Содержание

Введение

1. Гиподинамия

1.1 Что такое гиподинамия

1.2 Влияние гиподинамии на организм человека

2. Нерациональное питание

2.1 Определение проблемы

2.2 Риск для здоровья, связанный факторами питания

2.3 Значение проблемы

2.4 Профилактические мероприятия

3. Вредные привычки. Зависимости

Заключение

Список литературы

## Введение

Сохранение здоровья населения является одной из задач государственной важности. "Здоровый вид лучше, чем рекомендательные письма", гласит французская поговорка.

В Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) говорится, что здоровье - это не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, психическое и социальное благополучие.

Так уж повелось, что до недавнего прошлого многие у нас считали, что если человек заболевает, то в первую очередь в этом виновата медицина. И именно врачи, которые не сумели быстро поставить на ноги больного. А о том, как человек до своего заболевания относился к собственному здоровью, в каких условиях жил и работал, почему-то мало задумывались …

Однако в последнее время учёными доказано, что здоровье только в 7-8% случаев зависит от здравоохранения, более же чем наполовину - от образа жизни людей. А раз так, то должна всемерно возрастать роль каждого человека в борьбе за собственное здоровье, более того, необходимо, чтобы это стало по-настоящему престижным делом. И тут нужен механизм не только морального, но и социально-экономического стимулирования здорового образа жизни.

Взять нервные нагрузки. Они чрезвычайно велики. Не поэтому ли столь часты расстройство сна, повышенное артериальное давление, головные боли и некоторые другие невротические явления? Совсем не редки жалобы на отсутствие бодрости, повышенную утомляемость. А гриппоподобные заболевания? По статистике эти инфекции - одна из наиболее частых причин невыхода на работу. Постоянные статические нагрузки ведут к тому, что совсем не редки боли в позвоночнике, варикозное расширение вен. Этот список заболеваний можно было бы продолжить… При этом нередко забывают, что нездоровый человек не в состоянии трудиться с полной отдачей сил, а нередко ещё и является источником распространения инфекции …

В последние годы благодаря возрастающей технизации и автоматизации многих производственных процессов уменьшилась доля физической работы, соответственно снизился расход энергии. Это привело к тому, что энергетическая ценность пищи превышает энергозатраты. В связи с этим резко увеличилось число людей, страдающих ожирением и связанными с ним хроническими неинфекционными заболеваниями. К их числу можно отнести так называемые массовые дегенеративные болезни, главным образом атеросклероз, гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, сахарный диабет, подагру.

Факт остается фактом - алкоголем, никотином и наркотиками злоупотребляют миллионы жителей планеты. Причин этому много. Существенную роль играет, очевидно, то, что многие не чувствуют себя более в состоянии отвечать растущим требованиям сегодняшнего дня. Соответствующее пристрастие дает иллюзорную возможность уйти от реальности и тяжелых жизненных проблем, обрести покой и отдалиться от требований обыденной жизни, приглушить неуверенность и несостоятельность или же справиться с чрезмерными нагрузками. Последствия длительного злоупотребления наркотическими веществами разрушительны: они вызывают нарушения сердечной деятельности и кровообращения, болезни печени и почек, служат причиной рака и деградации личности, что часто связано с социальным падением и большим числом самоубийств.

Цель работы: изучить ведущие факторы, определяющие болезни современности.

Задачи работы:

рассмотреть гиподинамию;

рассмотреть нерациональное питание;

рассмотреть вредные привычки и зависимости.

## 1. Гиподинамия

## 1.1 Что такое гиподинамия

Гиподинамия (от греческого hypo - внизу и dynamis - сила) - ослабление мышечной деятельности, вызванное сидячим образом жизни и ограничением двигательной активности. В медицине существует достаточно близкое понятие гипокинезия, которое подразумевает снижение или полное отсутствие двигательной активности, вызванное обычно достаточно объективными причинами. Врачи относят к таким причинам некоторые тяжелые заболевания, специфические условия труда в ограниченном пространстве, длительный постельный режим или гипсовую повязку и ряд других. Основное отличие гипокинезии от гиподинамии состоит в том, что во втором случае, движения осуществляются, но в очень небольшом объеме и с недостаточной нагрузкой на мышечный аппарат. В обоих случаях мышечная нагрузка минимальна, что приводит к уменьшению силы мышц, снижению объема и веса мышечной ткани.

Гиподинамию нередко называют бичом современной цивилизации. Справедливость такого утверждения становится очевидной, если вспомнить, как формировался организм человека в процессе эволюции животного мира. Физическая активность была необходима нашим предкам просто для того, чтобы выжить. Древний человек вынужден был находиться в постоянном движении, чтобы добыть пищу и сохранить жизнь себе и своему потомству. Таким образом, потребность в движении была заложена в генах человека, как одно из условий для нормальной жизнедеятельности организма в суровых условиях внешней среды.

Генетическая программа человека остается неизменной на протяжении всех последних тысячелетий, а вот образ его жизни претерпел весьма существенные изменения. Движение ради выживания перестало быть необходимостью. Научный и технический прогресс помогает современному человеку обеспечить себе комфортные условия жизни при минимуме физических нагрузок. Совершенные автомобили, поезда и самолеты перемещают нас на огромные расстояния, тонны груза поднимаются простым нажатием нужной кнопки. Рабочий день городского жителя, как и его отдых, нередко проходит в кресле за компьютером. Таким образом, все наши движения ограничиваются дорогой от подъезда до автомобиля. Даже каналы телевидения мы переключаем с помощью дистанционного пульта. Конечно же, какое то количество движений неизбежно совершает каждый человек[[1]](#footnote-1).

Однако движения эти весьма однообразны, направлены на одну группу мышц и совершенно не способствуют физическому развитию организма.

На первый взгляд, кажется, что нет ничего плохого в таком комфортном и удобном существовании человека. Что же внушает тревогу врачам всего мира, которые не устают твердить о необходимости занятий физкультурой и спортом, о положительном влиянии дозированной физической нагрузки на здоровье человека, и об опасностях, которые неизменно таит в себе малоподвижный образ жизни?

## 1.2 Влияние гиподинамии на организм человека

Выше уже говорилось о том, что генетическая программа человека была заложена с учетом достаточной двигательной активности. Попробуем рассмотреть, что же происходит в организме вследствие ограничения физической нагрузки, то есть гиподинамии.

Первыми от гиподинамии страдают наши мышцы. Лишенные необходимой тренировки, мышцы слабеют, становятся дряблыми и, в конце концов, атрофируются. Слабость мышечной ткани неизбежно сказывается на работе всех органов и систем человеческого организма. Ограничение мышечной активности естественно приводит к снижению активности энергетического обмена. Замедляется образование богатых энергией фосфорных соединений, замедляется вывод кальция, вызывая повышенную хрупкость костей. Происходит неизбежное снижение газообмена, приводя к уменьшению вентиляции легких и общему снижению работоспособности. Вот почему человек, ведущий сидячий образ жизни, часто устает больше, чем его активно двигающийся собрат.

Однако последствия гиподинамии далеко не исчерпываются общей слабостью и ощущением усталости. Снижение двигательной активности отрицательно сказывается на состоянии всех мышц организма человека. Мышечная ткань стенок сосудов и сердечная мышца также неизбежно испытывают на себе последствия гиподинамии. Недостаточное поступление кислорода и снижение кровообращения нередко приводит к нарушениям ритма сердечных сокращений, ишемической болезни сердца и гипертонической болезни. Гиподинамия сопровождается снижением нагрузки на костный скелет человека. Такое снижение нагрузки в сочетании с нарушениями минерального обмена снижает прочность костной ткани, приводя к деформациям скелета.

Говоря о последствиях гиподинамии, следует упомянуть и о влиянии снижения двигательной активности на психическое и эмоциональное состояние человека. Рефлекторные связи, сформированные в процессе эволюции, подразумевают тесное взаимодействие мускулатуры с нервной системой. Гиподинамия неизбежно отражается на эмоциональной сфере, вызывая повышенную реактивность на факторы внешней среды, снижая адаптационные способности человека, приводя к депрессиям и нервным срывам. Особого внимания заслуживает связь гиподинамии с таким заболеванием, как ожирение. При малоподвижном образе жизни человеку требуется минимальное количество калорий для поддержания жизнедеятельности организма. Пищевые привычки современного человека чаще всего связаны со значительным превышением такого минимума. Замедленный энергетический обмен в сочетании с избыточным поступлением калорий и приводит, в конечном счете, к ожирению. Говоря об избыточном весе, следует помнить и о тех многочисленных болезнях, которые являются частым следствием ожирения. К таким заболеваниям врачи относят атеросклероз, сахарный диабет и ряд других серьезных заболеваний.

Научные исследования убедительно доказали, что одним из серьезных последствий гиподинамии является снижение общей сопротивляемости организма человека. Длительная гиподинамия способствует развитию инфекционных заболеваний, осложняя их течение и замедляя восстановительные процессы в организме. Думается, сказанного выше вполне достаточно, чтобы осознать опасность гиподинамии для здоровья человека. Отдельного внимания, несомненно, заслуживает влияние гиподинамии на течение беременности, когда ограничение физической активности кажется многим женщинам необходимым условием для рождения здорового ребенка[[2]](#footnote-2).

## 2. Нерациональное питание

## 2.1 Определение проблемы

Существуют доказательства определенной взаимозависимости между питанием и развитием основных неинфекционных хронических заболеваний (НИЗ), составляющих проблему для здравоохранения. Многие компоненты питания, а также их соотношение являются факторами риска для здоровья.

Увеличение степени риска связано с высоким содержанием жира в пище, особенно некоторых насыщенных жирных кислот, с избыточным потреблением калорий и соли; снижению степени риска способствует потребление большого количества сложных углеводов и пищевой клетчатки. В настоящее время широко обсуждается роль антиоксидантов, таких, как витамины Е, А (бета-каротин, ретиноиды) и С, а также минералов - селена, железа и кальция. Питание, способствующее развитию заболеваний, характеризуется:

чрезмерным потреблением общего жира, насыщенных жиров, холестерина (ХС), рафинированного жира, соли, алкоголя и калорий;

недостатком полиненасыщенных и мононенасыщенных жиров, сложных углеводов и клетчатки, витаминов и минералов[[3]](#footnote-3).

## 2.2 Риск для здоровья, связанный факторами питания

Нерациональное питание повышает риск развития сердечно-сосудистых (ССЗ), онкологических заболеваний и болезней обмена веществ. Потребление насыщенного жира и ХС вызывает повышение уровня ХС крови с развитием атеросклероза и тенденции к повышению агрегации тромбоцитов. Это приводит к ишемической болезни сердца, инсульту, заболеванию периферических артерий.

Значительную положительную роль в питании играют повышение потребления сложных углеводов и пищевой клетчатки, снижение потребления соли (соль способствует повышению АД).

Потребление большого количества общих жиров, особенно насыщенных, и высокую общую калорийность рациона связывают с увеличением риска заболевания раком (груди, толстого кишечника и прямой кишки, матки и яичников), чрезмерное потребление соли - с возникновением рака желудка, недостаточное потребление клетчатки - с развитием рака толстого кишечника и груди. Было обнаружено, что от рака целого ряда локализаций предохраняют витамины Е, А и С и минералы, например, селен.

Ожирение связывают с повышенным риском развития ряда заболеваний (инсулиннезависимого сахарного диабета, гипертонии, инсульта, некоторых видов рака и т.д.). Потребление йода с пищей - решающий фактор профилактики зоба и других синдромов, связанных с йододефицитом. Развитию остеопороза способствует низкое потребление кальция и витамина Д, особенно в подростковом возрасте. И, наконец, запоры и дивертикулез кишечника может предотвратить потребление с пищей сложных углеводов[[4]](#footnote-4).

## 2.3 Значение проблемы

В медицинской практике "вклад" жира в общую калорийность рациона часто используется как основная характеристика качества питания населения. В соответствии с данными, опубликованными Отделом питания и сельского хозяйства (Food and Agricultural Organization - РАО) Организации Объединенных Наций, большая часть населения Европы проживает в странах, где этот показатель очень высокий: более 35%.

За последние 20 лет почти повсеместно отмечается стабильный рост потребления жиров. Только некоторые южные страны еще пока не превысили рекомендуемый уровень. Северные и западные страны уже достигли уровня потребления около 40%, но в некоторых из них в настоящее время отмечается обратная тенденция. В южных странах, особенно, в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза, которые начинали с низкого уровня потребления жиров, наблюдается быстрый рост их потребления. Так, по данным ЕНИЦПМ МЗ РФ, в питании российского населения жиры составляют 39% от общей калорийности рациона, углеводы - только 46%, а потребление холестерина с пищей - 450 мг в день и более. Слишком мало клетчатки и слишком много сахара и соли в питании населения - общая проблема для большинства стран.

Хронические НИЗ (ССЗ, рак, ожирение, диабет), наиболее тесно связанные с избыточным и несбалансированным питанием, в Европе занимают ведущие места в ряду причин заболеваемости и смертности.

В 1989 г. средний уровень смертности от ССЗ в 27 европейских странах был на 14% ниже по сравнению с 1980 г. Он повысился только в 5 странах, но их население, тем не менее, составляет 45% всего населения Европы.

В динамике смертности от онкологических заболеваний наблюдается более неблагоприятная тенденция. Средний ее уровень в 27 странах Европы медленно, но стабильно повышается. Особенно он высок и имеет тенденцию к росту в популяциях мужчин до 65 лет. В 6 странах (3,7% населения Европы) отмечается значительное снижение уровня смертности, незначительное снижение или стабилизация наблюдаются в 9 странах. Однако в 12 странах, где проживает 2/3 всего населения Европы, смертность от рака быстро растет, причем это именно те раки, которые связаны с питанием.

Страны Центральной и Восточной Европы существенно отличаются от других государств Европейского Сообщества по причинам смертности. Высокая смертность от ССЗ и быстрый рост смертности от онкологических заболеваний - основные факторы, все больше увеличивающие существующую пропасть между показателями здоровья населения этих стран и всей остальной Европы.

Показатели преждевременной смертности от ССЗ в России в 2 раза и более превышают таковые в других развитых странах мира. Если в США за период с 70-х до середины 90-х годов смертность от ишемической болезни сердца и мозгового инсульта снизилась соответственно на 51 и 60%, а от всех ССЗ - на 46%, то в России, наоборот, за этот же период смертность от ССЗ увеличилась на 26%, от ишемической болезни сердца - на 17%, а от мозгового инсульта - на 27%.

В настоящее время смертность мужчин от рака в России превышает аналогичные показатели в развитых странах, а динамика за 10-летний период (1980-1990 гг.) демонстрирует увеличение смертности от всех онкологических заболеваний более чем на 10% у мужчин и более чем на 5% у женщин.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения, которые в значительной степени связаны с питанием, особенно высока среди женщин средних лет. В России у женщин после 30 лет избыточная масса тела отмечается в 2-8 раз (в зависимости от возраста) чаще, чем нормальная[[5]](#footnote-5).

## 2.4 Профилактические мероприятия

На основании результатов современных исследований о взаимозависимости питания и развития хронических заболеваний в настоящее время можно провести профилактические мероприятия нескольких типов.

Во-первых, это - осуществление национальной политики в области питания, которая охватывает широкий диапазон мер из области образования, законодательства и государственного регулирования. Такая политика предполагает координацию деятельности здравоохранения и сельского хозяйства, сотрудничество с пищевой промышленностью (производство и обработка пищевых продуктов), селективный контроль над ценами, установление правил проверки качества.

Во-вторых - диетологические рекомендации, на которые, с одной стороны, соответствуют понятиям полноценного питания и способствуют внедрению привычек, а с другой - снижают риск развития хронических заболеваний.

Научные исследования подтверждают целесообразность разработки единых рекомендаций, поскольку, например, одна и та же диета способствует профилактике рака и ИБС.

В-третьих, на привычки питания могут повлиять просвещение, информирование общественности о здоровом питании в школах, на рабочих местах, в магазинах и ресторанах. Вопросы здорового питания следует включить в школьные программы, а магазины и рестораны должны иметь в своем ассортименте продукты и блюда, соответствующие здоровому выбору. Необходимо внедрять высококачественную рекламу, чтобы создать такие продукты заметными и привлекательными. Следует проводить демонстрацию здоровых продуктов, снабжать их этикетками с ясной информацией о составе и питательных качествах. Средства массовой информации, добровольные общества, медики и пищевая промышленность могут сыграть в этом большую роль.

Политика питания должна быть направлена на здоровую диету для всего населения. Ее цели:

снижение потребления жиров до уровня не более 30%, но не менее 15% от всей калорийности потребляемой пищи путем перехода от насыщенных - животных (максимум - 10% от общей калорийности пищи) к полиненасыщенным - растительным (максимум - 7% калорийности) и мононенасыщенным (максимум - 10% от калорийности) жирам; соотношение между мононенасыщенными, полиненасыщенными и насыщенными жирами должно составлять 1: 1: 1;

снижение потребления холестерина до не более 300 мг в день;

увеличение потребления сложных углеводов до 70%, но не менее 50% от общей калорийности пищи, потребления клетчатки (максимум - 40 г в день, минимум - 27г в день) путем повышения потребления зерновых, овощей и фруктов (в среднем потребление овощей - не менее 400 г в день);

снижение потребления сахара (не более 10% от общей калорийности пищи, что эквивалентно 60г в день);

снижение потребления соли (максимум - 5г в день);

снижение потребления алкоголя;

снижение избыточной массы тела. [[6]](#footnote-6)

## 3. Вредные привычки. Зависимости

Диспропорциональность злоупотребления наркотическими веществами в различных семьях свидетельствует о существовании генетической предрасположенности к этим нарушениям. В 50% случаев алкоголизма, который больше всего изучался в этом отношении, обнаружена его связь с положительным семейным анамнезом. В ходе обследований приёмных детей и близнецов удалось разделить влияние среды проживания и генетического фактора. Были получены веские доказательства в пользу генетического компонента алкоголизма. По сравнению с непьющими "приемными детьми" большее число употребляющих алкоголь "приемных детей" имеют биологических родителей-алкоголиков. Кроме того, отсутствует связь между алкоголизмом приемных родителей и алкоголизмом их детей, что свидетельствует о меньшем влиянии среды проживания. Исследования близнецов показало, что большее сходство с точки зрения употребления алкоголя наблюдается у однояйцовых (монозиготных) близнецов, чем у двуяйцовых (дизиготных). [[7]](#footnote-7)

Значит, природа алкоголизма и наркомании носит генетический характер. К тому же было установлено, что предрасположенность к этим заболеваниям можно выявить ещё в раннем детстве. Поистине гениальное решение предложил еще Гиппократ, обогативший науку понятием "темперамент". Четыре темперамента, описанных Гиппократом, известны сегодня всем: холерик, сангвиник, флегматик и меланхолик. [[8]](#footnote-8)

Наркотики в зависимости от их воздействия на организм человека условно можно разделить на две большие группы:

1) возбуждающие;

2) вызывающие депрессию.

При этом следует иметь в виду, что каждый из наркотиков обладает большим разнообразием скрытых свойств, по-разному влияющих на нервную систему.

Есть наркотики, которые успокаивают и обезболивают (их называют депрессивными), и есть другие, оказывающие стимулирующее воздействие, возбуждающие организм. Галлюциногенные средства вызывают экстаз и буйство, кошмары или чувство мучительного беспокойства. При этом каждое из этих веществ, даже самое опасное с точки зрения злоупотребления может оказывать целебное, благотворное действие, но только в том случае, если его применяют абсолютно правильно.

Индийская конопля, листья коки, семена мака считаются одними из самых древних природных наркотических веществ. Опиум и его производные: морфий, героин - оказывают болеутоляющее действие и устраняют состояние тревоги и страха, уменьшают, часто до полного исчезновения, ощущение голода и жажды, ослабляют половое влечение, понижают мочеотделение, повергают человека в сонливое состояние или, в случае с героином, в буйство. В подобном же отношении выделяются гашиш, марихуану и другие производные растения Cannabis savita в индийском или американском варианте. Кокаин вызывает обычно самые буйные реакции, сопровождающиеся обычно галлюцинациями или странной эйфорией, смешанной с параноидальными импульсами. Порой криминогенный характер этого наркотика порождает насилие и стимулирует психическую активность человека. В 60-х годах на горизонте появился ЛСД, диэтиламид лизергиновой кислоты, полусинтетическое вещество, производное лизергиновой кислоты, извлеченное из гриба спорыньи ржи. ЛСД далеко не самый последний потомок семьи наркотиков, открыл путь еще более сильнодействующим веществам. Чтобы понять опасность, которую несет с собой такой взрыв наркотиков, достаточно принять миллионную долю грамма ЛСД на каждый килограмм веса, чтобы он стал галлюциногировать. [[9]](#footnote-9)

Состояние наркомании характеризуется тремя свойствами:

1) непреодолимое желание или потребность продолжать принимать наркотики и доставать их любыми способами;

2) стремление увеличивать дозы;

3) зависимость психического, а иногда и физического характера от воздействий наркотика.

Так называемый синдром наркомании возникает лишь в результате принятия наркотического средства, независимо от того, происходит ли это случайно или после систематического употребления.

Этапы этого процесса, протекающего более медленно или более быстро, в основном следующие:

1) Начальная эйфория, часто весьма кратковременная. Она характерна для определенных наркотических веществ (особенно морфия и опиума), а не для всех средств. В таком состоянии повышенной раздражительности, причудливых и часто эротических видений человек теряет контроль над собой.

2) Толерантность носит временный характер. Это явление объясняется реакцией организма на действие одной и той же дозы вещества, принимаемой неоднократно. Постепенно организм реагирует слабее.

3) Зависимость. Большинство исследователей пришли к выводу, что зависимость - явление как физическое, так и психическое. Выражается оно классическими симптомами абсистенции, или "отнятия", которые наркоман переносит очень тяжело и с риском тяжелых органических или функциональных приступов.

4) Абсистенция (синдром отнятия) происходит обычно через 12-48 часов после прекращения принятия наркотика. Наркоман не может переносить это состояние, вызывающее у него нервные расстройства, тахикардию, спазмы, рвоту, диарею, слюнотечение, повышенную секрецию желез. При этом появляется навязчивое желание найти токсическое вещество - наркотик - любой ценой! Резкое "отнятие" наркомана приводит к неистовым и крайне опасным проявлениям, которые могут в некоторых случаях вызвать настоящие коллапсы, как это бывает с морфинистами. Это разновидности страшного delirium tremens - белой горячки, в которую погружается неизлечимый алкоголик. Приступ сам по себе выражает состояние острой потребности в траве, ставшей необходимым фактором внутренних процессов.

Наряду с уже всемирно известными наркотическими препаратами за последние 10 лет во многих странах увеличилось число наркоманов, употребляющих так называемые психотропные наркотики. В этом отношении самыми опасными оказались амфетамины и глюциногены, ЛСД в другие производные лизергиновой кислоты, не являющиеся, в отличие от других психотропных препаратов, медицинскими и представляющие исключительную опасность для человека.

В международном антинаркотическом центре в Нью-Йорке называют приблизительное количество наркоманов на земном шаре: один миллиард человек.

Перейдем к классификации наркоманий. Приведем классическое деление, разработанное специалистами Всемирной организации здравоохранения. По их классификации, все наркотики и их действия делятся на следующие группы:

1) Седативные яды, успокаивающие психическую деятельность. Они сокращают вплоть до полного устранения функции возбудимости и восприятия, вводя человека в заблуждение, одаривая его букетом приятных состояний. Эти вещества (опиум и его алкалоиды, морфий, кодеин, кока и кокаин) изменяют мозговые функции и отнесены к категории Euforica.

2) Галлюциногенные средства, представленные большим числом веществ растительного происхождения, очень разные по своему химическому составу. Сюда входят мескалин из кактуса, индийская конопля, гашиш и прочие тропеиновые растения. Все они вызывают церебральные возбуждения, выражающиеся в деформации ощущений, галлюцинациях, искажении восприятий, видениях, и поэтому их относят к категории Fantastica.

3) Сюда относятся вещества, легко получаемые путем химического синтеза, вызывающие сперва церебральные возбуждения, а затем глубокую депрессию. К таким средствам причисляются: алкоголь, эфир, хлороформ, бензин. Эта категория Inebrantia.

4) Категория Hypnotica, куда входят яды сна: хлорал, барбитураты, сульфорол, кава-кава и др.

5) Excitantia. Здесь преобладают растительные вещества, возбуждающие мозговую деятельность без немедленного влияния на психику; сила воздействия на разных лиц бывает разной. Сюда входят растения, содержащие кофеин, табак, бетель и др.

В большинстве стран, участвующих в борьбе против наркотиков, контролируется лишь небольшая часть продукции, то есть препараты, вошедшие в список запрещенных наркотических средств, столь разнообразные по своим свойствам, вызывающим наркоманию. Ступени наркомании ведут все ниже, определяя обострение бедствия, являющегося, как подчеркивают эксперты Всемирной организации здравоохранения, большой угрозой для здравоохранения в мировом масштабе. Опасность эта увеличивается по мере того, как фабрики и лаборатории производят все новые и новые типы наркотиков, все более сильных и вредоносных.

## Заключение

Снижение физической активности современного человека, живущего в условиях развитой цивилизации, находится в центре внимания врачей из многих стран мира. Так, например, по данным медицинской статистики, более 70% жителей США проводят большую часть дня в сидячем положении, находясь в кресле за монитором компьютера или у экрана телевизора. Похожая картина наблюдается и в ряде европейских стран и среди населения России. Особенно удручающим для врачей выглядит ритм жизни городских жителей, практически полностью избавленных от необходимости заниматься физическим трудом. Многочисленные научные исследования убедительно доказывают неизбежное отрицательное влияние малоподвижного образа жизни на организм человека. Отсутствие или выраженное ограничение регулярных физических нагрузок получило название гиподинамия. Врачи нередко называют гиподинамию злейшим врагом здоровья.

О вредных привычках не говорил что ленивый. О них много сказано и очень много написано. Но они как были, так и есть, и их объемы изменяются пропорционально обстановке в стране, достатку, образованности населения т.д.

Конечно же, самыми распространенными вредными привычками являться злоупотребление алкоголя и табакокурение.

Реальная наркотическая ситуация, сложившаяся в стране, и созревшая потребность общества в ее кардинальном изменении диктуют необходимость комплексного, концептуально осмысленного подхода к решению проблемы профилактической помощи, предупреждающей употребление наркотиков и развитие наркомании. Активные профилактические мероприятия должны опираться: на методологию формирования у детей и молодежи представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни, препятствующих вовлечению в наркогенную ситуацию; на формирование у детей и молодежи, а также у лиц, вступивших на путь первых проб ПАВ, умений и навыков активной психологической защиты от вовлечения в наркотизацию и антисоциальную деятельность.

Разорвать замкнутый круг, ведущий к гибельным последствиям, и избавить молодёжь от наркотического бедствия может сильная государственная социальная и молодёжная политика. Она должна быть направлена, в первую очередь, на формирование активной общественной позиции неприятия наркотиков. Для этого следует мобилизовать средства массовой информации и внедрять соответствующие образовательные программы в учебных заведениях. Особая роль принадлежит молодёжным общественным и общественно-политическим объединениям, способным работать в области формирования у молодёжи позитивного мировоззрения и конструктивной направленности.

Необходим широкий комплекс научно-обоснованных мероприятий преодоления наркомании среди молодёжи и студентов. Целесообразно создание межвузовского центра антинаркотической пропаганды и социальной профилактики наркомании среди молодёжи и студентов. Однако для полноценного становления такого центра необходимо финансирование со стороны Министерства образования РФ и Государственного комитета РФ по контролю над незаконным оборотом наркотиков.

## Список литературы

1. Айзман Р.И. Здоровье населения России: медико-социальные и психолого-педагогические аспекты формирования. - Новосибирск, 1996.

2. Левин Б.М. Наркомания и наркоманы. - М., 1991.

3. Новиков Ю.Ю. Молодежь и наркотики. Воспитание школьников, 2003, № 6.

4. Чумаков Б.Н. Валеология. Избранные лекции. - М., 1997.

5. Чумаков Б.Н. Основы здорового образа жизни. Здоровье и его профилактика. - М.: Педагогическое общество России, 2004 - 416 с.

6. Ягодинская В.Н. Уберечь от дурмана. - М., 1991.

1. Айзман Р.И. Здоровье населения России: медико-социальные и психолого-педагогические аспекты формирования. - Новосибирск,1996. – С. 21. [↑](#footnote-ref-1)
2. Айзман Р.И. Здоровье населения России: медико-социальные и психолого-педагогические аспекты формирования. - Новосибирск,1996. – С. 25. [↑](#footnote-ref-2)
3. Чумаков Б.Н. Основы здорового образа жизни. Здоровье и его профилактика. – М.: Педагогическое общество России, 2004 – С. 106. [↑](#footnote-ref-3)
4. Чумаков Б.Н. Основы здорового образа жизни. Здоровье и его профилактика. – М.: Педагогическое общество России, 2004 – С. 107. [↑](#footnote-ref-4)
5. Чумаков Б.Н. Основы здорового образа жизни. Здоровье и его профилактика. – М.: Педагогическое общество России, 2004 – С. 109. [↑](#footnote-ref-5)
6. Чумаков Б.Н. Основы здорового образа жизни. Здоровье и его профилактика. – М.: Педагогическое общество России, 2004 – С. 111. [↑](#footnote-ref-6)
7. Левин Б.М. Наркомания и наркоманы. - М., 1991 - С. 42. [↑](#footnote-ref-7)
8. Чумаков Б.Н. Валеология. Избранные лекции.- М., 1997 - С. 33. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ягодинская В.Н. Уберечь от дурмана. - М., 1991 – С. 12 [↑](#footnote-ref-9)