

УДК 613+614,1:132

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАЛЕОЛОГИИ В ВУЗЕ

© Т.Н. Маляренко

Malyarenko T.N. The Theoretical Basis and Applied Significance of Valeology (Health Promotion) at the Universities. The complex structure of Valeology, a new science on health promotion in healthy men, and the many-component conception of Health as phylosophical, sociological, medical, phsychological, etc., category are described in this review. Special attention is paid also to the infortunate situation with students' health and the possible ways of health promotion and health protection of the students are shown.

Валеология - это новая комплексная наука о сохранении и укреплении здоровья здоровых людей [1, 2], вклад в развитие которой внесли не только медики, но и физиологи, генетики, философы, социологи, демографы, психологи, экологи и даже кибернетики [1, 3 - 16].

Само понятие здоровья является сложной не только медико-биологической, но и философской и социальной категорией, в трактовке которой необходим системный подход [2, 7, 8, 16 - 18]. С 1946 года не пересматривалось определение понятия здоровья, принятое Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Многими авторами критикуется данная ВОЗ трактовка здоровья как состояния физического, психического и социального благополучия за статичность этого понятия [17, 19]. Действительно, здоровье - это динамический процесс, отражающий изменчивость экзо- и эндогенных факторов, его обуславливающих. Это становится ясно, даже если принять во внимание только один непрерывно меняющийся фактор - возраст. На наш взгляд, понятие "состояние" может быть использовано для количественной и качественной оценки здоровья. Состояние здоровья - это зафиксированный момент на каком-либо этапе жизни человека, а оценка "состояния" может варьировать в широком диапазоне адаптивных реакций вплоть до компенсированной и декомпенсированной дезадаптации (болезни). Кроме того, нам кажется, что здоровье - это не "способность сопротивляться, приспосабливаться и приспособлять, способность к самосохранению и саморазвитию..." [17], а отражение результата этих способностей и других составляющих. "Способность к здоровью", как и любые другие способности, необходимо развивать, иначе они могут остаться нереализованными. Человек может активно участвовать в формировании своего здоровья (и здоровья других людей), или занять пассивную позицию наблюдателя со

стороны. Каждый человек представляет определенную культуру, является носителем тех ценностей, в среде которых он сформировался. Из этого вытекает выбор образа жизни, в том числе - в отношении своего здоровья. Причиной дезадаптации и, как следствие, болезни, является нарушение динамического равновесия между различными уровнями регуляции индивида (физическим, физиологическим, психическим, личностным и др.) и факторами физико-биологической и социальной систем внешней среды. Atudo [20] и Gunning-Schepers [21] разделяют окружающую среду на три сферы: физическую, духовную и психологическую, причем "психологическое загрязнение не менее острая проблема, чем физическое" [6]. Скорость развития нарушений в состоянии здоровья зависит от устойчивости систем организма к действиям факторов риска, а также от длительности и выраженности повреждающих воздействий и их взаимодействия. В понятие здоровья включают три компонента - физическую (соматическую и физиологическую), душевную и социальную. Многими авторами отмечается выраженное влияние на здоровье семейного положения, отношений в семье и на работе, ее наличие или отсутствие [14, 16, 22 - 28].

Студенческие годы - это период, когда заканчивается биологическое созревание организма человека, а на первый план выступает социальное развитие личности. Студенчество как социальная структура представляет собой группу, находящуюся в зоне действия многих факторов риска. Студенты чаще, чем их сверстники из других социальных групп, страдают различными заболеваниями, нередко сочетанными, так как длительное состояние напряжения, возникающее в какой-то системе как ответная реакция на дисгармонию, может распространиться и на другие системы [29]. Чаще всего болезни так называемой социальной дезадаптации, как показали наши более чем десятилет-

ние наблюдения, возникают в начале обучения в вузе по типу "столкновения с будущим" Тоффлера [30]. Человек имеет предел адаптивных возможностей к новым социальным условиям, особенно к бурному темпу перемен, и трудности приспособления к новым условиям жизни отражаются и на поведенческих реакциях, и на здоровье - развивается "шок от столкновения с будущим". В последнее время срыв адаптации наблюдается и у многих студентов выпускных курсов как опережающее отражение столкновения с часто неопределенным будущим. Если в прежние годы уровень тревожности и психоэмоциональное напряжение (тесты Спилберга, Тейлора, Люшера) у студентов от первого к последнему семестру постепенно снижались, а стрессоустойчивость повышалась, то в 1995/96 учебном году число пятикурсников с высоким уровнем тревожности даже на факультете физической культуры оказалось вдвое большим, чем у первокурсников. На I курсе, судя по данным анонимного опроса студентов различных факультетов, в качестве негативных факторов, вызывающих выраженный психологический дискомфорт, отмечались: внезапное нарушение школьного стереотипа, интеллектуальные перегрузки при зачастую неадекватно организованном учебном процессе, или как следствие свободы от постоянного контроля со стороны родителей и учителей - мозговые штурмы перед экзаменами и зачетами, отрыв от семьи у иногородних студентов, сложность психологической "притирки" в новом коллективе и неизбежные межличностные конфликты, материальные трудности и неумение рассчитать свой бюджет, бытовая неустроенность, непривычные условия жизни в общежитии или "на квартире", дезорганизация питания и многое другое. Все это сопровождается перенапряжением многих систем организма, развитием функциональных нарушений и состояний предболезни, обострениями имеющейся хронической патологии, появлением новых болезней, снижением резистентности к инфекциям и учащением сезонных простудных заболеваний. Нами выявлена более благоприятная ситуация с уровнем тревожности у семейных студентов, а также у обучающихся на факультете дополнительных педагогических профессий. В течение двух последних лет даже у филологов, но посещающих занятия на отделении "Социальный педагог - семейный логопед", повышенный уровень тревожности диагностирован всего у 1 % девушек по сравнению с 38 % случаев на факультете в целом. По-видимому, важную роль играет ощущение дополнительной социальной защищенности, обусловленное возможным выбором трудоустройства в будущем.

По мере обучения в вузе студенты в основном адаптируются к учебному процессу и особенностям студенческой жизни, однако накапливаются последствия хронически действующих

этих негативных факторов. К ним относятся нарушения режима труда и отдыха, недостаточная освещенность учебных помещений и общепитий и их неблагоприятный воздушный и тепловой режим, нерациональное питание, материальные затруднения, несоответствие желаний и возможностей, неудовлетворенность выбранной профессией и др. К окончанию вуза усугубляется психоэмоциональное напряжение, закрепляется состояние фрустрации. На этот фон накладывается состояние "столкновения с будущим", которое в наше время характерно для подавляющего большинства россиян, пытающихся сохранить себя под напором шквала социально-политических перемен. Известно, что наличие или отсутствие работы, ее характер отражаются на здоровье [14, 16, 22, 23, 26 - 28].

Важной компонентой здоровья является уровень социализации личности. Судя по тесту ММРП около двух третей студентов 4 - 5 курсов гуманитарных и естественных факультетов отличаются социальной незрелостью, даже у мужчин доминируют потребительские тенденции (с 1992 года нами обследовано более 350 человек); и у мужчин, и у женщин недостаточно выражены социальная ответственность, социальные потребности, реализм. Социальная отчужденность и черты социального типа обывателя, выше среднего выраженные у студентов-мужчин, присущи еще в большей степени женщинам [31, 32]. Хотя у мужчин социальный портрет несколько более благоприятен, чем у женщин, в целом заставляет задуматься стремление многих студентов к отчуждению от общества, агрессивные тенденции на фоне низкой социальной ответственности и слабой выраженности черт лидера и тех свойств личности, которые создают субъекту авторитет в обществе. Но ведь все эти качества необходимы будущему специалисту - и учителю, и юристу, и экономисту.

Многие наши выпускники попадают в очередную группу риска - школьный коллектив. Педагогический труд требует оптимума необходимых физических, психологических и социальных ресурсов личности. На фоне интенсивных или долговременных эмоций, интеллектуального перенапряжения возможен переход состояния напряженности не только на соматический, но и на личностный уровень, вызывая сдвиги в личностных качествах. Труд педагога является одним из самых стрессогенных форм умственного труда. Большие интеллектуальные и психоэмоциональные нагрузки в течение рабочего дня, необходимость быстрого переключения и напряжение функции памяти, внимания приводят к накоплению психологического и функционального утомления и развитию социального напряжения в коллективе. Как показали исследования, проведенные в Кемеровской области, 60 % учителей испытывают в школе психологический дискомфорт 85 % - состояние устойчивого стресса, около

30 % педагогов страдают заболеваниями нервной системы. Кроме того, подавляющее большинство женщин-учителей считают, что все это плохо отражается на семейных отношениях. Из 290 обследованных женщин 20 - 45 лет в группу риска с повышенным уровнем нейротизма и высокой ситуативной тревожности вошли 52 %, причем в группе 20 - 35-летних их было 60,5 %! В старшей возрастной группе (35 - 45 лет) выявлено существенное ухудшение состояния здоровья, только заболевания нервной и сердечно-сосудистой системы имели 25 % женщин [33]. В Кемеровском государственном университете определение степени адаптированности студентов-химиков с помощью математического анализа регуляции сердечного ритма, профиля личности и особенностей поведенческих реакций (тест СМОЛ) в начале и конце учебного года показало заострение всех паттернов поведенческих проявлений к концу учебного года в группах студентов с удовлетворительной адаптированностью и с адаптационными процессами в стадии мобилизации. Значительно нарастает показатель психопатии, асоциальных проявлений тревожности, что, в первую очередь, свидетельствует об истощении резервов адаптации, снижении пластичности реагирования, но еще без изменения обычных форм поведения.

У студентов с неудовлетворительной адаптивностью или срывом регуляторных механизмов к концу года резко увеличивается число баллов по шкале истерии, ригидности, психопатии и психастении, нарастает частота асоциальных психопатоподобных реакций, к соматической патологии добавляются болезненные ощущения психогенного характера, развивается глубокая дисгармония, чувство подавленности. Физические и психические резервы студентов этих двух групп истощаются, у студентов развивается астения и аутизм.

Для профессий педагога, юриста, журналиста не подходит ожесточенный, конфликтный или апатичный, безвольный человек. Полученные нами в 1994 году данные вызывают тревогу: даже у студентов-спортсменов, у которых излишняя напряженность должна "сбрасываться" при регулярных физических нагрузках, часто выявляется сдерживаемая агрессивность. Однако у многих студентов факультета физической культуры к IV - V курсу диагностируется "зрелость жизненных позиций" в противовес инфантильности и пассивности у большинства представителей последних курсов естественного и лингвистических факультетов.

Остановимся на других составляющих здоровья и причинах его нарушения. Как уже говорилось выше, эффективность адаптации зависит от соответствия формирующихся индивидуальных механизмов меняющимся условиям среды. Если организм для обеспечения уравновешивания со средой должен затратить больше усилий, чем обычно, и если это напряжение

черезмерно интенсивно или длительно, могут развиваться так называемые "болезни адаптации" [34, 35], как суть ответа организма через общий адаптационный синдром на неспецифические "патогенные ситуации", а не отдельные "патогенные агенты". Селье считает болезнями адаптации многие сердечно-сосудистые, почечные, желудочно-кишечные, аллергические заболевания, психические нарушения, а также воспалительные заболевания глаз и кожи, болезни обмена веществ, сексуальные и другие расстройства [34]. Многие теоретики медицины и здравоохранения относят эти заболевания к "болезням цивилизации" [36], т.к. уже в 80-е годы именно эти и некоторые другие виды патологии, а также опухолевые процессы устойчиво занимают лидирующие позиции в развитых странах, оттеснив инфекционные заболевания - бич развивающихся стран.

При исследовании психической составляющей здоровья студентов обращает на себя внимание астенизация и большое число функциональных нервно-психических расстройств, акцентуаций характера. Стрессоустойчивая психика выявлена нами в среднем всего у 18 % из 312 обследованных студентов-естественников и гуманитариев. Увеличение числа функциональных расстройств нервной системы у студентов - так называемых пограничных нервно-психических состояний - отмечалось еще в 80-е годы [37, 38]. Нарушения в нервно-психической сфере у студентов возрастают от I к III курсу, причем в технических вузах чаще болеют юноши [38 - 42]. Нервно-психические расстройства развиваются не только на фоне синдрома социальной дезадаптации, интеллектуально-эмоциональных перегрузок в период сессий, межличностных конфликтов, но и на основе соматических заболеваний, таких как травмы черепа, нейроинфекции, которые снижают адаптационный барьер психической деятельности человека, особенно на фоне акцентуации характера [38, 40, 41].

В динамике развития общего адаптационного синдрома Селье выделяет три стадии: тревоги, резистентности, истощения. На последней стадии нарушается нормальный тип реагирования центральной нервной системы на факторы внешней и внутренней среды [43]. Астенизация - это состояние психической слабости, выражающееся в повышенной утомляемости, ухудшении памяти в виде затруднения запоминания и воспроизведения, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению [44], хотя показатели памяти на разных этапах адаптации могут быть неоднородными [45]. Немаловажную роль в развитии астенизации играют и свойства характера [46]. Упомянутые нами астенические состояния широко распространены у студентов [37, 41, 42]; истинное их число, по-видимому, гораздо больше в связи с явной недостаточностью чувствительных методик скрининговой донозологической

диагностики [9]. Увеличение числа нервно-психических расстройств у студентов выявлено в последние 5 лет в Пскове, Свердловске и других вузах [47].

В связи с вышеизложенным становятся понятны причины отмеченного нами учащения психосоматических нарушений, отклонений со стороны сердечно-сосудистой и гастроэнтерологической систем, учащения случаев бронхиальной астмы и аллергических заболеваний у студентов ТГУ. Так, в 1995 году у студентов лингвистических факультетов выявлено 46,7 % случаев хронической патологии органов дыхания, часто в сочетании с бронхиальной астмой [48]. Аналогичные данные приводят и другие авторы. Так, Субботина с соавт. отметили, что в 20 %-ной группе новосибирских студентов с невротизмом все имеют сочетанную патологию, заболевания верхних дыхательных путей выявлены в 100 % случаев, у 35 % этих студентов имеется хронический тонзиллит. У лиц с предрасположенностью к невротическому реагированию (их 50 %) также имеется повышенная склонность к заболеваниям верхних дыхательных путей (у 65 %) и хроническим тонзиллитом (у 20 % студентов этой "пограничной" группы). У студентов без невроза заболевания верхних дыхательных путей отмечались в 2,8 раза реже, а тонзиллит оказался только у 3 % студентов с устойчивой психикой [49].

При сопоставлении наших данных с показателями по другим вузам от Магадана до Таллина выявляется довольно однотипная картина динамики и структуры заболеваемости студентов (с некоторыми вариациями в зависимости от экологической обстановки и климато-географических особенностей регионов). Так, в Новгороде ситуация со здоровьем студентов самая благоприятная: отклонения в состоянии здоровья не были выявлены у 76,7 % студентов [50], в Чите же здоровыми оказались 28 % из 2435 обследованных [51], а в Уфе - только 1,8 % [52]. В ТГУ (ТГПИ) число практически здоровых колебалось в 1983 - 1994 годах в пределах 22 - 8% [53]. Интересный анализ общей заболеваемости студентов разных вузов проведен в Красноярске [54]. Так, в сельхозинституте общая заболеваемость составила 13,12 %, в политехническом - 19,15 %, у будущих строителей - 32 %. В политехническом университете уровень общей заболеваемости по всем показателям был ниже, чем в прошлые годы, что, возможно, связано с эффектом деятельности центра здоровья. Все авторы отмечают нарастание числа случаев хронических заболеваний у студентов по сравнению с данными прошлых лет и от I к V курсу в 1,5 - 3 раза, у девушек в большей степени, чем у юношей. Если по данным А.Г. Щедриной [55] в 1972 - 1978 годах у новосибирских студентов-медиков миопия была выявлена в 35,66 % случаев, то в последующие годы указывается на рост числа аномалий рефракции, особенно миопии, к V курсу у студентов из

Тулы, Читы, Пскова, Тамбова вплоть до 74 % [51, 53, 56, 57]. В Магадане ситуация со зрением студентов от I к III курсу ухудшилась в 4,4 раза, что трактуют как следствие недостаточной освещенности, большой зрительной нагрузки в течение дня, недостаточным пребыванием студентов на свежем воздухе, распространением вредных привычек (курение, алкоголь), гиподинамии. Только за один год 32 студента с ранее нормальным зрением приобрели миопию слабой степени, а 21 человек - средней и высокой степени [58].

В Чите первое место из патологий по частоте занимает кариес зубов (у 53,1 % студентов), затем идут заболевания желудочно-кишечного тракта, почек, желчного пузыря, ревматизм и ревматические поражения сердца и близорукость [51]. У новосибирских студентов-медиков в 1972 - 1978 годах наиболее часто встречалась хроническая патология ЛОР-органов и верхних дыхательных путей (24,6 %), а заболевания печени и желудочно-кишечного тракта носили единичный характер [55], а через 10 лет в близкой по половому составу группе студентов-гуманитариев Новосибирска ЛОР-заболевания были уже у 35 % студентов, патология пищеварительной системы - у 46 %, сердечно-сосудистой системы - 32 % против 5,05 % [59]. В Пскове также лидируют заболевания ЛОР-органов (50 %), часто встречается патология системы пищеварения (с нарастанием числа случаев с 40% на I курсе до 69,6 % на V курсе) и нервной системы с увеличением числа случаев от 39 % до 55,1 %. На всех курсах по 30 % студентов страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а аллергические состояния встречаются в 25 - 33 % случаев.

Психоэмоциональный стресс ведет к напряжению механизмов неспецифической резистентности организма, подавляя иммунологическую реактивность [60]. Так, К.К. Кутсар [61] выявлено увеличение колоний кожной аутофлоры у всех студентов к концу декабря и в январе, причем в большей степени - у студентов, предъявляющих жалобы в отношении здоровья. К весне у здоровых студентов показатель микрофлоры уменьшался, а у студентов с отклонениями в состоянии здоровья - продолжал повышаться. По-видимому, в связи с указанной тенденцией к снижению защитных механизмов и у студентов Тамбовского университета растет заболеваемость гриппом и ОРЗ, ангиной, бронхитом, тонзиллитом, фарингитом. Так, например, в 1994 году обращались за медицинской помощью только по поводу острых простудных заболеваний более 70 % студентов-спортсменов и 97,7 % будущих филологов. Возможно, такая высокая заболеваемость во многом связана с неблагоприятным температурным режимом в учебных корпусах этих факультетов, но и на других факультетах картина немногим лучше, как и в целом по вузам. В Таллинском пединституте, например, острым ринитом болели

36,8 % из 1214 человек, в том числе 2 - 3 раза в год - 31,3 %, а другими простудными заболеваниями - 21 %, в том числе 4 - 5 раз в год - 13,2 % студентов [62]. В Чите первые три места в структуре временной нетрудоспособности студентов также занимают грипп и ОРЗ, ангина и прочие острые заболевания верхних дыхательных путей [63].

Следует, однако, отметить, что причиной простудных заболеваний является не только снижение эффективности защитных механизмов. Скорее, это фон, на котором они легко возникают, в связи с часто встречающимися (в 39 %) , как показало наше анкетирование, безразличием студентов к своему здоровью, нежеланием самим позаботиться о себе и предупредить не только простуду, но и другие заболевания. По данным С.Г. Ахмеровой [52] 75 % студентов Уфы считают здоровье необходимым условием полноценной жизни, но лишь 13,3 % уделяют ему должное внимание. Э.А. Житницкая с соавт. [64] отметили, что многие красноярские студенты с хронической патологией органов дыхания курят и не собираются бросить курить; имеющие хронические заболевания желудочно-кишечного тракта систематически нарушают режим питания, а страдающие заболеванием опорно-двигательного аппарата пренебрегают лечебной физкультурой. Но ведь более чем на 50 % здоровье зависит от образа жизни [8], причем здоровый образ жизни способствует не только улучшению индивидуального здоровья [65], но и совершенствованию условий жизнедеятельности, утверждению более разумных форм личного и общественного поведения, улучшению экологической ситуации и т.д. [65, 66]. В работе [67] факторы гигиенического поведения по степени их влияния на здоровье расположены в следующем порядке: 1) правильное сексуальное поведение; 2) ответственное гигиеническое поведение; 3) личная гигиена; 4) пропорциональное соотношение между умственным и физическим трудом; 5) гармонические отношения между людьми; 6) физкультура; 7) негативное отношение к курению и алкоголю; 8) режим; 9) питание; 10) отрицательное отношение к наркотикам.

В обзоре Noack [16] среди наиболее важных факторов, положительно влияющих на здоровье, на втором месте стоит "осознание своего "Я", положительное отношение к здоровью, адекватные знания".

С целью выявления уровня гигиенических знаний студентов нами в 1988/89 учебном году в рамках Государственной программы "Здоровье студентов" был проведен анонимный опрос 1325 студенток I и III курсов ТГУ (ТГПИ) по анкетам, разработанным в ВНИЦ профилактической медицины [68 - 70]. Было задано около 60 вопросов, направленных на выявление осведомленности студенток о влиянии на организм человека никотина, алкоголя,

гиподинамии, знаний о рациональном питании, а также позволяющих сопоставить теоретические знания с реальным образом жизни. По каждому вопросу предлагались варианты ответов от "совершенно не согласен" до "совершенно согласен", оцениваемые от 1 до 7 баллов. Выбрав свой вариант ответа, студентки должны были отметить соответствующую цифру.

Анализ уровня знаний студенток о влиянии на организм алкоголя показал, что эти знания не полны, а отношение к алкоголю, особенно к малым дозам, от I к III курсу становится менее критичным. Так, только 53 % студенток III курса абсолютно были согласны с тем, что малые дозы алкоголя отрицательно влияют на здоровье, а совершенно не согласны с этим утверждением - 7,8 % девушек. В среднем каждые 10 человек из 100 не уверены в том, что алкоголизм родителей может привести к разрыву семьи и психической травме ребенка, хотя полностью не согласных с такой постановкой вопросов не было. 8 % опрошенных совсем не знали симптомов алкоголизма. 14 % студенток употребляли спиртные напитки, из них 2,8 % третькурсниц - каждую неделю, 5,4 % - ежемесячно. По отношению к наркотическим и токсичным веществам абсолютно не согласны с их вредным действием встречались редко, но и абсолютно в этом убежденных тоже не очень-то много. Так, только 79,6 % всех студенток были абсолютно уверены в том, что употребление наркотиков значительно сокращает продолжительность жизни, а 12 % студенток I и II курсов вообще затруднились ответить на этот вопрос. 27 % девушек не знали об отношении своих друзей к наркотическим и токсичным веществам; у 6 % студенток друзья употребляли наркотики.

По вопросам о влиянии на организм никотина 10 % девушек не знали о связи курения с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, 8 % не уверены во вредном влиянии курения на органы дыхания, 26 % сомневались в связи курения с развитием язвенной болезни желудка; 8,5 % девушек колебались в оценке возможных последствий для здоровья человека "пассивного курения"; только 60 % студенток были абсолютно уверены в том, что курение снижает умственную и физическую работоспособность, что оно не совместимо со спортом.

Многие студентки колебались в выборе ответа о влиянии физкультуры и спорта на работоспособность, 26 % сомневались в том, что занятия спортом отвлекают от вредных привычек, или вообще отрицали это. Примерно четверть студенток всех факультетов естественного и гуманитарного профиля недооценивали роли физической культуры и спорта как важнейшего фактора сохранения здоровья, а их двигательная нагрузка во внеучебное время прогрессивно снижалась к III курсу. Среди разнообразных форм физической активности студентов утрен-

няя гимнастика наименее сложна, но достаточно эффективна для активного включения в учебно-трудовой день за счет мобилизации вегетативных функций, повышения работоспособности ЦНС, создания определенного эмоционального фона. Оказалось, что вообще не делали утреннюю гимнастику 49 % девушек; делали 2 - 3 раза в неделю - 13,5 %, и только 3,5 % выполняли ее ежедневно. По гигиеническим нормам продолжительность двигательной компоненты в режиме дня у девушек 18 - 21 года должна составлять 3 - 4,5 часа при условии большей интенсивности движений, чем у 15 - 17-летних [71]. Однако занимались в секциях спортом во внеучебное время или самостоятельно физкультурой менее половины опрошенных девушек I и II курса. У 18,8 % такая дополнительная физическая нагрузка в среднем в течение года занимала всего 1-2 часа в неделю, у 56,2 % - 3-4 часа, у 11,7 % - 6-8 часов, и только у 1 % девушек еженедельная и суточная двигательная активность приближалась к норме. В 1995/96 учебном году только 10 % студентов I курса двух гуманитарных факультетов занимается в спортивных секциях.

В период сессии динамическая мышечная активность существенно снижается, а психоэмоциональное напряжение довольно длительно сохраняется на высоком уровне. В этот период гипокинезия сочетается с гиподинамией, что усугубляет ситуацию. Сочетание психоэмоционального напряжения с гипокинезией и гиподинамией оказывает более негативное воздействие, чем три этих фактора в отдельности [72]. В конце года проявляется накопительное действие гипокинезии, в связи с чем учащаются случаи функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы. (Так, число студентов-филологов ТГУ с низкой толерантностью к физическим нагрузкам средней мощности увеличилось с 8,7 % до 28 % [48]).

Следует отметить высокий интерес студентов к результатам обследования, и, по-видимому, ознакомление с ними всех студентов будет в большей степени способствовать понижению ими того, что физической тренировке принадлежит ведущая роль в формировании и совершенствовании комплексно-приспособительных реакций.

В отношении представления студенток о рациональном питании 30,5 % были не согласны с тем, что на завтрак наиболее полезна белковая пища, или не уверены в этом; 14 % считали, что его можно компенсировать сладостями, а 12,5 % так относились к обеду, хотя 92,8 % девушек знали, что в обед надо принимать горячую пищу. 19,5 % считали полезным ужинать непосредственно перед сном и 10,2 % из них не думали, что в его рацион следует включать молочные продукты, овощи или фрукты. Реальное поведение девушек было таково: всегда регулярно питалось только 7,1 %, нерегулярно -

26,3 %; за 1 час до сна ужинали 9,2 % и "как получится" - 68,9 %.

Интересно будет сопоставить данные начатого нами в 1996 году комплексного обследования студентов ТГУ с показателями образа жизни и состояния здоровья студенток в 1988/89 учебном году, приводимыми в данной статье: курило постоянно 16 % девушек, 6 % - периодически, 3 % - бросили курить недавно. На I - II курсе начали курить 12 %, на III - еще 3 %, остальные курили со школы [70]. 86,7 % девушек не употребляло наркотиков вообще, 8,4 % - прекратили их употребление, участь в институте. Закаливающие процедуры вообще не проводили 63,2 % девушек, прогулки на свежем воздухе каждый день совершали 55,8 %, только по выходным дням - 12,2 %, крайне редко - 12,5 %. Употребляли спиртные напитки 32,6 %, из них каждую неделю - 1,5 % и каждый месяц - 5,4 %. 57,4 % девушек считало, что их здоровье удовлетворительное, 31,3 % - хорошее, 6 % - плохое и 5,3 % не могли оценить свое здоровье. В Иркутском пединституте иностранных языков таких студентов было 24 %, а каждый второй низко оценивал свое здоровье [64]. Это близко к реальности - 26 % студентов в 1990 году занимались в специальных группах.

В целом наши данные были близки к результатам исследований, проведенных в других вузах. Так, сниженная двигательная активность была отмечена в Псковском пединституте у 63,7 % девушек и 46,7 % юношей; 1 - 1,5 часа бываю на свежем воздухе менее половины студентов, 100 % нарушают режим питания, курят, регулярно употребляют алкоголь 5,2 %, иногда - 25 % [57]. Среди студентов исторического и лингвистических факультетов Коломенского пединститута курит каждый третий студент и употребляет алкоголь каждый четвертый [73], причем в целом по институту число курящих от I к V курсу возросло у юношей в среднем с 5 до 7 %.

Среди 1435 опрошенных студентов в Улан-Уде горячую пищу один раз в день принимают 32,4 %, дважды в день - 48 %, систематически полностью завтракают утром - 5 %; у 5 % интервалы между приемами пищи составляли более 10 часов. Утреннюю гимнастику делают регулярно всего 5 % студентов, и столько же занимаются в спортивных секциях; остальные оправдываются отсутствием условий (34 %) и времени (35 %), в то время как нарушение осанки выявлено у 45 % студентов [74].

Можно сделать заключение о том, что в целом по стране сложилась неблагоприятная ситуация с состоянием здоровья студентов практически по всем его составляющим, включая довольно низкий уровень самооценки и самоконтроля. Положительная корреляция между самоконтролем и здоровьем была найдена Peterson [75]. Так, оказалось, что люди с более высоким уровнем самоконтроля: 1) ведут более здоровый образ жизни; 2) больше следуют ме-

дицинским советам, когда болеют; 3) в большей степени избегают кризисов; 4) лучше умеют справиться с кризисом; 5) у них лучше иммунная система [76]. Ясно, что именно у этих людей хорошо развита мотивация сохранения здоровья.

Мотивированному человеку достаточно совета или дополнительного знания для изменения его поведения в отношении к здоровью [77]. Попытки же навязывания человеку стереотипа валеологического поведения может привести к результатам, противоположным ожидаемым [78], и есть мнение, что не стоит тратить время на обучение немотивированных людей [77].

В Дании проект профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди 8000 человек, проживающих в муниципалитете Слангеруп при сравнении с контрольными данными не увенчался успехом, кроме как 10 % через год бросили курить, 39 % уменьшили потребление жиров, 28 % - увеличили физическую активность. Авторы считают, что датчане достаточно хорошо осведомлены по вопросам профилактики, поэтому нельзя было ожидать больших изменений в поведении людей при проведении подобных мероприятий [79].

Эпидемиологические исследования показали, что регулярные занятия физической культурой в часы отдыха уменьшают частоту употребления алкоголя и курения [80 - 83], способствуют более здоровому образу жизни, отказу от целого ряда вредных привычек [84].

В обзоре [17] на основе анализа публикаций последнего десятилетия представлена иерархическая система принципов обеспечения индивидуального здоровья:

- сбалансированное питание [85 - 89];
- умеренная аэробная физическая активность с частотой тренировок 3 раза в неделю, длительностью 20 - 60 минут, интенсивностью 50 - 85 % от максимального потребления кислорода [90 - 92]. К аэробным видам физических упражнений относят ходьбу, умеренный бег, плавание, велосипед и лыжи. Все эти 5 видов активности дают одинаковый тренировочный эффект, и можно выбрать те виды или комбинации, которые доставляют удовлетворение.

- Отказ от курения. Считается, что эти три фактора: ежедневные физические упражнения, оптимальное количество питательных веществ, полный отказ от курения и алкоголя обеспечивают формирование оптимального здоровья, к которому следует стремиться; "нормальное" здоровье позволяет не исключать умеренное потребление курения и алкоголя.

- Умеренное потребление алкоголя (не более 60 г в день) [93].

- Профилактика опасного поведения, в том числе СПИДа, практика безопасного секса [94 - 96].

- Умение справляться со стрессами [93, 97].

- Обучение здоровью [97 - 99].

- Профилактика заболеваний [100 - 102]. Система сбалансированного питания, вытесняющая методики голодания, делит первое место с физической активностью, причем аэробного характера, практически во всех оздоровительных программах. Основные положения рациональной диеты, изложенные в "Руководстве по диете для американцев" (1990), вполне могут быть использованы и россиянами:

- есть разнообразную пищу;
- поддерживать "здоровый вес";
- выбирать диету с низким содержанием жиров и холестерина;
- употреблять большое количество овощей и фруктов;

- умеренно использовать сахар и соль. Изучение полноценности питания в различных возрастных и профессиональных группах населения России за последние 25 лет выявило одни и те же нарушения питания - избыток углеводов и жиров животного происхождения, дефицит овощей и фруктов, нарушение режима питания [103].

Отсюда ясно, что первоначальной целью образовательной программы валеологической службы вузов является повышение мотивации студентов, параллельно с этим должны разрабатываться и внедряться эффективные образовательные и воспитательные приемы, способствующие изменению поведения молодежи в отношении здоровья; студенты должны знать объективное состояние своего здоровья. Следует также научить их методам самооценки здоровья и функционального состояния и ознакомить с методиками его коррекции, доступными каждому.

Перед уже работающими и создающимися под эгидой Госкомвуза РФ центров валеологии университетов стоит важная задача разработки и внедрения методов улучшения функционального состояния и укрепления здоровья студентов и преподавателей. Эту комплексную проблему можно решать только совместными усилиями специалистов в области физиологии, медицины, гигиены, психологии, педагогики в условиях поддержки ректората.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брехман И.И. Введение в валеологию - науку о здоровье. Л.: Наука, 1987. 124 с.
2. Брехман И.И. Валеология - наука о здоровье. М., 1990. 208 с.
3. Брехман И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека // Вопр. философии. 1982. № 2. С. 52 - 53.
4. Венедиктов Д.Д. Всеобщее право на здоровье и его реализация в различных странах мира. М., 1981. 234 с.
5. Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. Критический анализ. М.: Медицина, 1982.
6. Лисицын Ю.П., Царегородцев Г.И. Насущные проблемы охраны и укрепления здоровья людей // Полит. самообраз., 1986. № 10. С. 30-37.
7. Лисицын Ю.П., Сахаров А.В. Здоровье человека - социальная ценность. М., 1988. 272 с.

8. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. М., 1992. 512 с.
9. Казначеев В.П. Очерки теории и практики экологии человека. М.: Наука, 1983. 206 с.
10. Агаджанян Н.А. Социальная физиология: адаптация и здоровье человека // Физиол. проблемы адаптации. Тарту, 1984. С. 3-13.
11. Берный М.С. Демографические факторы здоровья. М.: Медицина, 1985. 228 с.
12. Смирнов И.Н. Здоровье человека как философская проблема // Вопр. философии. 1985. № 7. С. 81-93.
13. Оганов Р.Г., Гундаров И.А. Принципы мониторинга благополучия населения в превентивной экологии // Экология человека. 1991. № 1. С. 21-26.
14. Лишук В.А. Стратегия здоровья. М., 1992. С. 13.
15. Лишук В.А. Научные основы здоровья // Вестник РАМН. 1994. № 4. С. 55-59.
16. Noack H. Concepts of health and health promotion // Measurements in Health Promotion and Protection. Copenhagen, 1987.
17. Лишук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья. Обзор. М., 1994. 134 с.
18. Калью П.И. Сущностная характеристика понятия "здоровье" и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация // ВНИИМИ. М., 1988. 69 с.
19. Illich I. Limits to medicine, medical hemesis: The expropriation of health. 1977. 296 p.
20. Atudo E.S. Traditional medicine and biopsychosocial fulfilment in African health // Soc. Sci. Med., 1985. V. 21. № 12. P. 1345-1347.
21. Gunning-Schepers et al. / Socio-economic inequalities in health: Questions on trends and explanations. Hygie., 1989. 200 p.
22. Шингаров Г.Х., Мельников Г.В. Здоровье как психосоматическая проблема // Общественные науки и здравоохранение. М., 1987. С. 197-208.
23. Brenner M.N., Mooney A. Unemployment and health in the context of economic change // Soc. Sci. Med., 1983. V. 17. № 16. P. 1125-1138.
24. Clark W.A., Freeman H.E., Kane R., Lewis C.E. The influence of domestic position on health status // Soc. Sci. Med., 1987. V. 24. № 6. P. 501-506.
25. Glassop R. Families and health // Canadian J. of Public Health, 1985. V. 76. №1. P. 35-36.
26. Abelin Th. Positive indicators in health promotion and protection // Wld. Hlth. Stat. Rep., 1986. V. 39 № 4. P. 353-364.
27. Jacobson D. Models of stress and meanings of unemployment // Soc. Sci. Med., 1987. V. 24. № 1. P. 13-21.
28. Schwartz J.E. A procedure for linking psychosocial job characteristics data to health surveys // Am. J. Publ. Health, 1988. V. 78. № 8. P. 904-909.
29. Тамм С.И. Единство физических и психо-социальных особенностей студентов как предпосылка формирования их здоровья // Физические и психо-социальные особенности студентов. Таллин, 1986. С. 5-20.
30. Тоффлер О. Столкновение с будущим. М.: Иностран. литер., 1972. № 3. С. 228-239.
31. Мамяренко Т.Н., Политова Ю.М. Социальный портрет личности студентов естественных факультетов // Человек в современном мире. Тамбов, 1994. С. 6-7.
32. Мамяренко Т.Н., Политова Ю.М. Человек в современном мире и проблемы возрождения гуманизма в России // Человек в современном мире. Тамбов, 1994. С. 3-5.
33. Литвинова Н.А., Казин Э.М., Шорин Ю.П. и др. Комплексная оценка здоровья и профессионального развития лиц умственного труда // Физиол. чел. 1994. № 5. С. 147-150.
34. Selye H. The stress of life. N.-Y.: Mc Graw Hill Book Co., 1956. 325 p.
35. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме: Пер. с англ. М.: Медгиз, 1960. 275 с.
36. Шош Й., Гайн Т., Чалан Л., Деши И. Патогенез болезни дивиллизации. Будапешт: АН Венгрии, 1976.
37. Положий Б.С. Пограничные нервно-психические расстройства у студентов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1978. 21 с.
38. Красик Е.Д., Положий Б.С. Пограничные нервно-психические расстройства у студентов в эпидемиологически-реабилитационном аспекте // Невропатол. и психиатр., 1979. С. 332-337.
39. Гаялис В.Г. О причинах академических отпусков у студентов Вильнюсского госуниверситета в 1968-1972 учебных годах // Вопр. гигиены и состояния здоровья студентов вузов. М., 1974. С. 13-14.
40. Лаусвэз Э.А. Явления астенизации в донозологической диагностике у студентов // Физические и психосоциальные особенности студентов. Таллин, 1986. С. 55-62.
41. Лаусвэз Э.А., Тергем И.Р. Нервно-психические расстройства у студентов // Физические и психо-социальные особенности студентов. Таллин, 1986. С. 62-65.
42. Radochonski M., Radochonska A., Juszyk D. Wystepowanie zaburzen sdrowi a psychicznego w srodowisku studenton uczelni gzeszowskich w latach 1973-1977 // Zdrowie Publ. 1978. V. 89. № 10. P. 653-659.
43. Судаков К.В., Рыжиков Г.В. Общие принципы психо-адаптации человека к условиям социальной среды // Аспекты адаптации. Ч. 1. Горький, 1977. С. 22-25.
44. Губачев Ю.М., Новлев Б. П., Карвасарский Б.Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л.: Медицина, 1976. 221 с.
45. Илюченко Р.Ю. Память и адаптация. Новосибирск: Наука, 1979.
46. Матвеев В.Ф., Ковалев А.А. Клиника и особенности течения затяжных психогенных астенических расстройств // Невропатол. и психиатр., 1978. № 11. С. 1686-1690.
47. Пастухина Р.Н., Каюмова С.А., Заславская Г.А. Факторы, влияющие на состояние здоровья студентов педагогического института // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 23-24.
48. Шуляковский Л.Г., Ротанева Ю.И. Толерантность к физическим нагрузкам у студентов-филологов // Человек в современном мире. Тамбов, 1995. Вып. 2. С. 27-28.
49. Субботина Н.М., Николаева В.И., Крашенинникова Н.В. Выявление группы риска в отношении заболеваний неврозами у студентов педагогического института // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 21-22.
50. Семенов М.И., Николаева Н.И., Силивра В.А. Характеристика здоровья студентов НГПИ по данным профилактических осмотров // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 19-21.
51. Иванец А.Н., Курьшев А.Н., Милосердов А.В. и др. Заболеваемость студентов Читинского госпединститута по данным профилактических медицинских осмотров // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 8-9.
52. Ахмерова С.Г. К результатам комплексного изучения здоровья студентов БГПИ // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 4-6.
53. Ротанева Ю.И., Шуляковский А.А. Динамика хронической патологии ЛОР-органов и зрения у студентов // Роль и место медицинских и гигиенических знаний в системе высшего педагогического образования. Псков, 1993. С. 107-108.
54. Маркова А.И., Ляхович А.В. Роль студенческого "Центра здоровья" в снижении заболеваемости студентов Красноярского политехнического института // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 58-59.
55. Щедрин А.Г. Морфофункциональные показатели здоровья студентов в связи с различными видами учебной деятельности и влиянием физического воспитания: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Новосибирск, 1982. 47 с.
56. Григорьев Ю.И., Желтиков А.А., Истомина Л.Б. и др. Анализ состояния здоровья студентов первого курса технического вуза // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 6-7.
57. Стрекаловская Н.М. Формирование здорового образа жизни студента в процессе обучения в вузе // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 63-65.
58. Кириллова Л.С. Анализ причин снижения остроты зрения у студентов Магаданского госпединститута // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 12-13.
59. Косованова Л.В., Косованов Е.М., Мельников М.М. Оценка состояния здоровья студентов при комплексном лечении // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 19-21.

60. *Остроумов П.Б., Чухловин Б.А.* Изменения антиинфекционного гомеостаза при стрессовых состояниях // Иммунореактивность организма. Калининград-Таллин, 1973. С. 83-84.
61. *Кутсар К.К.* Иммунобиологическая реактивность и состояние здоровья студентов // Физические и социально-психологические особенности студентов. Таллин, 1986. С. 66-68.
62. *Паульсон Ю.Н.* Распространенность симптомов легочной патологии среди студентов // Физические и психо-социальные особенности студентов. Таллин, 1986. С. 102-111.
63. *Милосердов А.В., Цыдыпов П.Д., Баранова Л.С. и др.* Заболеваемость с временной утратой работоспособности студентов Читинского госпединститута // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 17-18.
64. *Житницкая Э.А., Беркович А.В., Каретников П.В. и др.* Воспитание приоритетного отношения к здоровью как основа пропаганды формирования здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 40-42.
65. *Жук Е.Г.* Гигиеническая концепция здорового образа жизни // Гигиена и санитария. 1990. № 6. С. 68-71.
66. *Гундаров И.А., Киселева Н.В., Коница О.С.* Медико-социальные проблемы формирования здорового образа жизни: Научный обзор. М., 1989. 83 с.
67. *Водогрева Л.В., Гладышева Н.В., Цыганкова И.В.* Применение метода экспертных оценок при формировании здорового образа жизни // Здравоохранение РФ. 1990. № 7. С. 23-25.
68. *Маяренко Т.Н., Ротанева Ю.И., Свердлина А.С., Василевская Г.Г.* Уровень гигиенических знаний студентов педагогического института // Гигиена детей и подростков. М., 1989. С. 18-19.
69. *Савенко Г.С.* Двигательная активность студентов ТГПИ // Человек в современном мире. Тамбов, 1994. С. 12-13.
70. *Шатохина Л.Г., Савенко Г.С.* Курение среди студентов // Человек в современном мире. Тамбов, 1994. С. 12-13.
71. *Сердюковская Г.Н., Сухарев А.Г.* (Ред.) / Гигиена детей и подростков. М.: Медицина, 1986. 495 с.
72. *Федоров Б.М.* Эмоции и сердечная деятельность. М.: Медицина, 1987. 215 с.
73. *Тверская С.С.* Динамика вредных привычек первокурсников педагогического института // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 65.
74. *Бутурханов В.Д.* О некоторых проблемах здорового образа жизни учащейся молодежи школы и вуза // Здоровье и формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Иркутск, 1991. С. 34.
75. *Peterson C.* Explanatory style and illness // J. Personal, 1987. № 55. P. 237-265.
76. *Peterson C., Stunkard A.J.* Personal control and health promotion // Soc. Sci. Med., 1989. V. 28. № 8. P. 819-828.
77. *Kelly R.B., Stephen J.Z., Alemango S.* Prediction of motivation and behavior change following health promotion // Soc. Sci. Med., 1991. V. 32. № 3. P. 310-320.
78. *Гундаров И.А., Полесский В.А.* Актуальные вопросы практической валеологии // Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. СПб., 1993. С. 25-32.
79. *Osler M., Jespersen N.* The effect of a communitybased cardiovascular disease prevention project in a Danish municipality // Dan. Med. Bull., 1993. V. 40. № 4. P. 485-489.
80. *Straume S.B., Ingier F.* The effect of regular physical training on the cardiovascular system // Scand. J. Soc. med. 1982., S. 29. P. 37-45.
81. *Kannel W.B., Thom Th.I.* Declining cardiovascular mortality // Circulation. 1984. V. 70. № 3. P. 331-336.
82. *Leon A.S.* Physical activity levels and coronary heart disease // Med. Clin. N. Amer. 1985. V. 69. № 1. P. 3-20.
83. *Powell K.E., Paffenbarger R.S.* Workshop on epidemiologic and public health aspects of physical activity and exercise: A summary // Publ. Hlth Rep., 1985. V. 100. № 2. P. 118-126.
84. *Francois K.T., Carter R.* Psychological characteristic of joggers // J. Sport Med. 1982. V. 22. № 3. P. 386-391.
85. *McCann B.S.* Promoting adherence to low-fat, low-cholesterol diets: review and recommendations // J. Am. Diet. Assoc., 1990. V. 90. № 10. P. 1408-1414.
86. *Peterkin B.B.* Dietary guidelines for Americans // J. Am. Diet. Assoc., 1990. V. 90. № 12. P. 1725-1727.
87. *Nutbeam D., Aoro L., Wold B.* The lifestyle concept and health education with young people // Wld. Hlth. Stat. Q., 1991. V. 44. № 2. P. 55-61.
88. *Chunming C.* Health and lifestyle transition // Hygie., 1992. № 11. S. 2. P. 36-45.
89. *Kingsley C.M., Gupta S.C.* How to reduce the risk of coronary artery disease teaching patients a healthy lifestyle // Postgrad. Med., 1992. V. 91. № 4. P. 147-160.
90. *Kyner K.* Новая аэробика: Система оздоровительных упражнений для всех возрастов. М.: ФИС, 1976. 125 с.
91. *Sullivan L.W.* Healthy people 2000 // N. Engl. J. Med., 1990. V. 11. № 23. P. 1065-1067.
92. *Samitz G., Bachi N.* Physical training programs and their effect on aerobic capacity and coronary risk profile in sedentary individuals. Design of a long-term exercise training program // J. Sports Med. Phys. Fitness, 1991. V. 31. № 2. P. 283-293.
93. *Ornish D.* Reversing heart disease through diet, exercise and stress management // J. Am. Diet. Assoc., 1991. V. 91. № 2. P. 162-165.
94. *Лалаянц И.Э., Милованова Л.С.* Гигиенические основы профилактики СПИДа (обзор) // Гигиена и санитария, 1990. № 12. С. 72-76.
95. *Drufoos J.G.* Preventing high-risk behavior // Am. J. Public Health, 1991. V. 81. № 2. P. 157-158.
96. *Hinman A.R.* Strategies to prevent HIV infection in the USA // Am. J. Public Health, 1991. V. 81. № 2. P. 1557-1559.
97. *Barton J.R., Barnes E., Furney S.* The life-planning booklet // J. Sch. Health, 1990. V. 60. № 9. P. 468-469.
98. *Friderics R.C.* A multi-media approach to health education // Lepr. Review, 1991. V. 62. № 3. P. 329-332.
99. *Kok G., De Haes W.* Research in health education and promotion // Hygie., 1991. V. 10. № 2. P. 12-15.
100. *Harris R.P., O'Mally M., Fletcher S.W., Knight B.* Prompting physicians for preventive procedures: a 5-year study of manual and computer reminders // Am. J. Prev. Med., 1990. V. 6. № 3. P. 145-152.
101. *Hayward R.S.* Preventive care guidelines: 1991 // Ann. Intern. Med., 1991. V. 114. № 9. P. 758-783.
102. *Dickey L.L., Penitt D.* A patientheld minirecord to promote adult preventive care // The J. of Family Practice, 1992. V. 34. № 4. P. 457-463.
103. *Кощеев А.К., Кавелина А.Г.* Питание и здоровье // Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. СПб., 1993. С. 86-95.

Работа выполнена в рамках НТП "Автоматизированные системы медико-биологического назначения". Раздел "Валеологические центры вузов Российской Федерации".

Поступила в редакцию 30 мая 1996 г.