# РЕФЕРАТ

#

# *Курсовая работа:* 44 с., 2 таблицы, 1 рисунок.

*Объект исследования* – отношение студентов к проблемам здоровья.

*Цель исследования* – проанализировать отношение культуры здоровья для студентов, их субъективного отношения к проблемам здоровья.

*Задачи исследования:*

- изучить литературу по теме: «Основы здорового образа жизни студентов»;

- проанализировать данную тему;

- определить понятие «здоровье» и выделить его критерии;

- выделить основные особенности здорового образа жизни студентов;

- определить содержательные характеристики составляющих здорового образа жизни студентов;

- провести исследование;

- выделить результаты исследования;

- сделать определенные выводы.

*Новизна исследования* заключается в изучении и обобщении современного уровня проблемы. В данной курсовой работе рассмотрены новые подходы к основам здорового способа жизни студента. Предлагается анкета комплекса показателей, которые являются оценочным уровнем индивидуального здоровья.

*Методы исследования:*

- описание;

- анализ;

- объяснение;

- метод анкетирования.

*Сфера применения* – уроки физической культуры и уроки по основам здорового образа жизни в высших учебных заведениях.

# СОДЕРЖАНИЕ

РЕФЕРАТ 1

ВВЕДЕНИЕ 3

1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 13

1.1 Понятие «здоровье», его содержание и критерии 13

1.2 Образ жизни студентов и его влияние на здоровье 15

1.3 Здоровый образ жизни студента 16

1.4 Ценностные ориентации студентов на здоровый образ жизни и их отражение в жизнедеятельности 19

1.5 Содержательные характеристики составляющих здорового образа жизни студентов 23

1.5.1 Режим труда и отдыха 24

1.5.2 Организация сна 25

1.5.3 Организация режима питания 26

1.5.4 Организация двигательной активности 29

1.5.5 Личная гигиена 33

1.5.6 Профилактика вредных привычек 35

1.5.7 Культура межличностного общения 40

1.5.8 Психофизическая регуляция организма 42

1.5.9 Культура сексуального поведения 46

1.5.10 Физическое самовоспитание и самосовершенствование - условие здорового образа жизни 49

2. задачи и методы исследования 52

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 53

ВЫВОДЫ 60

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 63

# ВВЕДЕНИЕ

Во все времена у всех народов мира непреходящей ценностью человека и общества являлось и является физическое и психическое здоровье. Еще в древности оно понималось врачами и философами как главное условие свободной деятельности человека, его совершенства.

Но несмотря на большую ценность, придаваемую здоровью, понятие “здоровье” с давних пор не имело конкретного научного определения. И в настоящее время существуют разные подходы к его определению. При этом, большинство авторов: философов, медиков, психологов (Ю.А. Александровский, 1976; В.Х. Василенко, 1985; В.П. Казначеев, 1975; В.В. Николаева, 1991; В.М. Воробьев, 1995) в отношении этого явления согласны друг с другом лишь в одном, что сейчас отсутствует единое, общепринятое, научно обоснованное понятие “здоровье индивида” [1, с.364].

Самое раннее из определений здоровья — определение Алкмеона, имеет своих сторонников вплоть до сегодняшнего дня: "Здоровье есть гармония противоположно направленных сил". Цицерон охарактеризовал здоровье как правильное соотношение различных душевных состояний. Стоики и эпикурейцы ценили здоровье превыше всего, противопоставляя его энтузиазму, стремлению ко всему неумеренному и опасному. Эпикурейцы считали, что здоровье — это полное довольство при условии полного удовлетворения всех потребностей. Согласно К.Ясперсу, психиатры рассматривают здоровье как способность реализовать "естественный врожденный потенциал человеческого призвания". Существует и другие формулировки: здоровье — обретение человеком своей самости, "реализация Я", полноценная и гармоничная включенность в сообщество людей [2, с.406]. К.Роджерс также воспринимает здорового человека как подвижного, открытого, а не постоянно использующего защитные реакции, независимого от внешних влияний и опирающегося на себя. Оптимально актуализируясь, такой человек постоянно живет в каждый новый момент жизни. Этот человек подвижен и хорошо приспосабливается к меняющимся условиям, терпим к другим, эмоционален и рефлексивен [3, с.217].

В уставе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) записано, что здоровье представляет собой не только отсутствие болезней и физических дефектов, но состояние полного социального и духовного благополучия. В соответствующем томе 2-го издания БМЭ оно определяется как состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-то болезненные изменения. В основу данного определения положена категория состояния здоровья, которое оценивается по трем признакам: соматическому, социальному и личностному (Иванюшкин, 1982). Соматический – совершенство саморегуляции в организме, гармония физиологических процессов, максимальная адаптация к окружающей среде. Социальный – мера трудоспособности, социальной активности, деятельное отношение человека к миру. Личностный признак подразумевает стратегию жизни человека, степень его господства над обстоятельствами жизни [4, с.19]. И.А. Аршавский подчеркивает, что организм на протяжении всего своего развития не находится в состоянии равновесия или уравновешенности с окружающей средой. Наоборот, будучи неравновесной системой, организм все время на протяжении своего развития меняет формы своего взаимодействия с условиями окружающей среды [5, с.108]. Г.Л. Апанасенко указывает, что рассматривая человека как биоэнергоинформационную систему, характеризующуюся пирамидальным строением подсистем, к которым относятся тело, психика и духовный элемент, понятие здоровья подразумевает гармоничность данной системы. Нарушения на любом уровне отражаются на устойчивости всей системы [6, с.9]. Г.А. Кураев, С.К. Сергеев и Ю.В. Шленов подчеркивают, что многие определения здоровья исходят из того, что организм человека должен сопротивляться, приспосабливаться, преодолевать, сохранять, расширять свои возможности и т.д. Авторы отмечают, что при таком понимании здоровья человек рассматривается как воинствующее существо, находящееся в агрессивной природной и социальной среде. Но ведь биологическая среда не порождает организм, который ею не поддерживается, а если это происходит, то такой организм обречен уже в начале своего развития. Исследователи предлагают определять здоровье, исходя из основных функций организма человека (реализации генетической безусловно рефлекторной программы, инстинктивной деятельности, генеративной функции, врожденной и приобретенной нервной деятельности). В соответствии с этим, здоровье может быть определено как способность взаимодействующих систем организма обеспечивать реализацию генетических программ безусловнорефлекторных, инстинктивных, процессов, генеративных функций, умственной деятельности и фенотипического поведения, направленных на социальную и культурную сферы жизни [4, с.20].

Для философского рассмотрения здоровья важно понимать, что оно отражает необходимость, вытекающую из сущности явлений, а болезнь - это случайность, не имеющая всеобщего характера. Таким образом, современная медицина занимается преимущественно случайными явлениями - болезнями, а не здоровьем, являющимся закономерным и необходимым [7, с.83].

И.А. Гундаров и В.А. Палесский отмечают: “При определении здоровья следует учитывать мнение, что здоровье и болезнь не соотносятся между собой по принципу дихотомии: либо есть, либо нет; либо человек здоров, либо болен. Здоровье предстает в виде жизненного континуума от 0 до 1, на котором оно присутствует всегда, хотя и в разном количестве. Даже у тяжелобольного есть некое количество здоровья, хотя его очень мало. Абсолютно полное исчезновение здоровья равнозначно смерти” [5, с.27].

В подавляющем большинстве работ подчеркивается, что абсолютное здоровье является абстракцией. Здоровье человека является не только медико-биологической, но прежде всего социальной категорией, определяемой в конечном счете природой и характером общественных отношений, социальными условиями и факторами, зависящими от способа общественного производства.

Н.В. Яковлева выделяет несколько подходов к определению здоровья, прослеживающихся в прикладных исследованиях [1, с.365]. Одним из них является подход “от противного”, в котором здоровье рассматривается как отсутствие болезни. В рамках этого подхода осуществляются исследования в медицинской психологии и психологии личности, особенно выполненные медиками. Естественно, такое рассмотрение феномена “здоровье” не может быть исчерпывающим. Разные авторы приводят следующие недостатки такого понимания здоровья: 1) в рассмотрении здоровья как неболезни изначально заложена логическая ошибка, так как определение понятия через отрицание не может считаться полным; 2) данный подход – субъективен, так как в нем здоровье видится как отрицание всех известных болезней, но при этом за бортом остаются все неизвестные болезни; 3) такое определение имеет описательный и механистический характер, что не позволяет раскрыть сущность феномена индивидуального здоровья, его особенности и динамику [4;1]. Ю.П. Лисицын отмечает: “Можно сделать вывод, что здоровье нечто большее, чем отсутствие болезней и повреждений, это - возможность полноценно трудиться, отдыхать, словом, выполнять присущие человеку функции, свободно, радостно жить” [4, с.13].

Второй подход характеризуется Н. В. Яковлевой как комплексно-аналитический. В данном случае при изучении здоровья путем подсчета корреляционных связей выделяются отдельные факторы, оказывающие влияние на здоровье. Затем анализируется частота встречаемости данного фактора в жизненной среде конкретного человека и на основании этого делается заключение о его здоровье. Автор указывает на следующие минусы такого подхода: возможность недостаточности конкретного фактора для заключения о здоровье человека; отсутствие единого абстрактного эталона здоровья как суммы набора факторов; отсутствие единой количественной выраженности отдельного признака, характеризующей здоровье человека.

В качестве альтернативы предыдущим подходам к исследованию проблем здоровья рассматривается системный подход, принципами которого являются: отказ от определения здоровья как неболезни; выделение системных, а не изолированных критериев здоровья (гештальт-критериев системы здоровья человека); обязательное изучение динамики системы, выделение зоны ближайшего развития, показывающей, насколько пластична система при различных воздействиях, т.е. насколько возможна ее самокоррекция или коррекция; переход от выделения определенных типов к индивидуальному моделированию [1, с.365].

А.Я. Иванюшкин предлагает 3 уровня для описания ценности здоровья:

1) биологический – изначальное здоровье предполагает совершенство саморегуляции организма, гармонию физиологических процессов и, как следствие, минимум адаптации;

2) социальный – здоровье является мерой социальной активности, деятельного отношения человека к миру;

3) личностный, психологический – здоровье есть не отсутствие болезни, а скорее отрицание ее, в смысле преодоления. Здоровье в этом случае выступает не только как состояние организма, но как “стратегия жизни человека” [8, с.49].

Один из основателей валеологии Т. Ф. Акбашев называет здоровье характеристикой запаса жизненных сил человека, которая задается природой и реализуется или не реализуется человеком [9, с.118].

При определении понятия “здоровье” часто возникает вопрос о его норме. При этом, само понятие нормы является дискуссионным. Так, в статье “норма”, опубликованной во втором издании БМЭ, этот феномен рассматривается как условное обозначение равновесия организма человека, отдельных его органов и функций в условиях внешней среды. Тогда здоровье определяется как равновесие организма и его среды, а болезнь - как нарушение равновесия со средой. Но, как замечает И.И. Брехман, организм никогда не находится в состоянии равновесия со средой, так как в противном случае прекратилось бы развитие, а значит, и возможность дальнейшей жизни. В.П. Петленко, критикуя данное определение нормы, предлагает понимать ее как биологический оптимум живой системы, т.е. интервал ее оптимального функционирования, который имеет подвижные границы, в рамках которых сохраняется оптимальная связь со средой и согласованность всех функций организма. И тогда нормальным следует считать функционирование в пределах оптимума, что и будет рассматриваться как здоровье организма [7, с.85]. По мнению В.М. Дильмана, говорить о здоровье организма и его норме в принципе невозможно, т.к. индивидуальное развитие является патологией, отклонением от нормы, которую можно относить только к 20-25-летнему возрасту, характеризующемуся минимальной частотой главных болезней человека [10, с.87]. И.И. Брехман, рассматривая проблему здоровья как одну из глобальных проблем человечества, указывает на неправомерность такого подхода. Он отмечает, что понятие нормы остается абстрактным потому, что означает состояние, предшествующее заболеванию, а оно может быть неодинаковым у разных людей. При определении здоровья автор отходит от относительной и противоречивой категории нормы в сторону понимания здоровья с позиций качества. Он говорит о том, что проблема здоровья, как и все глобальные проблемы, возникает в кризисной ситуации. По мнению А. Печчеи, “источники этого кризиса лежат внутри, а не вне человеческого существа, рассматриваемого как индивидуальность и как коллектив. И решение всех этих проблем должно исходить прежде всего из изменений самого человека, его внутренней сущности [7, с.85].

П.Л. Капица тесно связывает здоровье с “качеством” людей данного общества, о котором можно судить по продолжительности жизни, сокращению заболеваний, преступности и наркомании [7, с.85].

Итак, здоровье рассматривается как интегративная характеристика личности, охватывающая как её внутренний мир, так и всё своеобразие взаимоотношений с окружением и включающая в себя физический, психический, социальный и духовный аспекты; как состояние равновесия, баланса между адаптационными возможностями человека и постоянно меняющимися условиями среды. Причем, его не следует рассматривать как самоцель; оно является лишь средством для наиболее полной реализации жизненного потенциала человека.

Наблюдения и эксперименты давно позволили медикам и исследователям разделить факторы, влияющие на здоровье человека, на биологические и социальные. Подобное деление получило философское подкрепление в понимании человека как существа биосоциального. Медиками прежде всего к числу социальных факторов относятся жилищные условия, уровень материального обеспечения и образования, состав семьи и т.д. Среди биологических факторов выделяют возраст матери, когда родился ребенок, возраст отца, особенности протекания беременности и родов, физические характеристики ребенка при рождении. Рассматриваются также психологические факторы, как результат действия биологических и социальных факторов [11, с.218]. Ю.П. Лисицын, рассматривая факторы риска здоровья, указывает на вредные привычки (курение, потребление алкоголя, неправильное питание), загрязнение среды обитания, а также на “психологическое загрязнение” (сильные эмоциональные переживания, дистрессы) и генетические факторы [12, с.201]. Так, например, выявлено, что длительный дистресс подавляет иммунитет, делая их более уязвимыми к инфекциям и злокачественным опухолям; кроме того, при стрессе у реактивных людей, легко впадающих в гнев, в кровь выбрасывается большое количество стрессовых гормонов, которые, как полагают, ускоряют процесс образования бляшек на стенках коронарных артерий [13, с.15].

Г.А. Апанасенко предлагает различать несколько групп факторов здоровья, определяющих соответственно его воспроизводство, формирование, функционирование, потребление и восстановление, а также характеризующих здоровье как процесс и как состояние. Так, к факторам (показателям) воспроизводства здоровья относятся: состояние генофонда, состояние репродуктивной функции родителей, ее реализация, здоровье родителей, наличие правовых актов, охраняющих генофонд и беременных и т.д. К факторам формирования здоровья автор причисляет образ жизни, к которому относит уровень производства и производительности труда; степень удовлетворения материальных и культурных потребностей; общеобразовательный и культурный уровни; особенности питания, двигательной активности, межличностных отношений; вредные привычки и т.д., а также состояние окружающей среды. В качестве факторов потребления здоровья автор рассматривает культуру и характер производства, социальную активность индивида, состояние нравственной среды и т.д. Восстановлению здоровья служат рекреация, лечение, реабилитация [5, с.50].

Как отмечает И.И. Брехман, в условиях современной научно-технической революции большое количество причин приводят к определенной дезорганизации природных основ эффективной жизни личности, кризису эмоциональности, основными проявлениями чего являются эмоциональная дисгармония, отчужденность и незрелость чувств, ведущие к ухудшению здоровья и заболеваниям. Автор констатирует, что большое значения для здоровья имеет установка человека на долгую здоровую жизнь [7, с.90].

Как уже отмечалось, в качестве одного из факторов здоровья можно рассматривать культуру. Согласно В.С. Семенову, культура выражает меру осознания и овладения человеком своими отношениями к самому себе, к обществу, природе, а также степень и уровень саморегуляции его сущностных потенций [14, с.17]. Если наши предки были в значительной степени беззащитны перед различными заболеваниями в силу своего незнания, и такое положение дел отчасти спасали лишь различные табу, то современный человек знает несоизмеримо больше своих предшественников о природе, собственном организме, болезнях, факторах риска здоровья, живет в гораздо лучших условиях. Но несмотря на это уровень заболеваемости является довольно высоким, причем довольно часто люди болеют теми болезнями, для профилактики которых достаточно вести определенный образ жизни. Такую ситуацию И.И. Брехман объясняет тем, что “очень часто люди не знают, что они способны сделать с самим собой, какими огромными резервами физического и психического здоровья обладают, сумей они сохранить и задействовать их, вплоть до увеличения продолжительности активной и счастливой жизни” [7, с.50]. Автор указывает, что несмотря на общую грамотность, люди многого просто не знают, а если и знают, то не следуют правилам здоровой жизни. Он пишет: “Для здоровья нужны такие знания, которые стали бы бытием” [7, с.50].

В. Солоухин проблему связи культуры и здоровья рассматривает следующим образом: культурный человек не может позволить себе болеть; следовательно, высокий уровень заболеваемости населения (в особенности такими хроническими заболеваниями как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, диабет и др.), рост числа лиц с избыточной массой тела, а также курящих, употребляющих алкоголь, является показателем низкого уровня их культуры [7, с.51].

О.С. Васильева, обращая внимание на наличие ряда составляющих здоровья, в частности, таких как физическое, психическое, социальное и духовное здоровье, рассматривает факторы, оказывающие преимущественное влияние на каждую из них. Так, к числу основных факторов, влияющих на физическое здоровье, относятся: система питания, дыхания, физических нагрузок, закаливания, гигиенические процедуры. На психическое здоровье в первую очередь воздействуют система отношений человека к себе, другим людям, жизни в целом; его жизненные цели и ценности, личностные особенности. Социальное здоровье личности зависит от соответствия личностного и профессионального самоопределения, удовлетворенности семейным и социальным статусом, гибкости жизненных стратегий и их соответствия социокультурной ситуации (экономическим, социальным и психологическим условиям). И, наконец, на духовное здоровье, являющееся предназначением жизни, влияет высокая нравственность, осмысленность и наполненность жизни, творческие отношения и гармония с собой и окружающим миром, Любовь и Вера. Вместе с тем, автор подчеркивает, что рассмотрение этих факторов, как отдельно влияющих на каждую составляющую здоровья достаточно условно, так как все они находятся в тесной взаимосвязи [2, с.407].

Итак, здоровье человека зависит от многих факторов: наследственных, социально-экономических, экологических, деятельности системы здравоохранения. Но особое место среди них занимает образ жизни человека. Более подробному рассмотрению значения образа жизни для здоровья посвящена следующая часть данной работы.

# 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

##

## 1.1 Понятие «здоровье», его содержание и критерии

Жизнь человека зависит от состояния здоровья организма и масштабов использования его психофизиологического потенциала. Все стороны человеческой жизни в широком диапазоне социального бытия — производственно-трудовом, социально-экономическом, политическом, семейно-бытовом, духовном, оздоровительном, учебном — в конечном счете, определяются уровнем здоровья.

Существуют различные подходы к определению понятия «здоровье», которые можно классифицировать следующим образом:

1) здоровье – это отсутствие болезней;

2) «здоровье» и «норма» — понятия, тождественные;

3) здоровье как единство «морфологических, психо-эмоциональных и социально-экономических, констант [15, с. 131].

Общее для этих определений в том, что здоровье понимается как нечто противоположное болезни, отличное от нее, как синоним нормы.

Поэтому понятие «здоровье» можно определить следующим образом: здоровье— нормальное психосоматическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое и социальное благополучие и обеспечивающее полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций.

Какие содержательные характеристики используются при рассмотрении здоровья? Наиболее широкое распространение в настоящее время получил функциональный подход. Его особенность заключается в способности индивида осуществлять присущие ему биологические и социальные функции, в частности, выполнять общественно полезную трудовую, производственную деятельность. Их утрата является наиболее распространенным и наиболее значимым для человека, семьи, общества социальным последствием болезней человека.

В связи с функциональным подходом к здоровью возникло понятие «практически здоровый человек», поскольку возможны патологические изменения, которые существенно не сказываются на самочувствии и работоспособности человека. Однако при этом чаще всего не учитывается, какую цену организм платит за сохранение работоспособности. В ряде случаев цена может быть настолько высокой, что грозит серьезными последствиями здоровью и работоспособности в будущем, поскольку изменения в организме до определенного уровня могут не сказываться на субъективных ощущениях и даже не отражаться на функции того или иного органа и системы. Поэтому качественные и количественные характеристики как здоровья, так и болезни имеют довольно широкий диапазон толкования. В пределах его различия в степени выраженности здоровья определяются по многим критериям – признакам: уровню жизнеустойчивости организма, широте его адаптационных возможностей, биологической активности органов и систем, их способности к регенерации и др.

Происхождение болезни имеет два источника: состояние человеческого организма, т.е. «внутреннее основание» и внешние причины, на него воздействующие [15, с. 132]. Следовательно, для предупреждения болезней — повышения жизнеустойчивости организма есть два способа: или удаление внешних причин, или оздоровление, укрепление организма для того, чтобы он был в состоянии нейтрализовать эти внешние причины. Первый способ мало надежен, поскольку человеку, живущему в обществе, практически невозможно устранить все внешние факторы болезни.

Второй способ более результативен. Он заключается в том, чтобы по мере возможности избегать поводов, провоцирующих болезни, и в же время закалять свой организм, приучать его приспосабливаться к внешним влияниям, чтобы снизить чувствительность к действию неблагоприятных факторов. Поэтому способность к адаптации — один из важнейших критериев здоровья.

## 1.2 Образ жизни студентов и его влияние на здоровье

Охрана и укрепление здоровья студенчества в основном определяется образом жизни. Повышенное внимание к нему проявляется на уровне общественного сознания, в сфере культуры, образования, воспитания.

Образ жизни студенту нельзя навязать извне. Личность имеет реальную возможность выбора значимых для нее форм жизнедеятельности, типов поведения. Обладая определенной автономностью и ценностью, каждая личность формирует свой образ действий и мышления. Личность способна оказывать влияние на содержание и характер образа жизни группы, коллектива, в которых она находится.

Выражением саморегуляции личности в жизнедеятельности является ее стиль жизни. Это поведенческая система, характеризующаяся определенным постоянством составляющих ее компонентов и включающая приемы поведения, обеспечивающие достижение студентом намеченных целей с наименьшими физическими, психическими и энергетическими затратами. Становясь привычкой, стиль жизни приобретает некоторую свободу от сферы сознательного контроля. Но для сферы самоуправления личности могут быть характерны и целенаправленные волевые акты самовоздействия. Этот уровень саморегуляции становится возможен при развитости иерархии мотивов личности, наличии мотиваций высокого уровня, связанного с общей направленностью интересов и ценностных ориентации, обобщенных социальных установок.

Анализ фактических материалов о жизнедеятельности студентов свидетельствует о ее неупорядоченности и хаотичной организации. Это отражается в таких важнейших компонентах, как несвоевременный прием пищи, систематическое недосыпание, малое пребывание на свежем воздухе, недостаточная двигательная активность, отсутствие закаливающих процедур, выполнение самостоятельной учебной работы во время, предназначенное для сна, курение и др. В то же время установлено, что влияние отдельных компонентов образа жизни студентов, принятого за 100%, весьма значимо. Так, на режим сна приходится 24—30%, на режим питания — 10—16%, на режим двигательной активности — 15—30%. Накапливаясь в течение учебного года, негативные последствия такой организации жизнедеятельности наиболее ярко проявляются ко времени его окончания (увеличивается число заболеваний). А так как эти процессы наблюдаются в течение 5—6 лет обучения, то они оказывают существенное влияние на состояние здоровья студентов. Так, по данным обследования 4000 студентов МГУ (Б.И. Новиков) зафиксировано ухудшение состояния их здоровья за время обучения. Если принять уровень здоровья студентов I курсаза 100%, то на II курсе оно снизилось в среднем до 91,9%; на III — до 83,1, на IV курсе— до 75,8% [15, с. 112].

Эти факты позволяют сделать вывод, что практические занятия по физическому воспитанию в вузе не гарантируют автоматически сохранение и укрепление здоровья студентов. Его обеспечивают многие составляющие образа жизни, среди которых большое место принадлежит регулярным занятиям физическими упражнениями, спортом, а также оздоровительным факторам.

## 1.3 Здоровый образ жизни студента

В последние годы активизировалось внимание к здоровому образу жизни студентов, это связано с озабоченностью общества по поводу здоровья специалистов, выпускаемых высшей школой, роста заболеваемости в процессе профессиональной подготовки, последующим снижением работоспособности. Необходимо отчетливо представлять, что не существует здорового образа жизни как некой особенной формы жизнедеятельности вне образа жизни в целом.

Здоровый образ жизни отражает обобщенную типовую структуру форм жизнедеятельности студентов, для которой характерно единство; и целесообразность процессов самоорганизации и самодисциплины, саморегуляции и саморазвития, направленных на укрепление адаптивных возможностей организма, полноценную самореализацию своих сущностных сил, дарований и способностей в общекультурном и профессиональном развитии, жизнедеятельности в целом. Здоровый образ жизни создает для личности такую социокультурную микросреду, в условиях которой возникают реальные предпосылки для высокой творческой самоотдачи, работоспособности, трудовой и общественной, активности, психологического комфорта, наиболее полно раскрывается психофизиологический потенциал личности, актуализируется процесс ее самосовершенствования. В условиях здорового образа жизни ответственность за здоровье формируется у студента как часть общекультурного развития, проявляющаяся в единстве стилевых особенностей поведения, способности построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной в духовном, нравственном и физическом отношении жизни.

Организуя свою жизнедеятельность, личность вносит в нее упорядоченность, используя некоторые устойчивые структурные компоненты. Это может быть определенный режим, когда студент, например, регулярно в одно и то же время питается, ложится спать, занимается физическими упражнениями, использует закаливающие процедуры. Устойчивой может быть и последовательность форм жизнедеятельности: после учебной недели один выходной день посвящается общению с друзьями, другой — домашним делам, третий – занятиям физической культурой.

Эти характеристики здорового образа жизни устойчивы по отношению к постоянно меняющимся, многочисленным воздействиям окружения человека. Они образуют своего рода барьеры, ограждающие его от необходимости все время реагировать на многообразие существующих вокруг суждений, мнений, оценок, требований. Внутри этих границ студент волен регулировать свои действия, опробовать новые образцы поведения. С одной стороны, устойчивые и повторяющиеся компоненты жизнедеятельности обращены к личности, связаны с ее индивидуальными предпочтениями, с другой—они не являются ее изобретением, а складываются и приобретают культурное значение в процессе общения людей, в ходе их повседневной практики.

Здоровый образ жизни характеризуется направленностью, которая объективно выражается в том, какие ценности им производятся, какие общественные потребности им удовлетворяются, что он дает для развития самой личности. Между реальным образом жизни и порождаемой им системой субъективных отношений возникают противоречия, в процессе разрешения которых происходит перестройка, развитие и совершенствование образа жизни, система отношений в нем. Важно не только то, как студент живет, но и то, ради чего он живет, чем гордится и против чего борется. Так здоровый образ жизни приобретает оценочное и нормативное понятие.

Здоровый образ жизни во многом зависит от ценностных ориентации студента, мировоззрения, социального и нравственного опыта. Общественные нормы, ценности здорового образа жизни принимаются студентами как личностно значимые, но не всегда совпадают с ценностями, выработанными общественным сознанием. Так, в процессе накопления личностью социального опыта возможна дисгармония познавательных (научные и житейские знания), психологических (формирование интеллектуальных, эмоциональных, волевых структур), социально-психологических (социальные ориентации, система ценностей), функциональных (навыки, заменил; привычки, нормы поведения, деятельность, отношения) процессов. Подобная дисгармония может стать причиной формирования асоциальных качеств личности. Поэтому в вузе необходимо обеспечить сознательный выбор личностью обществённых ценностей здорового образа жизни и формировать на их основе устойчивую, индивидуальную систему ценностных ориентации, способную обеспечить саморегуляцию личности, мотивацию её поведения и деятельности.

Для студента с высоким уровнем развития личности характерно не только стремление познать себя, но желание и умение изменять себя, микросреду, в которой он находится. Путем активного самоизменения и формируется личностью ее образ жизни. Самосознание, вбирая в себя опыт достижений личности в различных видах деятельности, проверяя физические и психические качества через внешние виды деятельности, общение, формирует полное представление студента в себе. Одновременно с этим в структуру самосознания включаются идеалы, нормы и ценности, общественные по своей сути. Они присваиваются личностью, становятся ее собственными идеалами, ценностями, нормами, частью ядра личности — ее самосознания.

## 1.4 Ценностные ориентации студентов на здоровый образ жизни и их отражение в жизнедеятельности

Изучение ценностных ориентации студентов на здоровый образ жизни позволяет выделить среди них условно четыре группы. Первая группа включает в себя абсолютные, общечеловеческие ценности, получившие у студентов оценку огромного значения. Вторая группа «преимущественных ценностей» — хорошее телосложение и физическое состояние, авторитет среди окружающих. Третья группа ценностей получила наименование «противоречивых» за то, что в ниходновременно представлены признаки большого и небольшого значения. Четвертая группа ценностей названа «частными», так как ее содержанию студенты придают небольшое значение — знания о функционировании человеческого организма, физическая подготовленность к избранной профессии, общественная активность [4, с. 21].

Суждения студентов о влиянии физической культуры на общекультурное развитие личности в большей степени связаны с улучшением форм телесного и функционального развития. Заметное снижение влияния физической культуры на другие стороны личности и ее деятельность обусловлены постановкой физического воспитания в вузе, недостаточной реализацией его гуманитарного содержания, негативным опытом предшествующих занятий, воздействием ближайшего окружения и др.

Менее четверти студентов приобщено к регулярной физкультурно-спортивной деятельности на досуге. На этом фоне наблюдается недостаточная эффективность пропаганды здорового образа жизни преподавателями физического воспитания, медицинскими работниками. Студенты выделяют среди факторов риска здоровью прежде всего злоупотребление алкоголем — 75,6%, курение — 73,5%, что отражает один из стереотипов пропаганды здорового образа жизни. Недостаток двигательной активности отмечен 39,9% студентов; загрязнение окружающей среды осознается 29,3% респондентов; на конфликты с окружающими указали 29,1%; на перегруженность учебно-профессиональными и домашними обязанностями 7,9%. В то же время напряженный режим учебного труда, как показывают многие исследования, — существенный фактор возникновения астенических состояний студентов [15, с. 139].

Что побуждает студентов поддерживать свое физическое состояние? «Уверенно чувствовать себя среди других людей, больше нравиться им, вызывать уних уважение» (68,1% опрошенных) и «получать удовольствие от двигательной деятельности, ощущать радость и красоту движений собственного тела, испытывать мышечную радость, чувствовать высокий мышечный тонус» (44,5% опрошенных). Это свидетельствует о гедонистическом характере физического совершенствования студентов. Очевидно, в приобщении к физической культуре необходимо обращать внимание на разнообразие ее эмоциональных, рекреативных эффектов. Стремление достигнуть высоких спортивных результатов престижно лишь для очень ограниченного круга сегодняшних студентов (2,5% женщин и 6% мужчин). К сожалению, возможности физической культуры как средства поддержания работоспособности еще не получили должной оценки у студентов (менее четверти ответов). Такое положение вызвано, в частности, ограниченным образовательным потенциалом учебных занятий по физическому воспитанию [15, с. 140]*.*

Среди причин невнимания к поддержанию своего физического состояния студентами отмечается нехватка времени (18,5% женщин и 41,6% мужчин) и отсутствие необходимого упорства, воли, настойчивости (17,5% женщин и 20,8% мужчин). Это свидетельствует о недостаточной организованности и требовательности к себе студентов в организации жизнедеятельности, где органично присутствуют и волевые начала [15, с. 140].

Забота о своем физическом состоянии отличается у женщин и мужчин. У женщин это проявляется в поддержании «внешних» форм состояния (пропорции телосложения — 27%, соотношение роста и массы тела — 54%, особенности фигуры); у мужчин отмечена забота о развитии мускулатуры — 61,2%, пропорций телосложения—50%, физических качеств—32—47%. Эти факты свидетельствуют о необходимости более дифференцированного подхода к методикам физического вое питания для лиц разного пола [15, с. 140].

Полученные данные говорят об отсутствии у большинства студентов активных усилий но поддержанию своего физического состояния. Даже в количественном отношении число случаев систематического использования необходимых средств для этой цели (6%) существенно уступает числу случаев пренебрежения этими средствами (70%). Простые и доступные средства — самомассаж, закаливание, аутогенная тренировка очень редко используются студентами, что свидетельствует о существенных изъянах в их образовательной подготовке. А наличие в арсенале средств регулирования физического состояния табака алкоголя и даже наркотиков, с одной стороны, характеризует ограниченный выбор средств, с другой — говорит об отсутствии валеологического мышления и поведения у большинства студентов [15, с. 141].

Во внеучебной деятельности физкультурно-спортивная активность студентов низка. Не участвуют в ней 60% женщин и 46% мужчин. Вспортивных занятиях задействовано лишь 36,5% женщин и 45,6% мужчин, а в сборных командах вуза участвуют - 3,5 и 8,4% [15, с. 141].

Женщины предпочитают не слишком продолжительные по времени занятия (менее часа), но достаточно регулярные. Мужчинам нравятся более длительные по времени занятия, но проводимые пореже. К сожалению, при планировании двигательной деятельности в самостоятельных занятиях и ее регулировании 57,5% женщин и 33,6% мужчин не могут использовать каких-либо показателей — не хватает необходимых знаний; от 24 до 37% ориентируются лишь на самочувствие [15, с. 141].

Путь к общекультурному развитию, а следовательно, и к здоровью начинается с овладения знаниями. Они опережают практику, указывают путь ее преобразования, превращают знания в элементы сознания, расширяя и перерабатывая их в убеждения. А убеждения строятся не столько на логическом характере знаний, сколько на их практическом смысле.

Основной источник информации для студентов — занятия по физическому воспитанию — теоретические и практические (38—51%). Заметно влияние средств массовой информации: газет, теле- и радиорепортажей (25—44%). Редко используется информация, полученная из специальной литературы, от посещения спортивных зрелищ (14— 23%). В качестве значимой студенты выделяют информацию о рациональном питании, методике оздоровительного бега и ходьбы, а также самоконтроле в процессе занятий физическими упражнениями, методике использования гимнастических и дыхательных упражнений, закаливании, о вопросах регулирования половой жизни (от 60 до 87%). Повышенный интерес студентов к вопросам регулирования половой жизни отражает актуализацию одной из важных социально-биологических функций молодежи—репродуктивную [15, с. 142].

Несколько ниже потребность в информации, связанной с использованием сауны, методиками аутогенной тренировки, нетрадиционных систем физических упражнений (йога, у-шу и др.), применением лекарств, витаминов, гомеопатических препаратов (от 36 до 59%) [15, с. 142].

Анализ полученной информации свидетельствует о мозаичности структуры знаний студентов, их недостаточной упорядоченности и взаимосвязи. Имеющиеся знания не обладают необходимым функциональным характером для использования в повседневной жизнедеятельности, а студентам не хватает поисково-познавательной активности для их пополнения и расширения.

## 1.5 Содержательные характеристики составляющих здорового образа жизни студентов

К основным составляющим здорового образа жизни относят:

* режим труда и отдыха;
* организацию сна;
* режим питания;
* организацию двигательной активности;
* выполнение требований санитарии, гигиены, закаливания;
* профилактику вредных привычек;
* культуру межличностного общения;
* психофизическую регуляцию организма;
* культуру сексуального поведения.

### 1.5.1 Режим труда и отдыха

Понимание важности хорошо организованного режима труда и отдыха основано на закономерностях протекания биологических процессов в организме.

Человек, соблюдая устоявшийся и наиболее целесообразный режим жизнедеятельности, лучше приспосабливается к течению важнейших физиологических процессов. В том случае, если резервы нашей адаптации исчерпываются, мы начинаем испытывать дискомфорт, утомляемость, а то и заболеваем. Следовательно, необходимо вести четко организованный образ жизни, соблюдать постоянный режим в учебном труде, отдыхе, питании, сне и заниматься физическими упражнениями. При ежедневном повторении обычного уклада жизни, довольно быстро между этими процессами устанавливается, взаимосвязь, закрепленная цепью условных рефлексов. Благодаря этому физиологическому свойству предыдущая деятельность является как бы толчком к последующей, подготавливая организм к легкому; и быстрому переключению на новый вид деятельности, что обеспечивает ее лучшее выполнение [5, с. 231].

Режим дня — нормативная основа жизнедеятельности для всех студентов. В то же время он должен быть индивидуальным, т.е. соответствовать конкретным условиям, состоянию здоровья, уровню работоспособности, личным интересам и склонностям студента. Важно обеспечить постоянство того или иного вида деятельности в пределах суток, не допуская значительных отклонений от заданной нормы. Режим будет реальным и выполнимым, если он динамичен и строится с учетом непредвиденных обстоятельств.

Каким образом можно разработать научно обоснованный режим дня? Сначала необходимо проанализировать затраты учебного, внеучебного и свободного времени в соответствии с приведенными гигиенически допустимыми нормами. В соответствии с ними суточный бюджет времени студента состоит из двух половин: 12 ч учебных занятий (6 ч аудиторных и 4—6 ч самостоятельных) и 12 ч, отведенный на восстановление организма (сон, отдых, самообслуживание) и личностное развитие (занятия по интересам, общественная деятельность, бытовое и дружеское общение, физическая культура и спорт). Воскресные дни содержат 12 ч резервных (вместо времени, затрачиваемого на учебную деятельность). Затем следует распределить разные виды деятельности в пределах конкретного дня, установить постоянную последовательность и правильное чередование труда и отдыха, общий распорядок дня в зависимости от сменности и учебного расписания.

### 1.5.2 Организация сна

Сон — обязательная и наиболее полноценная форма ежедневного отдыха. Для студента необходимо считать обычной нормой ночного монофазного сна 7,5—8 ч. Часы, предназначенные для сна нельзя рассматривать как некий резерв времени, который можно часто и безнаказанно использовать для других целей. Это, как правило, отражается на продуктивности умственного труда и психоэмоциональном состоянии. Беспорядочный сон может привести к бессоннице, другим нервным расстройствам.

Напряженную умственную работу необходимо прекращать за 1,5 ч до отхода ко сну, так как она создает в коре головного мозга замкнутые циклы возбуждения, отличающиеся большой стойкостью. Интенсивная деятельность мозга продолжается даже тогда, когда человек закончил заниматься. Поэтому умственный труд, выполняемый непосредственно перед сном, затрудняет засыпание, приводит к ситуативным сновидениям, вялости и плохому самочувствию после пробуждения. Перед сном необходимо проветривание комнаты, а еще лучше сон при открытой форточке [15, с. 147].

Малоспящим людям для хорошего самочувствия и высокой работоспособности достаточно 5—6 ч сна. Это, как правило, люди энергичные, активно преодолевающие трудности, не задерживающие чрезмерно внимание на неприятных переживаниях. Многоспящие люди нуждаются в 9 ч сна и даже более. Это преимущественно люди с повышенной эмоциональной чувствительностью.

Наиболее распространенное расстройство сна, когда человек мало и плохо спит, называют бессонницей. Иногда не дают заснуть дела: переволновался или растревожился человек. Такую бессонницу называют ситуативной. Обычно она проходит вместе с исчезновением причин беспокойства или конфликта. Случается, что кризисная ситуация проходит, но оставляет вредную привычку «слишком сильно стремиться заснуть». Она может вызвать обратную реакцию — развитие стойкой бессонницы от боязни бессонницы. Причиной стойкого расстройства сна могут стать успокаивающие и снотворные средства, если их долго принимать. Снотворные лекарства выключают механизм сна, ломают и перекраивают его фазы.

### 1.5.3 Организация режима питания

Культура питания играет значительную роль в формировании здорового образа жизни студентов. Каждый студент может и должен знать принципы рационального питания, регулировать нормальную массу своего тела. Рациональное питание — это физиологически полноценный прием пищи людьми с учетом пола, возраста, характера труда и других факторов. Питание строится на следующих принципах: достижения энергетического баланса; установления правильного соотношения между основными пищевыми веществами — белками, жирами, углеводами, между растительными и животными белками и жирами, простыми и сложными углеводами; сбалансированности минеральных веществ и витаминов; ритмичности приема пищи.

Пища служит источником энергии для работы всех систем организма, обновления тканей. Часть энергии идет на основной обмен, необходимый для поддержания жизни в состоянии полного покоя (для мужчин с массой тела 70 кг он составляет в среднем 1700 ккал; у женщин на 5—10% ниже); энерготраты на усвоение пищи составляют около 200 ккал, или 10—15%; около 30—40% энергии уходит на обеспечение физической и профессиональной активности человека. В среднем суточное потребление энергии у юношей составляет 2700 ккал, девушек — 2400 ккал. Потребность в энергии населения северных зон выше, чем центральной, на 10—15%, в южных — на 5% ниже.

Калорийность рациона на 1400—1600 ккал обеспечивается за счет углеводов (350—450 г), 600—700 ккал за счет жиров (80—90 г) и 400 ккал за счет белков (100 г). Из общего количества углеводов доля сахара должна составлять не более 25%. Желательно, чтобы не менее 30% углеводов обеспечивалось за счет картофеля, овощей, фруктов. Жировую часть рациона целесообразно обеспечить на 1/4 сливочным маслом, 1/4 — растительным, а 2/4 — за счет жира, содержащегося в самих пищевых продуктах. Количество белков животного происхождения должно составлять 50—60% его суточной нормы, половина которой обеспечивается за счет молочных продуктов [4, с. 71].

В период экзаменационных сессий, когда энерготраты возрастают, распад белков усиливается, вследствие чего энергетическая ценность рациона повышается до 3000 ккал, а потребление белков до 120 г, 1мг в процессе регулярных занятий физическими упражнениями и спортом, в зависимости от его видов, энерготраты возрастают до 3500—4000 ккал В связи с этим изменяется соотношение основных пищевых продуктов. Так, при выполнении спортивных упражнений, способствующих увеличению мышечной массы и развитию силы, в питании повышается содержание белка (16—18% по калорийности). При длительных упражнениях на выносливость повышается содержание углеводов (60—65% по калорийности). В период соревнований в рацион целесообразно включать легкоусвояемые продукты, богатые белками и углеводами. Кроме того, возрастает потребность в витаминах и прежде всего (в расчете на каждые 1000 ккал) аскорбиновой кислоте (35 мг), теамине (0,7 мг), рибофлавине (0,8 мг), ниацине (7 мг), токофероле (5 мг) [4, с. 73].

Потребность организма в воде соответствует количеству теряемой им жидкости. Вода составляет в среднем 66% нашего тела. В нормальных условиях человек теряет за сутки в среднем 2300—2800 мл воды. Потребность в воде составляет 35—45 мл на 1 кг массы тела. В обычных условиях потребность организма в воде частично удовлетворяется за счет поступления с твердой пищей (в среднем 800—1000 мл/сут) и оксидационной воды (образующейся в самом организме при окислении белков, жиров и углеводов — 350—480 мл/сут). Поэтому для полного удовлетворения потребности организма в воде необходимо употреблять дополнительно около 1200—1500 мл так называемой свободной жидкости (чай, молоко, вода, компоты, супы, соки и др.). Недостаток воды способствует накоплению в организме продуктов распада белков и жиров, а избыток — вымыванию из него минеральных солей, водорастворимых витаминов и других необходимых веществ.

Важным аспектом культуры питания является режим питания и распределение калорийности пищи в течение суток. По этому поводу существуют три точки зрения. Первая большое значение придает максимальному завтраку. 40—50% калорийности дневного рациона должно приходиться на утренний прием пищи, примерно по 25% остается на обед и на ужин. Это обосновано тем, что у большинства людей жизнедеятельность организма в первой половине дня выше и им больше подходит плотный завтрак. Вторая точка зрения связана с равномерным распределением нагрузки по калорийности при трех-четырехразовом питании (по 30% приходится на завтрак и ужин, 40% — на обед). Такое распределение калорий часто рекомендуют при любом питании. Третий подход связан с максимальным ужином (около 50% суточной калорийности приходится на ужин и по 25% на завтрак и обед). При этом имеется в виду, что ужинать надо не позднее 18—20 ч и не менее чем за 2—3 ч до сна. Объясняется подобная позиция тем, что максимальное выделение желудочного сока и ферментов приходится на 18-19 ч. Кроме того, для защиты от вечернего накопления продуктов метаболизма природа «предусмотрела» и вечерний максимум функций почек обеспечивающий быстрое выведение шлаков с мочой. Поэтому такая пищевая нагрузка тоже рациональна [4, с. 80].

К режиму питания следует подходить строго индивидуально. Главное правило — полноценно питаться не менее 3-4 раз в день. Выбрав тот или иной пищевой режим необходимо строго соблюдать его, поскольку резкие перемены в питании, пищевые стрессы, отнюдь не безразличны для организма. Систематические нарушения режима питания (еда всухомятку, редкие или обильные, беспорядочные приемы пищи) ухудшают обмен веществ и способствуют возникновению заболеваний органов пищеварения, в частности гастритов, холециститов.

При занятиях физическими упражнениями, спортом принимать пищу следует за 2—2,5 ч до и спустя 30—40 мин после их завершения. При двигательной деятельности, связанной с интенсивным потоотделением, следует увеличить суточную норму потребления поваренной соли с 15 до 20—25 г. Полезно употреблять минеральную или слегка подсоленную воду.

### 1.5.4 Организация двигательной активности

Один из обязательных факторов здорового образа жизни студентов — систематическое, соответствующее полу, возрасту, состоянию здоровья использование физических нагрузок. Они представляют собой сочетание разнообразных двигательных действий, выполняемых в повседневной жизни, в организованных и самостоятельных занятиях физическими упражнениями и спортом, объединенных термином «двигательная активность» [15, с. 149].

У большого числа людей, занятых в сфере интеллектуального труда двигательная активность ограничена. Это присуще и студентам, у которых соотношение динамического и статического компонентов жизнедеятельности составляет по времени в период учебной деятельности 1:3, а по энерготратам 1:1; во внеучебное время соответственно 1:8 и 1:2. То обстоятельство, что динамический компонент деятельности студентов во время учебных занятий и во внеучебное время почти одинаково указывает на низкий уровень двигательной активности значительного контингента студентов. В то же время определенная часть студентов увлекается спортом, уровень достижений в котором требует от них выполнения сравнительно высоких по объему и интенсивности физических нагрузок. Поэтому возникает важнейшая социально-педагогическая задача — определить оптимальные, а также минимально и максимально возможные режимы двигательной активности.

Минимальные границы должны характеризовать тот объем движений, который необходим человеку, чтобы сохранить нормальный уровень функционирования организма. Этому уровню должен отвечать двигательный режим оздоровительно-профилактического характера. Оптимальные границы должны определить тот уровень физической активности, при котором достигается наилучшее функциональное состояние организма, высокий уровень выполнения учебно-трудовой и социальной деятельности. Такой режим носит оздоровительно-развивающий характер. Максимальные границы должны предостерегать от чрезмерно высокого уровня физических нагрузок, который может привести к переутомлению, перетренировке, к резкому снижению уровня работоспособности в учебно-трудовой деятельности. Назовем такой режим индивидуально адаптированным к максимальным возможностям студентов. Поэтому для студентов-спортсменов, ориентированных на достижение высоких спортивных результатов необходимо планировать индивидуальный режим обучения, жизнедеятельности, тренировки, обеспечивающий сочетание всех его компонентов. На рис. 1.1 представлена схема соотношения границ различной двигательной активности, они относительны, подвижны и определяются многими факторами.

Установлено, что в среднем двигательная активность студентов в период учебных занятий (8 мес) составляет 8000—11000 шагов в сутки; в экзаменационный период (2 мес) — 3000—4000 шагов, а в каникулярный период 14 000—19000. Очевидно, что уровень двигательной активности студентов во время каникул отражает естественную потребность в движениях, ибо в этот период они свободны от учебных занятий. Исходя из этого можно отметить, что уровень их двигательной активности в период учебных занятий составляет 50-65%, в период экзаменов — 18—22% биологической потребности. Это свидетельствует о реально существующем дефиците движений на протяжении 10 мес в году [15, с. 150].

Рис. 1.1 - Схема соотношения границ различной двигательной активности: МНВ *—* минимально необходимая величина; МДВ *—* максимально допустимая величина; І — патология; ІІ – гипокинезия; ІІІ *—* гигиеническая норма; ІV *—* гиперкинезия; V— патология

Учебные занятия по физическому воспитанию (два раза в неделю) в среднем обеспечивают возможность движений в объеме 4000— 7300 шагов, что не может компенсировать общий дефицит двигательной активности за неделю. К сожалению, в выходные дни малоподвижный образ жизни доминирует у большинства студентов, а двигательный компонент составляет менее 2% бюджета свободного времени.

У студентов-спортсменов среднесуточный объем двигательной активности составляет 16000—24000 шагов. Его повышение до 28000—32000 шагов на учебно-тренировочных занятиях затрудняет восстановление. Как следствие, у них существенно снижается в последующие дни объем повседневной двигательной активности до 2500—4000 шагов. Такое явление отражает процесс саморегуляции двигательной активности, внутреннее содержание которого составляет взаимодействие процессов утомления и восстановления [15, с. 150].

Следует учитывать сезонные колебания двигательной активности — зимой она снижается на 5—15% по отношению к лету. У студентов, отнесенных к основной медицинской группе, она выше, чем у тех кто распределен в специальную медицинскую группу, в среднем на 17—28%. У мужчин двигательная активность выше, чем у женщин, в среднем на 25—30%. Нейродинамические особенности (баланс между возбуждением и торможением) также влияют на объем двигательной активности. У лиц с преобладанием возбуждения наблюдается более высокий уровень двигательной активности, чем у лиц с преобладанием торможения над возбуждением (в 2—3 раза). Лица с уравновешенностью этих процессов по уровню двигательной активности занимают среднее положение [15, с. 151].

В соответствии с программой профилактики основных факторов риска среди молодежи гиподинамической считается ситуация, при которой студент уделяет физическим упражнениям до 4 ч в неделю, т.е. занимается только в рамках учебных занятий по физическому воспитанию. Оптимальным двигательным режимом для студентов является такой, при котором мужчины уделяют занятиям 8—12 в неделю, а женщины 6—10 ч. При этом на целенаправленные занятия физическими упражнениями желательно затрачивать не менее 6—8ч мужчинам и 5—7 ч женщинам. Остальное время дополняется физической активностью в различных условиях бытовой деятельности. Важный фактор оптимизации двигательной активности—самостоятельные занятия студентов физическими упражнениями (утренняя гимнастика, микро паузы в учебном труде с использованием упражнений специальной направленности, ежедневные прогулки, походы выходного дня и т.д.). Необходимые условия самостоятельных занятий—свободный выбор средств и методов их использования, высокая мотивация и положительный эмоциональный и функциональный эффект от затраченных физических, волевых, эмоциональных усилий.

Таким образом, чтобы выполнять указанный двигательный режим, необходима двигательная деятельность в объеме 1,3—1,8 ч в день. За счет использования двигательной активности с относительно высокой интенсивностью можно сократить ее продолжительность. Так, двухчасовую прогулку со скоростью 4,5 км/ч заменяет 15-минутный бег со скоростью 10 км/ч или 30 мин игры в баскетбол. В качестве компонента двигательной активности не следует забывать танцы. Их высокий эмоциональный эффект сопряжен и с хорошим функциональным эффектом (пульсовой режим 120—140 удар/мин) [15, с. 153].

### 1.5.5 Личная гигиена

Знание правил и требований личной гигиены обязательно для каждого культурного человека. Гигиена телапредъявляет особые требования к состоянию кожных покровов, выполняющих следующие функции: защита внутренней среды организма, выделение из организма продуктов обмена веществ, теплорегуляция и др. В полном объеме они выполняются только при здоровой и чистой коже. Кожа способна к самоочищению. С чешуйками, секретом сальных и потовых желез удаляются различные вредные вещества. Мыть тело под душем, в ванной или бане рекомендуется не реже одного раза в 4—5 дней. После занятий физическими упражнениями необходимо принимать теплый душ и менять нательное белье.

Уход за полостью рта и зубами требует, чтобы после еды рот прополаскивался теплой водой. Чистить зубы рекомендуется раз в день во избежание стирания эмали. Зубная щетка не должна быть чересчур жесткой, а процедура чистки должна занимать не менее 2 мин. Чтобы сохранить зубы, важно, чтобы пища содержала достаточно кальция, из солей которого в значительной степени состоит ткань зубов, а также витаминов, особенно D и В. Для укрепления десен следует больше употреблять в пищу лука, чеснока, свежих овощей. Во время еды нужно избегать быстрого чередования горячих и холодных блюд. Нежелательно грызть орехи, косточки ягод и плодов, поскольку эмаль, покрывающая зубы, может дать трещину, после чего разрушение зубных тканей идет весьма быстро. Не реже 2 раза в год необходимо посещать врача стоматолога для профилактического осмотра зубов. Гигиена одеждытребует, чтобы при ее выборе руководствовались не мотивами престижности, а ее гигиеническим назначением в соответствии с условиями и деятельностью, в которых она используется. К спортивной одежде предъявляются специальные требования, обусловленные характером занятий и правилами соревнований по видам спорта. Она должна быть по возможности легкой и не стеснять движений. Поэтому спортивная одежда изготавливается из эластичных хлопчатобумажных и шерстяных тканей с высокой воздухопроницаемостью, хорошо впитывающих пот и способствующих его быстрому испарению. Спортивную одежду из синтетических тканей рекомендуется применять лишь для защиты от ветра, дождя, снега и др. Спортивную одежду следует использовать только во время занятий и соревнований; ее необходимо регулярно стирать. Гигиена обувитребует, чтобы она была легкой, эластичной, хорошо вентилируемой, а также обеспечивала правильное положение стопы. В этом отношении лучшими качествами обладает обувь из натуральной кожи. Спортивная обувь, кроме того, должна защищать стопу от повреждений и иметь специальные приспособления для занятий соответствующим видом спорта [16, с. 109].

Дополнительные гигиенические средства включают гидропроцедуры, массаж, самомассаж и направлены на ускорение восстановления работоспособности. Душ оказывает температурное и механическое воздействие на организм: горячий и продолжительный душ понижает возбудимость, повышает интенсивность обменных процессов. Теплый душ действует успокаивающе. Кратковременные холодные и горячие души повышают тонус мышц и сердечно-сосудистой системы. Контрастный душ — эффективное средство восстановления работоспособности. Схема его применения: 1 мин — под горячей водой (+38-40°С), 5—10 с — под холодной (+12-15°С). Затем цикл повторяется на протяжении 5—7 мин. Массаж — его приемы действуют на расположенные в коже, мышцах и связках нервные окончания, оказывают влияние на ЦНС, а через нее на функциональное состояние всех органов и систем: улучшается кровообращение, работоспособность мышц, повышается эластичность и прочность мышечных сухожилий и связок, улучшается подвижность в суставах, ускоряется ток крови и лимфы. Вот почему после массажа человек чувствует себя бодрее [16, с. 109].

###

### 1.5.6 Профилактика вредных привычек

Здоровый образ жизни несовместим с вредными привычками. Употребление алкоголя, наркотических веществ, табака входит в число важнейших факторов риска многих заболеваний, негативно отражающихся на здоровье студентов.

У пьющих мужчин в 2,5 раза выше заболеваемость психическими расстройствами, болезнями печени, органов дыхания; у женщин часто рождаются дети с врожденными аномалиями. Алкоголь — это вещество наркотического действия; он обладает всеми характерными для данной группы веществ особенностями. Сразу, после приема алкоголя наступает выраженная фаза возбуждения (эйфория) — люди становятся веселыми, общительными, разговорчивыми, смелыми (нарушаются тормозные процессы в ЦНС); возбуждаются половые эмоции, но заглушается чувство стыда, появляется неразборчивость в связях (большинство заражений венерическими болезнями происходит в состоянии опьянения). Под действием алкоголя возникает иллюзия о повышении работоспособности, приводящая к переоценке сил и возможностей. На самом деле объективно снижается умственная работоспособность (быстрота и точность мышления, ухудшается внимание, допускается много ошибок). Ухудшается и физическая работоспособность, значительно снижается точность, координацией быстрота движений, а также мышечная сила. Вслед за фазой возбуждения неизбежно наступает фаза угнетения.

Продолжительное, и систематическое употребление алкоголя раздражающе действует на проводящую систему сердца, а также нарушает нормальный процесс обмена веществ. Мышцы сердца изнашиваются, их сокращения становятся вялыми, полости сердца растягиваются; на поверхности сердца и в пространствах между мышечными волокнами начинает откладываться жир, что ограничивает его работоспособность. Также повышается проницаемость кровеносных сосудов снижается их эластичность, повышается свертываемость крови, что может стать причиной возникновения инфаркта миокарда.

Страдают также органы пищеварения. Раздражая органы желудочно-кишечного тракта, алкоголь вызывает нарушение секреции желудочного сока и выделения ферментов, что приводит к развитию гастритов, язвы желудка и даже злокачественных опухолей. Развивается ожирение печени, затем ее цирроз, который в 10% случаев завершается появлением ракового заболевания. Незначительно уступает печени по частоте поражения поджелудочная железа. Нарушается функция дыхательной системы, что проявляется в потере эластичности легочной ткани и возникновении эмфиземы легких. Ухудшается выделительная функция почек. Страдает функция половых желез — уменьшается сперматогенез, постепенно наступает половое бессилие. Понижается сопротивляемость организма к воздействию инфекций. Происходит снижение содержания в организме важнейших для жизнедеятельности витаминов В, РР, С, А, Е.

Выделяются три группы факторов, способствующих употреблению алкоголя. К социально-психологическому относится комплекс обычаев, традиций, «социальный опыт» употребления спиртного [12, с. 234]. Под их прикрытием удовлетворяется ряд потребностей индивида, например в общении, принадлежности к определенной группе, самоутверждении, которые молодой человек не мог реализовать по каким-то причинам другим способом. С этим может быть связано и «бегство» от реальной жизни, неуспех в учебе,работе. Для алкогольной группы характерно поверхностное завязывание контактов, гарантированная степень взаимоуважения, совместное проведение свободного времени в ответ на принятие новым ее членом внутригрупповых обычаев. Как правило, это предполагает повышение интенсивности потребления алкоголя ее новым членом. В группе культивируются собственные ценности, вплоть до своеобразного «алкогольного кодекса чести». При этом дискредитируется трезвый образ жизни. Индивидуально-психологические факторы связаны с психотропным эффектом алкоголя. На первую фазу опьянения легче проецируются психологические ожидания, связанные с возбуждением, эйфорией; на вторую — с расслаблением и успокоением. Прием спиртного становится своеобразным суррогатом психической саморегуляции, цена которой чрезвычайно высока из-за неблагоприятных последствий [12, с. 234].

Стиль жизни, связанный с употреблением алкоголя, неизбежно приводит к утрате социальной активности, замыкание в кругу своих эгоистических интересов. Снижается качество жизни студента в целом, его главные жизненные ориентиры искажаются и не совпадают с общепринятыми; работа, требующая волевых и интеллектуальных усилий, становится затруднительной, возникает конфликтный характер взаимоотношения с обществом.

Барьером к возникновению стремления к спиртным напиткам является образование внутреннего культурного стержня личности, ее нравственных ценностей, постоянная потребность в трудовой деятельности, четкой организации своего учебного труда и отдыха, активное включение в жизнедеятельность разнообразных средств физической культуры и спорта.

Курение — одна из самых вредных привычек.

Воздействие табачного дыма на органы дыхания приводит к раздражению слизистых оболочек дыхательных путей, вызывая в них воспалительные процессы, сопровождаемые кашлем, особенно по утрам хрипотой, выделением мокроты грязно-серого цвета. Впоследствии нарушается эластичность легочной ткани и развивается эмфизема легких. Именно поэтому курильщики в 10 раз чаще болеют раком легкого

Курение вызывает учащение сердцебиения до 85—90 удар/мин в покое при норме для здорового человека 60—80 удар/мин. Это приводит к увеличению работы сердца в сутки примерно на 20%. Вдыхание табачного дыма способно повысить артериальное давление на 20-25%, вызвать атеросклероз. Ухудшению питания сердечной мышцы кислородом способствует наличие в табачной дыме окиси углерода вытесняющего из соединений с гемоглобином кислород, что приводил к развитию ишемической болезни сердца [12, с. 241].

Курение приводит также к нарушению в деятельности эндокринных желез, в том числе надпочечников, щитовидной и половых желез. Среди мужчин 11% случаев полового бессилия обусловлены курение табака. У женщин может удлиняться менструальный цикл, у беременных — развиваться токсикоз и угроза выкидыша. Отравляющее действие никотина на организм усиливается в сочетании с алкоголем.

Притягательная сила курения для молодежи в том, что они получают удовольствие от сознания своей «полноценности», самоутверждения, ощущения себя идущим в ногу с модой, видят в курении средство для снятия эмоционального напряжения, повышения работоспособности. Так курение превращается в ритуал. Но какой ценой все это достигается?

К числу вредных привычек относится употребление наркотиков. Существует несколько классов наркотических веществ, отличающихся по характеру и степени своего воздействия на организм человека. Их основное свойство — способность вызвать состояние эйфории (не оправданное реальной действительностью возвышенное, радостное настроение). Причины употребления наркотиков разные. На первых порах — желание испытать еще незнакомое «острое» ощущение, подражать тем, кто уже употребляет эти вещества, желание хоть на короткое время уйти от каких-либо тяжелых жизненных ситуаций; почувствовать состояние «невесомости», «блаженства». Способы приема наркотических веществ различны: курение, вдыхание, прием внутрь, введение подкожно, внутривенно. Но в любом случае это связано с процессом стойкого привыкания («зависимости») к наркотическим препаратам. Когда потребление наркотиков становится систематическим, то постепенно снижаются защитные реакции организма, развивается привыкание к препарату. Некоторые наркоманы употребляют дозы наркотиков, в 10 раз превышающие допустимые для использования с лечебной целью. Со временем формируется психическая, а затем и физическая зависимость от наркотических веществ с неодолимым влечением к ним.

После фазы эйфории наступает состояние, сопровождающееся слабостью, апатией, чувством разбитости, слезотечением, тошнотой, рвотой, болями в мышцах, чувством страха, бредом преследования, тяжелым сном. При передозировке могут наступить нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и дыхания, мочеотделения, появляются различные сыпи, сильный кожный зуд, резкая слабость, изменение сознания, судороги. При передозировке нередки, случаи смерти. При сформировавшемся привыкании к препарату отказ от него вызывает состояние абстиненции, которое сопровождается помимо перечисленных нарушений спазмами и болями мышц, в пояснице. Появляется страх смерти, сон с кошмарами, неуравновешенность, агрессивность, депрессия. Такое состояние длится несколько дней.

Систематическое употребление наркотиков приводит к резкому истощению организма, изменению обмена веществ, психическим расстройствам, ухудшению памяти, появлению стойких бредовых идей, к проявлениям, подобным шизофрении, деградации личности, бесплодию. Общая деградация личности наступает в 15—20 раз быстрее, чем при злоупотреблении алкоголем. Лечить от наркомании очень сложно, лучший вариант — даже не пробовать наркотики.

### 1.5.7 Культура межличностного общения

Общение, эффективность которого определяется развитостью коммуникативной культуры его участников, — ведущий вид взаимодействия людей между собой и один из компонентов здорового образа жизни. Культура межличностного общения включает систему знаний, норм, ценностей и образцов поведения, принятых в обществе, где живет индивид, которые органично и непринужденно реализуются им в деловом и эмоциональном общении. Это важное условие удовлетворенности его отношений с окружающей жизнью в целом, один из залогов психического, физического, эмоционального, социального и интеллектуального развития личности. В настоящее время социально-психологическая ситуация существенно обострила проблему эмоционального общения людей. В развивающемся и дифференцирующемся обществе возрастают требования, которые люди сознательно или неосознанно предъявляют к реальным и возможным партнерам по общению. А удовлетворять их тем труднее, чем меньше развита коммуникативная культура каждого участника этого процесса.

Развитие коммуникативной культуры предполагает, прежде всего, развитие перцептивных способностей и умений правильно воспринимать окружающих людей. Исходя из этого, применять адекватный стиль и тон общения. Ведь одни и те же жесты, слова, вполне уместные, в разговоре с человеком спокойным и доброжелательным, могут вызвать нежелательную реакцию у возбужденного собеседника. Важно также уметь общаться в разных ситуациях — серьезная беседа предполагает одни требования; непринужденный разговор на отдыхе — другие; веселая, беседа в гостях на празднике — третьи; с людьми различного возраста и разной меры близости (родители, знакомые, приятели, друзья) — четвертые. Важно умение сотрудничать в различных видах деятельности. Развитие коммуникативной культуры опирается на развитие ряда психических свойств, речи, особенностей мышления, специфические социальные установки и коммуникативные умения. Это в первую очередь, потребность в глубоком эмоциональном и содержательном общении, которое в норме присуще каждому, но мера его развитости неодинакова в связи с половыми, социокультурными, возрастными особенностями человека. Эту потребность можно удовлетворить иногда, когда личность обладает эмпатией *—* способностью эмоционально отзываться на переживания других людей, проникать в их внутренний мир, понимать их переживания, мысли, чувства— сопереживать и сочувствовать им. Важно развивать рефлексию, т.е. готовность к самоанализу и навыкам его; она является предпосылкой способности к саморегуляции. Культура общения опирается на такие особенности мышления, как открытость (т.е. умение видеть ряд решений одной и той же задачи), гибкость, нестандартность плана действий. Своеобразие владения речью предполагает наличие большого запаса слов, образность и правильность речи, точное восприятие устного слова и точёную передачу идей партнеров своими словами; умение выделять из услышанного существо дела; корректную постановку вопросов; краткость и точность формулировок ответов на вопросы партнеров, логичность построения и изложения высказывания [15, с. 156].

Коммуникативная культура предполагает наличие таких социальных установок, которые утверждают общение как диалог, требующий умения слушать, проявлять терпимость к идеям и недостаткам партнера, учитывать, что надо не только что-то получить самому, но и возможно больше отдавать другим. Весьма значимы умения устанавливать контакты в конкретных ситуациях с желательными и необходимыми с точки зрения дела партнерами, входить в ситуации сотрудничества или общения с конкретными людьми; находить темы для разговора в разных ситуациях, выбирать адекватные способы взаимодействия в деловом и эмоциональном общении, в групповом или коллективном сотрудничестве.

Развитию коммуникативной культуры бесспорно содействует разнообразная и разносторонняя физкультурно-спортивная деятельность с ее многочисленными межличностными контактами гуманистического характера.

### 1.5.8 Психофизическая регуляция организма

Все субъективные восприятия разнообразных жизненных ситуаций, явлений, их оценка (желательность, полезность) связаны с эмоциями. Они помогают мобилизовать силы организма для экстренного преодоления каких-либо трудностей. Отрицательные эмоции приводят к повышению содержания в крови ацетилхолина, вызывающего сужение артерий сердца. Как избавиться от чрезмерных волнений, преодолеть отрицательные эмоции? Избавиться от них можно, переключая внимание на другой предмет или вид деятельности. Чем больше значит для нас какое-либо событие, тем сильнее реакция на него. Поэтому привычка трезво оценивать обстоятельства полезна для здоровья человека.

Под влиянием сильных эмоциональных воздействий возникает состояние стресса (напряжения). К числу отрицательных факторов, вызывающих его у студентов, можно отнести проблемы в семье, общежитии, обиду, тоску, неустроенность в жизни, подавленный гнев, незаслуженное оскорбление, сильный страх, дефицит времени, резкие перемены в условиях жизни, к которым нельзя быстро приспособиться. Но не всякий стресс вреден. Существует эустресс — положительный стресс, мобилизующий организм для приспособления к новым условиям. «Плохой» стресс — дистресс является главной причиной возникновения неврозов. Возникновение неврозов зависит и от того, как стресс-факторы воспринимаются личностью [15, с. 159].

Анализ данных о возникновении и течении заболеваний, связанных со стрессами, показал, что основную роль играет не сам стресс, в отсутствие активности, направленной на изменение возникшей ситуации. В преодолении стресса можно выделить как бы два подхода. Порочный, где нежелание усилий (физических, умственных, усилий по переделке самого себя, усилий поиска) повышает стрессогенность жизни и уменьшает возможность справиться со стрессом. Действенный, где готовность к усилиям снижает вероятность стресса, а развиваемая активность его преодоления не только меняет нужным образец действительность, но и смягчает стресс, если он все же «пробился». Отрицательное воздействие стресса усиливается, если человек больше сосредоточен на оценке того, «Что случилось?» и «Чем это грозит?» чем на вопросе: «Что можно сделать?».

Предотвращение срывов при стрессах обеспечивает регулярная, но не чрезмерная физическая нагрузка, обладающая антистрессовым действием, снижающая тревогу и подавленность. Важно только, чтобы физические упражнения доставляли наслаждение, а не были горьким лекарством. Существуют и другие эффективные методы борьбы со стрессом.

Один из доступных способов регулирования психического состояния — психическая саморегуляция посредством аутогенной тренировки. В основе аутотренинга лежат упражнения в произвольном, волевом длительном и глубоком расслаблении мышц; система образований и закрепления полезных условных рефлексов с коры головного мозга, на внутренние органы; упражнения в целенаправленном воспроизведении следов эмоционально окрашенных ситуаций.

Мышечная деятельность связана с эмоциональной сферой. Внутреннее состояние человека, который чем-то огорчен, расстроен, взволнован, выражается в том, что его мышцы напряжены. Расслабление мьшщ служит внешним показателем положительных эмоций, состояния общего покоя, уравновешенности, удовлетворенности. Но существует и обратная связь: мышцы — нервная система. Всем известно тонизирующее действие утренней гимнастики; классические опыты И.М. Сеченова показывают, что утомление быстрее проходит не во время пассивного отдыха, а под влиянием физических упражнений [15, с. 160].

Отсюда понятно, что в аутогенной тренировке расслабление мышц (релаксация) имеет двойное физиологическое значение:

1) как самостоятельный фактор, уменьшающий эмоциональную напряженность;

2) как вспомогательный фактор, подготавливающий условия для переходного состояния от бодрствования ко сну.

Существует еще одна сторона тренировки саморасслабления. Произвольная релаксация мышц, удерживающаяся на протяжении некоторого отрезка времени, согласно методике занятий сменяется их волевым напряжением. В утренние и дневные часы сеанс аутотренинга заканчивается энергичными движениями, чтобы почувствовать себя бодрым. Систематическое чередование сменяющих друг друга фаз «расслабления — напряжения» есть не что иное, как использование физиологических механизмов для тренировки подвижности основных нервных процессов: торможения и возбуждения. Такая тренировка имеет самостоятельное лечебное, профилактическое и гигиеническое значение, особенно для людей с инертностью (малоподвижностью) основных нервных процессов, т.е. для лиц с заторможенной инициативой, нерешительных, тревожно-мнительных, склонных к длительным переживаниям.

При использовании аутотренинга некоторые люди неоправданно отождествляют приемы психического самовоздействия — самовнушение и самоубеждение, тогда как приемы аутотренинга основаны лишь на самоубеждении, которое делает личность сильнее, активизирует ее.

Самовнушение возникает непроизвольно и подкрепляется отрицательными эмоциями. При самоубеждении в связи с общей осознанностью и целенаправленностью этого акта ощущения могут быть как приятными, так и неприятными, но во всех случаях они регулируются волевым усилием.

Аутогенная тренировка почти не имеет противопоказаний. Для достижения положительных результатов необходимо заниматься активно, настойчиво и последовательно, не теряя терпения.

Разновидностью аутотренинга является психогигиеническая гимнастика. Это система упражнений, используемых с психогигиеническими целями отличается меньшим объемом. И имеет следующие особенности — применяется как утром для создания психофизиологической настройки на предстоящий день, так и вечером, перед сном. Используется аутотренинг и в целях профессионально-прикладной подготовки, особенно в тех видах профессиональной деятельности, которая осуществляется в особо сложных и напряженных по нервно-психическим усилиям процессах.

В системе аутогенной тренировки важную роль выполняет дыхательная гимнастика. Правильно поставленное брюшное дыхание вовлекает в дыхательный акт все части легких, повышает насыщение крови кислородом и увеличивает жизненную емкость легких; за счет движений диафрагмы массируются органы брюшной полости, в первую очередь печень, оживляется их кровоснабжение.

Фаза вдоха является мобилизующей. Поэтому если необходимо мобилизовать себя (например, ускорить пробуждение после сна) вдох растягивается и завершается энергичным коротким выдохом. Это «утренний» тип дыхания. Если же необходимо успокоить себя, снять излишнее возбуждение, прибегают к «вечернему» типу дыхания: после сравнительно короткого энергичного вдоха следует несколько растянутый и удлиненный выдох, а за ним короткая пауза — задержка дыхания [15, с. 162].

Используются в системе психотренинга и упражнения, тренирующие внимание и развивающие самоконтроль, словесный самоприказ; аутогенное погружение и др.

### 1.5.9 Культура сексуального поведения

Сексуальное поведение — один из аспектов социального поведения человека. Культура формирует эротический ритуал ухаживания и сексуальной техники. Регламентируя наиболее важные аспекты сексуального поведения, культура оставляет место для индивидуальных или ситуативных вариаций, содержание которых может существенно варьироваться.

Социокультурные сдвиги влияют на сексуальное поведение, ритм сексуальной активности, ее интенсивность и социальные формы. Молодежь раньше начинает половую жизнь, добрачные связи стали допустимы для обоих полов при наличии и отсутствии любви.

Исследования показывают, что мотивация ухаживания, кульминацией которого является интимная близость сегодня в значительной мере автономна и даже независима от матримониальных (брачных) планов. Так, 3 721 студенту из 18 вузов был задан вопрос: «Как вы думаете, с какой целью юноша и девушка вступают сегодня в интимные отношения?» Основные мотивы (в процентах к общему числу респондентов) распределились так: взаимная любовь — 36,6%, приятное времяпрепровождение — 15,4, стремление получить удовольствие—14,2, желание эмоционального взаимодействия—9,8, предполагаемое вступление в брак — 7, любопытство — 5,5% [15, с. 163]. Очевидно, что любовь занимает ведущее место. Между тем возникает вопрос: насколько серьезно и глубоко молодые люди взвешивают свои чувства и основанные на них решения?

Либерализация половой морали, частая смена партнеров, в сочетании с низкой сексуальной культурой порождают ряд серьезных последствий — аборты, распространение венерических заболеваний, СПИД, растет число разводов. Жить только для себя — это значит гнаться за все новыми удовольствиями. Секс становится развлечением, рассматривается как сфера индивидуального самоутверждения. Девушка ищет поклонников ради социального престижа. Юноша сближается с девушкой не потому, что ему этого хочется, а потому, что «так принято». Таким образом, увеличилась возможность личности самой выбирать наиболее подходящий ей стиль сексуального поведения. Но чем меньше внешних запретов, тем важнее индивидуальный самоконтроль и выше ответственность за свои решения, тем выше значение морального выбора.

17—25 лет — это возраст максимальной активности половых гормонов. «Бомбардировка» ими мозговых эмоциональных зон вызывает бурное проявление эмоций любви, которые требуют соответствующего волевого и этического поведения, заставляют молодых людей быть более активными и целеустремленными. Однако сексуальные эмоции управляемы, и с помощью волевых усилий их можно, если они чрезмерны, переключить на другой вид активности — интеллектуальную, физическую, эстетическую. Необходимой предпосылкой гармонизации сексуального стиля является здоровый образ жизни, с его двигательной активностью, регулярными физическими нагрузками и т.д [15, с. 167].

Сексуальная жизнь всегда была тесно связана с состоянием физического и психического здоровья, им во многом определяется продолжительность и интенсивность сексуального возбуждения и физиологических реакций. Сексуальные возможности у лиц с ослабленным здоровьем понижены. Во время сексуального контакта сжигается около 500 ккал, некоторые колебания зависят от продолжительности любовной игры и энтузиазма партнеров, но расход энергии соответствует примерно получасовой пробежке или 40 мин непрерывных физических упражнении.

Физическая привлекательность лежит в основе полового внимания (красивая фигура, осанка, стройные ноги, легкость походки и др.), и поэтому необходимо уделять, особенно в молодые годы, внимание культуре физической и ее составной части — телесной, формировать и улучшать свое телосложение в необходимом направлении. Отмечается прямая связь между соответствием соматического облика и здоровья. Женщины, например, регулярно занимающиеся физическими упражнениями, спортом, приобретают такие качества, как соревновательность, упорство, бескомпромиссность в борьбе и др., что делает богаче их поведенческий репертуар, психическое благополучие, они лучше чувствуют себя в сексуальной сфере. В период гиперсексуальности использований правильно дозированных физических упражнений позволяет направить сексуальную энергию на другой вид деятельности.

Активная сексуальная жизнь требует соблюдать здоровый образ жизни. Так, у лиц, злоупотребляющих алкоголем, сексуальная жизнь постепенно нарушается, ее расстройства встречаются в 41—43% случаев. Чрезмерное курение в 11% случаев ведет к развитию импотенция-никотин оказывает угнетающее воздействие на центры эрекции, вызывая ее ослабление, а у женщин явление фригидности.

Сексуальная удовлетворенность повышает самоуважение и самооценку. Высокая самооценка и уверенность в собственной привлекательности чрезвычайно важны для молодых людей. Сексуальная удовлетворенность у молодых людей положительно коррелирует с удовлетворенностью другими (интеллектуальными, спортивными, эстетическими и др.) увлечениями, общительностью, жизнерадостностью, и этим способствует их общекультурному развитию.

## 1.5.10 Физическое самовоспитание и самосовершенствование - условие здорового образа жизни

Физическое самовоспитание понимается как процесс целенаправленной, сознательной, планомерной работы над собой и ориентированный на формирование физической культуры личности. Он включает совокупность приемов и видов деятельности, определяющих и регулирующих эмоционально окрашенную, действенную позицию личности в отношении своего здоровья, психофизического состояния, физического совершенствования и образования.

Физическое воспитание и образование не дадут долговременных положительных результатов, если они не активизируют стремление студента к самовоспитанию и самосовершенствованию. Самовоспитание интенсифицирует процесс физического воспитания, закрепляет, расширяет и совершенствует практические умения и навыки, приобретаемые в физическом воспитании.

Для самовоспитания нужна воля, хотя она сама формируется и закрепляется в работе, преодолении трудностей, стоящих на пути к цели. Оно может быть сопряжено с другими видами самовоспитания — нравственным, интеллектуальным, трудовым, эстетическим и др.

Основными мотивами физического самовоспитания выступают: требования социальной жизни и культуры; притязание на признание коллективе; соревнование, осознание несоответствия собственных сил требованиям социально-профессиональной деятельности. В качестве мотивов могут выступать критика и самокритика, помогающие осознать собственные недостатки [15, с. 170].

Процесс физического самовоспитания включает три основных этапа. I этап связан с самопознанием собственной личности, выделением ее положительных психических и физических качеств, а также негативных проявлений, которые необходимо преодолеть. Эффект самопознания обусловлен требовательностью студента к себе. К методам самопознания относятся самонаблюдение, самоанализ и самооценка. Самонаблюдение - универсальный метод самопознания, глубина и адекватность которого зависят от его целенаправленности и умения субъекта видеть, систематически наблюдать на основе выделенных критериев за качествами или свойствами личности. Самоанализ требует рассмотрения совершенного действия, поступка, причин; вызвавших это (например, отказ от выполнения запланированного комплекса упражнений в режиме дня может быть вызван — дополнил тельной работой по выполнению учебных заданий, ухудшением самочувствия, отсутствием желания и т.д.); помогает выяснить истинную причину поступка и определить способ преодоления нежелательного поведения в следующий раз. Действенность самоанализа обусловлена адекватностью самооценки как средства организации личностью своего поведения, деятельности, отношений с окружающими, отношения к успехам и неудачам, что влияет на эффективность деятельности и дальнейшее развитие личности. Самооценка тесно связана с уровнем притязаний, т.е. степенью трудности достижения целей, которые студент ставит перед собой. Расхождение между притязаниями и реальными возможностями ведет к тому, что студент начинает неправильносебя оценивать, вследствие чего его поведение становится неадекватным. Самооценка зависит от ее качества (адекватная, завышенная, заниженная). Если она занижена, то способствует развитию неуверенности в собственных возможностях, ограничивает жизненные перспективы. Ее адекватность в значительной мере определяется наличием четких критериев поведения, действий, развития физических качеств, состояния организма и др. Первый этап завершается решением работать над собой [15, с. 170].

На II этапе исходя из самохарактеристики определяется цель и программа самовоспитания, а на их основе личный план. Цель может носить обобщенный характер и ставится, как правило, на большой отрезок времени — годы (например, достигнуть высокого уровня физической культуры личности); частные цели (задачи) — на несколько недель, месяцев. Примерная программа — ориентир физического самовоспитания может быть представлена следующим образом. Цель — формирование физической культуры личности. Задачи деятельности:

1. Включить в здоровый образ жизни и укрепить здоровье.

2. Активизировать познавав тельную и практическую физкультурно-спортивную деятельность.

3. Сформировать нравственно-волевые качества личности.

4. Овладеть основами методики физического самовоспитания.

5. Улучшить физическое развитие и физическую подготовленность в соответствии с требованиями будущей профессиональной деятельности.

Общая программа должна учитывать условия жизни, особенности самой личности, ее потребности. На основе программы формируется личный план физического самовоспитания [15, с. 171].

III этап физического самовоспитания связан непосредственно с его практическим осуществлением. Он базируется на использовании способов воздействия на самого себя с целью самоизменения. Методы самовоздействия, направленные на совершенствование личности, именуют методами самоуправления. К ним относятся самоприказ, самовнушение, самоубеждение, самоупражнение, самокритика, самоободрение, самообязательство, самоконтроль, самоотчет [15, с. 171].

Отчитываясь за свои действия, поступки, студент глубже осознает какие качества ему необходимо формировать в первую очередь, от каких недостатков избавиться, чтобы улучшить свою личность, какие вносить изменения в личный план работы над собой.

Таким образом, способность студента отмечать даже незначительные изменения в работе над собой имеет важное значение, так как подкрепляет его уверенность в своих силах, активизирует, содействует дальнейшему совершенствованию программы самовоспитания, реализации здорового образа жизни.

# 2. задачи и методы исследования

*Задачи исследования:*

- изучить литературу по теме: «Основы здорового образа жизни студентов»;

- проанализировать данную тему;

- определить понятие «здоровье» и выделить его критерии;

- выделить основные особенности здорового образа жизни студентов;

- определить содержательные характеристики составляющих здорового образа жизни студентов;

- провести исследование;

- выделить результаты исследования;

- сделать определенные выводы.

*Методы исследования:*

- описание;

- анализ;

- объяснение;

- метод анкетирования.

# 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При написании данной курсовой работы было проведено исследование среди студентов І экономического факультета Запорожского института государственного и муниципального управления. Студентам была предложена анкета, которая определяет оценку уровня индивидуального здоровья и отношения к проблемам здоровья как культурологической категории.

*В результате анкетирования получили такие результаты:* только 24 % опрошенных студентов оценивают свои условия жизни как хорошие, 70 % студентов оценивают свои условия жизни как удовлетворительные и 6 % оценивают – как неудовлетворительные. Только 12 % студентов соблюдают режим питания, 68 % опрошенных студентов частично соблюдают режим питания и 20 % не соблюдают режим питания. 8 % опрошенных студентов соблюдают режим сна, 90% студентов соблюдают частично режим сна и 2 % не соблюдают режим сна. Режим двигательной активности соблюдают 72 % студентов, частично соблюдают – 20 % студентов и не соблюдают режим двигательной активности – 8% опрошенных студентов. Медицинское обследование ежегодно проходят 80 % опрошенных студентов и 20 % не проходят ежегодное медицинское обследование.

*Результаты функциональных проб такие:* задержать дыхание на выдохе студенты 17 – 18 летнего возраста могут на 20 – 35 секунд, 30% опрошенных студентов имеют конституцию тела астеник и 70 % опрошенных студентов имеют конституцию тела нормостеник.

*Результаты сформированности культуры здоровья студентов 17 – 18 летнего возраста такие:*

- 19 % опрошенных студентов оценивают своё здоровье как хорошее, 78 % опрошенных студентов оценивают своё здоровье как удовлетворительное и 3 % опрошенных студентов оценивают своё здоровье как неудовлетворительное.

- Генетические проблемы не имеют 79 % опрошенных студентов, а 21 % опрошенных студентов даже не знают есть ли какие то генетические проблемы в их семье.

- Опрошенные студенты среди основных проблем физического здоровья детей и молодёжи выделили такие: употребление алкоголя, снижение иммунитета, наркомания, токсикомания, СПИД, туберкулёз, низкий уровень физического развития, бесплодие, как результат абортов.

- Опрошенные студенты выделили такие главные причины проблем физического здоровья детей и молодёжи: неправильное питание, не заинтересованность родителей своими детьми, экологические проблемы, семейные проблемы, халатное отношение к безопасному сексу, употребление алкогольных и наркотических средств. Наиболее актуальными проблемами психического и эмоционального здоровья детей и молодёжи опрошенные студенты считают: проблемы общения в семье и с одногодками, замкнутость, депрессия, склонность к насильству, замедленное интелектуальное развитие.

- 73 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека условия жизни влияют частично, а 27 % опрошенных студентов считают что на здоровье человека условия жизни сильно влияют.

- 14 % опрошенных студентов считают что на здоровье человека физическая культура влияет частично, а 66 % опрошенных студентов считают что на здоровье человека физическая культура влияет сильно.

- 14 % опрошенных студентов считают что на здоровье человека спорт влияет частично, а 66 % опрошенных студентов считают что на здоровье человека спорт сильно влияет.

- 7 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека медицинское обслуживание влияет частично, а 83 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека медицинское обслуживание сильно влияет.

- 7 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека свободное время абсолютно не влияет, 90 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека свободное время частично влияет и 3% опрошенных студентов считают, что на здоровье человека свободное время сильно влияет.

- 100 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека условия окружающей среды сильно влияет.

- 11 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека наследственные факторы влияют частично, а 89 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека наследственные факторы сильно влияют.

- 4 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека наследственные уровень жизни и материальный достаток влияет частично, а 96 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека наследственные уровень жизни и материальный достаток сильно влияет.

- 6 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека качество питания влияет частично, а 94 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека качество питания сильно влияет.

- 9 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека условия обучения абсолютно не влияют, 64 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека условия обучения частично влияют и 27% опрошенных студентов считают, что на здоровье человека условия обучения сильно влияют.

- 17 % опрошенных студентов считают, что на здоровье человека сформированность представлений про здоровый образ жизни влияет частично, а 83% опрошенных студентов считают, что на здоровье человека сформированность представлений про здоровый образ жизни сильно влияет.

- 44 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека формальное образование абсолютно не влияет, 45 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека формальное образование частично влияет и 11% опрошенных студентов считают что на способ жизни человека формальное образование сильно влияет.

- 63 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека средства массовой информации частично влияют и 37 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека средства массовой информации сильно влияют.

- 87 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека звёзды искусства, культуры и спорта абсолютно не влияют и 13 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека звёзды искусства, культуры и спорта влияют частично.

- 53 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека ориентации населения региона частично влияют и 47 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека ориентации населения региона сильно влияют.

- 49 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека личные качества человека частично влияют и 51 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека личные качества человека сильно влияют.

- 35 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека окружение (друзья, знакомые) частично влияют и 65 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека окружение (друзья, знакомые) сильно влияют.

- 12 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека семья частично влияет и 88 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни семья сильно влияет.

- 7 % опрошенных студентов считают, что на способ жизни человека социальная политика государства абсолютно не влияет, 35 % опрошенных студентов считают что на способ жизни человека социальная политика государства частично влияет и 58 % опрошенных студентов считают что на способ жизни человека социальная политика государства сильно влияет.

- Другие факторы, которые могли бы влиять на способ жизни человека, никто из опрашиваемых студентов не указали.

**Анкета оценки уровня индивидуального здоровья и отношение к проблемам здоровья как культурологической категории**

ВУЗ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультет\_\_\_\_\_\_\_ курс\_\_\_форма обучения - дневная, заочная, вечерняя, второе высшее образование.

Образование родителей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(для преподавателей и учителей общеобразовательных школ)

кафедра\_\_\_\_\_\_\_\_\_или предмет, который преподает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, стаж работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_научная степень, звание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст \_\_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_\_\_\_, рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вес \_\_\_\_\_\_, состоящий в браке (а) (Да, Нет)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Условия жизни: а) хорошие, б) удовлетворительные, в) неудовлетворительные

1. Придерживаетесь ли Вы:

1.1. режиму питания: а) да, б) частично, в) нет

1.2. режиму сну: а) да, б) частично, в) нет

1.3. режиму двигательной активности: а) да, б) частично, в) нет

2. Проходите ли Вы ежегодное медицинское обследование ? да /нет

**ІІ.Функциональные пробы:**

(При выполнении проб просим Вас быть максимально объективными, это даст Вам возможность провести экспресс-оценку собственного здоровья с помощью ключа, который Вам предложат).

1) Сделайте спокойный вдох и обычный выдох и задержите дыхание на выдохе. Укажите количество секунд на которую вы задержали дыхания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с.

2) Определите соответствие Вашего веса стандартной формулой:

Рост в сантиметрах минус 105 равняется\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Укажите, что конституцию тела Вы имеете /астеник/нормостеник/гиперстеик (ненужное зачеркните).

**III. Уровень сформированности культуры здоровья**

1) Как Вы оцениваете собственное здоровье?

А) как хорошое; Б) как удовлетворительное; В)как неудовлетворительное.

2) Есть ли генетические болезни в Вашей семье?

А) да; Б) нет; В) не знаю Г) укажите название болезни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Какие из следующих проблем физического здоровья детей и молодежи Вы считаете наиболее актуальные?

(проаранжируйте 5 важнейших)

() Употребление алкогольных напитков, () лишний вес, () заболевание опорно-двигательного аппарата, () заболевание желудочно-кишечного тракта, () снижение иммунитета, () курение, () инвалидность, связанная с травмами в быте и на производстве, () наркомания, токсикомания, () низкий уровень физического развития, () распространение разных хронических заболеваний, () врожденные патология, () СПИД, () туберкулез, () бесплодие,как следствие абортов, () патологии органов зрения, () сердечно - сосудистые болезни, () другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) Какие по Вашему мнению, главные причины пяти определенных Вами проблем физического здоровья детей и молодежи:

Проблема № 1 (причины)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проблема № 2 (причины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проблема № 3 (причины )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проблема № 4 (причины)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проблема № 5(причины)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) Какие из нижеприведенных проблем психологического и эмоционального здоровья детей и молодежи Вы считаете наиболее актуальными:

() депрессия, () сужение способностей проявления эмоций, () замкнутость, () неадекватная оценка ситуации, () проблемы общения в семье и с ровесниками () развязность, () самостоятельность, () склонность к насилию, () склонность к суициду, ()замедленное интеллектуальное развитие, () другое.

1. Как на здоровье человека влияют следующие факторы?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № фактора | абсолютно не влияют | влияют частично | значительно влияют | тяжело ответить |
| 1. Жилищные условия |  |  |  |  |
| 2. Физическая культура |  |  |  |  |
| 3. Спорт |  |  |  |  |
| 4. медицинское обслуживание |  |  |  |  |
| 5.Свободное время |  |  |  |  |
| 6. Условия окружающей среды |  |  |  |  |
| 7.Наследственные факторы |  |  |  |  |
| 8. Уровень жизни, материальное благосостояние |  |  |  |  |
| 9. Качество питания |  |  |  |  |
| 10 Условия обучения |  |  |  |  |
| 11. Сформированность представлений про ЗОЖ |  |  |  |  |
| 12. Другие факторы (укажите) |  |  |  |  |

7) Влияют ли на Ваш способ жизни следующие факторы?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № фактора | абсолютно не влияет | влияет частично | значительно влияет | тяжело ответить |
| 1. Организованная (формальное образование) |  |  |  |  |
| 2. Средства массовой информации |  |  |  |  |
| 3. Звезды искусства и культуры |  |  |  |  |
| 4. Звезды спорта |  |  |  |  |
| 5. Ориентации населения региона |  |  |  |  |
| 6. Личные качества человека |  |  |  |  |
| 7. Окружение ( друзья, знакомые) |  |  |  |  |
| 8. Семья |  |  |  |  |
| 9. Социальная политика государства |  |  |  |  |
| 10. Другие факторы (укажите) |  |  |  |  |

# ВЫВОДЫ

Итак, можно сделать такие выводы:

* Здоровье — нормальное психосоматическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое и социальное благополучие и обеспечивающее полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций.
* Здоровье во многом зависит от образа жизни, однако, говоря о здоровом образе жизни, в первую очередь имеют в виду отсутствие вредных привычек. Это, конечно, необходимое, но вовсе не достаточное условие. Главное в здоровом образе жизни — это активное творение здоровья, включая все его компоненты. Таким образом, понятие здорового образа жизни гораздо шире, чем отсутствие вредных привычек, режим труда и отдыха, система питания, различные закаливающие и развивающие упражнения; в него также входит система отношений к себе, к другому человеку, к жизни в целом, а также осмысленность бытия, жизненные цели и ценности и т.д. Следовательно, для творения здоровья необходимо как расширение представлений о здоровье и болезнях, так и умелое использование всего спектра факторов, влияющих на различные составляющие здоровья (физическую, психическую, социальную и духовную), овладение оздоровительными, общеукрепляющими, природосообразными методами и технологиями, формирование установки на здоровый образ жизни.
* Образ жизни студента есть не что иное, как определенный способ интеграции его потребностей и соответствующей им деятельности, сопровождающих ее переживаний. Структура образа жизни выражается в тех отношениях субординации и координации, в которых находятся разные виды жизнедеятельности. Это проявляется в той доли бюджета времени личности, которая на них тратится; в том, на какие виды жизнедеятельности личность расходует свое свободное время, каким видам отдает предпочтение в ситуациях, когда возможен выбор. Если образ жизни не содержит творческих видов жизнедеятельности, то его уровень снижается. Одни студенты больше используют свободное время для чтения, другие *-* для занятий физическими упражнениями, третьи — на общение. Сознательно планируя затраты времени и усилий, студент может либо включаться в широкую сеть таких связей, либо обособляться.
* Содержание здорового образа жизни студентов отражает результат распространения индивидуального или группового стиля поведения, общения, организации жизнедеятельности, закрепленных в виде образцов до уровня традиционного. Основными элементами здорового образа жизни выступают: соблюдение режима труда и отдыха, питания и сна, гигиенических требований, организация индивидуального целесообразного режима двигательной активности, отказ от вредных привычек, культура межличностного общения и поведения в коллективе, культура сексуального поведения, содержательный досуг, оказывающий развивающее воздействие на личность.
* Здоровый образ жизни во многом зависит от ценностных ориентации студента, мировоззрения, социального и нравственного опыта. Общественные нормы, ценности здорового образа жизни принимаются студентами как личностно значимые, но не всегда совпадают с ценностями, выработанными общественным сознанием.
* Изучение ценностных ориентации студентов на здоровый образ жизни позволяет выделить среди них условно четыре группы. Первая группа включает в себя абсолютные, общечеловеческие ценности, получившие у студентов оценку огромного значения. К ним относятся удачная семейная жизнь, мужество и честность, здоровье, всестороннее развитие личности, интеллектуальные способности, сила воли и собранность, умение общаться, обладание красотой и выразительностью движений. Вторая группа «преимущественных ценностей»— хорошее телосложение и физическое состояние, авторитет среди окружающих. Третья группа ценностей получила наименование «противоречивых» за то, что в ниходновременно представлены признаки большого и небольшого значения. Она включает наличие материальных благ, успехи в работе, удовлетворенность учебой, занятия физическими упражнениями и спортом, хороший уровень развития физических качеств, интересный отдых. Четвертая группа ценностей названа «частными», так как ее содержанию студенты придают небольшое значение — знания о функционировании человеческого организма, физическая подготовленность к избранной профессии, общественная активность.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психология и практика. Ежегодник Российского психологического общества. – Ярославль, 1998. – 410 с.

2. Психологический вестник РГУ. – Ростов-на-Дону, 1997. - 439 с.

3. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М., 1994. – 340 с.

4. Лисицин Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М., 1982. – 90 с.

5. Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. – СПб., 1993. – 269 с.

6. Апанасенко Г.А. Валеология: имеет ли она право на самостоятельное существование? // Валеология. – 1996. - № 2. – С. 9 – 14.

7. Брехман И.И. Введение в валеологию – наука о здоровье.–Л.,1987.–125 с.

8. Иванюшкин А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека. // Валеология . – 1982. - № 1, С.49 – 58, № 4, С. 29 – 33.

9. Акбашев Т.Ф. Третий путь. – М., 1996. – 139 с.

10. Дильман В.М. Четыре модели медицины. – Л., 1987. – 287 с.

11. Здоровье, развитиме, личность / под. Ред. Ф.Г. Мурзакаева. – Уфа, 1987. – 280 с.

12. Лисицин Ю.П., Полунин И.В. Здоровый образ жизни ребенка. – М., 1984. – 380 с.

13. Московиси С. Социальное представление: исторический взгляд. // Психологический журнал. – 1995. - № 1-2, С. 3 - 18, С. 3 – 14.

14. Семенов В.С. Культура и развитие человека. // Вопросы философии.–1982. - № 4. – С. 15 – 29.

15. Ильинич М.В. Физическая культура студентов. – М., 2002. – 340 с.

16. Барчуков И. С. Физическая культура. – М., 2003. – 255 с.