

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования
«Полесский государственный университет»
Министерство науки и высшего образования
Российской Федерации
Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования «Сибирский федеральный университет»

Е.А. Дергач, О.В. Лимаренко, Н.Н. Колесникова

**ИНТЕГРАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ**

Монография

Пинск, 2023

УДК 378.17
ББК 74.48
Д 36

Рецензенты:

Екатерина Валерьевна Серова, доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии имени профессора М.И. Гульмана ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ;
Евгений Павлович Врублевский, доктор педагогических наук, профессор кафедры теории и методики физического воспитания УО «Мозырский государственный педагогический университет имени И.П. Шамякина».

Утверждена Советом
Полесского государственного университета (№ 1 от 23.09.2021 г.)

Д 36 **Дергач, Е.А.** Интеграция технологий здоровьесбережения в образовательной деятельности студентов : монография / Е.А. Дергач, О.В. Лимаренко, Н.Н. Колесникова; под ред. Н.Н. Колесниковой; СФУ, Красноярск, ПолесГУ. – Пинск : ПолесГУ, 2023. – 267 с.

ISBN 978-985-516-744-1

В монографии представлены современные подходы к формированию культуры здоровья студента на основе систематизации последних достижений современной науки и оздоровительной практики, а также содержательные характеристики компонентов здорового образа жизни и его влияния на здоровье.

Раскрыты основные эволюционно сложившиеся компоненты здорового образа жизни с учетом особенностей адаптации студента к условиям образовательного процесса. Книга содержит таблицы, рисунки, схемы и рекомендации, которые могут быть использованы при организации здоровьесберегающей деятельности.

Монография адресована студентам высших и средних учебных заведений, преподавателям высших учебных заведений, а также всем заинтересованным в сохранении и укреплении здоровья.

УДК 378.17
ББК 74.48

ISBN978-985-516-744-1

©Дергач Елена Абрамовна
©Лимаренко Ольга Владимировна
©Колесникова Наталья Николаевна
©ФГАОУ ВО «Сибирский федеральный университет», 2022
©УО «Полесский государственный университет», 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЗДОРОВЬЕ.....	6
1.1. Здоровье с точки зрения системного подхода.....	6
1.2. Факторы, определяющие здоровье и влияющие на него.....	17
1.3. Психология здоровья.....	27
ГЛАВА 2. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ.....	33
2.1. Сущностные характеристики понятий «здоровый стиль жизни» и «здоровый образ жизни».....	33
2.2. Современные здоровьесберегающие технологии.....	42
ГЛАВА 3. ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....	52
3.1. Здоровье современного студенчества.....	52
3.2. Условия организации образа жизни в период обучения в вузе.....	59
3.3. Психофизиологическая характеристика учебно-трудовой деятельности обучающихся.....	64
3.4. Мотивация и установки к здоровому образу жизни.....	74
3.5. Индивидуальная здоровьесберегающая дорожная карта студента.....	78
ГЛАВА 4. ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМПОНЕНТОВ.....	85
4.1. Соблюдение правил личной гигиены.....	86
4.2. Рациональная организация трудовой (учебной) деятельности.....	94
4.3. Режим труда (учебы) и отдыха.....	99
4.4. Здоровый сон.....	102
4.5. Организация свободного времени студентов.....	105
4.6. Двигательная активность.....	111
4.7. Рациональное питание.....	125
4.8. Преодоление вредных привычек.....	164
4.9. Иммуитет и закаливание.....	181
4.10. Психогигиена.....	185
4.11. Информационное воздействие.....	192
4.12. Рациональное планирование семьи.....	196
4.13. Сексуальная культура.....	202
4.14. Контроль за своим здоровьем.....	204
4.15. Валеологическое самообразование.....	217
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	220
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, ПОСВЯЩЁННОЙ ВОПРОСАМ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СТУДЕНТОВ.....	222
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	256

ВВЕДЕНИЕ

Пандемия коронавирусной инфекции (COVID–19) стала глобальным вызовом человечеству и коренным образом вынужденно трансформировала образ жизни и привычки людей. Здоровье приобрело значимость бесценного достояния не только каждого человека, но и всего мирового сообщества. Состояние здоровья студентов, как значимой социальной группы, является не только показателем существующего социально-экономического и общественного развития Российской Федерации и Республики Беларусь, но и важным индикатором будущего трудового, экономического, культурного, оборонного потенциала государств.

На сегодняшний день при организации образовательного процесса в высших учебных заведениях необходимо продолжать формировать приоритет здоровья и здорового образа жизни студенческой молодежи, обеспечивая оптимально-необходимые условия для физического и психического становления будущих специалистов в различных профессиональных сферах.

При этом приобретаемые знания о здоровье, представления, умения и навыки ведения здорового образа жизни не способны на длительное время изменить поведение молодого человека в области сохранения здоровья, если они не будут подкреплены соответствующим уровнем культуры и рационально организованной здоровьесберегающей образовательной средой.

Современное университетское образование, в существующих условиях гибридного (смешанного) обучения, переживает эпоху масштабной цифровой трансформации, где меняются подходы к структуре самого образовательного процесса. Но сохранение и поддержание культуры здоровья студенческой молодежи, вне сомнения, остается одной из основополагающей доктрины современного общества.

Авторы считают, что усвоение навыков здорового образа жизни студенческой молодежи – проблема не только нравственная, но и социальная, поскольку процесс формирования личности, ее жизненных привычек и культуры здоровья осуществляются преимущественно в условиях семьи и в системе образовательных учреждений.

В монографии показана ответственность и роль каждого молодого человека в осуществлении деятельности по охране и укреплению собственного здоровья, организованной на основе научных знания о законах жизнедеятельности организма человека, о закономерностях функционирования и регуляции его функций, о взаимодействии организма с окружающей средой, об основах психологии здоровья, а так-

же на основе владения навыками и способами пропаганды здорового образа жизни.

Материал, представленный в монографии, является достоверным, содержит только научные факты, опирается на данные, полученные в ходе тематического анализа и обобщения практического опыта и результатов исследований ведущих ученых в области здоровьесбережения, физиологии, гигиены, медицины, оздоровительной физической культуры, педагогики, психологии, валеологии. Основной целью является создание предпосылок для активации самостоятельной работы студентов по коррекции своего образа и стиля жизни, что будет способствовать сохранению и укреплению личного здоровья, а также для овладения навыками и способами пропаганды здорового образа жизни.

Список источников литературы, представленный в издании, позволит студентам при необходимости детально изучить вопросы здоровьесбережения и пополнить объем имеющихся знаний.

ГЛАВА 1. ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЗДОРОВЬЕ

1.1. Здоровье с точки зрения системного подхода

У всех народов одной из главных ценностей считается здоровье, к которому всегда проявляли интерес не только врачи, ученые и философы (в древности), но и писатели, политики, педагоги и многие другие деятели разных сфер. Ведь здоровье человека – это одно из условий его свободы. Представление о здоровье у человечества определилось намного раньше, чем возникли естественные науки, медицина, педагогика. Многие люди задумывались над тем, что же такое «здоровье», и давали ему различные определения.

В древности говорили: «*Valetudo bonum optimum*», что означает «Здоровье – наивысшее благо». Древние мудрецы полагали, что тот, кто управляет другими – силен, а тот, кто управляет собой – могущественен. В античной греческой философии здоровье человека трактовалось как равновесие жизненных сил [105].

Одно из самых ранних из объяснений понятия «здоровье» – определение Алкмеона (500 г. до н.э.): «Здоровье есть гармония противоположно направленных сил». «Здоровье – не все, но все без здоровья – ничто» (Сократ). Здоровье как «благо» определялось Платоном исходя из существовавшего в древнегреческом обществе культа красоты и гармонии здорового человеческого тела, которое обеспечивает духовное удовлетворение человека как явление равнозначное гармонии. Аристотель считал здоровье главной целью медицины, отмечая, что «медицина имеет беспредельную цель – абсолютное здоровье человека», а само врачебное искусство направлено на «содействие здоровью», на «доставление здоровья», а также и на то, «какой образ жизни вести» [2].

Гален в 11 в. до н.э. определял здоровье как состояние, «в котором мы не испытываем боли и которое не мешает выполнять функции нашей каждодневной жизни: участвовать в руководстве, мыться, пить, есть и делать все другое, что мы хотим».

Английский философ Фрэнсис Бэкон (1561–1626) причислял здоровье к одному из основных человеческих благ, которыми владеет человеческое тело, и призывал любого человека познать собственный организм в целях сохранения здоровья, так как именно «собственные наблюдения человека за тем, что ему хорошо, а что вредно, есть самая лучшая медицина для сохранения здоровья» [15].

Известны и высказывания о здоровье известных всему миру философов, писателей, педагогов:

– Вильям Шекспир: «Здоровье дороже золота».

– Артур Шопенгауэр: «Здоровье до того перевешивает все остальные блага жизни, что поистине здоровый нищий счастливее больного короля».

– Гете: «Единственная красота, которую я знаю – это здоровье».

– Чехов Антон Павлович: «Разве здоровье не чудо?».

– Ушинский Константин Дмитриевич: «Всего полезнее было бы для здоровья человека, если бы физический и умственный труд соединились в его деятельности».

– Джон Леббок: «Здоровье гораздо более зависит от наших привычек и питания, чем от врачебного искусства».

– Белинский Виссарион Григорьевич: «Без здоровья невозможно и счастье».

– Шолохов Михаил Александрович: «Здоровье всему голова».

– Михаил Мамчич: «Здоровье – это единственное благо, которое каждый отнимает у себя сам» [105].

В начале 40-х годов XX столетия понятию «здоровье» дали следующее определение: «Здоровым может считаться человек, который отличается гармоническим развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде. Здоровье не означает просто отсутствие болезней: это нечто положительное, это жизнерадостное и охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека» [234].

Право на здоровье впервые было провозглашено в 1948 г. в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения и Всеобщей декларации прав человека, основная функция которых – решение международных проблем здравоохранения и охрана здоровья населения мира. Согласно определению ВОЗ, «здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов» [105].

Основоположник валеологии И.И. Брехман (1966) рассматривал здоровье человека «как способность сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации» [61].

На данный момент в науке существуют более 300 трактовок понятия «здоровье»: одни характеризуют здоровье как отсутствие болезней, другие – как способность сохранять равновесие между организмом и постоянно меняющейся внешней и внутренней средой, тре-

тьи – как гармоничное физическое развитие [235]. Интерпретации данного понятия представлены в понятийном аппарате ряда многих научных дисциплин, таких как медицина, психология, социология, философия, валеология, педагогика и других [216].

Само понятие «здоровье» по-английски звучит как Health от Whole (англосаксонский) – целый, целостный, что уже предполагает сложность, целостность и многомерность этого состояния.

В уставе Всемирной организации здравоохранения с 1985 года под здоровьем понимается динамическое состояние физического, духовного и социального благополучия, обеспечивающее полноценное выполнение человеком трудовых, психических и биологических функций при максимальной продолжительности жизни [86].

Говоря о здоровье, авторы делают акцент на различные его аспекты [1, 19, 61, 187, 358, и др.]. Так, Ю.П. Лисицын [187] рассматривает здоровье человека как «гармоническое единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными явлениями, которые и определяют, в конечном счете, состояние человека».

Многие ученые рассматривают здоровье как состояние индивидуума, обладающее определенным запасом ресурсов самоорганизационных механизмов устойчивости к негативным влияниям и их компенсации с пластическим и энергоинформационным обеспечением данных процессов [22, 358].

В работе Я.М. Герчака понятие «здоровье» рассмотрено с позиций различных наук (социологии, философии, медицины, психологии и педагогики):

– здоровье представляет собой фундамент полноценного существования и жизнедеятельности человека, условие его гармоничного развития как личности;

– здоровье является категорией интегральной, объединяющей все аспекты природы человека (биологические, психологические, социальные, духовные);

– здоровье – категория не только биологическая, но и глубоко социально-психологическая, регулируемая и управляемая социальными институтами и самой личностью [95].

По мнению А.И. Близнюка, здоровье – это жизнеспособность индивида, определяемая биологической устойчивостью экологической и социальной адаптированностью, адекватной самооценкой, моральной осознанностью и целевой осмысленностью жизни [52].

В последние годы считается, что понятие «здоровье» – многоплановое, характеризуется основными признаками и подразделяется

на здоровье популяционное, психическое, социальное, физическое, индивидуальное.

Здоровье популяции характеризует жизнеспособность всего общества или населения в целом и определяется комплексом показателей: рождаемостью, смертностью, заболеваемостью, уровнем физического развития людей, средней продолжительностью жизни, зависит от социально-экономического развития страны и условий жизни людей, заработной платы, производительности общественного труда.

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

Индивидуальное здоровье – это состояние организма, которое дает человеку возможность реализовать свою генетическую программу и умственную деятельность в условиях, предъявляемых окружающей средой.

Психическое здоровье – это состояние психической сферы, которая характеризуется общим душевным комфортом, тем самым обеспечивает адекватную реакцию на внешние и внутренние раздражители [216].

И.А. Власова в своей работе отмечает, что современная медицина рассматривает здоровье как многокомпонентную категорию, изучение составляющих которой должно иметь комплексный характер с исследованием его качественных и количественных показателей, а также их изменчивости на всех этапах онтогенеза человека [82].

По мнению Д.Н. Давиденко, здоровье является важной составляющей активной, творческой и полноценной человеческой жизни.

Структура здоровья, в разных интерпретациях, может включать следующие компоненты: биологическое (физическое и соматическое здоровье), соматическое, физическое, природно-космическое, психоэмоциональное, психическое, интеллектуальное, социальное, сексуальное, духовно-нравственное, нравственное, личностно-творческое (креативный), профессиональное [1, 105, 110, 216, 220, 231]. То есть здоровье следует рассматривать как единое целое, состоящее из взаимосвязанных частей.

Учитывая современные взгляды ученых Р.И. Айзмана, Д.Н. Давиденко, в таблице 1 представлен ряд компонентов здоровья [16, 110].

Таблица 1. – Составляющие здоровья человека

Физическое (соматическое) здоровье	Действующее состояние элементов человеческого организма (клеток, тканей, органов и систем органов человеческого тела), характер их взаимного действия и содействия.
Психическое здоровье	Состояние психической составляющей человека. База психического здоровья – состояние общего душевного комфорта, формирующее адекватную регуляцию поведения. Правильное определение и удовлетворение основных потребностей человека создает базу для его нормального психического здоровья.
Духовное здоровье	Способность познавать окружающий мир и самого себя, анализировать происходящие события и явления, умение прогнозировать развитие ситуаций, влияющих на жизнь, создавать модель поведения, направленную на решение возникающих задач, защиту своих интересов, жизни и здоровья в действительной окружающей среде. Прогноз событий достоверный, психика более устойчива, модель поведения правильнее, уровень духовного развития выше, если выше интеллект.
Нравственное здоровье	Совокупность характеристик мотивационной и потребностно-информационной баз жизнедеятельности человека. Фундамент нравственной составляющей здоровья человека определяет система установок и мотивов поведения индивида в социальной среде. Нравственная составляющая здоровья характеризуется соотношением характера жизни человека и его поступков общечеловеческим принципам и законам.
Социальное здоровье	Уровень социальной адаптации личности к конкретным условиям.
Экологическое здоровье	Зависимость общественного здоровья и его нарушений от условий окружающей его природной, социальной и техногенной среды. Выявление причин болезней во взаимосвязи с окружающей средой. В этом случае учитывается влияние всего спектра экологических факторов, нозологических видов болезней и генетических особенностей человека. Физические и химические агенты – обычные загрязнители окружающей среды.

Окончание таблицы 1

Профессиональное здоровье	Обобщенная карта здоровья индивида, определяемая в конкретных условиях его профессиональной деятельности, а также процесс сбережения и развития регуляторных свойств человеческого организма, его физического, психического и социального благополучия.
Сексуальное здоровье	Совокупность соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно формирующих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви.

Н.П. Абаскалова, А.Ю. Зверкова отмечают, что с возрастом, в процессе индивидуального развития, изменяется вклад каждого из компонентов в целостное здоровье: если в детском возрасте ведущими являются физическое, эмоциональное и интеллектуальное здоровье, то в зрелом возрасте – духовное, социальное и личностное здоровье, причем духовное здоровье становится стержнем, определяющим другие его составляющие [1].

О.Н. Московченко, Л.В. Захарова определяют физический, психоэмоциональный, интеллектуальный, социальный, личностный, духовный основными аспектами здоровья [216].

Физический подразумевает совершенство саморегуляции в организме, гармонию физиологических процессов, максимальную адаптацию к окружающей среде. Сюда же можно отнести наличие или отсутствие физических дефектов, заболеваний, в том числе и генетических.

Психоэмоциональный характеризует состояние психической сферы, наличие или отсутствие нервно-психических отклонений, умение понимать и выражать свои чувства, контролировать эмоции; способ выражения отношения к самому себе и окружающим людям.

Интеллектуальный отражает то, как человек усваивает информацию, использует ее, а также эффективность поиска и накопления нужной информации, обеспечивающей развитие личности и ее адаптацию в окружающем мире.

Социальный понимается как система ценностей, установок и мотивов поведения в социальной среде, способ общения и взаимодействия с разными группами людей (сверстниками, коллегами, родителями, соседями, детьми и т. д.).

Личностный означает осознание человеком себя как личности, стратегию жизни человека, его самоощущение и способы самореализации. При этом каждый человек самореализуется по-разному, что зависит от его ценностных установок: один находит способ самореали-

зации в своей работе или карьере, другой – в семье, третий – в деятельности на благо общества и т.д. Гармоническое сочетание разных способов и целей самореализации является основой личностного здоровья.

Духовный отражает те основополагающие целевые жизненные установки, которые обеспечивают целостность личности, ее развитие, ее жизнь в обществе. Это стержень целостного здоровья, особенно сильно влияющий на остальные его части.

В современном динамичном мире добиваться успеха, активно и продуктивно жить, преодолевая профессиональные и бытовые трудности, сможет только здоровый человек, обладающий хорошим самоощущением, оптимизмом, психологической устойчивостью, высокой умственной и физической работоспособностью [110].

С точки зрения Н.К. Смирнова, понятие «здоровье» предполагает комплексность его изучения, достигаемую на основе использования ряда определенных подходов: философского, медицинского, гигиенического, физиологического, валеологического, педагогического [293].

В разный возрастной период, начиная с раннего возраста и до глубокой старости, с приобретением личного опыта каждый человек по-своему характеризует здоровье, по-своему понимает это состояние. Существует мнение, что здоровье – субъективное состояние, при котором индивид чувствует себя благополучно и уверено; тогда как определение «болезнь» – состояние противоположное здоровью, и считается отклонением от нормы, которое характеризуется плохим самочувствием и сопровождается болезненными ощущениями различной силы [20]. Э.М. Казин и его коллеги рассматривают переход от здоровья к болезни как процесс постепенного снижения способности организма приспосабливаться к изменениям социальной и производственной среды, окружающих условий, что в итоге ведет к снижению общественных, социальных и трудовых функций [141].

Сохранение здоровья находится в прямой зависимости от уровня культуры человека. *Культура здоровья* рассматривается как часть общей культуры человека, которая связана с его отношением к своему здоровью и здоровью окружающих его людей, а также осознанной потребностью вести здоровый образ жизни.

В.А. Бароненко, Л.А. Рапопорт считают, что под культурой здоровья следует понимать степень совершенства, достигаемую в овладении теорией и практикой оптимизации жизнедеятельности человека, направленной на адекватную реализацию его генетического потенциала, укрепление и развитие резервных возможностей организма, с одной стороны, и оздоровление окружающей его биосоциальной

среды – с другой, что в конечном итоге будет способствовать успешному выполнению функций индивида и прогрессу человечества в целом [39].

Сущность культуры здоровья понимается по-разному, в зависимости от подходов к ее осмыслению. Культура здоровья каждого человека формируется на основании следующих компонентов: когнитивного, эмоционального, волевого и коммуникативного [3]. Под *когнитивным компонентом* понимается познавательная деятельность личности. *Эмоциональный компонент* «культуры здоровья» отражает уровень физического и социального благополучия, качество и удовлетворенность жизнью. *Коммуникативность* также является важным компонентом культуры здоровья, так как она отражает адекватность взаимодействия человека с другими людьми и с окружающим миром. Сознательное и активное отношение к сохранению и укреплению своего здоровья требует от человека определенных волевых качеств (самообладания, целеустремленности) и формирует основы *волевого компонента*, а также личностной мотивации для формирования высокой культуры здоровья [1, 3].

Как отмечает А.Н. Разумов, культура здоровья – это комплексное понятие, которое включает теоретические знания о факторах, благоприятствующих здоровью, а также грамотное применение в повседневной жизни принципов активной стабилизации здоровья, т.е. оздоровления [268].

Известные специалисты по проблеме здорового образа жизни В.А. Бароненко, Л.А. Рапопорт дают расширенное определение «культуры здоровья» и предлагают понимать ее как степень совершенства, достигаемую в овладении теорией и практикой оптимизации жизнедеятельности человека, направленной на адекватную реализацию его генетического потенциала, укрепления и развития резервных возможностей организма, с одной стороны, и оздоровления окружающей его биосоциальной среды – с другой, что в конечном итоге будет способствовать успешному выполнению функций индивида и прогрессу человечества в целом [38]. Авторы отмечают необходимость внедрения дисциплины «Культура здоровья студента» в высшие и средние учебные заведения как одного из важнейших разделов возрастной валеологии, включающего в себя проблемы формирования, укрепления и сохранения здоровья, индивидуального развития организма на этапе обучения индивида в учреждении образования.

Под культурой здоровья личности О.Н. Московченко, Л.В. Захарова предлагают понимать интегральную характеристику личностных качеств, объединяющих в себе:

- личностную ответственность за отношение к своему здоровью и здоровью окружающих людей;
- соблюдение культуры питания;
- проявление позитивных чувств к межличностным отношениям;
- ориентированность на двигательную активность как постоянное условие сохранения потенциальных возможностей организма;
- создание культа гигиены труда и личной гигиены, включающей отказ от вредных привычек;
- сохранение физического, душевного психологического и социального благополучия, обеспечивающих адаптивные ресурсы и гармоничное развитие личности, направленное на реализацию творческого потенциала [216].

Каждый человек несет ответственность за свое здоровье и благополучие, при этом он может повлиять на здоровье и благополучие своих близких и родных.

Специалистами отмечается, что здоровье является жизненно важной ценностью человека и необходимым условием для активной, творческой, полноценной жизни человека, к которому необходимо не только адаптироваться, но и, самое главное, можно и нужно воздействовать на него, как на объект [313].

Исходя из этого, здоровье человека может быть определено как оптимальное состояние его организма, учитывающее реализацию генетических программ, обеспечивающих фенотипическое поведение, направленное на социальную и культурную сферы жизнедеятельности. В.А. Ананьев считал, что здоровье представляет собой биосоциальный потенциал жизнедеятельности человека, и с коллегами выделил ряд разновидностей потенциала человека [13, 110]:

1. **Потенциал разума человека** (интеллектуальный аспект здоровья) – способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться.

2. **Потенциал воли человека** (личностный аспект здоровья) – способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства.

3. **Потенциал чувств человека** (эмоциональный аспект здоровья) – способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно принимать чувства других.

4. **Потенциал тела человека** (физический аспект здоровья) – способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознавать» собственную телесность как свойство своей личности.

5. **Общественный потенциал человека** (социальный аспект здоровья) – способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень коммуникативной компетентности; чувство принадлежности ко всему человечеству.

6. **Креативный потенциал человека** (творческий аспект здоровья) – способность человека к созидающей активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки ограничивающих знаний.

7. **Духовный потенциал человека** (духовный аспект здоровья) – способность развивать духовную природу человека.

В валеологическом подходе А.Г. Манжуга, Р.М. Салимова, Е.В. Титова здоровье определяют как «...состояние организма человека, в котором отражается уровень культуры отношения личности к окружающему миру во всем многообразии его проявлений (в том числе и к себе), которое детерминируется степенью усилий человека в наращивании своих жизненных сил и формирований устойчивых моделей здоровосозидательного поведения и деятельности, направленных на гармонизацию отношений человека с самим собой и миром», а «...сформировать отношение людей к собственному здоровью может комплекс мотивационных средств, определяющих отношение к работе, перспективе профессионального роста, материальной обеспеченности, резервам, характеру и направленности взаимодействия в системе «организм-среда-поведение»...» [195].

И.Н. Гурвич, О.И. Колпакова выделяют три основных уровня детерминации поведения в сфере здоровья:

- уровень личности;
- уровень группы;
- уровень общности.

Ими приводятся теории, описывающие факторы, влияющие на поведение человека в сфере здоровья на каждом из этих уровней (табл. 2–4) [314].

Таблица 2. – Детерминация поведения людей в сфере здоровья на уровне личности

Теория	Включаемые в теоретическую модель факторы, влияющие на поведение в сфере здоровья
Теория убеждений о здоровье	Осознаваемая угроза заболевания
Теория разумного действия	Намерение действовать определенным образом, на которое воздействуют установки по отношению к реализации поведения и субъективные нормы
Теория планируемого поведения	Установки по отношению к реализации определенного поведения, субъективные нормы, воспринимаемый (субъективный) контроль над поведением
Теория поиска ощущений	Потребность в ощущениях
Теория утрашения	Страх
Теория стадий изменения поведения	Мотивация к изменению поведения, оценка преимуществ и недостатков новой модели поведения, самоэффективность
Теория, описывающая процесс принятия мер предосторожности	Переход от осознания проблемы к действию
Концепция отношения к здоровью	Когнитивные, эмоциональные, мотивационно-поведенческие факторы

Таблица 3. – Детерминация поведения в сфере здоровья на уровне группы

Теория	Включаемые в теоретическую модель факторы, влияющие на поведение в сфере здоровья
Теория социального научения	Самоконтроль, эффективность, наличие необходимой информации и навыков, оценка результатов поведения на основе прошлого опыта или наблюдения за поведением окружающих (социальных моделей)
Теория проблемного поведения	Личностные факторы и воспринимаемые факторы окружающей среды
Социально-экологический подход	Социальные подсистемы, в которые входит человек
Транзактная модель стресса и преодоления	Стили преодоления, социальная поддержка
Теория взаимозависимости социального влияния и межличностной коммуникации	Собственные убеждения, ценности, поведение; убеждения, ценности, поведение партнера; взаимное влияние двух взаимодействующих людей (взаимозависимость, отношения взаимозависимости, соответствие результатов)
Концептуальная модель взаимосвязи социальных сетей, социальной поддержки и здоровья	Социальные сети и социальная поддержка

Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что понятие «здоровье» имеет комплексный характер, а понимание здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного гармонически развитого физического, нравственного, психологического состояния человека, позволяющее без каких-либо ограничений выполнять общественную и трудовую деятельность [73]. При этом правильное понимание здоровья как многокомпонентного явления зависит от общей культуры и знаний человека.

Таблица 4. – Детерминация поведения в сфере здоровья на уровне социума

Теория	Включаемые в теоретическую модель факторы, влияющие на поведение в сфере здоровья
Теория организации общности	Навыки, компетентность, активность, критическое сознание определенных социальных групп
Теория стадий изменения	Осознание, анализ проблем, обдумывание, принятие решений (на уровне организации)
Теория распространения инноваций	Характеристики продукта в сфере здоровья, каналы распространения информации о продукте
Континуум изменения поведения аудитории	Содержание информации, которая подается на каждой из стадий изменения поведения
Теория коллективных действий в общности	Уровень самостоятельности общности при решении проблем в сфере здоровья

Необходимо всесторонне и грамотно воздействовать на все компоненты здоровья, что *невозможно* без наличия знаний о своем организме (о строении и функциях его органов и систем, об индивидуальных и психологических особенностях организма и т.п.), а также без владения способами и методами коррекции нежелательных состояний, умения поддерживать на высоком уровне физическую и умственную работоспособность и многого другого [220].

1.2. Факторы, определяющие здоровье и влияющие на него

Человек ежедневно подвергается комплексному воздействию взаимосвязанных факторов, одни из которых отражаются на здоровье положительно, другие, наоборот, оказывают отрицательное воздей-

ствии. Очевидно, что в целях повышения уровня здоровья необходимо максимально использовать и культивировать первые из них и искоренить или максимально ослаблять влияние вторых.

Специалисты считают, что факторы, определяющие здоровье человека, можно разделить на 4 группы:

- социально-биологические (пол, возраст, наследственность, тип конституции, темперамент);

- социально-экономические (условия труда, быта, жилищные условия, материальное благосостояние, состояние службы здравоохранения, образ жизни и др.);

- природно-климатические (температура воздуха, влажность, уровень солнечной радиации, ландшафт, флора, фауна и др.);

- организационные или медицинские (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико-социальной помощи и т.д.).

В раннем возрасте преимущественное влияние на здоровье ребенка оказывают социально-биологические факторы. Их роль снижается по мере взросления, уступая ведущее место социально-экономическим факторам, условиям (объективная сторона жизнедеятельности) и образу жизни (субъективная сторона жизнедеятельности) [99, 137].

Выделяют факторы, укрепляющие и ухудшающие здоровье, при этом факторы, ухудшающие здоровье, подразделяются на объективные и субъективные. К объективным факторам относятся следующие: плохая экология, наследственность, уровень развития медицины, социально-экономический статус страны и личности. К субъективным факторам относятся вредные привычки, малоподвижный образ жизни, неправильное питание, нерациональный режим жизни (работа, отдых, сон), постоянное психоэмоциональное напряжение, неумение воспринимать юмор [216].

Академик РАМН Ю.П. Лисицин выделяет несколько групп факторов, определяющих здоровье (таблица 5).

Таблица 5. – Факторы, определяющие здоровье

Сфера	Удельный вес, %	Группы факторов риска
Образ жизни	49–53	Вредные условия труда, плохие материально-бытовые условия, стрессовые ситуации, гиподинамия, непрочность семей, одиночество, низкий образовательный и культурный уровень, чрезмерно высокий уровень урбанизации, несбалансированное, неритмичное питание, курение, злоупотребление алкоголем и лекарствами и др.
Генетика, биологические факторы	18–22	Предрасположенность к наследственным болезням (хромосомным, генетическим), предрасположенность к хроническим заболеваниям (генетический риск)
Внешняя среда, природно-климатические условия	17–20	Загрязнения воздуха, воды и почвы канцерогенами и другими веществами, резкая смена атмосферных явлений, повышенные гелиокосмические, магнитные и другие излучения
Здравоохранение, медицинская активность	8–10	Неэффективность личных гигиенических и общественных профилактических мероприятий, низкое качество медицинской помощи, несвоевременность ее оказания

К основным факторам, влияющим на здоровье человека, традиционно относят его образ жизни, наследственность, внешнюю среду и природно-климатические условия, качество здравоохранения [137, 220].

Под **окружающей средой**, прежде всего, мы понимаем внешнюю среду, к которой относят климат, погоду, экологическую обстановку (загрязнения вредными веществами воды, почвы, воздуха), повышенные гелиокосмические, радиационные, электромагнитные и другие излучения, шум, химические загрязнения [137, 220].

К факторам внешней среды следует отнести:

- природно-космические (климатические – режим и характер атмосферных сезонных явлений в районе проживания, обусловленный географическим положением местности: температура, давление, влажность воздуха и пр.);
- ландшафтные (геологическое строение, рельеф, гидрологические ресурсы территории);
- физико-космические (электромагнитное излучение, звуковые колебания, влияние космических тел и пр.);
- химические (все химические вещества, производимые и используемые в промышленности, сельском хозяйстве, строительстве, быту и т.п.);

- биологические (микроорганизмы, природные очаги возбудителей заболеваний, характер и состояние флоры и фауны и пр.);
- экологические (устойчивость, экологическое состояние природных систем в районе проживания, общепланетарные, региональные и локальные экологические условия и пр.);
- природно-экологические (патогенные и вредные воздействия природного характера (инфекционные заболевания), выбросы вулканических газов, образующиеся на их основе кислотные осадки и т.д.);
- предметно-пространственные – архитектурная среда зданий и сооружений и их дизайнерское решение, состояние и уровень системы коммуникаций и жизнеобеспечения, экологическая среда помещений (жилых, рабочих, учебных и пр.), ее соответствие санитарно-гигиеническим и эстетическим требованиям, соблюдение техники безопасности, экологическая безопасность строительных материалов, предметов обихода и др.;
- социально-экономические – влияние городской среды, ее загрязнение на здоровье жителя; культура, характер и уровень производства, материальные ресурсы общества, уровень научно-технического обеспечения и сервисного обслуживания, уровень функционирования рекреационных служб, системы курортно-санаторных, профилактических и оздоровительно-спортивных учреждений и др.[113, 231].

Нельзя не отметить, что наш организм реагирует на сезонные и суточные изменения окружающей среды. Об этом говорит наука биометрология, занимающаяся изучением зависимости самочувствия от погоды. Учеными разработан своеобразный «календарь» болезней. Согласно данному календарю, зимой грипп и простудные заболевания встречаются чаще, чем летом. Воспалением легких чаще болеют в январе. Выявлена «сезонность» в работе эндокринной железы: зимой основной обмен понижен из-за ослабления их деятельности; весной и осенью – повышен, что сказывается на неустойчивости настроения. Для зимы и лета характерны кожные заболевания и т. д. [76, 220].

В магнитоактивные дни, когда вспышки на Солнце приводят к выбросу электрических частиц, влияющих на магнитное поле нашей планеты, метеозависимые люди жалуются на головную боль. В этот период обостряются сердечно-сосудистые заболевания, усиливаются нервные расстройства, повышается раздражительность, наблюдается быстрая утомляемость и ухудшается сон [76, 110]. Академик В.П. Казначеев выделил пять типов реакции организма на метеотропные влияния (нормальная реакция организма; преждевременная; запоздалая; патологическая; парадоксальная), которые (в разной степени) яв-

ляются производными добавочного стресса, вызванного метеогелио-факторами, к которым относятся магнитные бури, солнечная активность, значительные колебания межсуточной температуры, межсезонность и т. д. [143].

Фактором риска, вызванного техногенными воздействиями, является также превышение уровня электромагнитных излучений над природным фоном, что имеет место в больших городах, на предприятиях, в районе станций ретрансляции, линий электропередач, а также в жилищах, перегруженных бытовой техникой [99].

Экологическая обстановка также влияет на здоровье человека. Организм отвечает на ее негативные изменения (вредные воздействия физических излучений, информационные перегрузки и перенаселенность, чрезмерный шум в городах, изменение химического состава окружающей среды) различными расстройствами (нервно-психической неустойчивостью, аллергическими реакциями, ростом психоэмоциональной напряженности и т.п.) [220].

В большей степени эти изменения касаются качества жизни и здоровья людей, живущих в мегаполисе. Зачастую именно следствием урбанизации является изменение климата, загрязнение окружающей среды, увеличение шума.

Шумовое загрязнение считается одним из самых опасных факторов окружающей среды, влияющих на организм человека [68, 113, 322]. Шум влияет на нас даже тогда, когда мы к нему привыкаем. Даже когда психика человека перестает вроде бы реагировать на возникающий постоянно шум, организм будет отвечать на него стрессом, при котором вследствие выработки гормона стресса – кортизола, учащается сердцебиение, повышается давление, происходит нарушение процессов энергетического метаболизма [232]. Уровень шума в 20–30 дБ практически безвреден для человека – это естественный шумовой фон. Допустимая граница составляет примерно 80 дБ. Звук в 130 дБ уже вызывает у человека изменение физико-психического состояния, угнетая слуховой анализатор и расшатывая нервную систему [10].

К неблагоприятным источникам шума относятся: транспорт, уличная реклама, промышленные предприятия, строительные и ремонтные работы с применением шумной техники и инструментов т.д.

Реакция на шум нередко выражается в повышенной возбудимости и раздражительности, охватывающих всю сферу чувствительных восприятий, вырабатывающих «синдром усталости».

В последнее время не только в нашей стране, но и за рубежом, увеличилось количество исследований, проводимых с целью изучения влияния на организм человека химического загрязнения. В исследова-

нии Л.П. Игнатъевой отмечается, что механизма нейтрализации вредоносного действия содержащихся в воздухе механических и особенно химических веществ в дыхательном аппарате человека природа не предусмотрела, так как в эволюции этих факторов ранее не было [137]. В наши дни получить химический вред посредством использования бытовой химии, строительных материалов и многого другого, к сожалению, достаточно просто и необходимо быть предельно внимательным, изучая состав и инструкции по применению [53, 68].

К сожалению, масштабы загрязнения окружающей среды, особенно в крупных городах, с развитой промышленностью увеличиваются [321]. С целью нейтрализации факторов, отрицательно влияющих на генофонд населения, развитые страны на протяжении многих лет систематически проводят комплексы мероприятий и реализуют различные программы по сохранению окружающей среды [110]. Тем не менее, не всегда удается преодолеть последствия экологических катастроф в разных регионах (вырубка лесов, кислотные дожди), что является нарушением экологического равновесия и чревато срывом механизма адаптации человека (специалисты называют это «экологическими ножницами»).

Большая группа факторов экологического риска для человека связана с особенностями питания. Это фальсифицированные и недоброкачественные продукты, а также пища с высоким содержанием химических экотоксикантов, несбалансированная по энергетической ценности, содержанию белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов [99].

Необходимо отметить, что способность приспосабливаться к отрицательным воздействиям различна у людей с разным уровнем здоровья и физической подготовленностью. У людей с более высоким уровнем физической подготовленности устойчивость организма значительно выше, чем у лиц с низкой общей физической подготовленностью [220]. Любой фактор окружающей среды, считает А.Г. Галстян, будет иметь различное влияние в зависимости от специфики наследуемого материала [92].

Наследственность и возрастные изменения, происходящие в организме человека, во многом определяют качество здоровья. Ведь человек с рождения заложен с определенными генами от родителей. Тип телосложения, внешние признаки и особенности: темперамент, манеры (походка, жесты) как от мужского, так и женского пола – это те характерные черты, передающиеся по наследству [216]. Пол, возраст, национальность, место проживания – социально-демографические

факторы – определено влияют на показатели здоровья и продолжительность жизни человека [5].

Способности, потребности, интересы, желания, патологические зависимости, предрасположенность к болезням имеют наследственную природу. В зависимости от унаследованных генов каждый человек будет иметь предрасположенности к определенным заболеваниям [99]. Способность организма сопротивляться воздействиям вредных факторов определяется наследственными особенностями адаптивных механизмов и характером их изменений.

Все заболевания, связанные с генетическими факторами, специалистами условно разделены на три группы:

- наследственные прямого эффекта (в том числе врожденные), когда ребенок рождается уже с признаками нарушений;

- наследственные, но опосредованные воздействием внешних факторов;

- связанные с наследственным предрасположением [137].

Статистика, как отмечает Л.П. Игнатъева, показывает, что в структуре наследственной патологии преимущественное место принадлежит заболеваниям, относящимся ко второй и третьей группам, т.е. связанным с образом жизни и со здоровьем будущих родителей и матери в период беременности.

Н.Е. Ветков отмечает, что неблагоприятные условия внешней среды почти всегда усиливают агрессивность патологических генов и могут спровоцировать болезнь, которая бы при иных обстоятельствах не проявилась, и наоборот, здоровый образ жизни может повлиять на агрессивность поврежденного гена [76].

Под здравоохранением мы понимаем систему государственных и общественных мероприятий по предупреждению заболеваний и лечению заболевших.

Важно, чтобы медицинскую помощь мог получить каждый, кто в ней нуждается, что особенно актуально в кризисных ситуациях, когда именно медицинское вмешательство – это сохранение не только здоровья, но и самой жизни.

Зачастую человек вспоминает о здоровье и обращается в медицинское учреждение лишь тогда, когда болезнь проявляется, и врач в этой ситуации вынужден заниматься не охраной здоровья, а лечением [137].

За последнее время специалистами отмечается снижение инфекционных заболеваний (около 10%), неинфекционные соматические болезни, функциональные расстройства психики, алкоголизм, наркомания составляют до 40% заболеваемости [137].

Однако по утверждению специалистов в области медицины, достижение здоровья через лечение либо медицинскую профилактику малорезультативно. Как отмечает Э.Н. Вайнер, в лечении врач использует **не стратегический подход – достижение здоровья, а тактический – устранение острых явлений** [68]. Главная же роль в решении этой проблемы принадлежит самому человеку путем создания модели индивидуального здоровья. Именно поэтому доля такого фактора, влияющего на здоровье, как «здравоохранение», составляет не более 10%.

Проведенные в 1980 году исследования американских ученых позволяют утверждать, что удельный вес данных факторов различен [220] (рисунок 1).

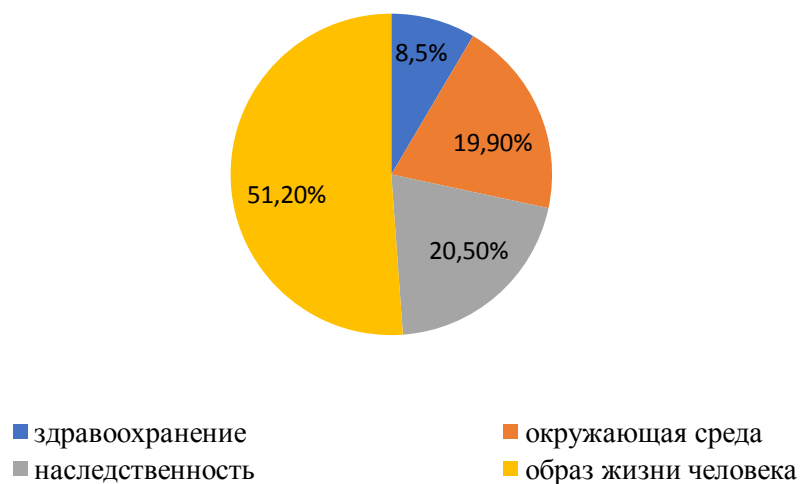


Рисунок 1. – Факторы, определяющие здоровье человека

В России изучалось влияние различных факторов на здоровье, заболеваемость или болезненность отдельных групп населения различных регионов, а также конкретных людей, занятых в той или иной сфере трудовой деятельности. Авторами многочисленных исследований сделаны выводы, что влияние экологических факторов на здоровье человека занимает примерно 20–25% всех воздействий, 15–20% составляют биологические (наследственные) факторы, на фактор «здоровый образ жизни» приходится от 50 до 55% удельного веса всех факторов, а доля качества здравоохранения равна 10% [38, 187, 105, 216, 68].

Из вышеизложенного видно, что, за исключением предопределяемых факторов, здоровье примерно на 70–80% управляемо человеком, где критерием меры адекватности отношения к своему здоровью

в поведении может служить степень соответствия действий человека требованиям ЗОЖ, а также нормативным требованиям медицины, гигиены, санитарии, и самооценка человеком своего физического и психического состояния [92].

Следует полагать, что процентное соотношение степени влияние вышеперечисленных факторов на здоровье со временем может меняться. Это может быть вызвано тем, что в последнее время повышенные информационные перегрузки, связанные с пандемией коронавируса, существенно изменили социальную реальность в мировом обществе. Вынужденный нерациональный режим труда отразился почти на каждом человеке, вызывая высокий уровень стресса. Сейчас, как никогда, в обеспечении здоровья огромное значение приобрел **образ жизни** человека как ключевой определяющий фактор [99].

При научном обосновании положений о концепциях и целостности здоровья (физического, психического, социального, духовного) и здорового образа жизни многие ученые исходят из целостного понимания феномена человека, его сущности и многоаспектности и делают вывод, что образ жизни человека – это ведущий фактор здоровья, который можно корректировать или которым можно управлять [4, 288].

Д.Н. Давиденко под образом жизни понимает деятельность личности, которая протекает в конкретных условиях жизни, реагирует на них и зависит от них [110].

О.Н. Московченко, Л.В. Захарова считают, что понятие образа жизни следует определить как способ жизнедеятельности человека, которого он придерживается в повседневной жизни в силу социальных, культурных, материальных и профессиональных обстоятельств [216].

Образ жизни характеризуется особенностями повседневной жизни человека и связывается с ценностями, установками, идеалами, нормами и правилами поведения, охватывает его трудовую деятельность, быт, формы использования свободного времени, участие в общественной жизни, а также удовлетворение материальных и духовных потребностей, выступая как один из критериев общественного прогресса. Этим объясняется реальное многообразие вариантов образа жизни различных людей [110, 126, 220, 246].

Образ жизни рассматривается в тесной взаимосвязи с такими категориями, как уровень жизни, уклад жизни, качество жизни, стиль жизни, стандарт жизни.

Уровень жизни отражает степень удовлетворения основных материальных и духовных потребностей человека, возможности потреб-

ления тех или иных продовольственных и промышленных товаров, обеспеченность жилищными и социокультурными условиями: уровнем национального дохода, фондами общественного потребления, прожиточным уровнем, душевым потреблением, соотношением доходов и расходов человека, стоимости потребительской корзины и т. д.

Уклад жизни характеризует конкретные исторические социально-экономические и политические условия, в рамках которых развивается образ жизни людей. Он определяется показателями характера собственности, экономики, социальных отношений, ведущих идеологий, политической системы и т.п. (городской, сельский, патриархальный, кочевой, светский и т.д.).

Качество жизни отражает степень социального развития, особенности культуры, воспитания, вкусов, удовлетворения содержательных потребностей – мотивации жизни, комфортности труда и быта, качестве питания и условий приема пищи, качестве одежды, жилья и др., которые проявляются в возможностях самоутверждения, самовыражения, саморазвития и самоуважения, а также показатели средней продолжительности жизни, заболеваемости, естественного прироста населения, его демографической и социальной структуры.

Стиль жизни отражает национальные, общественные, индивидуальные особенности отношения к труду, отдыху, окружающим, благам цивилизации, интересы, заботы, особенности мышления и т.д., т.е. определенный тип поведения личности или группы людей, фиксирующий устойчиво воспроизводимые черты, манеры, привычки, вкусы, склонности, характеризующие ее относительную самостоятельность и способность построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной, содержательной в духовном, нравственном и физическом отношении к жизни.

Стандарт жизни – это теоретическое аналитическое понятие, сконструированное для того, чтобы обеспечить точку отсчета при сравнении уклада, уровня и качества жизни представителей различных социокультурных групп [99, 111, 137, 216, 220, 273].

Считается, что при формировании здоровья студентов, неся общественный характер, перечисленные категории образа жизни – «уровень жизни» и «качество жизни» (при равных возможностях) – в значительной мере зависят от «стиля жизни», который в большей степени носит персонифицированный характер и определяется историческими и национальными традициями и личностными наклонностями [110].

Таким образом, здоровье наследственно и социально обусловлено, оно может изменяться в зависимости от меры и степени ответственности за него самого человека. Улучшить здоровье можно,

прежде всего, посредством осознанного активного поведения, при соблюдении научно доказанных правил или, по-другому, основ здорового образа жизни, в число которых входят соблюдение правил личной гигиены, закаливание, оптимальная двигательная активность, прогулки на свежем воздухе, правильное питание, душевная гармония и хорошее настроение, что позволит в определенной степени нивелировать отрицательное воздействие условий города.

1.3. Психология здоровья

В настоящее время в формировании здорового образа жизни человека и создании культа здоровья индивида в обществе большое значение имеет понимание психологии здоровья. Это научное направление представляет собой синтез психологии и валеологии, являясь междисциплинарной наукой, привлекая для решения своих задач врачей, психологов, педагогов, социальных работников, социологов и других специалистов из многих сфер деятельности [105]. Известный ученый В.А. Ананьев считает, что совершенствование личности – главный продукт психологии здоровья должен происходить через укрепление здоровья и повышение уровня качества жизни [13]. В прошлых веках вопросами совершенствования природы самого человека занималась религия, считает Г.С. Никифоров, обнаруживая в любом ее ответвлении проработанную систему психического и духовного роста [263].

Психическое здоровье – состояние психической сферы человека, являющейся неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья [110]. В.А. Бароненко, Л.А. Рапопорт, И.В. Городецкая отмечают, что основу психического здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, которое обуславливается потребностями биологического и социального характера при возможности их удовлетворения, что обеспечивает адекватное поведение человека [38, 105].

Непосредственное влияние на психику человека могут оказывать следующие факторы:

- отношения в семье или в паре;
- работа и занимаемая должность;
- степень ответственности (перед родными, детьми, начальством);
- финансовое благополучие;
- жилищные условия;
- особенности характера и темперамент;

- условия жизни;
- питание;
- ближайшее окружение;
- возникающие стрессовые ситуации и др.

Основу нормального психического здоровья человека составляет правильное формирование и удовлетворение базовых потребностей, при реализации своих способностей и противостоянии обычным жизненным стрессам, стремление продуктивно работать.

Основными практическими задачами повышения психологической культуры человека являются:

- повышение психологической грамотности;
- поднятие уровня индивидуального общения педагога со студентами и культуры их взаимоотношений;
- совершенствование навыков и умений в психодиагностике и психокоррекции;
- повышение уровня знаний социальных аспектов деятельности человека;
- определение путей и условий для самореализации (самоактуализации) жизни, т.е. роста и развития личности в обществе [110].

Специалисты считают, что в развитых странах две трети всех заболеваний возникает именно из-за стресса [73, 216, 263, 268, 269, 357]. Сдерживая негативную реакцию на стресс и правильно реагируя на возникшую ситуацию, человек должен уметь выдерживать психологическую нагрузку, спокойно переносить стрессовые нагрузки. У индивида, который обладает высокой стрессоустойчивостью, стресс заканчивается естественным способом, посредством восстановления ресурсов организма. В ином случае организм реагирует на психологические проблемы психосоматикой, что часто ошибочно трактуется как органические заболевания [99].

Остро развившийся психоэмоциональный стресс (или длительный хронический стресс) способен привести к развитию ряда заболеваний (болезней адаптации), которые могут проявляться нарушениями со стороны внутренних органов или психопатологическими расстройствами. Первые обычно объединяют под названием психосоматические болезни, ко вторым относятся неврозы, невротические реакции, невротические состояния.

Психосоматические болезни – это патологические расстройства функций и систем организма, которые возникают при воздействии психотравмирующих факторов (сильный эмоциональный стресс, депрессия и т.п.). В круг психосоматических болезней включаются гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперст-

ной кишки, стенокардия, некоторые формы бронхиальной астмы и полиартритов, ожирение, мигрень, кожные заболевания, сахарный диабет, гипертиреоз [216].

В.Э. Медведев отмечает, что данные медицинской статистики свидетельствуют о том, что до 70% пациентов, по существу, практически здоровы и нуждаются лишь в известной коррекции эмоционального состояния, но обращаются к врачам общей практики [200]. Половина носителей психической симптоматики не нуждаются в психиатрической помощи и при психологическом консультировании могут самостоятельно адаптироваться к среде, где степень психологического и эмоционального благополучия может систематически меняться.

Критериями психического здоровья, по определению ВОЗ, являются:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;
- чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;
- способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств [261].

Каждодневно уровень психического здоровья может определяться многочисленными социальными, психологическими и биологическими факторами:

- быстрыми социальными изменениями;
- стрессовыми условиями на работе;
- гендерной дискриминацией;
- социальным отчуждением;
- нездоровым образом жизни;
- физическим нездоровьем;
- нарушениями прав человека;
- насилием;
- устойчивым социально-экономическим давлением [261].

В.А. Бароненко и Д.Н. Давиденко предлагают следующие стержневые характеристики эмоционального благополучия человека [38, 110]:

1. Адекватная, положительная самооценка и уважение к себе (собственной личности), признание своих недостатков и своих достоинств как части своей натуры.

2. Психосоциальное развитие, соответствующее возрасту.

3. Способность адаптироваться к меняющимся условиям. Человеку необходимо привить (развивать) уверенность в способности усвоения им любых изменяющихся условий жизни (как положительных, так и отрицательных). Умение приспособиться необходимо для того, чтобы человек мог с уверенностью и интересом смотреть в будущее.

4. Умение определять и находить эффективные способы удовлетворять свои потребности (физиологические, материальные, духовные и др.), а также умение компенсировать те, которые невозможно удовлетворить на данный момент.

5. Уверенность человека в том, что он сам управляет своей жизнью, т. е. общий душевный комфорт, адаптивность и эффективный самоконтроль – чувство «хозяина» жизни.

6. Уметь самостоятельно принимать решения, планировать свою жизнь и следовать собственным планам, понимая, что каждому необходима определенная степень зависимости (родственная, любовная) – разумная степень независимости.

7. Умение справиться с разочарованием, способность преодолевать неприятности, в том числе связанные со стрессами, с помощью подходящего способа (действия) – умения переживать неудачи.

8. Способность заботиться о других людях, искоренять свой эгоизм.

9. Способность быть коммуникабельным как для успешного социального, профессионального взаимодействия, так и в личных отношениях – доверие, взаимное уважение, внимательность, умение принять другую точку зрения, открытость.

10. Эмоциональное благополучие неразрывно связано со способностью творить, эффективно работать и получать удовлетворение от проделанной работы.

11. Способность любить. Научиться уважать и любить себя, уметь понимать и любить других людей – важный показатель и необходимое условие эмоционального благополучия.

Ряд перечисленных показателей эмоционального благополучия можно расширить, и именно они определяют общее самочувствие человека и формируют его психическое здоровье.

Эмоции являются важной частью нашей жизни, они могут негативно сказываться на самочувствии, поэтому необходимо развивать умение справляться с ними, особенно с отрицательными, такими как гнев, злость, страх, зависть, и многими другими, вызывающими тревожность и стрессовость организма.

Наши эмоции воздействуют на большинство функций организма, который стремится заблаговременно и быстро реагировать на изменения окружающей среды, мобилизовать энергетические ресурсы, необходимые для действий, направленных на удовлетворение непосредственных потребностей [97].

Многие специалисты в области медицины и психологии, как восточной, так и европейской, отмечают существование прочной взаимосвязи между эмоциональным состоянием и здоровьем человека, напрямую связанным с нашим образом жизни, генетикой и подверженностью болезням [266, 269].

Для того чтобы достичь физического и психологического благополучия, необходимо применять позитивные концепции здоровья, что будет способствовать укреплению здоровья, а также расширению возможностей, способности к саморегуляции и саморазвитию.

Психическое здоровье G. Vaillant рассматривает как наличие совокупности сильных сторон личности (а не отсутствие слабостей), позитивных эмоций, как субъективное ощущение благополучия и др. [383].

Один из способов сохранить психическое здоровье – повышать уровень стрессоустойчивости, что, в свою очередь, позволит:

- сохранить физическое здоровье, делая организм выносливым;
- выполнять поставленные задачи в стрессовых условиях;
- оставаться уверенным, уравновешенным человеком;
- выдерживать психологическое давление окружающих людей,

не реагируя на критику, оскорбления и провокации [99].

Как же поддержать свое психическое здоровье в современном мире при наличии многочисленных негативных факторов? Существуют общие рекомендации для создания положительного эмоционального настроения, способствующего укреплению здоровья:

- стараться мыслить позитивно, доброжелательно относиться к окружающим;

- уметь применять простые способы поддержания позитивного настроения, например, в трудную минуту вспоминать положительные моменты жизни;

– уметь менять свое отношение к неудачам, извлекая из любых ситуаций позитивные моменты, обосновывая, что это личный жизненный опыт;

– обеспечивать присутствие жизнерадостных людей в своем круге общения;

– повышать свою самооценку и хвалить себя за проделанную работу, принятые важные решения;

– чаще улыбаться, ведь искренняя улыбка способствует выработке гормона эндорфина, который позволяет справиться со стрессом и пессимистическими настроениями;

– наслаждаться каждым прожитым днем и общением с людьми, которые вас окружают.

Кроме этого, следует соблюдать режим дня, правильно и сбалансированно питаться, применять рациональную форму двигательной активности, ежедневно практиковать духовную гимнастику, при необходимости обращаться за поддержкой и помощью к психологу или близкому человеку, отвлекаться на то, что будет дарить положительные эмоции (поход в кино, театр, шопинг, ужин в приятной компании, поездка на природу, путешествие, занятия любимым делом, и многое другое). При этом нужно стараться минимизировать негативные воздействия, применять способы расслабления перед сном (вечерняя прогулка, ванная, душ, фильм, книга, музыка и др.).

ГЛАВА 2. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

2.1. Сущностные характеристики понятий «здоровый стиль жизни» и «здоровый образ жизни»

Заинтересованность человека собственным здоровьем обуславливает успех в осознании, формировании и внедрении здорового образа жизни. Переход личности к применению здорового образа жизни как стиля и основы жизнедеятельности возможны при условии изменения ментальности в части пересмотра отношения к собственному стилю жизни. Все это указывает на необходимость анализа сущностных характеристик понятий «здоровый стиль жизни» и «здоровый образ жизни».

Категория «стиль» – общенаучное понятие, общекультурная категория. Понятие стиль относится к различным областям действительности: образу жизни и поведению, моде и мышлению, искусству, литературе, научной деятельности. В наиболее общем значении понятие стиля определяется в философской энциклопедии как «характерное физиономическое единство какого-либо явления человеческой жизни и деятельности, типическая форма его внешнего выражения» [325].

Термин «стиль жизни» прочно вошел в тезаурус самых разнообразных наук о человеке. Стиль жизни в современных педагогических исследованиях представлен в качестве одной из категорий здорового образа жизни [49, 77, 112, 138, 172, 201, 244, 299, 330, 356, 366, 371, 376, 379].

В современном словаре по педагогике стиль деятельности определяется как «совокупность индивидуальных особенностей определенной деятельности личности, влияющая на способ достижения цели этой деятельности, обуславливающая своеобразие ее выполнения. В стиле деятельности всегда проявляются индивидуальные и типичные особенности личности» [295].

В исследованиях В.С. Мерлина, Е.Г. Мильнера индивидуальность характеризуется как «соматическая и психическая целостность человека, подразделяющаяся на пять иерархических уровней: анатомо-физиологический; психодинамический; процессуально-психологический; личностный; социально-психологический» [204, 208].

Как отмечают В.И. Бондин, Э.В. Мануйленко, О.Н. Толстокора [59], индивидуальные типологические особенности, проявляемые в

стиле жизни, связаны с психологическими характеристиками и известны с глубокой древности. Наиболее стойкими консервативными конституциональными признаками человека являются телосложение и некоторые характеристики нервной системы, где уровень динамических, физиологических и биохимических показателей более лабилен [337, 342].

Многочисленными исследованиями в спорте [227, 349, 368, 375 и др.] и физическом воспитании [229, 258, 368] установлено, что стандартное воздействие, связанное с мышечной деятельностью, вызывает неодинаковую адаптивную реакцию органов и систем у индивидов разных типологических категорий, неодинаковы и диапазоны изменения двигательных качеств. При этом морфологические признаки сочетаются не только с признаками функциональной организации, но и с типом характера и темпераментом человека.

По мнению Б.А. Никитюка [229], именно телосложение является той формой манифестации конституциональной типологии, которая наиболее пригодна для выявления типа по внешним признакам, направленным на проявление своеобразия личности и деятельности.

Зарубежные ученые V.J. Harder, J.R. Sutton [373] выделяют несколько стилей жизни в зависимости от преобладающего способа адаптации (агрессивный, комфортный, защитный, индивидуалистический и сопротивляющийся) и предлагают следующую классификацию поведения: агрессивное, уступчивое и отстраненное.

Стиль жизни как стратегия достижения индивидуальных ценностей подразделяется J.H. Wilmore, D.L. Costill [386] на: альтруистический, направленный на служение людям; индивидуалистический, устремленный на самоактуализацию; икарстический, ориентированный на творчество.

Для отечественных исследователей В.С. Мерлина, С.Л. Рубинштейна «стиль» – это типологически обусловленной индивидуально-своеобразной устойчивой способ выполнения того или иного вида деятельности [204, 276].

С позиции психофизиологии Е.В. Романина и Е.А. Романин [274] определяют стиль индивидуальности как «функциональную совокупность психических свойств, вариативность и динамичность которых фиксируется удовлетворением определенных потребностей через достижение необходимого результата в структуре конкретного деятельного акта».

Стиль жизни, по мнению В.И. Бондина, Э.В. Мануйленко, О.Н. Толстокора [59], отражает нерасчлененное единство внутренних

и внешних проявлений личности: ее ценностно-мотивационной, деятельностной, коммуникативной и поведенческой составляющих.

Наиболее достоверное понимание стиля жизни дано выдающимися учеными Л.С. Выготским [89], В.Г. Мерлиным [204], где понятие «стиль» определяется как личностная деятельность в качестве стратегии достижения индивидуальных ценностей, в качестве типологически обусловленной индивидуально-своеобразной устойчивой системы способов выполнения того или иного вида деятельности».

В педагогических исследованиях М.Я. Виленски, С.О. Авчинникова обращает внимание на то, что до настоящего времени не раскрыта содержательная сторона понятия «здоровый стиль жизни», а разграничение терминов «стиль жизни» и «образ жизни» является принципиальным лишь при наличии определенного уровня индивидуальности и субъективности, позволяющего личности сделать выбор собственного способа жизни из ряда альтернативных [77]. По мнению авторов, стиль жизни – не составная часть образа жизни, а воплощение последнего на уровне личности, – это одна из конкретных его форм, посредством которых образ жизни доводится до реального воплощения в действительность через индивидуальность личности. Отличие образа от стиля жизни и заключается в удельном весе индивидуального в них, а разграничение понятий «образ жизни» и «здоровый стиль жизни» позволяет согласовать «норму» и «вариативность», «индивидуальность» и «заданность», определить ту грань, которая разделяет разумное, оправданное, целесообразное для одного и при этом является целесообразным для другого. Здоровый стиль жизни должен трактоваться как индивидуализированный вариант здорового образа жизни, включающий в себя мировоззренческий, поведенческий и деятельностный аспекты [78].

Здоровье человека, в первую очередь, зависит от стиля жизни. Этот стиль персонифицирован. Он определяется социально-экономическими факторами, историческими, национальными и религиозными традициями, убеждениями, личностными наклонностями. Здоровый стиль жизни есть результат взаимодействия человека с конкретной жизненной ситуацией, при котором ключевым моментом является то, что результатом станет сохранение и улучшение здоровья человека [45]. Здоровый стиль жизни – это устойчивая стабильная основа поведения личности, направленная на сохранение, поддержание и созидание его физического, психического, нравственного здоровья средствами физической культуры [230].

Рассматривая индивидуальные ценности по укреплению здоровья на основе определенных условий жизни и исходя из вышеизло-

женных характеристик понятия «стиль жизни», В.И. Бондин, Э.В. Мануйленко, О.Н. Толстокора определяют понятие «здоровый стиль жизни» как основу экзистенции, включающую оптимальное сочетание способов, приемов и средств, посредством которых человек способен сознательно самосовершенствоваться для достижения индивидуальных ценностей по укреплению здоровья [59].

С философской точки зрения здоровый стиль жизни является одним из ключевых экзистенциалов, ценностью и жизненной позицией определенного смысла, требующего ответственного решения на основе понимания и принятия оптимальности человеческого бытия. В онтологическом плане состояние человека, согласно концепции А.В. Петровского, – это «целостность, связывающая воедино процессы, протекающие во внутреннем плане (становление мотивов, целей, схем действия) и в плане поведения (деятельность, действие, операции). Причем схемы действия (спонтанно или целенаправленно порождаемые субъектом и наряду, с мотивами и целями, составляющие внутренний план общения) являются инструментальной основой деятельности, включающей в себя такую совокупность средств осуществления деятельности, как:

- а) знания, предназначенные для реализации деятельности;
- б) навыки, как освоенные до степени автоматизма способы употребления определенных средств деятельности (внешних орудий и органов собственного тела как проводников активности);
- в) умения, как освоенная человеком система приемов сознательного построения результативного действия» [248].

Анализируемые философские, онтологические и психолого-педагогические аспекты здорового стиля жизни с позиций экзистенциализма В.Э. Франкла связаны с различными смыслами и ценностями бытия [332], с точки зрения П.Б. Гуревича – это отношение к миру на основе собственного жизненного опыта [109]. Здоровый стиль жизни с философской точки зрения является ключевым экзистенциалом, ценностью и жизненной позицией определенного смысла на основе оптимальности человеческого бытия.

Концептуальными составляющими здорового стиля жизни являются:

- с философских экзистенциальных позиций – ценностно-мотивационные стратегии и установки, позволяющие понять здоровый стиль жизни как важнейший человеческий способ жизнедеятельности по сохранению и укреплению здоровья;

– с психолого-педагогических взглядов – системные знания о механизмах, обеспечивающих здоровье человека, навыки и умения по осуществлению здорового стиля жизни;

– с физиологической точки зрения – деятельность по удовлетворению биологически необходимых для человека потребностей в двигательной активности и сбалансированном питании [59].

В научной литературе представлены различные определения здорового образа жизни. По мнению И.Б. Страховой [305], многомерность проблемы здорового образа жизни (ЗОЖ), представленная в работах специалистов разного профиля – философов, медиков, социологов, психологов, педагогов, свидетельствует об отсутствии единого подхода к пониманию данного явления. Понятие «здоровый образ жизни» считается недостаточно разработанным, так как в самой трактовке исследователями имеются разночтения [156, 360].

По мнению Н.Б. Бриленок [63], традиция осмысления здорового образа жизни укоренена в самых глубоких основах величайших религиозных и философских систем, и, несмотря на свою множественность, их представления едины настолько, что возможно выделить его устойчивые, фундаментальные, постоянно повторяющиеся смыслы. Традиционно здоровый образ жизни осмысляется: 1) как путь к отсутствию болезней; 2) как способ достижения человеческой гармонии и целостности, как то, что обеспечивает единство человеческого тела и духа, а также единство человека и мира [58]; 3) как правильное, нравственное поведение и необходимое условие благой человеческой жизни [18, 165]; 4) как проявление мудрости [290]; 5) как способ ощутить всю полноту жизни [252].

Указанные осмысления чрезвычайно значимы для современных исследований здорового образа жизни. В работе С.А. Никифоровой (2008) здоровый образ жизни определяется как благоприятное социальное окружение, духовно-нравственное благополучие, оптимальный двигательный режим (культура движений), закаливание организма, рациональное питание, личная гигиена, отказ от вредных пристрастий (курение, употребление алкогольных напитков, наркотических веществ) и положительные эмоции [230].

В исследовании Т.Г. Коваленко, Е.Л. Смеловской, Л.В. Агафоновой (2002) здоровый образ жизни – это комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающий гармоничное развитие и укрепление здоровья, повышение работоспособности людей, продление их творческого долголетия [158].

Согласно современным представлениям, здоровый образ жизни – это типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности

человека, которые укрепляют и совершенствуют адаптационные (приспособительные) и резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций [38].

Понятие «здоровый образ жизни», по мнению О.Н. Московенко [216], не ограничивается рамками здоровья, а понимается в более широком смысле. Отсюда здоровый образ жизни – это способ жизнедеятельности человека, формирующий его как личность творческую, активную, сознательно мотивированную на самореализацию и самосовершенствование своих потенциальных возможностей, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование нравственных установок и потребностей, исключающих вредные привычки для своего организма и психики [179, 215].

С точки зрения системного подхода по Н.П. Абаскаловой (2001), здоровый образ жизни – это многоуровневая система многосторонних причинных связей субъекта и окружающего мира, поэтапно формируемая на основе универсальных закономерностей как наиболее эффективной направленности эволюционного развития. При этом автор отмечает, что субъектом в системных отношениях может рассматриваться и человек, и коллектив, и общество, и человечество, поскольку универсальные закономерности развития систем повторяются в многоуровневых отношениях с единственным отличием – объем пространства организации системы взаимосвязей и времени ее развития [4].

По мнению Ю.А. Компаниейца (2009), здоровый образ жизни – это не только наличие или отсутствие вредных привычек, это и уровень производства, благосостояния, культуры, образования, медицинская активность и др. [164].

Рассматривая сущность понятий «здоровье» и «здоровый образ жизни» в контексте культурологического подхода в образовании, М.А. Якунчев, С.П. Гольшенков (2003) определяют здоровый образ жизни как плод духовных и физических усилий человека, целостную систему жизненных проявлений личности, способствующие установлению гармонии между индивидуальностью и условиями ее жизнедеятельности. Здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных, семейных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и определяет направленность усилий личности в сохранении и укреплении индивидуального и общественного здоровья [362].

В исследовании О.Р. Кокориной (2008) показано, что здоровый образ жизни – неразрывная составная часть социального образа жизни

ни, обеспечивающая всестороннее раскрытие творческих способностей, рациональное использование интеллектуальных и физических ресурсов каждого человека в интересах общественного развития и всестороннего удовлетворения личных потребностей, основанных на высокой нравственности. Здоровый образ жизни – это типичные и существенные для данной общественно-экономической формации формы жизнедеятельности людей, укрепляющие естественные возможности организма человека, способствующие полноценному выполнению им специальных функций, достижение активного творческого долголетия. Автор также отмечает, что существенной стороной здорового образа жизни является гармоничность социально-биологических функций человека, обусловленная соответствием физического и духовного развития личности. Здоровый образ жизни и его реализация зависят не только от объективных, но и от субъективных факторов, уровня сознания и общей культуры человека. Именно поэтому его можно целенаправленно формировать. Здоровый образ жизни следует рассматривать как активную, целенаправленную форму поведения, обеспечивающую сохранение и длительное поддержание психического и физического здоровья. А также повышение адаптационных возможностей организма [161].

Определение, предлагаемое Г.А. Мысиной [221], позволяет рассматривать здоровый образ жизни как такое рациональное (целеполагание) и нравственное (выбор средств для достижения цели) поведение человека, а также такой его духовный статус (активная деятельность сознания по поиску и удержанию смысла жизни), которые позволяют ему сохранить или укрепить здоровье (физическое, психическое и социальное благополучие) в процессе самореализации его как личности (достижение поставленных целей и повышение социального статуса за счет компетентности и ответственности).

В приведенных определениях и формулировках термин «здоровый образ жизни» остается дискуссионным в вопросе как понимать слово «образ». С одной стороны, этот термин существует в понимании «отражение» картины реального мира, с другой – его можно представить как «способ жизни».

В философии термин «образ» трактуется как результат образовательной (познавательной) деятельности субъекта, отражение в сознании предметов, явлений объективной реальности. Словосочетание «образ жизни» в философском энциклопедическом словаре истолковывается как понятие, характеризующее особенности повседневной жизни людей, определяемые общественно-экономической ситуацией [329].

Известно, что образ жизни, или *modus vivendi*, – это типичные для конкретно-исторических и социально-экономических отношений способы и формы индивидуальной и коллективной жизнедеятельности человека, характеризующие особенности его поведения, общения, мышления [87, 212].

С позиции социально-философского подхода Н.Б. Бриленок [63] отмечает, что современный социум формирует новые смыслы здорового образа жизни:

1) здоровый образ жизни – это способ достижения успеха, социального, профессионального, личностного;

2) здоровый образ жизни – это способ позитивной самоидентификации, показатель принадлежности к определенному социальному сообществу;

3) здоровый образ жизни – это следование гражданскому долгу, способ поддержания чести страны, местности, профессионального сообщества.

Автор отмечает, что социальными основаниями здорового образа жизни являются образ жизни, качество жизни, уклад жизни и стиль жизни. Понятие социального, усредненного образа жизни, хотя и дает представление о его структуре и о его составляющих, но не отражает самого главного, его сути: образ жизни всегда персонифицирован, он всегда принадлежит конкретному индивиду, субъекту, человеку. Образ жизни с необходимостью социален, но, несмотря на свой социальный характер, всегда адресный, имеет своего «носителя», «владельца». Поэтому следует говорить не только об «образе жизни как таковом», но и об «индивидуальном образе жизни» как о конкретной жизненной практике отдельного человека. Взаимоотношения социального и индивидуального в образе жизни обеспечивают самоопределение личности. Так, понятый образ жизни – это устойчивая форма бытия человека в мире, находящая свое выражение в его деятельности, интересах, убеждениях. Образ жизни человека можно рассматривать и как способ его повседневной жизнедеятельности, обусловленный конкретными социальными, культурными, экономическими и профессиональными обстоятельствами. Всякий образ жизни имеет ментальную составляющую, а это означает, что он не равнозначен социальным и природным условиям жизни, он «больше» них. Именно эта ментальная составляющая и обуславливает тот факт, что человек в соответствии со своим опытом, приобретенными знаниями, ценностными установками, традициями, вкусами сам выбирает себе образ жизни с учетом возможных, доступных ему условий [63]. Образ жизни во многом определяет сохранение, укрепление или достижение здоровья, ко-

торое, по оценкам специалистов, зависит на 50–55 % именно от образа жизни, на 20 % – от окружающей среды, на 18–20 % – от генетической предрасположенности, и лишь на 8–10% – от здравоохранения [346].

Как следствие, в реализации конкретного образа жизни важнейшее значение приобретает личностная, «человеческая» компонента, которая и делает его зависящим от психологических и физиологических (в том числе, и наследственных) особенностей человека, его интеллектуальности, его воспитания и образования, его жизненных ориентиров и предпочтений. Выбор личности в пользу здорового образа жизни определяется ее ориентацией на здоровье, признанием здоровья высшей жизненной ценностью. Это позволило Н.Б. Бриленок дать следующее определение здорового образа жизни: «Здоровый образ жизни – это совокупность личных и социальных практик, направленных на сохранение или достижение здоровья, основанных на его ценностном восприятии и выраженных в повседневном поведении и мышлении» [63].

Здоровый образ жизни – это синергичный результат множества коллективных (социальных, политических, экономических, идеологических, правовых, научных, культурных, педагогических) и личных практик по его поддержанию. Это значит, что бытующее представление о том, что здоровый (или не здоровый) образ жизни – это личное дело каждого, оказывается бессмысленным, поскольку индивидуальный здоровый образ жизни в принципе невозможен [62].

В настоящее время формулируется тезис, согласно которому здоровый образ жизни не достижим индивидуально – это всегда коллективная деятельность. Здоровый образ жизни не возможен без существования некоторых объективных природных и социальных условий. Здоровье каждого человека требует здоровой окружающей среды: природы, социальной системы, экономики, политики, культуры и т.д. [63].

Подведем некоторые итоги:

- анализ сущностных характеристик понятий «здоровый стиль жизни» и «здоровый образ жизни» позволил выделить их разграничение;

- достижение определенного уровня индивидуальности позволяет личности делать выбор собственного образа жизни исходя из внутренней сущности и стремления к самоактуализации;

- разграничение понятий «здоровый стиль жизни» и «здоровый образ жизни» разделяет разумное, оправданное, целесообразное для одного и нецелесообразное для другого, определяет степень оптимальности выбора, сделанного человеком в рамках здорового образа

жизни в соответствии с индивидуальными типологическими особенностями и индивидуальной системой потребностей личности.

2.2. Современные здоровьесберегающие технологии

Формирование культуры здоровья через образование как социальный институт привело к возникновению различных педагогических технологий, связанных с вопросами формирования целостного отношения к своему здоровью, обобщивших представления о здоровье и здоровом образе жизни, ориентированном на здоровьесбережение [132].

Ведущие положения, определяющие необходимость введения здоровьеразвивающих (ранее называемых здоровьесберегающих) технологий в образование, которым отводят ведущую роль в гуманизации образования и реализации здравоцентристской парадигмы здоровья человека третьего тысячелетия – эпохи расцвета культуры здоровья, отражены в ряде современных концептуальных разработок построения образовательных систем в философско-психологическом осмыслении человеческой индивидуальности и ее развития в образовании, модификации поведения с использованием знаний аксиологии и синергетики, формирования здоровья на основе установленных естественнонаучных закономерностей его накопления и стабилизации [43, 132].

В своем исследовании Л.А. Проскурякова [257] указывает, что с целью сохранения здоровья студентов за период обучения в вузе во многих регионах РФ стали разрабатываться и реализовываться различные здоровьесберегающие программы [17, 28, 228]: внедрение в вузах новых учебных дисциплин, целевых программ по охране здоровья, организация центров содействия здоровому образу жизни, кабинетов спелео-, фито- и физио-, аромо и рефлексотерапии, массажа и лечебной физкультуры [122, 117, 283].

В мировой практике уже с 1970-х годов при планировании и проведении профилактических программ, направленных на распространение основ ЗОЖ, ученые широко используют личностно-ориентированные модели обучения здоровью, опирающиеся на базовые положения науки о поведении [206].

Взаимно дополняющие теории воздействия на поведение на индивидуальном уровне фокусируются на внутриличностных факторах. Это такие характеристики индивида, как знания, установки, представления, мотивация, самооценка, жизненный путь, прошлый опыт,

навыки. К ним относятся теория стадий изменения – The Stages of Change Theory (Prochaska J.O., Di-Clemente C.C.), в которой рассматривается готовность индивида к изменению или попытке изменения в сторону оздоровления образа жизни; модель представления о здоровье – Health Belief Model (Becker M.H.) рассматривает оценку человеком угрозы заболевания и оценку способности рекомендуемого поведения предотвратить или вылечить заболевание; теория переработки информации потребителем – The Consumer Information Processing Theory (Bettman J.R.) изучает процессы, с помощью которых потребители воспринимают и используют информацию при принятии решения [206].

Исследователи отмечают, что на поведение человека, помимо индивидуальных характеристик, влияют межличностные, институциональные, популяционные и политические факторы (K. Glanzm). Теория запланированного поведения (M. Fishbein, I. Ajzen) касается отношения к поведению и нормативных представлений, т. е. принимающий решение сначала оценивает преимущества данного образа действий, а затем возможное отношение со стороны других людей, если он выберет именно эту линию поведения.

Помимо приведенных выше теорий, широкое распространение в профилактической медицине получила теория социального научения (A. Bandura). По мнению Г.П. Мещеряковой, теоретическая основа подавляющего большинства профилактических программ и является сутью данной теории, независимо от того, на какие факторы риска и заболевания они направлены, будь то профилактика СПИДа, травматизма, рака, сердечно-сосудистых заболеваний, курения и др. [206].

Интересно, что теория социального научения используется при построении радикально-политической модели обучения здоровью, являющейся более прогрессивной по сравнению с медицинской, образовательной и включающей в себя содействие становлению здорового образа жизни со стороны внешних обстоятельств. Примером успешного применения теории социального научения на практике может служить программа A Su Salud (За ваше здоровье). Это обширная программа профилактики на популяционном уровне. Таким образом, посредством внешних воздействий формируется определенное качество жизни человека [206].

Проблема технологизации педагогического процесса стала широко рассматриваться как одна из актуальнейших в сфере физкультурно-оздоровительной и спортивной деятельности. Ее изучением, как на фундаментальном, так и на прикладном уровнях, занимаются ведущие специалисты в области образования, спортивной дидактики и

психологии, физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры [334].

В сфере физкультурного образования понятия «технология» и «педагогическая технология» стали широко использоваться на рубеже XX–XXI вв.

Предпосылки технологизации обучения закладывались в работах отечественных ученых П.Я. Гальперина, В.В. Давыдова, Н.Ф. Талызиной, И.П. Калошиной, З.А. Решетовой, И.И. Ильясова, Л.Н. Ландо, Н.А. Менчиской, М.Я. Микулинской, Л.Ф. Обуховой, О.С. Анисимова, Б.И. Коротяева, С.И. Шапиро, А.Б. Наумова, В.В. Белича, В.П. Беспалько, В.М. Монахова, а также зарубежных ученых Б. Блума, Дж. Миллера, Е. Галантера, К. Прибрама, М. Минского и других.

Японский ученый Т. Сакамото писал, что педагогическая технология представляет собой внедрение в педагогику системного способа мышления, который можно иначе назвать «систематизацией образования» [245].

В определении В.П. Беспалько, педагогическая технология – совокупность средств и методов воспроизведения теоретически обоснованных процессов обучения и воспитания, позволяющих успешно реализовывать поставленные образовательные цели [47].

Педагогическая технология, как считает Б.Т. Лихачев, – совокупность психолого-педагогических установок, определяющих специальный набор и компоновку форм, методов, способов, приемов обучения, воспитательных средств; она есть организационно-методический инструментарий педагогического процесса [245].

Системный подход к обучению, как сущностная характеристика понятия «педагогическая технология», отражен в определении ЮНЕСКО, согласно которому педагогическая технология – это системный метод создания, применения и определения всего процесса преподавания и усвоения знаний с учетом технических и человеческих ресурсов и их взаимодействия, ставящий своей задачей оптимизацию форм образования [245].

Технологии как эффективная система мер профилактической работы с обучающимися, направленные на сохранение и укрепление здоровья, получили название «здоровьесберегающие технологии». Понятие «здоровьесберегающие педагогические технологии» относят к дискуссионному, и у разных авторов мы встречаем разные определения.

В исследовании Г.А. Мысиной [222] здоровьесберегающие технологии представляют собой комплекс административных, психолого-педагогических и медико-социальных мероприятий, направленных

на оптимизацию учебного процесса, воспитательную работу, досуговую деятельность, безопасность, социальную и психологическую поддержку студентов.

Здоровьесберегающие технологии реализуются на основе личностно-ориентированного подхода [344]. Осуществляемые на основе личностно-развивающих ситуаций, они относятся к тем жизненно важным факторам, благодаря которым обучающиеся учатся жить вместе и эффективно взаимодействовать.

Наиболее значимыми *функциями* здоровьесберегающих технологий специалисты называют формирующую, информативно-коммуникативную, диагностическую, адаптивную, рефлексивную, интегративную [43, 344].

Формирующая осуществляется на основе биологических и социальных закономерностей становления личности. В основе формирования личности лежат наследственные качества, предопределяющие индивидуальные физические и психические свойства. Дополняют формирующее воздействие на личность социальные факторы, обстановка в семье, группе, установки на сбережение и умножение здоровья как базы функционирования личности в обществе, учебной деятельности, природной среде.

Информативно-коммуникативная обеспечивает трансляцию опыта ведения здорового образа жизни, преемственность традиций, ценностных ориентаций, формирующих бережное отношение к индивидуальному здоровью, ценности каждой человеческой жизни.

Диагностическая заключается в мониторинге развития обучающихся на основе прогностического контроля, что позволяет соизмерить усилия и направленность действий преподавателя в соответствии с природными возможностями обучающегося, обеспечивает инструментально выверенный анализ предпосылок и факторов перспективного развития педагогического процесса, индивидуальное прохождение образовательного маршрута каждым обучающимся.

Адаптивная – воспитание у обучающихся направленности на здравотворчество, здоровый образ жизни, оптимизацию состояния собственного организма и повышение устойчивости к различного рода стрессогенным факторам природной и социальной среды. Она обеспечивает адаптацию обучающихся к социально-значимой деятельности.

Рефлексивная заключается в переосмыслении предшествующего личностного опыта, в сохранении и приумножении здоровья, что позволяет соизмерить реально достигнутые результаты с перспективами.

Интегративная объединяет народный опыт, различные научные концепции и системы воспитания, направляя их по пути сохране-

ния здоровья подрастающего поколения.

«Здоровьеформирующие образовательные технологии», по определению Н.К. Смирнова [293], – это все те психолого-педагогические технологии, программы, методы, которые направлены на воспитание у обучающихся культуры здоровья, личностных качеств, способствующих его сохранению и укреплению, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни. В содержание технологии входит:

- использование данных мониторинга состояния здоровья обучающихся, проводимого медицинскими работниками, и собственных наблюдений в процессе реализации образовательной технологии, ее коррекция в соответствии с имеющимися данными;

- учет особенностей возрастного развития обучающихся и разработка образовательной стратегии, соответствующей особенностям памяти, мышления, работоспособности, активности и т.д. обучающихся;

- создание благоприятного эмоционально-психологического климата в процессе реализации технологии;

- использование разнообразных видов здоровьесберегающей деятельности обучающихся, направленных на сохранение и повышение резервов здоровья, работоспособности.

По типу технологии классифицируют на здоровьесберегающие, оздоровительные, технологии обучения здоровью, воспитание культуры здоровья.

Здоровьесберегающие – технологии, создающие безопасные условия пребывания, обучения и работы в образовательном учреждении, решающие задачи рациональной организации образовательного процесса, соответствия учебной и физической нагрузок возрастным возможностям обучающегося (диспансеризация обучающихся, профилактические прививки, обеспечение двигательной активности, витаминизация, мероприятия в период повышенной заболеваемости ОРВИ, организация здорового питания).

Оздоровительные – технологии, направленные на решение задач укрепления физического здоровья обучающихся (физическая подготовка, физиотерапия, аромотерапия, закаливание, дыхательная гимнастика, массаж, фитотерапия, арт-терапия и др.).

Технологии обучения здоровью – гигиеническое обучение и образование (включение соответствующих тем в дисциплины общеобразовательного цикла, обучение гигиеническим навыкам, профилактика травматизма, профилактика злоупотребления наркотическими и психоактивными веществами).

Воспитание культуры здоровья – воспитание личностных качеств, способствующих сохранению и укреплению здоровья, формирование мотивации на ведение ЗОЖ, воспитание ответственности за собственное здоровье, здоровье семьи (факультативные занятия по развитию личности обучающихся, внеучебные мероприятия, фестивали, конкурсы и т.д.).

Выделенные технологии могут быть представлены в иерархическом порядке по критерию субъектной включенности обучающегося в образовательный процесс:

– *Внесубъектные* – технологии рациональной организации образовательного процесса, технологии формирования здоровьесберегающей образовательной среды, организация здорового питания (включая диетическое) и т.п.

– Предполагающие *пассивную позицию* обучающегося – фитотерапия, массаж, офтальмотренажеры и т.п.

– Предполагающие *активную субъектную позицию* обучающегося – различные виды гимнастики, технологии обучения здоровью, воспитание культуры здоровья [293].

По мнению специалистов [43, 161], принципами и отличительными особенностями здоровьесберегающих технологий являются:

– сотрудничество с обучающимися в противовес авторитаризму;

– антропоцентрическая ориентация учебно-воспитательного процесса в противовес дидактоцентрической;

– индивидуализация воздействий; творческий характер образовательного процесса;

– активные методы и формы обучения;

– направленность на предупреждение утомляемости;

– гибкое и согласованное использование преподавателем визуального и слухового каналов донесения информации до обучающегося;

– организация оздоровительного часа.

К основным компонентам здоровьесберегающей технологии относят аксиологический, гносеологический, здоровьесберегающий, эмоционально-волевой, экологический, физкультурно-оздоровительный.

Аксиологический – осознание учащимися высокой ценности своего здоровья, убежденности в необходимости вести здоровый образ жизни.

Гносеологический – приобретение необходимых для здоровьесбережения знаний и умений, познание себя, своих способностей и

возможностей, ознакомление с различными методиками по оздоровлению и укреплению своего здоровья.

Здоровьесберегающий – формирование гигиенических навыков и умений (уход за собой, одеждой, местом проживания, окружающей средой).

Эмоционально-волевой – создание условий для переживания положительных эмоций от здорового образа жизни.

Экологический – формирование умений и навыков адаптации к экологическим факторам (умение гуманно вести себя на природе, беречь имущество, содержать его в чистоте и порядке).

Физкультурно-оздоровительный – владение способами деятельности, направленными на повышение двигательной активности, предупреждение гиподинамии.

Здоровьесберегающая образовательная технология, по мнению В.Н. Соловьева [298], должна представляться как функциональная система организационных способов управления учебно-познавательной и практической творческой деятельностью учащихся, научно и инструментально обеспечивающая сохранение и укрепление их здоровья. Она должна иметь научно обоснованную концепцию, которая указывала бы на способ построения здоровьесберегающих условий, средств обучения и воспитания на основе целостного понимания психолого-физиологических процессов их реализации. Логически выстроенная концепция обеспечит перевод деятельности в системе образования в режим творческого производства собственных замыслов и опыта отдельного учителя, преподавателя и коллектива учебного заведения в целом. Она обеспечит также понимание необходимости технологического и комплексного подхода к образованию и здоровью, как реально гуманно-нравственной деятельности.

Все имеющиеся технологии здоровьесбережения, применяемые в образовательном процессе, С.И. Картышева [151] предлагает систематизировать следующим образом:

1. Организационно-педагогические технологии. К ним относятся мероприятия, определяющие структуру образовательного процесса в соответствии с требованиями СанПиНов, что способствует снижению рисков развития процессов переутомления, гипокинезии и др.

2. Психолого-педагогические технологии. К ним относятся мероприятия, направленные на воздействие педагога на обучающегося в ходе учебно-воспитательного процесса, а также психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса.

3. Учебно-воспитательные технологии – мероприятия, способствующие обучению ведению здорового образа жизни обучающихся,

формированию у них культуры здоровья, неприемлемость вредных привычек и т. д.

4. Социально адаптирующие и личностно-развивающие технологии – мероприятия, направленные на формирование и укрепление психологической адаптации обучающихся.

5. Лечебно-оздоровительные технологии – это мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению обучающихся, а также профилактические мероприятия, проводимые медицинскими службами.

Перечисленные здоровьесберегающие образовательные технологии, по мнению С.И. Картышевой, А.Н. Корденко, И.Г. Гончаровой [152], должны использоваться комплексно и систематически. Также авторы предлагают в качестве базовой модели здоровьесбережения в школе и вузе следующую систему мероприятий:

- мероприятия по созданию здоровьесберегающей инфраструктуры образовательных учреждений в соответствии с требованиями СанПиНа 2. 4. 2. 2821-10 [286];

- мероприятия по рационализации учебного процесса в соответствии с возрастными, индивидуальными и половыми особенностями ребенка;

- создание условий, направленных на снижение риска развития стрессовых ситуаций; применение адекватных требований и методик обучения и воспитания;

- мероприятия по рационализации двигательной активности обучающихся, включая предусмотренные программой уроки физкультуры, физкультминутки, динамические перемены, а также спортивно-массовую работу;

- мероприятия по организации рационального питания;

- мероприятия, направленные на мониторинг здоровья обучающихся;

- мероприятия по формированию ценности здоровья и ЗОЖ [151].

В процессе реализации здоровьесберегающих технологий важно создавать здоровьесберегающее пространство вуза, которое объединяет феномены, сферы, пути и процессы реализации здоровьесберегающих образовательных технологий.

Особенности здоровьесберегающего пространства вуза должны складываться из позитивной основы, направленности на те процессы и ресурсы, организационные и содержательные возможности педагогической системы, которые способствуют не только сохранению, но и формированию, приращению потенциала здоровья обучающихся. Необходимо включать инновационно-творческие основы формирова-

ния и реализации всех усилий, направленных на повышение эффективности здоровьесбережения, с максимально возможным использованием индивидуального подхода к каждому обучающемуся. Добиваться направленности на вовлечение самих студентов в деятельность по оптимизации этого пространства, что представляет воспитательную программу, способствующую превращению обучающихся из пассивных и безответственных объектов, которых взрослые защищают от вредных для их здоровья воздействий, в субъектов процесса здоровьесбережения, с совершенно другим чувством ответственности, наделенных собственными правилами и обязанностями.

Исходя из этого, требования к учебному занятию с позиций здоровьесбережения должны учитывать:

- обстановку и гигиенические условия в кабинете (лаборатории) (температура и свежесть воздуха, рациональность освещения кабинета и доски, наличие/отсутствие монотонных, неприятных звуковых раздражителей и т.д.);

- количество видов учебной деятельности (4–7 видов за занятие);

- среднюю продолжительность и частоту чередования различных видов учебной деятельности (норма – 7–10 минут);

- количество видов словесного, наглядного, аудиовизуального материала и самостоятельной работы не менее трех;

- чередование видов преподавания (норма через 10–15 минут);

- наличие и выбор места на учебном занятии методов, способствующих активизации инициативы и творческого самовыражения самих обучающихся (когда они действительно превращаются из «потребителей знаний» в субъектов действия по их получению и созиданию):

- метод свободного выбора – свободная беседа, выбор действия, выбор способа действия, выбор способа взаимодействия, свобода творчества и т.д.;

- активные методы – обучающиеся в роли преподавателя, обучения действием, обсуждение в группах, ролевая игра, дискуссия, семинар, обучающийся как исследователь – направленные на самопознание и развитие интеллекта, эмоций, общения, воображения, самооценки и взаимооценки;

- место и длительность применения ТСО (технических средств обучения), умение преподавателя использовать их как возможности инициирования дискуссии, обсуждения;

– контролирует ли преподаватель позу обучающихся (наблюдает ли преподаватель за чередованием поз обучающихся в соответствии с видом работы).

Задача здоровьесбережения – обеспечить выпускнику вуза высокий уровень здоровья, сформировать культуру здоровья, тогда диплом о профессиональном образовании будет действительной путевкой в счастливую самостоятельную жизнь, свидетельством умения молодого человека заботиться о своем здоровье и бережно относиться к здоровью других людей.

Для эффективного функционирования здоровьесберегательной образовательной среды вуза необходимо научить преподавателей использовать знания, умения и навыки по пропаганде здорового образа жизни в своей деятельности, освоить методы валеологического обеспечения педагогической деятельности и оценки условий организации и обеспечения учебно-воспитательного процесса с позиций ЗОЖ.

ГЛАВА 3. ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

3.1. Здоровье современного студенчества

На современном этапе развития общества все больше внимания уделяется проблемам охраны здоровья учащейся молодежи, которая составляет 30% населения [35]. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, только 14% обучающихся старших классов считаются практически здоровыми, свыше 40% юношей призывного возраста не отвечают требованиям военной службы, в том числе и по показателям физической подготовленности [104].

По мнению отечественных [257, 157] и зарубежных [364, 365, 382, 387] исследователей, студенческая молодежь считается наиболее подверженной негативному влиянию социальной среды. Ученые рассматривают студенческий возраст как наиболее важный период становления личностной позиции, включения в различные сферы социальной среды, выработки норм поведения, овладения навыками будущей профессиональной деятельности, приобретения желаемой социальной роли [44].

Многими специалистами отмечается ухудшение состояния здоровья студентов от младших к старшим курсам [93, 111, 210]. Зачастую это проблемы, связанные с сердечно-сосудистой системой, и выраженные изменения в отношении роста невротических реакций и собственно невротозов (показатели распространенности расстройств личности были стабильными) [210]. По данным литературных источников, в процессе обучения у студентов при малоподвижном образе жизни, значительной суммарной учебной нагрузке, большом объеме, новизне и сложности материала, предъявляющих организму повышенные требования [124, 174, 275, 281], происходит рост психофункциональных расстройств, ухудшение показателей физического развития и физической подготовленности [377, 378, 361]. Как указывают Н. А. Агаджанян с соавт (1997), R. Dyson, K. Renk (2006), наиболее выраженные трудности испытывают студенты первого курса в связи с процессом адаптации к обучению в вузе. Для них важно установление межличностных взаимоотношений в группе, приспособление к новым требованиям, условиям [130, 372]. После второго курса студенты начинают чувствовать себя более уверенно, у них снижается эмоциональное напряжение. Для студентов, завершающих обучение, акту-

альным становится определение дальнейшего профессионального пути, сопоставление желаемого и достигнутого, что также вызывает психоэмоциональное напряжение [173]. Специалистами Н. Г. Осуховой (2005), М.Ю. Питкевич (2014) у студентов выявляются также общие проблемы, возникающие независимо от срока обучения и оказывающие негативное влияние на психоэмоциональное состояние и эффективность обучения. Это экзаменационный стресс, связанный с получением зачетов и сдачей экзаменов и реализуемый на фоне интенсивной умственной нагрузки, значительного снижения двигательной активности, нарушения режимов сна и отдыха, что приводит к перенапряжению механизмов регуляции физиологических систем организма [239, 250].

Здоровью и структуре заболеваемости студенческой молодежи посвящено достаточное количество работ [22, 136, 324]. По данным медицинских осмотров за 2006–2008 гг. в разных регионах РФ практически здоровыми оказались лишь 16,5% студентов [352]. По данным Госкомстата России, в 2009-2010гг. в системе высших учебных заведений на 1-й курс вузов России поступали здоровыми лишь 16% студентов и около 80% студентов имели нарушения здоровья [284].

Проведенные многолетние исследования в Белгородском университете выявили, что физической культурой в 2005 г. в составе специальной медицинской группы занимались 10,45% первокурсников, ежегодно происходило увеличение студентов данной группы и к 2013 г. их количество составляло 33,57% [104]. На последующих курсах отмечен рост этих показателей в сторону прогрессирования старых заболеваний, либо в сторону возникновения новых.

Рассматривая динамику показателей физического развития и функционального состояния за 15 лет И.В. Самсоненко (2015) установил закономерную тенденцию к постоянному ухудшению состояния здоровья студентов вузов [284]. Исследователь выявил достоверное увеличение массы тела студентов (5,63%) в основном за счет увеличения массы жировой ткани. ЖЕЛ уменьшилась на 5,4%, показатель силы кисти – на 11,1%, силы мышц спины – на 8,15%.

В исследованиях, проведенных в Омском государственном институте сервиса в 2015 г. [213], в Хакасском государственном университете имени Н.Ф. Катанова в 2016 г. [242], Новосибирском государственном техническом университете в 2017 г. [197] специалистами указывалось, что количество студентов, отнесенных к специальной медицинской группе, в сибирском регионе составляло примерно 20-35%.

Анализ литературных источников позволил выявить различия по структуре и классам болезней у студентов вузов различных регионах России. Чаще всего наблюдались болезни костно-мышечной системы и зрения (по 26,3%), реже – органов дыхания (10,2%) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (8%) [8, 54, 55]. Например, у студентов Москвы наиболее часто встречающимися заболеваниями являются желудочно-кишечные (гастрит, колит), легочные и сердечно-сосудистые [34]. В Омске более чем у половины студентов (58,1%) имелась хроническая патология, в структуре которой преобладали болезни органов пищеварения (20,1%), глаз (14,7%), костно-мышечной (14,9%), эндокринной (13,6%) системы, заболевания ЛОР-органов (13,3%), болезни мочеполовой системы (10,8%) и кровообращения (4,5%), психические нарушения (2,9%) [91].

Дальневосточные исследователи (В.М. Вергунова и др., 2012) выявили неизменность ранговой структуры заболеваемости за весь период обучения студентов: на первом месте находились болезни органов дыхания; на втором – сердечно-сосудистой системы; на третьем – опорно-двигательного аппарата; на четвертом – зрения; на пятом – нервной системы. При этом заболеваемость по каждому нозологическому виду увеличивалась с каждым последующим курсом обучения [74].

Комплексное изучение заболеваемости студентов Белорусского государственного медицинского университета позволило М.В. Мальковец (2004) на первое место по частоте встречаемости поставить болезни органов дыхания, на второе – заболевания нервной системы, на третье – мочеполовой системы, на долю болезней органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани – по 5% [194].

Представленные данные согласуются с результатами исследований уровня заболеваемости студентов других авторов [6, 72]: первое место в ранге болезней студенческой молодежи занимают заболевания органов дыхания, второе – системы пищеварения, третье – нервной системы.

Среди специалистов существует мнение, что до 90% всех заболеваний могут быть связаны со стрессом [46, 48, 94, 101, 107]. Следовательно, уровень стрессоустойчивости студентов может существенно влиять на состояние здоровья.

По результатам обследований психического компонента адаптационного статуса юношей 17–23 лет Астраханского университета А.А. Замятиной (2016) было отмечено, что только у четвертой части студентов психоэмоциональное состояние соответствовало оптималь-

ному уровню, остальные обследуемые имели низкую эмоциональную устойчивость, склонность к проявлению нервно-психических срывов и созданию конфликтных ситуаций [127].

Исследование студентов, проживающих в Кемеровской области, проведенное в рамках национального проекта «Здоровье» Л.А. Проскуряковой (2008), позволило выявить улучшение (до высокого уровня) к третьему курсу когнитивных качеств – внимания и памяти, при низком уровне мышления в течение всего периода обучения. Автор отмечает, что большая часть обучающихся на всех курсах не имела депрессивных проявлений. Оценка тревожности показала ее оптимальный, в пределах возрастной нормы, уровень. В личностных характеристиках студентов с возрастом также произошли изменения. Они стали более экстравертированы, склонны к решению личных проблем через взаимосвязь с внешним миром, что негативно отразилось на их эмоциональной сфере [258].

Исследуя морфофункциональные особенности студентов первого курса педагогического университета, А.В. Лебедев с соавторами (2014) установил, что основные психофизиологические показатели первокурсников находились в пределах возрастнo-половой нормы, а уровень социально-психологической адаптации к вузу, в целом, был выше среднего. Большинство обследуемых студентов характеризовались ниже среднего уровнем личностного потенциала. Более высокие значения у юношей выражались в показателях мотивации к успеху, переключения внимания, образной памяти и жизнестойкости. Девушки характеризовались более высокой личностной тревожностью, враждебностью, но хорошей стрессоустойчивостью [181]. Аналогичные результаты были получены С.А. Богомазом с соавторами (2012) при обследовании студентов Томского университета [56].

Изучение показателей психоэмоционального состояния студентов-первокурсников Тувинского государственного университета, проживающих в суровом климате республики Тыва, не выявило отклонений от возрастных норм. Уровень тревожности, стрессоустойчивости, враждебности, агрессивности, невротизации, психопатизации соответствовал оптимальным параметрам, при этом девушки выделялись более высокой тревожностью, враждебностью и мотивацией на успех, а юноши – стрессоустойчивостью и социально-психологической адаптацией [335].

Механизмы проявления психоэмоционального напряжения студентов Сибирского федерального университета в процессе учебной деятельности исследовались О.В. Лимаренко (2019). Полученные автором показатели по шкале психосоциального стресса Л. Ридера поз-

волили сделать вывод, что среди студентов женского пола имеется тенденция к низкому уровню стресса (в 50% случаев на первых-третьих курсах). Только 41,7% студентов третьих курсов мужского пола устойчивы к воздействию психосоциального стресса.

Высокий уровень психосоциального стресса определен у 33,3% девушек и 36,8% юношей вторых курсов, 10,7% девушек и 25% юношей третьих курсов, 5,6% девушек и 16,7% юношей первых курсов. Студенты с высоким уровнем психосоциального стресса могут быть отнесены к группе лиц, нуждающихся в получении психолого-педагогической помощи [185].

В исследовании В.П. Ивановой (2005) указывалось, что более высокая заболеваемость студентов отмечается в индустриальных городах, что во многом связано с экологическими и социально-экономическими проблемами [133]. По данным специалистов [70, 170, 308], уровень распространенности заболеваний среди студенческой молодежи варьируется от наиболее высокой в Якутске (1369‰), Архангельске (1112‰), Астрахани (1089‰), Челябинске (972 ‰), до более низкой в Краснодаре (810 ‰), Майкопе (630‰) и Твери (523‰).

В своем исследовании Л.Б. Дыхан [118] помимо общих характеристик индивидуальной концепции здоровья студентов вуза обращает внимание на гендерный аспект проблемы, основываясь на общем тезисе о том, что ценности, установки и представления человека о здоровье зависят от условий социализации человека, в том числе и от гендерных (полоролевых) стереотипов и ожиданий. Не случайно, Всемирная организация здравоохранения рекомендует придерживаться гендерного подхода к решению проблем здоровья.

В многочисленных работах оценка здоровья студентов основывается на анонимном анкетировании (оценивается субъективное состояние здоровья студентов, их режим труда и отдыха, условий обучения, проживания и факторы риска здоровью) [310, 311, 339, 381, 384].

В результате анкетного опроса студентов Сибирского федерального университета в процессе учебной деятельности О.В. Лимаренко (2018) были выявлены гендерные различия в субъективной оценке состояния здоровья. Юноши первых курсов в 5,6% случаев оценили свое здоровье как «очень плохое». У 57,9% студентов вторых курсов мужского пола в самооценке состояния здоровья доминировала оценка «удовлетворительное» в случаях. Среди респондентов, оценивших свое здоровье как «хорошее» (50% случаев на первых курсах, 38,9% случаев на вторых курсах и 64,3% случаев на третьих курсах) и «очень хорошее» (22,2%, 11,2% и 3,6% случаев соответственно) было

больше студентов женского пола. При этом следует отметить, что к старшим курсам у девушек снижается процент оценок состояния здоровья «очень хорошее», в то время как у юношей третьего курса наоборот произошло увеличение данных оценок (33,3% случаев) [186].

Анализ данных субъективной оценки здоровья студентов старших курсов в вузах Москвы показал, что 65,6% юношей и 61,5% девушек отнесли себя к группе практически здоровых, при этом 38,3% из них отметили утомление в конце учебного дня, 31,3% испытывали головную боль, 59,1% – боли в области сердца [30]. Полученные результаты демонстрируют несоответствие субъективной и объективной оценок здоровья студенческой молодежи.

Уровень развития двигательных качеств также является одним из важных показателей здоровья. В процессе трехлетнего мониторинга студентов Сибирского Федерального Округа В.Г. Шилько, Л.В. Капилевич (2012) выявили хороший и отличный уровни физической подготовленности у половины студенческой молодежи. Авторы также отмечают, что за три года исследований этот показатель несколько снизился, и на 5% увеличилось количество студентов, имеющих неудовлетворительный уровень физической подготовленности [351].

Статистический анализ данных военного призыва 2013г., проведенный специалистами по физической подготовке в системе Вооруженных Сил Российской Федерации, позволил сделать вывод о крайне неудовлетворительном уровне физической подготовленности выпускников высших учебных заведений. Только показатели 43,7% призывников были оценены положительно, неудовлетворительную оценку получили 53,8%, 2,5% были освобождены от сдачи нормативов по состоянию здоровья [320].

Анализ результатов физической подготовленности студентов, проводимый И.В. Самсоненко (2015) в Амурском университете на протяжении 15 лет, позволил выявить статистически достоверные ухудшения в проявлении физических качеств: показатели быстроты ухудшились на 8,16%; общей выносливости – на 9,75%; силовой выносливости – на 30%; скоростно-силовых способностей – на 5,28%; ловкости – на 9,45%; гибкости – на 43,6% [284].

Мониторинг физической подготовленности первокурсниц гуманитарных, технических и физкультурных вузов, проведенный С.С. Матвеевым с коллективом исследователей [199] в республике Башкортостан, позволил установить соответствие показателей физических качеств нормативам комплекса ГТО в проявлении гибкости,

силы и скоростно-силовых качеств. Показатели тестов в проявлении быстроты и общей выносливости у девушек гуманитарного и технического профиля обучения были ниже норм ГТО, а представительницы физкультурного вуза в среднем выполняли нормативы комплекса на «серебряный» и «бронзовый» знак. У юношей гуманитарных и технических вузов Башкирии нормативным требованиям ГТО соответствовал только показатель теста «Подтягивание из виса на высокой перекладине». Показатели гибкости, силы и скоростно-силовых качеств студентов спортивного профиля отвечали требованиям комплекса ГТО, однако результаты в проявлении общей выносливости данного контингента тестируемых не укладывались в рамки нормативов.

Общую тенденцию к снижению результатов физической подготовленности студенток нефизкультурных вузов за период обучения от первого к четвертому курсу выявили белорусские ученые Н.А. Квятковская и Р.Э. Зимницкая (2011). К окончанию четвертого курса уровень развития четырех из шести физических качеств (выносливость – «бег на 2000 м», скоростно-силовые качества – «прыжок в длину с места», скоростные способности – «бег на 100 м», ловкость – «челночный бег») соответствовали низкому уровню. Исключение составили показатели силовой выносливости (по тесту «поднимание туловища из положения лежа на спине» и по тесту «сгибание и разгибание рук в упоре лежа»), которые, несмотря на статистически достоверное снижение, остались на среднем и высоком уровне соответственно. Особую тревогу авторы выразили по поводу низкого уровня физической подготовленности в проявлении выносливости, одного из основных показателей физической подготовки студентов, который связан с деятельностью дыхательной и сердечно-сосудистой систем организма [154].

Отрицательная динамика физической подготовленности студентов за время обучения в вузах была отмечена в исследованиях многими другими авторами [14, 64, 280].

Среди студенческой молодежи можно выделить наиболее подготовленных в физическом плане студентов, которые выбрали для получения высшего образования специализированные учебные направления. По данным исследователей [236], студенты, поступившие на факультет физической культуры и спорта, при достаточной физической подготовленности имели хорошую физическую работоспособность и высокий уровень физического здоровья в целом по сравнению с ровесниками, выбравшими естественно-научное и гуманитарное направления обучения. Более высоким уровнем морфофункциональ-

ных резервных возможностей отличались от своих сверстников, обучавшихся в гражданских вузах, курсанты начального периода обучения военного института [343]. Превосходство первокурсников физкультурного и военного профиля обучения обусловлено, естественно, характером отбора абитуриентов.

По мнению Л.А. Проскураковой (2014), значительные расхождения в сведениях о состоянии здоровья студентов, публикуемых в научных изданиях, являются следствием отсутствия единых унифицированных подходов к сбору, анализу и интерпретации получаемой информации [257].

В целом отметим, что проведенный нами анализ литературы по проблеме здоровья современного студенчества свидетельствует о том, что физическое и психическое здоровье обучающихся характеризуется невысоким уровнем и, в значительной степени, зависит от образовательной среды, профиля обучения, личностных особенностей, пола.

3.2. Условия организации образа жизни в период обучения в вузе

Студенчество – это особая мобильная социальная группа, специфическая общность людей, объединенных институтом высшего образования.

Т.Ш. Миннибаев и соавторы определяют студенческую молодежь как особую социальную группу населения, объединенную определенными возрастными границами (от 17 до 25 лет), интенсивным умственным трудом – процессом профессионального обучения, планированием будущей профессиональной карьеры, семейной жизни и, наконец, менталитетом [210].

Возрастной период обучения в вузе подразделяется специалистами следующим образом:

– юношеский возраст – от 17 до 21 года для юношей, от 16 до 20 лет для девушек;

– зрелый возраст (I период) – от 22 до 35 лет для мужчин, от 21 года до 35 лет для женщин [105, 110].

В этот период происходит поиск ответов на разнообразные вопросы нравственно-этического, научного, общекультурного, экономического, политического плана.

Студенчеству свойственна динамичность и перспективность, социальная мобильность и стремление к самостоятельности, марге-

нальность, осознанность собственной значимости для настоящего и будущего.

Одновременно жизнь современных студентов хаотична и слабо организована и за последние годы настолько изменились, что компенсаторные механизмы с трудом справляются с повышенной нагрузкой [110]. Самими студентами были отмечены следующие **негативы их образа жизни**, приводящие к нервно-психическим перегрузкам, расстройствам регуляторных механизмов организма:

- постоянная спешка;
- опасения опоздать;
- нарастающий, как снежный ком, список дел, которые надо выполнить;
- несвоевременный прием пищи;
- систематическое недосыпание;
- малое пребывание на свежем воздухе;
- недостаточная двигательная активность;
- отсутствие закаливающих процедур;
- выполнение самостоятельной учебной работы, зачастую в ночное время;
- курение и другие вредные привычки [76].

Накапливаясь в течение учебного года, негативные последствия образа жизни увеличивают число заболеваний, а более длительно, в течение 4–6 лет обучения, оказывают существенное влияние на состояние здоровья студентов [110]. Это проявляется в целом «букете» так называемых психосоматических заболеваний: артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, язвенной болезни желудка и других. Исследования последних лет, проведенные в вузах разного профиля, доказывают, что эти заболевания значительно «помолодели» и их можно смело назвать «студенческими» [210]. По данным многих авторов, состояние здоровья студентов зависит от профиля вуза, условий проживания студентов в общежитиях, организации питания и наличия студенческой поликлиники [3, 163, 240].

Организация здорового образа жизни студентов рассматривается как мощный ресурс их продолжительной, продуктивной и творческой деятельности. Именно в этот сложный и напряженный период необходимо сохранить свое здоровье, ведь природная способность организма к самообновлению и совершенствованию будет открывать молодому человеку путь к сохранению здоровья на долгие годы. Это возможно при рациональной эксплуатации организма и требует постоянных и значительных усилий по организации здорового образа жизни.

В этой связи, считает Е.А. Гараева и Э.И. Мамедова, высшее учебное заведение становится ответственным за здоровье своих студентов через имеющуюся материально-техническую базу учебного и воспитательного процесса, жилые помещения в общежитиях, соответствующие санитарным нормам и правилам, организацию рационального питания студентов, условий для отдыха и занятий физической культурой и спортом, первичной врачебной помощью [93].

Влияние на образ жизни и здоровье студенческой молодежи зачастую происходит через информационный подход, когда в вузе проводятся разовые акции пропаганды здорового образа жизни. Но, как отмечает А.И. Близнюк, почему-то очевидно разумные призывы к сохранению и укреплению здоровья, антиалкогольная и антитабачная пропаганда должным образом не воспринимаются или остаются без внимания [52].

Качество обучения студентов взаимосвязано с их здоровьем, отмечает Д.Н. Давиденко, и указывает на необходимость использования целого комплекса мероприятий, включающих:

- врачебный контроль за физическим состоянием студента, своевременное выявление и предупреждение заболеваний;
- распределение студентов по учебным отделениям с учетом их состояния здоровья;
- медицинское обследование (методы компьютерной диагностики):
- мероприятия, формирующие мотивацию на здоровый образ жизни [110].

Начиная уже с этапа напряженной подготовки к экзаменам в школе и поступления в вуз, юноши и девушки испытывают стресс, а поступив в вуз, студенты первого курса оказываются в новых для себя социальных и психофизиологических условиях, зачастую со сменой места жительства, климатических условий, образа жизни в целом. На интеллектуальную и эмоциональную сферы студентов влияют многочисленные факторы:

- большое количество учебной информации;
- преодоление трудных учебных ситуаций;
- новые условия жизни;
- новые знакомства;
- дополнительные нагрузки, формирующие усиление ритма жизни.

Соответственно, сложный многоуровневый социально-физиологический процесс, сопряженный со значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма, является

адаптацией студентов к комплексу перечисленных факторов, специфичных для вуза.

А.К. Гришанов, В.Д. Цуркан полагают, что адаптация студентов – процесс приведения основных параметров их социальных и личностных характеристик в соответствие, в состояние динамического равновесия с новыми условиями вузовской среды как внешнего фактора по отношению к ним [108].

Исследователи различают три формы адаптации студентов-первокурсников к условиям вуза:

– **формальная** адаптация, касающаяся познавательно-информационного приспособления студентов к новому окружению, к структуре высшей школы, к содержанию обучения в ней, ее требованиям, к своим обязанностям;

– **общественная** адаптация, т. е. процесс внутренней интеграции (объединения) групп студентов-первокурсников и интеграция этих же групп со студенческим окружением в целом;

– **дидактическая** адаптация, касающаяся подготовки студентов к новым формам и методам учебной работы в высшей школе [216, 353].

Как отмечают в своей работе Г.П. Шолохова, И.В. Чикова, серьезной проблемой у студентов-первокурсники является неумение организовать себя в условиях отсутствия ежедневной проверки знаний и систематического контроля посещаемости в вузе, что приводит к снижению мотивации к профессии и вообще, процессу обучения, наличию усталости у большей части студентов, повышенной тревожности [353]. Проводимые ими опросы и систематизация полученных данных выявили, что важными студенческими проблемами являются (проблемы ранжированы от большего значения к меньшему):

- 1) недостаток свободного времени;
- 2) перегруженность учебными занятиями;
- 3) недостаточный уровень довузовской подготовки;
- 4) неумение организовать себя;
- 5) нехватка материальных средств;
- 6) отсутствие привычного круга общения;
- 7) сложности в привыкании к новой обстановке, к новым людям.

Для успешной адаптации студентов-первокурсников одним из необходимых условий является проявление активной позиции (как у преподавателя, так и у студента). Студент должен сам планировать свою деятельность, находить и выбирать для себя способы и пути достижения той или иной образовательной цели, а преподаватели, кураторы, администрация вуза помогать и сопровождать этот процесс.

Для обеспечения успешной адаптации студентов-первокурсников необходима совокупность факторов:

- качественная и четко продуманная организация учебной деятельности первокурсников;
- эффективность деятельности воспитательного отдела и кураторского корпуса высшего учебного заведения;
- участие в процессе адаптации первокурсников органов студенческого самоуправления;
- наличие психологического сопровождения первокурсников в период адаптации (психологическая служба, научно-проблемная лаборатория психолого-педагогических исследований);
- вовлечение студентов-первокурсников во внеучебную деятельность (научная и спортивная работа, художественное творчество и т. д.) [353].

В период обучения на последних курсах вуза встают вопросы материального плана (многие ищут подработку, озадачиваются условиями предстоящей профессиональной деятельности), также молодые люди задумываются над перспективами карьерного роста. Постепенно повышаются требования к уровню знаний обучающихся, выходит на более высокий уровень ориентации на самостоятельное творческое усвоение и осмысление информации большого объема и значительной сложности, а также применение знаний на практике [38].

Вузовские условия ежедневно оказываются для студента в той или иной степени экстремальными. В их число входят: информационные перегрузки, нарушение режима труда и отдыха, дефицит времени и сна (особенно при подготовке к сдаче экзаменов, когда студенты не спят, зачастую, по несколько ночей подряд), нерегулярный прием пищи, гиподинамия (вынужденно сидячий образ жизни, снижение объема двигательной активности), злоупотребление наркотическими веществами (алкоголь, табак, наркотики).

Как отмечает В.А. Бароненко, ситуация может усугубиться тем, что в период обучения в высшем учебном заведении организм студента претерпевает интенсивные морфофункциональные и психофизиологические преобразования, связанные с половым созреванием, что само по себе приводит к напряжению механизмов регуляции процессов его жизнедеятельности вследствие нарушения оптимального баланса взаимоотношений функций центральной нервной системы и гормональной сферы [38].

Как показывает практика, полученные студентами знания в вопросах сохранения и укрепления здоровья недостаточно упорядочены и взаимосвязаны. Студенты зачастую не используют полученную ин-

формацию в повседневной жизни, не осознают значимость и ценность собственного здоровья, им не хватает поисково-познавательной активности для пополнения и расширения объема знаний в вопросах здоровьесбережения.

3.3. Психофизиологическая характеристика учебно-трудовой деятельности обучающихся

Анализ научно-методической литературы свидетельствует о том, что здоровье человека напрямую связано с его работоспособностью и утомляемостью [36, 119]. От состояния здоровья во многом зависит успешность учебно-трудовой деятельности студента. Очевидно, что имеющее тенденцию к росту утрачивание резервных возможностей, сопротивляемости организма студентов к внешним и внутренним негативным факторам, а также наличие широкого перечня отрицательных диагнозов ведут к существенному снижению эффективности обучения и дальнейшей профессиональной деятельности.

Педагогический опыт показывает, что общеобразовательная школа недостаточно подготавливает своих выпускников к продолжению образования в высших учебных заведениях, что общий уровень подготовки школьников невысок и за последние пять лет не наблюдается тенденции к его возрастанию. Поэтому учебная деятельность первокурсников может сопровождаться низкой удовлетворенностью и существенными затруднениями. Большинство преподавателей в своем методическом поиске слабо учитывают специфику начального этапа обучения в высшем учебном заведении. В связи с этим возникает необходимость рассмотрения психофизиологических характеристик учебно-трудовой деятельности студентов. Что также необходимо для познания тех ее особенностей, учет и понимание которых нужны для формирования удовлетворенности учебной деятельностью обучающихся на новой, более сложной ступени, совмещающей в себе образовательную и профессиональную подготовку и рационального внедрения средств физической культуры в учебный процесс и отдых обучающихся.

Психофизиологическая характеристика труда – сопряженная характеристика изменения состояния психологических и физиологических систем и функций организма под влиянием определенной трудовой деятельности [119].

Учебный процесс студентов – это умственный труд, к которому принято относить работы, связанные с приемом и переработкой ин-

формации и требующие преимущественно напряжения сенсорного аппарата, памяти, активации процессов мышления, эмоциональной сферы [80].

Характерной особенностью данного вида труда является сильное возбуждение головного мозга и вегетативной нервной системы и в то же время малое участие мышечной системы. В процессе умственного труда основная нагрузка приходится на центральную нервную систему, обеспечивающую протекание психических процессов – восприятия, внимания, памяти, мышления, эмоции. По данным специалистов (М.Я. Виленского, А.В. Палладина, В.М. Когана, Ю.И. Евсеева), выявлено отрицательное воздействие на организм пребывания в «сидячей позе», характерной для умственного труда. В таком положении кровь скапливается в сосудах, расположенных ниже сердца. Уменьшается объем циркулирующей крови, что ухудшает кровоснабжение ряда органов, в том числе и мозга. Ухудшается венозное кровообращение. Когда мышцы не работают, вены переполняются кровью, движение ее замедляется, нарушается деятельность циркуляторного аппарата кровообращения. Все это приводит к функциональному напряжению, нарушению питания клеток головного мозга, снижению работоспособности и, в целом, может быть причиной возникновения заболеваний сердечно-сосудистой и нервной систем [80, 119].

Учебный труд студентов связан с повышенными требованиями к нервно-эмоциональным качествам напряжения (восприятие, внимание, память) и к психической устойчивости. Работа осуществляется преимущественно кистями и пальцами рук. Загружен зрительный анализатор. Увеличен кифоз в грудном отделе позвоночника, ноги согнуты. Длительное статическое напряжение мышц спины. Рабочие движения однообразны. Постоянная нагрузка на голосовой аппарат. Умственная деятельность сопровождается изменением функционального состояния различных органов и системы организма. Увеличивается потребление кислорода и питательных веществ головным мозгом. Снижается насыщенность крови кислородом, изменяется ее морфологический состав. Нарушается терморегуляция организма, ведущая к усиленному потоотделению. Суточный расход энергии составляет 2500–3000 ккал.

В функции сердечно-сосудистой системы происходит увеличение кровенаполнения сосудов конечностей и расширение сосудов внутренних органов. При длительной и продолжительной умственной работе снижается величина условных реакций, увеличивается время реакции, снижается устойчивость внимания и запоминания; ухудшается работа сердца, возникает невроз в нижних отделах легких, в по-

лости живота и ногах застаивается кровь, возникает атония кишечника, появляются головные боли; повышается уровень холестерина в крови; снижаются окислительные процессы в организме, влекущие малокровие и ожирение.

Умственный труд, протекая в условиях малой двигательной активности, предъявляет особые требования к состоянию здоровья обучающихся, его физической и психологической подготовленности и, прежде всего, к силе нервной системы, поэтому обучающимся необходимо обладать большой работоспособностью, выдерживать действие сильных раздражителей, уметь концентрировать свое внимание, сохранять на протяжении рабочего времени высокий общий и эмоциональный тонус и способность быстро восстанавливать силы [81].

Работоспособность определяется как способность человека к выполнению конкретной умственной деятельности в рамках заданных временных лимитов и параметров эффективности [345]. Основу работоспособности составляют специальные знания, умения, навыки, а также определенные психофизиологические особенности, например, перцепции памяти, внимания и т.п., физиологические особенности, например, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем, психологические качества индивида [300].

Среди последних качеств можно выделить общие, т.е. имеющие значение во многих видах деятельности (например, сообразительность, добросовестность и т.д.), и специальные качества, которые обеспечивают успешное выполнение конкретной деятельности.

Кроме того, работоспособность в каждый момент определяется воздействием разнообразных внешних и внутренних факторов не только по отдельности, но и в их различном сочетании. Эти факторы можно разделить на *три основные группы*:

1) физиологического характера – состояние здоровья, возраст, пол, питание, сон, общая нагрузка, отдых и др.;

2) физического характера, воздействующие на организм через органы чувств – степень и характер освещения помещения, температура воздуха, шум и др.;

3) психического характера – самочувствие, настроение, мотивация учения, уровень знаний, способность адаптироваться к новым условиям обучения в вузе, психофизические возможности, нервно-психическую устойчивость, личностные качества (характер, темперамент, коммуникабельность), работоспособность и утомляемость [184, 300].

Обучающимся сложно адаптироваться к обучению в вузе, ведь вчерашние школьники попадают в новые условия учебной деятельно-

сти. Новые жизненные ситуации, которые сопровождаются существенной перестройкой психических и физиологических состояний. При этом адаптация протекает на нескольких уровнях. Профессиональная адаптация означает идентификацию (отождествление) себя с избранной профессией, с социальной ролью, которую предстоит выполнять после окончания вуза. Это идентификация личностных качеств с требованиями профессии и активно положительным отношением к избранной специальности.

Первостепенное значение в этой адаптации имеет формирование профессиональной направленности личности. По ее окончании обучающийся должен получить целостное представление о той деятельности, к которой он готовится. У него должен сформироваться профессиональный идеал как ориентировочная основа его деятельности. Социально-психологическая адаптация означает интеграцию личности со студенческой средой, принятие ее ценностей, норм, стандартов поведения и т.п. Это накладывает на личность отпечаток, определяет изменение направленности потребностей.

На процесс внутренней переориентации личности оказывают влияние факторы межличностных отношений, в процессе которых складываются установки, удовлетворяющие личностный статус студента, формирующие уровень его притязаний. По мере укрепления межличностных отношений студент включается в деятельность коллектива учебной группы. Дидактическая адаптация предполагает повышение уровня психической и интеллектуальной готовности студентов к специфике обучения в вузе. Низкий уровень этой готовности при поступлении в вуз приводит к психической усталости, ослаблению памяти, мышления и т.д.

Серьезным испытанием для организма является информационная нагрузка обучающихся, возникающая при изучении общеобразовательных и профессиональных дисциплин. Критическим и сложным фактором перенапряжения обучающихся является также экзаменационный период – один из вариантов стрессовой ситуации, протекающий в большинстве случаев в условиях дефицита времени и характеризующийся повышенной ответственностью с элементами неопределенности. Отрицательное воздействие на организм усиливается при суммарном влиянии нескольких факторов риска, когда они воздействуют одновременно и принимают хронический характер (рис. 2).

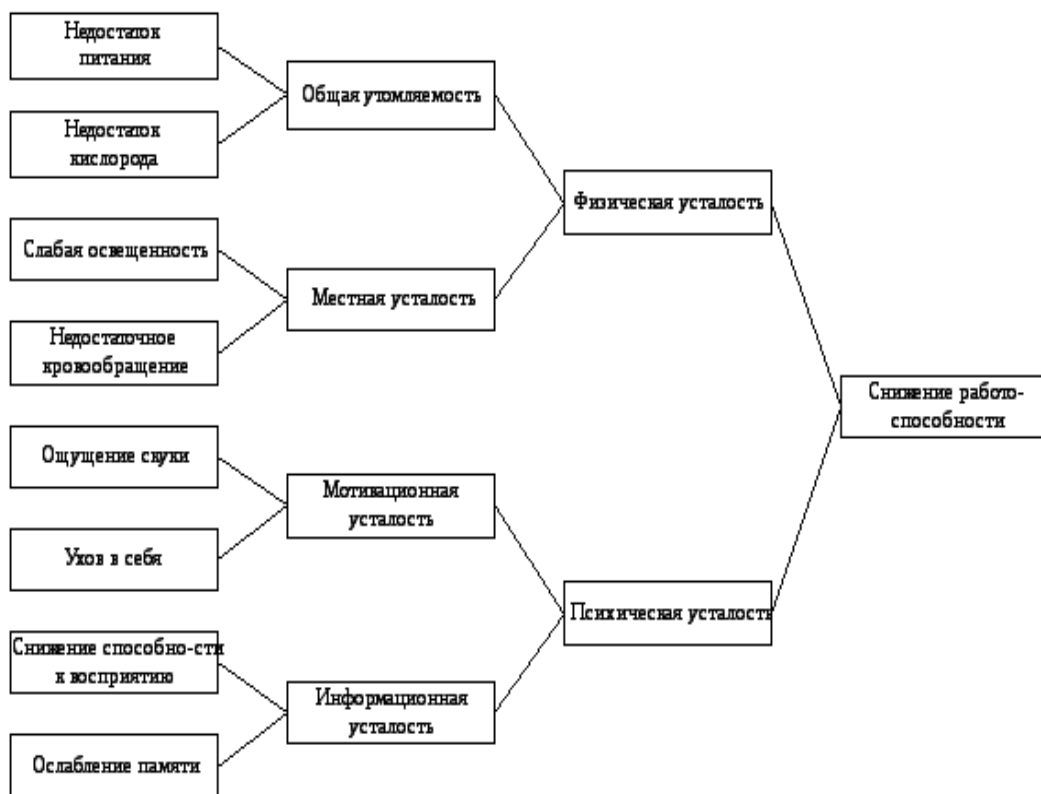


Рисунок. 2. – Причинно-следственные связи при наступлении усталости и снижении работоспособности

Колебания работоспособности в течение суток соответствуют биологическим ритмам организма [196, 345]. Высокая работоспособность в любом виде деятельности обеспечивается только в том случае, если жизненный (рабочий) ритм правильно согласуется со свойственными организму биологическими ритмами его психофизиологических функций (рис. 3).

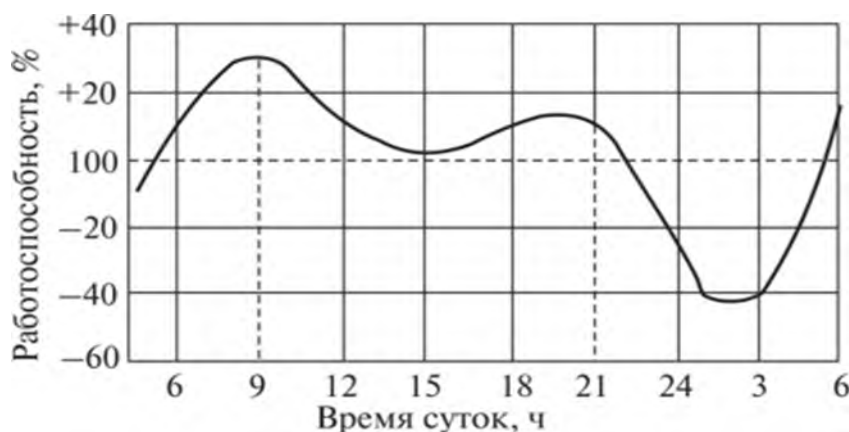


Рисунок. 3. – Изменение работоспособности человека в течение суток

Выделяют обучающихся с устойчивой стереотипностью и последовательностью изменения работоспособности (ритмики) – их большинство и студентов с неустойчивой их последовательностью (аритмики).

В зависимости от времени работоспособности ритмики подразделяются на утренние («жаворонки») и вечерние («совы») типы (рис. 4).

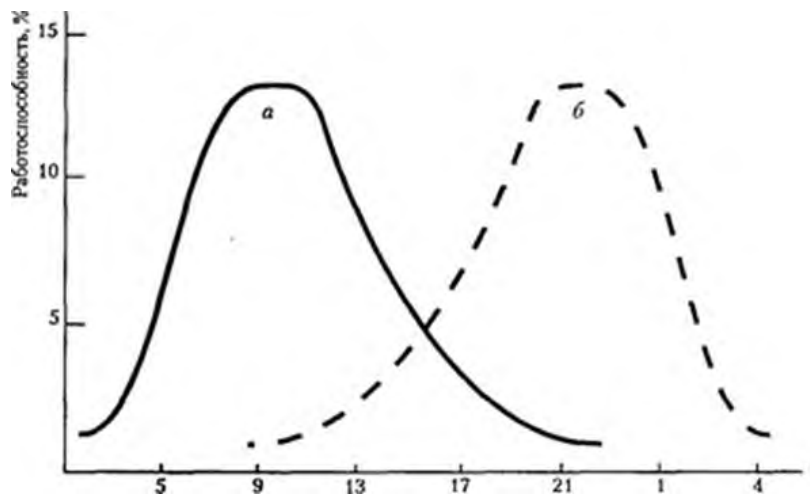


Рисунок. 4. – Распределение работоспособности утренних (а) и вечерних (б) типов

Студенты–«жаворонки» встают рано, с утра бодр, жизнерадостны; приподнятое настроение сохраняется в утренние и дневные часы. Они наиболее работоспособны с 9 до 14 часов. Вечером они рано устают. Это наиболее адаптированные к существующему режиму обучения студенты. Практически их биологический ритм совпадает с социальным ритмом дневного вуза.

Студенты–«совы» наиболее работоспособны с 18 до 24 часов. Они поздно ложатся спать, чаще всего не высыпаются, нередко опаздывают на занятия; в первую половину дня заторможены. Они находятся в наименее благоприятных условиях, обучаясь на дневном отделении вуза.

Очевидно, период спада работоспособности у обоих типов студентов целесообразно использовать для отдыха.

Аритмики занимают промежуточное положение между рассмотренными двумя группами, но все-таки они стоят ближе к представителям утреннего типа.

Под влиянием учебно-трудовой деятельности работоспособность студентов претерпевает изменения, которые отчетливо наблюдаются в течение дня, недели, на протяжении каждого полугодия и учебного года в целом. Длительность, глубина и направленность из-

менений определяются функциональным состоянием организма до начала работы, особенностями самой работы, ее организацией и другими причинами [253].

Учебный день студенты, как правило, не начинают сразу с высокой продуктивностью (рис. 5).

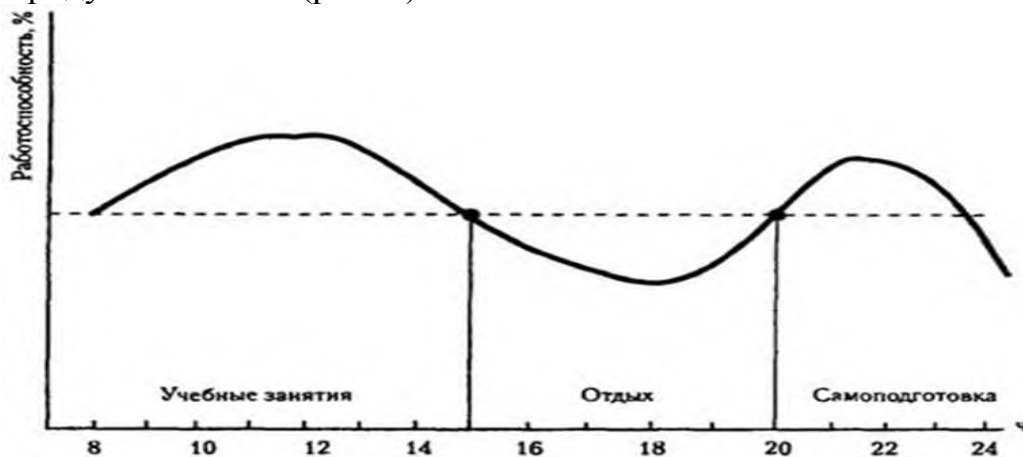


Рисунок 5. – Работоспособность обучающихся в процессе учебного дня

После звонка они не могут сразу сосредоточиться и активно включиться в занятия. Проходит 10-20, а иногда и более 30 минут, прежде чем работоспособность достигнет оптимального уровня. Этот (первый) период вработывания характеризуется постепенным повышением работоспособности с определенными ее колебаниями. Психофизиологическое содержание этого периода сводится к образованию рабочей доминанты, для чего большое значение имеет соответствующая установка (мотивация).

Второй период оптимальной (устойчивой) работоспособности имеет продолжительность 1,5–3 часа, в процессе чего функциональное состояние студентов характеризуется изменениями функций организма, адекватных той учебной деятельности, которая выполняется.

В дальнейшем, вследствие наступления утомления, работоспособность постепенно снижается. В третьем периоде снижения работоспособности возникают начальные признаки утомления, которые компенсируются волевым усилием и положительной мотивацией.

В четвертом периоде наступает неустойчивая компенсация, как следствие, это ведет к возникновению нервно-психического напряжения, усилению деятельности вегетативных и нейрогормональных сдвигов. С дальнейшим нарастанием утомления резко выражено чувство усталости. При этом функциональные изменения отчетливо проявляются в тех органах, системах, психических функциях, которые в структуре конкретной умственной деятельности студента имеют ре-

шающее значение (например, в зрительном анализаторе; в функции устойчивости внимания, в оперативной памяти).

В пятом периоде начинается прогрессивное снижение работоспособности, которое перед окончанием работы может смениться кратковременным ее повышением за счет мобилизации резервов организма, так называемый «конечный порыв».

При дальнейшем продолжении работы, в шестом периоде, происходит резкое уменьшение ее продуктивности в результате снижения работоспособности и угасания рабочей доминанты (доминанта (лат.) – временно господствующий очаг возбуждения в ЦНС, обладающий повышенной возбудимостью и способный оказывать тормозящее влияние на деятельность других центров головного мозга). Подобное состояние не удастся компенсировать волевым усилием.

Вариативность изменения отдельных сторон работоспособности обусловлена и тем, что учебно-трудовая деятельность студентов характеризуется постоянным переключением различных видов умственной деятельности.

При нервном перенапряжении напряженность нервных и приспособительно-компенсаторных механизмов резко возрастает, лабильность и гиперкомпенсация повышаются, вследствие чего возбудительный процесс принимает застойный характер. Развитие нервного переутомления связано с падением процесса возбуждения и лабильности, возникновением процесса истощения. Кумуляция (накапливание) утомления происходит в результате несоответствия между утомлением и отдыхом. По данным, приведенным в таблице 6, можно ориентироваться в степени переутомления, типичного для студентов.

Таблица 6. – Краткая характеристика степеней переутомления при умственной работе

Симптомы	Степень переутомления		
	начинающаяся	легкая	выраженная
1	2	3	4
Снижение дееспособности	Мало выражено	Заметно выражено	Выражено
Появление ранее отсутствующей усталости при умственной нагрузке	При усиленной нагрузке	При обычной нагрузке	При облегченной нагрузке

Окончание таблицы 6

1	2	3	4
Компенсация понижения дееспособности волевым усилием	Не требуется	Полностью	Частично
Эмоциональные изменения	Временное снижение интереса к работе	Временами неустойчивость настроения	Раздражительность
Расстройство сна	Труднее засыпать или просыпаться	Постоянно трудно засыпать или просыпаться	Сонливость днем
Снижение умственной работоспособности	Нет	Труднее сосредоточиться	Временами забывчивость
Вегетативные нарушения	Временами ощущение тяжести в голове	Часто ощущение тяжести в голове	Временами головные боли, снижение аппетита

Анализ и обобщение материалов исследований, характеризующих динамику умственной работоспособности обучающихся по неделям, семестрам и в целом за учебный год представляют определенную сложность. Поэтому, опираясь на унифицированные методики, описанные М.Я. Виленским [81], нам представляется возможным определить основные черты работоспособности студентов за неделю, полугодие и в учебном году.

Динамика умственной работоспособности в недельном учебном цикле характеризуется наличием периода вработывания в начале (понедельник, вторник), устойчивой работоспособностью в середине (среда-четверг) и снижением в последние дни недели. В некоторых случаях в субботу отмечается ее подъем, что связывают с явлением «конечного порыва».

Типичная кривая работоспособности может изменяться при наличии фактора нервно-эмоционального напряжения, сопровождающего работу в различные дни недели. Такими факторами могут быть выполнение контрольной работы, участие в коллоквиуме, подготовка и сдача зачета.

В начале учебного года в течение 3–3,5 недель наблюдается период вработывания, сопровождаемый постепенным повышением уровня работоспособности. Затем на протяжении 2–2,5 месяцев (середина семестра) наступает период устойчивой работоспособности. В конце семестра, когда студенты готовятся и сдают зачеты, работоспособность начинает снижаться. В период экзаменов снижение кривой

работоспособности усиливается. В период зимних каникул работоспособность восстанавливается к исходному уровню, а если отдых сопровождается активным использованием средств физической культуры и спорта, наблюдается явление ее повышения [119].

Начало второго полугодия также сопровождается периодом вработывания, продолжительность которого сокращается по сравнению с первым полугодием до 1,5–2 недель. Дальнейшие изменения работоспособности со второй половины февраля до начала апреля характеризуются устойчивым уровнем. Причем этот уровень может быть выше, чем в первом полугодии. В апреле наблюдаются признаки снижения работоспособности, обусловленные возникающим утомлением. В период зачетов и экзаменов снижение работоспособности выражено резче, чем в первом полугодии. Процесс восстановления отличается более медленным развитием, вследствие значительной глубины утомления.

Таким образом, рассмотренный материал свидетельствует о том, что учебный труд студентов, независимо от его временных параметров: учебный день, неделя, семестры учебного года, изменения работоспособности – характеризуется последовательной сменой периодов вработывания устойчивой, высокой работоспособности и периода ее снижения. Подобные изменения определяются действием общих адаптационных психофизиологических механизмов организма в ответ на учебные нагрузки, обусловленные спецификой организации учебного процесса в вузе и образом жизнедеятельности студентов.

Вуз предоставляет обучающимся три вида отдыха, различных по длительности:

- кратковременные перерывы между занятиями;
- еженедельный день отдыха (воскресенье);
- каникулярный (зимний и летний).

Несмотря на количественные различия, все три вида отдыха должны быть построены по одному принципу: *восстановить нарушенное предшествующей работой оптимальное соотношение основных нервных процессов в коре головного мозга и связанную с этим умственную работоспособность*. Для нормальной деятельности мозга нужно, чтобы к нему поступали импульсы от различных систем организма, почти половину которых составляют импульсы, идущие от мышцы. Движения мышц создают громадное число нервных импульсов, которые обогащают мозг потоком ощущений, поддерживают его в нормальном рабочем состоянии. Наличие закономерных изменений работоспособности диктует тактику использования средств физиче-

ской культуры и отдыха для оптимизации условий учебно-трудовой деятельности обучающихся с целью здоровьесбережения.

3.4. Мотивация и установки к здоровому образу жизни

Учеными разработаны модели, схемы и методики продления жизни посредством занятий спортом, правильного и рационального питания, закаливания, позитивного отношения к жизни, соблюдения режим дня и других средств, существенно повышающих ресурс здоровья [80]. Также разработана стратегия валеологического образования, основанная на формировании мотивации на здоровьесбережение за счет активизации деятельности, направленной на сохранение и укрепление собственного здоровья [216].

Мотивация – это побуждение, вызывающее активность организма и определяющее направление этой активности [158, 297], по-другому, это целенаправленная определенная потребность, побуждающая к действию и организующая его [38].

Полученные человеком знания о здоровье еще не гарантируют, что он будет вести здоровый образ жизни. Для этого необходима устойчивая мотивация на сохранение здоровья.

Выполняя побуждающую, организующую и смыслообразующую функции, мотивация побуждает к действию через сформировавшиеся потребности, обогащая их собственными личными смыслами: индивидуальным мировоззрением, целостными ориентациями, официальными установками. Никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни.

В основу формирования здорового образа жизни должен быть положен принцип системности. Значительную роль играют методы и концептуальность, присущие социальной психологии и социологии [131]. Как отмечают А.Г. Фурманов, В.А. Горовой, О.Н. Московченко, Л.В. Захарова, проникнуть во внутренний мир человека, где осуществляется процесс формирования мотивов, установок, целевой ориентации, происходит расклад (диспозиция) ценностей возможно не только с помощью специалистов в области медицины и физической культуры, но и посредством интегративной деятельности педагогов многих смежных дисциплин, психологов, а также социальных структур. Это будет способствовать сохранению здоровья всех участников образовательного процесса [333, 216].

Под мотивацией здоровья и здорового образа жизни А.И. Близнюк понимает осознание человеком необходимости сохра-

нения здоровья как основы для успеха в личной жизни, профессиональной деятельности как основы его гармоничного развития [52].

Формирование мотивации здоровья должно базироваться на двух важных принципах:

Первый принцип – возрастной – воспитание мотивации здоровья необходимо начинать с раннего детства.

Второй принцип – деятельностный – мотив здоровья следует создавать через оздоровительную деятельность по отношению к себе [38].

На основе осознанной мотивации и формируется собственный стиль здорового поведения, который определяется разными мотивами.

Мотивация самосохранения: человек не совершает действия, которые могут угрожать его здоровью и жизни.

Мотивация подчинения этнокультурным требованиям: человек подчиняется этнокультурным требованиям потому, что хочет быть равноправным членом общества, в котором живет, и где от его образа жизни зависит здоровье и благополучие других (полезные привычки, защитные системы от неблагоприятных факторов передаются в определенном этносе от поколения к поколению в виде табу или традиций).

Мотивация получения удовольствия от здоровья – простая гедоническая (наслажденческая) мотивация, ибо ощущение здоровья приносит радость (здоровый человек без ограничений может удовлетворять потребности и желания человека, вызывая тем самым положительные эмоции).

Мотивация возможности самосовершенствования выражается в осознании того, что, будучи здоровым, можно подняться на более высокую ступень общественной лестницы (здоровый человек при конкуренции может добиться высокого уровня общественного признания, иметь больше шансов на успех).

Способность маневрирования сводится к тому, что здоровый человек сможет по своему усмотрению изменять свою роль и свое местоположение в сообществе (менять профессии, перемещаться из одной климатической зоны в другую, чувствовать себя свободным независимо от внешних условий).

Мотивация возможности сексуальной реализации. Молодому человеку архиважно быть сексуально привлекательным, а здоровье дает возможность для сексуальной гармонии, так как сексуальная потенция мужчины и женщины находится в прямой зависимости от его состояния.

Достижение максимально возможной комфортности, сущность которой сводится к тому, что здорового человека не беспокоят физические и психологические неудобства [297].

Роль вышеперечисленных мотиваций не одинакова в жизни разных людей. И даже в жизни одного и того же человека их значение может меняться в разные возрастные периоды. И.И. Соковня-Семенова отмечает, что случаи, когда все мотивации являются одинаково значимыми, встречаются крайне редко. Более того, человек, для которого одновременно значимы все известные мотивы укрепления и сохранения здоровья, дает повод задуматься о том, не слишком ли он занят проблемами здорового образа жизни и не приобрела ли эта озабоченность болезненный характер.

Показано, что в течение жизни, в разные возрастные периоды, человек приобретает и утрачивает разные мотивации. В юношеском возрасте (конец школы и начало обучения в вузе) ведущее значение имеют мотивы возможности сексуальной реализации, самосовершенствования и, зачастую, именно этот мотив может сыграть положительную роль в профилактике злоупотребления алкоголем, наркотиками и табакокурением, если умело доказать их пагубное влияние на сексуальную потенцию у юношей и детородную функцию у девушек.

Такие мотивы, как угроза здоровья в будущем и этнокультурные требования практически не имеют в этом возрасте значения, так как срабатывает установка «хочется жить здесь и сейчас», при этом, даже нанося вред здоровью, молодые люди испытывают удовольствие, считая, что они самоутверждаются [158, 297].

По мнению академика В.П. Казначеева, образ жизни каждого человека определяет его представления о смысле жизни, дела, поступки, отношение к окружающему миру, к себе, к своему здоровью», а значит, забота об укреплении и сохранении своего здоровья должны стать ценностными мотивами, формирующими, регулируемыми и контролирующими личный образ жизни любого человека [39, 143].

При отсутствии у человека мотивации к сохранению здоровья любые программы и мероприятия по здоровому образу жизни остаются невостребованными и мало результативны [52].

Как отмечают многие специалисты, понимание здорового образа жизни студентами в основном сводится к тому, чтобы больше двигаться, закаляться, не пить алкоголь, не курить, не принимать наркотики, правильно питаться и т.д. [44, 52, 172]. Но как это все вместе совместить, «уложить в голове», структурировать, отрегулировать и начать применять юноши и девушки понимают не всегда, так как им не хватает для этого валеологических знаний и времени, зачастую,

присутствует лень и неприятие представленных в назидательной форме рекомендаций и призывов к ведению здорового образа жизни, особенно, когда рядом присутствует негативный пример поведения родственников, друзей, педагогов, а средства массовой информации в привлекательной форме рекламируют (культивируют) энергетики, алкогольную продукцию, нездоровую пищу и многое другое.

В связи с этим, формирование мотивации здорового образа жизни у любого человека, в том числе у студента, требует определенных усилий. Следовательно, как отмечалось ранее, необходима нацеленность системы вузовского воспитания и образования на формирование у студента культуры здоровья, которая начинается с формирования установки на здоровый образ жизни [38].

Установка – это готовность человека к определенному действию или к определенному восприятию окружающей действительности. Это более высокая психологическая инстанция, чем мотивация. Как отмечают многие специалисты (врачи, наркологи, педагоги, психологи), побудить людей вести здоровый образ жизни – есть трудная, зачастую, непосильная задача, то есть можно объяснить человеку необходимость каких-то действий, но очень трудно заставить его действовать. Знать компоненты здорового образа жизни – это одно, но начать воплощать их в свою жизнь, следовать им – совсем другое. Ведь никто за нас не может сделать гимнастику, чтоб мышцы привести в тонус; вовремя расслабиться – отвлечься и сохранить позитивный настрой; отказаться от приносящих вред алкоголя, сигарет, чрезмерно больших порций еды. Вредные для здоровья действия, на короткое время могут давать довольно приятные ощущения, от которых многие не могут отказаться, даже если осознанно понимают, что это приносит вред здоровью.

Установка на здоровый образ жизни: «Чтобы быть здоровым, надо захотеть стать им» – требует высокого уровня понимания и заинтересованности, которая формируется на основе мотивации при непосредственной коррекции личной системы ценностей человека.

Создать заинтересованность и готовность (установку) вести здоровый образ жизни, учитывая, что для установки любой формы поведения необходимо, чтобы *цель* воспринималась как *стоящая усилий* и *достижимая*.

В.А. Бароненко, Л.А. Раппопорт выделяют четыре фактора, существенных для установки здорового образа жизни:

– знание того, какие формы поведения способствуют нашему благополучию и почему;

- желание быть «хозяином своей жизни» – вера в то, что здоровое поведение в действительности даст положительные результаты;
- положительное отношение к жизни – взгляд на жизнь как на праздник, которым нужно наслаждаться;
- развитое чувство самоуважения, осознание того, что ты достоин наслаждаться всем самым лучшим, что может предложить тебе жизнь [38].

Необходимо не только создание установки или готовности вести здоровый образ жизни, но и, самое главное, планомерно, пошагово начать реализовать эту установку.

При формировании мотивации на здоровый образ жизни у студентов необходимо создать соответствующую личностно-развивающую образовательную среду, которая будет способствовать созданию системы ценностных ориентаций и установок, активной жизненной позиции, позитивной мотивации к саморазвитию и самосовершенствованию, а также принятию ответственности за свою судьбу.

3.5. Индивидуальная здоровьесберегающая дорожная карта студента

Проблема сохранения здоровья студентов становится все более острой. В условиях цифровой трансформации общества происходит существенное перераспределение нагрузки на человека, меняются условия и образ жизни молодежи. Современная образовательная среда предъявляет к обучающимся высокие требования, зачастую превышающие их психофизиологические возможности, что может способствовать как возникновению, так и ухудшению течения, а также контролируемости соматических заболеваний [140]. С наибольшей эффективностью решить проблему сохранения и сбережения индивидуального здоровья личности возможно только при условии грамотности и заинтересованности самой личности в этом процессе [110]. Специалистами давно констатируется зависимость здоровья человека от его личностного отношения к своему здоровью, от индивидуальных установок на здоровый образ жизни, на знание человеком своих резервных возможностей, а также санитарно-гигиенических основ жизни.

У каждого человека должна сформироваться своя система здоровья как совокупность обстоятельств образа жизни. Чем раньше человек примет на себя ответственность за свою жизнь, тем больше он

гарантирует себе определенную степень независимости и свободы. Рано или поздно отсутствие индивидуальной системы здоровья приведет человека к болезни и не позволит ему реализовать заложенные в него природой задатки [202].

Многогранное содержание термина «здоровьесбережение» включает в себя:

- деятельность, направленную на улучшение и сохранение жизни человека (рекреационная, хозяйственно-бытовая, оздоровление, лечение, восстановление физической работоспособности и т. п.);

- деятельность, направленную на укрепление и создание семьи;

- профессиональную активность, трудовую деятельность;

- социально-культурную деятельность (общественная активность);

- духовно-нравственную активность [140].

Сбережение здоровья студентов – одна из основных задач деятельности участников образовательного процесса, необходимое условие образовательной деятельности в высшем учебном заведении, осуществляемой с учетом личностных потребностей и особенностей развития студента, дающих возможность создания индивидуализированного проекта здорового образа жизни.

В связи с переходом многих дисциплин в инновационный формат изучения посредством использования дистанционных технологий обучения на основе различных способов доставки электронного контента и доступных инструментов коммуникации обучающихся и преподавателей в электронной информационно-образовательной среде (ЭИОС), нами было разработано онлайн-обучение на основе создания массового открытого онлайн-курса (МООК), размещенного на платформе Stepik [114].

Курс «Здоровый образ жизни как основа здоровья современного общества в условиях цифровой трансформации» был разработан в рамках одного из модулей дисциплины «Физическая культура и спорт» для студентов 1 курса Сибирского федерального университет. Он направлен на повышение уровня знаний о компонентах здорового образа жизни, функциональных и двигательных способностях человека, что позволяет студентам самостоятельно и грамотно систематизировать и использовать знания о средствах укрепления и сохранения здоровья, поддержания работоспособности, профилактики и предупреждения заболеваний.

Цель курса – усвоение положения, что здоровье человека является личностной и общественной ценностью и во многом зависит от

образа жизни; ознакомление с технологиями формирования понимания значимости здорового образа жизни.

В состав курса входят лекции и задания, список рекомендуемой литературы, контрольные вопросы и тесты. В результате освоения курса слушатели приобретают способность поддерживать уровень физической подготовленности, необходимый для полноценной социальной и профессиональной деятельности.

Для студентов и слушателей курса были разработаны инструкции, вводные лекции, тематика которых – общее представление о здоровье; влияние факторов, определяющих здоровье; условия организации образа жизни в студенческое время.

Также студентам предложено *создать свою индивидуальную здоровьесберегающую дорожную карту*, процесс реализации которой состоит из трех этапов:

1 этап – анализ своего образа жизни.

2 этап – определение цели и составление индивидуальной здоровьесберегающей дорожной карты при прохождении курса.

3 этап – начало реализации деятельности согласно разработанной индивидуальную здоровьесберегающую дорожную карту индивидуальной здоровьесберегающей дорожной карты.

Для этого студентам предложено выполнить ряд заданий.

1 этап – необходимо провести анализ своего образа жизни. Необходимо проанализировать недельный цикл своей жизнедеятельности: сон, пробуждение, еда, виды деятельности, включая хобби и досуг и занести результаты в соответствующие таблицы (Приложение А).

Использовать методы самонаблюдения, самоанализа, самооценки.

2 этап – необходимо определить цель и заполнить индивидуальную здоровьесберегающую дорожную карту. Индивидуальность карты заключается в том, что для каждого студента намечается своя цель (Приложение Б). При переходе на здоровый образ жизни необходимо сформировать личностное отношение к своему здоровью, определить, чего вы хотите добиться, ведя здоровый образ жизни, поставить для себя и краткосрочные, и среднесрочные и долгосрочные цели, определив их с учетом индивидуальных потребностей. Например:

– составить список плохих привычек, которые мешают вашему здоровью и образу жизни, от которых, по вашему мнению, нужно избавиться;

– нормализовать свой сон;

– увеличить физическую активность;

– регулярно питаться, применяя принципы рационального питания;

– иметь индекс массы тела (ИМТ) в диапазоне от 18,5 до 24,5.

Оценив свой образ жизни, наметив себе цели и определив, какие именно компоненты здорового образа жизни на данном жизненном этапе являются для вас ключевыми, следует сформулировать определенные задачи, поочередное решение которых, позволит достичь цели. Например, отказаться от вредной привычки или просыпаться не позднее 6.30, чтоб успевать сделать много дел или скорректировать свое питание, внимательно читать состав продуктов на этикетках и многое другое.

Онлайн-курс состоит из тем, соответствующих компонентам здорового образа жизни: правила личной гигиены, закаливание, отказ от вредных привычек, разумное чередование работы (учебы) и отдыха, оптимальный двигательный режим, рациональное питание, ограничение информационного воздействия на организм, психогигиена.

Дополнительно размещен практикум по оценке биологического возраста.

В процессе прохождения онлайн-курса студенты могут более подробно познакомиться с каждым компонентом здорового образа жизни, для чего были специально разработаны конспекты, презентации и видео-лекции.

Отмечая важные составляющие каждого из компонентов, студент создает своеобразное планирование, учитывая собственные условия жизни, свои индивидуальные особенности и потребности.

3 этап – начать реализовывать разработанную индивидуальную здоровьесберегающую дорожную карту. Осуществляя деятельность по собственному преобразованию и совершенствованию своего образа жизни, необходимо ставить реальные задачи, которые можно выполнить постепенно. Например, для начала заменить газировку на воду или включить функцию шагомер на своих часах или телефоне и начать отслеживать количество локомоций, совершенных в течение дня.

Мотивационно-волевой компонент в структуре ответственного отношении к собственному здоровью подчеркивает необходимость не только волевой регуляции, но и волевой организации личности человека, обладающего устойчивой системой мотивов, целостным мировоззрением и необходимыми волевыми качествами. Реальными побудителями выступают именно мотивы, заставляя человека сделать тот или иной выбор. Без волевой регуляции преобразования знаний по до-

стижению благополучия в убеждения, а убеждений в поступки и действия невозможны [38, 73].

Предлагается использовать такие методы самовоспитания, как:

- самоприказ;
- самовнушение;
- самоубеждение;
- самоупражнение;
- самокритика;
- самоободрение;
- самообязательство;
- самоконтроль;
- самоотчет [220].

Для того чтобы осуществлять контроль за выполнением индивидуальной карты, студентам рекомендуется завести и систематически заполнять дневник самоконтроля. Это своеобразная форма самоотчета о проделанной за определенный период времени (день или неделю) работе.

Формами ведения дневника самоконтроля может быть электронный вариант, фиксация информации в ежедневнике или школьном дневнике и т.п. Содержание каждого дня может быть представлено в табличном варианте (Приложение В). Анализ динамики собственных показателей позволит своевременно вносить в карту необходимые корректировки, делать выводы, намечать и реализовывать новые цели.

Систематическое заполнение дневника самоконтроля является своеобразным самоотчетом о проделанном за день: отмечать направленность, объем и интенсивность физической нагрузки и отдыха; фиксировать случаи нарушения режима и то, как это сказывается на общей работоспособности и т.п. Анализ своего образа жизни, в том числе и поступков, позволит студенту узнать, какие качества ему необходимо сформировать в первую очередь, от каких недостатков избавиться, какие изменения внести в индивидуальную здоровьесберегающую дорожную карту, чтобы оптимизировать процесс перехода на здоровый образ жизни.

Реализация индивидуальной здоровьесберегающей дорожной карты, предполагающей пошаговый переход на здоровый образ жизни и снижающей факторы риска, ухудшающие здоровье, позволит устранить негативные привычки, сформировать навыки ведения ЗОЖ.

При выборе различных вариантов организации перехода к здоровому образу жизни студенту необходимо:

- учитывать индивидуальные особенности и особенности своей жизнедеятельности;
- взвесить свои возможности;
- определить резервы свободного времени;
- оценить состояние здоровья;
- поставить цель (цели) и задачи перехода к здоровому образу жизни;
- выбрать один из возможных вариантов реализации карты;
- иметь положительный психологический настрой.

1 Вариант. Жесткая последовательность действий, расписанная досконально по времени и мероприятиям, подойдет для тех студентов, кто любит соблюдать четкий жизненный график. Поэтому такие направленные на обеспечение здоровья действия, как физические упражнения, гигиенические процедуры, закаливание, время и качество приема пищи, отдых и многое другое, жестко вписываются в режим дня с точным указанием времени.

2 Вариант. Предлагается для студентов, которые привыкли ставить перед собой конкретные цели и добиваться их, разделять и планировать переход по этапам, учитывать промежуточные и конечные цели. Поэтапное внедрение дорожной карты позволяет ставить и уточнять промежуточные цели и задачи каждого этапа, его длительность в соответствии с состоянием своего здоровья, формы контроля и прочие. Выполнение поставленных задач от «перекрестка к перекрестку» позволяет перейти к следующему этапу. То есть этот вариант не ставит жестких условий на каждый данный период времени, однако позволяет целеустремленно продвигаться по переходу к здоровому образу жизни.

3 Вариант. Для студентов, привыкших к комфорту и лени предлагается ввести девиз «Начни!» и *постепенно менять распорядок дня*, не заставляя себя четко планировать, идти пошагово, начиная с отказа от вредных привычек, ухудшающих здоровье, и приближаясь к желаемому переходу к здоровому образу жизни через любые оздоровительные, даже эпизодически выполняемые (сделать иногда, например, один раз в неделю) мероприятия. Такой вариант особенно подходит человеку, который не может резко изменить свой жизненный уклад и отказаться от комфортных привычек, но понимает, что образ жизни нужно и можно менять. Для этого он может начать, например, с 10 минутной утренней гимнастики или пройти пешком пару остановок, отказаться от утренней сигареты или какого-либо вредного продукта.

4 Вариант. Рекомендуется для студентов, которые обременены социальными, бытовыми, личностными, профессиональными пробле-

мами и испытывают постоянный дефицит времени. «Не хватает времени!» – это постоянная отговорка и удобный повод для того, чтобы объяснить нежелание вести здоровый образ жизни. Таким людям рекомендуется внимательно отнестись к первому этапу создания здоровьесберегающей дорожной карты: критически проанализировать свой образ жизни, понять ценность здоровья и найти те ниши, которые можно было бы заполнить элементами здоровьесбережения.

Как отмечает в своей работе Э.Н. Вайнер, важно, чтобы при реализации перехода к здоровому образу жизни, человек был уверен в себе, настойчив и последователен, систематически анализировал свое состояние и вносил соответствующие коррективы в свой образ жизни. Несомненно, что все это даст свои результаты как в отношении продуктивности и качества жизнедеятельности человека, так и в отношении положительной динамики его здоровья с девизом «Каждый день и всю жизнь!» [68]. Создание собственной здоровьесберегающей дорожной карты представляет собой исключительно длительный процесс, а корректировка цели, задач, способов и средств их решения может продолжаться всю жизнь.

Общие рекомендации, которые помогут постепенно, без срывов осуществить переход на здоровый образ жизни:

1. Следовать правилам здорового образа жизни, насыщая ее многочисленными здоровьесберегающими компонентами:

- соблюдать правила личной гигиены;
- тренировать иммунитет, использовать различные виды закаливания;
- быть свободным от вредных привычек;
- разумно чередовать работу и отдых;
- выдерживать оптимальный двигательный режим;
- рационально питаться, учитывая основные принципы – умеренность, разнообразие, режим, безопасность;
- ограничивать во времени информационное воздействие;
- обрести и сохранять гармонию внутри себя и с окружающим миром.

2. Активно и осознанно участвовать в процессе собственного преобразования, что отражается в понятии «самовоспитание», определяемом как систематическая и сознательная деятельность человека, направленная на саморазвитие, на формирование базовой культуры личности [220].

ГЛАВА 4. ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМПОНЕНТОВ

Возрастание и изменение характера нагрузок, усложнение и ускорение темпов жизни, увеличение рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера провоцируют негативные сдвиги в состоянии здоровья человека. Как уже отмечалось ранее, снизить отрицательное воздействие этих факторов в определенной степени может здоровый образ жизни. Изменение стиля поведения, уклада жизнедеятельности, образа мышления, активная жизненная позиция, использование знаний о способах борьбы с вредными привычками будут являться действенными средствами первичной профилактики и укрепления здоровья студента.

Каждая из достигнутых позиций здорового образа жизни характеризуется психофизиологической удовлетворенностью, что положительно сказывается на состоянии здоровья, и наоборот, накопление отрицательных эмоций и их последствий, могут стать первопричиной начала заболевания [110].

Система здорового образа жизни характеризуется структурой системных отношений в пространстве жизни человека и инновационно-эволюционной цикличностью поэтапного формирования личности во времени ее развития, отмечает Н.П. Абаскалова, и здоровый образ жизни определяет, как многоуровневую систему многосторонних причин, связей субъекта (человек, коллектив, общество) и окружающего мира, поэтапно формируемая на основе универсальных закономерностей как наиболее эффективной направленности эволюционного развития [4].

Здоровый образ жизни включает в себя следующие компоненты:

- Соблюдение правил личной гигиены.
- Рациональная организация трудовой (учебной) деятельности.
- Правильный режим труда и отдыха.
- Здоровый сон.
- Рациональная организация свободного времени.
- Оптимальный двигательный режим.
- Рациональное питание.
- Отсутствие вредных привычек.
- Тренировка иммунитета и закаливание.
- Соблюдение норм и правил психогигиены.

- Контроль информационного воздействия.
- Рациональное планирование семьи.
- Сексуальная культура.
- Контроль за своим здоровьем.
- Валеологическое самообразование.

4.1. Соблюдение правил личной гигиены

Личная гигиена – это совокупность гигиенических правил, выполнение которых способствует сохранению и укреплению здоровья человека. Нарушение требований личной гигиены может негативно сказаться на здоровье не только одного человека, но и больших групп людей (коллективы, семьи, члены различных сообществ).

Личная гигиена подразделяется на гигиену:

- тела;
- волос и кожи головы;
- полости рта;
- органов слуха;
- органов зрения;
- половых органов;
- индивидуального питания;
- одежды и обуви;
- жилища;
- сна и спального места.

Гигиена тела предъявляет особые требования к состоянию кожных покровов. Являясь наружным покровом организма, границей между внешним миром и нашим внутренним пространством, кожа активно участвует во всех жизненных процессах организма, процессе обмена веществ, особенно водном, минеральном, жировом, углеводном, витаминном и энергетическом, а также выполняет ряд важных функций: иммунную, защитную, секреторную, рецепторную и др.

Кожа представляет собой важный орган человеческого тела, выполняющий многие функции: защитную, выделительную, терморегулирующую и др. В коже находится большое количество нервных окончаний, поэтому она обеспечивает постоянную информацию о всех действующих раздражителях.

Гигиена тела содействует улучшению обмена веществ, кровообращения, пищеварения, дыхания. Наша кожа постоянно загрязняется. В течение недели с ее поверхности выделяется 100–300 граммов жировых веществ, 3–5 литров пота, на коже остается 35–70 граммов раз-

личных солей, 40–90 граммов отшелушившегося эпителия. При загрязненной коже создаются условия для попадания в организм вредных микробов, через повреждения кожи (царапины, ссадины, потертости, трещины и др.) они проникают внутрь организма и могут вызвать различные заболевания. Загрязненная кожа снижает свою бактерицидную способность. Если на чистой коже все микробы погибают за 20 минут, то на грязной через 30 минут количество микробов уменьшается только на 15%. Недаром говорят, что инфекционные желудочно-кишечные заболевания – это болезни грязных рук.

Содержание кожи в чистоте достигается регулярным мытьем тела при помощи горячей воды, мыла и мочалки. Если этого не делать, то вследствие регулярного выделения железами кожи пота и жира в совокупности с внешними загрязнениями создается благоприятная среда для размножения болезнетворных микроорганизмов и развития различных заболеваний [326].

Руки необходимо тщательно мыть с мылом возможно чаще и обязательно после посещения туалета, выполнения каких-либо грязных работ и перед едой. Экспериментально доказано, что при нанесении бактериальных культур на кожу вымытых рук количество бактерий через 10 мин. уменьшается на 85%, и чем чище кожа рук, тем лучше проявляется действие бактерицидных веществ, уничтожающих микроорганизмы, попадающие на кожу рук. Так как очень много бактерий накапливается под ногтями (примерно 95% общего их количества, находящегося на коже рук), важно правильно ухаживать за ногтями, тщательно мыть подногтевые пространства щеткой с мылом.

Важно заботиться и о **коже стопы** (постоянное мытье ног, ношение чистых носков), ведь она обильно снабжена потовыми железами и при несвоевременном удалении некоторое количество пота может смешиваться с грязью, обсеменяться бактериями, разлагаться, тем самым вызывать неприятный запах, раздражение кожи, снижение защитных свойств [110, 220, 323, 158].

Гигиена волос и кожи головы. Современные гигиенические средства предназначены для удаления загрязнений с волос и кожи головы, с обязательным косметическим эффектом: придание волосам аромата, натурального блеска, пышности, легкоукладываемости, а коже – мягкости.

Сальные железы кожи головы вырабатывают кожное сало, которое, растекаясь, смазывает кожу и волосы, придавая им эластичность и блеск. В результате нарушения работы сальных желез увеличивается выработка кожного сала, что может привести к развитию се-

борей. Уход за волосами предусматривает своевременную стрижку и мытье.

К факторам, влияющим на повреждение волос, также относятся:

- частое мытье сильнодействующими шампунями или несоответствующими данному типу волос;
- воздействие тепловых процедур (сушка феном, использование термобигуди и др.);
- химическое окрашивание;
- механическое травмирование;
- химическая завивка;
- грибковые поражения.

Для ухода за поврежденными волосами нужно соблюдать следующие рекомендации:

- использовать средства по уходу за волосами, способствующие смягчению и легкому расчесыванию (бальзамы, кондиционеры, маски и др.);
- при расчесывании избегать травмирования кожи головы и волос (не пользоваться металлическими массажными щетками и расческами);
- по возможности не пользоваться феном;
- отказаться от химической завивки и окрашивания химическими красителями волос (лучше использовать растительные красители);
- регулярно принимать комплексы витаминов и микроэлементов (цинк, сера, медь, селен и витамины А, Е, биотин);
- обеспечить полноценное питание, содержащее достаточное количество белков, витаминов, а также продуктов, в состав которых входит линолевая кислота;
- проводить физиотерапевтические и косметические процедуры, способствующие улучшению микроциркуляции и нормализации обмена веществ в волосяном фолликуле.

Для поддержания хорошего состояния кожи важную роль играет правильное питание. В рацион питания обязательно должны входить молочные продукты (при отсутствии аллергии), фрукты, овощи, рыба, мясо, зелень петрушки, сельдерея, кинза, орехи и др. В рационе должно быть минимальное содержание сахара-песка и соли [110, 158, 296].

Гигиена полости рта. Постоянное присутствие во рту бактерий вызывают хронические воспаления десен и соединительных тканей, заболевания пародонта и кариес. Риск развития этих заболеваний можно значительно снизить, соблюдая элементарную гигиену полости рта, считают специалисты-стоматологи. Важно знать, что стоматологические заболевания становятся источником других патологических

процессов, которые влияют на здоровье человека в целом. Систематический уход за полостью рта и зубами – одно из обязательных гигиенических требований, так как именно через полость рта чаще всего в организм проникают болезнетворные микроорганизмы. Согласно результатам проведенных исследований, существует прямая взаимосвязь между хроническими патологиями десен и заболеваниями.

Основными средствами гигиены полости рта является зубная щетка и паста. Зубная щетка является основным инструментом для удаления зубных отложений. Жесткость зубной щетки подбирается индивидуально, исходя из состояния зубов и десен. Срок службы зубной щетки не более 3 месяцев. Использование щетки дольше положенного срока способствует размножению на ней бактерий.

В последнее время помимо обычных зубных щеток рекомендуют электрические, которые наиболее эффективно удаляют зубной налет и остатки пищи. Необходимо помнить, что и насадки на электрические зубные щетки также подлежат периодической замене.

Существует много видов зубной пасты, в зависимости от содержания биологически активных компонентов они делятся на: препятствующие развитию кариеса, противовоспалительные, отбеливающие.

Помимо основных средств ухода за полостью рта, существуют дополнительные, также являющиеся предметами индивидуального использования. Это ополаскиватели (противокариозные, противовоспалительные, отбеливающие), зубочистки, флоссы, межзубные ершики, ирригаторы.

Ополаскиватели улучшают очищение поверхностей зубов, предупреждают возникновение зубных отложений, а также дезодорируют полость рта.

Зубочистки предназначены для удаления остатков пищи после еды.

Флоссы (зубные нити) предназначены для тщательного удаления зубного налета и остатков пищи с труднодоступных для щетки поверхностей зубов.

Межзубные ершики предназначены для очистки широких межзубных промежутков; особенно необходимы для тех, кто носит брекет-системы.

Ирригатор – прибор, очищающий полость рта под действием пульсирующей струи воды, направленной на межзубные промежутки.

Для профилактического осмотра следует посещать стоматолога не реже двух раз в год, а при появлении первых признаков заболевания зубов или десен незамедлительно обращаться к специалисту [71, 323].

Гигиена органов слуха. Гигиена органов слуха необходима для предохранения их от вредных воздействий и проникновения инфекции.

Причиной нарушений слуха являются образование серной пробки, резкие звуки, постоянные громкие шумы, патогенные микроорганизмы.

Правила гигиены органов слуха:

– Уши необходимо регулярно очищать от ушной серы, иначе происходит ее скопление и может образоваться серная пробка, вследствие чего человек начинает плохо слышать. Серные пробки промывает только врач.

– Категорически запрещено для чистки ушей пользоваться острыми предметами, так как можно поранить барабанную перепонку.

– Необходимо защищать уши от сильного шума.

– Воспалительные процессы, отиты, во избежание осложнений, необходимо долечивать.

– Необходимо своевременно лечить инфекционные заболевания, такие как острый ринит, ангина, грипп.

– Не стоит злоупотреблять продолжительным прослушиванием громкой музыки.

– При попадании воды в уши рекомендуется удалить ее, повернув голову на бок.

– Необходимо защищать уши от ветра с помощью шапки или повязки [10, 323].

Гигиена органов зрения. Для того чтобы снизить вероятность развития заболеваний глаз важно соблюдать правила гигиены зрения. Факторы, негативно воздействующие на органы зрения, а также вызывающие переутомление глаз – это яркий свет, ветер, пыль, длительное письмо, рисование, лепка и шитье, изготовление мелких деталей, работа с аппаратурой, работа за компьютером, игры на смартфонах, просмотр телевизора и другие факторы.

Основные правила гигиены:

– освещение должно быть достаточным, не слепящим глаза, равномерным;

– свет должен быть не мерцающим, без теней;

– расстояние от глаз до книги, тетради и т.п. должно быть равно примерно длине предплечья и кисти с вытянутыми пальцами;

– при работе с компьютером, монитор должен располагаться сбоку от окна, чтобы свет падал слева;

– если экран монитора располагается рядом с окном, необходимо закрывать окно плотными шторами или жалюзи чтобы на экране не создавалось бликов;

– не работать за компьютером в темноте, и в процессе работы делать 15-минутные перерывы каждые 2 часа;

– периодически применять гимнастику для глаз;

– недопустимо смотреть телевизор, работать за компьютером в кровати [323].

Гигиена половых органов. Несоблюдение правил личной гигиены половых органов может привести к таким заболеваниям, как уретрит, цистит, кандидоз и других, которые, в свою очередь, могут привести к бесплодию.

Во избежание нежелательных последствий необходимы:

– своевременное лечение общих инфекционных заболеваний и заболеваний, передающихся половым путем;

– соблюдение правил личной гигиены (чистота половых органов, ношение свободного, чистого белья);

– пользование только индивидуальными средствами личной гигиены (полотенце, бритва);

– применение после посещения туалета туалетной бумаги, влажных салфеток для интимной гигиены и пр. [110, 323].

Гигиена индивидуального питания определяет требования к выбору, хранению и приготовлению продуктов.

Правила гигиены питания:

– мойте руки перед едой;

– основательно пережевывайте пищу;

– употребляйте термически обработанную пищу (это правило относится к мясу, рыбе, морепродуктам и грибам);

– контролируйте калорийность рациона;

– осуществляйте прием пищи в одно и то же время;

– соблюдайте водный баланс;

– соблюдайте сроки годности и условия хранения продуктов;

– держите в чистоте кухонный инвентарь и места хранения продуктов;

– не накапливайте мусор;

– соблюдайте сочетаемость продуктов [121, 323].

Гигиены одежды и обуви. Одежда и обувь имеют огромное значение для здоровья человека, ведь в летнее время они защищают от перегревания, в ветреную погоду – от ветра, без них нельзя пережить холодной зимы. Одежда защищает тело от загрязнений, переохлаждений, обеспечивает нормальный теплообмен организма ультрафиоле-

тового излучения, от попадания насекомых. Одежда и обувь, их цвет, фактура, фасон, материал из которого они сделаны, дают ощущения уверенности и удовлетворенности.

Чтобы выглядеть красиво и стильно, нужно подбирать одежду, которая не повредит вашему здоровью, не следовать выражению «Красота требует жертв». Одежда предохраняет организм от неблагоприятных воздействий внешней среды, механических повреждений и загрязнений. Она должна быть свободной, легкой, удобной чистой и качественной. Верхняя одежда должна быть влагонепроницаемой, а нижнее белье хорошо поглощать выделяющийся пот. При использовании следует учитывать особенности стирки и просушки одежды, ее хранение и сезонность.

Обувь должна быть удобной, плотно сидеть на ноге, но не сжимать стопу. Тесная, жесткая или слишком просторная обувь нежелательна. Она будет натирать ноги и может стать причиной потертостей, а в холодное время ноги будут в ней замерзать.

Чистота одежды и обуви играет важную роль в личной гигиене. Обувь нужно ежедневно проветривать, а при необходимости просушивать, очищать, особенно если она предназначена для зимы или межсезонья. Так как окружающая среда портит материал, то поверхность обуви следует натирать специальным кремом. Необходимо правильно ухаживать за одеждой и обувью.

Принципы гигиены одежды и обуви:

- нательное белье – носки, гольфы, чулки, нижнее белье необходимо менять ежедневно;
- одежду необходимо стирать регулярно;
- недопустимо ношение чужой обуви и одежды;
- одежда и обувь должны соответствовать климатическим условиям: зимой одежда должна защищать от холода, осенью и весной – от сырости и ветра, летом – от перегрева;
- для спортивных занятий необходима специальная спортивная одежда и обувь;
- желательно отдавать предпочтение одежде и обуви из натуральных материалов;
- одежда и обувь должны соответствовать размеру [83, 110, 220, 323].

Гигиена жилища. Чистота в доме напрямую влияет на самочувствие, настроение и работоспособность всех членов семьи. Гигиену жилища необходимо поддерживать с целью сохранения здоровья, так как микробы, пыль, плесень, клещи могут вызывать различные заболевания.

Известный британский диетолог Питер Уолш указывает на то, что уборка дома – это лучший фитнес, в процессе которого сжигается большое количество калорий. Он отмечает прямую зависимость привычки наводить порядок и потери веса [385].

Правила гигиены жилища:

- в квартире должно быть сухо, тепло и просторно;
- жилище должно быть хорошо освещено;
- в одной спальне должно размещаться не более 2 человек;
- после сна необходимо проветривать постель и лишь после этого ее заправлять;
- кухня должна быть изолирована от жилой зоны;
- проводить ежедневную влажную уборку, в противном случае есть риск развития аллергических заболеваний или заболеваний органов дыхания;
- ежедневно обрабатывать сантехнику дезинфицирующими средствами;
- проводить частые проветривания;
- раз в неделю проводить генеральную уборку;
- поддерживать оптимальную температуру воздуха (18–23 С) и влажность (40–60%) в жилом помещении;
- своевременно проводить дезинсекцию;
- ежедневно выбрасывать мусор.

Также следует быть аккуратным в выборе моющих средств, внимательно изучая состав и инструкцию по применению.

Гигиена сна и спального места. Температура, влажность, объем воздуха в комнате должны обеспечивать не только температурный комфорт, но и создавать комфорт психологический.

Необходимо соблюдать режим сна, так как его нарушение может привести к бессоннице, утомлению, стрессам. Продолжительность сна должна составлять 7–8 часов. Перед сном не рекомендуется употреблять алкоголь, табак и кофеин, а также плотно ужинать, так как это может спровоцировать бессонницу. У каждого члена семьи должна быть своя постель, а спальное место – удобным. Постельное белье необходимо менять еженедельно. Перед сном нательное белье рекомендуется менять на ночную сорочку или пижаму. Перед сном необходимо проветривать помещение. Домашних животных допускать в постель запрещено [110, 323].

Перечисленные правила личной гигиены и рекомендации очень важны и их необходимо соблюдать на протяжении всей жизни.

4.2. Рациональная организация трудовой (учебной) деятельности

Элементами распорядка жизни студентов являются: упорядоченность, организованность, систематичность, дисциплинированность – важные условия успешности учебной деятельности.

Организация трудовой (учебной) деятельности зависит от суточного режима, позволяющего эффективно планировать свое время в течение дня. Рациональный суточный режим основывается на законах биологических ритмов. При правильном и строго соблюдаемом суточном режиме дня вырабатывается определенный ритм функционирования организма, в результате чего студенты могут в определенное время наиболее эффективно выполнять конкретные виды работ.

Рациональная организация учебных занятий – это создание условий для работы обучающихся без чрезмерного напряжения и утомления, с высокой работоспособностью, что позволяет обеспечивать высокое качество обучения.

Учебная нагрузка студента вуза не должна превышать 36 часов в неделю. Суммарная учебная нагрузка может резко увеличиваться в зачетный и предэкзаменационный периоды, когда, помимо подготовки к текущим занятиям, студентам приходится готовиться к сдаче очередного зачета или экзамена. Возрастает нагрузка и в период экзаменационной сессии, когда 46–49% студентов занимаются 8–10 часов в день, а 30% – больше [110].

Одно из самых важных свойств человеческого организма – **работоспособность**. Только высокая работоспособность позволяет студентам успешно и без лишних стрессов сдавать сессию, участвовать в проектах, грантах и разнообразной творческой и спортивной жизни.

Работоспособность человека – это потенциальная возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени. Другими словами, выполнять некую рабочую функцию при высоком темпе и умственном напряжении без признаков чрезмерного утомления в течение длительного времени [38, 220].

Работоспособность – величина непостоянная: она меняется на протяжении рабочего дня, недели, года под *влиянием различных факторов*: состояния здоровья, половой принадлежности, характера питания, режима труда и отдыха, условий учебы, настроения и др. [220].

Многие авторы, изучая изменения функционального состояния у студентов под воздействием различных видов учебной нагрузки, приходят к выводу, что сохранение работоспособности к концу неде-

ли происходит за счет напряжения физиологических функций, увеличения «физиологической цены», которой расплачивается организм за усиленную умственную деятельность [110].

Принято различать последовательно протекающие один за другим периоды работоспособности.

Первый период называется «предстартовым» (термин «предстартовый» заимствован из спорта). Он характеризуется изменением работоспособности непосредственно (за несколько минут) перед началом работы.

Второй период – период «вработываемости», или нарастающей работоспособности. Он характеризуется перестройкой физиологических функций от предшествующего вида деятельности к следующему. Эта фаза длится от нескольких минут до 1,5 часа, в зависимости от характера труда и индивидуальных особенностей.

Третий период – период устойчивой высокой (максимальной) работоспособности. Для него характерны относительная стабильность или даже некоторое снижение напряженности физиологических функций. Это состояние может удерживаться в течение 2–2,5 и более часов и характеризуется высокими трудовыми показателями.

Четвертый период – период прогрессивного снижения работоспособности, который длится от нескольких минут до 1–1,5 часа и характеризуется ухудшением функционального состояния организма вследствие прогрессивно развивающегося утомления и, как следствие, снижением коэффициента полезного действия.

Пятый период начинается перед самым окончанием учебных занятий. В этот период работоспособность повышается. Это так называемый «конечный порыв» – условнорефлекторное повышение работоспособности, являющееся реакцией на сигнал «скоро конец занятий». Следует отметить, что повышение работоспособности перед концом занятий имеет место не всегда [38].

Динамику работоспособности в течение дня можно представить графически как кривую с подъемом в первые часы деятельности и последующими стабилизацией и снижением к середине дня [287].

Описанные фазы работоспособности повторяются и после обеденного перерыва. При этом фаза вработывания протекает быстрее, а фаза устойчивой работоспособности ниже по уровню и менее длительна, чем до обеда. Во второй половине дня снижение работоспособности наступает раньше и развивается сильнее в связи с более глубоким утомлением.

В различное время суток организм человека по-разному реагирует на физическую и умственную нагрузку. Психическая активность

человека значительно выше в утренние и дневные часы. Утром и днем человек лучше слышит и видит. В это же время максимально повышается скорость переработки мозгом поступающей информации, гораздо быстрее принимаются решения, повышается способность к запоминанию [216].

В соответствии с суточным циклом работоспособности, наивысший ее уровень отмечается в утренние и дневные часы (с 8 до 12 и с 14 до 17 часов) [354].

В вечерние часы работоспособность понижается, достигая своего минимума ночью.

В дневное время наименьшая работоспособность, как правило, отмечается в период между 12 и 14 часами, а в ночное время – с 3 до 4 часов [88].

В результате любого вида деятельности наступает утомление.

Утомление – функциональное состояние организма, вызванное умственной или физической работой, при котором могут наблюдаться временное снижение работоспособности, изменение функций организма и появление субъективного ощущения усталости. Утомление характеризуется временным снижением работоспособности и может рассматриваться в трех аспектах: феноменологическом, физиологическом, биологическом.

Феноменологический аспект – внешнее проявление утомления. Оно выражается в объективном показателе (снижении количества и качества работы) и в субъективном показателе (появлении ощущения усталости).

Физиологический аспект – нарушение гомеостаза (постоянства внутренней среды). В основе этого состояния лежит нарушение баланса («расходование – восстановление») энергетических и пластических ресурсов в структурах, ответственных за деятельность, а затем во внутренней среде организма за счет преобладания процессов расходования.

Биологический аспект подразумевает значимость утомления для организма. С этих позиций утомление определяется как врожденная защитная реакция организма, оберегающая его от истощения, а затем от функционального и структурного разрушения при длительной или интенсивной деятельности [38].

В конце осеннего семестра, по сравнению с его началом, у большей части студентов отмечается ухудшение различных функциональных показателей, связанных, прежде всего, с утомлением: изменяется возбудимость центральной нервной системы, снижается скорость ответной реакции и способность к запоминанию [110].

Умственное утомление характеризуется ослаблением внимания и памяти, замедлением мышления, снижением скорости переработки информации.

Физическое утомление характеризуется уменьшением силы и выносливости мышц, ухудшением координации движений, возрастанием затрат энергии на выполнение одной и той же работы [68].

Глубина утомления зависит от степени адаптации человека к определенному виду деятельности, от физического и психического состояния, уровня мотивации и нервно-эмоционального напряжения. Степень утомления можно определить по ряду признаков (таблица 7).

Таблица 7. – Внешние признаки утомления при физических напряжениях

Признаки	Незначительное утомление (легкое)	Значительное утомление (среднее)	Резкое переутомление (острое)
Окраска кожи	Небольшое покраснение	Значительное покраснение	Резкое покраснение, побледнение, синюшность
Потливость	Небольшая	Большая (выше пояса)	Особо резкое (ниже пояса), выступление солей
Дыхание	Учащенное (до 22-26 в мин на равнине и до 3-6 на подъеме)	Учащенное (38-46 в мин), поверхностное	Резкое (более 50-60 в 1 мин), учащенное, через рот, переходящее в отдельные вдохи, сменяющееся беспорядочным дыханием
Движение	Бодрая походка	Неуверенный шаг, легкое покачивание, отставание на марше	Резкие покачивания, появление некоординированных движений. Отказ от дальнейшего движения
Общий вид, ощущения	Обычный	Усталое выражение лица, нарушение осанки (сутулость, опущенные плечи). Снижение интереса к окружающему	Измощенное выражение лица, резкое нарушение осанки («вот-вот упадет»), апатия, жалобы на резкую слабость (до протрации), сильное сердцебиение, головная боль, жжение в груди, тошнота, рвота
Мимика	Спокойная	Напряженная	Искаженная
Внимание	Хорошее, безошибочное выполнение указаний	Неточность в выполнении команд, ошибки при перемене направления	Замедленное, неправильное выполнение команд. Воспринимается только громкая команда

Длительное утомление может привести к переутомлению, которое опасно для здоровья человека.

Переутомление – это патологическое состояние, сопровождающееся вялостью, ухудшением аппетита, бессонницей. Различают начинающееся, легкое, выраженное и тяжелое переутомление.

Для снятия *начинающегося* переутомления достаточно регламентировать режим труда и отдыха. При *легкой* степени следует эффективно использовать отпуск или каникулы. При *выраженном* переутомлении необходим срочный организованный отдых. *Тяжелая* степень утомления требует лечения по назначению врача.

В процессе организации трудовой (учебной) деятельности возможно возникновение стрессовых ситуаций.

По Г. Селье, **стресс** – совокупность неспецифических защитных реакций организма, вызываемых каким-либо неблагоприятным фактором [289]. В.А. Бароненко отмечает, что это состояние и есть форма мобилизации резервов организма, направленная на то, чтобы решить возникшую трудную задачу [38].

Различают «хороший» или «настоящий» нормальный стресс (эустресс). Он создает оптимальный режим функционирования организма. При этом стрессе разум и тело человека работают наиболее эффективно. Отечественные ученые называют его физиологическим стрессом [264].

Существует и другой вид стресса – «вредный», патологический (болезненный). Г. Селье называет его дистрессом. Патологический стресс выражается в сверхмобилизации организма, которое оказывает вредное влияние на организм, приводящее к различным функциональным нарушениям и неадекватному поведению [38].

Студенты, оценивая признаки стресса, вызванного напряженной учебной, наиболее выраженными его проявлениями называют:

- снижение работоспособности;
- повышенную утомляемость;
- нарушение сна;
- спешку, вызванную постоянной нехваткой времени;
- проблемы в общении;
- нарушения социальных контактов [264].

При рутинной работе, так часто встречающейся у студентов, вследствие поступательно нарастающей усталости, снижается внимание, его концентрация, падает интерес к работе. При стрессе начинают страдать:

– *интеллектуальная деятельность*, что вызывает нарушения почти всех характеристик внимания: устойчивости, концентрации, объема, распределения, переключения;

– *функция памяти* – постоянная загруженность сознания учебным материалом снижает емкость оперативной памяти, нарушает процесс воспроизведения необходимой информации;

– *мышление* – трудность принятия решения, снижение творческого потенциала, нарушение логики.

Человек не может понять очевидных аргументов, совершает негативные поступки вопреки собственным ценностным ориентациям.

Сильным психотравмирующим фактором, *вызывающим психическое напряжение у студентов, является экзаменационный стресс*. Студент испытывает тревожность уже за несколько недель до экзамена, вследствие чего в организме происходят определенные изменения: учащаются пульс и дыхание, поднимается кровяное давление и т.п. [110, 264, 354].

В своей работе В.Р. Бильданова отмечает, что адаптация к стрессовым условиям лучше у студентов с более высокой мотивацией на достижение успеха и низкой мотивацией избегания неуспеха [264].

Важный элемент режима дня студента – самоподготовка. Если студент приступает к выполнению заданий в строго определенное время, то к этому часу рефлексивно проявляется состояние психологической и физиологической готовности организма к предстоящей деятельности: учащается дыхание, усиливается кровообращение, биоэлектрическая активность мозга и т.п. Лучшее время для самоподготовки с 16 часов до 20 часов вечера.

4.3. Режим труда (учебы) и отдыха

Понимание важности хорошо организованного режима труда и отдыха, основанного на закономерностях протекания биологических процессов в организме – это залог сохранения здоровья и высокой работоспособности человека.

Режим труда и отдыха – система чередования периодов работы и отдыха на протяжении определенного временного периода, включающая данные об их продолжительности, порядке чередования, содержании [110, 105].

Студенты, в переходный от юности к взрослости период, зачастую проживают в студенческом общежитии и стараются самостоятельно организовать свой режим дня, что получается далеко не у всех [80].

Рационально организовать режим труда и отдыха помогут следующие положения:

- выполнение различных видов деятельности следует осуществлять в строго определенное время;
- чередовать учебную деятельность, тренировочные занятия с отдыхом;
- просыпаться в одно и то же время;
- ежедневно выполнять утреннюю гигиеническую гимнастику и закаливающие процедуры;
- принимать пищу в одно и то же время, не менее трех раз в день (лучше 4–5 раз в день);
- не реже трех–пяти раз в неделю по 1,5–2 часа заниматься физическими упражнениями с оптимальной физической нагрузкой;
- ежедневно пребывать на свежем воздухе 1,5–2 часа;
- спать не менее 8 часов с засыпанием и пробуждением в одно и то же время.

Наиболее высокая работоспособность проявляется при правильном согласовании жизненного ритма человека с его индивидуальными биологическими ритмами.

Биоритмы – периодические изменения интенсивности и характера биологических процессов, которые самоподдерживаются и самовоспроизводятся в любых условиях [38].

Биоритмы, с одной стороны, должны быть достаточно устойчивыми и независимыми от случайных воздействий и состояния организма, с другой стороны, они должны адаптироваться к конкретным условиям среды, чтобы организм был способен при минимальных затратах энергии сохранять свой гомеостаз и обеспечивать текущие потребности. В основе колебательных изменений в организме лежит приспособление к меняющимся условиям окружающей среды [216].

Учение о биологических ритмах получило интенсивное развитие, особенно в последние десятилетия, что связано с научно-техническим прогрессом [260]. Каждый человек с рождения живет по своим биологическим часам, которые со строгой периодичностью влияют на физиологическое состояние, интеллектуальные способности, эмоциональность и т.д.

Специалисты условно выделяют 3 основных хронотипа: утренний – «жаворонки», вечерний – «совы», индифферентный – «голуби» [38, 160, 315].

Считается, что *люди утреннего типа* – «жаворонки» имеют пик работоспособности в первой половине дня. Они рано просыпаются, с утра чувствуют себя бодрыми, жизнерадостными, вечером испытывают сонливое состояние и рано ложатся спать.

Люди вечернего типа – «совы» наиболее работоспособны после 18 часов и поздно отходят ко сну.

Аритмики или по-другому «голуби» трудятся одинаково эффективно в любые часы бодрствования.

Среди студенческой молодежи «жаворонков» – 17%, «сов» – 35%. «голубей» – 48% [168].

Большой процент аритмиков можно объяснить режимом дня студентов, навязанной системой организации учебных занятий в вузах, также выносливостью молодого организма.

Некоторые ученые склоняются к тому, что ритмичное протекание физиологических процессов – это главное свойство живого организма. Биоритмы отдельных органов и систем взаимодействуют друг с другом, образуя упорядоченную систему ритмических процессов, организующих деятельность организма во времени [11, 315, 266].

Они считают, что наши органы уже на генном уровне работают «по часам», каждый из них в течение суток имеет свои периоды активности и упадка.

У «жаворонков» проблемы обычно небольшие, так как современный ритм жизни схож с их биологическими ритмами. Тяжелее приходится «совам». Согласно медицинской статистике, около 80% людей подстраивают свой ритм жизни под необходимый, так как им приходится работать в вечернюю или ночную смены.

Сегодня большинство ученых придерживается мнения, что существуют три основных механизма формирования биоритмов человека:

1. Врожденные, генетически закрепленные биоритмы.
2. Биоритмы, формирующиеся под влиянием факторов внешней среды (смена дня и ночи, повышение и понижение солнечной активности, сезонные и многолетние изменения в окружающей среде).
3. Биоритмы, формирующиеся искусственным путем [216, 315].

Особенно часто рассогласованность биоритмов наблюдается у студентов в период экзаменационной сессии. Этому способствуют:

- постоянное нарушение режима свет–темнота;
- изменение нормального чередования сна и бодрствования;
- нарушение режима труда (учебы) и отдыха;
- нерегулярность приема пищи и другие факторы [326].

При этом именно четкий ритм трудовой деятельности является одним из наиболее действенных средств борьбы с утомлением и условием длительного сохранения работоспособности в течение рабочего дня. Работа, выполняемая ритмично, примерно на 20% менее утомительна, чем неритмичная работа такой же интенсивности.

Регламентированные перерывы в работе особенно эффективны в сочетании с выполнением специально подобранных физических упражнений – так называемым активным отдыхом [348].

При повышении учебной нагрузки (контрольные работы, сессия, экзамены и др.) не всегда удается поддерживать оптимальный режим жизнедеятельности, вследствие чего появляется утомление и переутомление. Особую роль в этот период играет самоконтроль. К субъективным показателям самоконтроля относят самочувствие, работоспособность, сон, аппетит и общие ощущения. К объективным показателям – частота сердечных сокращений [128].

Полноценный отдых – это условие сохранения здоровья, возможность снять напряжение, накапливающееся в процессе учебной деятельности. Рекомендуется в каждые полтора-два часа в течение дня устраивать небольшие перерывы – «пятиминутки», во время которых нужно расслабить мышцы глаз, выполнить упражнения, снимающие статическое напряжение.

4.4. Здоровый сон

В суточном цикле чередование сна и бодрствования характеризуется процессами расхода и восстановления энергии [38, 110, 216, 220, 264].

Сон является одной из важнейших биологических потребностей человека. Он защищает организм, предупреждая «повреждения», вызываемые переутомлением, конфликтными ситуациями, поддерживает в рабочем состоянии его важнейшие функции. Треть своей жизни человек тратит на сон, который является обязательным фактором нормальной работы нервной системы.

Сон – это «предохранитель», обеспечивающий необходимое торможение и энергетическую перезарядку всего организма. Сон должен иметь достаточную продолжительность. Строго определенной нормы сна не существует, так как для всех она индивидуальна. Тем не менее, считается, что 8 часов сна – это остро необходимый минимум [205].

Сон и бодрствование – две взаимосвязанные фазы суточного ритма, каждая из которых формирует другую: сон зависит от фазы бодрствования и наоборот. Первый симптом нарушения суточного ритма – расстройство сна. И лучшее средство восстановления суточного ритма – полноценный и достаточный сон [38].

Функции сна:

- отдых;
- защита и восстановление органов и систем организма для нормальной жизнедеятельности;
- переработка, закрепление и хранение информации;
- адаптация к изменению освещенности (день-ночь);
- поддержание нормального психоэмоционального состояния человека;
- восстановление иммунитета организма.

Сон необходим для нормального функционирования мозга.

Цель сна – восстановление. Недостаточный сон связан с повышенным риском для водителей и пешеходов на дорогах, снижением работоспособности и качества работы, с проблемами настроения и взаимоотношений. Недостаток сна также приводит к риску повышения артериального давления, болезней сердца, диабета, ожирения, депрессии и инсульта [323]. Сон основной и ничем не заменимый вид отдыха. Он способствует сохранению здоровья и высокой умственной и физической работоспособности.

В период бодрствования может закладываться «фундамент» плохого сна. Во избежание этого рекомендуется соблюдать определенные правила поведения:

- всегда ложиться спать в одно и то же время;
- правильно чередовать работу и отдых;
- не применять снотворные препараты, не попробовав такие средства, как прогулка перед сном, теплая ванна, стакан теплого молока с медом и т.п.
- не пытаться заснуть через силу (не думать о сне, почитать, послушать музыку и сон придет сам собой) [38, 99, 110, 216, 255, 278, 340].

При недостаточном количестве сна (систематическом недосыпании или бессоннице) происходит истощение нервной системы, увеличивается риск заболевания сердечно-сосудистой системы, диабета и ожирения, снижается работоспособность, ослабевают защитные силы организма, снижается иммунитет.

Считается, что излишний сон тоже нежелателен. Оптимальная продолжительность сна зависит от возраста, состояния здоровья и индивидуальных особенностей человека.

Исследования последних лет показали, что проблема расстройств сна актуализировалась. Все больше людей, в том числе студентов, обращаются к докторам с подобными жалобами [168, 205, 348].

В период напряженной учебной деятельности (экзамены, зачеты) продолжительность сна следует увеличивать. Сон должен быть непрерывным и протекать в определенные часы [128].

Специалисты отмечают, что наш сон состоит из циклов (каждый цикл длится от 60 до 100 минут), которые, в свою очередь, делятся на стадии.

Первая стадия каждого цикла – дремотное, расслабленное состояние между бодрствованием и сном. Дыхание замедляется, мышцы расслабляются, пульс замедляется.

Вторая стадия – немного более глубокий сон, во время которого человек может предполагать, что он бодрствует.

Третья стадия – глубокий сон, когда очень сложно проснуться, а активность всех функций организма минимальна.

Вторая и третья стадии входят в фазу медленного сна. Обычно в это время человек не видит снов. После глубокого сна мы на несколько минут возвращаемся во вторую стадию, а затем переходим к быстрой фазе сна, которая обычно сопровождается сновидениями [38, 355].

Специалисты отмечают увеличение количества отвлекающих от перехода ко сну факторов, таких как ноутбуки, мобильные телефоны и т.п. Синий свет, излучаемый электронными устройствами, заставляет нас меньше хотеть спать. И сама деятельность (разговоры с друзьями, просмотр телепередач и т.д.) активизируют наш мозг в то время, когда он уже должен расслабляться. Статистика свидетельствует, что большая часть молодых людей продолжают проверять телефоны уже после того, как ложатся в кровать, и это неправильно. Спальня (кровать) должны быть исключительно местом отдыха. [205, 355].

Нарушение суточного биоритма, отмечают В.А. Бароненко, Л.А. Рапопорт, может привести к десинхронозу – социальной болезни, течение которой характеризуется расстройством сна, снижением работоспособности и целым комплексом других отклонений в состоянии здоровья [39]. Зачастую внешний десинхроноз чаще всего развивается у людей при быстрой смене часовых поясов (бизнесменов, путешественников). Сущность внутреннего десинхроноза заключается в нарушении естественных взаимоотношений суточных биоритмов разных органов и систем у человека, не покидающего своего временного пояса. В период экзаменационной сессии у большинства студентов развивается внутренний десинхроноз разной степени тяжести [315].

Профилактика внутреннего десинхроноза может проходить в течение длительного времени и заключается в ведении здорового образа жизни, предусматривающего соблюдение оптимального режима занятий и отдыха, восстановление здорового сна, режима питания и

двигательной активности, хорошо организованного отдыха, возможно вмешательства врача.

Исходя из результатов исследований влияния темного и светлого времени суток на организм человека, было установлено начало учебного дня (8.30 – 9.00) [255].

Наилучшее время для сна с 22–23 до 6–7 часов. При напряженном режиме учебной деятельности студентов им необходим ночной сон продолжительностью от 7 до 9 часов. Непременные условия здорового сна – тишина и покой, так как многие раздражители (свет, музыка, разговоры и другие) мешают нормальному сну. При систематическом недосыпании умственная работоспособность студентов снижается на 7–15% [110, 255].

Умственная работа непосредственно перед отходом ко сну затрудняет засыпание, приводит к так называемым ситуационным сновидениям, когда человек даже во сне продолжает осмысливать нерешенную задачу, думать о прочитанном или написанном. В этих условиях нервная система не получает необходимого отдыха [220].

Наиболее распространенное расстройство сна называют бессонницей. Ситуативная, связанная с предыдущей деятельностью, бессонница обычно проходит вместе с исчезновением причин беспокойства или конфликта [326].

С наступлением ночи наш организм начинает вырабатывать **мелатонин** – главный гормон сна, помогающий сражаться со старостью. Этот гормон производится эпифизом – шишковидной железой, которую иногда называют «третьим глазом». Мелатонин в основном вырабатывается с 22 часов до 4 часов утра. За ночь его вырабатывается около 70% суточной нормы [340]. При этом глаза должны быть закрыты и спящий должен находиться в темноте. Если на сетчатку глаза попадает свет, то его выработка прекращается.

4.5. Организация свободного времени студентов

За последние 30 лет существенно изменилось проведение совместного досуга молодежью, содержание и формы общения, претерпевающего в некотором смысле своеобразную «революцию предпочтений». [155]. В современных условиях жизни доля свободного времени, считает Е.Н. Кораблева, его содержание и характер использования оказывают все более существенное влияние на деятельность людей, на их образ и стиль жизни. Возможности самого общества и че-

ловека отражают возможности организации и содержания свободного времени [167, 328].

Свободное время студентов – специфическая среда их жизни, которая требует организации. Отдых студента предполагает осуществление одной из фундаментальных потребностей в релаксации, расслаблении, в переключении усилий и внимания с одного предмета на другой. Во многих литературных источниках понятие «досуг» имеет различные определения и ставится на одну ступень с такими понятиями, как «отдых» и «рекреация».

Досуг – это время свободного выбора занятий, развлечений, друзей или досуг – это социальное пространство, в котором культурные ценности могут находить свою реализацию. Как отмечает О.А. Калимуллина, с одной стороны, досуг является проявлением духовности, признаком вершины творческого развития личности, с другой – приводит к асоциальным явлениям и даже криминальным последствиям [145]. В досуговой сфере жизнедеятельности студенческой молодежи в наибольшей степени реализуется право на свободу личности, а также временное освобождение от профессиональных и семейно-бытовых обязанностей, считает М.Е. Петрова и дает авторское определение: «Досуг – это время, свободное от работы, которое человек проводит в соответствии со своими потребностями и индивидуальными способностями в активной или пассивной форме» [247].

Проведенный краткий анализ определений досуга и свободного времени свидетельствует о разнообразии в определениях этих понятий и рассматривается как внеурочное время, которое может быть использовано студентами для углубления своих знаний из всех учебных предметов, для удовлетворения и развития интересов, запросов, духовного роста, совершенствования физических качеств и отдыха, и основывается на свободе использования времени, свободе выбора во время досуга [103, 167, 247].

В своей работе Е.Ю. Шеховцова обозначила следующие модели досуговой активности личности:

1) познавательная модель основана на предпочтениях тех видов досуговой активности, которые позволяют получать познавательную информацию, знания, необходимые в процессе образования, в практической деятельности;

2) коммуникативная модель – предпочтения отданы тем видам досуга, которые обеспечивают взаимодействие в группах и обществе в целом (в среднем по всем возрастным группам эмоциональное и дружеское общение составляет главное направление);

3) развлекательная модель характеризуется потребностью в расслаблении, переключении в видах деятельности, направленных на выход положительной энергии за счет посещения кафе, баров, ресторанов;

4) творческая модель позволяет реализовать творческий потенциал, направленный на самореализацию, самовыражение в творчестве;

5) пассивная модель подразумевает нежелание заниматься никаким видом деятельности при выборе досуговой активности, предпочтение «ничегонеделания» и отдыха любому активному виду досуговой активности;

6) в смешанной модели используются различные комбинации предыдущих моделей досуговой активности [350].

Рациональное использование свободного времени – совокупность занятий, направленных на формирование общественно полезных установок личности, ее всестороннее развитие – это затраты времени на самообразование, общественную работу, занятие физкультурой и спортом, художественным и техническим творчеством, отдых и развлечения. Е.М. Бабосов [30] предлагает виды свободного времени, представленные в таблице 8.

Нерациональное использование свободного времени – занятия в свободное время, которые не способствуют, а противодействуют воспитанию человека в духе моральных ценностей, приводят к деградации личности или непосредственно являются нарушением общественных правил.

Выбор форм и места отдыха, способов использования свободного времени зависят от возраста, состояния здоровья, индивидуальных склонностей и возможностей [333].

М.Е. Петрова, структуру досуга студенческой молодежи разделяет на следующие части:

1) дом (домашние заботы, общение с узким кругом родственников, друзей; пассивный отдых дома перед телевизором, общение в социальных сетях);

2) общение (коммуникации с друзьями в реальном, а не виртуальном мире; общение);

3) развитие (физическое – занятия спортом, фитнесом, пешие прогулки, походы; духовное – посещение музеев, чтение, занятие наукой, каким-либо видом искусства);

4) развлечения (походы в кино, театр, на концерты, фестивали);

5) социальная активность (общение с друзьями в кафе, Интернете, участие в массовых культурных мероприятиях вуза) [247].

Таблица 8. – Классификация свободного времени индивида

1. Домашний труд	– повседневное обслуживание и самообслуживание, повседневная домашняя работа (приобретение товаров, приготовление пищи, уборка помещения, уход за одеждой и т. п.); – труд в домашнем и подсобном хозяйстве (труд в саду, огороде, ремонт мебели, помещений, уход за домашними животными и т. д.).
2. Занятия, посвященные детям и семейному общению	– непосредственный уход за малолетними детьми; – прочие занятия с детьми (игры, беседы, прогулки, проверка подготовки к урокам, встречи с учителями и т. п.); – беседы и общение взрослых членов семьи.
3. Личностное досуговое общение с целью отдыха и развлечения	– общение с гостями и в гостях; – прогулки, встречи с друзьями и знакомыми вне дома, посещение парков, клубов, – ресторанов, кафе, дискотек, и т. п.; – неспортивные игры – карты, домино, лото и др.
4. Повседневная культурная жизнь	Досуговое потребление культуры с целью отдыха, развлечения, получения информации, которое подразделяется на: – преимущественно домашние формы потребления культуры (просмотр телепередач, видеофильмов, слушание радио, звукозаписей, чтение журналов и газет); – посещение публичных зрелищ (кинотеатров, театров, концертов, музеев, спортивных соревнований и др.). Потребление культуры с целью личностного развития, повышения квалификации, уровня образования, сюда относятся: – учеба в вечерних и заочных школах, техникумах, вузах, на курсах и связанные с этим занятия; – самообразование. Непрофессиональное творческое изобретательство, любительство (рисование, резьба по дереву, вышивание и т. п.).
5. Занятия, посвященные активному физическому саморазвитию и общению с природой	– спорт и физическая культура; – отдых за городом, туризм, охота, рыболовство, собирательство.
6. Занятия, связанные с удовлетворением физических потребностей	сон, еда, уход за собой, лечение.

В результате исследования, проведенного в столичном городе Уфа и моногороде Октябрьский, среди студентов местных вузов были сделаны следующие выводы по проведению свободного времени, до-

суга после учебы: на 1 месте был вариант ответов «общаюсь с друзьями в социальных сетях», на 2 месте – «провожаю время за компьютером», на 3 – «отдыхаю в ночных клубах» (табл. 9) [247]. Тем самым отражается асоциальное поведение, курение, пьянство, наркомания, игромания, телевизионная и компьютерная зависимость.

Таблица 9. – Ответы студентов на вопрос «Как вы проводите свой досуг после учебы?»

Варианты ответов	Уфа (столица) в %	Октябрьский (моногород) в %
Сажу дома перед телевизором (синдром трех «Т»)	38	43
Предпочитаю турпоходы	15	2
Общаюсь с друзьями в «социальных сетях»	65	78
Занимаюсь в спортивных секциях	23	17
Посещаю с друзьями кафе	35	63
Отдыхаю в ночных клубах	48	56
Хожу на концерты, музыкальные фестивали	36	21
Посещаю музеи	24	28
Получаю дополнительное образование (курсы)	23	38
Провожу время за компьютером	58	53

Настораживает то, что активные способы проведения свободного времени, в виде активного отдыха: туристические походы, прогулки, занятия в спортивных секциях – занимают одни из последних мест. Многие студенты не ассоциируют свободное времяпровождение с активными видами отдыха, и в их жизни преобладает пассивный отдых, зачастую подразумевающий домашние формы проведения свободного времени («простой тип») [100]. Негативно оценивая качество телевизионных передач и считая себя способными «прямо здесь и сейчас» выключить телевизор (компьютер), молодые люди неспособны «оторваться» от просмотра – не хватает силы воли организовать себя, свое свободное время. Это влечет за собой гиподинамию, нарушение здоровья и нерациональное использование свободного времени [167].

Для студентов такие виды проведения свободного времени, как прогулки, туристские походы, экскурсии, физические упражнения, спортивные игры, посещение театров, музеев, кино, способствуют отдыху, позволяя полноценно и приятно использовать личное свободное время; отвлекают от повседневных забот; совершенствуют личность,

расширяя кругозор; укрепляют здоровье, поддерживая высокий тонус нервной системы; удовлетворяют интересы и потребности.

Форма заполнения свободного времени, как хобби, сохраняет свою значимость, но половые предпочтения досуговой деятельности отличаются. Анкетный опрос, проведенный В.В. Кириенко, показал, что в представлении респондентов более «мужскими» видами деятельности являются: компьютер (включая компьютерные игры и интернет); спорт и физические упражнения; «пассивный отдых» («ничего не делаю, просто отдыхаю»); неструктурированные занятия («занимаюсь, чем придется»). Для девушек более характерными являются следующие виды организации свободного время: самообразование, работа над расширением собственного кругозора, изучение литературы по выбранной специальности; путешествия, прогулки на природе; чтение художественной литературы и газет; посещение театра, выставок и т. д., посещение церкви [155].

Выступая индикатором уровня общественной и личной жизни студентов, досуг предполагает не регламентированную, а свободную креативную деятельность студентов, формируя и развивая студентов, что способствует самовоспитанию молодой личности. Н.Г. Гончарова [100] в результате проведенных исследований сделала вывод – абсолютное большинство студентов считают, что деньги имеют решающее значение применительно к досугу и формам его проведения, формируя объективную возможность или невозможность практиковать активные формы досуговой деятельности (посещение кино, театров, музеев, концертов, клубов, ресторанов, кафе и т. п.). В.В. Кириенко отмечает включенность молодых людей в деятельность различных образовательных, оздоровительных, общественно-политических или гражданских институтов, где любая другая социальная активность вне дома требуют заметных дополнительных затрат как материального, так и интеллектуального плана [155]. Кроме того, в рамках досуговой деятельности студенчества прослеживается некоторое объединение духовных потребностей, утрачивается приоритет познания, нравственных ценностей и усиливается тенденция к прагматизму [100].

Система высшего образования сегодня рассматривается не только как важнейший институт социализации личности, являясь центром образования, но и досуговой социализации студенчества. Интернет увеличивается в геометрической прогрессии, расширяя диапазоны вариантов жизненных траекторий для студенческой молодежи и за последние два десятилетия возможности, связанные со свободным временем студентов и их досуговыми интересами, которые в большинстве находятся уже вне сферы влияния высших учебных заведе-

ний [328]. А значит, ценностные установки студенческой молодежи будут связаны с формированием и реализацией личных досуговых практик, что будет воздействовать на их образ жизни и стиль поведения, формируя культурный потенциал людей, социальной группы и общества в целом [179].

Специалистами отмечается уменьшение свободного времени, в связи с увеличением учебной нагрузки в университетах и ответственности за выбор будущей профессии [155, 167, 100]. Приверженность определенным формам заполнения свободного времени и выбор модели социального участия зависят не только от моды или общепринятых вкусовых стандартов, но и от культурного потенциала людей, и в целом, освоение культуры через художественную литературу, театр, самодеятельное творчество носит ситуационный и фрагментарный характер проведения студентами свободного времени, что может привести к кризису духовности [155].

Представления о здоровом образе жизни должно сводится не только к соблюдению режима дня, правильному питанию и отсутствию стресса, но и сохранению эмоционального, интеллектуального, духовного самочувствия, связанными с культурными аспектами жизни общества, а значит с досугом и культурой досуга, в частности. Выбор грамотных, эффективных форм досуга, который, в свою очередь, является формообразующей составляющей для выбора поведенческих моделей и социализации личности, будет способствовать здоровому образу жизни.

4.6. Двигательная активность

Систематическое использование физических нагрузок, соответствующих полу, возрасту, состоянию здоровья, – один из обязательных компонентов (факторов) здорового образа жизни студентов. Представляя собой сочетание разнообразных двигательных действий, выполняемых в повседневной жизни, в организованных и самостоятельных занятиях физическими упражнениями и спортом, они объединены термином «двигательная активность» [326].

Двигательная активность является одним из базовых факторов здорового образа жизни и способов активного отдыха, укрепления и сбережения здоровья, а также повышения умственной работоспособности. Существуют следующие основные средства физической культуры и спорта для студентов:

- занятия физкультурой по учебному плану (соответствующие государственным образовательным программам);
- утренняя гигиеническая гимнастика;
- занятия физическими упражнениями во время учебного дня, которые следует проводить самостоятельно в перерывах в кабинете, в коридоре, в спортзале;
- занятия в каком-либо виде спорта – учебно-тренировочные занятия в спортивных секциях, сборных командах, участие в соревнованиях;
- игры – подвижные и спортивные игры в свободное время в спортзале, на стадионе, на площадках, в общежитиях;
- туризм – походы выходного дня, двухдневные и многодневные походы, организуемые туристическим клубом [39, 79, 110, 190, 326].

Двигательная активность – ведущий универсальный естественный фактор оптимизации жизнедеятельности и здоровья человека или физиологическая потребность организма, выполняет несколько ключевых функций – побудительную, творческую, тренирующую, стимулирующую, защитную и т.д. – запускает и определяет множество процессов жизнедеятельности организма [39, 99].

Под двигательной активностью понимается сумма движений, выполняемых человеком в процессе повседневной жизни, с помощью которой осуществляется взаимодействие человека с окружающей средой [39].

Двигательная активность у подавляющего числа людей, в том числе у школьников и студентов, недостаточна из-за нерационального распорядка дня, вследствие чего недостаточно времени на прогулки, активный отдых и занятий спортом [216].

У современного человека основная поза уже со школьного возраста – положение сидя. Школьники, студенты, взрослые вынуждены находиться в этой позе большую часть своего рабочего времени, а зачастую, и свободного времени, что требует большие усилия для длительного поддержания позы «сидя» [39].

Систематическая умеренная физическая нагрузка является эффективным тренирующим фактором, вызывающим благоприятные биохимические, структурные и функциональные изменения в организме. Благодаря этим изменениям организм становится более жизнестойким и здоровым. При физической нагрузке повышается не только физическая, но и умственная работоспособность, а также устойчивость к болезням и стрессовым ситуациям, происходят функциональные биохимические и структурные изменения организма на уровне

нервной регуляции; эндокринной регуляции; исполнительных органов [271].

Результатом тренировки является увеличение физической и энергетической мощности скелетных мышц в сочетании с усилением мощности кровообращения и внешнего дыхания, а также соответствующие позитивные морфофункциональные сдвиги в механизмах нервной и гуморальной регуляции. Все это повышает адаптационные возможности всего организма, делая его устойчивым к неблагоприятным факторам среды любой природы, т.е. делая его здоровым, нередко являясь единственным средством, побеждающим болезни и преждевременное старение.

В настоящее время известно много утверждений, связанных с движением, ведь на протяжении многих веков авторы понимали, что для сохранения здоровья своего организма движение просто необходимо. А. Тиссо утверждал: «Движение может по своему действию заменить любое средство, но все лечебные средства мира не могут заменить действие движения». Древнегреческий философ Аристотель сказал: «Движение – это жизнь».

Важным фактором оптимизации двигательной активности у студентов являются самостоятельные занятия физическими упражнениями: утренняя гимнастика; микропаузы 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 [326].

Любая двигательная активность приводит к увеличению обменных процессов в организме. Одной из разновидностей двигательной активности является утренняя зарядка – очень полезная для организма привычка.

Утренняя гигиеническая гимнастика является достаточно эффективной формой для ускоренного включения в учебно-трудовой день. Она ускоряет приведение организма в работоспособное состояние, усиливает ток крови и лимфы во всех частях тела и учащает дыхание, что активизирует обмен веществ. Систематическое выполнение зарядки улучшает кровообращение, укрепляет сердечно-сосудистую, нервную и дыхательную системы, способствует более продуктивной деятельности коры головного мозга [68, 264].

Утренняя зарядка позволяет настроиться на активный день, повышает настроение, активно запускает все физиологические процессы, поддерживает тело в тонусе.

Многие считают утреннюю зарядку неважной, не хотят ею заниматься, пренебрегая или не зная о важности. Организовать свое время с утра очень сложно по разным причинам, включается лень (по статистике: в Китае почти все регулярно занимаются зарядкой; в США – 78%; в Японии – 75%; в Германии – 68%; в Беларуси по выборочным данным около 8%, всего лишь 6% семей в России начинают день с гигиенической гимнастики).

Специалисты [39, 220, 326] обращают внимание на положительные стороны утренней зарядки:

- поддержка тела в тонусе – регулярность утренних упражнений благотворно воздействует на фигуру;

- происходит своеобразный «скачок» метаболизма, то есть происходит быстрый обмен веществ, что хорошо сказывается на метаболических процессах организма;

- при выполнении упражнений на улице или при ходьбе происходит увеличение поступления кислорода в организм и тем самым на целый день придается бодрость организму и увеличивается работоспособность мозга;

- наличие утренней зарядки позволяет выстроить режим дня, ведь она приучает к самодисциплине.

Чтобы научиться совершать в своей жизни утреннюю пробежку, необходимо отрегулировать режим дня, иметь хорошее самочувствие, настрой и мотивацию, можно и нужно настроиться на раннее пробуждение до отхода ко сну. Заставить себя встать на 30 минут раньше обычного и 15–20 минут пробежаться, чтобы получить заряд бодрости, активность на весь день, обрести чувство уважения и уверенности в себе. Когда привычка только вырабатывается, уже после 2–3 дней вернуться к достигнутой планке будет непросто. Когда привычка выработалась, то пропуск в 2–3 дня ничего не испортит.

В настоящее время сложился дефицит двигательной активности, а недостаточность движений приводит к быстрому общему старению всех органов человека, многим заболеваниям. Гиподинамия самым неблагоприятным образом сказывается на здоровье человека, отрицательно воздействуя не только на мышцы, но в первую очередь на деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, приводит к ожирению, нарушению осанки, эндокринным заболеваниям (сахарный диабет), снижает устойчивость к инфекционным заболеваниям и

нервно-психическим стрессам, увеличивает нагрузку на сердце, которое в этих условиях быстрее изнашивается, стареет [99, 216].

Это определяет важность соблюдения оптимального объема двигательной активности. Установлено, что в среднем двигательная активность студентов:

– в период учебных занятий (8 мес.) составляет 8000 – 11 000 шагов в сутки;

– в экзаменационный период (2 мес.) – 3000 – 4000 шагов,

– в каникулярный период (2 мес.) 14 000 – 19 000 [220, 326].

Очевидно, что уровень двигательной активности студентов во время каникул отражает естественную потребность в движениях, поскольку в этот период они свободны от учебных занятий.

Учебные занятия по прикладной физической культуре и спорту, проходящие два раза в неделю, в среднем обеспечивают возможность движений в примерном 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. 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% [326].

Специалистами доказано, чтобы наши органы полноценно функционировали необходимо каждый день проходить не менее 7000 шагов. В обществе закрепилось выражение – «10000 шагов здоровья!». Это тот необходимый каждодневный объем, при котором лимфатическая система будет работать как часы. Отмечается, что человек хотя бы один раз в день должен пропотеть, чтобы гормоны, токсические яды выводились из организма через кожу и потовые железы через движущийся поток лимфы. Вокруг лимфатического сосуда находятся мышцы, и когда совершается двигательное действие, то мышца сокращается, а лимфа, соответственно, проталкивается, и обратно ее не пропускают клапаны в лимфатических сосудах. Выражение «застой лимфы» – это не что иное, как малое движению лимфы. В такой момент, особенно когда вы сидите и довольно длительное время, необходимо встать, встряхнуть руками, ногами, сделать небольшую 5-минутную зарядку из 3–5 упражнений, и тем самым произойдет сокращение мышц, и вы дадите поток лимфе [216].

Современная учебная деятельность и автоматизированное производство создают выраженное эмоциональное напряжение, которое не сопровождается активной двигательной деятельностью. В сложившейся ситуации выход может быть только в целенаправленной физической культуре, которая могла бы компенсировать возникший двигательный дефицит [317]. Постоянная и контролируемая смена умственных и двигательных нагрузок будет способствовать и эмоциональному расслаблению организма, психической стабилизации и повышению мотивационного настроения. Необходимо правильно подобрать вид упражнения или вид спорта, а также его интенсивность, с учетом индивидуальных физиологических особенностей, что будет способствовать формированию навыков психологической устойчивости и умственной работоспособности, благотворно влияющей на нашу интеллектуальную деятельность.

Упражнения в течение учебного дня выполняются в перерывах между учебными или самостоятельными занятиями. Такие упражнения предупреждают наступающее утомление, способствуют поддержанию высокой работоспособности в течение длительного времени без перенапряжения. Выполнение физических упражнений в течение 10–15 мин через каждые 1–1,5 ч работы оказывает вдвое больший стимулирующий эффект на улучшение работоспособности, чем пассивный отдых в два раза большей продолжительности. Физические упражнения нужно проводить в хорошо проветренных помещениях. Очень полезно выполнять упражнения на открытом воздухе [326].

Многие студенты задают вопрос: «Какой вид деятельности или вид спорта выбрать?». Тот, который будет вас заряжать бодростью, активностью, от которого ваш организм будет получать не только пользу с физиологической точки зрения, но и будет повышаться настроение – психоэмоциональный фон.

Дофамин, серотонин и эндорфины – гормоны, вызывающие ощущение счастья. Например, организм хочет испытывать счастье вновь и вновь после выполненной работы, когда происходит постоянная выработка дофамина. В наш мозг во время физических нагрузок происходит выброс серотонина, поэтому мы испытываем чувство удовлетворения [105, 317].

Большинство людей занимаются физическими упражнениями для того, чтобы улучшить свою форму, повысить уровень тренированности. Для этого необходимо учитывать, что набор физических упражнений и режим их использования должны быть сугубо индивидуальными для каждого человека в зависимости от его пола, возраста, профессии, семейного положения, режима работы, типа конституции,

имеющегося двигательного опыта и т. д. [317]. Человек, поставивший перед собой цель улучшить физическую форму, располагает большим выбором тренировочных программ. Однако, несмотря на всё огромное многообразие упражнений, не существует какой-либо универсальной формы физической активности, которая могла бы удовлетворить потребности любого человека. При выборе тренировочной программы нужно учитывать не только возраст и интересы человека, а также доступность тех или иных тренажеров и стоимость занятий [39].

Формы физкультуры делятся на традиционные: утренняя гигиеническая зарядка, бег, лыжные прогулки, плавание, различные игры, активный отдых; нетрадиционные: гимнастика йогов, группа дыхательных упражнений.

Физические упражнения можно разделить на две группы: *аэробные и анаэробные*. При анаэробных упражнениях организм не успевает усваивать кислород вдыхаемого воздуха, а при аэробных обеспечивается более полная его утилизация. Аэробные тренировки решают задачи по улучшению общей выносливости, работоспособности сердечно-сосудистой и дыхательных систем. Аэробная группа упражнений – это неторопливый бег на средние и дальние дистанции, плавание, ходьба на лыжах, гребля в невысоком темпе, волейбол, бадминтон.

Во время аэробной нагрузки происходит насыщение кислородом крови; укрепление мышц, ответственных за дыхание; укрепление скелетных мышц; усиление обмена веществ; укрепление сердечной мышцы, в результате чего увеличивается ее эффективность и снижается пульс в состоянии покоя; нормализация артериального давления; улучшение циркуляции крови; увеличение числа красных кровяных телец, ответственных за доставку кислорода в ткани; улучшение настроения и уменьшение стресса.

Анаэробная (силовая) нагрузка нацелена на выполнение высокоинтенсивных кратковременных упражнений, во время которых энергия вырабатывается за счет запаса готового топлива – фосфорных соединений (АТФ, креатинфосфат) и гликогена, содержащиеся в мышцах и печени.

Одна из главных задач анаэробных тренировок – увеличение показателей силовой выносливости и всех видов силы, например, взрывной и абсолютной, укрепление и рост мышц, улучшение состояния опорно-двигательного аппарата, исправление осанки и др.

Во время анаэробной нагрузки происходит укрепление мускулатуры; ускорение процесса обмена веществ; увеличение выносливости; общее укрепление организма: укрепление костной ткани, исправление

осанки, очищение организма от шлаков; снижение риска сахарного диабета [81, 119, 220, 326].

Ходьба. Самый доступный и безопасный вид активности – ходьба. Ходьбе не помеха ни избыточный вес, ни ожирение, ни плохая физическая форма. Ходьба с определенной скоростью в течение определенного времени может потребоваться тому, кто хочет повысить свою аэробную способность. Ходьба – безопасная и ритмичная форма активности с саморегулирующимся темпом, во время которой работают большие группы мышц. Этот эффективный вид упражнений, который подойдет для каждого человека, в том числе и студентам. Достаточно совершать прогулки по улице, наиболее эффективны они будут в парке или за городом, в лесу, где нет огромного количества выхлопных газов и вредных веществ [39].

Ходьба укрепляет здоровье сердца, способствует похудению, регулирует кровяное давление, улучшает циркуляцию крови, укрепляет кости и мускулы, снимает стресс и многое другое [326]. Возможности для реализации двигательного потенциала не ограничены, а значит, начиная с пеших прогулок, постепенно можно и нужно повышать нагрузки.

Плавание – вид двигательной активности, который не имеет недостатков, является одним из самых популярных и оздоровительных видов спорта для здоровья. Этот вид спорта легкодоступен, так как бассейны есть практически в любых городах, а на экипировку не нужно больших затрат. За счет действия силы сопротивления воды, плавание становится хорошим способом поддержания мышц в тонусе. При плавании задействованы все группы мышц, и при этом тело получает отличную тренировку.

Умение плавать относится к числу жизненно необходимых навыков. Плавание представляет собой и одно из важнейших средств физического воспитания, благодаря чему оно входит в содержание программ физического воспитания дошкольных учреждений, общеобразовательных школ, средних и высших специальных учебных заведений. Вместе с тем, данные свидетельствуют о низком проценте детей, умеющих плавать. В отличие от других систем, плавание развивает в организме симметрию, координацию и выносливость. Оно стимулирует внутренние органы и обуславливает их гармоничное функционирование [106].

Плавание – одно из лучших упражнений для развития сердечно-дыхательной выносливости, в котором участвует вся мускулатура; развивает гибкость, поскольку во время плавания вес тела на человека

не действует, нагрузка на суставы уменьшается, а мышцы работают в безопасном режиме [39].

В начальный период занятий необходимо постепенно увеличивать время пребывания в воде от 10–15 до 30–45 мин и добиваться, чтобы преодолеть за это время без остановок в первые пять дней 600–700 м., во вторые – 700–800 м., а затем – 1000–1200 м. По мере овладения техникой плавания и воспитания выносливости переходить к преодолению указанных дистанций. Оздоровительное плавание проводится равномерно с умеренной интенсивностью. Частота сердечных сокращений сразу после проплыwania дистанции для возраста 17–30 лет должна быть в пределах 120–150 удар/мин. [326].

Плюсы плавания:

- нет нагрузки на суставы – происходит улучшение сгибаемости/разгибаемости суставов;
- происходит закаливание, а значит, укрепление иммунной системы;
- избавление от таких заболеваний позвоночника, как остеохондроз, сколиоз и т.п. – улучшение осанки;
- укрепление абсолютно каждой группы мышц – все тело становится в тонусе;
- налаживается работа сердечно-сосудистой системы, нервной системы;
- происходит развитие органов дыхания [220].

Бег трусцой как один из видов аэробных упражнений полезен для здоровья. Глубокое и частое дыхание бегущего является прекрасной дыхательной гимнастикой, во время которой массируются легкие, печень, селезенка, желудок, кишечник. Такой массаж предупреждает застой желчи, устраняет запоры, уменьшает жировые отложения в сальнике и брюшной полости. Бег – прекрасное средство укрепления психики. Нервные люди, начиная заниматься бегом, становятся менее вспыльчивыми и раздражительными. Бег устраняет чувство постоянной взволнованности, нервного напряжения, излечивает от бессонницы [38]. Давайте своему телу шанс адаптироваться к предлагаемой нагрузке: начинайте постепенно бегать, возможно, с переходом на шаг, постепенно увеличивая нагрузку. Специалистами отмечается, что оздоровительные пробежки можно совершать не только утром, но и вечером.

Доказано, что никакие достижения медицины не могут принципиально повлиять на процесс физической адаптации человека, если он сам не предпримет активных усилий для поддержания и развития своих физических возможностей. Например, в США за 10 лет моды на

оздоровительный бег, которым стали заниматься миллионы американцев, заболеваемость инфарктом миокарда снизилась в 2,5 раза. Ни одна экономическая, медицинская или другая программы не давали и не дают такого ошеломляющего эффекта [216].

С помощью бега происходит омоложение и обновление всего организма. В организме взрослого человека находится примерно 35 литров жидкости (5 литров крови, 2 литра лимфы и 28 литров внутриклеточной жидкости). При малоподвижном образе жизни вся эта жидкость застаивается. Во время бега жидкость начинает активно циркулировать, устраняя застойные зоны в организме. Сердечно-сосудистая система первой получает оздоровительный импульс при занятиях бегом. Как утверждают специалисты, сердце и сосуды очень положительно реагируют именно на неторопливые нагрузки средней (30–60 минут) продолжительности. Дыхание становится глубоким и частым, что приводит к активному движению диафрагмы вверх-вниз, что само по себе является отличным массажем всех органов брюшной полости [39, 216, 317].

Специалистами рекомендуются следующие режимы интенсивности бега по самочувствию, где продолжительность зависит от подготовленности занимающихся.

Режим I. Зона комфорта. Используется как основной режим для начинающих бегунов со стажем до одного года. Бегуну сопутствует ощущение приятного тепла, ноги работают легко и свободно, дыхание осуществляется через нос, бегун без труда поддерживает выбранную скорость, ему ничто не мешает, возникает желание бежать быстрее. Спортсмены используют этот режим, чтобы восстановиться после напряженных тренировок. ЧСС сразу после бега 20–22, через 1 мин. 13–15 ударов за 10 с.

Режим II. Зона комфорта и малых усилий. Для бегунов со стажем 2 года. Бегун ощущает приятное тепло, ноги продолжают работать легко и свободно, дыхание глубокое, смешанное через нос и рот, мешает легкая усталость, скорость бега сохраняется с небольшим усилием. ЧСС сразу после бега 24–26, через 1 мин. 18–20 ударов за 10 с.

Режим III. Зона напряженной тренировки. Для бегунов со стажем 3 года, для спортсменов как тренировочный режим. Бегуну жарко, несколько тяжелеют ноги особенно бедра, при дыхании не хватает воздуха на вдохе, исчезла легкость, трудно удерживать темп, скорость сохраняется напряжением воли. ЧСС сразу после бега 27–29, через 1 мин. 23–26 ударов за 10 с.

Режим IV. Зона соревновательная. Для спортсменов, участвующих в соревнованиях по бегу. С организмом происходят значительные изменения – становится очень жарко; ноги тяжелеют, «вязнут»; дыхание – напряженное с большой частотой; мешает излишнее напряжение мышц шеи, рук, ног; несмотря на усилия, бег выполняется с трудом; скорость бега на финише падает. ЧСС сразу после бега 30–35, через 1 мин. 27–29 ударов за 10 с.

Основной метод тренировки в оздоровительном беге – равномерный (или равномерно ускоренный), заключающийся в том, что вся дистанция проходит в ровном темпе с постоянной скоростью [326].

Езда на велосипеде развивает как мышечную силу и выносливость, так и выносливость сердечно-дыхательную. Подобно плаванию, езда на велосипеде представляет собой такую форму физической активности, которая сопровождается высоким расходом энергии и, следовательно, способствует снижению веса и улучшению состава тела [39].

Благодаря постоянно меняющимся внешним условиям, езда на велосипеде является эмоциональным видом физических упражнений, благоприятно воздействующим на нервную систему. Ритмичное педалирование (вращение педалей) увеличивает и одновременно облегчает приток крови к сердцу, что укрепляет сердечную мышцу и развивает легкие. Езда на велосипеде хорошо дозируется по темпу и длине дистанции. Хорошо иметь велосипедный спидометр, с помощью которого можно определить скорость передвижения и расстояние [326].

Ходьба на лыжах – очень полезный вид физических упражнений, один из лучших вариантов зимнего спорта. Это занятие доступно людям практически всех возрастов и уровней подготовки. Регулярные лыжные прогулки – отличное средство для закаливания организма. Как и плавание, она предполагает интенсивную работу верхней части туловища. Многие люди для поддержания хорошей физической формы зимой занимаются лыжами, а летом – бегом трусцой [39].

Ритмическая гимнастика (аэробика) – это комплексы несложных общеразвивающих упражнений, которые выполняются, как правило, без пауз для отдыха, в быстром темпе, определяемом современной музыкой. В комплексы включаются упражнения для всех основных групп мышц и для всех частей тела: маховые и круговые движения руками, ногами; наклоны и повороты туловища и головы; приседания и выпады; простые комбинации этих движений, а также упражнения в упорах, сидя, в положении лежа. Все эти упражнения сочетаются с прыжками на двух и на одной ноге, с бегом на месте и небольшим продвижением во всех направлениях, танцевальными эле-

ментами. Благодаря быстрому темпу и продолжительности занятий от 10–15 до 45–60 мин ритмическая гимнастика, кроме воздействия на опорно-двигательный аппарат, оказывает большое влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. По воздействию на организм ее можно сравнить с такими циклическими упражнениями, как бег, бег на лыжах, езда на велосипеде, т.е. с видами физических упражнений, при занятиях которыми происходит заметный рост потребления мышцами кислорода [326].

Спортивные и подвижные игры имеют большое оздоровительное значение. Их отличает разнообразная двигательная деятельность и положительные эмоции, они эффективно снимают чувство усталости, тонизируют нервную систему, улучшают эмоциональное состояние, повышают умственную и физическую работоспособность. Коллективные действия в процессе игры воспитывают нравственные качества: общительность, чувство товарищества, способность жертвовать личными интересами ради интересов коллектива. Особенно полезны игры на открытом воздухе [326].

Как отмечает в своем исследовании В.Ю. Гордюшкина, в настоящее время в тройку лидеров входят – футбол, волейбол, баскетбол (почти 50%). Пять самых распространенных направлений среди студентов мужского и женского пола в порядке убывания отображены в таблице 10 [102].

Таблица 10. – Популярные виды спорта среди обучающихся

Юноши	Девушки
Футбол	Волейбол
Баскетбол	Плавание
Плавание	Легкая атлетика
Волейбол	Художественная гимнастика
Борьба	Баскетбол

Большой популярностью среди студентов пользуются атлетическая гимнастика, ритмическая гимнастика (аэробика), единоборства и комплексы физических упражнений из восточных систем каратэ, ушу, йоги. Нетрадиционные виды спорта (системы), основанные на длительной медитации, длительном расслаблении и пассивном растягивании мышц, имеют определенный оздоровительный эффект, которого можно добиться при ежедневном самостоятельном выполнении.

Для эффективной работоспособности головного мозга необходимы постоянно поступающие импульсы из соединений организма, которые создаются мышцами. Мышечные сокращения позволяют

обогащать мозг жизненно важными элементами, которые обеспечивают активность мозга [220].

При умственной деятельности происходит напряжение мышц лица, шеи и плечевого пояса, так как их активность тесно связана с нервными центрами, управляющими вниманием, эмоциями и речью. В этих условиях длительная импульсация от напряженных мышц создает утомление в соответствующих участках ЦНС, и работоспособность снижается. Естественной мерой предупреждения этого явления могут быть активные движения, освобождающие мышцы от излишнего напряжения [317].

Улучшение кровоснабжения в результате открытия новых капилляров делает доступными большему количеству клеток мозга, обеспечивающих кровеносное питание и устранение токсичных отходов. Результативность и продолжительность интеллектуальной работы напрямую зависит от работы головного мозга и развития мышечной системы, т.к. кора головного мозга и мускулатура способствуют сбалансированности нагрузок на нервную систему. Способность головного мозга активно обрабатывать полученные знания, концентрироваться на работе и сохранять в памяти информацию напрямую зависит от физической устойчивости организма, а именно от его выносливости, скорости реакций и т. д.

Оптимально подобранная мышечная нагрузка повышает эмоциональный фон, благоприятный для умственной деятельности и предупреждает развитие утомления. Воздействие физических упражнений на умственную работоспособность по механизму активного отдыха проявляется как непосредственно при их выполнении, так и отсрочено, то есть спустя некоторое время после завершения работы, и может проявляться в виде кумулятивного (накапливающего) эффекта от многократного в течение определенного времени выполнения физической нагрузки [317].

В процессе занятий необходимо руководствоваться следующими принципами:

Принцип постепенности. Принцип предусматривает постепенное, но неуклонное повышение нагрузки в тренировке, увеличение объема и интенсивности выполняемой работы, постепенное усложнение задач и действий.

Принцип последовательности. Последовательность – важнейшее условие процесса обучения движениям и воспитания физических качеств. Реализация этого принципа определяется дидактическими правилами: «от легкого к трудному», «от простого к сложному», «от освоенного к неосвоенному», «от знаний к умениям». Определяя ме-

тодическую последовательность упражнений, нужно учитывать взаимодействие всех рассмотренных правил.

Принцип систематичности. Он предусматривает регулярность занятий, рациональное чередование нагрузок и отдыха на одном занятии, преемственности и последовательности тренировочных нагрузок от занятия к занятию. Функциональные и структурные изменения в организме, двигательные навыки обратимы, т.е. они претерпевают обратное развитие в случае прекращения занятий физическими упражнениями. Поэтому нужно проводить занятия через такой промежуток времени, чтобы эффект каждого последующего занятия «наслаивался» на «следы» предыдущего, закрепляя и развивая вызванные им положительные изменения.

Традиционный подход к физкультурному образованию студентов, основанный на унифицированной по содержанию программе, не позволяет в полной мере удовлетворить их возрастные потребности в двигательной активности и устранить отрицательные последствия гипокинезии. Безответственное отношение молодых людей к организованным занятиям физическими упражнениями (пропуск занятий по неуважительной причине, опоздания, нежелание выполнять задания) усугубляют обозначенную проблему.

Увеличение объема двигательной активности в режиме дня, учебы и отдыха должно стать для студентов нормой, жизненной необходимостью, способной формировать в их сознании стремление к физическому совершенству и здоровому образу жизни [123].

Необходима двигательная активность в объеме 2–3 часов в день. За счет повышения интенсивности двигательной деятельности можно сократить ее продолжительность. Так, двухчасовую прогулку со скоростью 4,5 км/ч заменяет 15-минутный бег со скоростью 10 км/ч или 30 минут игры в баскетбол [326].

Необходимо не только намерение, но сила воли, терпение, время, а главное – искреннее желание изменить в лучшую сторону свою жизнь, поддерживая или улучшая здоровье за счет двигательной активности.

Решая задачу увеличения двигательной активности, следует:

- отказаться от пассивных форм отдыха;
- провести анализ суточной двигательной активности и сравнить результаты с показателями возрастной нормы;
- внести коррективы в содержание режима дня, выбрав предпочитаемый вид физических упражнений;
- не снижать без существенных причин избранный (скорректированный) режим двигательной активности [39, 216].

Являясь фактором, повышающим двигательную активность, систематические занятия физической культурой и спортом улучшают настроение, укрепляют иммунитет, помогают обрести красивое, стройное тело, повышают способность к обучению и помогают достигнуть желаемого успеха.

4.7. Рациональное питание

Питание – сложный процесс поступления, переваривания, всасывания и усвоения в организме пищевых веществ, необходимых для покрытия энергетических трат, построения и возобновления клеток и тканей организма и регуляции его физиологических функций [67, 216].

Еще в древности были сформулированы выражения, определяющие важность рационального питания в жизни человека и включающие в себя некоторые его правила: «Человек есть то, что он ест» (Фейербах); «Наша пища должна стать лекарством, а лекарство – пищей» (Гиппократ), «Никто не должен преступать меры ни в пище, ни в питье» (Пифагор), «Есть и пить нужно столько, чтобы наши силы этим восстанавливались, а не подавлялись» (Цицерон) [105, 134].

Правильно организованное питание может повысить устойчивость организма к воздействиям внешней среды, содействует гармоничности физического развития, укрепляет здоровье и предупреждает развитие желудочно-кишечных заболеваний [333].

С наступлением эпохи научно-технического прогресса появилось изобилие новых пищевых продуктов, увеличились материальные возможности людей к их приобретению. Избыточное и нерациональное потребление пищи специалисты считают одной из причин малоподвижного образа жизни (гиподинамии) и появлению болезней, возникающих вследствие нарушения обмена веществ (ожирение и др.) [99].

На сегодняшний день определены *функции питания*:

1. Ища является источником энергии для организма.
2. Питание снабжает организм пластическим материалом для построения собственных тканей – белками, жирами, углеводами, минералами, а также незаменимыми аминокислотами и жирными полиненасыщенными кислотами.
3. Вместе с пищей в организм поставляются необходимые биологически активные вещества, участвующие в биохимических процессах организма – коферменты, витамины.

4. Питание участвует в формировании общего иммунитета. При полноценном качественном питании иммунитет усиливается и повышается устойчивость организма к инфекциям.

5. Пища играет информационную роль: она служит для организма химической информацией. Информационная сущность пищи заключается в определенной молекулярной структурированности пищевых веществ. [38, 99, 105].

В настоящее время в большинстве экономически развитых стран резко (до критического уровня 2200–2500 ккал) сократились энергетические затраты человека. В результате антропогенного воздействия изменилось состояние окружающей среды, ухудшилось качество воды, радикально изменились пищевые технологии, приобрели популярность рафинирование, генная инженерия, применение консервантов. Возросло потребление углеводов, жиров, белковой пищи, что уже в наши дни составляет масштабную медицинскую проблему переизбытка [121].

За последние 20–30 лет отношение современного студента к питанию существенно изменилось. Если прежде студенту достаточно просто быть сытым, то теперь, зачастую, их интересуют биологическая ценность продуктов, режим питания, сочетание питания с движением, влияние питания на внешность и здоровье [38].

Проблема повышения культуры питания среди студентов очень актуальна, так как знания о том, что правильно организованное и построенное на современных научных основах рациональное питание, соответствующее энергетическим затратам и физиологическим потребностям молодого организма, исключая переизбыток или недоедание, будет обеспечивать нормальное течение процессов роста и развития организма, а также – сохранение здоровья [99].

Культура питания закладывается с детства и, конечно, здесь имеют огромное влияние семейные традиции. В некоторых семьях культ пищи стоит на первом месте. Некоторые родители проповедуют этику «чистых тарелок» и хвалят своих детей за то, что те, в знак благодарности родителям за вкусный обед, съедают его подчистую. Существует и другая крайность – безразличное отношение в семье к питанию. В таких семьях нет ни установленного режима питания, ни правильного выбора пищевых продуктов по их биологической ценности [38].

Образ жизни студента характеризуется присутствием низкой культуры питания, что выражается в:

- пренебрежении к режиму питания;
- некомпетентности в вопросах питания;

- избыточном потреблении лакомств и напитков, содержащих сахар или обладающих наркотическими свойствами;
- недостаточное знание проблем возрастного питания;
- неумение организовать питание соответственно выполняемой нагрузки;
- неумеренное и некомпетентное ограничение в питании в угоду молодежной моде под девизом «Худеть»! [38].

Хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характер питания, повышенная умственная и информационная нагрузка могут привести к нервно-психическому срыву, что, в совокупности, снижает работоспособность студента и приводит к возникновению нарушений работы пищеварительной системы, заболеваний нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, выделительной и иммунной систем, а также к избыточному или недостаточному (пониженному) весу. [38, 149].

Каждую секунду в организме человека происходят разные химические и физические реакции: вырабатываются гормоны и ферменты, обновляются, рождаются и умирают клетки. Источником энергии является принимаемая пища. Организация рационального питания позволит организму долгие годы работать исправно [140].

Кроме понятия «правильное питание», принят термин рациональное питание, означающий питание, построенное на научных основах, способное полностью удовлетворить потребность в пище в количественном и качественном отношении [277].

Рациональное питание – это целенаправленный подбор продуктов, характеризующийся разнообразным белковым, жировым, углеводным, витаминным и минеральным составом пищи, обеспечивающий полноценное питание и способствующий сохранению здоровья, активному долголетию. Рациональное питание способствует сохранению здоровья, жизнерадостности, активному долголетию, является профилактической основой болезней цивилизации [216].

Исходя из функций питания, формируются **принципы рационального питания**:

- умеренность;
- разнообразие;
- режим питания;
- безопасность.

Первый принцип – умеренность. Энергетическое равновесие предполагает соответствие энергетической ценности суточного рациона энергозатратам организма, которые зависят от возраста, пола, массы тела, состояния здоровья; двигательной активности; характера

трудовой деятельности, то есть профессии, климатических условий, этнических особенностей, индивидуальных особенностей протекания реакций обмена веществ в организме.

Закон сохранения энергии в природе является абсолютным, он справедлив не только для неживой материи, но действует и в живом организме, в том числе и в клетках органов и тканей человека. Расход энергии в организме осуществляется тремя путями: в результате основного обмена, специфического динамического действия пищи и мышечной деятельности [99].

Суточные энергозатраты принято делить на две группы:

- 1) нерегулируемые;
- 2) регулируемые.

Под *нерегулируемыми затратами* понимают расход энергии на основной обмен и специфическое динамическое действие пищи.

Основной обмен – это минимальное количество энергии, которое необходимо человеку для поддержания жизни в состоянии полного покоя. Такой обмен обычно бывает во время сна в комфортных условиях. Эта энергия затрачивается на работу наших внутренних органов.

Специфическое динамическое действие пищи – это дополнительный расход энергии, которая затрачивается организмом на все процессы, связанные с перевариванием, всасыванием и усвоением пищевых продуктов. Наибольший расход энергии вызывает переваривание белков, которое увеличивает интенсивность основного обмена обычно на 30–40%, поэтому вечером не рекомендуется в больших объемах принимать белковую пищу.

Регулируемые затраты – это энергия, которая расходуется на любые виды нервно-мышечной деятельности, наибольшее значение среди которых имеют физическая работа и двигательная активность. Чем больше физическая активность, тем больше энергии тратит организм человека [220].

Каждому человеку для поддержания нормальной массы тела необходимо знать, какое количество калорий он потребляет и сколько их его организм расходует за сутки. Расход калорий зависит от пола, возраста и физической нагрузки при различной деятельности [134]. Суточная норма для студентов-девушек – 2800 ккал, для студентов-юношей – 3300 ккал.

Зная энергетическую ценность продуктов питания, легко подсчитать количество калорий, содержащихся в ежедневном рационе любого человека. Энергозатраты человека в зависимости от вида деятельности представлены в таблице 11 [99, 134].

Таблица 11. – Энергозатраты человека в зависимости от вида деятельности

Группа труда	Вид деятельности	Расход энергии
I	Преимущественно умственный труд (научные работники, студенты, операторы ЭВМ, контролеры, педагоги, диспетчеры, работники учета, секретари и др.)	1800–2450 ккал
II	Легкий труд (водители транспорта, работники конвейеров, весовщицы, упаковщицы, швейники, работники радиоэлектронной промышленности, агрономы, медсестры, санитарки, работники связи, сферы обслуживания, продавцы промтоваров и др.)	2100–2800 ккал
III	Средняя тяжесть труда (слесари, наладчики, настройщики, станочники, буровики, водители экскаваторов, бульдозеров, угольных комбайнов, автобусов, врачи-хирурги, текстильщики, обувщики, железнодорожники, продавцы промтоваров, работники химзаводов, работники общественного питания и др.)	2500–3300 ккал
IV	Тяжелый физический труд (строители, проходчики, сельхозработчие, механизаторы, доярки, овощеводы, деревообработчики, металлурги, литейщики и др.)	2850–3850 ккал
V	Особо тяжелый физический труд (механизаторы и сельхозработчие в посевной и уборочный периоды, горнорабочие, вальщики леса, бетонщики, каменщики, землекопы, грузчики немеханизированного труда, оленеводы и др.)	3750–4200 ккал

Одним из важных факторов долголетия является умеренность в еде – калорийность пищи должна соответствовать энергетическим затратам организма. При избыточной калорийности значительно увеличивается вес тела, что ведет к ожирению и влечет за собой различные нарушения здоровья. При этом недостаток пищи, как и ее избыток, оказывает на организм отрицательное влияние. При недостаточной калорийности уменьшается вес тела, ухудшается самочувствие, падает работоспособность, снижаются защитные силы организма.

За счет принимаемой пищи и кислороду происходит постоянное обновление всех клеток человеческого организма. Попадая в желудок, пища начинает перевариваться, распадаясь на составные части, каждая из которых играет свою роль в жизнедеятельности организма. При всем многообразии потребляемых человеком продуктов, в результате пищеварения происходит расщепление до сравнительно простых химических веществ, которые всасываются в кровь и лимфу и разносятся ими по всем органам и тканям, питая их. Пища должна соответствовать энергетическим затратам отдельного человека – быть разнообразной, доброкачественной, полноценной, оптимальной в количественном отношении. При достаточном разнообразии питания удо-

влетворяется потребность организма ежедневным пищевым рационом, состоящем из углеводов, белков, жиров, клетчатки, витаминов и минералов.

Второй принцип – разнообразие. Чтоб наш организм полноценно функционировал, *ежедневно* он должен получать около *70 жизненно необходимых веществ*, поэтому правильное соответствие химического состава пищи реальным потребностям организма можно обеспечить только благодаря разнообразному и сбалансированному питанию.

Единство организма с окружающей его природной средой, в которой он существует, в первую очередь, осуществляется через химические вещества, поступающие в него с пищей [38].

Вне зависимости от национальных особенностей питания и индивидуальных предпочтений с пищей мы потребляем белки, жиры, углеводы, макроэлементы, микроэлементы, витамины, воду.

Наилучшим соотношением белков, жиров, углеводов является соотношение 1:1:6 – для детей; 1:1:4 – для взрослых; 1:0,8:3 – для пожилых людей. Это соотношение наиболее благоприятно для максимального удовлетворения как пластических, так и энергетических потребностей организма человека [146]. Энергетическая ценность пищевых продуктов определяется содержанием в них углеводов, жиров и белков. Калорийность 1 г белков составляет 4 ккал, 1 г жиров – 9 ккал, 1 г углеводов – 4 ккал [110, 134, 220]. Отсутствие или недостаток любого из питательных веществ приводит к нарушению функций организма. Поэтому, чтобы правильно построить свой пищевой рацион, необходимо иметь представление о значении для организма каждого из данных веществ.

Белки – элементарный строительный материал для построения клеток, тканей и органов, который должен постоянно обновляться. Белки формируют соединения, обеспечивающие иммунитет к инфекциям, участвуют в процессе усвоения жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ [220, 277, 327].

Из белков в значительной степени состоят мышцы, внутренние органы, кровь, многие гормоны, играющих важную роль в обеспечении иммунитета.

При окислении белки выделяют столько же энергии, сколько и углеводы. Но из-за своих специфических функций они практически не используются в организме как источник энергии. Для восполнения энергетических трат организма белки имеют второстепенное значение и могут быть легко заменены углеводами и жирами. Белки прежде

всего необходимы для пластических функций: построения и постоянного обновления различных тканей и клеток организма.

Белки выполняют ряд жизненно важных *функций*:

– *пластическая* – белки являются основным строительным материалом клетки, ее органоидов и межклеточного вещества. Кроме того, белки вместе с липидами входят в состав всех биологических мембран, играющих важную роль как в построении клеток, так и в их функционировании;

– *каталитическая* – белки являются основным компонентом всех известных в настоящее время ферментов – катализаторов и регуляторов обменных веществ в организме;

– *гормональная* – большая часть гормонов человеческого организма (гормоны гипофиза, надпочечников, тиреоидный, инсулин и др.) имеет белковую природу;

– *защитная* – белки обеспечивают индивидуальную тканевую и видовую специфичность, лежащую в основе проявлений иммунитета и аллергии. Взаимодействие антигенов (чужеродных белков) с антителами (собственными иммуноглобулинами, образующимися в организме) составляет основу защитных реакций от чужеродных агентов;

– *транспортная* – белки принимают участие в транспорте кислорода кровью (гемоглобин), липидов, углеводов, некоторых витаминов, гормонов и лекарственных веществ;

– *энергетическая* – несмотря на то, что основной функцией пищевых белков является обеспечение организма пластическим материалом, часть их, окисляясь в организме, участвует в снабжении его энергией. Использование белков в качестве источника энергии усиливается при голодании и при относительном дефиците углеводов и жиров [38].

Достаточность белка в пищевом рационе и его высокое качество позволяют создать оптимальные условия внутренней среды организма, необходимые для роста, развития, нормальной жизнедеятельности человека и его работоспособности [277].

Важное гигиеническое значение имеет не только количественный, но и качественный состав пищевых белков. Особую ценность представляют белки, содержащиеся в продуктах животного происхождения (молоко, творог, сыр, мясо, рыба, птица, яйца). Поэтому не менее 60% суточной нормы белков в рационе человека должно быть животного происхождения. Из растительных продуктов наиболее богаты белками фасоль, горох, соя, овсяная и гречневая крупа, рис, хлеб (табл. 12) [134].

Таблица 12. – Процентное содержание белка в суточном рационе продуктов

Белки	Продукты	%
животного происхождения	мясо, рыба, яйца, молочные продукты	60
растительного происхождения	крупяные изделия, овощи, хлеб, орехи, семечки, бобовые, грибы	40

Белки выполняют и энергетическую функцию: при окислении 1 г. белка выделяется 4 ккал.

Необходимо:

1. Употреблять белки в каждую трапезу в небольшом количестве, что позволит поддерживать чувство сытости в течение дня.
2. Сочетать растительные и животные белки, так как это позволяет оптимизировать аминокислотный состав пищи.
3. Готовить белковые продукты правильно – в низкотемпературном режиме (на пару и в мультиварке) возможно более продолжительное время [203, 216].

Белковая пища повышает возбудимость нервной системы, поэтому лучше ее принимать в первой половине дня, в период наиболее активной деятельности. Перед сном возбуждение нервной системы посредством приема белков нежелательно, т.к. это может мешать быстрому наступлению глубокого сна. Кроме того, белковая пища переваривается дольше, требует больших энергозатрат, а поскольку во сне все процессы замедляются (в том числе и отделение пищеварительных соков), это может привести к некачественному перевариванию пищи [38].

При недостатке белков нарушается деятельность центральной нервной системы, желез внутренней секреции, печени и других органов, снижаются защитные силы организма, работоспособность, а у детей замедляются рост и развитие. Длительное избыточное потребление белка вызывает гипертрофию печени и почек, в организме накапливаются производные мочевой кислоты, способствующие развитию подагры и мочекаменной болезни. Также избыток белка вызывает угнетение кишечной микрофлоры и усиление процессов гниения в кишечнике [134].

Употребление в пищу лишь растительных продуктов (вегетарианство) с точки зрения сбалансированного питания не оправдано, особенно при питании детей и подростков с их бурными процессами роста.

Веганство – строгая форма вегетарианства, полностью исключая потребление продуктов животного происхождения [105].

Существуют другие близкие к вегетарианству диеты и жизненные философии:

– Пескетарианство – отказ от употребления в пищу мяса теплокровных (допускается употребление в пищу рыбы, крабов и моллюсков).

– Поллотарианство – питание, исключаящее употребление в пищу красного мяса (допускаются мясо птицы, рыба, а также яйца и молоко).

– Флекситарианизм – преимущественно растительная диета, допускающая потребление мяса (флекситарианцы стремятся есть как можно меньше мяса, но полностью не исключают его из своего рациона).

– Фриганизм – стиль жизни, отрицающий принципы потребительства. В качестве источника продуктов питания и других материальных благ фриганы используют свалки, мусорные контейнеры и прочие места, где можно найти отходы цивилизации.

– Фрукторианство – питание плодами растений, преимущественно сырыми (как фруктами и ягодами, так и плодовыми овощами, без добавления орехов, бобовых, зерновых и семян). Фрукторианцы едят только ту пищу, ради которой растения не нужно уничтожать.

– Лакто-ово-вегетарианство (происходит от латинских слов: lacto – молоко, ovo – яйцо, vege – растительность). Диета допускает употребление в пищу молока и молочных продуктов, яиц и любых продуктов растительного происхождения. Исключаются мясо, птица, рыба или морепродукты.

Веганство связано не только как одна из разновидностей построения рациона питания, но и это принцип жизни, направленный на сокращение любого вида эксплуатации животных [306].

Тем не менее, согласно концепции сбалансированного питания белковый рацион студента должен примерно на две трети состоять из белков животного происхождения и лишь на одну треть – растительного [38]. Белки лучше усваиваются в сочетании с овощами, поэтому к мясным и рыбным блюдам целесообразно делать овощной гарнир [110].

Процессы жизнедеятельности любого организма связаны с постоянными затратами энергии. Главным «горючим» материалом, снабжающим организм энергией, являются *углеводы* и *жиры*.

Существует несколько вариантов расчета норм потребления белков, жиров и углеводов. Придерживаясь «МР 2.3.1.2432-08. 2.3.1. Рациональное питание. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской

Федерации. Методические рекомендации» (утв. Роспотребнадзором 18.12.2008) [215]. Согласно этому документу, физиологическая потребность в белке для взрослого населения – от 65 до 117 г/сут. для мужчин, и от 58 до 87 г/сут. для женщин.

Жиры – вещества, состоящие из глицерина и жирных кислот.

Они:

- являются важной составной частью живой клетки;
- выполняют пластическую функцию;
- служат мощным источником энергии;
- участвуют в построении клеток и внутриклеточных образований;
- участвуют в обмене витаминов;
- способствуют усвоению витаминов и одновременно служат источниками витаминов А, Д, Е;
- обладают большой энергоемкостью.

Жиры также являются незаменимыми компонентами пищевого рациона человека.

Пищевая ценность жиров определяется их жирнокислотным составом, а также наличием в них других факторов липидной природы: фосфатидов, стеридов и жирорастворимых витаминов – А, Е, Д и других. Особенно богато мясо, птица, молоко и молочные продукты, растительные масла (табл. 13) [38, 216, 277].

Таблица 13. – Процентное содержания жиров в некоторых продуктах

Продукты	% жиров
Сливочное масло	82
Растительное масло	до 99,9
Свиное сало	94
Гусиный жир	100
Маргарин	82
Сыры	10–50

Жир, не используемый организмом, накапливается в подкожной клетчатке, уменьшая теплопотери организма, а также в соединительной ткани, окружающей внутренние органы, которые он предохраняет от ударов и сотрясений. Этот жир называется резервным, или запасным [134].

При окислении 1 г жира выделяется 9,3 ккал энергии – это в два раза больше, чем при окислении углеводов или белков [216].

Физиологическая потребность в жирах – от 70 до 154 г/сут. для мужчин и от 60 до 102 г/сут. для женщин [215].

К жизненно важным *функциям* жиров относятся:

– *энергетическая* – по обеспечению организма энергией жиры занимают второе место после углеводов, однако эта энергия, по сути, является депонированной, запасной. Жир, поступающий с пищей, а также синтезированный организмом из углеводов, депонируется в жировой ткани и при необходимости может быть мобилизован при энергетических и пластических потребностях;

– *строительная* – все клеточные мембраны представляют собой белково-жировые комплексы; жир входит в состав клеточной протоплазмы нервной ткани; жир, выделяемый сальными железами, предохраняет кожу от высыхания и излишнего смачивания влагой;

– *защитная* – подкожная жировая клетчатка обеспечивает оптимальную деятельность системы терморегуляции. Кроме того, жировая ткань, выстилающая все внутренние органы, в определенной степени защищает их от потрясений;

– *витаминообменная* – без жиров невозможно усвоение ряда витаминов [38].

Жиры – вещества, состоящие из глицерина и жирных кислот. Это соединение называется триглицеридом. Жиры, содержащиеся в пище, состоят из триглицеридов разных видов, что объясняется различием жирных кислот, связанных с глицерином.

Жирные кислоты могут быть насыщенные и ненасыщенные.

Продукты с высоким содержанием насыщенных жирных кислот имеют тенденцию к затвердеванию, к ним относятся цельное молоко, сыр, масло, сливочное мороженое, затвердевшие маргарины и мясные жиры. В несвежих и перегретых жирах разрушаются витамины, уменьшается содержание незаменимых жирных кислот и накапливаются вредные вещества, вызывающие раздражение желудочно-кишечного тракта, почек, нарушение обмена веществ. Широко применяемая в последние годы очистка растительных масел (рафинирование), по мнению многих исследователей, снижает их пищевую ценность [38, 277].

Наиболее распространены полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) – всегда при комнатной температуре имеют жидкую структуру – растительные масла: оливковое, рисовое, кукурузное, соевое, подсолнечное. Злоупотреблять растительными маслами нельзя, так как избыток жирных кислот может накапливаться в клетках, окисляться и отравлять их продуктами окисления (исключением является оливковое масло) [134].

К незаменимым компонентам жирового рациона человека относятся полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК): линолевая и ли-

ноленовая. Они являются строительным материалом клеточных мембран, соединительной ткани, миелиновых оболочек нервных волокон, входят в состав нуклеиновых кислот, защищают от радиации, повышают выведение из организма холестерина и эластичность сосудов, сохраняют определенный уровень иммунной защиты, образуют с холестерином соединения, которые легко выводятся из организма. При недостатке ПНЖК холестерин соединяется с насыщенными жирными кислотами и откладывается в стенках сосудов, что приводит к их тромбозу. С дефицитом ПКЖК связывают и развитие злокачественных опухолей. [38, 134, 216].

Холестерин является незаменимым компонентом нашего организма, он играет огромную роль в образовании клеточных мембран, гормонов коры надпочечников и половых гормонов, входит в состав оболочек нервных клеток, участвует в обмене желчных кислот и способствует пищеварению. Кроме того, под действием ультрафиолетовых лучей в коже из него образуется витамин D, который необходим для нормального обмена кальция и фосфора. Холестерин может вырабатываться в организме, а также поступать с его пищевыми продуктами животного происхождения (мясо, рыба, молоко и яйца). Большую часть холестерина (75–80%) синтезирует печень, 20–25% поступает из пищеварительного тракта (всасывается из кишечника). И очень важно, что даже этот холестерин, всасывающийся из кишечника, не весь производится из еды. Часть его происходит из желчи, которую, в свою очередь, производит печень и выделяет в пищеварительный тракт [38, 134, 216].

Известно, что высокий уровень «плохого» холестерина в крови повышает риск ишемической болезни сердца, увеличивается риск заболеваний сердечно-сосудистой системы (в крови холестерин и триглицериды транспортируются в связанном с белками виде, что получило название липопротеины).

Липопротеины, циркулирующие в крови, подразделяются на две группы:

- липопротеины высокой плотности (ЛПВП), характеризуются высоким содержанием белка – 52% и более низким содержанием холестерина – 48%;

- липопротеины низкой плотности (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП) характеризуются низким содержанием белка 21–16%, и высоким содержанием холестерина 79–84%. Они большие и рыхлые. Проникая в стенку сосуда, «разваливаются», и она пропитывается холестерином и триглицеридами, что ведет к раннему развитию атеросклероза. Самый хороший способ понизить уровень в крови

липопротеина низкой плотности – диета и физические нагрузки [38, 134, 216].

При низком содержании или полном отсутствии жиров в питании нарушаются функции центральной нервной системы, почек, кожи, замедляется рост и снижается вес тела. Недостаточное поступление жиров может привести:

- к ослаблению иммунобиологических механизмов;
- нарушению деятельности центральной нервной системы;
- изменению кожи, почек и др. [99, 134].

Жировая ткань состоит из совокупности жировых клеток и бывает двух видов – белая и бурая.

Важно знать о жировой клетке белой ткани следующие факты:

1. Жировая клетка белой ткани представляет собой шарик, внутри которого пузырек. По мере накопления внутри клетки жира, клетка имеет свойство «раздуваться», но до бесконечности это происходить не может, есть предел.

2. Если соседние с ней клетки забиты запасами жира «до упора», то в организме человека есть уже сформировавшийся запас «вспомогательных» жировых клеток, которые не могут накапливать жир, но легко и существенно и уже необратимо эволюционируют в новую жировую клетку. Так происходит увеличение жировых клеток в организме, поэтому количество жировой ткани за счет количества клеток может только расти. Жировые клетки не могут уже «сгореть» или исчезнуть, их можно только уменьшить в размерах за счет так называемого «опорожнения» и переработки их внутренних запасов, то есть можно *израсходовать* за счет увеличения своих энергозатрат [223].

Важно обращать внимание на этикетки продуктов, находящихся на прилавках магазинов с надписью «низкокалорийный» или «легкий».

Необходимо быть внимательным, ведь это означает некое сравнение с основной версией продукта, где содержание жира будет достаточно большим.

Рекомендуется читать состав продуктов и отказываться от их заменителей.

Нужно помнить, что от жира нельзя отказываться ни в коем случае, но стараться употреблять продукты с «правильными жирами» [203].

Перечислим 5 продуктов, содержащих полезные жиры, рекомендуемые специалистами:

1. Рыба – форель, лосось, скумбрия, сельдь – богаты омега-3 жирными кислотами.

2. Оливковое и другие нерафинированные масла нормализуют уровень холестерина и защищают сосуды.

3. Авокадо – олеиновая кислота нормализует холестерин. Источник витаминов А и Д.

4. Семена льна содержат как нерастворимые, так и растворимые волокна, поэтому помогут сохранять чувство сытости дольше, а также снизить уровень холестерина и способствовать здоровью сердца. Норма 1–2 столовые ложки.

5. Орехи (грецкие, миндаль, фундук, фисташки и другие) – источники макро и микроэлементов. Это хороший вариант одного из видов перекуса. Норма для орехов – это 30 граммов, т.к. очень высока калорийность [238].

Углеводы – основные источники энергии для организма. Это обширная группа веществ, состоящих из углерода, водорода и кислорода. Некоторые сложные углеводы содержат в небольших количествах азот и серу.

Углеводы являются основным источником энергии. Свыше 56% энергии организм получает за счет углеводов. Они необходимы для нормальной деятельности мышц, центральной нервной системы, сердца, печени. Важную роль играют углеводы в регуляции обмена белков и жиров: при достаточном поступлении в организм углеводов расход белков и жиров ограничивается и наоборот [134, 216, 220].

В зависимости от количества структурных единиц (сложности строения), а также растворимости, скорости усвоения и использования для гликогенообразования углеводы пищевых продуктов подразделяются на простые и сложные.

Простые углеводы (сахара) представлены моносахаридами и дисахаридами, имеющими несложную химическую структуру, обладающими сладким вкусом – легко расщепляются и растворяются в воде, а также быстро усваиваются. Их по-другому называют «быстрыми». Легко усваиваясь организмом, они повышают уровень сахара в крови, что может повлечь набор лишнего веса и ухудшение метаболизма.

1. *Моносахариды – глюкоза, фруктоза и галактоза.*

Глюкоза – наиболее распространенный моносахарид, который содержится во многих плодах и ягодах, а также образуется в организме в результате расщепления дисахаридов и крахмала пищи. Глюкоза наиболее быстро и легко используется в организме для образования гликогена, для питания тканей мозга, работающих мышц, в том числе сердечной мышцы, для поддержания необходимого уровня сахара крови и создания запасов гликогена в печени.

Фруктоза обладает теми же свойствами, что и глюкоза, но в 3 раза слаще. Однако она медленнее усваивается в кишечнике и быстро покидает кровяное русло. До 70–80% фруктоза задерживается в печени и не вызывает перенасыщение крови сахаром. Фруктоза теряет свои свойства при продолжительном кипячении.

Галактоза – третий моносахарид, продукт расщепления основного углевода молока – лактозы на глюкозу и галактозу, обладающий малой сладостью.

Примеры его содержания в некоторых продуктах: пчелиный мёд – глюкоза 36,2%, и фруктоза 37,1%; в винограде и хурме весь сахар представлен глюкозой и фруктозой; в арбузах весь сахар представлен фруктозой – 8%; глюкоза и фруктоза содержатся во фруктах и ягодах [99].

2. *Дисахариды* в питании человека играют основную роль (сахароза и лактоза).

Сахароза – свекловичный и тростниковый сахар, содержащийся в сахарной свекле 14–25%, а в сахарном тростнике – 10–15%.

Лактоза – молочный сахар, который содержится только в молоке. При гидролизе лактоза расщепляется на глюкозу и галактозу. Гидролиз лактозы в кишечнике протекает замедленно, в связи с чем ограничиваются процессы брожения в кишечнике и нормализуется жизнедеятельность полезной кишечной микрофлоры. Поступление лактозы способствует развитию молочнокислых бактерий, подавляющих в кишечнике развитие гнилостных микроорганизмов. В наименьшей степени лактоза используется в организме для жиरोобразования. Содержание лактозы в молоке и в некоторых молочных продуктах составляет 4–6%.

Сложные углеводы, или полисахариды, характеризуются сложностью строения своей молекулы и плохой растворимостью в воде. К сложным углеводам относятся крахмал, гликоген, пектиновые вещества и клетчатка. Сложные углеводы состоят из множества связанных сахаридов, включая в себя от десятков до сотен элементов. Подобные углеводы считаются полезными, поскольку при переваривании в желудке они отдают свою энергию постепенно, обеспечивая стабильное и длительное чувство насыщения.

Крахмал обуславливает пищевую ценность зерновых продуктов, бобовых и картофеля. На долю крахмала в пищевых рационах человека приходится около 80% от общего количества потребляемых углеводов.

Гликоген – полимерные цепочки из молекул глюкозы, его еще называют «животным крахмалом». Гликоген содержится в печени до

20%, в мышцах – 0,3 – 0,9%, в мозге – 0,15–0,20 %. Расщепление внутренних запасов гликогена (гликогенолиз) инициируется рядом гормонов (глюкагон, адреналин), стимуляторами симпатической нервной системы (эфедрин, кофеин и др.). Образованию гликогена способствует гормон поджелудочной железы – инсулин. В организме гликоген используется для питания работающих мышц, органов и систем в качестве энергетического материала. Восстановление гликогена происходит путем ресинтеза гликогена за счет глюкозы крови.

Пищевые волокна непосредственному перевариванию в пищеварительном тракте не подвергаются, однако их роль трудно переоценить. Пищевые волокна:

- формируя гелеобразные структуры перевариваемых пищевых масс, влияют на опорожнение желудка, скорость всасывания в тонкой кишке и время прохождения пищевых (каловых) масс через желудочно-кишечный тракт;

- предотвращают образование каловых камней; удерживая воду, определяют консистенцию и увеличивают массу фекалий;

- адсорбируют желчные кислоты, предотвращая их потерю и обеспечивая нормальный обмен холестерина и желчных кислот и поддержание достаточного уровня гемоглобина в крови;

- оказывают противовоспалительное и антитоксическое действие, что предупреждает нарушение обмена веществ в организме и развитие рака толстой кишки;

- участвуют в синтезе некоторых витаминов;

- около 50% пищевых волокон в толстом кишечнике подвергается усвоению микрофлорой с последующим использованием образовавшихся веществ организмом;

- способствуют выведению из организма токсинов и тяжелых металлов;

- предупреждают развитие таких заболеваний, как атеросклероз, гипертония, сахарный диабет и др.

Различают нежные пищевые волокна, которые расщепляются и достаточно полно усваиваются организмом (они в большом количестве содержатся в яблоках, капусте, картофеле), и грубые – менее усваиваемые (содержатся в моркови, свекле и пр.). Для обеспечения нормального пищеварения суточное потребление пищевых волокон должно составлять не менее 15–20 г. [99].

Биологическая роль углеводов чрезвычайно высока, их значимость для организма определяется *следующими функциями*:

- *энергетическая* – углеводы – это наиболее легко утилизируемый источник энергии);

– *жирообменная* – высвобождаемая при окислении углеводов энергия способствует утилизации жиров – «жиры сгорают в пламени углеводов»);

– *балластная* – неперевариваемые полисахариды (целлюлоза (клетчатка), гемицеллюлозы, пектиновые вещества – широко распространены в растительных продуктах, т.к. входят в состав оболочек клеток растений, их название – балластные вещества или, в последние годы, растительные волокна);

– *пластическая* – углеводы в определенной степени принимают участие и в строительных процессах, входя в состав гликопротеидов и гликолипидов – необходимых компонентов клеточных мембран [99, 134, 183].

Физиологическая потребность в усваиваемых углеводах (табл. 14) для взрослого человека составляет 50–60% от энергетической суточной потребности (от 257 до 586 г/сут.) [215].

Таблица 14. – Физиологическая потребность в усваиваемых углеводах

Углеводы	Процесс переваривания	Суточный рацион	Продукты
Простые (быстрые)	переработка для организма минимальна	не более 20–40 %	сахар в чистом виде, десерты, конфеты, выпечка
Сложные (медленные)	необходимы определенные энергетические затраты	60–80 %	клетчатка, крахмал

Оценивая углеводный рацион, важно учитывать соотношение легкоусваиваемых и медленно всасывающихся в кишечнике углеводов. Существует неправильное мнение, что употребление значительного количества сахара способствует повышению работоспособности. Это не так. При одномоментном введении в организм большого количества сахара его уровень в крови резко повышается. Это ведет к выделению его с мочой и весьма отрицательно сказывается на работе ряда органов. Однако можно использовать способность сахара быстро всасываться в кровь. Так, после напряженной тренировки с целью скорейшего восстановления сил рекомендуется принять 50–100 г углеводов. В целом, важно, чтобы глюкоза поступала в кровь постепенно, а не одномоментно, тем самым человек испытывает ощущение сытости более длительный срок [99, 134].

Для того чтобы вычислить скорость расщепления, был введен специальный показатель – *гликемический индекс*.

По гликемическому индексу углеводы делятся на:

- «плохие» с высоким индексом > 55 ;
- «хорошие» – с низким индексом < 50 .

Плохие углеводы существенно увеличивают содержание глюкозы (сахара) в крови. К ним относятся перечисленные простые углеводы, а также жареный картофель, консервированная продукция, фаст-фуд, фруктовые соки, каши быстрого приготовления, сладкие напитки, продукты, обработанные промышленным способом – белый шлифованный рис, чипсы, попкорн, шоколад молочный и многое другое [216].

Хорошие углеводы слабо усваиваются организмом, поэтому не вызывают существенного повышения сахара в крови. Они содержатся в необработанных зерновых культурах (особенно неочищенный рис), в бобовых культурах, в большинстве фруктов и овощах, а также, в грибах, горьком шоколаде, семенах, орехах.

Расщепление *углеводов* является довольно быстрым процессом, во время которого высвобождается большое количество энергии как для физической, так и умственной деятельности. 1 г углеводов – 4 ккал [220].

Медленные углеводы более полезны для организма человека, чем быстрые, которые почти не откладываются в виде жира. Для людей, ведущих здоровый образ жизни, весьма полезен мед, содержащий легкоусвояемые углеводы. Имеющаяся в нем фруктоза служит хорошим питанием для мышцы сердца.

Идеальным источником легкоусвояемых углеводов по праву можно считать мед. Мед – это, по сути, сахар, уже расщепленный в медовом желудочке пчелы. Он состоит почти из равных частей глюкозы и фруктозы, поступает без всяких превращений непосредственно в кровь. Мед содержит также важные микроэлементы, органические кислоты, ферменты, вещества, повышающие жизнедеятельность организма (биостимуляторы), минеральные вещества, витамины. Мед рекомендуется употреблять после тренировок, лучше на ночь, чтобы уменьшить содержание сахара в дневном рационе. И еще важно помнить, что при избытке углеводы могут превращаться в организме в жиры. Поэтому людям, склонным к полноте, нельзя злоупотреблять мучными изделиями, сладостями и другими продуктами, содержащими легкоусвояемые углеводы [110, 134].

Среди опасных продуктов специалисты отмечают **сахар** – это высокоочищенный легкоусвояемый углевод, химический элемент, по-

лученный из растения. Рафинированный сахар – это чистое химическое вещество, полученное в результате многоступенчатой переработки сахарной свеклы или сахарного тростника [277].

Сахар не содержит ни витаминов, ни минералов, ни белков, ни жиров, ни каких-либо других полезных элементов, нужных нам в здоровом питании, у человеческого организма потребности в рафинированном сахаре никакой нет.

Дневная норма сахара не должна превышать 50–60 грамм сахара в составе блюд и продуктов в течение дня. Согласно последним данным, жители России превышает норму сахара примерно *в два раза*. В углеводном рационе студента сахар должен составлять лишь 10–20% от общего числа потребляемых углеводов, а остальные 80–90% должны приходиться на долю продуктов, богатых крахмалом, а также плодов и овощей [99].

О сахаре существует много статей, гипотез. Но задумывались вы о таких цифрах, предложенных в таблице 15.

Таблица 15. – Сравнительный анализ количества сахара в различных продуктах

Продукты	Количество кусков (1 кусочек сахара – 5 грамм)
6 штук морковок	1
Бургер	3,5
Мороженое	4
Йогурт (180 г)	5
Шоколадный батончик	11
Кола (0,5 л)	11

Большое исследование провел австралийский журналист, создав фильм «Сахар». Простым, доступным языком, он объясняет проведенный на своем организме эксперимент – употребление продуктов с сахаром, считающихся полезными, безвредными. Этот фильм мы рекомендуем к просмотру в дополнительной литературе [331]. При употреблении сахара извращается реакция инсулярного аппарата поджелудочной железы, вырабатывается и выделяется в кровь избыточное количество инсулина, вызывающее снижение уровня сахара; развивается гипогликемия. В результате появляется чувство голода. Избыток сахара в организме нарушает транспорт холестерина и некоторых жирных кислот, т.е. способствует возникновению и развитию атеросклероза кровеносных сосудов [121].

Специалисты отмечают, что сахар участвует в синтезе гормона счастья – серотонина. Но для этого его требуется очень мало и следует принимать сахар не в чистом виде, а в виде фруктов, злаковых, сухофруктов. Конечно, полностью исключать сахар из рациона не советуют врачи даже при самых строгих диетах. Полностью исключить его из своей жизни не получится, ведь он содержится практически в любых продуктах.

И все же следует заменить в своем рационе обычные сладости на натуральные продукты – мед, мармелад, зефир; отказаться от газировок и покупных соков; постараться минимизировать продукты, содержащие сахар.

По сравнению с белками и жирами, углеводы значительно быстрее расщепляются и при необходимости могут легко извлекаться из запасных «депо» печени и мышц. При излишнем поступлении углеводов в организм они начинают пополнять жировые «депо», что ведет к формированию увеличенной массы тела и может способствовать развитию ожирения. Гипергликемия (повышение содержания сахара в крови) и холестеринемия (увеличение уровня холестерина в крови) ведут к возникновению сахарного диабета, развитию атеросклероза и связанных с ним заболеваний сердечно-сосудистой системы. Возрастает частота кариееса, усиливается аллергический настрой организма [134].

При недостатке углеводов в рационе в качестве источника энергии начинают использоваться белки и жиры, что приводит к накоплению недоокисленных продуктов обмена. Уменьшение содержания сахара в крови вызывает расстройство деятельности центральной нервной системы, снижение работоспособности, слабость, головокружение. Значительный недостаток углеводов ведет к резким нарушениям метаболических процессов и усиленному расщеплению тканевых белков, используемых в качестве источника энергетического материала [134, 183].

Ведущую роль в регуляции моторной функции кишечника и желчевыводящих путей играют *растительные волокна (балластные вещества)* – это клетчатка (целлюлоза), пектины, кутин, воск и др., их дефицит ведет к замедлению кишечной перистальтики, является одной из причин кишечной непроходимости, полипоза, аппендицита, геморроя, рака нижних отделов кишечника, холецистита, является фактором риска в развитии атеросклероза, желчно-каменной болезни. Кроме того, участвуя в формировании каловых масс, растительные волокна способствуют адсорбированию и выведению из организма различных чужеродных веществ, содержащихся в пищевых продуктах

(токсины, соли тяжелых металлов, радионуклиды, канцерогены). Растительные волокна способны также сорбировать на своей поверхности и выводить из организма холестерин, что является мощным антиатеросклеротическим фактором. Особенно велика адсорбирующая способность у пектиновых веществ, образующих составную часть клеточного скелета и защитного вещества свежей питательной ткани овощей и фруктов. Пектиновые вещества в присутствии органических кислот и сахара образуют желе (студень), и это их свойство широко используется при приготовлении джема, мармелада, пастилы и пр. Наибольшие количества пектиновых веществ содержатся в яблоках, сливах, черной смородине и свекле. В то же время избыточное потребление пищевых волокон может приводить, особенно с непривычки, к брожению в толстой кишке, метеоризму, ухудшать усвояемость белков, жиров и минеральных веществ [99, 121, 134, 277].

Необходимо помнить, что умственная и физическая работоспособность человека может снижаться, если нет пополнения организма углеводами, может наступить так называемое гипогликемическое состояние, которое может привести к обмороку. Значительное количество углеводов в виде глюкозы используют ткани головного мозга. Составляя 2% веса тела, головной мозг потребляет 20% поступающих в организм углеводов (примерно 90 г в сутки). Поэтому он весьма чувствителен к недостатку сахара (глюкозы) в крови.

Витамины не имеют ни пластического, ни энергетического значения. Это биологически активные вещества, регулирующие обмен веществ и разносторонне влияющие на жизнедеятельность организма. Они помогают противостоять инфекциям, повышают сопротивляемость организма к различным токсическим влияниям. Витамины синтезируются в организме и проявляют свое биологическое действие в малых дозах при поступлении с пищей самостоятельно или в составе ферментов. Потребность организма в витаминах при соблюдении одного из основных принципов рационального питания – разнообразие пищи.

Витамины не относятся ни к углеводам, ни к белкам, ни к жирам; они состоят из других химических элементов и не обеспечивают организм энергией. Витамины не образуются в организме и должны поступать с пищей. Их основная функция – участие в обменных процессах [216].

Первые витамины были открыты в 1912 г. и именно тогда их стали обозначать буквами латинского алфавита (А, В, С, D) [38].

Все витамины по их химической структуре подразделяются на:

- водорастворимые – способные растворяться в воде;

- жирорастворимые – способные растворяться в жире;
- витаминоподобные соединения.

К **водорастворимым витаминам** относятся витамины группы В, С, фолиевую кислоту, биотин и пантотеновую кислоту. В организме водорастворимые витамины взаимодействуют с ферментами, называемыми **коферментами**. Они осуществляют реакции обмена веществ, принимают участие в энергетическом обмене.

К **жирорастворимым витаминам** относятся витамины А, D, E, K, которые поступают в организм с жирами.

Витминоподобные соединения – это пищевые вещества, которые по своим функциям относятся к биологически активным веществам [99, 216, 220].

Значение, суточная потребность и проблемы, возникающие при недостатке основных витаминов, представлены в таблице 16.

Таблица 16. – Суточная потребность основных витаминов и проблемы, возникающие при недостатке

Витамин	Суточная потребность	Физиологическое значение	Патологии, возникающие при недостатке
В ₁	1,5 мг	входит в состав важнейших ферментов углеводного и энергетического обмена, обеспечивающих организм энергией и пластическими веществами	нарушения со стороны нервной, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем
В ₂	1,8 мг	участвует в окислительно-восстановительных реакциях, способствует повышению восприимчивости цвета зрительным анализатором и темновой адаптации	нарушение состояния кожных покровов, слизистых оболочек, нарушение светового и сумеречного зрения
В ₆	2,0 мг	участвует в превращениях аминокислот, метаболизме триптофана, липидов и нуклеиновых кислот, участвует в поддержании иммунного ответа, процессах торможения и возбуждения в центральной нервной системе, способствует нормальному формированию эритроцитов	снижение аппетита, нарушение состояния кожных покровов, развитие анемии

Окончание таблицы 16.

В ₁₂	3,0 мкг	играет важную роль в метаболизме и превращениях аминокислот, участвует в кроветворении	развитие частичной или вторичной недостаточности фолатов, а также анемии, лейкопении, тромбоцитопении
А	900 мкг рет. экв.	играет важную роль в процессах роста и репродукции, дифференцировки эпителиальной и костной ткани, поддержания иммунитета и зрения	нарушение темновой адаптации («куриная слепота»), ороговение кожных покровов, снижается устойчивость к инфекциям
Е	15 мг ток. экв.	обладает антиоксидантными свойствами, универсальный стабилизатор клеточных мембран, необходим для функционирования половых желез, сердечной мышцы	гемолиз эритроцитов, неврологические нарушения
D	для взрослых – 10 мкг/сут., для лиц старше 60 лет – 15 мкг/сут	поддержание гомеостаза кальция и фосфора, осуществление процессов минерализации костной ткани	нарушение обмена кальция и фосфора в костях, усиление деминерализации костной ткани, увеличение риска остеопороза
К	120 мкг	участие в модификации ряда белков свертывающей системы крови и костной ткани	увеличение времени свертывания крови, пониженное содержание протромбина в крови

Если витаминов в пище мало или они вообще в ней отсутствуют, развиваются болезни (цинга, пеллагра, рахит, полиневрит (болезнь бери-бери), некоторые виды анемии (малокровие) и гемофилии (усиленное кровотечение) и др.). У человека, не получающего достаточного количества витаминов, развивается *гиповитаминоз*, симптомами которого являются: ухудшение самочувствия, быстрая утомляемость, падение работоспособности, снижение защитных сил организма. К *авитаминозу* может привести длительное и полное отсутствие каких-либо витаминов в пище, что сопровождается резким нарушением функций организма. Скрытые формы витаминной недостаточности не имеют каких-либо внешних проявлений, однако значительно снижают работоспособность, общий тонус организма, устойчивость к неблагоприятным факторам окружающей среды. При избыточном поступлении синтетических витаминов в организм развивается *гипервитами-*

ноз, для которого характерно состояние общего нервного возбуждения, покраснение кожи, слабость, бессонница. [38, 99, 110, 216, 277].

Причиной авитаминозов и гиповитаминозов может быть:

- длительное питание пищевыми рационами, полностью лишенными витаминов (войны, блокады, морские экспедиции);
- нарушение всасывания витаминов при некоторых заболеваниях пищеварительной системы;
- ограниченное и недостаточное поступление витаминов с пищей;
- нерациональное питание;
- весенний период;
- повышенная физиологическая потребность в витаминах – беременность, тяжелый физический труд и др. [99].

В списке литературы предложены источники, в которых представлено содержание основных витаминов в продуктах питания [238].

Минеральные вещества – неорганические соединения, на долю которых приходится около 5% массы тела. Минеральные вещества входят в состав всех тканей организма человека, ферментов и гормонов. Они участвуют в пластических процессах, формировании костей и тканей, образовании белковых структур, регулируют обмен веществ и жидкости в организме, поддерживают кислотно-щелочное равновесие. Минеральные вещества поступают в организм с пищей и водой, при этом распределение их неравномерно. Преимущественно минеральные вещества концентрируются в костях человека. Подобно витаминам они обязательно присутствуют и участвуют в процессах образования энергии, роста и восстановления организма. Необходимы для полноценного всасывания витаминов и других питательных веществ [38, 220, 277].

Минеральные вещества в организме играют многосторонние и важные *функции*:

- определяют структуру и функции многих ферментативных систем и процессов;
- обеспечивают нормальное течение определенных важных физиологических процессов;
- принимают участие в пластических процессах и построении тканей, особенно костной;
- поддерживают кислотно-щелочное равновесие;
- определяют солевой состав крови и структуру формирующих его элементов;
- нормализуют водно-солевой обмен [99].

Минеральные вещества в первую очередь служат структурными компонентами зубов, мышц, клеток крови и костей. Они необходимы для мышечного сокращения, свертывания крови, синтеза белков и проницаемости клеточной мембраны. Поскольку организм неспособен вырабатывать какие-либо минеральные вещества самостоятельно, он вынужден получать их с пищей. Многие минеральные соединения растворимы в воде и поэтому легко выводятся с мочой [38].

Здоровая пища должна содержать целый набор минеральных веществ, которые подразделяются на макро- и микроэлементы.

К числу макроэлементов относятся: кальций, фосфор, калий, натрий, магний, хлор, сера. К числу микроэлементов принадлежат: железо, марганец, медь, цинк, хром, фтор, йод, молибден, кобальт, никель, кремний, селен и др. [216, 296].

Главным источником минеральных веществ для организма являются фрукты и овощи. Особая их ценность заключается в том, что в составе цельных растительных продуктов или их соков эти вещества находятся в естественной взаимосвязи с биологическими структурами – именно эти комплексы лучше всего и усваиваются организмом. Обладая определенным химическим элементом или совокупностью элементов, пищевые продукты должны быть разнообразными для нормального функционирования организма. Чем меньшую обработку прошли продукты, тем больше полезных веществ в них сохранилось [99, 216].

Кальций необходим для построения и укрепления костей и зубов. Он участвует в процессах возбудимости нервной ткани, сократимости мышц и свертываемости крови, уменьшает проницаемость сосудов. Кальций также обладает противовоспалительным и противоаллергическим действием. На всасывание кальция в кишечнике влияет витамин Д: при его дефиците всасывание резко нарушается, и начинается использоваться кальций из костей. Усвоение кальция нарушается как при недостатке, так и при избытке белков в пищевом рационе. Им богаты молоко и молочные продукты (особенно сыры и йогурты), рыба (особенно лососевые консервы и сардины с костями), листовые овощи, пшеничная мука и изделия из нее, а также бобовые и различные орехи.

Фосфор принимает участие во всех процессах жизнедеятельности организма, но особое значение он имеет в обмене веществ и функциях нервной и мозговой ткани, мышц, печени, почек, в построении костей и зубов. В большом количестве он содержится в продуктах животного происхождения (молоко, творог, сыр, рыба, печень, мясо,

яйца) и в растительных продуктах (бобовые, картофель, хлеб из муки грубого помола, различные крупы).

Калий важен для деятельности нервной и сердечно-сосудистой систем. Он способствует передаче нервных импульсов, управляет мышечными сокращениями и поддерживает оптимальное кровяное давление. Калий необходим для нормальной работы мышц, в частности, сердечной мышцы. Главные его источники: картофель, капуста (в том числе и морская), тыква, горох, фасоль, кабачки, свежие фрукты, а также курага, изюм, чернослив, мука с отрубями, крупы и изделия из них, мясо, молоко, кофе, чай.

Натрий мы получаем в основном с пищевой солью. Натрий необходим для поддержания осмотического давления крови, от которого зависит количество жидкости, удерживаемое в крови и тканях; при недостатке натрия наблюдается обезвоживание организма, при избытке развивается отечность тканей.

Железо организм использует для нормального кроветворения и тканевого дыхания. Оно входит в состав гемоглобина эритроцитов, доставляющего кислород к органам и тканям, а также миоглобина. Недостаток железа в пище часто становится причиной анемии. Железо содержится в красном мясе (особенно печени и почках), фасоли, горохе и чечевице, яблоках, кураге и инжире, какао, хлебе и крупяных изделиях, орехах (особенно миндальных).

Магний нормализует возбудимость нервной системы и деятельность сердечной мышцы; оказывает антиспастическое и сосудорасширяющее действие, тем самым способствует снижению кровяного давления; стимулирует двигательную функцию кишечника, желчеотделение и способствует выведению холестерина из кишечника. Содержится в хлебе из муки грубого помола, пшеничных отрубях, рисе, овсяных хлопьях, курином яйце, фасоли, какао, бананах, шпинате, арахисе, миндале, семечках подсолнуха.

Йод необходим для нормальной работы щитовидной железы, что особенно важно в период роста и развития организма. Если в пище содержится недостаточное количество йода, то щитовидная железа увеличивается в объеме, возникает зоб. Больше всего йода содержится в морской рыбе. Есть районы и области, где в воде и пищевых продуктах практически не содержится йода – там его добавляют в поваренную соль для профилактики зоба. Нарушения работы щитовидной железы приводят к нарушению основного обмена, возникает либо его ускорение, либо замедление. Особенно сильно недостаток йода сказывается на умственной деятельности: ухудшается память, падают интеллектуальные способности, развивается повышенная утомляемость,

а также вялость, слабость, снижение аппетита. Наибольшее количество йода содержится в морских водорослях (морской капусте), морской рыбе, яйцах, мясе, молоке, в овощах (свекле, моркови, салате, кресс-салате, капусте, огурцах, картофеле) и фруктах (яблоках, сливе, винограде).

Фтор необходим для построения костей и эмали зубов. Организм получает его в основном из питьевой воды. Ученые обнаружили, что там, где вода содержит достаточно фтора, кариес зубов встречается гораздо реже. Кроме того, фтор содержится в продуктах питания: в рыбе, печени, орехах, овсяной крупе, в чае и фруктах.

Селен обладает выраженной антиоксидантной активностью, способен ослаблять негативное действие многих экологически вредных веществ, особенно тяжелых металлов: кадмия, ртути, свинца и др. Селен стимулирует иммунную систему, повышая выработку антител, проявляет противоопухолевое действие. Его содержание в организме снижается при питании рафинированными продуктами и сладостями. Селен содержится в говядине, свинине, морской рыбе, в зерновых и бобовых культурах, овощах и фруктах.

Цинк. Биологическая роль цинка определяется его необходимостью для нормального роста, развития и полового созревания, поддержания репродуктивной функции и адекватного иммунологического статуса, обеспечения нормального кроветворения, вкуса и обоняния, нормального течения процессов заживления. Основные пищевые источники цинка: мясо, птица, твердые сыры, зернобобовые, некоторые крупы. Много цинка в орехах и креветках.

В процессах кроветворения участие принимают медь, марганец, кобальт и ванадий, а в процессах костеобразования – марганец и стронций [38, 134, 216, 238, 294, 302].

Макроэлементы являются существенной составной частью пищевого рациона человека, особенно при выполнении интенсивных физических нагрузок. При сильном потоотделении происходят значительные сдвиги в минеральном обмене организма, нарушается кислотно-щелочное равновесие, что и определяет их повышенную потребность. В природе не существует каких-то определенных продуктов, которые могут полностью обеспечить организм микроэлементами. Чем разнообразнее рацион, тем богаче в нем набор необходимых минеральных веществ [216].

Человеческий организм очень сложная система. Некоторыми специалистами отмечается, что если вдруг сильно захотелось каких-то продуктов, то это организм дает сигнал о недостатке определенных микроэлементов или витаминов в организме. Вкусовые реакции орга-

низма на недостаток биологически активных веществ, необходимых для его жизнедеятельности, представлен в таблице 17.

Пример, если захотелось жареной пищи, значит, в организме не хватает кальция. В этом случае следует включить в свой рацион такие продукты, как сыр, кунжут, брокколи, кукурузу, творог, бобовые.

Также существует теория о том, что, если организм посылает нам сигналы о желании непременно отведать определенный продукт, это связано с эмоциями и внешними сигналами, вызывающими воспоминания.

Таблица 17. – Вкусовые реакции организма на недостаток биологически активных веществ, необходимых для его жизнедеятельности

Вкусовая реакция	Чего не хватает?	Где содержится
хочется сладкого	глюкозы	содержится во фруктах, ягодах, меде и сладких овощах
хочется соленого	хлоридов	содержится в некипяченом козьем молоке, рыбе, нерафинированной морской соли
хочется кислого	витамина С	содержится в шиповнике, лимонах, киви, клюкве, брюссельской капусте, смородине и клубнике
хочется копченостей	холестерина	содержится в красной рыбе, оливках, авокадо, орехах
хочется жирной пищи или газированных напитков	кальция	содержится в брокколи, стручковых, бобовых, сыре, кунжуте
хочется подгоревшей еды	углеводов	содержатся в свежих фруктах
хочется холодных напитков	марганца	содержится в грецких орехах, миндале, орехах пекан, голубике
хочется мясных продуктов	железа	содержится в тыквенных семечках, сухофруктах, орехах кешью, чечевице
хочется шоколада	магния	содержится в листовой зелени, сардинах, картофеле в мундире, семечках, орехах и брокколи
хочется хлеба	азота	содержится в говядине, рыбе, орехах и бобах
хочется кофе или чая	серы	содержится в клюкве, хрене, брокколи, белокочанной капусте, листовой капусте
хочется жидкой пищи	воды	пить 8–10 стаканов воды в день, с добавлением сока лимона или лайма
хочется твердой пищи	воды	организм настолько обезвожен, что уже потерял способность ощущать жажду. Пить 8–10 стаканов воды в день

Голод, конечно, также может сыграть свою роль в возникновении таких желаний, но, считается, что здесь присутствуют скорее психологические, чем физиологические причины. Нередко стремление съесть определенный продукт вызывается волнением, стрессом, скукой или одиночеством.

Пример, тягу к шоколаду часто пытаются объяснить недостатком магния, который есть в этом продукте. Но очень многие продукты питания, например шпинат, содержат больше магния, чем шоколад. Тем не менее, желание съесть шпинат возникает крайне редко или не возникает вообще.

Фитонциды представляют собой отдельную важную группу пищевых веществ. К ним относят вещества, уничтожающие или снижающие развитие и активность возбудителей заболеваний – вирусов, бактерий и низших грибков. Пищеварительные соки не снижают их специфических свойств, поэтому фитонциды оказывают свой благоприятный эффект на весь желудочно-кишечный тракт. Фитонциды в большом количестве содержатся в сырых растительных продуктах: цитрусовых, клюкве, калине, клубнике, яблоках (антоновке), луке, чесноке, моркови, хрене, красном перце, помидорах и др. [99].

Среди потребляемых человеком минеральных солей наиболее распространенной является поваренная соль, добавляемая в пищу. Она придает ей специфический вкус и возбуждает аппетит.

Многие от соли опрометчиво отказываются, а она выполняет роль проводника, сохраняющего в организме требуемый уровень жидкости, посредством регулирования водно-солевого обмена в организме.

Обычная норма потребления 5–15 г в сутки – это около 1 чайной ложки без горки. Морская соль содержит, кроме натрия и калия, еще 64 элемента, необходимых организму. Потребление соли в дозах, больших действительной потребности организма, может привести к нарушениям минерального обмена, к задержке жидкости в тканях, отекам, повышению артериального давления. Даже у здорового человека избыток соли вследствие задержки воды в организме ухудшает деятельность сердечно-сосудистой системы, почек, обмена веществ. При ее недостатке организм теряет способность удерживать воду в крови и тканях. Падение ее процентного содержания в крови снижает работоспособность [110, 134, 238, 294].

Специалисты рекомендуют ограничить продукты с содержанием большого количества соли (замороженные продукты, сухие завтраки, соки, колбаса, различные супы и лапша быстрого приготовления, покупные соусы, кетчупы).

Соль забивает вкусовые рецепторы на языке, и, как результат, человек перестает ощущать истинный вкус еды, поэтому специалисты предлагают иногда не просто снизить, а совсем убрать на время соль, чтоб прочувствовать настоящий натуральный вкус того или иного продукта. Зеленые салаты, продукты богатые калием считаются хорошим источником соли.

В литературных источниках представлены разработанные таблицы соответствия нехватки витаминов, микро-, макроэлементов и определенных продуктов питания [241].

Вода – важнейшая составляющая часть живого организма. Без нее нельзя удовлетворить физиологические, санитарно-гигиенические и хозяйственные потребности человека. Вода является главным компонентом всех биологических жидкостей организма, участвует в химических реакциях, которые осуществляются с поглощением или выделением [134, 216, 304].

Ее нельзя рассматривать как инертную жидкость, так как вода и продукты ее диссоциации являются важными факторами, определяющими структуру и функции всех тканей и органов, участвующими в осуществлении многообразных физиологических функций, удалении из организма конечных продуктов обмена, регуляции отдачи телом тепла путем испарения. Процесс обмена, связанный с производством энергии, генерирует в организме в день около 0,5 литров воды. Около 2 литров воды необходимы ежедневно для возмещения потерь, происходящих за счет дыхания, потоотделения, а также твердых и жидких выделений. При нормальном потреблении вся вода в нашем организме обновляется каждые 16 – 20 дней [38, 134, 277].

Специалистами доказано, что вода – один из наиболее важных компонентов организма, составляющий около 2/3 его массы, то есть тело человека на 70–75% состоит из воды (не считая жировых отложений). Содержание воды в различных тканях и органах неодинаково (табл. 18).

Таблица 18. – Содержание воды в различных тканях и органах тела человека по М.А. Мелихову

Ткань или орган	Вода, %	Ткань или орган	Вода, %
Серое вещество мозга	84	Мышцы	76
Белое вещество мозга	70	Кожа	72
Почки	82	Печень	70
Сердце	79	Кости	46
Легкие	79	Жировая ткань	25-30
Кровь	80-85		
Плазма крови	92		

Вода является главным компонентом всех биологических жидкостей, она служит растворителем для питательных веществ и шлаков. Велика роль воды в регуляции температуры тела и поддержании кислотно-щелочного равновесия; кроме того, вода участвует во всех протекающих в организме химических реакциях.

В настоящее время получены данные, свидетельствующие об энергетико-информационной роли воды. Выступая в качестве приемника и хранителя энергетической информации, посредством воды, содержащейся в организме, человек чувствует на себе влияние Космоса. Исследования показали, что вода, являясь основой существования всего живого, в том числе и человека, может менять свою структуру под влиянием слова, мысли, эмоции [9, 38, 266].

Обеспечение организма водой осуществляется за счет *экзогенных* и *эндогенных* источников. *Экзогенный* источник поступления воды – употребление воды и напитков (0,9–1 л в сутки), жидких блюд (0,65–0,7 л), пищевых продуктов (0,7 л). Вода всасывается во всех отделах пищеварительной системы, но в основном это происходит в кишечнике его слизистой оболочкой. Большое количество воды, поступившее извне, может депонироваться в коже и печени. *Эндогенный* путь образования воды происходит при окислении органических веществ и зависит от характера распадающихся субстратов. Например, при окислении 100 г жира образуется 107 мл воды, 100 г белка – 41 мл, 100 г углеводов – 55 мл. Образование эндогенной воды зависит от состояния организма, внешних условий и мышечной работы. Количество эндогенной воды увеличивается при охлаждении организма и во время мышечной работы [216].

Потребление эндогенной воды регулируется чувством жажды при усиленном выведении ее из организма или ограниченном поступлении с пищей, или при избыточном поступлении минеральных солей. Если без пищи человек может обходиться две недели и дольше, то без воды – всего 5–7 дней. Когда количество воды в организме уменьшается на 1% от веса тела, человек начинает испытывать жажду. Если потери воды достигают 10%, может возникнуть почечная недостаточность. Если организм человека теряет 20% содержащейся в нем воды, наступает смерть от обезвоживания. Ежедневно организм теряет 2–3 л воды с дыханием, потом, мочой и калом [38, 121, 216].

Важно вовремя восполнять недостаток воды. В противном случае есть шанс столкнуться с серьезными последствиями:

– замедлением текущих обменных процессов и уровня метаболизма, что может привести к ускоренному набору веса;

– отсутствием желания выполнять простейшие повседневные задачи и ухудшением настроения в целом;

– повышением аппетита (ложное ощущение голода), вследствие чего человек начинает употреблять максимальное количество пищи без разбора;

– ускоренным процессом старения, при котором клетки из-за недостатка воды начинают терять свои первоначальные свойства, приводя к образованию складок, морщин или пигментации [41].

Особое значение имеет правильный питьевой режим. Организм человека постоянно нуждается в чистой, структурированной воде, которая необходима для различных обменных процессов, однако ее нельзя употреблять чрезмерно много. Наиболее эффективный способ восполнения воды – дробное питье: пить надо немного, но часто (2–3 глотка через каждые 15–30 мин (йоговская система, система Ниши и др.)). Чтобы утолить чувство жажды, следует воду пить не за один прием, а через небольшие промежутки времени, делать маленькие глотки, задерживая ее во рту или прополаскивая рот водой, подкисленной лимонной кислотой [134, 216].

Вода поступает в организм как с пищей, так и с напитками. Но необходимо учитывать, что вода, содержащаяся во фруктах, овощах и готовых блюдах – супах, киселях, соках, в расчет не берется. Исходя из этого, человек весом 60 килограмм должен выпивать примерно около полутора до двух литров чистой воды каждый день. Количество потребления воды зависит от системы питания, веса тела, пола, возраста, температуры окружающей среды, характера активности, состава потребляемой пищи, двигательной нагрузки, климата, времени года и т.д., то есть от стиля жизни в целом.

Специалистами отмечается, что, когда температура тела повышается (жаркая погода, физические нагрузки), начинается потоотделение, и потери воды с потом должны как можно быстрее восполняться (желательно в тех же объемах). Возбуждаются мозговые клетки, контролирующие потоотделение, и потовые железы увлажняют кожу, благодаря чему происходит испарение, приводящее к снижению температуры тела. Подобный процесс увеличивает концентрацию солей в крови, что вызывает чувство жажды. [38, 134].

Водой богаты многие пищевые продукты, в особенности фрукты и овощи. Большое количество воды содержится в латуке и огурцах – 95%; в дыне, цветной капусте, шпинате, томатах, перце, арбузе, зелени – более 90%; во многих фруктах, таких как груша, апельсин, слива и ананас – более 80% [38, 277].

При утолении жажды важны не только количество жидкости, но и ее вкусовые характеристики. Лучше использовать подкисленные напитки. При высокой температуре окружающей среды полезен чай, который не только прекрасно утоляет жажду, но и оказывает тонизирующее действие на нервную и сердечно-сосудистую системы [121, 134].

Неблагоприятное воздействие на организм может оказать излишнее, беспорядочное и не качественное питье. Слишком большое количество воды также опасно для организма, как и обезвоживание. Избыточное употребление жидкости может способствовать повышению распада белков и вымыванию из организма нужных витаминов и микроэлементов. Употребление для питья и приготовления пищи недоброкачественной воды также может оказывать на организм отрицательное воздействие.

Третий принцип – режим приема пищи. Режим питания имеет большое значение для сохранения здоровья и поддержания высокой работоспособности. Он устанавливается в зависимости от характера трудовой деятельности, возраста, особенностей климата, бытовых условий, индивидуальных особенностей. Специалисты отмечают, что принимать еду рекомендуется не торопясь, умеренными порциями с равномерными временными промежуткам.

В основу режима питания положены четыре правила:

1. Постоянство приемов пищи по часам суток. Выработка постоянного стереотипа в режиме питания имеет большое значение для условно-рефлекторной подготовки организма к приему и перевариванию пищи.

2. Дробность питания в течение суток. Рекомендуется применять четырех-пятиразовое питание.

3. Максимальное соблюдение сбалансированности пищевых веществ при каждом приеме пищи. При каждом основном приеме пищи употреблять белки, жиры, углеводы, а также витамины и минеральные вещества в рациональном соотношении.

4. Правильное физиологическое распределение количества пищи по ее приемам в течение дня. Правильное распределение пищевого рациона по объему и калорийности в режиме дня.

Существует несколько точек зрения рационального режима питания (табл.19) [216].

Таблица 19. – Теории рационального режима питания

Теории	Завтрак	Обед	Ужин	Пояснение
«Теория утренней нагрузки»	50%	25%	25%	«Завтрак съешь сам, обед раздели с другом, ужин отдай врагу»
«Теория равномерной нагрузки» (3-4 разовое питание)	30%	40%	30%	создается равномерная нагрузка на пищеварительный тракт и происходит полноценная обработка пищи пищеварительными соками
«Теория вечерней нагрузки»	25%	25%	50% за 2-3 часа до сна	Максимальный ужин
«Четырехразовое питание»	20-25%	30-35%	25-40%	10-15% – полдник
«Пятиразовое питание»	10-15%	30%	25-40%	10-15% – второй завтрак 10-15% – полдник

Максимум образования желудочного сока и ферментов приходится на 7–9, 12–13 и 17–19 часов. Кроме того, максимальная активность (по данным китайской медицины) меридиана почек отмечается с 17 до 19 часов. Регулярность питания в течение суток способствует созданию равномерной нагрузки на пищеварительный аппарат, вырабатывает условный рефлекс на определенное время. В этом случае к моменту приема пищи органы пищеварения усиливают секрецию и обеспечивают наиболее полную обработку пищи высокоактивными пищеварительными соками, полное усвоение питательных веществ, учитывая ритм работы желудочно-кишечного тракта. Поэтому оптимальным является четырех-пятиразовое питание, при котором различают 3 основных приема пищи и 1–2 перекус [134]. Это традиционный тип питания, но существует более 20 альтернативных его разновидностей [316].

Все возрастающую роль в жизни современного человека играет общественное питание, что связано, прежде всего, с изменением технологий переработки продуктов питания, развитием коммуникаций, средств доставки продукции и сырья, интенсификацией многих производственных процессов, изменением потребительских возможностей и потребностей и т. д. [162].

Зачастую неадекватное пищевое поведение определяется неорганизованностью человека. В своем пищевом поведении он руководствуется, во-первых, видом, цветом и доступностью пищи; во-вторых,

ориентируется на время запрограммированного приема пищи и только в последнюю очередь – на присутствие чувства голода. Соблюдение режима питания позволит:

- обеспечить клетки и ткани организма необходимыми компонентами;
- сохранить или улучшить общее самочувствие, настроение;
- сохранить высокую работоспособность, рационально используя свои ресурсы, сильно не перетруждаясь.

Четвертый принцип – безопасность.

Пища должна быть безопасной в эпидемиологическом отношении, приготовлена с соблюдением санитарных норм и не содержать патогенных микроорганизмов и токсических веществ и безопасность продуктов питания – важный вопрос здравоохранения [96].

5 ключевых рекомендаций по профилактике пищевых инфекций:

1. Поддерживайте чистоту:

- мойте руки, перед тем как брать продукты и готовить пищу;
- мойте руки после посещения туалета;
- вымойте и продезинфицируйте все поверхности на кухонных принадлежностях, используемые для приготовления пищи;
- предохраняйте кухню и продукты от насекомых, грызунов и других животных.

Известно, что большинство микроорганизмов не вызывают никаких болезней, но все же многие из них, встречающиеся в почве, воде, организме животных и человека опасны. Они передаются через рукопожатия, хозяйственные тряпки и в особенности через разделочные доски. Простое прикосновение способно перенести их в продукты и вызвать заболевания пищевого происхождения.

2. Разделяйте сырое и приготовленное:

- отделяйте сырое мясо, птицу и морские продукты от других пищевых продуктов;
- для обработки сырых продуктов пользуйтесь отдельными кухонными приборами и принадлежностями, такими как ножи и разделочные доски;
- храните продукты в закрытой посуде для предотвращения контакта между сырыми и готовыми продуктами.

3. Хорошо прожаривайте или проваривайте продукты:

- доводите такие блюда, как супы и жаркое до кипения, чтобы быть уверенными в том, что они достигли 70° С;

– при готовке мяса или птицы их соки должны быть прозрачными, а не розовыми.

При тщательной пищевой обработке погибают практически все опасные микроорганизмы. Исследования показывают, что тепловая обработка продуктов при температуре 70° С может сделать их безопаснее для употребления. Пищевые продукты, на которые необходимо обращать особое внимание, это мясной фарш, мясные рулеты, большие куски мяса и цельные тушки птицы.

4. Храните продукты при безопасной температуре:

– не оставляйте приготовленную пищу при комнатной температуре более чем на 2 часа;

– охлаждайте без задержки все приготовленные и скоропортящиеся пищевые продукты (желательно ниже 5° С);

– держите приготовленные блюда горячими (выше 60° С) вплоть до сервировки;

– не храните еду долго, даже в холодильнике;

– не размораживайте продукты при комнатной температуре.

При комнатной температуре микроорганизмы размножаются очень быстро. При температуре ниже 5° С или выше 60° С процесс их размораживания замедляется или прекращается. Лишь некоторые опасные микробы все же могут размножаться при температуре ниже 5° С.

5. Выбирайте свежие и непорченые продукты:

– используйте чистую, безопасную воду или обеспечьте ее безопасность в результате обработки, очищайте ее;

– выбирайте продукты, подвергнутые в целях повышения их безопасности необходимой обработке (например, пастеризованное молоко);

– мойте фрукты и овощи, особенно когда они подаются в сыром виде;

– не употребляйте продукты с истекшим сроком годности.

Необработанные продукты, а также вода и лед могут содержать опасные микроорганизмы и химические вещества. В подпорченных или покрытых плесенью продуктах могут образовываться токсины. Тщательно обработанные и хорошо вымытые или очищенные продукты менее опасны для здоровья [267].

Специалисты отмечают, что одним из самых серьезных источников загрязнения именно на кухне является разделочная доска. В микротрещины и царапины доски, оставшиеся от ножа, забиваются частички пищи, создавая благоприятную среду для развития бактерий.

Поэтому рекомендуется для хлеба, мясных и рыбных продуктов иметь отдельные доски [267].

Только комплексные профилактические меры, включающие соблюдение всех правил и норм, позволяют обеспечить безопасность продуктов питания.

В годы студенчества необходимо задуматься над тем, чтобы начать (или продолжать) рационально питаться, именно это позволит избежать многих проблем со здоровьем. Помнить, что неправильное питание в период учебы в вузе может сказаться на состоянии всех органов, что даст о себе знать в будущем, а чрезмерное количество быстрых углеводов, несоблюдение режима дня и употребление некачественной пищи влияют на работоспособность и самочувствие уже в настоящее время.

Пища, которую мы потребляем, напрямую влияет на интеллект. Мозг человека состоит из множества нервных клеток (нейронов) и составляет всего 2–3 % от общего веса тела. Он ежедневно потребляет 20 процентов энергии, получаемой с пищей. Кора больших полушарий содержит около 18 миллиардов клеток. Связь между клетками мозга осуществляется с помощью синапсов (соединений). Обмен информации между нервными клетками непрерывно обеспечивается с помощью нейротрансмиттеров (химических передатчиков). Для мыслительной деятельности необходим большой объем информации, поступление которой зависит от работы синапсов, потребляющих энергию. Для того чтобы добиваться высоких результатов, мозг нуждается в большом количестве энергии, а это значит, что то, что мы едим, во многом определяет состояние нашего интеллекта. Те или иные продукты питания делают нас более восприимчивыми, менее стрессоустойчивыми или, наоборот, позволяют нам быстрее думать и лучше противостоять стрессу. Специалисты отмечают наиболее употребляемые продукты питания, обеспечивающие стрессоустойчивость, улучшение мыслительной деятельности: клубника, морковь, ананас, авокадо, перец, бананы, капуста, лимоны, черника, креветки, орехи, имбирь, тмин, рыбий жир [38].

Опрос, проведенный среди студентов 1 курса Сибирского федерального университета, показал, что только 5,2% студентов считают, что питаются рационально; 52,5% – питаются правильно иногда, от случая к случаю; 19,8% студентов отмечают, что систематически нарушают все основные принципы питания.

Наиболее доступный для студентов способ контроля, позволяющий судить о культуре их питания – это контроль массы тела. Проблема избыточного и сниженного веса как внешнего показателя здо-

ровья постоянно находится в центре их внимания. Как утверждают ученые, генетические программы (внутренний фактор) – это лишь «предложение», а их реализация зависит от внешних условий (фактор – культура воспитания). То есть генетические программы в процессе реализации могут изменяться под воздействием осуществляемого образа жизни, пищевого поведения. Поскольку становление пищеварительной системы и пищевого поведения осуществляется в конкретных условиях жизненного уклада, определяемого уровнем культуры, роль культуры питания следует считать приоритетной в процессе формирования веса тела индивидуума [38].

При приеме пищи все внимание следует уделять еде, не отвлекая внимание разговорами, чтением и т.п., так как это приводит к нарушению рефлекторных механизмов, осуществляющих пищеварение [110].

Такие отрицательные эмоции, как гнев, раздражение, злоба, обида и другие, а также наше состояние в виде плохого настроения могут передаваться на пищу, портят ее, делая невкусной и даже токсичной. Это доказано многочисленными экспериментами. Необходимо садиться за стол только в добром расположении духа с максимальной концентрацией внимания на прием пищи. Большую роль во время еды играет наличие аппетита (появляется до еды и во время еды может даже усиливаться) и желудочный сок, который богат ферментами и вырабатывается желудком человека (от него тоже зависит, насколько качественно и успешно пройдет процесс пищеварения) [317].

Различные отвлечения от еды могут снижать аппетит. Не рекомендуется принимать пищу при болях, недомоганиях, усталости, сразу до и после водных процедур, до и после интенсивной физической нагрузки, в стрессовых ситуациях.

Правила ежедневного приёма пищи просты, но нарушая их, студент может резко уменьшать вероятный положительный эффект от правильного соблюдения всех остальных компонентов здорового образа жизни.

При переходе к практическим шагам по нормализации привычек питания, надо запомнить 2 основных правила:

1. Отвыкать от плохих пищевых привычек и привыкать к хорошим надо постепенно.

2. Начиная осваивать новые привычки, надо опираться на здравый смысл, собственное самочувствие и базовые знания по физиологии нашего организма.

Рекомендации для оптимальной организации питания.

1. Наиболее целесообразно четырех-пятиразовое питание: 20–25% ценности суточного рациона должно приходиться на первый завтрак; 10–15% – на второй; 30–35% – на обед, полдник и остальное – на ужин. Питаться следует небольшими порциями, что поможет никогда не чувствовать голода и иметь быстрый метаболизм.

2. Необходимо питаться в одно и то же время.

3. Последний прием пищи должен быть за 2–3 часа до сна.

4. Питание должно быть разнообразным и каждый прием пищи должен состоять из белков, полезных жиров, углеводов и продуктов, богатых клетчаткой, что позволит организму получать все необходимые для поддержания активного образа жизни вещества.

5. Пить обычную чистую воду в достаточном количестве. Идеальным считается прием 40 мл воды на каждый килограмм человека в сутки.

6. Во время еды пить не рекомендуется, лучше делать это за полчаса до и спустя час после нее.

7. Белковая пища (мясо, птица, рыба, яйца, сыр) должна включаться в рацион не чаще одного раза в сутки. Для человека в возрасте до 25 лет норма белков несколько выше средней, а после 40–45 – ниже.

8. Привычку пропускать завтраки и есть много вечером необходимо искоренить.

9. В неделю желательно выдержать 1–3 вегетарианских дня с приемом большого количества зелени – свежих овощей и фруктов.

10. Ежедневно в один из приемов пищи следует включать сырые овощи и фрукты (салаты, сырые пюре, соки и т.д.).

11. Овощной рацион лучше строить на основе продуктов, традиционных для места проживания.

12. Жирная мясная пища обязательно должна сочетаться с салатом, особенно зеленым, что способствует ее более полному усвоению.

13. Сахар и соль целесообразно свести до минимума. Сахар можно заменить столовой ложкой меда или всевозможными сухофруктами (финики, изюм, курага и др.).

14. Быстрые углеводы желательно употреблять минимально и лучше съесть в первой половине дня.

15. Для оптимальной деятельности кишечника в обычный рацион следует включить продукты, содержащие большое количество пищевых волокон (отрубной хлеб, специальные сорта печенья, супы, салат, кефир с добавлением пшеничных отрубей и т.д.). Суточная норма пищевых волокон – 40–70 г.

16. Пища должна хорошо пережевываться, что облегчит работу пищеварительных органов, обеспечивая ее лучшее усвоение.

17. Необходимо помнить, что стакан сока, кофе, чай, конфета, шоколад, яблоко – все это является самостоятельным (дополнительным) приемом пищи.

18. Заканчивать еду необходимо тогда, когда чувствуете, что приходит насыщение (сигнал о наступлении сытости доходит до мозга). Пользуйтесь приемом 2/3, которые должны стать вашей нормой питания (мысленно отнимите от всего объема 1/3 порции и уберите ее).

19. Для удовлетворения жизненных потребностей необходимо знать калорийность тех продуктов, из которых складывается количество пищи.

20. При нарушении режима питания (если съели больше, чем обычно), сделайте следующий день разгрузочным, а далее питайтесь, как обычно.

21. Употребляйте, по возможности, простую пищу, и тяга к деликатесам, к употреблению которых нас толкает вовсе не голод, постепенно исчезнет.

22. Ешьте с хорошим настроением, в спокойной обстановке и с удовольствием! [134].

Питание для организма человека многозначно – ежедневно пища является источником энергии, пластических материалов, биологически активных веществ и структурной информации. Необходимо прислушиваться к своему организму, анализируя и планируя баланс своего питания, это поможет грамотно составлять ежедневное меню и придерживаться принципов рационального питания.

4.8. Преодоление вредных привычек

Вредные привычки – сложившиеся типы поведения, несовместимые со здоровым образом жизни. Это привычки, наносящие вред как физическому, психологическому, так и духовному здоровью человека.

Вредных привычек достаточно много, и являясь обладателем хотя бы нескольких из них, человек ежедневно и планомерно может разрушать свой организм. Вредные привычки появляются у нас под действием многочисленных факторов, зачастую, психоэмоциональных.

10 самых вредных привычек, которые наносят вред здоровью человека:

1. Диеты.
2. Чревоугодие (обжорство).
3. Компьютерная зависимость.
4. Использование ненормативной лексики.
5. Привычка грызть ногти.
6. Недосыпание.
7. Недостаток движения.
8. Курение.
9. Алкоголь.
10. Наркотики [319].

Идти к своей цели, полностью используя свои возможности, можно только тогда, когда вредные привычки не подчиняют себе человека. Избавиться от них очень трудно, но возможно. И если не получается справиться с ними самим, то необходимо обратиться к специалистам!

Здоровый образ жизни предполагает полное отсутствие саморазрушающего поведения человека (аутопатогения), к которым относят табакокурение, пьянство, токсикоманию и наркоманию. Отечественный ученый Ю.В. Попов поднимает вопрос о том, что саморазрушающее поведение – это в большей степени нарушение развития личности, приводящее, в конечном счете, к дисфункции личности и социальной дезадаптации различной степени, а не только нанесению физического ущерба организму [380].

Полученные Сычевой Н.В. результаты исследования подтвердили гипотезу о том, что саморазрушающее поведение является распространенным явлением среди студентов, разрушая их духовный мир (появляются склонность к агрессии и насилию, склонность к противоправному поведению и т.п.) [309].

К наиболее распространенным в обществе вредным привычкам относятся курение, употребление алкогольных напитков, употребление наркотических веществ.

Среди причин употребления психоактивных веществ молодыми людьми некоторые авторы выделяют следующие:

- формирование ценностей, отличных от общепринятых стандартов;
- желание вступить в группу «равных» или повысить свой статус в ней;
- поиск романтических, захватывающих и раскованных ощущений;

- отсутствие достаточной информации о вреде воздействия психоактивных веществ;
- преодоление стресса, сложных личных обстоятельств;
- жизненная неопределенность;
- отсутствие оформленных жизненных целевых установок;
- демонстрация независимости, автономности;
- удовлетворение любопытства и желания получить удовольствие [169].

Вредные привычки – реальная угроза здоровью, присутствующая в студенческой среде [220].

Отказ от табакокурения. В нашей стране значительную популярность, особенно среди молодежи, приобрело табакокурение. При этом, много людей в нашей стране, как и в остальных странах мира, умирают от болезней, так или иначе провоцируемых курением. Специалисты утверждают, что пристрастие к курению табака соответствует понятию «наркомания», так как табак относится к разряду алкалоидов, из которых состоят и наркотики. Курение в определенной мере обусловлено социальными причинами. В этом случае велико влияние окружения: родителей, братьев и сестер, друзей, рекламы, кино, телевидения [178].

Причины развития никотиновой зависимости у студенческой молодежи:

- пример родителей и ровесников;
- легкая доступность сигарет – торговля табаком и изделиями из него почти не имеют ограничения;
- неловкость при попытке отказаться от предлагаемой сигареты;
- ощущение, что окружающие одобряют курение;
- представление о положительном образе курящего;
- склонность к рискованным поступкам;
- напряженный и динамичный ритм современной жизни [39].

Курение как вредная и опасная привычка развивается по принципу условного рефлекса. Привыкание к табаку переходит в трудно-преодолимую зависимость и имеет тенденцию к повышению дозы.

Основными факторами развития пристрастия курению могут быть:

- психологические проблемы;
- элементарное любопытство;
- желание казаться смелым;
- бросить вызов;

- потребность в экспериментировании;
- желание снять стресс.

Потребность в табаке не является естественной физиологической потребностью человека, она возникает под влиянием определенных социальных условий жизни. Эту потребность нельзя признать необходимой, разумной или здоровой ни с точки зрения физиологии, ни с точки зрения человеческого разума. Последствия курения проявляются через много лет, поэтому связь с этой вредной привычкой не всегда является очевидной [39].

Свойства табака и табачного дыма в настоящее время хорошо изучены. При сгорании табака в табачном дыме, который вдыхает курящий человек, находится более 300 сильнодействующих, обладающих вредоносным действием на организм курильщика. Среди них: угарный газ (СО), деготь и различные смолы, этилен, изопрен, бензопирен, сероводород, аммиак, формальдегид, синильная кислота, радиоактивный полоний-210, ионы тяжелых металлов – свинца, висмута, ртути, кадмия, кобальта, сильнодействующие яды и наркотик – никотин [39, 105, 99, 220].

Не удивительно, что курение отрицательно влияет на здоровье человека.

Наука убедительно доказала, что курение ни при каких условиях и ни в каких дозах не приносит человеку пользы, а вред от курения огромен.

Д.Н. Давиденко, Ю.Н. Щедрин, В.А. Щеголев отмечают:

- При курении (даже сигарет с фильтром) в организм вместе с табачным дымом поступают многие ядовитые вещества, образующиеся при сгорании табака. Через легкие они попадают в кровь и вместе с кровью – в ткани всех внутренних органов и систем организма, где осуществляют свою разрушительную работу.

- Во время прикуривания и курения сигареты табачный дым попадает в глаза, они, защищаясь, начинают слезиться и прищуриваться.

- При постоянном курении, со временем теряется блеск в глазах и появляются преждевременные морщины.

- Горячий дым воздействует на эмаль зубов, на ней появляются микротрещины, в которые откладывается табачный деготь; зубы постепенно чернеют.

- При курении дым обжигает слизистые оболочки рта и носоглотки. Раздражаясь, они воспаляются, что может привести к развитию лейкоплакии – предвестника ракового заболевания.

- При курении может резко снизиться обоняние и осязание.

– Горячий дым, обжигая слизистую оболочку рта, приводит к сухости во рту – начинают усиленно работать слюнные железы, в желудке выделяются ферменты и соки для переваривания пищи, которая туда не поступает. Чем чаще человек курит, тем чаще он «обманывает» свой желудок, который через какое-то время непременно «отомстит» курильщику. Вместе с обильно выделяемой слюной курильщик глотает растворенные в ней сероводород, аммиак, канцерогенные вещества, которые, попадая на слизистую желудка, вызывают гастрит, язву желудка и двенадцатиперстной кишки и самое страшное – рак желудка.

– Из полости рта через голосовые связки горячий дым устремляется к слизистым оболочкам гортани, трахеи, бронхов. Аммиак, растворяясь во влаге слизистых оболочек, превращается в нашатырный спирт, который вызывает усиление бронхита у курильщика. Табачный деготь – наибольшая концентрация канцерогенных веществ (свинца и висмута, бензипирина и радиоактивного полония) – оседая и накапливаясь в легких, окрашивает их в грязно-коричневый цвет и значительно повышает риск заболевания раком легких.

– У человека, выкурившего подряд несколько сигарет, может развиваться кислородное голодание, вызывающее головную боль, головокружение, тошноту, бледность кожи. Это способствует тому, что у курильщика кровь обогащается не кислородом, а угарным газом, присоединившись с гемоглобином, образующим молекулу-пустышку, не способную нести клеткам организма кислород. Кровь, обогащенная никотином и обедненная кислородом, вызывает спазм сосудов головного мозга, что сопровождается головной болью, тяжестью в затылке и нарастающим утомлением. Хронический спазм и закупорка мелких сосудов конечностей может привести к онемению пальцев рук, хромоте, гангрене ног, к ампутации.

– При курении надпочечники интенсивно начинают выбрасывать в кровь адреналин – гормон, сильно суживающий кровеносные сосуды, в результате чего повышается кровяное давление, а далее – открытый путь к гипертонической болезни. Из-за суженных сосудов меньший объем крови проходит через сердце, поэтому оно вынуждено увеличивать число сокращений, а отсюда расплата стенокардией, атеросклерозом сосудов, ишемической болезнью сердца и даже инфарктом миокарда.

– Чем дольше человек курит, тем быстрее развивается истощение эндокринных желез, повышается риск возникновения диабета. Радиоактивные вещества, накапливаясь в легких, костном мозгу, лимфатических узлах и эндокринных железах, приводят к импотенции

у мужчин и бесплодию у женщин. Особенно опасно курение для беременной женщины. Никотин свободно проникает через плаценту в кровь плода, отравляет его и нарушает его развитие. Постоянное никотиновое отравление губит сердце, засоряет кровь, поражает печень, почки, половые гормоны, угнетает центральную нервную систему.

– В итоге курящие люди, как глиной, замазывают свои энергетические каналы, лишая себя связи с природой [39, 105, 110].

Безобидное на первый взгляд занятие – курение табака влечет за собой весьма тяжелые отдаленные последствия. Некурящие люди, организм которых не привык к никотину, болезненно реагируют на длительное пребывание в накуренных помещениях. Сигаретный дым наносит вред и тем людям, которые находятся рядом с курильщиком. Особенно большой вред воздух, насыщенный табачным дымом, наносит организму детей. И, конечно же, категорически запрещается курить в спортивных сооружениях.

Данная зависимость способствует возникновению тяжелых заболеваний ЦНС, сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, органов пищеварения, онкологических заболеваний [39, 99, 110, 220].

Исследованиями установлено, что при курении: 50% никотина уходит в окружающий воздух; 5% – остается в окурке; 20% – остается в организме курящего; 25% – разрушается при сгорании табака.

Вейп (курение электронных сигарет) – устройство, которое создает высокодисперсный аэрозоль (пар), предназначенный для вдыхания, который генерируется из специальной жидкости, испаряющейся при нагревании. К сожалению, в наш стремительно развивающийся век технического прогресса далеко не все новшества можно назвать полностью безопасными или полезными, в том числе и содержащиеся в электронных сигаретах («вейпах»). Утверждение, что электронные сигареты намного безопаснее, чем смола и сплавы химикатов в табачных сигаретах, ошибочно. Курение вейпа оказывает негативное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную систему, а также на показатели работоспособности и эти нежелательные последствия требуют либо отмены, либо ограничения курения [177].

По структуре вейп похож на ингалятор, только если пар в ингаляторе вырабатывается за счет повышенного уровня давления, то в электронной сигарете – путем испарения жидкости при работе нагревательного элемента. Главная опасность вейпов кроется в составе жидкости для их заправки, в которой содержатся:

– мощные канцерогены нитрозами и диэтиленгликоль – ученые доказали, что их содержание примерно в десять раз больше, чем в обычных сигаретах;

– формальдегид, ядовитое и высокотоксичное соединение, отравление которым может закончиться летальным исходом;

– ацетальдегид – это канцероген, который не только отравляет организм, но и формирует привыкание (зависимость) к курению, а также повышает риск развития болезни Альцгеймера.

Как заявляют медики, электронные сигареты могут бездоказательно позиционироваться производителями в качестве средства никотинзаместительной терапии, однако они фактически могут способствовать распространению никотиновой зависимости и увеличению потребления никотина [99].

Отказ курящего от сигарет означает разрыв зависимости, которая имеет физиологический и психологический компоненты. В случае физиологической зависимости попытки прекратить курение будут вызывать синдром отмены, проявления которого варьируют от нервозности до тяжелых головных болей и неспособности сконцентрировать внимание [39].

Специалисты отмечают, что любая привычка формируется в течение 21 дня и этого времени предостаточно, чтобы в мозге начали вырабатываться прочные нейронные связи для закрепления привычки. Если при большом желании бросить курить не удастся, то отчаиваться не надо. Чтобы бросить курить, необходимо выбрать метод, который увеличит ваши шансы на успех. Когда исчезнут многочисленные негативные последствия от курения – одышка, кашель, то организм научится жить без никотиновой поддержки, и начнется новая жизнь.

Тем, кто решил бросить курить самостоятельно, не прибегая к помощи врача, предлагаются рекомендации ученых Российского кардиологического научного центра:

1. Сначала решите, будете вы бросать курить сразу или постепенно.

2. Курильщикам с многолетним стажем и сильной потребностью в курении лучше отказаться сразу. Если вы решили бросать постепенно, наметьте промежуточные цели: например, каждый день выкуривать на 2 сигареты меньше.

3. Составьте список причин, побуждающих вас отказаться от опасной привычки. Периодически просматривайте его, дополняйте и изменяйте.

4. Наметьте дату, когда вы бросите курить. Приурочьте ее к празднику или другому знаменательному событию (например, насту-

пающий Новый год – замечательный повод начать новую жизнь без сигареты).

5. Регистрируйте время, когда у вас возникнет острое желание курить. Отмечайте моменты, когда удалось воздержаться от сигареты или когда желание курить пересилило волю. Проанализируйте ваши записи. Так вам удастся выделить «важную» сигарету дня и максимально сократить количество «незначительных» перекуров.

6. Не приобретайте сигареты про запас. Покупайте новую пачку только тогда, когда закончится начатая.

7. Утром как можно дольше оттягивайте время закуривания первой сигареты. При возникновении желания закурить не берите сигарету сразу. Подождите 2–3 минуты, постарайтесь отвлечься. Например, сделайте телефонный звонок, поговорите с коллегой, пройдите по коридору.

9. Не носите при себе сигареты. Возможно, роль просителя вам покажется унижительной, а срочная покупка состоится далеко не всегда. Сэкономленные деньги откладывайте и в конце недели покупайте что-нибудь приятное для себя или близких.

10. Уберите из поля зрения предметы, напоминающие о курении.

11. Выкуривайте только половину сигареты.

12. Старайтесь не курить, когда смотрите телевизор, читаете книгу, работаете за компьютером.

13. Найдите себе пример по преодолению вредной привычки.

14. Не объявляйте окружающим, что бросаете курить. На предложение закурить отвечайте, что в данный момент вам не хочется.

15. Даже самому себе не оговорите, что бросили курить раз и навсегда. Просто откажитесь от курения на один день, затем еще на один, потом еще... [110].

Курение табака формирует как психологическую, так и физическую зависимость, вызывая серьезные нарушения здоровья. Курение наносит организму человека непоправимый вред. Наиболее распространенные болезни заядлых курильщиков – ишемическая болезнь сердца, инсульты, бронхиты, эмфизема и рак легких.

Отказ от курения – действенное средство сохранения здоровья.

Отказ от алкоголя. Употребление алкогольных напитков также приводит к резким нарушениям в состоянии здоровья и к значительному снижению умственной и физической работоспособности.

Злоупотребление алкоголем считается одной из актуальных проблем уже с глубокой древности. Алкогольный образ жизни, как

антипод здорового образа жизни, является одним из важнейших факторов, ведущих к преждевременной смерти [39].

Различные спиртные напитки стали неотъемлемой частью молодежной культуры в ряде стран, включая Россию и Беларусь. Многие молодые люди сделали алкоголь частью своей жизни, искренне полагая, что только таким способом можно максимально расслабиться, поднять настроение и хорошо провести время, воспринимая его как средство избавления от усталости, негативных эмоций и депрессии [34]. Немногие люди понимают, что алкоголь – это как наркотик, который, проникая в организм, пагубно отражается на работе всех жизненно важных органов и систем. Алкогольная зависимость в молодом возрасте может развиваться очень быстро, именно поэтому необходимо осознавать всю серьезность положения и вовремя исключить систематическое потребление спиртного.

Алкоголь – этиловый спирт, являющийся отравляющим веществом для живых организмов. Проникая в ткани различных органов, он очень быстро расстраивает их работу. Мгновенно сгорая (окисляясь), он отнимает у клеток кислород и воду, необходимые для обеспечения процессов жизнедеятельности, чем разрушает клетки.

Алкоголизм – это хроническое заболевание, характеризующееся патологическим пристрастием к употреблению алкоголя, формированием абстинентного синдрома, психической, физической и социальной деградацией личности [216].

Алкоголь выделяется своей доступностью, легальностью и универсальностью. Любой алкогольный напиток включает в себя атарактическое действие (снятие напряжения), анксиолитическое действие (снижение уровня тревоги), активирующее и стимулирующее действие (повышение настроения и активности, придание бодрости, раскованности, смелости). При этом алкоголь обладает высоким аддиктивным потенциалом (способностью вызывать зависимость) и при длительном употреблении негативно воздействует на весь организм человека [99].

К алкоголю формируется два вида зависимости: психическая и физическая, преодоление которых требуют медицинской помощи.

1. Психическая зависимость – это эмоциональная потребность употреблять алкоголь для снятия психического напряжения, стресса. Длительное воздержание приводит к развитию невроза и депрессии.

2. Физическая зависимость – это потребность организма в регулярном потреблении алкоголя. Этиловый спирт встраивается в процессы обмена веществ и его отсутствие вызывает развитие биохими-

ческих нарушений, в тяжелых случаях представляющих опасность для жизни.

У людей, часто употребляющих спиртные напитки, наблюдаются заболевания печени, центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, пищеварительных органов, органов дыхания и других.

При этом происходит снижение сопротивляемости организма к простудным и инфекционным заболеваниям, ухудшается память и способность к логическому мышлению, угасает интеллект.

Таблица 20. – Характеристика состояния при различном приеме алкоголя и степени опьянения

Прием алкоголя	Степень опьянения	Характеристика состояния
однократный в умеренных дозах	<i>опьянение лёгкой-степени</i> (0,03–0,15 % алкоголя в крови)	стадия возбуждения – эмоциональная расторможенность, эйфория, прилив сил, говорливость, снижение самоконтроля, легкая дискоординация движений
в более высоких дозах	<i>опьянение средней степени</i> (0,15–0,3 % алкоголя в крови)	существенное нарушение самоконтроля, повышенная возбуждённость, рассеивается внимание, речь становится невнятной, значительно снижается болевая и температурная чувствительность, выраженное нарушение координации движений
большие дозы алкоголя	<i>тяжёлой степени опьянения</i> (0,3–0,5 % алкоголя в крови)	стадия торможения – человек совершенно не контролирует своё поведение, нарушена речь, нарушаются вегетативные функции (кожа краснеет, глаза блестят), утомление, раздражительность; как правило, человек засыпает, наутро наблюдается последствия интоксикации (головная боль, жажда), краткосрочная амнезия (человек не помнит, что было вчера).

Существует мнение, что алкоголь в умеренных дозах (не больше 30–50 мл в день 40° крепости, что эквивалентно 1 стакану сухого вина) снижает вероятность развития заболеваний сердца и сосудов, способствуя повышению содержания в крови «хорошего» холестерина, что способствует защите организма от атеросклероза. Рекомендовано потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные. В настоящее время считается безопасным потребление ≤ 2 стандартных доз алкогольных напитков в сутки для мужчин и ≤ 1 стандартной дозы в сутки для женщин. Под одной стандартной дозой подразумевается 13,7 г (18 мл) этанола, что приблизительно соответствует 330 мл пива

(содержащего ≈ 5 об. % этанола), или 150 мл вина (≈ 12 об. % этанола), или 45 мл крепких напитков (≈ 40 об. % этанола). Если такая доза может не навредить здоровью, то несколько банок пива или стаканов крепких алкогольных напитков в день, наоборот, отнимут не одни десяток лет жизни [99, 110].

Воздействуя на центры головного мозга, алкоголь вызывает развитие комплекса изменений в организме, зависящих от индивидуальной чувствительности и дозы алкоголя, а острое действие алкоголя проявляется в замедлении реакций на внешние раздражители, нарушении координации движений, потере сознания, временной амнезии, рвоте, повышенном риске несчастных случаев [99, 216]. Подробно характеристика состояния при приеме различного количества алкоголя и степени опьянения приведены в таблице 20.

Механизмы отрицательного влияния алкоголя на органы и системы организма описывают В.А. Бароненко, Л.А. Рапопорт.

Мозг является самым активным потребителем энергии. Отрицательное действие алкоголя на мозг связано с нарушением доступа кислорода к нейронам в результате алкогольной интоксикации. Алкогольное слабоумие, развивающееся в связи с длительным употреблением алкоголя, приводит к гибели мозговых клеток. Вредное воздействие алкоголя сказывается на всех системах человеческого организма (нервной, кровеносной, пищеварительной).

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре смертности населения. При влиянии алкоголя поражается сердечная мышца, что ведет к тяжелым заболеваниям и повышенной смертности. Злоупотребление алкоголем способствует развитию и прогрессированию гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, часто является непосредственной причиной инфарктов.

У больных, страдающих I стадией хронического алкоголизма, отмечается некоторая стимуляция функции **внешнего дыхания**: возрастает минутный объем дыхания, дыхание учащенное. По мере прогрессирования болезни дыхание ухудшается. Могут возникать различные заболевания: хронический бронхит, трахеобронхит, эмфизема легких, туберкулез. Часто алкоголь сочетают с табаком. Когда эти два яда действуют одновременно, то их вредное воздействие еще более возрастает. Табачный дым повреждает структуру альвеолярных макрофагов – клеток, защищающих легочную ткань от органической и минеральной пыли, обезвреживающих микробы и вирусы, уничтожающих погибшие клетки. Табак и алкоголь представляют серьезную угрозу для здоровья.

Желудочно-кишечная патология. Больные хроническим алкоголизмом часто жалуются на нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, так как слизистая желудка в первую очередь воспринимает на себе ядовитое воздействие алкоголя. При исследовании у них выявляются гастрит, язвенные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. С развитием алкоголизма нарушается функция слюнных желез. Развиваются и другие патологические отклонения.

Печень занимает особое положение среди органов пищеварительной системы. Это главная химическая лаборатория организма, которая выполняет антитоксическую функцию, участвует почти во всех видах обмена веществ: белковом, жировом, углеводном, водном. Под действием алкоголя функции печени нарушаются, что может привести к циррозу печени.

У большинства больных алкоголизмом нарушается выделительная функция **почек**. Происходят сбои в работе всей гипоталамо-гипофизно-надпочечниковой системы, следовательно, нарушается регуляция деятельности почек. Губительно действует алкоголь на нежный почечный эпителий, существенно нарушая деятельность почек.

При алкоголизме страдает не только **центральная, но и периферическая нервная система**. Проявления самые разнообразные: психические отклонения в виде галлюцинаций, онемения частей тела, судороги мышц, иногда резкая слабость в конечностях, как бы «ватные ноги». Нередко развивается паралич отдельных групп мышц, в основном нижних конечностей. При воздержании от алкоголя эти симптомы могут пройти.

Пагубно влияет алкоголь на **иммунную систему** человека, нарушает процессы кроветворения, снижает выработку лимфоцитов. Алкоголь способствует развитию аллергии.

Систематическое употребление алкоголя отрицательно действует и на **половую сферу**, вызывает различные нарушения в сексуальной жизни. Экспериментальные исследования показали, что алкоголь в первую очередь влияет на половые клетки, которые впоследствии несут патологическую информацию будущему плоду. Половые клетки, деформируясь, развиваются неправильно, и впоследствии их уже «не выправить» никакими фармакологическими средствами [39].

В целом заболеваемость у пьющих в 2–3 раза выше, чем у непьющих, а смертность от соматических заболеваний в 3–5 раз чаще. Вследствие действия всех причин вместе взятых, продолжительность жизни алкоголика сокращается в среднем на 12–18 лет. Алкогольный

образ жизни, как антипод ЗОЖ, ведет к преждевременной смерти [216].

При принятии алкоголя, количество которого превысило критический предел, развивается *острое алкогольное отравление*. Это патологическое состояние, сопровождающееся нарушением жизненно важных функций – дыхания, кровообращения, потерей сознания. При приеме большой дозы алкоголя без оказания медицинской помощи – детоксикации (промывание желудка, введение физиологического раствора) возможен смертельный исход [99].

Проведя исследование, К.А. Базарова, В.С. Златогорская отмечают, что основными причинами употребления алкоголя в студенческом возрасте являются праздники, поддержка компании, поднятие настроения, употребление в качестве средства от депрессии. При этом большинство студентов знают, что алкоголь наносит вред здоровью и формирует алкогольную зависимость [34].

Употребление спиртных напитков не только разрушает здоровье, но и отрицательно влияет на волевые качества человека, нередко приводит его к аморальным поступкам. Полный отказ от алкогольных напитков – залог хорошего здоровья, успешной учебы и будущей профессиональной деятельности [220].

Большинство пьющих или выпивающих молодых людей не относят себя к алкоголикам, полагая (и уверяя себя), что употребление спиртных напитков может прекратить в любой момент. Но длительное пристрастие к пьянству приводит к потере критического взгляда на вещи, у человека формируется мнение, что окружающие слишком требовательны к нему.

Для того чтобы избавиться от алкогольной зависимости, необходимо желание самого пациента. Профилактика алкогольной зависимости представляет собой стратегии, направленные либо на снижение влияния факторов риска заболевания алкоголизмом, либо на усиление действия факторов, которые понижают восприимчивость к этому заболеванию.

Задачи профилактики алкогольной зависимости:

- формирование в сознании людей негативного отношения к алкоголю;
- отучение молодежи от негативных поведенческих стереотипов в обществе;
- пропаганда здорового образа жизни, который исключает распитие спиртного;
- развенчивание мифов о безвредности алкоголя;

- выявление лиц из группы риска по отношению к алкоголизму и ведение активной профилактики пьянства среди них (дети родителей-алкоголиков, живущие в конфликтных семьях с низким уровнем дохода и др.);
- забота о моральном и материальном благополучии семей, а также физическом, интеллектуальном и психическом развитии подрастающего поколения;
- внедрение эффективных методов противодействия срывов и рецидивов у людей с уже поставленным диагнозом «алкоголизм» [99].

Алкоголь разрушает личность, семью, общество, и, чтобы это не произошло, необходим контроль за своим психическим здоровьем и эмоциями. Барьером к возникновению стремления выпить является работа над собой, формирование нравственных ценностей. Также требуется активная пропаганда здорового образа жизни. Для этого необходима продуманная и последовательная антиалкогольная политика государства, включающая разъяснительную работу среди молодежи и студентов по поводу опасности возникновения алкогольной зависимости.

Наркомания. Чрезвычайно вредной зависимостью является **наркомания** – резко выраженное болезненное влечение и привыкание человека к наркотическим веществам.

Существует еще понятие токсикомания – заболевание, обусловленное употреблением средств, вызывающих привыкание, но не отнесенных к списку наркотических. Все они являются психоактивными [216].

Пагубное потребление наркотиков может отрицательно сказываться на взаимоотношениях в семье и обществе, и также снижать достижения в учебе [169, 193].

Наркомания – это на сегодняшний день одна из самых главных проблем человечества. Достаточно самого непродолжительного времени приема небольших доз наркотического вещества, чтобы влечение к наркотику стало развиваться довольно быстро. Наркомания и токсикомания, как и алкоголизм, проявляются тремя основными признаками: психической и физической зависимостью от наркотических и токсических веществ, а также привыканием к ним [216].

Синдром зависимости определяется как комплекс физиологических и поведенческих явлений, при которых употребление психоактивных веществ начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для него [99].

В значительной степени поведение человека обуславливается макросоциальными и микросоциальными факторами. Макросоциальные факторы действуют на уровне общества в целом и включают в себя социально-экономические, политические, социокультурные особенности актуальной ситуации, сложившейся в стране. Микросоциальные факторы действуют на уровне социального окружения индивида: это специфика ближайшего окружения (или первичной группы), в которую входит индивид вторичной группы, т.е. тех учреждений, членом которых он является (для студентов это образовательное учреждение). Так как студенты могут одновременно входить в разные группы, характер социальных воздействий, которым подвергается каждый из них, будет различаться [291].

В малых дозах наркотики вызывают так называемую эйфорию – ложное ощущение веселья, благодушия, приятного успокоения. В больших количествах это состояние выраженного опьянения, галлюцинации, наркотический сон и даже острое отравление со смертельным исходом. Процесс привыкания к наркотикам создает такое равновесие в организме, при котором отсутствие привычного поступления наркотического вещества воспринимается организмом как специфический яд [220].

В нервной системе человека есть специальная группа гормонов – эндорфины («гормонами удовольствия»), их действие связано с положительными эмоциями. Воздействуя на рецепторы, наркотики – производные морфина – вызывают галлюцинации и дезориентацию в окружающей действительности, быстрое развитие привыкания, как физического, так и психического [99].

Для наркомании характерна потребность в увеличении количества принимаемого наркотического вещества, так как к прежним дозам организм привыкает, становится устойчивым, и они постепенно перестают вызывать желаемые ощущения. В отсутствие наркотика человек испытывает жесточайшие психические и физические муки.

У человека, употребляющего наркотики, нарастает эмоциональное опустошение, возникает раздражительность, апатия, расслабление воли, постепенно снижается интеллект; он утрачивает контроль над своей жизнью, становится совсем другим, меняется его мир.

Наркомания ведет к быстрому истощению психических и физических сил человека, при этом слабеет воля, утрачивается чувство долга, происходит постепенная деградация личности [105].

Чаще всего роковым шагом на пути к наркомании становится однократный прием наркотика из любопытства, желания испытать его воздействие, либо с целью подражания.

Сегодня жертвы наркомании есть во всех социальных слоях и возрастных группах, начиная с подростков.

Важно знать:

– Сначала от приема наркотических средств страдает мозг, ведь попавшее вещество воздействует на клетки серого вещества, а значит, человек перестает воспринимать реальность.

– Употребление наркотических веществ даже в небольших количествах и непродолжительное время оказывает разрушительное воздействие на органы и системы организма.

– Наблюдается возбуждение ЦНС, поднимается тонус организма, увеличивается выносливость и физическая сила, ускоряются все реакции организма. Принявший наркотик может выдержать экстремальные физические и эмоциональные нагрузки, не спать и не чувствовать усталости.

За искусственный «разгон» организма приходится расплачиваться. После прекращения действия наркотика наблюдается:

– на протяжении нескольких дней – состояние апатии, подавленности, сильной усталости и сонливости, так как организму требуется восстановить израсходованные силы;

– возникновение быстрой психической зависимости;

– физическое и нервное истощение;

– нарушение в работе сердца и печени, причем длительное употребление приводит к дистрофии внутренних органов;

– истощение психики, что ведет к тяжелейшим депрессиям, вплоть до самоубийства [99].

Среди студентов, потребляющих наркотики, доля имевших в родительской семье неудовлетворительные, напряженные отношения более чем в два раза выше, чем в целом в группе опрошенных и выше, чем у студентов, не имеющих никаких вредных привычек, отмечает в своей работе С.А. Корякин [169].

Н.Н. Маликова обнаружила определенную взаимосвязь наркоманизации молодежи с уровнем материального положения их семей: среди наркоманов в 1,5 раза больше выходцев из семей обеспеченных, то есть материальное благополучие, достаток не выступают гарантом безопасности в отношении этой социальной болезни [193].

В результате проведенного исследования А.Р. Сергеевым был сделан вывод – совмещение учебной деятельности студента с работой, характеризующейся преимущественно физическим видом труда, является значимым фактором риска потребления им наркотиков. Автор считает, что необходимой мерой профилактики употребления наркотиков является информирование студентов о возможностях трудо-

устройства по приобретаемой специальности на старших курсах обучения и содействие этому со стороны деканата и других учреждений, в которых студенты могут быть в будущем востребованы [291].

Поскольку наркоманы пользуются нестерильными шприцами, среди них распространены многие болезни, передаваемые через кровь – СПИД, гепатит и другие. От этих болезней они часто умирают раньше, чем произошло отравление организма наркотиком. Наркоман теряет инстинкт самосохранения и легко может замерзнуть, стать жертвой преступления, попасть в аварию, погибнуть от несчастного случая и многих других причин.

Рекомендации, помогающие избежать наркотической зависимости:

- чрезвычайно важно выработать собственную поведенческую установку на употребление наркотиков;
- знать, что хранение наркотиков преследуется по закону;
- учитывать, что наркомания – это болезнь, которая полностью меняет человеческую личность;
- ни под каким предлогом не пробовать наркотик;
- если же это все-таки произошло, то отказаться от следующей дозы, чтобы не вызывать привыкание;
- почувствовав, что попал в сети наркомании, сразу же обратиться за помощью к тем людям, кому ты доверяешь.

Снижать влияние вредных привычек следует поэтапно:

Этап 1 – Осознание негативного влияния отравляющих веществ, поступающих в организм, на свое здоровье. Здесь потребуются колоссальная сила воли и знание пагубности этой разрушительной привычки, помощь, поддержка друзей, родственников.

Этап 2 – Выведение токсичных веществ из организма, для чего следует прибегнуть к медицинской помощи (работа с психологом, психотерапевтом, наркологом).

Этап 3 – Восстановление утраченных функций органов и систем.

Мотивация играет главную роль в переходе на новый этап, возвращение к жизни без вредных опасных для здоровья веществ. Происходит обучение заново радоваться, испытывать приятные эмоции, ставить собственные цели и идти к ним.

Отказавшись от вредных привычек, вы сможете сэкономить время и деньги, хорошо выглядеть и хорошо себя чувствовать, прожить долгую жизнь, сделать счастливыми ваших близких.

4.9. Иммунитет и закаливание

Иммунитет – свойство организма, обеспечивающее его невосприимчивость к инфекционным болезням или ядам (в частности к токсинам) [304].

Иммунитет (лат. – *immunitas* – «освобождение от...») – это система биологических механизмов самозащиты организма, с помощью которых он распознает и уничтожает все чужеродное (генетически отличающееся от него), если оно проникает в организм или возникает в нем. С помощью этих механизмов поддерживается структурная и функциональная целостность организма на протяжении всей его жизни, т.е. сохраняется физическое здоровье людей и обеспечивается исцеление от многих заболеваний [99].

Иммунитет – невосприимчивость, сопротивляемость, способность организма защищать собственную целостность, биологическую и психологическую индивидуальность [216].

Первоначально иммунитет рассматривался как невосприимчивость к бактериальным инфекциям. Поэтому иммунология была, прежде всего, наукой о защите от микробной инфекции. В настоящее время понятие «иммунитет» имеет более широкий смысл и включает в себя реакцию иммунной системы на все виды антигенов.

Иммунитет бывает:

- приобретенным и врожденным;
- активным и пассивным;
- естественным и искусственным.

Иммунная система, отмечают к.м.н. А.Е. Богомолов, д.м.н. С.В. Зайков, – мощный защитник организма человека, его «внутренний врач», принцип ее действия можно упрощенно представить так: чужака нужно распознать, поймать, обезоружить и уничтожить с помощью различных механизмов [57].

Приобретенный иммунитет делится на:

- активный, который возникает после перенесенного заболевания (например, ветряной оспы) или вакцинации;
- пассивный, который образуется при введении сывороток, содержащих готовые антитела. Частным случаем пассивного иммунитета является материнский иммунитет, когда антитела передаются через молоко матери к новорожденному [99].

Иммунитет проявляется в нескольких формах. Естественный (врожденный, приобретенный) иммунитет возникает естественным путем, без сознательного вмешательства человека. Врожденный видовой иммунитет обуславливается передающимися по наследству свой-

ствами, присущими данному виду животных или человеку. Приобретенный искусственный иммунитет создается путем введения вакцин и сывороток [304].

Среди *нарушений здорового образа жизни*, которые влияют на состояние иммунной системы, выделяют следующие:

- частые стрессы, депрессии, негативизм;
- нерациональное питание;
- чрезмерные физические нагрузки или недостаток физической активности;
- вредные экологические факторы;
- табакокурение, употребление алкоголя и наркотических веществ;
- недостаток сна и отдыха;
- значительные нарушения режима дня;
- чрезмерное пребывание на солнце;
- воздействие шума, превышающего допустимый уровень;
- заболевания, передающиеся половым путем;
- вирусные инфекции, микробы, бактерии [57, 99].

Наш организм реагирует на проблемы функционирования иммунной системы *предупреждающими сигналами*, к которым ряд авторов [115, 374] относят: повышение температуры тела, частые инфекционные заболевания, боль в суставах, мышечную боль и слабость, увеличение лимфатических узлов, гнойничковые поражения кожи, повышенную утомляемость, нарушение памяти, сниженную способность к концентрации внимания, значительные колебания массы тела, депрессию, аллергические реакции.

Чтобы сделать иммунитет крепче, необходимо не только своевременно делать прививки, отказаться от вредных привычек, вовремя диагностировать и лечить болезни, но и переходить на здоровый образ жизни, включающий такой компонент, как закаливание. Закаливание повышает устойчивость организма к действию болезнетворных факторов. Специалистами отмечается, что закаленный человек реже болеет, а если все же заболевает, то болезнь обычно протекает в легкой форме.

Под **закаливанием** понимают приспособление организма к неблагоприятным условиям окружающей среды, таким как температура, влажность, давление.

Для того чтобы укрепить иммунитет, специалисты советуют применять закаливающие процедуры. По-другому можно сказать, что закаливание – это системная тренировка защитных сил организма путем дозированного воздействия на организм неблагоприятными фак-

торами окружающей среды. Закаливание оказывает определенное влияние и на темпы старения.

К процедурам закаливания относят: воздушные и солнечные ванны, обтирание, контрастный душ, обливание, моржевание.

Воздушные ванны, или *аэротерапия*, доступный в любое время года вид закаливания, воздействующий непосредственно на наше тело. Пребывание и движение на свежем воздухе в любую погоду может стать серьезной потребностью человека, а удовлетворение этого желания – составной частью его образа жизни.

Напрямую идет воздействие на кожу, которая помимо защитной и выделительной функции играет важную роль в процессе терморегуляции.

К воздушным ваннам относятся и ежедневные прогулки на свежем воздухе, в том числе и перед сном. Воздушные ванны – самая легкая форма закаливания. Они стимулируют обмен веществ, мобилизуют защитные силы, улучшают работу мозга, сердца и сосудов, снижают артериальное давление. Необходимо проветривать помещение 4–5 раз в день по 10–15 минут, а также проводить на воздухе 3–4 часа.

Солнечные ванны, или *гелиотерапия*.

Гелиотерапия – метод, предусматривающий использование с лечебной и профилактической целью лучистой энергии Солнца в виде солнечных ванн, при которых обнаженное тело подвергается прямому воздействию солнечных лучей.

Ультрафиолет помогает увеличить в организме синтез витамина D, участвующего в обмене веществ. Вырабатывается мелатонин, который защищает нашу кожу от вредного, чрезмерного воздействия ультрафиолета. Также оказывается бактерицидное воздействие [110, 216].

При этом важно знать меру. В противном случае возможны перегрев и солнечные ожоги, особенно опасно совмещать гелиотерапию со сном. Следует выбрать правильное время для загара: в условиях средних широт оптимальное время для солнечных ванн в июне – августе от 7.00 до 11.00, в мае и сентябре от 10.00 до 13.00. Также необходим временной интервал между приемом солнечной ванны и едой, не рекомендуется загорать натошак. Солнечные ванны повышают защитные силы организма, но злоупотреблять солнечными ваннами нельзя, ведь солнечные лучи еще и радиоактивны, а радиация может явиться причиной развития онкологических заболеваний.

Закаливание водой включает ряд процедур. Самая щадящая из них – обтирание. **Обтирание** выполняется при помощи массажной рукавицы или полотенца. Обтираться можно влажным полотенцем,

соленой водой, снегом и т. д. Обязательным условием является последующее растирание сухим полотенцем.

В результате одновременного термического и механического воздействия на организм активизируются кровоснабжение органов и теплообмен. Процедура оказывает тонизирующее и освежающее воздействие, а также улучшает обмен веществ. Регулярные обтирания закаляют организм, повышая его сопротивляемость простудным заболеваниям.

Обливание холодной водой – это процедура закаливания, при которой вся поверхность тела обливается водой с постепенным снижением температуры. Этот способ требует подготовки. После процедуры важно вытереться полотенцем насухо.

При обливании холодной водой совершенствуются и ускоряются процессы обмена веществ, ускоряется процесс сжигания калорий, улучшается регенерация клеток, нормализуется сон, стабилизируется работа отдельных органов и желез, укрепляется иммунитет, улучшается циркуляция крови, повышается максимальная сопротивляемость к различным инфекциям [39].

Купание – замечательное средство укрепления, закаливания организма, профилактики простудных заболеваний. После купания сосуды расширяются, пульс учащается, артериальное давление снижается, мышцы расслабляются. Альтернативой купанию могут стать травяные ванны, контрастные души.

Контрастный душ – чередование высоких и низких температур – замечательная тренировка иммунной системы. Специалисты рекомендуют на первых порах начинать с маленькой разницы температур. И еще одно важное правило – это регулярность. Выполняя процедуру несколько раз в неделю на протяжении месяца, можно увидеть заметный, положительный эффект, влияющий на здоровье. **Контрастный душ** улучшает состояние сосудов, способствует укреплению иммунитета, снижает заболеваемость ОРВИ, стабилизирует эмоциональный фон, ускоряет обмена веществ, очищает кожу, стимулирует волосяные фолликулы (волосы меньше выпадают и лучше растут).

Отличным закаливающим действием обладают **бани и сауны**. Баня – это мощнейший инструмент тренировки иммунитета, основанный на законах физиологии человеческого организма, в которых не последнюю роль играют его терморегуляторные способности. Банный жар открывает и прочищает все поры тела, удаляет грязь, чрезвычайно мягко снимает с верхнего слоя кожи отжившие, омертвевшие клетки (только за одни сутки у человека в среднем погибает двадцатая

часть клеток кожного покрова). Омертвевшие клетки, так называемый роговой слой, вытесняются новыми, растущими. Банная процедура помогает быстрее освободиться от отмирающих клеток, создавая благоприятные условия для рождения новых [39].

Хожжение босиком (барефутинг) – это одна из самых доступных методик улучшения здоровья и закаливания. Ортопеды и специалисты по лечебной физкультуре рекомендуют ходить без обуви, особенно при плоскостопии и его последствиях.

Не секрет, что на нашей стопе находятся активные точки, и при ходьбе босиком происходит мягкий массаж таких точек, что положительно влияет на работу всех органов и систем организма. *Особенно полезна ходьба* по мокрой траве, крупному песку, гладким камушкам, в воде.

Моржевание – это форма закаливания в виде купания в открытых водоемах зимой, которая будет полезна только при правильном применении.

Важно помнить, что перед использованием всех перечисленных нами процедур закаливания необходимо проконсультироваться со специалистами. Выберите для себя те процедуры, которые максимально для вас комфортны и приносят удовольствие. Если при этом вы испытываете стресс, то эффект от закаливания может быть обратным.

Приступая к закаливанию, необходимо придерживаться основных принципов, которые были выработаны в результате практического опыта и подкреплены медико-биологическими исследованиями. Наиболее важные из них – систематичность, постепенность и последовательность, учет индивидуальных особенностей, сочетание общих и местных процедур, активный двигательный режим, разнообразие средств и форм закаливающих процедур, самоконтроль при закаливании [110].

4.10. Психогигиена

Психогигиена – наука о сохранении и достижении психического здоровья, где разрабатываются и применяются мероприятия, направленные на сохранение, поддержание и укрепление психического здоровья людей [216].

Психогигиена занимается исследованием влияния внешней среды на психическое здоровье человека, выделяет вредоносные факторы

в природе и обществе, определяет и организует пути и способы преодоления неблагоприятных воздействий на психическую сферу.

Психогигиена разрабатывает средства и методы воспитания нравственной и психической культуры, снятия нервного напряжения и последствий отрицательного воздействия стресса, который возникает под влиянием сильных эмоциональных переживаний.

Основной *целью психогигиены* является сохранение психического здоровья, душевного равновесия. Она призвана помогать людям; обучать человека справляться с теми трудностями, которых ему не удалось избежать, изменяя отношение к ним и т.д.

Психогигиена тесно связана с психопрофилактикой, психокоррекцией и психотерапией, использующими приемы и методы, которые позволяют устранять отклонения в психической деятельности и способствуют гармонизации личности.

Условия для поддержания психического здоровья:

- наличия чувства защищенности;
- наличия смысла жизни;
- уважение и самоуважение;
- соответствие психических нагрузок уровню индивидуальной переносимости;
- возможность устранения эмоциональной напряженности.

К числу *отрицательных факторов*, вызывающих стресс у студентов, можно отнести проблемы в семье; общезжитии; обиду; тоску; непонимание; неустроенность в жизни; подавленный гнев; незаслуженное оскорбление; сильный страх; дефицит времени; резкие перемены в условиях жизни, к которым нельзя быстро приспособиться [326].

Все перечисленные отрицательные факторы во многом переплетаются с *факторами социальной среды, оказывающими влияние на психику человека:*

- неблагоприятной экологической обстановкой;
- высоким темпом жизни и урбанизацией;
- усложнением профессиональной деятельности;
- сильной загруженностью (перегруженность) работой;
- потерей или риском потери работы;
- большим расстоянием между работой и домом (транспортный стресс);
- недостаточным уровнем зарплаты и экономического стимулирования.

Юношеский возраст является важнейшим этапом в жизни любого человека – этапом самоопределения и выбора будущей профессии,

поступления и начала обучения в вузе, формирования самосознания и общественного сознания. Деятельность самосознания по переработке опыта, выработке собственных позиций и убеждений путей самоопределения и т.д. является показателем духовного богатства индивида [25]. Именно в этот период формируются жизненные навыки и черты личности, среди которых важнейшими являются:

- умение критически мыслить, самостоятельно решать проблемы;
- способность принимать ответственные решения;
- уверенность в себе;
- эффективное взаимодействие с окружающими;
- способность управлять своими эмоциями;
- способность избегать неоправданного риска;
- выбор друзей и построение позитивных отношений с людьми;
- осознание негативных влияний и давления со стороны других людей и способность сопротивляться им;
- укрепление связей с семьей.

Многие специалисты утверждают, что любому человеку необходимо задуматься над смыслом его жизни, предназначении, человек должен принять личностное решение в отношении своего мировоззрения [60]. Существует множество возможностей и резервов для долгой и здоровой жизни, и об этом человек должен позаботиться сам [105]. Немецкий философ Ницше утверждал: «Пока человек не почувствует, как в нем и через него действует нечто бесконечное и цельное, его жизнь лишена смысла» [51].

Психика – системное свойство высокоорганизованной материи (мозга), заключающееся в активном отражении субъектом объективного мира, в построении его духовной картины и саморегуляции на этой основе своего поведения и деятельности. У человека это система осознанных и неосознанных психических процессов и состояний, а высшая форма такого отражения – сознание [105].

Специалистами отмечается, что, с одной стороны, психические процессы влияют на работу внутренних органов и на течение патологических процессов в них, с другой стороны – болезненные процессы в различных органах влияют на психику, например, неудачно сказанное слово может привести к появлению у человека признаков предполагаемой (внушенной) болезни и наоборот, доброе слово или положительная эмоция могут вызвать положительный эффект [105, 51].

Рами Блект, специалист по альтернативной психологии, считает, как и многие специалисты [50, 51], что человек одновременно должен

развиваться физически, социально, интеллектуально и духовно (рис. 6).



Рисунок 6. – Уровни развития (по Р. Блекту)

Физический уровень состоит из следующих элементов: забота о теле, физические упражнения, правильное питание, вода, позвоночник, дыхание и многое другое.

Физический уровень отражает физическое и ментальное здоровье.

Социальный уровень. Все люди имеют социальный статус, профессию, а значит, все мы находимся в социуме, и вследствие этого необходимо уметь выстраивать всевозможные контакты и человеческие отношения, уходить от конфликтов, идти на компромиссы, учиться договариваться.

Интеллектуальный уровень отражает мудрость и разум человека. Ему следует научиться определять цели жизни, краткосрочные и долгосрочные, и их целенаправленно достигать, уметь концентрироваться, добиваться спокойствия ума и контроля всех чувств.

Правильно определенная цель позволит воплощать свои мечты в реальность, грамотно распределив силы и время и мотивировав себя на достижение результата [51].

Когда вы ставите перед собой четкую цель, тогда ваши действия будут подчинены конкретной идее, становясь максимально эффективными [26, 159, 180].

Духовный уровень. Считается, что духовный мир человека является своеобразным зеркалом, в котором отражается интеллектуальная жизнь всего общества. К этому уровню относятся: внутренняя напол-

ненность, духовно-нравственные ценности, знания о Душе, отношения с Богом, что составляет, в принципе, свое понимание мира [51].

Человек в процессе жизнедеятельности испытывает постоянные воздействия различных раздражителей как физического, так и психологического характера, изменяющихся условий внешней среды и стремится приспособливаться к этим условиям. Приспособление к новым условиям жизнедеятельности называют *процессом адаптации* [99].

Человек может вести здоровый образ жизни, не иметь вредных привычек, но если его организм постоянно находится в состоянии стресса, то все это будет малоэффективным [200].

Необходимо учиться владеть эмоциями.

Стрессоустойчивость – это нейтральное реагирование на внешние негативные психологические факторы [39, 51, 105].

Повышение стрессоустойчивости делает организм защищенным от внешних отрицательных факторов, способствует выполнению поставленных задач в стрессовых условиях, позволяет оставаться уверенным в себе, уравновешенным человеком, выдерживать психологическое давление окружающих людей, не отзываясь на критику, оскорбления и провокации [99].

Один из доступных способов регулирования психического состояния – психическая саморегуляция посредством аутогенной тренировки.

Аутогенная тренировка – психотерапевтический метод воздействия, основанный на самовнушении и саморегуляции, при котором человек путем длительных и сложных упражнений обучается релаксации [110].

Релаксация – процесс снятия нервно-психического напряжения, обусловленного интенсивной психической или физической нагрузкой. Посредством релаксации достигается состояние покоя, расслабленности, снижения тонуса скелетной мускулатуры.

В основе аутотренинга лежат упражнения в произвольном, волевом длительном и глубоком расслаблении мышц. Мышечная деятельность связана с эмоциональной сферой. Внутреннее состояние человека, который чем-то огорчен, расстроен, взволнован, выражается в том, что его мышцы напряжены [220].

Все приемы аутогенной тренировки условно делят на две группы:

– способствующие мышечному расслаблению (релаксации) и успокоению нервной системы;

– вызывающие яркие образные представления, которые воздействуют на психическое состояние.

В основе аутотренинга лежат упражнения в произвольном, волевом, длительном и глубоком расслаблении мышц, система образования и закрепления полезных условных рефлексов, упражнения в целенаправленном воспроизведении следов эмоционально окрашенных ситуаций. Внешним показателем положительных эмоций, состояния общего покоя, уравновешенности, удовлетворенности является расслабление мышц.

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.

Разновидностью аутотренинга является психогигиеническая гимнастика. Это система упражнений, используемых с психогигиеническими целями, небольшого объема. Этот аутотренинг используется и в целях профессионально-прикладной подготовки, особенно в тех видах профессиональной деятельности, которая осуществляется в особо сложных и напряженных по нервно-психическим усилиям процессах.

Развить самоконтроль поможет искусство медитации, в процессе которой легко поменять свое отношение к некоторым проблемам (если невозможно изменить обстоятельства, измените свое отношение к ним).

Развитию стрессоустойчивости способствуют поездки, пешие прогулки, занятия спортом, йога, дыхательные техники и медитация, массаж. При этом следует заняться самоорганизацией и упорядочением дел (срочные и неотложные дела выполняются первоначально, второстепенные отложить на время). Помогут занятия творческой деятельностью, любые иные полезные занятия (танцы, чтение литературы и т.п.), активный отдых в сочетании с пассивным. Также необходимо научиться «отпускать» ненужные эмоции, освободиться от них [99].

Умение избежать нежелательной ситуации в общении, своеобразная ее «нейтрализация» путем оценки с точки зрения разумного и хладнокровного человека помогают сохранить самообладание. Разрядкой отрицательных эмоций могут быть спокойная музыка, общение с природой, домашними питомцами и т.д. Избежать неприятностей поможет разумное увлечение спортом, играми. Выдержка, уме-

ние «притормозить» свои желания обогащают сферу чувств, делают эмоциональную жизнь более яркой. Для управления внутренним «я» необходимо осознавать свои возможности. Для усвоения рекомендуются следующие практические навыки:

- преобразование энергии отрицательных эмоций;
- снятие нервно-эмоционального напряжения;
- воплощение мысли в действие;
- концентрация внимания;
- улучшение способности выражать свои мысли;
- преодоление трудности взаимопонимания [105].

Упражнения для отработки настроения на позитивное мышление

1. Удалите из своего обихода слова с негативным смыслом. Старайтесь не употреблять слова с приставкой «не».

2. Постарайтесь найти и перечислить не менее пяти позитивных моментов в волнующем вас событии, пусть даже самом печальном.

3. Заключить мир с прошлым. Сконцентрируйтесь на сегодняшнем дне, осознанно живите здесь и сейчас, постарайтесь отпустить прошлое, простить себя за ошибки, окружающих – за доставленные обиды.

4. Управляйте своими мыслями, ведь постоянные негативные мысли способны очень утомлять, а значит повлиять на ваше самочувствие.

5. Запомните, что выражение «Все познается в сравнении» дает толчок к пониманию того, что у любого негативного варианта развития событий возможен еще худший сценарий [363].

Ю.Е. Дворяшин считает, что для формирования психологической защиты человека необходимо следующее:

I. Система поддержки (групповая, товарищеская, семейная) подразумевает создание определенных групп людей, работоспособность которых определяется совместимостью ее членов.

II. Самоконтроль, подразумевающий умение владеть собой вне зависимости от обстоятельств.

III. Элемент формирования психологической защиты человека – психотерапевтическая помощь, подразделяющаяся на диагностику (ведение беседы, тестирование, уровень умения владеть собой) и профилактику (приобретение навыков владеть собой) [105].

Старая мудрость гласит: «Господи, дай мне силы смириться с тем, чего я не могу изменить, дай мне мужество, чтобы бороться с тем, что я должен изменить, и дай мне мудрость, чтобы суметь отли-

чить одно от другого». В этом высказывании – ядро психологической защиты человека, считают многие специалисты [51, 105].

На протяжении многих лет, многие психологи и психотерапевты рекомендуют применять в своей жизни советы Ганса Селье:

- стремясь к хорошим отношениям с окружающими, все же не заводите дружбы с «трудными», несдержанными людьми;
- в каждом виде достижений есть своя вершина, стремитесь к ней и довольствуйтесь этим;
- цените радость подлинной простоты жизненного уклада;
- напыщенная искусственность вызывает неприязнь у окружающих;
- с какой бы жизненной ситуацией ни столкнулись, подумайте, стоит ли сражаться;
- постоянно сосредоточивайте внимание на светлых сторонах жизни и на действиях, которые могут улучшить ваше состояние;
- лучший способ уменьшить стресс – это отвлечься;
- даже после сокрушительного поражения бороться с угнетающими мыслями лучше всего с помощью воспоминаний о былых успехах, такое припоминание – действенное средство восстановления веры в себя;
- расцениваете возможные неудачи как очередные возможности научиться чему-то новому;
- если Вам предстоит удручающе неприятное дело, не откладывайте его;
- не забывайте, что нет готового рецепта успеха, пригодного для всех – мы все разные и наши проблемы тоже [105, 289].

4.11. Информационное воздействие

В современном мире очень быстрыми темпами происходит качественное изменение информационной среды, которая окружает человека. Последними изменениями является, например, перевод многих видов деятельности в дистанционный формат. Мы связаны между собой информационно-коммуникативными потоками, не зависящих от расстояния, и жизнедеятельность людей становится все более и более зависимой от современных цифровых технологий [120].

Средства информационно-психологического воздействия:

- устное воздействие, в том числе посредством акустических средств усиления голоса и шумовых эффектов;
- воздействие, связанное с применением печатной продукции;

- воздействие с использованием телевидения и радиосвязи;
- воздействие, основанное на применении компьютерных технологий и Интернета.

Влияние цифровых технологий на повседневную жизнь студентов неоспоримо: сегодня они могут слушать лекцию не в аудитории, как обычно, а дистанционно открылся доступ ко многим учебным материалам и исследованиям, позволивший осуществлять самостоятельный поиск информации в Интернете.

Цифровые технологии помогают в решении многих социальных проблем: борьбы с уличной преступностью и терроризмом, отслеживании коррупционных схем и махинаций [338].

Появилось много профессий, связанных с цифровыми технологиями: сетевой юрист, консультант по безопасности личного профиля, модератор платформы общения с госорганами, виртуальный адвокат, социальный работник по адаптации людей с ограниченными возможностями через интернет, персональный бренд-менеджер, инфостилист, цифровой лингвист, модератор сообществ пользователей, координатор образовательной онлайн-платформы и многие другие [259].

Развитие интернета способствует тому, что информационная функция права выходит на первый план, становясь более доступным для различных слоев населения, повышая тем самым уровень демократичности и гласности правотворческой деятельности [243].

Плюсы использования гаджетов:

- быстрый и легкий доступ к нужной информации;
- экономия времени;
- возможность развиваться и совершенствоваться;
- возможность зафиксировать определенный момент;
- быстрая коммуникация.

Многие специалисты задумываются, а так ли полезны гаджеты и чем они грозят молодым людям, зачастую с несформированной психикой.

Минусы использования гаджетов:

- уход от реальности;
- влияние на развитие коммуникативных навыков и социальное взаимодействие;
- снижение творческой активности, уровня логического мышления и отсутствия продуктивной деятельности;
- жизнь в виртуальном мире;
- деградация личности;
- гонка за новинками;
- зависимость в различных формах [125].

Специалистами уже даны определения «цифровая зависимость» и «гаджет-зависимость». Исследователи отмечают, что ежегодно в подобного рода зависимость попадают более 10 000 000 человек.

Ученые пришли к выводу, что увлечение гаджетами ведет к ухудшению умственных способностей человека. Обнаружена прямая зависимость между временем, которое люди уделяют своим смартфонам, планшетам и компьютерам, и ухудшением функционирования мозга [42].

Отмечается факт, что если человек берет в руки телефон, то в среднем он остается с ним 40–42 минуты. Эта же статистика прослеживается при просмотре видео «тик-тока» [29].

Мы предлагаем протестировать себя, подтвердив или опровергнув предложенные утверждения.

1. Телефон – это главное устройство в моей жизни. Я не представляю свою жизнь без него.

2. Я провожу со своим смартфоном много времени. Гораздо больше, чем уделяю другим занятиям.

3. Я конфликтую с близкими из-за того, что много времени уделяю своему гаджету.

4. С каждым днем я все больше времени провожу с телефоном в руках. При этом неважно, как его использую (игры, общение, чтение).

5. Мой телефон способен поднять мне настроение, когда он рядом, мне спокойнее.

6. Если я не могу пользоваться смартфоном, то начинаю нервничать.

7. Мне постоянно хочется использовать смартфон, при каждом удобном случае я беру его в руки.

8. У меня не получается сократить время использования смартфона, постоянно появляется повод вновь взять его в руки.

9. Иногда я врал окружающим людям по поводу того, сколько времени провел за своим телефоном.

10. Я часто откладываю важные дела, чтобы заняться чем-то не очень полезным в смартфоне.

Если вы отметили у себя **5 и более пунктов**, есть повод задуматься **о гаджет-зависимости и начать профилактику** (например, ограничить для себя время использования смартфона, планшета и компьютера).

Основные причины зависимости от гаджетов:

- возникает страх пропустить нечто важное или быть «отрезанным от информации»;
- желание быть популярным;

- тяга к неизвестному, новому;
- постоянная тревога, если не приходят оповещения, письма;
- постоянная тревога при отсутствии комментариев или лайков к выложенной в социальной сети записи или фотографии [125].

Признаки, по которым можно определить, что вы становитесь зависимыми от гаджета:

- растерянность, тревога; ощущение беспомощности, злость и масса других негативных переживаний;
- появление ничем необоснованных вспышек агрессии;
- постоянное использование смартфона или гаджета;
- частое обновление приложений, функционала для мобильных устройств;
- приобретение лишних гаджетов.

Регулярно отвлекаясь на звонки, сообщения, новости, интересные посты и забавные картинки в соцсетях, мы постоянно переключаем свое внимание с одного на другое, становимся рассеянными и невнимательными к своей работе и к окружающим [90].

«Потребление информации» не равно «усвоению информации», «включению» ее в содержательный объем памяти после обработки. Получение информации из гаджетов происходит по принципу «в одно ухо влетело – в другое вылетело».

С рождения происходит формирование базовых нейронных сетей под воздействием окружающей внешней среды. Они с детства формируются, в основном, под воздействием принуждения родителей чем-то заниматься (учить уроки, читать книги, выполнять определенную работу бытового характера), чтоб мозг получал, обрабатывал различную информацию. [29].

Гаджет держит ваше внимание за счет хорошо сделанного контента. Если нет интересно выстроенного материала, скучно преподносится лекция или фильм, то внимание рассеивается, теряется его концентрация, интеллектуальная деятельность замедляется и в дальнейшем прекращается.

Последствия бесконтрольного использования гаджетов проявляются в снижении физической и умственной продуктивности, повышении уровня тревожности и нервозности, появлениях социофобии и страха перед людьми, бессоннице и постоянных стрессах.

Установлено, что уровень стресса при чтении бумажной книги, в отличие от чтения ее в планшете или телефоне, в 6 минут снижается на 68% [29].

4.12. Рациональное планирование семьи

Семья – это выработавшаяся за многие века форма сожительства людей мужского и женского пола в интересах создания нормальных условий для их повседневной жизнедеятельности, сохранения здоровья, рождения и воспитания детей; союз мужчины и женщины, объединенных чувством любви, дружбы, взаимного уважения, ведущих при этом общее хозяйство и оказывающих друг другу моральную и материальную поддержку [99]. Семья – важнейшая среда для формирования личности и главнейший институт воспитания, который может выступать в качестве как положительного, так и отрицательного фактора.

В настоящее время взгляды на проблемы семьи и брака претерпевают существенные изменения. Современная семья существенно отличается от семьи прошлых времен не только экономической функцией, но и коренным изменением своих эмоционально-психологических функций. Она все больше сосредотачивается на своей внутренней жизни, возрастает роль супружеских отношений в обеспечении ее стабильности. Ослабление контроля со стороны общественного мнения, а также экономических, правовых и религиозных уз, скреплявших семьи предыдущего поколения, в значительной степени изменило отношение к принципам морали и нравственности, а подготовка молодежи к семейной жизни, формирование адекватных представлений о семье является серьезной проблемой для современного общества [341].

В настоящее время желание молодых людей больше времени уделять карьере, без которой немислимо стабильное положение в современном обществе, поменяло систему ценностей, мировоззрения, в том числе и к такому важному шагу, как планированию семьи.

Одним из острых вопросов современности является отношение молодежи к формированию собственной семьи. Рост числа разводов, особенно в первые годы супружеской жизни, значительно вырос, что свидетельствует о необходимости и актуальности поисков путей стабилизации семьи, в частности изучению основных подходов к ее созданию, формированию у молодежи адекватного образа будущего брачного партнера.

Большинство экспертов сходятся во мнении, что главная проблема – это подготовка молодежи к семейной жизни, формирование адекватного понимания семьи и брака в условиях существующей серьезной ситуации в области демографии, которая является национальной проблемой. Молодые люди должны знать основные функции се-

мы, понимать важность психологической готовности к вступлению в брак, уметь выбрать достойного спутника в жизни и строить долговременные отношения.

По последним данным, неуклонно растет не только статистика разводов, но и процент людей, которые никогда не вступали в брак, а также увеличивается число молодых людей, нежелающих оформлять официальные отношения [341].

В.Т. Лисовский и другие ученые констатируют слабую ориентацию подрастающего поколения на создание семьи и недостаточную подготовку молодежи к семейному образу жизни [188]. С каждым годом количество молодых пар, которые не спешат создавать семью, не ставит это в число своих жизненных планов, становится всё больше. Для очень значительной части современных молодых людей создание семьи, семейный образ жизни вообще не являются жизненными приоритетами. Многие, при отсутствии одного из родителей в собственной семье (отца или матери), лишаются опыта семейных отношений в полной семье.

Такие проблемы как нестабильность в обществе, изменение системы ценностей в совокупности приводит к кризису семьи как социального института.

Необходимый базис семьи – это умение создавать семейные отношения, не теряя собственной индивидуальности, с одной стороны, и не навязывая ее окружающим, с другой стороны. Удовлетворять потребность в психологической близости не за счет растворения личности одного партнера в личности другого, а путем формирования уважения к себе, к членам семьи, находить нужный вариант взаимодействия, общения, взаимоуважения, а также уметь работать над собой и взаимоотношениями [341].

Готовность к брачно-семейным отношениям – это результат семейного воспитания, психологической подготовки и психологической мобилизации личности. Результаты исследования психологической готовности личности к браку, проведенного психологом Е.С. Калмыковой, позволили выделить комплекс аспектов, включающий:

- готовность личности принять на себя новую систему обязанностей по отношению к своему брачному партнеру, будущим детям;
- готовность к межличностному общению и сотрудничеству;
- способность к самоотверженности в отношении партнера;

- наличие качеств, связанных с проникновением во внутренний мир человека (способность к сопереживанию и эмпатии);
- высокая эстетическая культура чувств и поведения личности;
- умение разрешать конфликты конструктивным способом;
- способность к саморегуляции собственной психики и поведения [148].

Планирование семьи включает в себя подготовку к желанной беременности, обследование и лечение бесплодных пар, контрацепцию, прерывание нежелательной беременности [12].

Выбор брачного партнера бывает зачастую ошибочным и решение о вступлении в брак многие молодые люди принимают часто необдуманно [341].

Готовность к вступлению в брак напрямую связана с эмоциональной сферой человека. Наиболее часто мотивирующими факторами создания семьи выступают:

- любовь;
- желание иметь ребенка;
- общность интересов, взглядов;
- потребительские, экономические факторы;
- психологическая поддержка партнера;
- близкое общение и взаимопонимание;
- совместный досуг;
- жажда личного счастья;
- интимное удовольствие;
- ощущение необходимости, нужности кому-то, бегство от одиночества;
- давление социальных нормативов и традиций;
- вынужденные обстоятельства.

Однако как отмечалось ранее, подрастающее поколение отличается низко сформированной мотивацией и стремлением к созданию семьи, а также низкой психологической готовностью к развитию семейных отношений [341].

В.Н. Дружинин считает, что необходимо уделять особое внимание личностной зрелости молодежи, вступающей в брак, формируя ответственность, терпимость, позитивное мышление, положительное отношение к окружающему миру [116].

Отношения между людьми в семье бывают наиболее основательными и прочными из всех человеческих отношений, отмечает Н.С. Кураженкова. Автор выделяет четыре вида отношений:

- психофизиологические – отношения биологического родства и половые отношения;
- психологические – открытость, доверие, забота друг о друге, обоюдная эмоциональная и моральная поддержка;
- социальные – распределение ролей, материальная зависимость, а также статусные отношения: авторитет, руководство, подчинение и т.д.;
- культурные – это особого рода внутрисемейные связи и отношения, обусловленные традициями, обычаями, сложившимися в условиях конкретной культуры (национальной, религиозной и т.п.), внутри которой данная семья возникла и существует [176].

Довольно высокая значимость готовности молодого человека к браку, так как в него вступают две отдельные личности с комплексом сложных психологических, физиологических особенностей. Для людей, находящихся в браке, исключительно важно быть зрелыми личностями в социально-психологическом отношении. К психологической зрелости, по мнению В.Н. Дружинина, относится отсутствие чрезмерного эгоизма, агрессии, способность признать собственные ошибки и стремление к постоянному совершенствованию в супружеских отношениях [116].

Особенно сложные проблемы проявляются в бытовой сфере, поскольку современное молодое поколение почти не получает практических навыков по ведению домашнего хозяйства и организации быта и не имеет постоянных бытовых обязанностей в родительской семье, отмечает в своих исследованиях психолог Е.И. Зритнева. Только треть подростков и молодых людей из анализируемой ею выборки имели представление о семейном бюджете и могли сравнивать свои запросы с возможностями семьи [341].

Супружеская пара, как и личность, обладает духовной и психофизиологической индивидуальностью, единство которой не ограничивается сексуальной сферой. Не последнюю роль в гармонизации супружеских отношений играет правильное половое воспитание. В некоторых культурах половой акт приемлем только в браке. Также известно, что заболеваемость семейных людей ниже, чем несемейных. Наиболее благоприятный с медицинской точки зрения возраст для вступления в брак у мужчин – 23–28 лет, для женщин – 20–22 года. Для устойчивого брака важны как психологическая, так и сексуальная совместимость. С возрастом сексуальная активность супругов снижается: средняя частота половых актов на первом году брака составляет 11 раз в месяц, на втором – 9–10 раз, а при стаже от 4 до 10 лет – 8–9 раз. Тесный физический контакт, устанавливаемый в браке, способ-

ствует также синхронизации некоторых физиологических процессов супружеской пары – температуры тела, частоты сердцебиений, гормональных циклов, что способствует синхронизации их эротических желаний. Синхронизация некоторых физиологических процессов может быть и результатом психологической близости [99].

Планирование семьи дает возможность мужчине и женщине вести половую жизнь, не опасаясь нежелательной беременности, не подвергая себя стрессам, продолжать учебу, изучать профессию, строить карьеру [191].

Система образования, существующая в вузах, не предусматривает решение проблемы полового воспитания. Немногие молодые люди обсуждают личные интимные проблемы со своими родителями, т.к. в большинстве случаев в семье существует некая табуированность обсуждения данных тем с детьми. Основными информационными источниками просвещения для молодежи становятся СМИ (художественные фильмы, ток-шоу и реалити-шоу), беседы со своими сверстниками, соответствующая литература [40].

Семья, как устойчивая социальная общность людей, существующая уже в течение многих столетий, является необходимым элементом социальной структуры человеческого общества, выполняя чрезвычайно важную задачу воспроизводства населения [148]. К сожалению, многие безответственно подходят к принятию решения стать матерью или отцом, тем не менее, роль родителя весьма ответственна и требует специальных знаний. Под репродуктивным здоровьем подразумевается не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушений ее функций и/или процессов в ней, а и состояние полного физического и социального благополучия; возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей) и самостоятельному решению вопросов планирования семьи [37].

В настоящее время проблема сохранения репродуктивного здоровья молодежи приобретает особую актуальность. Исследования подтверждают, что тенденция ухудшения здоровья молодежи, в частности, репродуктивного, в последние годы приняла устойчивый характер. Основными факторами сложившейся ситуации являются:

- низкая информированность населения в вопросах охраны сексуального и репродуктивного здоровья;
- отсутствие системы полового воспитания детей и подростков;
- распространенность инфекций, передаваемых половым путем, особенно среди подростков и молодежи;

- высокий уровень подростковой беременности и абортов;
- недостаточная вовлеченность специалистов в процесс охраны репродуктивного здоровья и подготовки к планируемой беременности;
- недостаточная насыщенность фармацевтического рынка качественными контрацептивами и их высокая стоимость;
- отсутствие исследований по изучению потребностей населения в услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья [182].

Многими специалистами готовность к браку рассматривается как система установок на брак, психологическими составляющими которой являются: принятие на себя новой системы обязанностей по отношению к своему брачному партнеру, будущим детям, понимание прав и достоинств других членов семейного союза, признание принципов равенства в человеческих отношениях, стремление к сотрудничеству и повседневному общению, умение приспособиться к привычкам и чертам характера другого человека и понимание его психических состояний, мотивация на брак и отношение к требованиям и обязанностям в семейной жизни [359].

Психологом В.А. Сысенко были сформированы направления деятельности по подготовке к семейной жизни:

- моральная (осознание ценности брака, рождения детей и т.д.);
- психологическая (сумма психологических знаний, необходимых в супружеской жизни);
- педагогическая (навыки и способности к воспитанию детей);
- санитарно-гигиеническая (гигиена брака и быта);
- экономическая и хозяйственно-бытовая [307].

В период студенчества редко ставится вопрос о том, нужно ли заводить семью во время обучения в вузе, а социологические опросы показывают в целом положительное отношение студентов к браку [46]. Поэтому можно отметить, что работа, направленная на подготовку к семейной жизни студентов, необходима и своевременна. На данный момент важно уделять особое внимание вопросам воспитания психологической готовности молодежи к будущей семейной жизни, одним из важнейших аспектов которой является правильное осмысление роли семьи, что непосредственно связывается с формированием комплекса определенных мотивов, установок на будущее вступление в брак.

4.13. Сексуальная культура

Сексуальная культура – это основополагающий компонент общей культуры человека. Она включает в себя культуру эротики и секса, т.е. культуру интимных взаимоотношений полов, которая в значительной степени определяет счастье человека, его смысл жизни [39].

Уровень сексуальной культуры современной молодежи определяется следующими обстоятельствами: снижением возраста сексуального дебюта, массовым распространением добрачных связей, часто приводящих к негативным последствиям, ростом числа аборт, больных венерическими заболеваниями, СПИДом и ВИЧ-инфицированных [279].

Сексуальное здоровье человека – это важная составляющая общего физического здоровья, предполагающее позитивное и уважительное отношение к сексуальности и половым отношениям, возможность безопасно вести половую жизнь, приносящую удовлетворение, отсутствие принуждения, дискриминации и насилия [99].

Сексуальное поведение – один из основополагающих инстинктов, который играет ключевую роль в жизни человека. Нередко вопросы межполовых отношений рассматриваются через призму социально-нравственных установок, влияющих на сексуальное поведение, ритм сексуальной активности, ее интенсивность и социальные формы. В условиях ослабления контроля со стороны общественного мнения молодежь раньше начинает половую жизнь, добрачные связи стали допустимы для обоих полов при наличии и отсутствии любви [39, 318].

Либерализация половой морали, частая смена партнеров в сочетании с низкой сексуальной культурой порождают ряд серьезных последствий – рост случаев нежелательных беременностей и аборт, особенно у несовершеннолетних, распространение венерических заболеваний, приводящих к бесплодию и грозящих вырождением нации, сексуальные насилия и другие преступления на сексуальной почве [39, 110, 220, 326]. Секс становится развлечением, рассматривается как сфера индивидуального самоутверждения. Но чем меньше внешних запретов, тем важнее индивидуальный самоконтроль и выше ответственность за свои решения [326].

Возраст юношей от 17 до 25 лет характеризуется максимальной активностью половых гормонов и физиологической половой зрелостью. Половое чувство проявляется влюбчивостью, стремлением к ухаживанию и половой близости.

В возрасте 18–20 лет девушки способны к выполнению сложной специфической функции женщины – материнству. Одним из основных признаков половой зрелости является пробуждение в девушке полового чувства, наличие желания нравиться юношам, превращение из угловатого неловкого подростка в девушку с выраженными чертами женственности [39].

Главным результатом содержания полового воспитания, в том числе и на этапе студенчества, должно стать умение решать возникающие в жизни реальные проблемы, связанные с отношением полов. Если рассматривать половое воспитание в широком смысле, как процесс, направленный на выработку качеств, черт, свойств, установок личности, определяющих отношение человека к представителям другого пола, то можно выделить две его основные части:

1. Анатомо-физиологическую и гигиеническую:
 - половое созревание;
 - личная гигиена;
 - информация о заболеваниях, передающихся половым путем.
2. Социально-психологическую:
 - понятие мужественности и женственности;
 - психология межличностных отношений;
 - культура общения;
 - нравственные основы отношений юношей и девушек;
 - любовь как высшее человеческое чувство;
 - понятие готовности к браку.

То есть половое воспитание составляет все то, что воспитывает целостную личность женщины и мужчины, способных адекватно осознавать свои физиологические и психологические особенности, устанавливать оптимальные отношения с людьми своего и противоположного пола во всех сферах жизни (общественная жизнь, супружество, родительство, досуг и т.д.).

В результате анонимного анкетирования, проводимого среди более 200 студентов пятого курса ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского», были сделаны следующие выводы: преимущественными источниками информации о сексуальных отношениях являлись для опрошенных друзья и Интернет, а также другие средства массовой информации (книги / телевидение и т.п.). Так, роль друзей в вопросах полового просвещения отметили 69% девушек и 67% юношей; 82,5% девушек и 83% молодых людей указали в вариантах ответа те или иные СМИ – интернет, телевидение, книги или журналы.

Реже всего студенты по вопросам сексуального просвещения обращаются к родителям [40].

Примечательно, что недостаточное участие родителей в половом воспитании своих детей – весьма распространенное явление. Объясняется это, во-первых, тем, что между родителями и детьми в прошлом существовала общая табуированность темы секса, во-вторых, присутствует склонность молодежи к независимости и обособленности от мнения родителей в вопросах сексуального поведения [40, 279].

45% опрошенных студенток уверены, что любовь и сексуальные отношения чаще всего сопутствуют друг другу. Такого же мнения придерживаются 22% юношей. Вариант «Скорее да» выбрали 32% девушек и 37% юношей; «Скорее нет» – 9,5% студенток и 15% студентов.

Сексуальная жизнь требует соблюдения здорового образа жизни. Специалистами отмечается, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем, сексуальная жизнь постепенно нарушается, ее расстройства встречаются в 41–43% случаев. Чрезмерное курение в 11% случаев ведет к развитию импотенции, так как никотин оказывает угнетающее воздействие на центры эрекции, вызывая ее ослабление. У курящих женщин часто развивается фригидность [39, 110, 220].

Необходимо сексуальное воспитание и просвещение молодежи, предполагающее формирование у подрастающего поколения ответственного сексуального поведения, воспитание целомудрия, подготовки юношества к созданию крепкой семьи, основанной на верности и чистоте [279].

4.14. Контроль за своим здоровьем

Знать свое состояние здоровья, физические и психофизиологические возможности, уметь сравнить их, видеть результаты волевой работы над собой, научиться представлять уровни своих возможностей – все это возможно в результате контроля за здоровьем.

В своей работе Э.Г. Булич, И.В. Муравов [65] обращают внимание на то, что диагностика здоровья требует комплексной оценки субъективного состояния человека и объективного состояния жизнеспособности его организма, т.е. объективного динамического состояния, в основе которого лежит гармоничное соотношение взаимосвязанных функций и структур.

Предложены различные методики и системы оценки, прогнозирования физического здоровья человека (Е.А. Пирогова [249], В.П.

Войтенко[84], И.И. Брехман [61], И.В. Аулик [27], В.А. Лищук [189], О.Н. Московченко [218] и др.), однако широкое практической применение получили лишь некоторые из них.

По данным анализа литературы, наиболее часто для оценки индивидуального здоровья используются методы Р.М. Баевского [31, 32], К. Купера [175] и Г.Л. Апанасенко [23].

Методика экспресс-оценки уровня физического здоровья по резервам биоэнергетики, предложенная профессором Г.Л. Апанасенко (1988), предполагает, что по основным морфофункциональным показателям человека (вес, рост, жизненная емкость легких, сила мышц кисти, ЧСС, АД), полученным в профилактическом осмотре, производится расчет его относительных характеристик – индексов (приложение 4). Разработаны сопоставительные нормы оценки здоровья, включающие пять уровней: низкий, ниже среднего, средний, выше среднего, высокий. Каждый из этих уровней имеет как дифференцированную балльную оценку по отдельным относительным характеристикам функционального состояния организма, так и интегральную (суммарную), по которой дается окончательная оценка уровня физического здоровья обследованного. Предложенная автором диагностическая шкала физического здоровья позволяет из числа протестированных лиц выделить группы здоровых, ослабленных и больных.

«Безопасный уровень» здоровья по этой шкале начинается с 14 баллов (сюда входят четвертый – «выше среднего» и пятый – «высокий» уровни, характерные, как правило, для лиц, регулярно занимающихся оздоровительными тренировками). Считается, что чем выше уровень здоровья, т.е. сумма набранных баллов по отдельным относительным характеристикам, тем меньше риск заболеваний. А понижение этого уровня сопровождается прогрессирующим ростом заболеваемости и снижением функциональных резервов организма до опасного уровня, граничащего с патологией [146].

Наибольшее распространение в донозологической диагностике (т.е. диагностике состояния на стадии перехода от состояния здоровья к болезни) получил метод расчета индекса функциональных изменений (ИФИ) системы кровообращения или адаптационного потенциала (АП) Р.М. Баевского [32].

Идея использования адаптивности как интегративного показателя функционального состояния целостного организма возникла в 70-е годы [31, 142]. Согласно этим взглядам, здоровье рассматривается как способность организма адаптироваться к условиям внешней среды, а болезнь – как результат срыва адаптации.

АП по данной методике рассчитывается по специальной формуле:

$$\text{АП} = 0,011 * \text{ЧП} + 0,014 * \text{АДс} + 0,008 * \text{АДд} + 0,014 * \text{В} + 0,009 * \text{МТ} - (0,009 * \text{Р} + 0,27),$$

где В – возраст, лет; МТ – масса тела, кг; Р – рост, см; АДс – артериальное давление систолическое, мм рт. ст.; АДд – артериальное давление диастолическое, мм рт. ст.; ЧП – частота пульса в 1 мин.

Общая оценка АП производится по шкале, представленной в таблице 21.

Таблица 21. – Оценка адаптационного потенциала

Баллы	Состояние АП	Характеристика здоровья
2,1 и ниже	Удовлетворительная адаптация	Здоров
2,11–3,20	Напряжение механизмов адаптации	Вероятность наличия заболеваний
3,21–4,30	Неудовлетворительная адаптация	Показано дополнительное обследование
4,31 и выше	Срыв механизмов адаптации	Показана лечебная физическая культура

Таким образом, по рассчитанной величине АП определяется степень напряжения регуляторных механизмов сердечно-сосудистой системы (нормальная, выраженная, перенапряжение и срыв), которой характеризуется стадия пограничного состояния и соответствующий ей уровень адаптационных возможностей, т.е. запас здоровья.

Абсолютной мерой жизнеспособности организма (количества здоровья) является также продолжительность предстоящей жизни. Иначе говоря, мерой здоровья является продолжительность предстоящей жизни (при ее идеальных и стабильных условиях) [146].

Чтобы отразить специфику старения, необходимо соотнести паспортный или календарный возраст индивида (КВ) с его реальным биологическим возрастом (БВ).

Понятие биологического возраста появилось в результате осознания неравномерности старения: стареют все, но с разной скоростью.

Как известно, интенсивность этого процесса связана в определенной степени от наследственности, экологических условий в регионе проживания, уровня медицинского обслуживания в обществе и в большой степени – от образа жизни самого человека. Поэтому при одинаковом паспортном (т.е. календарном или хронологическом) воз-

расте у разных людей степень износа организма в целом, а также отдельных органов и систем различна. В разной степени выражены и последствия возрастных процессов – нарушения важнейших жизненных функций, сужение диапазона адаптации, развитие болезненных состояний и др. Можно считать, что разность между календарным и биологическим возрастом отражает интенсивность старения и его разрушительность [147].

Существенным свойством БВ является его измеряемость. В монографии W. Dean (1988) приведена мировая статистика по методам определения БВ и дано описание методик, предложенных 21 исследовательской группой из 11 стран [370]. Данные, полученные А.Я. Минц с соавт. [211], позволяют сделать вывод, что определение БВ может и должно быть использовано при разработке методов профилактики преждевременного старения и повышения трудоспособности.

Известные к настоящему времени методы определения БВ не позволяют измерить степень молекулярно-генетического «износа», вызванного старением, а различающиеся условия и образ жизни разных людей «размывают» взаимные соответствия между маркерами старения и жизнеспособностью, однако даже при этих ограничениях биологический возраст остается одним из наиболее достоверных показателей жизнеспособности организма (количества здоровья) человека [85, 214].

Для определения БВ, например, с помощью методики В.П. Войтенко (1991), используются «батареи тестов» различной степени сложности, с помощью которых последовательно [146, 237]:

- рассчитывают значение БВ для данного индивида (по набору клинико-физиологических показателей);
- рассчитывают должное значение биологического возраста (ДБВ) для данного индивида (по его календарному возрасту);
- сопоставляют действительную и должную величины БВ (т.е. определяют, на сколько лет обследуемый опережает или отстает от сверстников по темпам старения).

Рабочая формула для интегральной оценки биологического возраста:

для мужчин:

$$БВ = 44,3 + 0,68 * СОЗ + 0,40 * АДс - 0,22 * АДд - 0,004 * ЖЕЛ - 0,11 * ЗДв + 0,08 * ЗДвд - 0,13 * СБ;$$

для женщин:
$$БВ = 17,4 + 0,82 * СОЗ - 0,005 * АДс + 0,16 * АДд + 0,35 * АДп - 0,004 * ЖЕЛ + 0,04 * ЗДв - 0,06 * ЗДвд - 0,11 * СБ.$$

Величины отдельных показателей в расчетах выражаются в следующих единицах измерения: АДс, АДд, АДп – в мм рт.ст., ЖЕЛ – в

мл, ЗДв, ЗДвйд, СБ (статическая балансировка) – в сек., СОЗ (число неблагоприятных ответов в анкете по самооценке здоровья) – в усл.ед., БВ – в годах.

Одним из слагаемых в формулах для расчета БВ служит индекс СОЗ, определяемый анкетным методом по ответам на 28 вопросов, характеризующих наиболее важные стороны самочувствия, настроения, активности, качества сна, болезненных ощущений и жизненного режима человека (Приложение Д).

Скорость старения в данной методике определяется по разности вычисленного БВ и ДБВ, рассчитанного для каждого испытуемого с учетом коэффициента популяционного стандарта возрастного износа для соответствующего календарного возраста (КВ).

ДБВ рассчитывается по формуле:

для мужчин: $ДБВ = 0,661 * КВ + 16,9$;

для женщин: $ДБВ = 0,629 * КВ + 15,3$.

Рассчитанный индекс (БВ–ДБВ) определяет, на сколько лет обследуемый опережает своих сверстников или отстает от них. Такой подход позволяет, согласно приведенной ниже шкале, ранжировать лиц одного календарного возраста по степени «возрастного износа» и, следовательно, по «запасу» здоровья (табл. 22).

Таблица 22. – Шкала ранжирования

Ранги	Степень «возрастного износа»
I ранг	от (–15) до (–9) лет
II ранг	от (–8,9) до (–3) лет
III ранг	от (–2,9) до (+2,9) года
IV ранг	от (+3) до (+8,9) года
V ранг	от (+9) до (+15) лет

I ранг соответствует резко замедленному, а V – резко ускоренному темпу старения; III ранг отражает примерное соответствие БВ и КВ. Лиц, отнесенных к IV и V рангам по темпам старения, надлежит включить в угрожаемый по состоянию здоровья контингент.

Достоверно оценить состояние здоровья человека можно по максимальным резервам аэробного (т.е. кислородного) энергообразования его организма [146]. Для этого необходимо провести тестирование физической работоспособности человека (если возвращаться к физическим качествам, то оценивается его общая выносливость). Количественной мерой мощности аэробного энергообразования является максимальное потребление кислорода (МПК).

Определение МПК может производиться с помощью различных тестирующих процедур с физической нагрузкой «до отказа» – прямое определение МПК, а также с помощью косвенных расчетов, которые основываются на данных, полученных в процессе выполнения испытуемым непредельных физических нагрузок [150, 175].

Накопленный опыт применения данной методики тестирования позволил авторам ввести понятие «безопасный уровень соматического здоровья индивида». Он характеризуется максимальным потреблением кислорода на уровне 42 мл/мин./кг у мужчин и 35 мл/мин./кг у женщин, или показателями максимальной рабочей производительности на велоэргометре на уровне 2,8 и 2,0 Вт/кг/мин. соответственно, или преодолением беговой дистанции 3 км у мужчин менее чем за 14 мин., а у женщин 2 км за 11 мин. 30 сек., или суммой баллов не менее 14 по шкале Г.Л. Апанасенко (1988).

Специалисты указывают на обязательность систематического контроля за физическим состоянием, и в частности, функциональным состоянием сердечно-сосудистой, дыхательной систем обучающихся, предлагая методы контроля и нормативные данные, необходимые для проведения экспресс оценки и динамического контроля за состоянием здоровья [292, 256].

Индекс Руфье позволяет дать оценку физической работоспособности, относится к числу простых и косвенных методов определения PWC_{170} , в котором используются значения частоты сердечных сокращений в различные по времени периоды восстановления после относительно небольших нагрузок.

Методика. У испытуемого определяют число пульсаций за 15 секунд (P_1) в положении сидя, затем в течение 45 секунд испытуемый выполняет 30 приседаний. После окончания нагрузки, в положении сидя, у него вновь подсчитывают число пульсаций за первые 15 секунд (P_2), а потом – за последние 15 секунд первой минуты периода восстановления (P_3). Величина индекса Руфье (I) вычисляется по формуле:

$$I = \frac{4(P_1 + P_2 + P_3) - 200}{10}$$

Результаты оценивают по величине от 0 до 15 [620, 621] (табл. 23).

Таблица 23. – Оценка индекса Руфье

Величина индекса	Оценка физической работоспособности
Меньше 3	высокая
4–6	хорошая
7–9	средняя
10–14	удовлетворительная
15 и выше	плохая (неудовлетворительная)

Проба Штанге (задержка дыхания на вдохе)

Методика. Обследуемый после 5–7 мин. отдыха в положении сидя делает полный вдох и выдох, а затем снова вдох (80–90% от максимального), закрывает рот и нос. Отмечается время от момента задержки до ее прекращения. Результаты задержки дыхания на вдохе оцениваются по таблице 24.

Таблица 24. – Оценка задержки дыхания на вдохе (проба Штанге)

Оценка состояния	Задержка дыхания на вдохе (в секундах)
Отличное	больше 60
Хорошее	40–60
Среднее	30–40
Плохое	меньше 30

Нам хотелось обратить особое внимание на то, что продолжительность задержки дыхания в большей степени зависит от волевых усилий человека, поэтому в задержке дыхания различают время чистой задержки и волевой компонент. Начало последнего фиксируется по первому сокращению диафрагмы (колебанию брюшной стенки).

Здоровые взрослые нетренированные лица задерживают дыхание на вдохе в течение 40–50 сек., а тренированные спортсмены – от 60 сек. до 2–2,5 мин. С нарастанием тренированности время задержки дыхания возрастает, а при утомлении – снижается.

При заболеваниях органов кровообращения, дыхания, анемиях продолжительность задержки дыхания уменьшается.

Проба Генчи (задержка дыхания на выдохе)

Методика. Обследуемый после полного выдоха и вдоха снова выдыхает и задерживает дыхание. Оценка задержки дыхания на выдохе (табл. 25).

Таблица 25. – Оценка задержки дыхания на выдохе (проба Генчи)

Оценка состояния	Задержка дыхания на выдохе (в секундах)
Отличное	больше 40
Хорошее	30–40
Среднее	25–30
Плохое	меньше 25

Здоровые нетренированные лица могут задержать дыхание на выдохе в течение 20–30 сек., а здоровые спортсмены – 30–90 сек.

Значение проб Штанге и Генчи увеличивается, если их применять часто и вести за обследуемыми динамическое наблюдение.

В диагностике здоровья часто используются оценки физического состояния на базе корреляционных взаимосвязей между антропометрическими данными. Применение метода индексов позволяет сделать качественную оценку физического развития и функционального состояния обучающихся [256].

Избыточная масса тела является одним из факторов риска для здоровья.

Индекс массы тела – отношение массы тела человека в кг к квадрату роста в метрах: $ИМТ = \frac{Вкг}{Рм^2}$, где В – масса тела в кг, Р – рост в м². Полученный результат ИМТ сравнить с показателями таблицы 26.

Таблица 26. – Оценка индекса массы тела

Индекс	Оценка
20–25	нормальный вес, который находится в гармонии
25–30	вам стоит начать заботиться о своем организме; у вас имеется небольшой избыток веса. Дальнейшее накопление жира увеличивает риск развития различных болезней и ухудшения общего состояния здоровья
30–35	склонность к ожирению, поэтому необходимо приложить все усилия, чтобы снизить этот показатель
35 и более	указывает на наличие ожирения; пора бить тревогу и начинать активно работать над восстановлением былой формы
менее 20	недостаточная масса тела – белково-энергетическая недостаточность (БЭН)
17–18,49	недостаточная масса тела I степени (легкая) – легкая БЭН
16–16,99	недостаточная масса тела II степени (умеренная) – умеренная БЭН
менее 16	недостаточная масса тела III степени (тяжелая) – тяжелая БЭН.

Индекс Пинье (показатель крепости телосложения) выражает разницу между ростом стоя и суммой массы и окружности грудной клетки на выдохе:

$$\text{ИП} = P - (B + \text{ОГК}_{\text{выдох}}),$$

где P – рост в см, B – масса тела в кг, $\text{ОГК}_{\text{выдох}}$ – окружность груди в фазе выдоха.

Показатель крепости телосложения оцениваем по таблице 27.

Таблица 27. – Оценка индекса Пинье

Величина индекса	Оценка телосложения
разность меньше 10	крепкое
от 10 до 20	хорошее
от 21 до 25	среднее
от 26 до 35	слабое
более 36	очень слабое

Вегетативный индекс Кердо (ВИК) оценивает баланс влияний симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы в регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы. Данный индекс позволяет проводить оценку как состояния целостного организма, так и вегетативной нервной системы, отражает степень приспособления организма к окружающим условиям.

Равновесие симпатического и парасимпатического тонусов, характерного для здоровых, адаптированных к климату людей, с величиной минимального артериального давления численно равно величине пульса.

Положительное отклонение ВИК свидетельствует о сдвиге равновесия в симпатическую сторону и рассматривается как показатель нарушения адаптационных механизмов. Сдвиг вегетативного тонуса в симпатическую сторону сопровождается понижением артериального давления, учащением частоты сердечных сокращений, свидетельствует об усилении процессов катаболизма (соответствует диссимилиации, направлен на распад органических веществ – составных частей клеток и тканей), характерного для напряженного функционирования и расходования резерва организма.

Парасимпатическое преобладание (ВИК отрицательный) указывает на сдвиг равновесия в более благоприятном, анаболическом варианте метаболизма и более экономичном режиме функционирования организма.

ВИК рассчитывается в процентах [256] по формуле:

$$\text{ВИК} = \left(1 - \frac{\text{ДАД}}{\text{ЧСС}}\right) \times 100, \text{ где:}$$

1 – коэффициент;

ДАД – диастолическое артериальное давление, мм.рт.ст.;

ЧСС – частота сердечных сокращений, уд/мин.

Полученный показатель вегетативного индекса Кердо оценивают по таблице 28.

Таблица 28. – Оценка ВИК

Значение индекса	Оценка
от –10 до +10%	Показатель нормы
от –15 до +15%	Уравновешенность
от +16 до + 30%	Симпатикотония
$\geq +31\%$	Выраженная симпатикотония
от –16 до –30%	Парасимпатикотония
$\leq -30\%$	Выраженная парасимпатикотония

К настоящему времени на основе приведенных методов разработаны различные варианты автоматизированных программ для количественной оценки здоровья, которые широко используются в практике профилактических обследований населения [146].

Нервная система в нашем организме выполняет особую функцию – является системой управления. Она обеспечивает взаимосвязь отдельных органов и систем, согласует и объединяет их функции. Благодаря деятельности нервной системы организм работает как единое целое.

Высокие нагрузки, обусловленные спецификой учебной и бытовой деятельности обучающихся, вызывают хроническое перенапряжение психической сферы, которое проявляется в сдвигах гормонального фона, рефлекторных изменениях дыхания и системы кровообращения, дисбалансе клеточных и гуморальных факторов иммунитета [303]. Состояние эмоционального напряжения сказывается не только на психическом здоровье человека, оно способно вызвать ряд соматических заболеваний и обострить уже имеющиеся хронические [98, 171, 251].

Всякое эмоциональное явление характеризуется тем или иным субъективным качеством (модальностью) и предметным содержанием. По своему субъективному качеству психоэмоциональное напряжение и другие эмоции, возникающие в ситуации неудовлетворенности потребностей, являются отрицательными эмоциональными переживаниями. К ним можно отнести такие модальности эмоций, как неудовлетворенность, раздражение, подавленность, тревога, страх, дискомфорт и т.п.

Неблагоприятные эмоциональные состояния через изменение нейрогуморальной регуляции могут воздействовать на психофизиоло-

гические процессы в организме человека и способствовать развитию многих хронических заболеваний [24, 262]. Предметное содержание эмоциональных явлений, возникающих в ситуации неудовлетворенности потребностей, составляют ситуации, условия, события и изменения, происходящие в жизнедеятельности человека и воспринимаемые им как препятствия на пути достижения целей и удовлетворения потребностей [166, 276].

Под термином «психоэмоциональное напряжение» понимаются разнообразные неблагоприятные эмоциональные состояния, связанные с неудовлетворенностью основных жизненных потребностей: фрустрация, дискомфорт, стресс, тревога, депрессия, состояние неудовлетворенности и т.п. [166]. На развитие психоэмоционального напряжения могут влиять условия жизни людей, социально-демографические показатели, личностные особенности, отношения в семье, на работе, бытовые проблемы, способы проведения досуга, привычки, влияющие на здоровье и т.п.

Характерными являются также социальные стрессоры, например, такие, как межличностные конфликты, а также часто возникающая необходимость альтернативного выбора как один из мощнейших стрессогенных факторов [224].

Психоэмоциональное напряжение принято относить к классу эмоциональных явлений. Основным исходным моментом, определяющим природу и функцию эмоций, заключается в том, что в эмоциональных процессах устанавливается связь, взаимоотношение между ходом событий, совершающимися в соответствии или вразрез с потребностями индивида, ходом его деятельности, направленной на удовлетворение этих потребностей, с одной стороны, и течением внутренних органических процессов, захватывающих основные витальные функции, от которых зависит жизнь организма в целом, с другой. В результате индивид настраивается для соответствующего действия или противодействия [276]. Как и все эмоциональные явления (аффекты, эмоции, чувства), психоэмоциональное напряжение является формой представленности в сознании человека личностного смысла происходящих в его жизни событий и отражает степень удовлетворенности его потребностей [166].

По мнению специалистов [21, 184, 185, 270], учебная деятельность сопряжена с эмоциональным напряжением и это является нормальной приспособительной реакцией индивидов, позволяющей им мобилизовать физиологические функции на достижение результата, преодоление сложных ситуаций, творческую и исследовательскую деятельность.

Для оценки психоэмоционального статуса можно использовать опросник «Ваше самочувствие». Опросник представляет собой батарею тестов экспресс-диагностики: совокупность нескольких шкал и специального опросника основных социально-демографических показателей. Оценку удовлетворенности жизнью в целом, удовлетворенности условиями жизни и удовлетворенности основных жизненных потребностей осуществляют по методике О.С. Копиной [166].

Шкала психосоциального стресса Л. Ридера используется для определения уровня стресса (Приложение Е).

Методика позволяет дать суммарную оценку социальным факторам, способным нарушить ваше благополучие и вызвать психоэмоциональный стресс. Округлите баллы и получите их сумму, характеризующую ваш стресс (табл. 29).

Таблица 29. – Шкала психосоциального стресса Л. Ридера

Баллы	Интерпретация
Если вы набрали меньше 150	Стресс вам не грозит
Если вы набрали от 150 до 400 баллов	Вам угрожает опасность заболевания на почве стресса, если не быть осторожным
Если вы набрали больше 400 баллов	У вас уже могут быть признаки болезни, связанной со стрессом. Не впадайте в панику. Положение можно улучшить, если научитесь управлять стрессом.

Исследование уровня психоэмоциональных перегрузок по опроснику Л. Милицкой [207] состоит из 43 утверждений (Приложение Ж). Обследуемый ставит отметку рядом с утверждением, которое ему подходит. Результаты обрабатывают посредством специального ключа и формул, полученную величину сравнивают с оценочной шкалой: «весьма отлично», «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «плохо».

Методика. Вспомните, как вы ощущали себя в течение последних 2–3 недель. Галочкой (она соответствует 1 очку) отметьте высказывания, которые вам подходят. Основной успех правильного тестирования – честный искренний ответ.

Подсчет очков:

Очки группы вопросов I умножают на 1.

Очки вопросов II – на 1,5.

Сложите очки вопросов I и II и получите ΣA .

Очки вопросов III умножьте на 1.

Очки вопросов IV умножьте на 1,5, вопросов V – на 2, а вопросов VI – на 3.

Сложите очки вопросов III, IV, V, VI и получите ΣB .

Далее из суммы B отнимите сумму A и прибавьте 37:

$(\Sigma B - \Sigma A) + 37$. Полученную величину сравнивайте с оценочной шкалой (табл. 30).

Таблица 30. – Шкала оценки психоэмоциональных перегрузок

Оценка	Интерпретация
0–19 очков	Полное психоэмоциональное благополучие: вы расслаблены, отрешены от проблем, жизнь прекрасна. Оценка «весьма отлично»
20–29 очков	С нервными перегрузками справляетесь прекрасно, либо их просто нет. Вы способны преодолеть любые трудности. Оценка «отлично»
30–39 очков	Присутствуют элементы психоэмоциональных перегрузок, но вам они не страшны. Пик творческих возможностей. Оценка «хорошо»
40–49 очков	Психоэмоциональные перегрузки дают о себе знать, но вы контролируете ситуацию. Оценка «удовлетворительно»
50–59 очков	Имеют место значительные психоэмоциональные перегрузки. Вы с трудом расслабляетесь. Страдает работоспособность. Оценка «плохо»
60–69 очков	С трудом преодолеваете психоэмоциональные перегрузки. Вы на грани срыва. Необходима консультация врача. Оценка «очень плохо»

Методика исследования в модификации А.И. Пустозерова, В.К. Миловидова, Ю.И. Сазонова [265] предусматривает выявление степени астенизации истощения нервной системы, по субъективной оценке, самого обследуемого. Астенический синдром, или астения – это развивающееся постепенно психопатологическое нарушение, которое сопровождает множество заболеваний в организме. Астенический синдром выражается снижением физической и психической работоспособности, усталостью, повышенной вялостью или раздражительностью, нарушениями сна, вегетативными нарушениями, эмоциональной неустойчивостью.

Исследование проводится с помощью анкеты, содержащей 30 выражений, отражающих симптомы нарушения функции нервной системы. Обследуемый должен поставить крестики или галочки в графе, отражающей отсутствие или частоту проявления указанных в анкете симптомов (Приложение И).

Оценку проводят по сумме баллов каждого столбца (табл. 31).

Таблица 31. – Оценка степени астенизации

Баллы	Оценка
0 баллов	нет астенизации, оценка «отлично»
до 30 баллов	признаки астенизации иногда появляются, оценка «хорошо»
31–50	имеет место умеренная астенизация, оценка «удовлетворительно»
51–75	признаки астенизации выражены, оценка «плохо»
76–90	имеет место заболевание нервной системы, оценка «очень плохо»

Переходя к анализу возможности управлять здоровьем, отметим, что медицинская практика добилась сегодня немалых успехов на пути борьбы с болезнями (трансплантация органов, создание сильнодействующих фармакологических средств, новейшие средства диагностики и мн. др.). Однако стоит прислушаться к известному хирургу Николаю Амосову, который подводит итог успехам медицины следующими словами: «Медицина не дает вам здоровье, она не дает вам умереть» [19].

Доказательством этого служат результаты многочисленных исследований (Г.Д. Фридман, 1980; В.М. Дильман, 1987; И.А. Гундаров, 1989; К. Khaw, 1984; G. Kolata, 1984; V.M. Monnier, 1984; W.B. Kannel, 1988), позволяющие сделать вывод о том, что традиционные, т.е. фармакологического характера профилактические воздействия, направленные на один или несколько уже развившихся локальных нарушений, даже оказываясь успешными в своем конкретном влиянии, неизбежно приводят к ухудшению других сторон реактивности организма [146].

Не профилактика отдельных заболеваний, а стимуляция здоровья, защитных сил организма, повышение его потенциала является единственно действенным методом реального противостояния болезням.

4.15. Валеологическое самообразование

Знания о здоровье имеют личностный смысл, проявляющийся в жизненных установках на здоровый образ жизни и нравственных нормах деятельности. Валеология (лат. valeo – «здравствовать», «быть здоровым»; logos – наука) способствует формированию, развитию, сохранению и укреплению индивидуального здоровья человека, а фор-

мирование валеологической культуры связано с проблемой валеологического образования, воспитания и обучения [216].

Валеологическое образование включает усвоение валеолого-гигиенических и медико-биологических знаний, развитие нравственно-этического и эстетического отношения к своему здоровью, здоровью окружающих и будущего поколения. Валеологическое воспитание рассматривается как процесс формирования ценностных установок на сохранение здоровья и здорового образа жизни, являющихся частью жизненных ценностей и общекультурного мировоззрения.

Назначение валеологического обучения заключается в усвоении валеологических знаний, умений и навыков, служащих основой валеологической грамотности, означающей понимание сущности здорового образа жизни, осуществление здоровьесберегающей деятельности. Результатом валеологического воспитания и обучения является сформированность валеогенного мышления и валеологического самосознания. Показателем валеологической образованности является сформированность валеологической культуры личности, эффективность формирования данного вида культуры обуславливается наличием ряда педагогических условий.

Важнейшим педагогическим условием является совершенствование содержания профессионального образования посредством включения в него системы валеологических знаний и умений, а также отдельных валеологических вопросов в учебные программы научных дисциплин, изучаемых в вузе.

Самообразование и саморазвитие имеют важное значение для формирования личности студента, и осуществляется посредством самостоятельных индивидуальных занятий с использованием оздоровительных методик. [209]. «Развитие и образование ни одному человеку не могут быть даны или сообщены, – писал знаменитый немецкий педагог Адольф Дистерверг (1790-1866). – Всякий, кто желает к ним приобщиться, должен достигнуть этого собственной деятельностью, собственными силами, собственным напряжением». Поэтому самообразование, самообразование, саморазвитие – средства и одновременно результаты образования [69].

Обеспечение здорового образа жизни возможно при условии, когда каждый конкретный человек в этом заинтересован и хочет быть здоровым.

Формирование здорового образа жизни имеет своей конечной целью совершенствование условий жизни и жизнедеятельности на основе валеологического обучения и воспитания, включающих изучение своего организма и своей личности, освоение гигиенических навыков,

знание факторов риска и умение реализовать на практике весь комплекс средств и методов обеспечения здорового образа жизни. Чтобы достичь этого, человек должен, прежде всего, стать носителем идеи здоровья как основного жизненного приоритета – эта проблема и является важнейшей задачей валеологического образования и самообразования, что становится элементом культуры только данного человека в понимании ценности здоровья. Здесь неприемлемы подходы массовой медицины «по протоколу» с единым стандартом норм и рекомендаций [68].

Немецкий философ Артур Шопенгауэр утверждал: «Девять десятых нашего счастья основано на здоровье. При нем все становится источником наслаждения, тогда как без него решительно никакие блага не могут доставить удовольствия, даже субъективные блага: качества ума, души, темперамента при болезненном состоянии ослабевают и замирают. Отнюдь не лишено снования, что мы, прежде всего, спрашивает друг друга о здоровье и желаем его друг другу: оно поистине главное условие человеческого счастья».

Активная жизненная позиция детей по отношению к своему здоровью и ответственности за свою жизнь должна прививаться с детства родителями в семье, в школе совместно с родителями и педагогами, в вузе совместно с родителями и преподавателями. Формируя тем самым предпосылки здорового начала будущих семей, способных родить, вырастить и воспитать последующие поколения людей с более совершенным генофондом и с устойчивой системой здоровых потребностей [68].

Осуществляя сознательную и целенаправленную здравотворческую деятельность, создавая среду обитания и деятельности, влияя на внешние условия, человек приобретает большую свободу и власть над собственной жизнью и обстоятельствами жизни, делая саму жизнь более плодотворной, здоровой и долголетней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование культуры здоровья через образование, как социальный институт, привело к возникновению различных педагогических технологий, связанных с вопросами ценностного отношения к своему здоровью и ориентированных на здоровьесбережение.

Образ жизни человека зависит не только от объективных, но и от субъективных факторов, уровня сознания и общей культуры личности. Именно поэтому здоровый образ жизни можно и нужно целенаправленно формировать.

В последнее время специалистами в области здоровьесбережения отмечаются нарушения студентами элементарных правил гигиены быта, режима и качества питания, здорового сна. Загруженность учебной деятельностью, отсутствие свободного времени для активного отдыха наносят непоправимый вред здоровью. Следовательно, в студенческие годы необходимо активно воспитывать осознанное отношение к здоровому образу жизни и формировать практические навыки ЗОЖ, которые предполагают:

- рациональную организацию условий труда (учебы), позволяющую, по возможности, избегать психических и физических перегрузок;
- чередование труда и отдыха с обязательным использованием выходных дней и отпуска по назначению;
- сбалансированное питание, достаточный сон;
- оптимальную двигательную активность, отказ от пассивных форм отдыха;
- регулярную сексуальную жизнь;
- наличие увлечений;
- отказ от вредных привычек;
- соблюдение правил личной гигиены;
- бережное отношение к окружающей среде;
- создание гармоничных отношений в семье;
- комфортные межличностные отношения в трудовом (учебном) коллективе, с ближайшим окружением;
- активное участие в культурных мероприятиях.

Авторами предлагаемой работы рассмотрены сущностные характеристики понятий «здоровый стиль жизни» и «здоровый образ жизни», затронуты вопросы психологии здоровья, рассмотрены проблемы мотивации и установок студенческой молодежи к здоровому образу жизни. Акцентируется внимание на том, что здоровьесбереже-

ние предполагает личностный выбор видов и форм двигательной активности, используемых с целью сохранения и укрепления здоровья.

Посредством информации, изложенной в монографии, сделана попытка обратить внимание молодых людей на свой стиль жизни, изменить отношение к своему здоровью и сделать первые шаги к его улучшению.

Данный коллективный труд объединил в себе большой практический опыт ученых-педагогов России и Беларуси, их научные взгляды на актуальные проблемы укрепления и сохранения здоровья студенческой молодежи через интеграцию технологий здоровьесбережения в образовательном пространстве вуза.

Авторы монографии желают достичь такой степени физического, интеллектуального, психоэмоционального, социального благополучия, которая позволит полноценно проживать каждый день.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, ПОСВЯЩЕННОЙ ВОПРОСАМ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СТУДЕНТОВ

1. Абаскалова, Н. П. Научный обзор: системный подход в педагогике здоровья / Н. П. Абаскалова, А. Ю. Зверкова // Педагогические науки №2. – 2016. – С. 5–24.

2. Абаскалова, Н. П. Педагогика здоровья: новый этап развития: монография / Н. П. Абаскалова, В. Н. Ирхин, А. Г. Маджуга. – Стерлитамак: Изд-во «Фобос», 2014. – 242 с.

3. Абаскалова, Н. П. Системный подход к формированию здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа-ВУЗ»: монография / Н. П. Абаскалова. – Новосибирск: НГПУ, 2001. – 325 с.

4. Абаскалова, Н. П. Теория и практика формирования здорового образа жизни учащихся и студентов в системе «школа-вуз»: автореф. дис ... доктора пед. наук / Н.П. Абаскалова. – Барнаул, 2000. – 48 с.

5. Абдулаева, П. З. Психология здоровья – как новое научное понятие, которое необходимо для полноценного функционирования человека в социуме, что определяет неразделимость телесного и психического / П. З. Абдулаева, А. А. Османова // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2017. – № 1. – С. 5–11.

6. Агаджанян, Н. А. Адаптация, интенсификация обучения и состояние здоровья студентов / Н. А. Агаджанян [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2005. – № 3(30). – С. 6–15.

7. Агаджанян, Н. А. Качество и образ жизни студенческой молодежи / Н. А. Агаджанян, И. В. Радыш // Экология человека. – 2009. – №5. – С. 5– 8.

8. Агафонова, А. А. Показатели здоровья студентов из техногенно-загрязненных районов Брянской области / А. А. Агафонова // Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 2 (36). – С. 23–26.

9. Адамян, В. Л. Вода – носитель информации в волновой генетике / В. Л. Адамян, Т. В. Грушко, Л. В. Сидоренко // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 6. – С. 95-96; [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.natural-sciences.ru/ru/article/view?id=10129>. – Дата доступа: 01.04.2021.

10. Адибаев, Б. М. Влияние звуковых волн на организм / Б. М. Адибаев, Н. М. Алмабаева, О. Ахсанова // Vestnik KazNMU. – №1. – 2018 – С. 262–263.

11. Активность органов по часам. Суточная активность внутренних органов человека. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://zdorovecheloveka.com/stati/sutochnaya-aktivnost-vnutrennih-organov-cheloveka>

12. Алексеенко, С. Н. Профилактика заболеваний, Академия Естествознания / С. Н. Алексеенко, Е. В. Дробот. – 2015. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://monographies.ru/en/book/view?id=524>

13. Ананьев, В. А. Этюды валеологии (монография) / В. А. Ананьев [и др.]. – СПб, БПА, 2001. – 210 с.

14. Андриющенко, Л. Б. Педагогические системы формирования физической культуры студенческой молодежи: монография / Л. Б. Андриющенко. – Волгоград: «Нива», 2006. – 176 с.

15. Агзамов, Р. Р. Формирование готовности будущего педагога к здоровьесозидающей деятельности в образовательном пространстве современной школы / Р. Р. Агзамов. – Sterlitaмак, – 2018. – 282 с.

16. Айзман, Р. И. Современные представления о здоровье и критерии его оценки / Р. И. Айзман // Сибирский педагогический журнал, 2012. – № 9. – С. 85–91.

17. Александров, А. Б. Информационно-аналитическая система мониторинга здоровья, оценки адаптационного потенциала и риска артериальной гипертензии у студентов вуза: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / А.Б. Александров. – Екатеринбург, 2008. – 126 с.

18. Альбедиль, М. Ф. Буддизм / М. Ф. Альбедиль. – СПб.: Питер. – 2007. – 224 с.

19. Амосов, Н. М. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – М., 1987. – 191 с.

20. Аникин, С. С. Здоровьесберегающее образовательное пространство как условие формирования здорового поколения / С. С. Аникин // Культура здоровья и образование: состояние, проблемы, перспективы. Екатеринбург. – 2011. – С. 16–23.

21. Аникина, Е. В. Социально-психологическая адаптация студентов столицы, прибывших из разных эколого-климатических зон России / Е. В. Аникина, В. В. Глебов // Вестник Международной академии наук (Русская секция). – 2010. – № 3. – С. 117–119.

22. Апанасенко, Г. Л. Индивидуальное здоровье: сущность, механизмы, проявления / Л. Г. Апанасенко // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. – 2006. – № 1 (16). – С. 66–69.

23. Апанасенко, Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л.А. Попова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 248 с.
24. Апчел, В. Я. Стресс и стрессустойчивость человека / В. Я. Апчел, В. Н. Цыган. – СПб.: ВМА. – 1999. – 86 с.
25. Арестова, О. Н. Индивидуальные особенности функционирования защитных механизмов / О. Н. Арестова, Н. В. Калинина // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. – Психология. 2000 – № 1. – С. 20–29.
26. Аткинсон, М., Чойс, Рае Т. Достижение целей. Пошаговая система / М. Аткинсон, Рае Т. Чойс. – Альпина Паблишер, 2020. – 288 с.
27. Аулик, И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте / И. В. Аулик. – Изд. 2-е. – М. : Медицина, 1990. – 84 с.
28. Ахматова, Н. А. Сомато-функциональная изменчивость организма студентов в условиях применения дифференцированных физкультурных технологий: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.00.13 / Н. А. Ахматова. – Тюмень, 2005. – 24 с.
29. А поговорить?.. Наука. Гаджеты делают нас глупее, несчастнее и гробят наших детей? – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.youtube.com/watch?v=bMIE8mfzJ0Y> Гаджет-зависимость: как распознать и чем лечить? <https://informburo.kz/stati/gadzhetzavisimost-kak-raspoznat-i-chem-lechit.html>.
30. Бабосов, Е. М. Управление персоналом / Е. М. Бабосов, Э. Г. Вайнилович, Е.С. Бабосова. – М.: ТетраСистемс, 2012. – 288 с.
31. Баевский, Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – М. : Медицина, 1997. – С. 43–53.
32. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. – М.: Медицина, 1979. – 298 с.
33. Байер, К. Здоровый образ жизни / К. Байер, Л. Шейнберг. – М.: Мир, – 1997. – 368 с.
34. Базарова, К.А. Проблема употребления алкогольных напитков среди студентов пензенского государственного университета / К. А. Базарова, В. С. Златогорская // NOVAINFO.RU. –2018. – № 85. – Т.1. – С.255–260.
35. Баранов, А. А. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.
36. Баранов, А. А. Сохранение и укрепление здоровья подростков – залог стабильного развития общества и государства (состояние

проблемы) / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, А. Г. Ильин // Вестник РАМН. – 2014. – № 5–6. С. 65–70.

37. Бардакова, Л. И. Репродуктивные права и репродуктивное здоровье в свете реализации Программы действий Международной конференции в Каире / Л. И. Бардакова // Народонаселение. – 2004. – №3. – С. 28–36.

38. Бароненко, В.А., Раппопорт, Л.А. Здоровье и физическая культура студента / В.А. Бароненко, Л.А. Раппопорт. – Москва Альфа-М. – 2003. – 417 с.

39. Бароненко, В. А. Культура здоровья студента : учеб. пособие / В. А. Бароненко, Л. А. Раппопорт. – Екатеринбург 2003. – 224 с.

40. Барыльник, Ю. Б. Современные особенности сексуального поведения студентов / Ю. Б. Барыльник [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – 12 (4). С. 582–585.

41. Батмангхелидж, Ф. Ваше тело просит воды; пер. с англ. Е.А. Бакушеваю ; 6-е изд. / Ф. Батмангхелидж. – Минск : Серия «Здоровье и альтернативная медицина» – 2010. – 208 с.

42. Бевз, С. О. О влиянии гаджетов на когнитивное развитие личности: генезис, история и последствия проблемы / С. О Бевз, Р.А. Горягин // Проблемы современного педагогического образования. Психология. – 2019. – С.439–441.

43. Безруких, М. М. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения: методические рекомендации / М. М. Безруких, В. Д. Сонькина. – М.: Триада-фарм. – 2002. – 117 с.

44. Безруких, Н. А. Формирование установки студентов на здоровый образ жизни в образовательном процессе профессиональной школы / Н. А. Безруких. – Саратов: Поволж. АГС, 2007. – 208 с.

45. Белова, Н. И. «Здоровый образ жизни» и «здоровый стиль жизни»: общность и различия / Н. И. Белова // Казанская наука. – 2003. – № 11. – С. 342–344.

46. Беляев, Г. С. Психогигиеническая саморегуляция / Г. С. Беляев, В. С. Лобзин. – М.: Медицина, 1977. – 500 с.

47. Беспалько, В. П. Педагогика и прогрессивные технологии обучения / В. П. Беспалько. – М.: Изд-во Института профессионального образования Министерства образования России, 1995. – 412 с.

48. Бёмиг, У. Самопомощь при бессонницах, стрессах и неврозах / У. Бёмиг. – Минск: Полымя, 1985. – 102 с.

49. Бирюкова, Ю. Н. Формирование здорового образа жизни у учащихся общеобразовательной школы на основе здоровьесберегаю-

щих технологий: автореф. дис. ... канд. пед. наук 13.00.04 / Ю. Н. Бирюкова – Краснодар. – 2004. – 23с.

50. Блект, Р. Поиски настоящего смысла жизни. Беседы с теми, кто его нашел / Р. Блект – «Благо-Дарение», 2013. – 31 с.

51. Блект, Р. Самоучитель совершенной личности. 10 шагов на пути к счастью, здоровью и успеху / Рами Блект. – М.: Астрель: Полиграфиздат, 2012 – 221 с.

52. Близнюк, А. И. Здоровый образ жизни и здоровье: современное состояние проблемы / А. И. Близнюк // Медицинские новости. – 2014. – №4. – С. 31–33.

53. Блинов, Л. Н. Экологическая обстановка и здоровье человека / Л. Н. Блинов, И. Л. Перфилова, Л.В. Юмашева // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2010. – С. 143–148.

54. Блинова, Е. Г. Основы социально-гигиенического мониторинга условий обучения студентов высших учебных заведений / Е. Г. Блинова, В. Р. Кучма // Гигиена и санитария. – 2012.– № 1. – С. 35–40.

55. Блинова, Е. Г. Причинно-следственные связи в системе потери здоровья студентов и факторы, их формирующие / Е. Г. Блинова // Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения): мат. Всеросс. научно-практ. конф. с междунар. участием. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – С. 57–59.

56. Богомаз, С. А. Самодетерминация в структуре личностного потенциала современной российской молодежи / С. А. Богомаз, М. А. Мартынова // Вестник ТГУ. – 2012. – № 357. – С. 164–168.

57. Богомолов, А.Е. Влияние здорового образа жизни на иммунитет: миф или реальность? / А. Е. Богомолов, С. В. Зайков // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2013. – №2 (61). – С. 43–48.

58. Бонгард-Левин, Г. М. Древнеиндийская цивилизация: философия, наука, религия / Г. М. Бонгард-Левин. – М., 1980. – 333 с.

59. Бондин, В. И. Здоровый стиль жизни. Монография / В. И. Бондин, Э. В Мануйленко, О. Н. Толстокопа. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/21MNNPM18.pdf>

60. Борисов, Э. И. Мироззрение – основа здоровья и качества жизни. – С. 51–59.

61. Брехман, И. И. Валеология – наука о здоровье / И. И. Брехман. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.

62. Бриленок, Н. Б. Здоровый образ жизни как социальная практика / Н. Б. Бриленок // Известия Саратовского университета. Сер.

Философия. Психология. Педагогика. – 2016. – Т. 16. – Вып. 1. – С. 5-9. DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-1-5-9

63. Бриленок, Н. Б. Здоровый образ жизни: социально-философский анализ: автореф. дис. ...канд. филос. наук: 09.00.11/ Н. Б. Бриленок. – Саратов. – 2018. – 23 с.

64. Булгакова, О. В. Формирование готовности студенток вуза к выполнению базовых упражнений общей физической подготовленности: теоретические и методические основы / О. В. Булгакова, Д. А. Шубин, В. В. Пономарев. – Красноярск: СибГТУ, 2016. – С. 7–28.

65. Булич, Э. Г. От понимания сущности здоровья к его диагностике и целенаправленной стимуляции / Э. Г. Булич, И. В. Муравов // Валеология. – 2004. – № 1. – С. 4–12.

66. Буркина, О. В. Современные тенденции сексуального поведения девушек студенческого возраста / О. В. Буркина, Л. А. Прокопенко // Успехи современного естествознания. – 2013. №10. С. 96–198.

67. Вайнбаум, Я. С. Гигиена физического воспитания и спорта: учеб. пособие / Я. С. Вайнбаум, В. И. Коваль, Т. А. Родионова. – М.: Академия, 2005. – 240 с.

68. Вайнер, Э. Н. Валеология: учебник для вузов / Э. Н. Вайнер. 2001. – М.: Флинта: Наука, 2001. – 416 с.

69. Валеева, Н. Ш. Психология и культура умственного труда: учеб. пособие / Н. Ш. Валеева, Н. П. Гончарук. – М.: Кнорус, 2004. – С. 134.

70. Валентинович, Л. И. Социально-гигиеническая характеристика студентов медицинского колледжа / Л. И. Валентинович, Е. О. Домрачев // Профилактическая медицина. – 2010. – № 3. – С. 13–17.

71. Ван Дер Вийль Петер Взаимосвязь заболеваний пародонта и сердечно-сосудистой системы / Ван Дер Вийль Петер // Проблемы стоматологии. – 2014. – №6. – С.4–8.

72. Васильева, О. Л. Заболеваемость, образ жизни и пути совершенствования медицинского обслуживания студентов высших учебных заведений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / О. Л. Васильева. – Н. Новгород, 2001. – 22 с.

73. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М., 2001. – 352 с.

74. Вергунова, В. М. Повышение уровня здоровья студенток вуза физкультурно-оздоровительными средствами / В. М. Вергунова [и др.] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2012. – № 44. – С. 29–35.

75. Вершебенюк, А. В. Сексуальное здоровье подростка – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.youtube.com/channel/UCQmjx4lNa_vZel4gEVfIH8g.
76. 137. Ветков, Н. Е. Здоровье человека как ценность и его определяющие факторы / Н. Е. Ветков // Наука -2020. – 2016. – С. 126–142.
77. Виленский, М. Я. Методологический анализ общего и особенного в понятиях «здоровый образ жизни» и «здоровый стиль жизни» / М. Я. Виленский, С. О. Авчинникова // Теория и практика физической культуры. – 2004. – № 11. – С. 2–7.
78. Виленский, М. Я. Общее и особенное в педагогических категориях «здоровый образ жизни» и «здоровый стиль жизни» / М. Я. Виленский // Вестник РГУ им. И. Канта. – 2006. – Вып. 11. Педагогические и психологические науки. – С. 8–18.
79. Виленский, М. Я. Социально-педагогические детерминанты гуманитарной сущности дисциплины «физическая культура» в государственных образовательных стандартах высшего профессионального образования третьего поколения / М. Я. Виленский // Педагогическое образование и наука. – 2007. – №1. – С. 47–51.
80. Виленский, М. Я. Физическая культура работников умственного труда / М. Я. Виленский, В. И. Ильинич. – М.: Знамя. – 1987. – 96 с.
81. Виленский, М. Я. Физическая культура студента / М. Я. Виленский, А. И. Зайцев, В. И. Ильинич. – М.: Гайдарики. – 2001. – 448 с.
82. Власова, И. А. Многокомпонентность физического здоровья человека / А. А. Власова // ACTA BIOMEDICA SCIENTIFICA, 2018. – Vol. 3. – N 2 С. 130–133. DOI: 10.29413/ABS.2018-3.2.24
83. Влияние одежды на здоровье человека – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://medport.info/the-news/vliyanie-odezhdy-na-zdorove-cheloveka.html>
84. Войтенко, В. П. Здоровье здоровых. Введение в санологию / В. П. Войтенко. – Киев: Здоровье, 1991. – 246 с.
85. Войтенко, В. П. Определение биологического возраста как проблема ненозологической диагностики / В. П. Войтенко [и др.] // Вопросы геронтологии. – 1989. – вып. 11. – С. 9–16.
86. ВОЗ: Устав. – Женева, 1986. – С. 20–25.
87. Возьмитель, А. А. Образ жизни: концепция, сущность, динамика: дис. в виде науч. доклада ... д-ра социол. наук: 22.00.04 / А. А. Возьмитель [Ин-т социологии РАН]. – М., 2000. – 74 с.

88. Волкова, В. М. Режим труда и отдыха студентов / В. М. Волкова // Актуальные вопросы здорового образа жизни, теории и методики физической культуры и спорта: материалы X Междунар. студ. науч. конф. 2018. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://scienceforum.ru/2018/article/2018001354>. – Дата доступа: 04.08.2020.
89. Выготский, Л. С. Лекции по психологии / Л. С. Выготский. – Спб.: Союз. – 1997. – 142 с.
90. Гаджет-зависимость: как распознать и чем лечить? – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://informburo.kz/stati/gadzhetzavisimost-kak-raspoznat-i-chem-lechit.html>
91. Гаджиibraгимов, Д. А. Заболеваемость как отражение фактора риска / Д. А. Гаджиibraгимов, Р. С. Рахманов // Здоровье населения и среда обитания. – 2009. – № 11. – С. 27–29.
92. Галстян, А. Г. Роль наследственности и среды в формировании здоровья человека / А. Г. Галстян // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25084>.
93. Гараева, Е. А. Теоретические аспекты проблемы актуализации внимания студентов к вопросам сохранения здоровья / Е. А. Гараева, Э. И. Мамедова // Современная медицина: актуальные вопросы. – № 2–3 (46). – 2016. – С. 162–166.
94. Гарбузов, В. И. Нервные дети: Советы врача / В. И. Гарбузов. – Л.: Медицина, 1990. – 176 с.
95. Герчак, Я. М. Формирование готовности к здоровьесбережению студентов высшего профессионального образования: автореф. дис. ... канд. пед. наук, 13.00.08. / Я. М. Герчак. – Новокузнецк, 2007. – 22 с.
96. Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов.– [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://40.rosпотребнадзор.ru/center/stats/132709/>
97. Гинойн, Р. В., Хомутов, А.Е. Физиология эмоций / Р. В. Гинойн, А.Е. Хомутов. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородского госуниверситета. – 2010. – 66 с.
98. Глебов, В. В. Уровень психофизиологической адаптации студентов на начальном этапе обучения в системе высшей школы / В. В. Глебов // Вестник РУДН. Серия «Экология и безопасность жизнедеятельности». – 2013. – № 5. – С.18–22.
99. Глушанко, В. С. Здоровый образ жизни и его составляющие: учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко [и др.] ; под ред. проф. В. С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ. – 2017. – 301 с.

100. Гончарова, Н. Г. Трансформация досуговой деятельности современной российской студенческой молодежи: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. социол. наук: специальность 22.00.04/ Н. Г. Гончарова. 2009. – 29 с.
101. Горбов, Ф. Д. Детерминация психических состояний / Ф. Д. Горбов // Вопросы психологии. – 1971. – № 5. – С. 45–61.
102. Гордюшкина, В. Ю. Популярные виды спорта среди студентов / В. Ю. Гордюшкина, З. П. Череп, Т. А. Андреевко // Наука – 2020. – 2019. – №10 (35). С.53–57.
103. Горовой, В. А. Физическая рекреация студентов В. А. Горовой. – Мозырь: УО МГПУ им. И.П. Шамякина, 2011 – 158 с.
104. Горелов, А. А. К проблеме систематизации новых физкультурно-оздоровительных технологий в образовательном пространстве современного вуза / А. А. Горелов, В. Л. Кондаков, В. П. Сущенко // Вестник спортивной науки. – 2014. – № 2. – С. 45–50.
105. Городецкая, И. В. Физиологические основы здорового образа жизни: учебное пособие / И. В. Городецкая. – Витебск: ВГМ У, 2013. – 120 с.
106. Григорович, Е. В. Плавание как фактор укрепления здоровья студента / Е. В. Григорович // Проблемы физической культуры и спорта, здоровья детей и молодежи. Брест: БрГУ. – 2017. – С. 377–379.
107. Гримак, Л. П. Общение с собой: Начала психологии активности / Л. П. Гримак. – М.: Политиздат, 1991. – 320 с.
108. Гришанов, Л. К. Социологические проблемы адаптации студентов младших курсов / Л. К. Гришанов, В. Д. Цуркан // Психолого-педагогические аспекты адаптации студентов к учебному процессу в вузе. – Кишинев. – 1990. – С. 29–41.
109. Гуревич, П. С. Философская антропология: учебное пособие / П. С. Гуревич – М.: Вестник, 1997. – 448с.
110. Давиденко, Д. Н. Здоровье и образ жизни студентов : учеб. пособие. / Д. Н. Давиденко, Ю. Н. Щедрин, В. А. Щеголев ; под. общ. ред. проф. Д.Н. Давиденко – СПб.: СПбГУИТМО, 2005. –124 с.
111. Давиденко, Д. Н. Образ жизни и здоровье студентов / Д. Н. Давиденко, В. А. Щеголев, Ю. Н. Щедрин // Научно-технический вестник информационных технологий, механики и оптики. – 2004. – С. 265–267.
112. Давиденко, Д. Н. Основы здорового образа жизни / Д. Н. Давиденко // Вестник Балтийской Академии. – 1996. – Вып. 9. Здоровье человека – главная ценность. – С. 15–23.

113. Девятловский, Д. Н. Влияние шумового воздействия на здоровье человека / Д. Н. Девятловский // Актуальные проблемы лесного комплекса. – 2010. – С. 55–57.

114. Дергач, Е. А. Открытые онлайн-курсы в обучении студентов дисциплине «физическая культура» / Е. А. Дергач, О. Б. Завьялова, Н. А. Брюханова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. – С. 103–110. DOI: <https://doi.org/10.25146/1995-0861-2019-47-1-127>

115. Дранник, Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. – К.: Полиграф плюс, 2010. – 552 с.

116. Дружинин, В. Н. Психология семьи / В. Н. Дружинин. – СПб.: Питер, 2008. – 176 с.

117. Дудрова, Е. В. Научное обоснование совершенствования организации лечебно-профилактической помощи студентам с болезнями органов дыхания в вузах: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Е. В. Дудрова. – М., 2010. – 176 с.

118. Дыхан, Л. Б. Отношение к здоровью студентов вуза как проблема психологии здоровья (гендерный аспект) / Л. Б. Дыхан // Известия ЮФУ. Технические науки. – 2006. – № 68 (13). – С. 144–150.

119. Евсеев, Ю. И. Физическая культура / Ю. И. Евсеев. – Изд. 6-е, доп. и испр. – Ростов н/Д: Феникс. – 2010. – С. 177–205.

120. Ежевская, Т. И. Психологическое воздействие информационной среды на современного человека / Т. И. Ежевская // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. – №3(37). – С. 88–91.

121. Ефимов, А.А. Основы рационального питания : учеб. пособие / А. А. Ефимов, М. В. Ефимова. – Петропавловск-Камчатский: КамчатГТУ, 2007. – 178 с.

122. Жоголева, О. А. Влияние спелеоклиматических факторов на иммунный статус студентов в состоянии психоэмоционального стресса: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 03.03.01, 14.03.09 / О. А. Жоголева. – Курск, 2010. – 21 с.

123. Жолнерук, М. В. Двигательная активность в режиме дня студента / М. В. Жолнерук, М. С. Сидоревич // Проблемы физической культуры и спорта, здоровья детей и молодежи. – Брест: БрГУ. – 2017. – С. 387–388.

124. Жомин, К. М. Морфофункциональные и психофизиологические особенности студенток в зависимости от вида и режима физкультурно-портвнй деятельности: дис. ... канд. биол. наук / К. М. Жомин. – Новосибирск, 2013. – 157 с.

125. Зависимость от гаджетов, причины, последствия, лечение и как ее побороть за 14 дней. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа

: <https://zdravyismysl.ru/obshhaya-psihologiya/zavisimost-ot-gadzhetov.html>

126. Завьялов, А. Е. Формирование здорового образа жизни молодежи в современной России: автореф. дисс. канд. соц. наук 22.00.04 / А. Е. Завьялов. – Москва, 2013. – 22 с.

127. Замятина, А. А. Взаимосвязь адаптационного потенциала личности и психологического благополучия в юношеском возрасте / А. А. Замятина // Казанский педагогический журнал. – 2016. – № 2(115). – С. 385–389.

128. Зароднюк, Г. В. Основы здорового образа жизни студента: Основы здорового образа жизни студента: учеб. пособие для студентов технических вузов / Г. В. Зароднюк, М. Н. Ларионова. – СПб.: Изд-во Политехнич. ун-та. – 2016. – 26 с.

129. Звездина, М. Л. Разнообразие научных подходов к формированию здорового образа жизни обучающихся / М. Л. Звездина // Научный диалог. – 2013. – № 8 (20): Педагогика. – С. 8–23.

130. Здоровье студентов : монография / кол. авторов под ред. Н. А. Агаджаняна. – М.: Изд-во РУДН, 1997. – 199 с.

131. Здоровый образ жизни: сб. науч. тр. / под ред. С.А. Симбирцева. – 2008. – 72 с.

132. Зотова, М. О. Особенности применения здоровьеразвивающих технологий в формировании культуры здоровья школьников / М. О. Зотова // Современные проблемы науки и образования. – 2009. – № 3. – С. 50–57.

133. Иванова, В. П. Комплексное социально-гигиеническое исследование студентов-инвалидов: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / В. П. Иванова. – Иваново, 2005. – 218 с.

134. Иванова, Л. А. Основы оздоровительного питания студентов, занимающихся физической культурой и спортом [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Л. А. Иванова, О. А. Казакова, А. О. Попова. – Электрон. дан. – Самара: Изд-во Самар. гос. экон. ун-та, 2016.

135. Ивахненко, Г. А. Сборник научных трудов кафедр гуманитарных наук / Г. А. Ивахненко. – М., 2008. – С. 184–186.

136. Ивойлова, И. И. Состояния здоровья и условий жизни студентов средних специальных и медицинских учебных заведений Кузбасса: дис. ... канд. мед. наук / И. И. Ивойлова. – Кемерово, 2001. – 164 с.

137. Игнатьева, Л. П. Факторы, влияющие на здоровье: учебное пособие / Л. П. Игнатьева, М. В. Чирцова, М. О. Потапова. – ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра коммунальной гигиены и гигиены детей и подростков. – Иркутск: ИГМУ, 2014. – 33 с.

138. Изаак, С. И. Физическое развитие и физическая подготовленность в системе мониторинга состояния физического здоровья населения (возрастно-половые особенности студентов) / С. И. Изаак, Т. В. Панасюк // Теория и практика физической культуры. – 2004. – № 11. – С. 51–52.

139. Изуткин, Д. А. Формирование здорового образа жизни / Д. А. Изуткин // Советское здравоохранение. – 1984. – № 11. – С. 8–11.

140. Инновационный подход к здоровьесбережению студентов в рамках семинарских занятий модуля «Физическая культура» [Электронный ресурс]: учеб.-метод. пособие / А. Н. Черемных, Т.И. Чедова; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. – Электрон. дан. – Пермь, 2018. – 4 Мб; 96 с. – Режим доступа: <http://www.psu.ru/files/docs/science/books/uchebnie-posobiya/innovacionnyj-podhod-k-zdoroviesberezheniyu-studentov.pdf>. – Загл. с экрана.

141. Казин, Э. М. Социально-педагогические подходы к здоровью как базовой адаптивной и социальной ценности / Э. М. Казин [и др.] // Сибирский педагогический журнал. – № 9. – 2012. – С. 30–36.

142. Казначеев, В. П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения / В. П. Казначеев, Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – Л.: Медицина, 1980. – 226 с.

143. Казначеев, В. П. Современные аспекты адаптации / В. П. Казначеев. – Новосибирск: Наука, – 1980. – 192 с.

144. Как избавиться от цифровой зависимости за 30 дней. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.wrike.com/ru/blog/kak-izbavitsa-ot-tsifrovoy-zavisimosti-za-30-dney/>

145. Калимуллина, О. А. Досуг как сфера проявления и развития творческой направленности личности социально-культурная деятельность / О. А. Калимуллина // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств [Текст]: журнал теоретических и прикладных исследований. – Кемерово: КемГУКИ, 2014. – №26. 2014. – С. 241–248.

146. Калина, И. Г. Теоретические и методические основы физической культуры: учеб. пособие для студентов неспециализированных высших учебных заведений / И. Г. Калина, К. Б. Тумаров, В. М. Григо / под ред. А.И. Голубева; фил. Казан. гос. ун-та. – Набережные Челны: Лаб. операт. полиграфии, 2009. – 98 с.

147. Калинина, И. Г. Оценка биологического возраста в диагностике уровня здоровья / И. Г. Калинина, Г. Ш. Ашрафуллина 144. Как избавиться от цифровой зависимости за 30 дней. – [Электронный ре-

курс]. – Режим доступа :
https://kpfu.ru/staff_files/F878366699/Cheboksary.pdf

148. Калмыкова, Е. С. Психологические проблемы первых лет супружеской жизни / Е. С. Калмыкова // Вопросы психологии. – 1983. – № 3. – С. 83–89.

149. Камышникова, А. В. Исследование культуры питания студентов - как фактора здорового образа жизни / А. В. Камышникова, Т. В. Роткина // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2016. – Том 6. – № 1. – С. 21.

150. Карпман, В. Л. Исследование физической работоспособности у спортсменов / В. Л. Карпман, З. Б. Белоцерковский, И. А. Гудков. – М.: «Физкультура и спорт», 1974. – 96 с.

151. Картышева, С. И. Анализ здоровьесберегающих технологий и их роль в образовательном процессе / С. И. Картышева // Культура физическая и здоровье. – 2014. – № 4 (51). – С. 77–79.

152. Картышева, С. И. Проблемы организации здоровьесбережения в образовательных учреждениях / С. И. Картышева, А. Н. Корденко, И. Г. Гончарова // Культура физическая и здоровье. – 2018. – № 3 (67). – С. 146–148.

153. Касимов, Р. А. Идеальная модель здорового образа жизни как педагогическое средство формирования здоровой личности в здоровьесберегающем образовательном пространстве / Р. А. Касимов // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25612>. – Дата доступа : 18.03.2021.

154. Квятковская, Н. А. Уровень общей выносливости студенток нефизкультурных вузов и динамика их физической подготовленности в период обучения / Н. А. Квятковская, Р. Э. Зимницкая // Вестник Полоцкого государственного университета. Серия Е: Педагогические науки. – 2011. – № 15. – С. 145–149.

155. Кириенко, В. В. Студенческая молодежь: ментальные особенности, идентичность, образ жизни / В. В. Кириенко, В. В. Клейман, А. А. Злотников ; под общ. ред. В.В. Кириенко. – Гомель: ГГТУ им. П.О. Сухого, 2015. – 281 с.

156. Киэлевяйнен, Л. М. Формирование у студентов ценностно-смыслового отношения к здоровому образу жизни в физкультурно-образовательном процессе педагогического вуза: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Л. М. Киэлевяйнен. – Тверь, 2012. – 22 с.

157. Климов, В. М. Психофизиологический статус и физическая подготовленность студентов в динамике обучения в вузе в зависимо-

сти от вида физкультурных занятий: диссертация ...канд. биол. наук: 19.00.02 / В. М. Климов. – Новосибирск. – 2018. – 171 с.

158. Коваленко, Т. Г. Основы здорового образа жизни и регулирования работоспособности студентов: учеб. пособие / Т. Г. Коваленко, Е. Л. Смеловская, Л. В. Агафонова. – Волгоград: Издательство ВолГУ, 2002. – 92 с.

159. Кови, Стивен, Фокус. Достижение приоритетных целей / Стивен Р. Кови, Стив Джонс. – М.: Издательство «Альпина Пабшер». – 2021. – 146 с.

160. Ковтуненко, А. Ю. Хронотипы и адаптивные особенности студентов педагогического факультета/ А. Ю. Ковтуненко // Педагогические и психофизиологические проблемы адаптации детей и молодежи: материалы междунар. науч.-практ. Интернет-конф., Белгород, 18-22 марта 2013 г. / НИУ БелГУ, Укр. инж.-пед. акад.. – Белгород, 2013. –С. 131–135.

161. Кокорина, О. Р. Профессиональное образование: здоровьесберегающие аспекты / О. Р. Колорина. – М.: Научно-издательский центр «Теория и практика физической культуры и спорта». – 2008. – 214 с.

162. Колесникова, И. А. Инновации в сфере услуг общественного питания / И. А. Колесникова, С. А. Тапешкина // Здоровье человека и экологически чистые продукты питания – 2014: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Орел: Госуниверситет – УНПК. – 2014. – С. 247–250.

163. Колесникова, Н. Ю. Научное обоснование организации медико-профилактической помощи студентам в современных условиях: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.33 / Н. Ю. Колесникова. – СПб, 2009. – 18 с.

164. Компаниец, Ю. А. Информационное обеспечение формирования здорового стиля жизни как ценностной ориентации / Ю. А. Компаниец // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2009. – № 3. – С. 75–80.

165. Конзе, Э. Буддизм: сущность и развитие / Э. Конзе. – СПб.: Наука. – 2003. – 288 с.

166. 628. Копина, О. С. Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников / О. С. Копина, Е. А. Сулова, Е. В. Заикин // Вопросы психологии. – 1995. – № 3. – С. 119–132.

167. Кораблева, Е. Н. Свободное время и образ жизни студентов вузов / Е. Н. Кораблева // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения 2017. –С. 52–58.

168. Коршунов, В. В. Инфранианые ритмы студенческой молодежи / В. В. Коршунов, И. А. Каркавцева, Е. В. Белецкая. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://scienceforum.ru/2020/article/2018022301>.

169. Корякин, С. А. Результаты социологического опроса студентов по изучению распространенности немедицинского потребления психоактивных веществ / С. А. Корякин [и др.] // Вопросы управления качеством медицинской помощи. – 2007. – № 1–2. – С. 71–87.

170. Косарев, В. В. Тенденции формирования и возможные пути профилактики табачной зависимости (по данным эпидемиологического исследования) / В. В. Косарев, С. А. Бабанов // Пульмонология. – 2006. – № 3. – С. 119–124.

171. Крючкова, Г. Н. Особенности психофизиологических механизмов эмоционального напряжения / Г. Н. Крючкова // Фундаментальные исследования. – № 11. – 2007. – 15 с.

172. Куванов, В. А. Здоровый образ жизни студенческой молодежи в аспекте социологического анализа / В. А. Куванов, Е. Н. Коростелев // Теория и практика физической культуры. – 2017. – № 5. – С. 21.

173. Кузнецова, Л. Э. Повышение адаптационного потенциала личности студентов в процессе их психологического сопровождения / Л. Э. Кузнецова, М. Ю. Кулешова // Молодой ученый. – 2015. – № 23. – С. 877–879.

174. Кужугет, А. А. Особенности физического развития, функции кардиореспираторной системы и соматического здоровья студентов в зависимости от организованной двигательной активности: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.03.01 / А. А. Кужугет. – Челябинск, 2012. – 23 с.

175. Купер, К. Аэробика для хорошего настроения / К. Купер. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 192 с.

176. Кураженкова, Н. С. Семья как главный институт воспитания / Н. С. Кураженкова // Интернет-журнал «Мир науки» 2015. – №3 <http://mir-nauki.com/PDF/22PDMN315.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

177. Курилина, А. А. Влияние курения вейпа на состояние студентов медицинских вузов / А. А. Курилина, А. А. Львова, А. П. Селезнева // Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая наука – 2020». – 2020. – С. 565–566.

178. Курсы Аллена Карра Легкий способ бросить курить – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://allencarr.ru/vred-kureniya-kak-ono-vliyaet-na-organizm/>

179. Кутузовская, А. С. Культура досуга – необходимый элемент формирования здорового образа жизни / А. С. Кутузовская // Актуальные вопросы общественных наук: социология, политология, философия, история: сб. ст. по матер. XLVIII междунар. науч.-практ. конф. –№4(45). – Новосибирск: СибАК. – 2015. – С.27–34.

180. Кэнфилд, Дж. Цельная жизнь. Ключевые навыки для достижения ваших целей / Дж. Кэнфилд. – Манн, Иванов и Фербер, – 2015. – 264 с.

181. Лебедев, А. В. Морфофункциональные особенности студентов первого курса педагогического вуза / А. В. Лебедев [и др.] // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2014. – № 1(17). – С. 128–141.

182. Левшук, Л. М. Репродуктивное здоровье молодежи: проблемы и решения современные методы формирования здорового образа жизни у студенческой молодежи / Л. М. Левшук [и др.] // Современные методы формирования здорового образа жизни у студенческой молодежи: сб. науч. ст. по материалам I Респ. науч.-практ. конф. С междунар. участием 2017/ редкол.: И.В. Пантюк (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. центр БГУ, 2017. – С.190 – 196.

183. Лелевич, В. В. Биохимия патологических процессов: пособие для студентов лечебного факультета (специальность 1-79 01 01 Лечебное дело) и медико-диагностического факультета (специальность 1-79 01 04 Медико-диагностическое дело) / В. В. Лелевич, В. М. Шейбак, Н. Э. Петушок ; под ред. проф. В. В. Лелевича. – Гродно: ГрГМУ. – 2016. – 136 с.

184. Лимаренко, О. В. Исследование направленности личности студентов в динамике вузовской адаптации и становления психофизического потенциала / О. В. Лимаренко, Н. Н. Колесникова, А. А. Лимаренко // Здоровье для всех: материалы VII международной научно-практ. конф., посвящ. 10-летию факультета организации здорового образа жизни. Редкол.: К.К. Шебеко [и др.] УО «ПолесГУ», 23-24 апреля 2017 г./ Мин. обр. РБ. – Пинск: ПолесГУ, 2017. – С.39–43.

185. Лимаренко, О. В. Механизмы проявления психоэмоционального напряжения студентов в процессе учебной деятельности / О. В. Лимаренко // Оптимизация учебно-воспитательного и тренировочного процесса в учебных организациях высшего образования. Здоровый образ жизни как фактор профилактики: сборник статей 11 Все-

российской научно-практической конференции (18 мая 2019). – Красноярск: СибЮИ МВД России. – 2019. – С. 91–94.

186. Лимаренко, О. В. Психоэмоциональное напряжение студентов в процессе учебной деятельности / О. В. Лимаренко, А. П. Лимаренко // Актуальні проблеми фізичного виховання та здоров'я людини :Матеріали IV-ої Міжнародної заочної науково-практичної конференції (3-7 грудня 2018 року, м. Слов'янськ)/ [За заг. Ред. Проф. В.В. Дичка]. Слов'янськ: ДДПУ, 2018. – С. 85–92.

187. Лисицын, Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Ю. П. Лисицын. – М., 1973. – 455 с

188. Лисовский, В. Т. Любовь, брак, семья. Социологическое исследование / В. Т. Лисовский. – СПб.: Наука, 2003. – 368 с.

189. Лищук, В. А. Основы здоровья. Обзор. Актуальные задачи, решения, рекомендации / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова. – М.: Восточная книжная компания, 1994. – 134 с.

190. Лубышева, Л. И. Социология физической культуры и спорта: учебное пособие / Л. И. Лубышева // 2-е изд. стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 240 с.

191. Магомедова, Р. Р. Отношение к планированию семьи среди студентов старших курсов медицинского университета / Р. Р. Магомедова // Медицинские науки. – 2015. – Выпуск 7. – С. 121–122.

192. Макаров, В. К. Особенности самосознания подростков / В. К. Марков, Е. А. Борисов // Вестник Санкт-петербургского университета, – Сер. 12. – 2008. – Вып. 2. С. 71–79.

193. Маликова, Н. Н. Типология отношений студентов к наркомании / Н. Н. Маликова // Социологические исследования. – 2000. – № 7. – С. 50–57.

194. Мальковец, М. В. Комплексное изучение заболеваемости студентов БГМУ / М. В. Мальковец // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2004. – № 4. – С. 56–58.

195. Манжуга, А. Г. Принципы формирования здоровьесберегающих стратегий поведения личности на основе валеологического подхода / А. Г. Манжуга, Р. М. Салимова, Е. В. Титова // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. – №3(38). – С. 9–12.

196. Марков, В. В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: учеб. пособие для студ. высш. учеб. зав. / В. В. Марков. – М.: Издательский центр «Академия». – 2001. – 320 с.

197. Марченкова, Л. Ф. Использование координационных упражнений на занятиях со студентами специальной медицинской

группы: учеб. пособие / Л. Ф. Марченкова, Л. А. Опарина, Л. Д. Паршакова. – Новосибирск: изд-во НГТУ, 2017. – 39 с.

198. Матвеев, Л. П. Теория и методика физической культуры (общие основы. теории и методики физического воспитания; теоретико-методические аспекты спорта и профессионально-прикладных форм физической культуры): учеб. для ин-тов физ. Культуры / Л. П. Матвеев. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 543 с.

199. Матвеев, С. С. Состояние физической подготовленности студенческой молодежи республики Башкортостан / С. С. Матвеев [и др.] // Теория и практика физической культуры. – 2015. – № 9. – С. 17–20.

200. Медведев, В. Э. Психосоматические заболевания: концепции и современное состояние проблемы / В. Э. Медведев // Архивъ внутренней медицины. – №6(14). – 2013. С. 37–40.

201. Мелешкова, Н. А. Формирование здорового образа жизни студентов вуза в процессе физического воспитания: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Н. А. Мелешкова. – Кемерово. – 2005. – 25 с.

202. Мельникова, О. Ф. Личное отношение к здоровью как условие формирования здорового образа жизни / О. Ф. Мельникова // Евсевьевские чтения. Серия: подготовка специалистов в области физической культуры и спорта в педагогическом вузе. – 2016. – С. 58–62.

203. Мельникова, М.М., Косованова Л.В. Основы рационального питания: учебно-методическое пособие / М.М. Мельникова, Л. В. Косованова. – Новосибирск:НГПУ. – 2000. – 103 с.

204. Мерлин, В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности / В.С. Мерлин. – М.: Наука, 1986. – 234 с.

205. Методика построения рационального режима дня [Электронный ресурс] : методические указания к выполнению контрольной работы для студентов всех форм обучения / сост. : Е.М. Ревенко, Т.Ф. Зелова. – Электрон. дан. – Омск: СибАДИ, 2015. – 14 с. Режим доступа: <http://bek.sibadi.org/fulltext/esd30.pdf> , свободный после авторизации. – Загл. с экрана.

206. Мещерякова, Г. П. Организационно-педагогическое обеспечение реализации здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе вуза: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / Г. П. Мещерякова. – Ставрополь, 2006. – 23 с.

207. Милицкая, Л. Хотите знать уровень своих психоэмоциональных перегрузок? / Л. Милицкая // Здоровье. – 1997. – № 9. – С. 23–24.

208. Мильнер, Е. Г. Пути повышения эффективности оздоровительной тренировки / Е. Г. Мильнер // Теория и практика физической культуры. – 2000. – № 9. – С. 43–46.

209. Минина, Е. В. Самообразование как форма самостоятельной работы студентов / Е. В. Минина // Педагогическое образование в России. – 2013. – № 2. – С. 54–57.

210. Миннибаев, Т. Ш. Состояние здоровья студентов и основные задачи университетской медицины / Т.Ш. Миннибаев [и др.] // ЗНиСО. – №3(228). – С. 16–19.

211. Минц, А. Я. Показатели функционального состояния нервной системы в определении биологического возраста и введение поправки в его вычисление / А. Я. Минц, Т. Л. Дубина // Геронтология и гериатрия. 1984. Ежегодник. Биологический возраст. Наследственность и старение. – Киев, 1984. – С. 62–66.

212. Мировосприятие и образ жизни / Под ред. Ю. Н. Кулюткина, С.В. Тарасова. – СПб.: Образование-Культура, 1999. – 258 с.

213. Моор, М. Ю. Анализ уровня здоровья студентов Омского государственного института сервиса / М. Ю. Моор // Физическая культура и спорт в жизни студенческой молодежи: материалы науч.-практич. конф. с международным участием, посвященной 70-летию победы в Великой Отечественной войне. ФГБОУ ВПО «Омский государственный институт сервиса». – 2015. – С. 64.

214. Моргалева, Т. Г. К вопросу об использовании показателя «биологический возраст» в качестве критерия уровня здоровья студентов / Т. Г. Моргалева, Ю. Н. Моргалев, Т.А. Золотарева [и др.] // Валеология. – 2003. – № 1. – С. 40–46.

215. МР 2.3.1.2432-08. 2.3.1. Рациональное питание. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации» (утв. Роспотребнадзором 18.12.2008).

216. Московченко, О. Н. Валео-акмеологические аспекты оздоровительной физической культуры в вопросах и ответах : учебно-методическое пособие / О. Н. Московченко, Л. В. Захарова. – Красноярск : Красноярск. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2019. – 314 с.

217. Московченко, О. Н. Концептуальные основы здорового образа жизни / О. Н. Московченко // Сб. матер. научн. практ. конф. «Физическая культура в системе образования». – Красноярск, 2000. – С. 72–76.

218. Московченко, О. Н. Лабораторный практикум по «Основам валеологии» : учебно-методическое пособие ; изд. 3-е перераб. и доп. / О. Н. Московченко. – Красноярск : КГПУ. – 2006. – 133 с.

219. Московченко, О. Н. Системный подход к оценке здорового образа жизни / О. Н. Московченко // Валеология. – 1999. – № 2. С. 4–11.
220. Муллер, А. Б. Физическая культура: учебник и практикум для прикладного бакалавриата / А.Б. Муллер [и др.]. – М.: Издательство Юрайт, 2014. – 424 с.
221. Мысина, Г. А. Теоретические и методологические основы формирования здоровьесберегающей образовательно-воспитательной среды вуза: монография / Г. А. Мысина. – М.: М-во образования и науки Российской Федерации ; Москов. гос. техн. ун-т им. Н.Э. Баумана, 2010. – 90 с.
222. Мысина, Г. А. Формирование здоровьесберегающей образовательно-воспитательной среды вуза / Г. А. Мысина // Научные проблемы гуманитарных исследований. Вып. 4. – 2011. – С. 133–139.
223. Мяделец, О. Д. Белая и бурая жировые ткани: взаимодействие со скелетной мышечной тканью // О. Д. Мяделец [и др.]. – Вестник ВГМУ. – 2014. – ТОМ 13. – №5. – С. 32–44.
224. Недоспасов, В. О. Физиология центральной нервной системы / В. О. Недоспасов. – М.: УМК «Психология». – 2002. – С. 289.
225. Нежкина, Н. Н. Развитие компетенции здоровьесформирующего характера в системе образования педагогов / Н. Н. Нежкина // Здоровьесберегающая деятельность в системе непрерывного образования: детский сад-школа-вуз: материалы Межрегиональной научно-практической конференции / под общ. ред. Л.Е. Курнешовой, Т.С. Ивановой. – М.: МГПИ; Школьная книга, 2010. – С. 25–31.
226. Несторенко, С. Н. Научный подход к формированию понятия «здоровый образ / С. Н. Несторенко // Проблемы педагогики. – 2020. – №3. – С. 10–12.
227. Никитюк, Б. А. Интеграция знаний в науках о человеке (Современная интегративная антропология) / Б. А. Никитюк – М.: «СпортАкадемПресс». – 2000. – 440 с.
228. Нефедовская, Л. В. Состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи / Л. В. Нефедовская. – М., 2007. – 192 с.
229. Никитюк, Б. А. Конституция человека / Б. А. Никитюк // Итоги науки и техники. ВИНТИ. Сер. Антропология. – 1991. – № 4. – 149с.
230. Никифорова, С. А. Интегративные занятия аэробикой как средство формирования здорового стиля жизни студенческой молодежи: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / С. А. Никифорова. – Челябинск. – 2008. – 22 с.

231. Новолодская, Е. Г. Методология проектирования научной картины здоровья и здоровьетворения / Е. Г. Новолодская // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2013. – Т. 4. – С. 266–270. – URL: <http://e-koncept.ru/2013/64055.htm>.

232. Новохатская, Э. А. Шумовое загрязнение мегаполиса и его влияние на здоровье человека / Э. А. Новохатская // Социальная политика и социология. 2010. – № 9 (63). – С. 135–144.

233. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

234. Овчаров, Е. А. Здоровье: Аксиол., мед.-соц. и экол. анализ: Учеб. пособие для студентов вузов / Е. А. Овчаров. – Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. пед. ин-та, 2002. – 798 с.

235. Озиева, Л. С. Здоровый образ жизни студента / Л. С. Озиева // В сборнике: Актуальные вопросы современных научных исследований. – 2017. – С. 498–501.

236. Ондар, А. О. Скрининговая оценка уровня здоровья студентов-первокурсников Тувинского государственного университета / А. О. Ондар [и др.]. // Вестник Костромского государственного университета. – 2013. – № 1. – С. 101–105.

237. Определение биологического возраста человека методом : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов медиков и психологов / В.П. Войтенко ; сост.: проф. Маркина Л.Д. – Владивосток. 2001. – 29 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [/http://window.edu.ru/resource/700/61700/files/psychology016.pdf](http://window.edu.ru/resource/700/61700/files/psychology016.pdf).

238. Особенности питания и регулирования веса в спортивной борьбе: методическое пособие / сост.: О. Б. Завьялова, Н. И. Подвербная. – Красноярск. – 2017. – 166 с.

239. Осухова, Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных условиях : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. Г. Осухова. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 288 с.

240. Охримук, М. В. Стрессы в жизни студенческой молодежи. роль занятий физической культурой в преодолении стрессов / М. В. Охримук // Проблемы физической культуры и спорта, здоровья детей и молодежи. – Брест : БрГУ. – 2017. – С. 436–438.

241. О чем говорят наши вкусы – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.astrotelo.ru/articles/details.aspx?key=BC95154F27439F0C33017B822569D6183152E5F62E9668>.

242. Павлюченко, О. А. Динамика состояния здоровья студентов специальной медицинской группы, обучающихся в Хакасском госу-

дарственном университете имени Н.Ф. Катанова / О. А. Павлюченко, Ю. Д. Врублевский // Современные наукоемкие технологии. – 2016. – № 9–3. – С. 540–544.

243. Пашенцев, Д. А. Воздействие современных цифровых технологий на содержание и характер правотворческой деятельности: теоретико-правовой аспект / Д. А. Пашенцев // Вестник Нижегородской академии МВД России, 2018, № 4 (44). С. 231–235.

244. Пашин, А. А. Возрастные и гендерные характеристики ценностного отношения студенческой молодежи к здоровью и здоровому образу жизни / А. А. Пашин, А. Н. Хмельков, А. М. Васильева // Теория и практика физической культуры. – 2017. – № 10. – С.38–40.

245. Педагогические технологии : учеб. пособие для студ. пед. специальностей / Под общей ред. В. С. Кукушина. – Ростов н/Д: издательский центр «Март». – 2002. – С. 27–45.

246. Петленко, В. П. Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность / В. П. Петленко, Д. Н. Давиденко. СПб., – 1998. – С. 53–65.

247. Петрова, М. Е. Особенности досуговой жизнедеятельности студентов: социологический анализ / М. Е. Петрова // Сервис plus. – 2011. – №3. – С. 43–48.

248. Петровский, А. В. Теоретическая психология: учебное пособие / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский – М.: Издательский центр «Академия». – 2001. – С. 209.

249. Пирогова, Е.А. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека / Е.А. Пирогова, Л.Я. Иващенко, И.П. Страпко. – Киев: Здоровье, 1986. – 152 с.

250. Питкевич, М. Ю. Взаимосвязь психо-эмоционального состояния и уровня стрессоустойчивости студентов высшей школы / М. Ю. Питкевич // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – № 6(49). – С. 249–252.

251. Питкевич, М. Ю. Влияние образовательной среды на стрессовое напряжение студентов разной гендерной принадлежности / М. Ю. Питкевич, Г. Г. Аракелов // Вестник РУДН. Серия «Экология и безопасность жизнедеятельности». – 2015. – № 1. – С.104–109.

252. Платон Тимей Собрание сочинений в 4-х т.: Т.3 / Платон Тимей ; под общ. ред. А. Ф. Лосева, Я. Ф. Асмуса, А. А. Тахо-Годи. – М.: Мысль, 1994. – С. 494.

253. Попов, С. В. Валеология в школе и дома: о физическом благополучии школьников / С. В. Попов. – СПб.: Союз. – 1997. – 256 с.

254. Притча о гвоздях. Восточная притча – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://pritchi.ru/id_820
255. Прокопенко, Л. А. Причины недосыпа студентов и способы борьбы с ним / Л. А. Прокопенко, А. И. Черцова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 4–6. – С. 1220–1223; – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=9167>. – Дата доступа: 30.03.2021.
256. Прокопьев, Н. Я. Определение количества и качества здоровья. Часть 1. Основные понятия и методы : учеб. пособие / Н. Я. Прокопьев, В. М. Чимаров. – Тюмень: Издательство «Вектор Бук», 2003. – 112 с.
257. Проскурякова, Л. А. Научное обоснование системы сохранения здоровья студентов (на примере вузов Новокузнецкого городского округа): автореф. дис. ... д-ра биол. наук: 14.02.01 / Л. А. Проскурякова. – Иркутск. – 2014. – 42 с.
258. Проскурякова, Л. А. О реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Кемеровской области / Л. А. Проскурякова // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89. – № 4. – С. 549–552.
259. Профессии цифрового будущего: какие специальности появятся в ближайшее время, а какие исчезнут – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.cossa.ru/149/117262/>.
260. Прохорова, Э. М. Биологические ритмы и здоровье / Э. М. Прохорова // Научный журнал СЕРВИС plus 2010. – № 3. – С.20–26.
261. Психическое здоровье. Всемирная организация здравоохранения 2018. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
262. Психодиагностика стресса: практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю.М. Кузьмина; М-во образ. и науки РФ. Казан. гос. технол. ун-т. – Казань: КНИТУ. – 2012. – 212 с.
263. Психология здоровья : учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.. Питер, 2006. – 607 с.
264. Психология стресса и методы его профилактики: учебно-методическое пособие / Авт.-сост. – ст. преп. В. Р. Бильданова, доц. Г. К. Бисерова, доц. Г. Р. Шагивалеева. – Елабуга: Издательство ЕИ КФУ, 2015. – 142 с.
265. Пустозеров, А. И. Методы доврачебного контроля состояния здоровья физкультурников и спортсменов : учебно-методическое

пособие / А. И. Пустозеров, В. К. Миловидов, Ю. И. Сазонов. – Челябинск: УралГУФК. – 2009. – 92 с.

266. Пучко, Л. Г. Радиэстетическое познание человека. Система диагностик, самоисцеления и самопознания человека / Л. Г. Пучко. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: АНС: АСТ, Артель. – 2010 – 544 с.

267. Пять важнейших принципов безопасного питания. Пособие. Департамент по безопасности продуктов питания, зоонозам и пищевым болезням. Всемирная организация здравоохранения 2007. – 32 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys_ru.pdf

268. Разумов, А. Н. Здоровье здорового человека / А. Н. Разумов. – М.: Медицина, 1996. – 413 с.

269. Роганин, И. Н. Сходство и отличие традиционной китайской и современной медицины. общие положения / И. Н. Роганин. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://dao-clinic.ru/page_483.html

270. Родионова, О. М. Становление системы экологического профессионального образования: опыт Российского университета дружбы народов / О. М. Родионова, В. В. Глебов // Вестник Международной академии наук (Русская секция). – 2010. – № 3. – С. 244–245.

271. Розенфельд, А. С. Роль двигательной активности в формировании здоровой личности / А. С. Розенфельд, Т. А. Бобылева // Здоровье, физическое развитие и образование: состояние, проблемы и перспективы: материалы Всероссийской научно-практической конференции, 26-27 октября 2006 г., г. Екатеринбург / Рос. гос. проф.-пед. ун-т. – Екатеринбург: РГППУ, 2006. – С. 273–283.

272. Розенфельд, Л. Г. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности студентов вузов / Л. Г. Розенфельд, С. А. Батрымбетова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 1. – С. 16–24.

273. Романова, И. В. Категория «образ жизни»: понятие, содержание, структура / И. В. Романова, Н. П. Романова, И. Р. Казарян // Вестник ЗабГУ. – 2016. – Т.22. – №3. – С. 76–84.

274. Романина, Е. В. Особенности формирования индивидуального стиля тренера в процессе профессиональной деятельности / Е. В. Романина, Е. А. Романин // Теория и практика физической культуры. – 2006. – № 6. – С. 18–24.

275. Рубанович, В. Б. Валеологические принципы организации физической культуры : монография / В. Б. Рубанович. – Новосибирск: НГПУ, 1997. – 167 с.

276. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии: в 2-х т. / С. Л. Рубинштейн. – М.: Педагогика, 1989. – Т. 2. – С. 101.
277. Рубцова, И. В. Рациональное питание как составная часть здорового образа жизни : учеб. пособие для вузов / И. В. Рубцова, Т. В. Кубышкина, Я. В. Готовцева. – Воронеж: ИПЦ ВГУ. – 2008. – 24 с.
278. Рудигер, Дальке. Руководство для сна. Как засыпать, спать, высыпаться / Рудигер, Дальке. – ИГ «Весь», 2011. – 44 с.
279. Рукавицина, О. А. Сексуальная культура современной молодежи / О. А. Рукавицина // Молодой ученый. – 2012. – № 4 (39). – С. 367–371. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://moluch.ru/archive/39/4503/>. – Дата доступа : 07.04.2021.
280. Сайкина, Е. Г. Фитнес-технологии: понятие, разработка и специфические особенности / Е. Г. Сайкина, Г. Н. Понамарев // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 11. – С. 890–894.
281. Сазанов, А. В. Оценка уровня физического здоровья и адаптивных возможностей первокурсников гуманитарного университета –/ А. В. Сазанов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://science-education.ru/ru/article/view?id=22626>.
282. Салов, В. Ю. Теоретические и методические основы формирования здорового образа жизни учащейся молодежи средствами физической культуры : дисс ... доктора пед. наук / В. Ю. Салов. – Санкт-Петербург, 2001. – 327 с.
283. Самамикоджеди, Н. Оптимизация врачебного контроля за студентами с отклонениями в состоянии здоровья при занятиях физической культурой: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.03.11 / Самамикоджеди Надер – М., 2011. – 22 с.
284. Самсоненко, И. В. Анализ состояния здоровья студентов вуза / И. В. Самсоненко // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2015. – № 11(129). – С. 229–232.
285. Самусик, А. И. Формирование личностного отношения к своему здоровью / А. И. Самусик, И. В. Евшель // Современные методы формирования здорового образа жизни у студенческой молодежи : сб. науч. ст. по материалам I Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Минск, 15 марта 2017 г. / редкол.: И. В. Пантюк (отв. ред.) [и др.]; БГУ, Факультет социокультурных коммуникаций, кафедра экологии человека. — Минск: Изд. Центр БГУ, 2017. – С. 129–133.
286. СанПиН 2. 4. 2. 2821-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://prom-nadzor.ru/content/sanpin-2-4-2-2821-10>.
287. Сбитнева, О. А. Работоспособность в учебно-образовательном процессе студентов / О. А. Сбитнева, Д.

Н. Прянишникова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2018 (3). – С. 91–93.

288. Седых, Н. В. Педагогическая система формирования основ здорового образа жизни детей в дошкольных образовательных учреждениях: автореф. дис. ... доктора пед. наук: 13.00.04 / Н. В. Седых. – Волгоград, 2006. – 43 с.

289. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс. – 1979. – 80 с.

290. Сёмушкин, А. В. Эмпедокл / А. В. Сёмушкин. – М.: Мысль. – 1985. – С. 92.

291. Сергеев, А. Р. Медико-социальные и организационные аспекты формирования потребления психоактивных веществ студентами высших учебных заведений: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03; 14.02.05 / А. Р. Сергеев. – М, 2015. – 176 с.

292. Синяков, А. Ф. Самоконтроль физкультурника / А. Ф. Синяков. – М.: Знание, 1987. – Новое в жизни, науке, технике. Сер. «Физкультура и спорт»; № 1. – 96 с.

293. Смирнов, Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе / Н. К. Смирнов. – М.: АРКТИ. – 2003. – 270с.

294. Скальный, А. В. Питание в спорте: макро- и микроэлементы / А. В. Скальный, З. Г. Орджоникидзе, А. Н. Катулин. – М.: ОАО «Издательский дом «Городец», – 2005. – 144 с.

295. Современный словарь по педагогике / Сост. Е.С. Рапацевич. – Минск : Современное слово, 2001. – С. 748.

296. Соколова, Е. А. Основы физиологии кожи и волос: учеб. пособие для нач. проф. образования / Е.А. Соколова. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 176 с.

297. Соковня-Семенова, И. И. Основы здорового образа жизни и первая медицинская помощь : учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений. 2-е издание, стереотип. / И. И. Соковня-Семенова. – М.: Издательский центр «Академия», 2000 – 208 с.

298. Соловьев, В. Н. Педагогические, адаптационные и здоровьесберегающие технологии управления учебным процессом / В. Н. Соловьев // Фундаментальные исследования. – 2008. – № 5. – С. 117–122.

299. Соловьев, Г. М. Культура здорового образа жизни (теория, методика, системы): учеб. пособие / Г. М. Соловьев, Н. И. Соловьева. – М.: Илекса. – 2008. – 432 с.

300. Соловьев, Г. М. Физическая культура в образовательном процессе вуза : учебное пособие / Г. М. Соловьев. – Ставрополь: Изд-во СГУ. – 2003 г. – 243 с.
301. Социально-гигиеническая и психолого-педагогическая адаптация студентов / Т. Ш. Миннибаев [и др.] // Гигиена и санитария. – 2012. – № 1. – С. 49–51.
302. Спиричев, В. Б. Тринадцать витаминов в жизни женщины / В. Б. Спиричев. – М.: изд-во «Валетек». – 2005. – 68 с.
303. Старцев, В. Г. Проблемы избирательности поражений функциональных систем при эмоциональном стрессе и неврозе / В. Г. Старцев // Вестник АН СССР. – 1977. – № 8. – С. 32–40.
304. Степанова, И. В. Санитария и гигиена питания : учеб. пособие (+CD). – СПб.: Троицкий мост, 2010. – 224 с.
305. Страхова, И. Б. Здоровый образ жизни как способ интеграции в социум: На примере студентов с ослабленным здоровьем : автореф. дис. ... канд. социол. наук: 22.00.08 / И. Б. Страхова. – Новосибирск, 2005. – 18 с.
306. Студеникин, В. М. Вегетарианство у детей: педиатрические и неврологические аспекты / В. М. Студеникин [и др.] // Medical Journal Лечащий врач 2012. – №6. – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://www.lvrach.ru/2012/06/15435452>.
307. Сысенко, В. А. Психодиагностика супружеских взаимоотношений : научно-методическое пособие в помощь работникам социальных служб / В. А. Сысенко. – М.: НИИ семьи, 1998. – 112 с.
308. Сысоева, О. В. Социально-гигиенические аспекты формирования здоровьесохраняющего поведения студентов высших учебных заведений: на примере Хабаровского края: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / О. В. Сысоева. – Хабаровск, 2009. – 24 с.
309. Сычева, Н. Б. Типы и виды саморазрушающего поведения обучающихся / Н. Б. Сычева // Педагогическое образование в России. – 2018. – № 3. – С. 66–72.
310. Талыгина, А. Ф. Динамика физиологических и психологических показателей умственной работоспособности студентов-первокурсников педагогического вуза в климатических условиях Тюменского Севера : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.00.13 / А. Ф. Талыгина. – Челябинск, ЧГПУ, 2004. – 25 с.
311. Татарина, Н. В. Психофизиологическая и гематологическая характеристика состояния здоровья и адаптации студентов к учебной деятельности: автореф. канд. биол. наук: 03.03.01 / Н. В. Татарина. – М., 2012. – 22с.

312. Татарникова, Л. Г. Интегративная сущность здорового образа жизни: фундаментальные основы. Научный результат / Л. Г. Татарникова // Сетевой научно-практический журнал. 2014. – №2. – С. 84 – 91.

313. Татарникова, Л. Г. Педагогика здоровья: здоровьесберегающие образовательные технологии / Л. Г. Татарникова. – СПб.: СПБАППО, 2010. – 184 с.

314. Технологии разработки и совершенствования молодежных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде : учебно–методическое пособие / Л.А. Цветкова [и др.] ; под ред. И.Н. Гурвича. – СПб.: Изд–во С. – Петерб. ун–та, 2004. – 148 с.

315. Тимченко, А. Н. Основы биоритмологии : учебно-методическое пособие / А. Н. Тимченко. – Х.: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2012. – 148 с.

316. Типы питания – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://kibika.com/pitanie/typy-pitaniya>.

317. Тихомирова, И. А. Физиологические основы здоровья. Курс лекций по валеологии. Ярославль, 2009. – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/node12.html>

318. Товстик, Н. Ю. Педагогические условия оптимизации процесса полоролевой социализации подростков: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Н. Ю. Товстик. – Ульяновск, 2004. – 24 с.

319. ТОП 10 самых вредных привычек человека Лучшие рейтинги ТОП-10 со всего мира – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://top10z.ru/lyudi/top-10-samykh-vrednykh-privyчек-cheloveka.html>.

320. Трапезников, С. А. Современное состояние физической подготовленности выпускников вузов Российской Федерации с учетом военной безопасности страны / С. А. Трапезников, А. В. Гурвич // Теория и практика физической культуры. – 2014. – № 9. – С. 25–27.

321. Турабаева, А. М. Наследственность и ее влияние на здоровье / А. М. Турабаева // Потенциал российской экономики и инновационные пути его реализации: материалы международной научно-практической конференции студентов и аспирантов / Под ред. д. э. н, доц. В. А. Ковалева и д.э.н., проф. А.И. Ковалева. В 2 ч. Ч.II – Омск. – 2019. – С. 104–107.

322. Тясто, А. . О влиянии шумового загрязнения окружающей среды на здоровье человека / А. А. Тясто, М. В. Куимова. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2015. – № 10 (90). – С. 98-99.

– [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://moluch.ru/archive/90/19181/>. – Дата доступа : 11.03.2021.

323. ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзор. – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://cgon.rosпотребнадзор.ru/content/62/132/>.

324. Федотов, А. Л. Состояние здоровья, частота факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и пути повышения качества жизни у студенток медицинского университета: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / А. Л. Федотов. – Уфа, 2009. – 20 с.

325. Философский энциклопедический словарь / Гл. ред.: Л.Ф. Ильичев, И.Н. Федосеев, С.М. Ковалев, В.Г. Панов. – М.: Советская энциклопедия. – 1983. – 840 с.

326. Физическая культура студента : учебник / Под ред. В. И. Ильинича. – М.: Гардарики, 2000. – 448 с.

327. Физическая культур а: учеб. пособие / под общ. ред. Е. В. Коневой. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 558 с.

328. Филоненко, В. И. Культурно-досуговые предпочтения российских студентов в трансформирующемся обществе / В. И. Филоненко, Л. А. Штомпель, О. М. Штомпель // Власть. 2017. Том 25. №11. – С. 70–78.

329. Философский энциклопедический словарь. – М.: ИНФРА-М. – 2007. – С. 517.

330. Философско-энциклопедический словарь. – М.: Наука, 2000. – С. 319.

331. Фильм Сахар – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://www.youtube.com/watch?v=uVСуiGibMjI>.

332. Франкл, В. Психотерапия на практике / В. Франкл. – СПб.: Ювента. – 1999. – 256 с.

333. Фурманов, А. Г. Формирование здорового образа жизни: пособие/ А. Г. Фурманов, В. А. Горовой. – Мозырь: УО МГПУ им. И. П. Шамякина. – 2012 – 201 с.

334. Футорный, С. М. Здоровьесберегающие технологии в процессе физического воспитания студенческой молодежи: [монография] / С. М. Футорный. – К.: Саммит-книга, 2014. – 296 с.

335. Ховалыг, А. М. Характеристика психоэмоционального состояния студентов 1-го курса Тувинского государственного университета / А. М. Ховалыг, Л. К. Будук-оол // Актуальные проблемы исследования этноэкологических и этнокультурных традиций народов Саяно-Алтая: материалы III международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов, посвященной 20-

летнему юбилею Тувинского государственного университета. – 2015. – С. 186–187.

336. Холланд, Хаис Сознательное соединение: простой процесс восстановления соединения в изолированном мире / Хаис Холланд. – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://www.amazon.com/Consciously-Connecting-Process-Reconnect-Disconnected/dp/1452597855>

337. Хрисанфова, Е. Н. Конституция и биохимическая индивидуальность человека / Е. Н. Хрисанфова – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 153 с.

338. Цифровизация человека: влияние цифровых технологий на общество – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://mentamore.com/socium/cifrovizaciya-cheloveka.html>.

339. Черкасов, Д. В. Физиологические особенности адаптации студентов различных спортивных квалификаций в процессе обучения в вузе: автореф. дис. ...канд. биол. наук: 03.03.01 / Д. В. Черкасов. – М., 2011. – 23 с.

340. Черцова А. И. Сон и его продолжительность / А. И. Черцова, Л. А. Прокопенко // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 5–4. – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=13983>. – Дата доступа: 30.03.2021.

341. Чикова, Н. В. Особенности готовности к браку у юношей и девушек / Н. В. Чикова – [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://elar.uspu.ru/bitstream/uspu/12412/2/2019Chikova.pdf>

342. Чоговадзе, А. В. Фундаментальная книга о здоровье человека / А. В. Чоговадзе // Теория и практика физической культуры. – 2005. – № 1. – С.62–66.

343. Чокотов, Е. Н. Морфофункциональные и психологические резервы курсантов военного училища в начальный период обучения / Е. Н. Чокотов [и др.] // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2015. – № 3. – С.102–111.

344. Чупаха, И. В. Здоровьесберегающие технологии в образовательно-воспитательном процессе: научно-практический сб. инновац. опыта / И. В. Чупаха, Е. З. Пужаева, И. Ю. Соколова. – М.: Ставрополь. – 2001. – 400с.

345. Шамшина, Н. В. Психофизиологические основы учебного труда и интеллектуальной деятельности. Средства физической культуры в регулировании работоспособности: метод. указания / сост.: Н. В. Шамшина, Е. В. Голякова, Е. А. Гаврилова. – Тамбов : Изд-во Тамб. гос. техн. ун-та – 2010. – 40 с.

346. Шаповалова, О. А. Социально-экономические факторы здоровья и болезни на современном этапе / Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности: материалы интернет-конференции (16.04.2007 – 15.06.2007) – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ecsocman.hse.ru/text/16207076>.

347. Шаршакова, Т. М. Теоретико-методологические основы концепции позитивного здоровья / Т. М. Шаршакова, Н. В. Гапанович-Кайдалов // Современные подходы к продвижению здоровья. 2018 – С. 90–92.

348. Швайко А. М. Влияние утомления на организм человека / А. М. Швайко // Проблемы физической культуры и спорта, здоровья детей и молодежи. – Брест: БрГУ, – 2017. – С.347–349.

349. Шварц, В. Б. Генетика и спортивная деятельность детей и подростков / В. Б. Шварц // Медицина, подросток, спорт. – Смоленск, 1975. – С. 54–67.

350. Шеховцова, Е. Ю. Досуг учащейся молодежи: состояние и перспективы развития: автореф. дис. ... канд. социол. наук: 22.00.06 / Е. Ю. Шеховцова. – Тамбов, 2006. – 22 с.

351. Шилько, В. Г. О результатах мониторинга системы физического воспитания в вузах Сибирского Федерального округа / В. Г. Шилько, Л. В. Капилевич // Вестник ТГУ. – 2012. – № 355. – С. 140–143.

352. Шкарин, В. В. Изучение самосохранительного поведения студентов как основа профилактических программ / В. В. Шкарин, Т. В. Поздеева // Нижегородский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 87–90.

353. Шолохова, Г. П. Адаптация первокурсников к условиям обучения в вузе и ее психолого-педагогические особенности / Г. П. Шолохова, И. В. Чикова // Вестник ОГУ №3(164). – 2014. – С. 103–107.

354. Шоюсупова, Х. Б. Факторы, определяющие изменения динамики умственной работоспособности студентов в течение учебного дня / Х. Б. Шоюсупова. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2017. – № 1.2 (135.2). – С. 55–57. – Режим доступа : <https://moluch.ru/archive/135/37824/> (дата обращения: 04.08.2020).

355. Шраэр, Р., Дурсо, Дж. 10 фактов о важности сна для здоровья // Би-би-си 29 октября 2017 <https://www.bbc.com/russian/features-41787188>

356. Шукшина, Л. В. Психологическое здоровье как основа формирования здорового образа жизни у современной студенческой

молодежи вузе / Л. В. Шукшина [и др.] // Теория и практика физической культуры. – 2017. – № 9. – С.56–58.

357. Щедрина, А. Г. Здоровый образ жизни: методологические, социальные, биологические, медицинские, психологические, педагогические, экологические аспекты / А. Г. Щедрина. – Новосибирск: ООО «Альфа-Виста». – 2007. – 144 с.

358. Щедрина, А. Г. Онтогенез и теория здоровья: Методологические аспекты / А. Г. Щедрина. – Новосибирск: Наука, 1989. – 135 с.

359. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи. – 3-е изд. / Э. Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. СПб.: Питер, 2002. – 656 с.

360. Югова, Е. А. Разработка структуры и содержания смыслообразующих конструкторов здорового образа жизни студентов / Е. А. Югова // Педагогическое образование в России. – 2016. – № 1. – С. 110–115.

361. Якубовская, А. Р. Коррекция психофизического состояния студентов средствами физической культуры на этапе профессионального обучения / А. . Якубовская, Т. В. Васильева // Физическое воспитание и детско-юношеский спорт. – 2014. – № 2 – С. 60–69.

362. Якунчев, М. А. Сущность понятий «здоровье» и «Здоровый образ жизни» в контексте культурологического подхода к образованию / М.А. Якунчев, С.П. Гольшенков // Здоровьесберегающее образование. – 2003. – 2. – С. 21–28.

363. 20 упражнений, как настроиться на позитивное мышление. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://zen.yandex.ru/media/molodost.bz/20-uprajnenii-kak-nastroitsia-na-pozitivnoe-myshlenie-5ea1abca924f044a8de4f82a>

364. Abel-Smith, B. Cost containment and health care reform: a study of the European Union / B. Abel-Smith, E., Mossialos // Health Policy. – 1994. – Vol. 26, № 2. – P. 89–132.

365. Arabayi, E. Student enrolment and the appreciation of principals on alcohol use in Bendel State, Nigeia / E. Arabayi // J. Roy Soc. Him. – 1985. – Vol. 105, № 2. – P. 49–51.

366. Blair, S. N. How mach physical activity is good for health? / S. N. Blair, H. W. Kohl III, N. F. Gordon, R. S. Paffenbarger // Annual Review of Public Health. Jr. 1992. p. 99–126.

367. Bonk, C. J. The handbook of blended learning environments: Global perspectives, local designs / C. J. Bonk, C. R. Graham. – San Francisco: Jossey-Bass / Pfeiffer, 2006.

368. Bouchard, C. Genetics of physiological fitness and performance / C. Bouchard, R. M. Malina // Exerc. Sports Sci. Rev. – 1983. – V. 11. P. 309–339.

369. Colier, Нэнси Попробуйте 30-дневный конкурс цифровой детоксикации – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.forbes.com/sites/nextavenue/2017/01/04/try-the-30-day-digital-detox-challenge/#4ad63293a3d2>.

370. Dean, W. Biological aging measurement / W. Dean. – Los Angeles, 1988. – 165 p.

371. Dustman, R. Physical activity, age and cognitive-neuropsychological function / R. Dustman, R. Emmerson, D. Shearer // *Journal of Aging and Physical Activity*. 2. 1994. p. 143–81.

372. Dyson, R. Freshmen adaptation to university life: depressive symptoms, stress, and coping / R. Dyson, K. Renk // *J. Clin. Psychol.* – 2006. – No 62(10). – P. 1231–1244.

373. Harder, V.J. Endorphins and exercise *Sports Med.* / V. J. Harder, J. R. Sutton. – 1984. – № 1. – P. 154–171.

374. Gherardi, E. The Concept of Immunity. History and Applications / E. Gherardi // *Immunology Course Medical School, University of Pavia*, 2003.

375. Kovar, R Human variation in motor abilities and its genetic analysis / R. Kovar // *Faculty of Physical Education and Sport, Charles University, Prague*, 1981. – 178 p.

376. Macauley, D.A. History of physical activity, health and medicine / D.A. Macauley // *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1994. – p. 32–35.

377. Maliphant, R. Autonomic Nervous System (ANS) Activity, Personality Characteristics and Disruptive Behaviour in Girls / R. Maliphant, F. Hume, A. Furnham // *J. of Ch. Psych. and Psych.* – 1990. – V.31, № 4. – P. 619–628.

378. McCrae, R. R. Personality trait development from age 12 to age 18: Longitudinal, crosssectional and cross-cultural analyses / R. R. McCrae [et al.] // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 2002. – V.83, No 6. – P. 1456–1468.

379. Paffenbarger, R. S. Chronic disease in former college students: LVIII. Forty years of progress: Physical activity, health and fitness. *American College of Sports Medicine 49th Anniversary Lectures. Jr.* 1994. p. 93–109.

380. Popov, Yu. V. Granitsy i tipy samorazruchayushchego povedeniya u detey i podrostkov / Yu. V. Popov // *Samorazruchayushchee povedenie u podrostkov.* – L., 1991. – S. 5–9.

381. Stone, S.V. Gender differences in cardiovascular reactivity / S.V. Stone [et al.] // *Behav. Med.* – 1990. – Vol. 13, № 2. – P. 137.

382. Tuncel, A. A. Prevalence of skin diseases among male adolescent and post-adolescent boarding school Students in Turkey / A. A. Tuncel, Z. Erbagci // J. Dermatol. – 2005. – Vol. 32, № 7. – P. 557–564.

383. Vaillant, G. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? / G. Vaillant // World Psychiatry 2012;11:93-99. — <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22654934>.

384. Wallace, H. M. Principals and Practi^#bf Student Health / H. M. Wallace [et al.] // School Health. – Oakland, Calif., 1992. – Vol. 2. – 167 p.

385. Walsh, Peter: Does This Clutter Make My Butt Look Fat?. An Easy Plan for Losing Weight and Living More 2008. – 240 p.

386. Wilmore, J. H. Physiology of sport and exercise / J. H. Wilmore, D. L. Costill – Champaign, Illinois: Human Kinetics, 2004. – 726 p.

387. Zullig, K. J. Using CDCs Health - related Quality of Life Scale on a College Campus / K. J. Zullig // An J. Health Behav. – 2005. – Vol. 29, № 6. – P. 569–578.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

1 ЭТАП СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДОРОЖНОЙ КАРТЫ

ТАБЛИЦА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ 1

ЭТАП 1 - АНАЛИЗ СВОЕГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

День недели	Режим сна			Режим питания				Рабочий режим		Двигательная активность		Досуг		Вредные привычки	
	Подъем	Ночной сон	Дневной сон	Завтрак	Обед	Ужин	Перекус	Время учебы	Самоподготовка	Комплекс / время	Прочее / наименование / время	Наименование	Время	Наименование	Время
Понедельник															
Вторник															
Среда															
Четверг															
Пятница															
Суббота															
Воскресенье															

2 ЭТАП СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДОРОЖНОЙ КАРТЫ

ТАБЛИЦА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

2 ЭТАП - ОПРЕДЕЛЯЕМ ЦЕЛЬ

наполняем индивидуальную здоровьесберегающую дорожную карту
информацией о компонентах здорового образа жизни

ЦЕЛЬ: _____

Компоненты здорового образа жизни	Используемые средства и методы		Содержание средств		Дни занятий	
	Наименование	Количество	Наименование	Количество	День	Время
Правила личной гигиены						
Закаливание						
Преодоление вредных привычек						
Чередование труда и отдыха						
Рациональное питание						
Двигательная активность						
Психологическая устойчивость						


ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ _____



ПРИЛОЖЕНИЕ В

ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ ДЛЯ КАЖДОДНЕВНОГО АНАЛИЗА ОБРАЗА ЖИЗНИ

ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЯ

Дата _____	 _____	 _____
Питание завтрак обед ужин перекус	Двигательная активность	Хобби/досуг
Что было сделано для достижения цели?	За что я могу сегодня гордиться собой?	План на завтра 1. 2. 3.

**ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН
(Г.Л. АПАНАСЕНКО, Р.Г. НАУМЕНКО, 1988)**

Показатель	Мужчины				
	Низкий	Ниже среднего	Средний	Выше среднего	Высокий
<u>Масса тела (кг)</u> <u>Рост² (м²)</u> Баллы	18,9 и менее	19,0-20,0	20,1-25,0	25,1-28,0	28,1 и более
	-2	-1	0	-1	-2
<u>ЖЕЛ (мл)</u> <u>Масса тела (кг)</u> Баллы	50 и менее	51-55	56-60	61-65	66 и более
	-1	0	1	2	3
<u>Динамометрия кисти (кг) * 100</u> <u>Масса тела (кг)</u> Баллы	60 и менее	61-65	66-70	71-80	81 и более
	-1	0	1	2	3
<u>ЧСС * АД сист.</u> <u>100</u> Баллы	111 и более	95-110	85-94	70-84	69 и менее
	-2	-1	0	3	5
<u>Время восстановления ЧСС (мин.) после 20 приседаний за 30 сек.</u> Баллы	более 3-х	2-3	1,30-1,59	1,00-1,29	59 сек. и менее
	-2	1	3	5	7
<u>Общая оценка уровня здоровья,</u> <u>Сумма баллов</u>	3 и менее	4-6	7-11	12-15	16-18

Показатель	Женщины				
	Низкий	Ниже среднего	Средний	Выше среднего	Высокий
<u>Масса тела (кг)</u> <u>Рост² (м²)</u> Баллы	16,9 и менее -2	17,0-18,6 -1	18,7-23,8 0	23,9-26,0 -1	26,1 и более -2
<u>ЖЕЛ (мл)</u> <u>Масса тела (кг)</u> Баллы	40 и менее -1	41-45 0	46-50 1	51-55 2	56 и более 3
<u>Динамометрия кисти (кг) * 100</u> <u>Масса тела (кг)</u> Баллы	40 и менее -1	41-50 0	51-55 1	56-60 2	61 и более 3
<u>ЧСС * АД сист.</u> <u>100</u> Баллы	111 и более -2	95-110 -1	85-94 0	70-84 3	69 и менее 5
<u>Время восстановления ЧСС (мин.) после 20 приседаний за 30 сек.</u> Баллы	более 3-х -2	2-3 1	1,30-1,59 3	1,00-1,29 5	59 сек. и менее 7
<u>Общая оценка уровня здоровья,</u> Сумма баллов	3 и менее	4-6	7-11	12-15	16-18

АНКЕТА ПО САМООЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ

Отметьте любым способом (крестик, галочка) ваш вариант ответа на поставленные ниже вопросы:

1. Беспокоит ли вас головная боль?
Да _____ Нет _____
2. Можно ли сказать, что Вы легко просыпаетесь от любого шума?
Да _____ Нет _____
3. Беспокоит ли вас боль в области сердца?
Да _____ Нет _____
4. Считаете ли вы, что у Вас ухудшилось зрение?
Да _____ Нет _____
5. Считаете ли вы, что у Вас ухудшился слух?
Да _____ Нет _____
6. Стараетесь ли вы пить только кипяченую воду?
Да _____ Нет _____
7. Уступают ли вам младшие место в городском транспорте?
Да _____ Нет _____
8. Беспокоит ли вас боль в суставах?
Да _____ Нет _____
9. Влияет ли на ваше самочувствие перемена погоды?
Да _____ Нет _____
10. Бывают ли у вас периоды, когда из-за волнений Вы теряете сон?
Да _____ Нет _____
11. Беспокоит ли вас запор?
Да _____ Нет _____
12. Беспокоит ли вас боль в области печени (в правом подреберье)?
Да _____ Нет _____
13. Бывают ли у вас головокружения?
Да _____ Нет _____
14. Стало ли вам в настоящее время сосредоточиваться труднее, чем в прошлые годы?
Да _____ Нет _____
15. Беспокоит ли вас ослабление памяти, забывчивость?
Да _____ Нет _____

16. Ощущаете ли вы в различных местах тела жжение, покалывание, "ползание мурашек"?

Да _____ Нет _____

17. Беспокоит ли вас шум или звон в ушах?

Да _____ Нет _____

18. Держите ли вы для себя в домашней аптечке один из следующих

медикаментов: валидол, нитроглицерин, сердечные капли?

Да _____ Нет _____

19. Бывают ли у вас отеки на ногах?

Да _____ Нет _____

20. Пришлось ли вам отказаться от некоторых блюд?

Да _____ Нет _____

21. Бывает ли у вас одышка при быстрой ходьбе?

Да _____ Нет _____

22. Беспокоит ли вас боль в области поясницы?

Да _____ Нет _____

23. Приходится ли вам употреблять в лечебных целях какую-нибудь

минеральную воду?

Да _____ Нет _____

24. Можно ли сказать, что вы стали плаксивым?

Да _____ Нет _____

25. Бываете ли вы на пляже?

Да _____ Нет _____

26. Считаете ли вы, что сейчас так же работоспособны, как прежде?

Да _____ Нет _____

27. Бывают ли у вас такие периоды, когда Вы чувствуете себя радостно возбужденным, счастливым?

Да _____ Нет _____

28. Как вы оцениваете состояние своего здоровья?

хорошее _____ удовлетворительное _____

плохое _____ очень плохое _____

ОЦЕНКА СОБСТВЕННОГО СТРЕССА

1.	Умер ваш муж/жена	100 баллов
2.	Ваш брак развалился	70
3.	Умерла ваша мать/отец	60
4.	Вы серьезно больны	50
5.	Вы вступили в брак	50
6.	Вас уволили с работы	45
7.	Болен член вашей семьи	40
8.	Вы ожидаете ребенка	40
9.	У вас родился ребенок	40
10.	У вас сексуальные проблемы	40
11.	Вы сменили работу или получили повышение	35
12.	Вы взяли долг (закладную) на крупную сумму	30
13.	Вы ссоритесь с партнером	30
14.	Ваши дети уехали от вас	30
15.	Вы не в ладу с законом	30
16.	Вы достигли одной из своих «вершин»	25
17.	Вы переехали жить на новое место	25
18.	Сменился график вашей работы	20
19.	Вы оформили покупку в кредит	15
20.	Вы сели на диету	15
21.	Вы на очереди к повышению	15
22.	Вы получили отпуск	15
23.	Вы организовали юбилейный день рождения	10

**ОЦЕНКА УРОВНЯ СВОИХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
ПЕРЕГРУЗОК (ПО Л. МИЛИЦКОЙ)**

Методика: Вспомните, как вы ощущали себя в течение последних 2-3 недель. Галочкой (она соответствует 1 очку) отметьте высказывания, которые вам подходят. Основным успехом правильного тестирования – честный искренний ответ.

Вопросы I.

1. Я действую решительно.
2. Ем и сплю как обычно.
3. У меня хороший аппетит.
4. Нет проблем с желудком.

Сумма очков:

Вопросы II.

1. Я могу расслабляться.
2. Я активен (активна).
3. Я спокоен (спокойна).
4. Я радуюсь жизни.
5. Я полон (полна) энергии.
6. Я легко засыпаю.
7. Легко общаюсь с людьми.
8. В целом здоров (здорова).
9. Я счастлив (счастлива).
10. Я радостен (радостна).
11. Я прекрасно сплю.

Сумма очков:

Вопросы III.

1. У меня депрессия.
2. С трудом засыпаю.
3. У меня проблемы с памятью.
4. Я нервничаю.

Сумма очков:

Вопросы IV.

1. Я быстро устаю.
2. Легко раздражаюсь.
3. Побаливают шея и спина.
4. Больше курю (или выпиваю).

Сумма очков:

Вопросы V.

1. Пью больше кофе/чая.
2. Легко впадаю в замешательство.
3. Чувствую себя « на краю».
4. Просыпаюсь с ощущением усталости.
5. Моя жизнь проходит впустую.
6. Часто болит голова.
7. Мучает изжога.
8. Трудно сконцентрироваться.
9. Ощущаю беспокойство и не могу расслабиться.
10. Бывает расстройство желудка.

Сумма очков:

Вопросы VI.

1. Я никому не нужен (не нужна).
2. Чувствую эмоциональное опустошение.
3. Ощущаю внутреннюю тревогу.
4. Я испуган (испугана).
5. У меня нет надежд на будущее.
6. Ощущаю одиночество.
7. Ухудшился аппетит.
8. У меня ночные кошмары.
9. Легко впадаю в панику.
10. Мне грустно.

Сумма очков:

Подсчет очков:

Очки группы вопросов I умножают на 1.

Очки вопросов II – на 1,5.

Сложите очки вопросов I и II и получите ΣA .

Очки вопросов III умножьте на 1.

Очки вопросов IV умножьте на 1,5, вопросов V – на 2, а вопросов VI – на 3.

Сложите очки вопросов III, IV, V, VI и получите ΣB .

Далее из суммы B отнимите сумму A и прибавьте 37:

$(\Sigma B - \Sigma A) + 37$. Полученную величину сравнивайте с оценочной шкалой.

ПРИЛОЖЕНИЕ И

**ТЕСТ НА АСТЕНИЗАЦИЮ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
(В МОДИФИКАЦИИ А.И. ПУСТОЗЕРОВА С СОАВТ., 2009)**

№ п/п	Содержание	нет 0 баллов	иногда 1 балл	часто 2 бал- ла	всегда 3 балла
1.	Я работаю с большим напряжением.				
2.	Мне трудно сосредоточиться на чем-либо.				
3.	Моя половая жизнь не удовлетворяет меня.				
4.	Ожидание нервирует меня.				
5.	Я испытываю мышечную слабость.				
6.	Мне не хочется ходить в кино или в театр.				
7.	Я забывчив.				
8.	Я чувствую себя усталым.				
9.	Мои глаза устают при длительном чтении.				
10.	Мои руки дрожат.				
11.	У меня плохой аппетит.				
12.	Мне трудно быть на вечеринке или в шумной компании.				
13.	Я уже не так хорошо понимаю прочитанное.				
14.	Мои руки и ноги холодные.				
15.	Меня легко задеть.				
16.	У меня болит голова.				
17.	Я просыпаюсь утром усталым и не отдохнувшим.				
18.	У меня бывают головокружения.				
19.	У меня бывают подергивания мышц.				
20.	У меня шумит в ушах.				
21.	Меня беспокоят половые вопросы.				
22.	Я испытываю тяжесть в голове.				
23.	Я испытываю общую слабость.				
24.	Я испытываю боли в темени.				
25.	Жизнь для меня связана с напряжением.				
26.	Моя голова как бы стянута обручем.				
27.	Я легко просыпаюсь от шума.				
28.	Меня утомляют люди.				
29.	Когда я волнуюсь, то покрываюсь потом.				
30.	Мне не дают заснуть беспокойные мысли.				
31.					

Научное издание

Дергач Елена Абрамовна
Лимаренко Ольга Владимировна
Колесникова Наталья Николаевна

ИНТЕГРАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ

Редактор *С.В. Сухобокова*

Подписано в печать 17.11.2023. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс». Ризография.
Усл. печ. л. 15,58. Уч.-изд. л. 13,66.
Тираж 100 экз. Заказ № 557.

Отпечатано в редакционно-издательском отделе
Полесского государственного университета.
225710, г. Пинск, ул. Днепровской флотилии, 23.



Елена Абрамовна Дергач
кандидат педагогических наук,
доцент кафедры физической
культуры Института физической
культуры, спорта и туризма
Сибирского федерального
Университета,
мастер спорта международного
класса



**Ольга Владимировна
Лимаренко**
кандидат педагогических наук,
доцент кафедры физической
культуры Института физической
культуры, спорта и туризма
Сибирского федерального
университета,
отличник физической культуры и
спорта



**Наталья Николаевна
Колесникова**
кандидат педагогических наук,
доцент кафедры физической
культуры и спорта факультета
организации здорового образа
жизни
Полесского государственного
университета,
отличник физической культуры и
спорта