существующими методами отучения от вредных привычек, их приемлемостью для различных контингентов людей и эффективностью.

9. Здоровье работника предприятия.

В разделе рассматриваются вопросы, связанные с особенностями труда в торговом предприятии и с их влиянием на организм. При этом обращается внимание на рациональную организацию рабочего режима и рабочего места, даются рекомендации по двигательной активности, психорегуляции, условиям питания, организации отдыха.

##

## 2.3 Контрольный этап исследования и его результаты

После проведения указанных выше мероприятий была проведена повторная диагностика.

Методику 1 повторно использовать мы не будем, так как хронические заболевания у всех опрошенных работников являются такими же как на предварительном исследовании.

Чтобы выявить оказало ли влияние, формирующее воздействие проведем повторно методики 1 - 2, с целью выявления отношения к здоровому образу жизни.

Методика 1 – Анкетирование (автор методики – И.Ю.Коваева)

Цель: Выявить отношение респондентов к своему здоровью

Распределение положительных ответов представлено в таблице 2.4

Таблица 2.4 - Результаты анкетирования (Сравнение контрольного и констатирующего этапа), проведенного среди персонала предприятия «Хитон» на степень валеологической осведомленности, в процентах

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Содержание вопроса | Констатирующий этап (в процентах) | Контрольный этап (в процентах) |
| 1. Считают себя ответственными за состояние здоровья2. Оценивают свои анатомо-физиологические знания на «хорошо»3. Знают и соблюдают гигиенические требования к организации трудового процесса4. Валеологическую культуру развивают, много читают об этом5. Имеют планы по укреплению своего здоровья6. Ведут здоровый образ жизни и являются примером для окружающих | 366345543645 | 457254546345 |

Результаты анкетирования показали, что уровень валеологической осведомленности у персонала предприятия возрос по сравнению с констатирующим этапом исследования. Испытуемые после проведения формирующего этапа более трезво подходят к сохранению состояния своего здоровья, они так же имеют планы по укреплению состояния своего здоровья.

Так, если на констатирующем этапе исследования 36 процентов респондентов считали себя ответственными за состояние своего здоровья, то теперь 45 процентов опрошенных ответили положительно на данный вопрос (в соответствии с рисунком. 1).

Так 72 процента работников предприятия оценивают свои анатомические и физиологические знания на «хорошо» (на констатирующем этапе было 63 процента).

Большее количество работников (54 процента) знают и соблюдают гигиенические требования к организации трудового процесса (по сравнению с пред-

варительным этапом – 45 процентов).

Интересно, что после проведения формирующего этапа исследования работники у некоторых работников появились планы по укреплению своего здоровья (63 процента против 36 процента на констатирующем этапе). Что касается вопросов 4, 6 о развитии валеологической культуры, и ведении здорового образа жизни, то тут результаты не изменились на рисунке 1).

Рисунок 1 - Динамика роста валеологических представлений

Таким образом, диаграмма показывает, что после проведенного формирующего эксперимента ситуация изменилась, и нам необходимо узнать, можно ли опираясь на эти данные утверждать что формирующий эксперимент удался. Для этого вычислим χ2 – критерий.

Полученное нами значение: χ2 равно 25,58 больше соответствующего табличного значения m-1 равное 5 степеней свободы, составляющего 20,52 при вероятности допущения ошибки меньше чем 0,001% .

Следовательно, нами действительно выявлена взаимосвязь между проведением формирующего этапа и положительной динамикой положительного отношения к своему здоровью коллектива предприятия, и мы можем утверждать это, допуская ошибку, не превышающую 0,001%.

Мы убедились с помощью математической статистики, что вероятность ошибки достаточна мала. Из этого следует, что результаты, полученные при проведении констатирующего, контрольного экспериментов достоверны.

Далее для диагностики уровня здоровья работникам была предложена методика 2

Цель: Выявить уровень отношения к своему здоровью.

Результаты методики 2 даны в сравнении с первоначальной диагностикой в таблице 2.5

Таблица 2.5 -Уровень здорового образа жизни в коллективе

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Уровень | Количество, человек | проценты (от общего числа опрошенных) | Кол-во, человек | проценты (от общего числа опрошенных) |
| Констатирующий этап | Контрольный этап  |
| Высокий  | 1 | 9 | 2 | 18 |
| Средний | 4 | 36 | 6 | 45 |
| Низкий | 6 | 45 | 3 | 27 |

Данные представленные в таблице 2.4 показывают, что на высоком уровне отношения к здоровому образу жизни находится 2 человека (18 процентов). Если сравнить с результатами констатирующего этапа (9 процентов) уровень здорового образа жизни повысился. Однако явный успех наблюдается у 2 человек, ранее находившихся на низком уровне. Если на предварительном исследовании 36 процентов показывали средний уровень, то теперь средний уровень показывают 45 процентов опрошенных. Это говорит о том, что формирующий этап благоприятно сказался на отношении к здоровью данных работников.

9%

18%

36%

45%

45%

27%

Доля

 %

Высокий уровень

Средний

Низкий

Констатир. этап

Контрольный

Рисунок 2 - Сравнительная характеристика здорового образа жизни работников

По результатам методики был вычислен χ2 – критерий.

Значение χ2 равное 13,5 больше соответствующего табличного значения m-1 равное 2 степеней свободы, составляющего 9,21 при вероятности допущения ошибки меньше чем 0,01.

Следовательно, нами, как и в предыдущей методике выявлена взаимосвязь между проведением формирующего этапа и положительной динамикой уровня ЗОЖ персонала предприятия, и мы можем утверждать это, допуская ошибку, не превышающую 0,01 процента.

Таким образом, исследование показало, что здоровье членов коллектива торгового предприятия «Хитон» находится на низком уровне. Поэтому проведение профилактической работы с целью формирования здорового образа жизни будет полезно на данном предприятии. Как показывает теория и практика разъяснения людям смысла здорового образа жизни и вреда некоторых привычек, может служить отправной точкой формирования здорового образа жизни человека.

В процессе профилактической работы с производственными коллективом идет формирование культуры здоровья, становление устойчивой мотивации на саморазвитие и самореализацию личности, растет ответственность за свое здоровье.

Социальный работник многое может, и если он осуществит все, что может сделать для укрепления здоровья своих подопечных, тогда здоровье людей будет отражаться на общей производственной и социальной жизни.

#  ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследовании была рассмотрена тема «Организация социальной работы по профилактике здоровья в производственном коллективе». В процессе исследования были решены задачи, поставленные во введении и тем самым достигнута цель исследования.

Рассмотрен валеологический аспект деятельности социального работника. Освещены вопросы психического, социального и духовного понимания здоровья. Показан здоровый образ жизни, как компонент валеологической деятельности. Кроме того, затронуты вопросы деятельности социального работника на производстве, в том числе по управлению здоровьем работников.

Организовано экспериментальное исследование, в котором проведено изучение состояния здоровья и здорового образа жизни в производственном коллективе предприятия «Хитон».

В исследовании проведена диагностика, которая показала недостаточный уровень здоровья работников предприятия и необходимость деятельности социального работника по устранению выявленных причин нездорового образа жизни.

Это позволило разработать и провести в коллективе ряд лекций и мероприятий на формирование у людей представлений о здоровом образе жизни. Формирующий этап содержал:

- посещение спортивных мероприятий и физкультурных праздников

- проведение конкурсов и спортивных мероприятий.

- лыжный выход на природу;

- проведение спортивных игр (волейбол, футбол).

- катание на коньках

- участие в городском ежегодном марафоне.

-проведение конкурсов на лучшие приготовление вегетарианской пищи

- мероприятия по улучшению режима труда и отдыха;

- индивидуальные беседы с работниками о здоровом образе жизни.

- проведение лекционной работы на различные тематики (О вреде курения, алкоголя, о здоровой пище).

- плакаты о вреде курения и алкоголя.

Таким образом была доказана гипотеза – в которой мы предполагали, что профилактическая направленность социальной работы в производственном коллективе окажет влияние на изменение отношения к своему здоровью.

Для успешного выполнения своих функций социальный работник дожжен обладать валеологическими знаниями, в этом случае он сможет помочь работникам предприятия в улучшении своего здоровья.

1. Современному социальному работнику необходимо совершенствовать свои знания в сфере профилактики здорового образа жизни. В связи с гуманизацией и гуманитаризацией социально-экономических процессов, социальный работник должен стать основным «воспитателем здоровья» на производстве.

2. Функции социального работника по профилактике ЗОЖ на производстве включают как специальную подготовленность по вопросам здравотворчества, так и уровень активной методической подготовки, формирующие культуру здоровья.

3. Профилактическая работа позволит укрепить здоровье персонала трудовых коллективов. Грамотно спланированная социальная работа, содействует более высокой производительности труда.

В заключение необходимо отметить – здоровье является важным фактором, влияющим на существование общества в целом. Особенно важно здоровье трудового коллектива. Так как, здоровье работника напрямую влияет на его производительность и работу производственного предприятия в целом. Несмотря на небольшой отрезок времени проведенного исследования у нас уже есть хоть маленький, но положительный результат.

В результате работы над темой диплома был сделан вывод о том, что в штате предприятия должен находится социальный работник, который занимается профилактикой здорового образа жизни в коллективе.

# БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алексеева В. М., Костродымов Н. Н., Морозов В. П. Маркетинг в здравоохранении // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М.: Наука, 1994. – 248с.
2. Антипенко Е.Н., Когут Н.Н. Качество жизни и самооценка здоровья // Медицинские вести. - 1997. - № 2, - С.20-21.
3. Апанасенко Г.Л, Л.А.Попова. Медицинская валеология. – М.: Изд-во «Феникс», 2000. - 244 с.
4. Апанасенко Г.Л. Проблемы управления здоровьем человека. Спец. выпуск, М.: Наука, 1999. – 142с.
5. Апанасенко Г.Л., Науменко Р.Г. Физическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида // Гигиена и санитария. 1985. №6. С. 53–56.
6. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. – Киев.: Здоровье, 1998. - 247 с.
7. Апанасенко Г.Л., Попова О.А. Валеология как наука // Валеологія. – 1996. - № 6. - С.4-9.
8. Баевский P.M., Берсенева А.П., Максимов А.Л. Валеология, проблема самоконтроля здоровья в экологии человека. - Магадан, 1996.- 53 с.
9. Белов В.И., Михайлович Ф.Ф. Валеология: здоровье, молодость, красота, долголетие. - М., 1999. – 324с.
10. Брехман И.И. Введение в валеологию - науку о здоровье. - Л., Наука, 1987, - 125с.
11. Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопросы философии. – 1982 - N 2. - с.48-53.
12. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. - М., 2001. – 291с.
13. Вайнер Э.Н. Общая валеология. - Липецк, 1998. – 261с.
14. Вайнер Э.Н. Социальные аспекты здоровья и здорового образа жизни

 // Валеология – 1998. - № 3. – С. 13-14.

1. Валеология человека (сост. В.П.Петленко), С.-Пб.: "Петроградский и Ко", 1996. – 241с..
2. Давидович В.Е.,. Чекалов А.Е. Здоровье как философская категория // Валеология - 1997, № 1- С. 42-44
3. Данилова Н.Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний./ - М.: Изд. МГУ. - 1992. - 190с.
4. Дементьева Н. Ф. Медицина и социальная работа (методологический аспект). - М., 1998.- 67с.
5. Дорофеев В.М. Окружающая среда и здоровье // Образование и общество. 2002. - № 21 - С. 54–64.
6. Жолдак В.И., Калинкин Л.А. Валеология: становление, развитие, проблемы перспективы // Теория и практика физической культуры. - 1997. - N 8. - с.2-7.
7. Журавлева К. И. Статистика в здравоохранении. — М.: Медицина, 1981. — 176 с.
8. Журавлева К. И., Лучкевич В. С. Организация санитарно-эпидемиологической службы: Учебно-методическое пособие. — Л., 1982. — 68 с.
9. Иванюшкин А. Я. "Здоровье" и болезнь в системе ценностных ориентации человека // Вестник АМН СССР Т. 45. - 1982. - С. 729—733.
10. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. /СПб., «Питер», 2001. – 454 с.
11. Карасева Т.В., Голицина И.И., Толстов С.Н. и др. Методические подходы к систематизации основных понятий валеологии // Валеология. - 1996. - № 2. - С.42-44.
12. Кирой В.Н., Войнов В.Б. Критерии оценки уровня здоровья // Валеология. - 1998 - № 3 – С. 37
13. Корюкин В. Г. Здравоохранение Санкт-Петербурга в цифрах. — СПб, 1994. — 54 с.
14. Кузьменко М. М., Баранов В. В., Шиленко Ю. В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. — М., 1994. — 297 с.
15. Кураев Г.А., Сергеев С.К. Валеологическая система сохранения здоровья населения России //Валеология – 1996. - №1 – С. 42 -45
16. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции: Учебное пособие. — М.: Медицина, 1992. — 509 с.
17. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. - М., 2001.- 225с.
18. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа в России (основные положения конференции) // Медицина и социальная работа. - М., 1998. – С. 45
19. Миняев В. А. Методические указания к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения. — Л., 1991. — 110 с.
20. Москаленко В. Д. Программа социальной работы с семьями больных алкоголизмом. — М, 1992. – С. 73
21. Петленко В.П. Здоровая Россия. Программа валеологичессого возрождения. Мат. IV Нац. конгресса по проф. мед. и валеологии, - С.-П. - 1997, "Зеленый мир", С.5-8.
22. Петрова Г.В. Еще раз о необходимости здорового образа жизни // Валеология – 200., - № 2 – С.23 - 26
23. Родионова В. Н. Менеджмент в здравоохранении в новых экономических условиях // Экономика и управление здравоохранением / Под ред. Ю. П. Лисицына. — М., 1993. — С. 43—83.
24. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю. П. Лисицына. — М.: Медицина, 1984. — Т. 1, 2.
25. Смирнов И.Н. Здоровье человека как философская проблема \\ Вопросы философии. -1985.- № 7. с.89.
26. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко и В. В. Ермакова. — М.: Медицина, 1984. — 630 с.
27. Социальная работа / Под ред. И. А. Зимней.- Вып. 8. - М., 1996. – 323с.
28. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. - М., 1992. – 363с.
29. Социальная работа. - М., 1997. – 294с.
30. Сырцова Л. Е., Костродымов Н. Н. и др. Основы управления в здравоохранении и менеджмент // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 1994. — С. 140—169.
31. Таран А.П., Солдатова Т.А. Проблемы и опыт повышения эффективности работы в практической валеологии . - 1997. - № 1 – С. 12 -15
32. Холостова Е.И. Социальная работа: Уч. пособие. – М., 2004. – 630с.
33. Хромченко О. М., Куценко Г. И. Санитарно-эпидемиологическая служба. — М.: Медицина, 1990. — 268 с.
34. Чораян О.Г. Норма здоровья: проблемы, подходы к их решению //Валеология. – 1996 - №1. – С. 23
35. Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 1994. — С. 140—206.
36. Юрьев В. К. Здоровье населения и методы его изучения: Учебное пособие. — СПб, 1993. — 144 с.

# ПРИЛОЖЕНИЕ А

#

# Лекция о вреде пьянства

Данная лекция посвящена острейшей социальной проблеме — пьянству и алкоголизму, которые разрушающе действуют прежде всего на здоровье населения.

Проблема употребления алкоголя очень актуальна в наши дни. Сейчас потребление спиртных напитков в мире характеризуется огромными цифрами. От этого страдает все общество, но в первую очередь под угрозу ставится подрастающее поколение: дети, подростки, молодежь, а также здоровье будущих матерей. Ведь алкоголь особенно активно влияет на несформировавшийся организм, постепенно разрушая его.

Вред алкоголя очевиден. Доказано, что при попадании алкоголя внутрь организма, он разносится по крови ко всем органам и неблагоприятно действует на них вплоть до разрушения.

При систематическом употреблении алкоголя развивается опасная болезнь – алкоголизм. Алкоголизм опасен для здоровья человека, но он излечим, как и многие другие болезни.

Но главная проблема состоит в том, что большая часть алкогольной продукции, выпускаемой негосударственными предприятиями, содержит большое количество ядовитых веществ. Недоброкачественная продукция нередко приводит к отравлениям и даже смертям.

В мире микроскопических организмов, пожалуй, самые вездесущие – дрожжевые грибки.

Оставьте на некоторое время в темном месте виноградный, фруктовый или ягодный сок. Он забродит. Это произойдет потому, что находившиеся в соке грибки начали усиленно размножаться. В процессе жизнедеятельности они превращают сахар (а также крахмал) в винный или этиловый, спирт. Всякий, кто изучал химию, знает, что молекула сахара (глюкозы) состоит из 6 атомов углерода, 12 атомов водорода и 6 атомов кислорода – C6H12O6. Ферменты дрожжей как бы рубят эту сложную молекулу на отдельные куски, соединяя их затем в новые молекулы. Из C6H12O6 образуются две молекулы углекислого газа – 2CO2 (это пузырьки мы видим в бродящей жидкости). Оставшиеся атомы соединяются в две молекулы спирта (2C2H5OH). С истощением запаса сахара прекращается и процесс брожения. Таков упрощенно процесс превращения сахара или крахмала в алкоголь.

Исходным продуктом в получении этилового спирта являются злаки, картофель, свекла, а также некоторые отбросы бумажного производства и древесина, осахаренная химическим путем – действием кислот при высокой температуре и давлении. Сырой этиловый спирт (сырец) содержит много примесей, в том числе ядовитых сивушных масел. Спирт очищают путем перегонки в особых аппаратах, но и в полученном таким образом спирте-ректификате, однако сохраняется часть вредных для организма веществ.

Этиловый спирт широко применяют в различных отраслях народного хозяйства. Его используют в качестве растворителя, например при изготовлении лаков, политур, в ряде химических реакций для синтеза органических красителей, фармакологических препаратов, синтетического каучука. Этиловый спирт обладает дезинфицирующими свойствами, его применяют в медицинских целях. При изготовлении водки используют только очищенный этиловый спирт.

Следует остановиться на употреблении ядовитых технических жидкостей – различных суррогатов алкоголя. Их употребляют или ошибочно принимая за этиловый спирт, или намеренно пренебрегая опасностями, как это делают иногда заядлые пьяницы.

Так, метиловый спирт и этиленгликоль входят в состав антифризов. Обладая низкой температурой замерзания, они используются в системах охлаждения различных двигателей. Подобно обычному спирту эти жидкости способны вызвать опьянение, но через 10-12 часов после их употребления появляются признаки тяжелого отравления: головная боль, тошнота, рвота, шаткая походка, слабость (или кратковременное возбуждение), затемнение или даже полная потеря сознания. Смерть наступает от мозговых расстройств (через 1-2 суток) или поражения почек (через 1-2 недели). Метиловый спирт – нервно-сосудистый яд, и его доза 100 грамм смертельна для людей. Даже небольшое количество этого спирта поражает зрительный нерв и систему оболочек глаза (в частности сетчатку). Еще более опасен дихлорэтан (хлористый этилен), 10-15 грамм которого вызывают необратимые изменения в печени и почках.

Как видите алкоголь и его суррогаты далеко не безобидны, а последствия их употребления опасны и безобразны.

Влияние алкоголя на нервную систему; содержание алкоголя в крови.

Алкоголь из желудка попадает в кровь через две минуты после употребления. Кровь разносит его по всем клеткам организма. В первую очередь страдают клетки больших полушарий головного мозга. Ухудшается условно-рефлекторная деятельность человека, замедляется формирование сложных движений, изменяется соотношение процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. Под влиянием алкоголя нарушаются произвольные движения, человек теряет способность управлять собой.

Проникновение алкоголя к клеткам лобной доли коры раскрепощает эмоции человека, появляются неоправданная радость, глупый смех, легкость в суждениях. Вслед за усиливающимся возбуждением в коре больших полушарий мозга возникает резкое ослабление процессов торможения. Кора перестает контролировать работу низших отделов головного мозга. Человек утрачивает сдержанность, стыдливость, он говорит и делает то, чего никогда не сказал и не сделал бы будучи трезвым. Каждая новая порция спиртного все больше парализует высшие нервные центры, словно связывая их и не позволяя вмешиваться в деятельность низших отделов мозга: нарушаются координация движений, например движение глаз (предметы начинают двоиться), появляется неуклюжая шатающаяся походка.

Нарушение работы нервной системы и внутренних органов наблюдается при любом употреблении алкоголя: одноразовом, эпизодическом и систематическом.

Известно, что нарушения работы нервной системы напрямую связаны с концентрацией алкоголя в крови человека. Когда количество алкоголя составляет 0,04-0,05 процента, выключается кора головного мозга, человек теряет контроль над собой, утрачивает способность разумно рассуждать. При концентрации алкоголя в крови 0,1 процента угнетаются более глубокие отделы головного мозга, контролирующие движения. Движения человека становятся неуверенными и сопровождаются беспричинной радостью, оживлением, суетливостью. Однако у 15 процентов людей алкоголь может вызвать уныние, желание заснуть. По мере увеличения содержания алкоголя в крови ослабляется способность человека к слуховым и зрительным восприятиям, притупляется скорость двигательных реакций.

Концентрация алкоголя, составляющая 0,2 процента, влияет на области мозга, контролирующие эмоциональное поведение человека. При этом пробуждаются низменные инстинкты, появляется внезапная агрессивность.

При концентрации алкоголя в крови 0,3 процента человек хотя и находится в сознании, но не понимает того, что видит и слышит. Это состояние называют алкогольным отупением.

Концентрация алкоголя в крови 0,4 процента ведет к потере сознания. Человек засыпает, дыхание его становится неровным, происходит непроизвольное опорожнение мочевого пузыря. Чувствительность отсутствует.

При концентрации алкоголя в крови 0,6-0,7 процента может наступить смерть. В результате эпизодического приема алкоголя часто развивается болезненное пристрастие, безудержное влечение к алкоголю – алкоголизм.

Кроме данной лекции были проведены и другие, темой которых был здоровый образ жизни населения

# ПРИЛОЖЕНИЕ Б

#

# Дыхательная гимнастика

Сначала рассмотрим основные правила дыхательных упражнений. Необходимо помнить, что вдох имеет приоритет над выдохом.

Первое правило. Необходимо постоянно думать: «Гарью пахнет! Тревога!» И шумно нюхать воздух, как собака след. Чем естественней, тем лучше. Известно, что объедаться вредно, опиваться вредно. Почему же, делая вдох, раздуться что есть силы полезно? Многие считают, что глубоко дышать наоборот полезно. Самая грубая ошибка – тянуть вдох, чтобы взять воздуха побольше. Вдох короткий, как укол, активный и чем естественней, тем лучше. Следует думать только о вдохе. Чувство тревоги организует активный вдох лучше, чем рассуждения о нем. Поэтому не нужно стесняться яростно, до грубости, нюхать воздух. Почему же не следует дышать слишком глубоко,

если, конечно, на то нет никаких причин, например активных физических нагрузок? Оказывается, помимо кислородного обмена при дыхании не менее, а, возможно и более важен обмен углекислого газа. Дело в том, что в клетках нашего организма содержатся примерно 2 процента кислорода и до 7 процентов углекислоты. Причем эта углекислота играет важнейшую роль в обменных процессах. При падении её содержания в клетках нарушается метаболизм (обмен), что и ведет к болезням. Снижение уровня углекислоты в клетках до уровня ниже 3 процентов означает смерть. Углекислого же газа в воздухе чрезвычайно мало- всего 0,03 процента. Откуда же тогда организм берет углекислоту? Всё объясняется довольно просто. Она – продукт химических реакций, которые проходят на клеточном уровне.

Богатая СО2 венозная кровь попадает в легкие, где углекислый газ растворяется в альвеолярном газе. Отсюда же – из альвеол легких – СО2 поступает в артериальную кровь, где её содержится примерно до 6,5 процента. Значит, что очень важно при дыхании? Не «вымывать» глубоким вдохом и глубоким выдохом (гипервентиляцией) углекислоту из легких. Если СО2 в легких окажется мало – а в воздухе ее почти совсем нет – в артериальной крови ее окажется не 6,5 процента, а меньше. В результате, по законам химии, возможен отток углекислоты из клеток в артериальную кровь,

что приведет к нарушению баланса СО2 и О2 в клетках и, как следствие, к болезням гормональной и дыхательной систем. Кроме того, следует дышать носом, так как вдох носом не боится холода и пыли и отлично избавляет от насморка.

Второе правило. Выдох – результат вдоха. Не следует мешать выдоху уходить после каждого вдоха как угодно, сколько угодно, – но лучше ртом, чем носом. Не помогайте ему. Думайте только: «Гарью пахнет! Тревога!» И следите за тем только, чтобы вдох шел одновременно с движением. Выдох уйдет самопроизвольно. Увлекайтесь вдохом и движением, не будьте скучно-равнодушны. Движения создают короткому вдоху достаточный объем и глубину без особых усилий. Итак, нужно запомнить: строго следите за одновременностью вдохов и движений не мешайте выдоху уходить самопроизвольно.

Третье правило. Повторяйте вдохи так, как будто вы накачиваете шину. Накачивайте легкие, как шины, в темпоритме песен и плясок. И, тренируя движения и вдохи, считайте на 2, 4 и 8. Темп 60 – 72 вдоха в минуту. Норма урока – 1000 – 1200 вдохов, можно и больше - 2000 вдохов. Пауза между дозами вдохов 2 – 3 секунды, а расстояния между выдохами длиннее, чем между вдохами, потому что выдоху вы не помогаете, следовательно, воздух при этом выходит дольше.

Четвертое правило. Надо знать и помнить, что нужно подряд делать столько вдохов, сколько в данный момент можете сделать легко. Если приступы часты – сериями по 2, 4, 8 вдохов, сидя и лежа. Если же на данный момент времени ремиссия – по 8, 16, 32 вдоха, стоя.

 После трех недель тренировок можно делать уже по 96 вдохов, если, конечно, это делать легко и это не приносит дискомфорта. Норма одного урока – 2 раза по 960 вдохов. Исключение – люди, страдающие астмой в тяжелейшей форме или перенесшие инфаркт. Для таких людей норма – 600 вдохов, и повторять урок следует до 5 раз в день. Особенно важно «накачивать» легкие перед сном за час. Это – борьба за нормальный сон, так как приступы в основном случаются ночью.

 Чем хуже самочувствие, тем чаще следует проделывать эту гимнастику, но чаще и отдыхать. 4000 вдохов в день, разумеется, не сразу, а в течение дня, - хорошая норма.

 При хорошей тренировке 2000 вдохов укладываются в 35 – 37 минут. Сокращать это время не следует.

Пятое правило. И еще раз на счет выдоха. Необходимо пробовать выдыхать «через силу». То есть выдыхать так,

как будто вы надуваете воздушный шар. Для этого нужно выдыхать, произнося звуки: «х», «ц», «ч», «ш», «щ», «брах», «брох». При этом не нужно давать воздуху полностью выходить из легких. То есть объем воздуха при вдохе должен быть больше, чем при выдохе. Это упражнение следует выполнять только в том случае, если имеются затруднения с выполнением второго правила.

Ну а теперь приступим к изучению самого комплекса упражнений. Для начала – разминка.

 Встаньте прямо. Ноги на ширине плеч. Руки по швам. Делайте короткие, как укол, вдохи громко, шмыгая носом. Заставьте крылья носа соединяться в момент вдоха, а не расширяйте их. Тренируйте по 2, по 4 вдоха подряд в темпе прогулочного шага. 96 вдохов. Можно и больше, чтобы ощутить, что ноздри двигаются и слушаются вас. Вдох должен быть мгновенным.

 Чтобы до конца понять эту гимнастику, делайте шаг на месте и одновременно с каждым шагом – вдох. Правой – левой, правой – левой, вдох – вдох, вдох – вдох. А не вдох – выдох, как в обычной гимнастике.

 Сделайте 96 шагов – вдохов в прогулочном темпе. Можно, стоя на месте, можно, переминаясь с ноги на ногу: вперед – назад, вперед – назад, тяжесть тела то на ноге, стоящей впереди, то на ноге, стоящей сзади. В темпе шагов делать длинные вдохи невозможно. Думайте: «Ноги накачивают в меня воздух». Это помогает. С каждым шагом – вдох, но короткий и шумный.

 Освоив движение, поднимая правую ногу, чуть – чуть приседайте на левой, поднимая левую – на правой. Получится танец рок-н-ролл. Следите за тем, чтобы движения и вдохи были одновременны. Не мешайте и не помогайте выдохам выходить после каждого вдоха. Повторяйте вдохи ритмично и часто. Делайте их столько, сколько сможете сделать легко.

Движения головы.

Повороты. Поворачивайте голову вправо – влево резко в темпе шагов. И одновременно с каждым поворотом – вдох носом. 96 вдохов.

Вдохи короткие и шумные. В первый день по 8 вдохов подряд. Можно и дважды по 96.

«Ушки». Покачивайте головой, как будто кому-то говорите: «Ай-яй-яй, как не стыдно!» Следите, чтобы тело не поворачивалось. Правое ухо идет к правому плечу, левое – к левому. Плечи не подвижны. Одновременно с каждым покачиванием – вдох.

«Малый маятник». Кивайте головой вперед – назад, вдох – вдох.

 Каждое движение головы – повороты. «Ушки» и «малый маятник» проделайте не менее чем по 96 вдохов, по 8, 16 или 32 вдоха подряд. То есть столько, сколько сможете сделать легко. Можно выполнить и 192 вдоха – движения головой каждое.

Главные движения.

«Кошка». Ноги на ширине плеч. Вспомните кошку, которая подкрадывается к воробью, если конечно вы не предрасположены к условно-рефлекторным или психосоматическим приступам бронхиальной астмы. Повторяйте ее движения, – чуть-чуть приседая, поворачивайтесь то вправо, то влево. Тяжесть тела переносите то на правую ногу, то на левую. На ту, в какую сторону вы повернулись. И шумно нюхайте воздух справа, слева в темпе шагов.

Сделайте два раза по 96 вдохов. Можно и больше. Это движение иногда останавливает приступ астмы. В плохом состоянии его надо делать сидя. Оно легкое. Если имеется травма позвоночника, лучше посоветоваться с хирургом.

«Насос». Возьмите в руки палочку, как рукоятку насоса, и думайте, что накачиваете шину автомобиля. Вдох - в крайней точке наклона. Кончился наклон – кончился вдох. Не тяните его, разгибаясь, и не разгибайтесь до конца. Повторяйте вдохи одновременно с наклонами часто ритмично и легко. Голову не поднимать . Смотреть вниз на воображаемый насос. Делайте это движение больше, чем остальные: 3, 4 и даже 5 раз по 96 за урок. Вдох мгновенный. Из всех движений – вдохов это – самое результативное. Оно останавливает приступы ни только астмы бронхиальной, но и сердечной. Во время приступа делайте это движение сидя, по 2, 4 вдоха подряд. Сядьте удобно на край стула, упритесь ногами в пол, руками в колени и накачивайте шины. Темп пульса. Не замедляйте темпа. Но отдыхайте чаще и дольше, чем делая это движение в нормальном состоянии. Во время приступа бронхиальной астмы не следует разгибаться. Можно заметить, что во время приступа астмы больные сидят согнувшись. Это не случайно! Это движение подсказано инстинктом самосохранения, а он не может обмануть. Поэтому поклоны в пояс так же благотворно влияют на снятие приступов астмы.

«Обними плечи». Поднимите руки на уровень плеч. Согните их в локтях. Поверните ладони к себе и поставьте их перед грудью, чуть ниже шеи. Бросайте руки навстречу друг другу так, чтобы левая обнимала правое плечо, а правая – левую подмышку, то есть, чтобы руки шли параллельно друг другу. Темп шагов. Одновременно с каждым броском, когда руки теснее всего сошлись, повторите короткие шумные вдохи. Сделайте два раза по 96 вдохов подряд столько, сколько сможете сделать легко. Руки не уводите далеко от тела. Они – рядом. Локти не разгибайте.

«Большой маятник». Это движение слитное, похожее на маятник: «насос» – «обними плечи», «насос» – «обними плечи». Темп шагов. Наклон вперед, руки тянутся к земле – вдох, наклон назад, руки обнимают плечи – тоже вдох. Вперед назад, вдох – вдох, тик – так, тик – так, как маятник. Делать это упражнение нужно два раза по 96, начиная первые 96 с «насоса», а вторые – с «обними плечи»

«Полу приседы». Выполняются в трех вариантах.

Ноги на ширине плеч;

Одна нога впереди, другая сзади. Вес тела на ноге, стоящей впереди, нога сзади чуть касается пола, как перед стартом;

Вес тела на ноге, стоящей сзади. Нога впереди чуть касается пола, как у балерины.

# ПРИЛОЖЕНИЕ В

# Диагностика здорового образа жизни работников торгового дома «Хитон» (чел)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.Хронические заболевания | Хронические Бронхит, тонзилит | Хронический бронхит | То же | Нет | Нет | Гастрит | Нет | Гастрит | Отит | Тонзилит |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 2 Больничный лист / год | 4 | 2 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| 3. Курит? | да | нет | да | да | нет | да | да | нет | да | да |
| 4. Хобби | - | чтение | - | Вяза-ние | - | - | - | чтение | Шитье,танцы | - |
| 5.Как отды- хают? | дома | дома | дома | Санато-рий | разное | разное | разное | дома | Кафе | - |
| 6. спорт | нет |  | нет | нет | нет | нет | нет | нет | Бальные танцы | Нет |
| 7. Сколько часов спите? | 6 | 6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 6 | 8 | 7 | 6 |
| 8. Режим труда | 8 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 10 |
| 9.На работу пешком? | нет | нет | да | да | нет | ½ пешком | да | да | да | нет |
| 10. На каком этаже живете? | 1 | 5 | 3 | 2 | 5 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| 11. Как часто употребляете спирт. напитки | 1 раз в мес. | 3 в год | По празд. | 1 раз в нед. | 1 | 1 | 1 | редко | 1 | 3 |

 Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12. Как часто едите рыбу (нед) | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 в мес. | ачсто | 1 | нет | нет | 1 |
| 13. Любите жаренную, жирную пищу? | да | да | нет | да | да | да | да | нет | да | да |
| 14. Можете отказаться от сладкого? | нет | да | нет | да | да | нет | нет | да | да | нет |
| 15. Делаете зарядку? | нет | нет | нет | да | иногда | иногда | нет | иногда | нет | нет |
| 16. Бываете на природе? | 2р. Нед. | 10 р. В год | редко | редко | Летом часто | иногда | летом | нет | Очень редко | редко |
| 17. Кол-во детей | 1 | 2 | - | - | - | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |

АННОТАЦИЯ

Дипломная работа содержит 71 страницу текста, 5 таблиц, 3 рисунка, 3 приложения.

Ключевые слова:

Здоровье, профилактика, производственный коллектив, здоровый образ жизни, физическая культура, социальная работа, оздоровительные мероприятия.

Цель данной работы – рассмотреть организацию социальной работы по профилактике ЗОЖ и обеспечения здоровья в трудовом коллективе.

Объект исследования – здоровье работника.

Предмет – организация социальной работы по профилактике ЗОЖ и обеспечения здоровья в трудовом коллективе.

Дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка и приложения.

В первой главе рассмотрено понятие здоровья и здорового образа жизни. Рассмотрен валеологический аспект деятельности социального работника. Освещены вопросы психического, социального и духовного понимания здоровья. Показан здоровый образ жизни, как компонент валеологической деятельности. Кроме того, затронуты вопросы деятельности социального работника на производстве, в том числе по управлению здоровьем работников.

Во второй главе дан материал экспериментального исследования в котором проведено изучение состояния здоровья и здорового образа жизни в производственном коллективе предприятия «Хитон».

В заключении даны выводы о необходимости деятельности социального работника по устранению выявленных причин нездорового образа жизни.