Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Южно-Уральский государственный университет
(национальный исследовательский университет)
Институт спорта, туризма и сервиса
Кафедра туризма и социально-культурного сервиса

РАБОТА ПРОВЕРЕНА
Рецензент, к.п.н., доцент кафедры «Туризм и сервис» Уральского государственного университета физической культуры
_____/Л.Ф.Артемьева/
«___»_____2019 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой, д.п.н., профессор
_____/Т.Н. Третьякова/
«___»_____2019 г.

Формирование ориентации на здоровый образ жизни у студентов гостиничного дела

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ–43.04.02.2019.288.ПЗ ВКР

Руководитель ВКР, д.п.н., профессор
_____/Т.Н. Третьякова/
«___»_____2019 г.

Автор ВКР, студент группы СТ-257
_____/А.С. Мурашов/
«___»_____2019 г.

Нормоконтролер**,** ст. преподаватель
_____/М.Н. Малыженко/
«___»_____2019 г.

Челябинск 2019

АННОТАЦИЯ

Мурашов А.С. Формирование ориентации на здоровый образ жизни студентов гостиничного дела библ. Список – 54 наим., 3 прил., 1 презентация – CD, 1 электронная версия ВКР – CD.

Выпускная квалификационная работа выполнена с целью разработки и обоснования модели формирование ориентации студентов гостиничного дела на здоровый образ жизни. Опытно - экспериментальной базой исследования стали студенты гостиничного дела Южно-Уральского государственного университета.

Опытно-эксперимсментальная работа состояла из трех основных этапов и основана на тестировании студентов ЮУрГУ 1-4 курс. В качестве основных методик выбрана методика определения уровня тревожности Филиппса и анкета самооценки здоровьесбережения студентов, разработана на основе методики Санкт-Петербургского НИИИ физической культуры совместно с ВОЗ «Health Behaviour in School-aged Children», направленной на изучения здоровьесбережения школьников.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……..……. 6

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ… 10

1.1 Проблемы формирования здорового образа жизни российской молодежи ……..…… 10

1.2 Факторы здорового образа жизни……..... 25

1.3 Модель ориентации студентов гостиничного дела на здоровый образ жизни……..…..... 36

Выводы по главе один…….……. 52

2 ОРГАНИЗАЦИЯ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ОРИЕНТАЦИИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ ГОСТИНИЧНОГО ДЕЛА…….…….. 55

2.1 Логика и задачи опытно-экспериментальной работы……. 55

2.2 Содержание опытно-экспериментальной работы …….……. 62

2.3 Анализ результатов опытно-экспериментальной работы…….……. 68

Выводы по главе два……..…….. 81

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…….…….…….. 83

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК……..……... 85

ПРИЛОЖЕНИЯ 89

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Тест на уровень тревожности «Филиппса»…… 89

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Электронная версия ВКР

ПРИЛОЖЕНИЕ В. Презентация ВКР

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье является одним из главных элементов национального богатства любого государства. В России на медицину возложена значительная доля ответственности за сохранение и приумножение уровня здоровья граждан. Однако, медицина занимается, в основном, лечением заболеваний, чего недостаточно, особенно в связи с ухудшения здоровья нации по основным качественным характеристикам, таким как низкая рождаемость, наркомания и алкоголизм, ухудшение показателей физической подготовленности и работоспособности, а также высоким уровнем смертности.

Индустрия гостеприимства – это сегмент, который является одним из важных факторов развития туризма. От деятельности гостиниц зависит благополучие и здоровье туристов, т.к. именно в гостинице после насыщенных экскурсионных или рекреационных программ турист получает возможность отдыха и ночевки. Кроме того, в гостиницах предоставляются услуги питания, а также дополнительные услуги и развлечения – фитнес и spa-услуги, спортивные и тренажерные залы. Многие гостиничные комплексы оборудованы теннисными кортами, бассейнами и другими спортивными сооружениями, а также центрами досуга и культурных развлечений, бутиками, бизнес-центрами и т.п.

Работники гостиничного хозяйства – это специалисты, в обязанности которых входит создание комфортных условий размещения и психо-эмоционального равновесия, коммуникативной атмосферы и толерантности. Поэтому одним из важных критериев их профессионализма является критерий здоровьесбережения, как собственного, так и туристов.

Предприятия индустрии гостеприимства стремятся к объединению и сотрудничеству со спортивными, оздоровительными, образовательными организациями, предприятиями питания, центрами оздоровления и превращаются в многофункциональные рекреационно-оздоровительные комплексы.

Несмотря на то, что отдых в гостинице способствует снятию нервного

напряжение и восстановлению физических и духовных сил для гостей данных предприятий, а это значит, что работники индустрии гостеприимства – это особая социальная группа людей, объединенных определенными целями, условиями организации обслуживания в зависимости от целей пребывания гостей и способов их бытовой обустроенности. Работники гостиничных предприятий подвержены определенному уровню психологических и физических нагрузок в связи с резкой сменой деятельности, а также необходимостью в сжатые сроки усваивать большой объем информации о клиентах и в связи с большими потоками и частой сменой гостей.

Теоретической базой ВКР является специализированная литература по здоровьесбережению.

Авторы различных трудов о здоровье используют различные критерии, которые характеризуют сущность этого понятия, сводя к двум определениям: негативному и позитивному. Негативное определение рассматривает здоровье как отсутствие болезни. Позитивное – как состояние «благополучия», «оптимального функционирования организма», «равновесия между индивидом и окружающей средой».

Устав ВОЗ «примерил» два этих определения. В уставе ВОЗ здоровье определяется как состояние полного телесного, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней или физических дефектов. Однако, данное определение не может считаться достаточно научным оно указывает на необходимость структурного подхода в анализе этого целостного многоуровневого состояния, в связи с чем, здоровье рассматривается как состояние, как процесс и как способность.

Работы авторов В. А. Квартальнова, А. Ю. Александровой, Л. В. Ковыневой, А.Б. Здорова содержат развернутые характеристики терминов и понятий регионального туризма, принятых в отечественной и зарубежной практике.

В работах М.М. Маринина, О.В. Котляровой, Н.А. Радионовой, Ю.А. Штурмера, С.В. Белова, И.И. Бутко, Д. Вайзман, В.Г. Волович, А.Г. Ильичева,

А.А.Коструб, О.С.Третьяковой, Д.А.Кривошеина, В.В.Маркова, А.Г.Маслова, О.Н.Русак и др. рассматриваются различные аспекты безопасности путешествий.

Вопросы эргономики широко освещаются в инженерно-психологических и физиологических исследованиях А.Н.Анохина, Г.З. Бедного, А.В. Голубчиковой, И.В.Дегтяренко, М.П. Зеленина, А.А.Крылова, С.Ф.Сергеева, Б.А.Смирнова, Е.А.Трофимова и др.

Вместе с тем, исследований в области формирование ориентации на здоровый образ жизни у студентов гостиничного дела нами не выявлено, что делает актуальным определение проблемы исследования, которая заключается в создании модели здоровьесбережения студентов гостиничного дела.

Обозначенная проблема исследования позволила сформулировать тему исследования «Формирование ориентации на здоровый образ жизни у студентов гостиничного дела».

Исходя из темы исследования определена цель магистерской диссертации – разработать и обосновать модель формирования ориентации на здоровый образ жизни у студентов гостиничного дела.

Объект исследования – факторы формирования ориентации на здоровый образ жизни у студентов гостиничного дела.

Предмет исследования – создания модели формирования ориентации на здоровый образ жизни у студентов гостиничного дела.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

– изучение научной литературы по заявленной и утвержденной теме исследования с целью обоснованного выбора теоретической базы;

– создать факторную характеристику формирования ориентации на здоровый образ жизни у студентов гостиничного дела;

– создать компонентную модель здоровьесбережения студентов гостиничного дела;

– организовать и провести опытно-экспериментальную работу по исследованию проблем формирования ориентации на здоровый образ жизни.

В ходе работы использовались следующие методы исследования: анализ и синтез теоретической информации, выбор и обоснование основных методик для проведения опытно-экспериментальной работы, моделирование процессов здоровьсбережения у студентов гостиничного дела; организация опытно-экспериментальной работы и анализ ее результатов, выработка практических рекомендаций для создания здоровьесберегающих условий эффективного функционирования модели.

Опытно-экспериментальной базой исследования является кафедра «Туризма и социально культурного сервиса» Южно-Уральского государственного университета.

Новизна работы заключается в том, что

– на основе изучения различных источников по формированию ориентации на здоровый образ жизни, проведен факторный анализ ситуаций и рисков, позволивший систематизировать различные сведения и представить систему факторов и рисков здоровьесбережения, представленный в виде таблицы;

– разработана модель здоровьесбережения студентов, которая состоит из шести основных блоков: целевой, методологический; содержательно-определяющий; нормативно-организующий блок, результативный; условно-обеспечивающий блок, включающий совокупность общесистемных и специальных условий.

Практическая значимость работы заключается в возможности использования результатов исследования в деятельности по формированию ориентации студентов на здоровый образ жизни.

Логика и задачи исследования определили структуру магистерской диссертации, которая состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка из 54 источников, 20 рисунков, 3 таблиц.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Проблемы формирование здорового образа жизни российской молодежи

Изучение феномена здорового образа жизни сегодня как нельзя актуально, поскольку, по данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, его вклад в итоговые показатели здоровья населения составляет около 70%, тогда как другие факторы – наследственность и состояние развития медицины – определяют здоровье лишь на 30%, вместе взятые.

В тоже время не секрет, что Россия по основным показателям здорового (а точнее – нездорового) образа жизни радикально отличается в худшую сторону не только от развитых, но и от многих развивающихся стран. По разным данным, от 60 до 65% российских мужчин и от 17 до 25% женщин курят. Две трети 13–16 летних российских подростков имеют опыт курения и 35% курят регулярно. Потребление алкоголя в России, по официальным статистическим данным, составляет около 10литров в пересчете на чистый спирт на взрослого человека в год, при этом, по различным оценкам, еще около 5литров – незарегистрированное потребление. Это почти в 2 раза превышает уровень, признанный экспертами ВОЗ относительно безопасным (8литров). В современной России злоупотребление алкоголем приводит к преждевременной смерти около полумиллиона человек, а курение – от 330 до 400 тыс. человек ежегодно.

Россия по основным показателям здорового образа жизни радикально отличается в худшую сторону не только от развитых, но и от многих развивающихся стран. По разным данным, от 60 до 65% среди российских мужчин и от 17 до 25% женщин курят. Две трети 13–16-летних российских подростков имеют опыт курения и 35% курят регулярно. В современной России злоупотребление курения приводит к смерти – от 330 до 400 тыс. человек ежегодно. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья семьи (РМЭЗ), около половины взрослого населения страны имеет избыточный вес, что в

подавляющем большинстве случаев является показателем неправильного питания и недостаточной физической активности.

В последние годы в России на поддержку здравоохранения выделялись значительные финансовые средства, в том числе в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье». Однако здоровье человека зависит не только, и не столько от развития медицинской помощи, сколько от множества других факторов. По мнению экспертов ВОЗ, вклад медицинской помощи и наследственных факторов в здоровье составляет не более 30%, тогда как 50% – это здоровый образ жизни (далее – ЗОЖ), под которым понимают набор индивидуальных практик, норм и личных поведенческих установок, ведущий к улучшению или ухудшению здоровья (рисков для здоровья). К ним как минимум относят потребления алкоголя, курение, питание, физическую активность.

Другая негативная тенденция – снижение возраста начала курения. Если в 1993г. подростки впервые пробовали сигареты в среднем в возрасте 15 лет, то в 2009г. уже в 11–12 лет. При этом среднедневное потребление сигарет находится на чрезвычайно высоком уровне. Среди юношей и девушек 15–18 лет 38,8% выкуривают в день 10–14 сигарет, и еще 35,7% выкуривают 15 и более сигарет в день. В отличие от потребления алкоголя и курения, проблемы питания попали в поле зрения исследователей относительно недавно. Лишь в 1995г. ВОЗ установил единые критерии определения избыточного веса и ожирения. Показатели избыточного веса и ожирения свидетельствуют о том, что для России эта проблема не менее остра, чем для развитых экономик Западной Европы.

Л. С. Засимова и М. Г. Колосницына провели социологический опрос молодежи, связанный с отношением студентов к здоровому образу жизни. По сравнению с взрослой частью населения, в молодежной среде в большей степени распространены занятия физической активностью, а также потребление табака и алкоголя. «Более детальный анализ показывает, что молодежь «обгоняет» взрослых по интенсивности употребления алкоголя за счет того, что молодые девушки значительно более склонны к этой привычке, чем взрослые женщины».

При этом анализ молодежного потребления алкоголя показал, что на потребление алкогольной продукции оказывают влияние следующие факторы: уровень благосостояния, занятия спортом, место проживания, место потребления, возраст, наличие работы и учебы. В ходе анализа молодежного курения значимыми оказались следующие факторы: цена за пачку сигарет, стаж курения, курение одного из родителей, пассивное курение, злоупотребление алкоголем, образование, успеваемость. Таким образом, наблюдаются существенные отличия в факторах, влияющих на курение и потребление алкоголя молодыми людьми, несмотря на то, что была выявлена положительная зависимость между этими привычками. Это означает, что при разработке государственной политики необходимо учитывать особенности формирования каждого из факторов риска.

Сегодня формирование здорового образа жизни зафиксировано в качестве приоритета в стратегических документах государства. В концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, в Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года.

Формирование ориентации на здоровый образ жизни – проблема, охватывающая не только сферу здравоохранения, но и условия труда, досуга, инфраструктуры, и т.д. В этой связи актуальной задачей становится разработка комплекса эффективных мер, направленных на повышение ответственности населения за свое здоровье и на создание условий ЗОЖ. Для этого, прежде всего, необходимо изучить социально-экономические детерминанты здорового (нездорового) поведения человека, направления и механизмы воздействия на него с помощью государственной политики, потенциальную эффективность отдельных ее инструментов.

Отметим, что внешние эффекты нездорового поведения принимают форму социальных издержек и ведут к сокращению общественного благосостояния. Классическим примером отрицательного внешнего эффекта выступает пассивное курение: те, кто находятся рядом с курильщиком и не курят, очевидно, несут

издержки. Сходным образом действуют внешние эффекты потребления алкоголя, причем ситуация усугубляется спецификой алкогольного опьянения, в результате которого возможен прямой ущерб здоровью и жизни третьих лиц: насилие, увечья, убийства, ДТП. Такие, казалось бы, «безобидные» элементы нездорового образа жизни, как неправильное питание и низкая физическая активность, принимая форму избыточного веса и ожирения, также оборачиваются серьезными экономическими потерями общества.

Таким образом, государственное вмешательство в формирование ориентации на здоровые образа жизни студентов аргументируется, в первую очередь, серьезными отрицательными внешними эффектами нездорового поведения. Если представить формирование здорового (нездорового) образа жизни как классическую задачу потребительского выбора, становится понятно, что у государства есть немало возможностей воздействовать на его результаты. Причем все доступные инструменты воздействия можно разделить на две группы, в зависимости от того, какой элемент этой задачи выступает объектом: индивидуальные предпочтения или бюджетные ограничения. Кроме того, важно различать меры, нацеленные непосредственно на потребителей (отдельных граждан), и направленные на работодателей, которые, в свою очередь, могут проводить определенную политику в отношении здоровья своих работников. В самом общем виде предлагаемая классификация мер государственной политики ЗОЖ представлена в таблице 1.

Основные инструменты, используемые в государственных программах ЗОЖ, можно разделить на четыре группы:

1) Меры, направленные на расширение возможностей выбора более здорового поведения. Например, за счет государственных средств строятся доступные спортивные сооружения, организуется городское пространство таким образом, чтобы жители могли пользоваться велосипедами. Выбор ЗОЖ может мотивироваться у работающей части населения и действиями работодателя.

Например, фирмы предоставляют своим служащим бесплатные или льготные абонементы в спортивный центр, оплачивают питание в столовой.

Таблица 1 – Классификация мер политики ЗОЖ с точки зрения их воздействия на отдельные элементы модели потребительского выбора

Элементы модели потребительского выбора	Меры политики ЗОЖ
Индивидуальные предпочтения	Информационные меры: · формирование предпочтений (например: студентов гостиничного дела); · корректировка предпочтений (например: информация на упаковках товаров, консультации специалистов, реклама)
Бюджетные ограничения потребителя	Административные меры: · прямой запрет или ограничение некоторых возможностей выбора (например: ограничение времени продажи алкогольных напитков; запрет на курение в общественных местах); Экономические меры: · расширение возможностей выбора (например: строительство беговых и велосипедных дорожек в жилых кварталах); · изменение цен нездоровых (здоровых) товаров/услуг (например: налоги на алкогольную и табачную продукцию, субсидии производителям/продавцам фруктов и овощей, установление минимальных цен алкоголя).

2) Действия, изменяющие характер индивидуальных предпочтений: информационные, образовательные и иные возможности неценового влияния на выбор потребителей. В самом общем виде их можно разделить на две большие группы: формирование вкусов и предпочтений и корректировка сложившихся предпочтений. Среди таких мер: специальная информация, методы убеждения, социальной рекламы и антирекламы, а также менее очевидные стимулы, подталкивающие индивида принять модель здорового поведения.

3) Действия, изменяющие цену нездорового (здорового) поведения. Классическим примером такого инструмента является косвенное налогообложение потребления отдельных товаров – прежде всего, это алкоголь и табак.

4) Государство, пользуясь правом законного принуждения, может вводить прямой запрет на определенные виды потребления – это самый радикальный вариант воздействия. По сути, речь идет о прямых ограничениях индивидуального выбора, что в рыночной экономике требует веского обоснования. Аргументами вмешательства могут быть негативные внешние эффекты употребления определенных продуктов (например, последствия пассивного курения, риск ДТП в результате злоупотребления алкоголем).

Из всех названных мер, налоги обычно рассматриваются экономистами как наиболее эффективные и «рыночные» инструменты коррекции поведения, в отличие от административных запретов и ограничений. Однако в отношении отдельных элементов ЗОЖ разные инструменты могут оказаться более или менее эффективными. Так, для формирования правильного питания и мотивации физической активности важны, прежде всего, образовательные и консультационные меры, информационные кампании, тогда как в борьбе с табакокурением и злоупотреблением алкоголем выходят на первый план административные и экономические инструменты. Эффективность отдельных мер может различаться и в зависимости от того, на какие группы населения они рассчитаны. В целом, в долгосрочной перспективе предпочтительнее меры, ориентированные на молодежь. Важно также использовать все доступные инструменты в комплексе, потому что доказано, что эффективность комплексных программ политики ЗОЖ всегда выше, при прочих равных условиях.

Согласно материалам социологических опросов населения по проблемам здорового образа жизни, проводимых Аналитическим центром Ю. Левады в 2011г. по заказу Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», существует расхождение между представлениями о здоровом образе жизни и фактическим поведением населения, отсутствие мотивации к

поддержанию своего здоровья. Существует определенная специфика в восприятии и отношении молодежи к различным мерам государственной политики ЗОЖ.

Если говорить о мерах, направленных на расширение возможностей выбора более здорового поведения, то лишь в самой молодой возрастной группе (от 15 до 19 лет) занимаются физкультурой или спортом регулярно 53% опрошенных, уже в следующей группе (20–24 года) активность резко снижается до 22%, и далее у всех респондентов трудоспособного возраста она составляет около 10–12%.

Относительно недавно появившиеся крупные предупредительные надписи о вреде табака на пачках сигарет замечают почти все курильщики, что не удивительно, но лишь 28,8% из них признают, что такие надписи заставляют задуматься о вреде курения. Важно все же отметить, что среди «начинающих» и молодых курильщиков (15–17 лет и 18–24 года) больше тех, кто готов задуматься о вреде курения. Наиболее восприимчивы в отношении рекламы ЗОЖ и антирекламы вредных привычек самые молодые группы (15–19 и 20–24 года), которые чаще видят наружные рекламные щиты и сообщения в Интернете.

Как показывают данные социологического исследования, повышение цен на алкоголь и табак вызовет стремление бросить курить и пить в большей степени в молодых возрастных группах, где средняя цена покупки больше. Таким образом, рост цены алкоголя и табака может оказаться достаточно эффективной мерой, корректирующей нездоровое поведение, особенно в группе молодежи.

В РФ приняты следующие программные документы, регулирующие государственную политику по формированию здорового образа жизни молодежи: «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года», «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы», «Основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 года».

Меры, которые предпринимает государство для снижения уровня табачного и алкогольного потребления, потребления наркотических веществ закреплены в

Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Президентом Российской Федерации 12 мая 2009 года.

Одним из источников угроз национальной безопасности признана деятельность транснациональных преступных группировок и организаций, связанная с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров.

Достижение генеральной цели Стратегии осуществляется на основе сбалансированного и обоснованного сочетания мер по следующим направлениям:

1) сокращение предложения наркотиков путем целенаправленного пресечения их нелегального производства и оборота внутри страны, противодействия наркоагрессии;

2) сокращение спроса на наркотики путем совершенствования системы профилактической, лечебной и реабилитационной работы;

3) развитие и укрепление международного сотрудничества в сфере контроля над наркотиками.

Система мер по сокращению спроса на наркотики, направленная на оздоровление населения Российской Федерации путем снижения потребления наркотических средств и психотропных веществ и уменьшения неблагоприятных социальных последствий их употребления, строится на основе приоритета профилактических мер общественного, административного и медицинского характера и включает в себя:

1) государственную систему профилактики немедицинского потребления наркотиков;

2) наркологическую медицинскую помощь;

3) медико-социальную реабилитацию больных наркоманией.

1 июня 2013г. вступил в силу ФЗ РФ от 23 февраля 2013г. №15–ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В соответствии со ст. 11 ФЗРФ от 23 февраля 2013г. №15–ФЗ, в целях предупреждения возникновения заболеваний, связанных с воздействием

окружающего табачного дыма и потреблением табака, сокращения потребления табака осуществляются следующие меры:

1) установление запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах;

2) ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия;

3) регулирование состава табачных изделий и регулирование раскрытия состава табачных изделий, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий;

4) просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;

5) установление запрета рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака;

6) оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака;

7) предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями;

8) ограничение торговли табачной продукцией и табачными изделиями;

9) установление запрета продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрета потребления табака несовершеннолетними, запрета вовлечения детей в процесс потребления табака.

Ст. 12 ФЗРФ от 23 февраля 2013г. №15–ФЗ регулирует запрет курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах. Для предотвращения воздействия окружающего табачного дыма на здоровье человека запрещается курение табака:

1) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания образовательных услуг, услуг учреждениями культуры и учреждениями органов по делам молодежи, услуг в области физической культуры и спорта;

2) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских, реабилитационных и санаторно-курортных услуг;

3) в поездах дальнего следования, на судах, находящихся в дальнем плавании, при оказании услуг по перевозкам пассажиров;

4) на воздушных судах, на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения (в том числе на судах при перевозках пассажиров по внутригородским и пригородным маршрутам), в местах на открытом воздухе на расстоянии менее чем пятнадцать метров от входов в помещения железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, станций метрополитенов, а также на станциях метрополитенов, в помещениях железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, предназначенных для оказания услуг по перевозкам пассажиров;

5) в помещениях, предназначенных для предоставления жилищных услуг, гостиничных услуг, услуг по временному размещению и (или) обеспечению временного проживания;

6) в помещениях, предназначенных для предоставления бытовых услуг, услуг торговли, общественного питания, помещениях рынков, в нестационарных торговых объектах;

7) в помещениях социальных служб;

8) в помещениях, занятых органами государственной власти, органами местного самоуправления;

9) на рабочих местах и в рабочих зонах, организованных в помещениях;

10) в лифтах и помещениях общего пользования многоквартирных домов;

11) на детских площадках и в границах территорий, занятых пляжами;

12) на пассажирских платформах, используемых исключительно для посадки в поезда, высадки из поездов пассажиров при их перевозках в пригородном сообщении;

13) на автозаправочных станциях.

На основании решения собственника имущества или иного лица, уполномоченного на то собственником имущества, допускается курение табака:

1) в специально выделенных местах на открытом воздухе или в изолированных помещениях, которые оборудованы системами вентиляции и организованы на судах, находящихся в дальнем плавании, при оказании услуг по перевозкам пассажиров;

2) в специально выделенных местах на открытом воздухе или в изолированных помещениях общего пользования многоквартирных домов, которые оборудованы системами вентиляции.

Требования к выделению и оснащению специальных мест на открытом воздухе для курения табака, к выделению и оборудованию изолированных помещений для курения табака устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере строительства, архитектуры, градостроительства и жилищно-коммунального хозяйства, совместно с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и должны обеспечивать соблюдение установленных в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации гигиенических нормативов содержания в атмосферном воздухе веществ, выделяемых в процессе потребления табачных изделий.

Для обозначения территорий, зданий и объектов, где курение табака запрещено, соответственно размещается знак о запрете курения, требования к которому и к порядку размещения которого устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

В целях сокращения спроса на табачные изделия осуществляются меры по увеличению акцизов на табачную продукцию в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах, а также могут осуществляться иные меры государственного воздействия на уровень цен указанной продукции.

Меры государственного воздействия на уровень цен табачной продукции осуществляются посредством установления минимальных розничных цен такой продукции. Минимальная розничная цена табачной продукции представляет собой цену, ниже которой единица потребительской упаковки (пачка) табачных изделий не может быть реализована потребителям предприятиями розничной торговли, общественного питания, сферы услуг, а также индивидуальными предпринимателями.

Минимальные розничные цены устанавливаются на уровне 75% от максимальных розничных цен, определяемых в порядке, установленном Налоговым кодексом Российской Федерации.

Порядок опубликования минимальных розничных цен табачной продукции устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере бюджетной, налоговой деятельности.

Реализация табачной продукции по цене, которая ниже минимальных розничных цен и выше максимальных розничных цен, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах, запрещена.

С 1 июня 2013 г. введен запрет на курение в городском и пригородном транспорте, на вокзалах, в аэропортах, у входа в метро, во всех образовательных учреждениях, от детсадов до вузов, в учреждениях культуры, спорта, в офисах, на стадионах, пляжах, детских площадках, в больницах и социальных учреждениях. Также накладывается ограничение на торговлю вредными изделиями, их рекламу, спонсорство табачных компаний. Людям, желающим избавиться от зависимости, бесплатно будут в этом помогать врачи.

По данным социологического опроса ВЦИОМ, большинство россиян одобряют принятие данного закона. Из мер по борьбе с курением наибольшее одобрение вызвали запрет всех форм рекламы и спонсорства табачных компаний (79%),

запрет на курение в общественных местах (76%), установка государством минимальной цены на пачку сигарет (74%).

На территории субъектов Российской Федерации сферу молодежного потребления наркотической, алкогольной, а также другой вредной для здоровья продукции регулируют соответствующие нормативного правые акты субъекта Российской Федерации.

Органы исполнительной власти муниципалитетов, осуществляющие межотраслевую координацию и управление в сфере государственной молодежной политики:

– участвуют в разработке краевых целевых программ по профилактике алкоголизма, наркомании и токсикомании;

– осуществляют в рамках своей компетенции информационно-профилактическую работу среди несовершеннолетних и молодежи по профилактике алкоголизма, наркомании и токсикомании в государственных и муниципальных учреждениях;

– участвуют в обеспечении подготовки, переподготовки, повышения квалификации специалистов государственных и муниципальных органов и учреждений по делам молодежи по профилактике алкоголизма, наркомании и токсикомании в подростково-молодежной среде;

– осуществляют мероприятия по формированию здорового образа жизни, организации занятости, трудоустройства и досуга подростков и молодежи;

– организуют поддержку и координацию деятельности молодежных общественных объединений, осуществляющих работу по пропаганде здорового образа жизни, волонтерского антинаркотического движения.

На федеральном уровне Федеральное агентство по делам молодежи реализует проект «Беги за мной». Его цель – распространить культуру питания и физической активности среди молодежи РФ. Целевая группа программы – молодые люди в возрасте от 16 до 23 лет. Задачи: подготовить специалистов в сфере ЗОЖ; открыть

центры ЗОЖ. «Беги за мной» представлен более чем в 60-ти регионах России. В активе проекта более 20 000 человек.

Департаментом молодежной политики регионов России в рамках комплексных программ реализации государственной молодежной политики в регионах России были проведены мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни молодежи: туристические фестивали, походы, туристический форум молодежного актива, развитие спортивно-туристических клубов в крае и т.д.

Оценивая перспективы государственной политики в контексте формирования здорового образа жизни молодежи, подчеркнем, что целесообразно инвестировать в информационные и консультационные мероприятия, разъясняющие последствия нездорового образа жизни и отдельных факторов риска здоровью. Формы могут быть самыми различными, в зависимости от целевой аудитории и степени ее охвата – в школах, клубах по месту жительства и т.п. Наиболее результативными считаются школьные уроки для детей от 7 до 11 лет, и эта мера не требует высоких затрат (разработка программ и обучение учителей), но дает долгосрочный эффект.

Поскольку значимым фактором начала курения для молодых людей является курение их родителей, необходимо проводить антитабачные компании, предусматривающие разъяснение родителям всех особенностей детского и молодежного курения, стимулирование ответственного поведения родителей.

Кроме того, необходимо расширение набора доступных программ, обеспечивающих для молодежи активную деятельность в свободное время (занятия спортом, волонтерство, молодежное творчество и пр.).

Поскольку злоупотребление алкоголем способствует увеличению вероятности курения, стоит учитывать и тот факт, что программы, направленные на снижение молодежного потребления алкоголя, будут способствовать уменьшению распространенности курения.

Таким образом, комплексность самого понятия «здоровый образ жизни» требует системного и вневедомственного подхода к разработке единой государственной политики. Не может быть в принципе одного ведомства,

ответственного за здоровый образ жизни. В перспективе продуманная и комплексная политика здорового образа жизни не только даст эффект в форме увеличения трудовых ресурсов и экономической активности, но и позволит сократить расходы на медицинскую помощь.

Студенты относятся к числу наименее социально защищенных групп населения, в то время как специфика учебного процесса и возрастные особенности предъявляют повышенные требования практически ко всем органам и системам их организма. Анализ мониторинга физического развития обучающихся показывает, что здоровье не улучшаются, а в ряде случаев ухудшаются. При этом, сами студенты практически не предпринимают никаких мер к укреплению своего здоровья, хотя в рейтинге ценностей ставят здоровье на второе место после образования, вполне понимая, что высокий уровень здоровья дает конкурентные преимущества на рынке труда. Анализ функционального состояния выявил, что состояние здоровья студентов характеризуется следующими показателями: высокий уровень здоровья – 11%; средний – 38%; низкий – 32%; очень низкий – 16%. Ежегодно увеличивается число студентов, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе.

Известно, что здоровье человека на 10–20% – зависит от наследственности, на 10–20% - от состояния окружающей среды, на 8–12% – от уровня здравоохранения и на 50–70% – от образа жизни.

Что же такое здоровый образ жизни? Это комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающих гармоническое развитие и укрепление здоровья, повышение работоспособности людей, продление их творческого долголетия.

Здоровый образ жизни подростка включает целый ряд разнообразных общественных и бытовых моментов. Сюда легко отнести решение медицинских проблем, наличие определенных необходимых жилищных условий, материальное благополучие, рациональное использование свободного времени, сознательное решение об отказе от вредных привычек, физическая активность, контроль над проблемой злоупотребления медикаментов, наличие успешных межличностных

отношений. Вообще этот список продолжать можно и дальше, но мы остановимся только на нескольких важных аспектах, которые, так или иначе, волнуют каждого родителя.

Сюда следует отнести ежедневные мероприятия по: закаливанию воздухом, солнцем, водой; гигиене; обеспечению двигательной активности; наличию рационального питания; созданию гармоничного психоэмоционального состояния; реализацию принципов охраны окружающей среды.

Помещать естественному и полноценному развитию достаточно легко, если в жизни подростка есть следующие неблагоприятные факторы:

– недостаточное количество двигательной активности;

– нерационально составленное детское питание с избыточным содержанием соли и жира;

– стресс;

– наличие вредных привычек;

– неполноценный, нарушенный сон.

Однако факторов окружающей среды, оказывающих вредное воздействие на человека гораздо больше.

1.2 Факторы здорового образа жизни

Стиль здорового образа жизни обусловлен личностно-мотивационными особенностями, возможностями и склонностями человека. Он предполагает активную деятельность по сохранению и укреплению собственного здоровья. Под индивидуальным стилем здорового образа жизни понимают присущий конкретному человеку способ организации жизнедеятельности, учитывающий индивидуальные интересы, потребности, возможности и связь с его учебной, профессиональной и бытовой деятельностью.

Ведущее значение в формировании здорового образа жизни принадлежит социальным факторам. Это подтверждается различиями в уровне общественного

здоровья в зависимости от степени социально-экономического развития страны. Как свидетельствует практика, чем выше уровень экономического развития страны, тем выше показатели общественного здоровья и здоровья отдельных граждан, и наоборот.

Учитывая все это, в основу здорового образа жизни следовало бы положить ряд основных принципов: 1) носителем здорового образа жизни является человек; 2) человек с учетом биологических и социальных характеристик выступает как единое целое; 3) здоровый образ жизни способствует выполнению социальных функций человека; 4) здоровый образ жизни позволяет предупреждать заболевания. В своей сущности здоровый образ жизни позволяет обеспечивать оптимальное удовлетворение потребностей человека при условии оптимизации состояния, функционирования и развития, организованных внутренних и внешних систем и связей индивида и общества.

Структура здорового образа жизни – целостное единство предметно вещного природного, социокультурного и духовного компонентов социально творимого информационного, энергетического и пластического обеспечения оптимальной жизнедеятельности человека и общества. Структура здорового образа жизни включает духовное, социокультурное и правовое пространство развития и деятельности родового человека, экологическую и предметно вещную среду обитания индивида, что, в свою очередь, зависит от экономических, промышленно-производственных, агрокультурных, коммуникационных факторов. В свою очередь формирование здорового образа жизни - сложный системный процесс, охватывающий множество компонентов образа жизни современного общества и включающий основные сферы и направления жизнедеятельности людей. Здоровый образ жизни в единстве его компонентов биологического и социального представляет собой социальную ценность, укрепление которой - важнейшая задача любого цивилизованного общества.

Г.С. Никифоров, опираясь на ряд научных исследований, определил сущностные элементы здоровья и выделил несколько концептуальных подходов к определению этого понятия

Согласно первому подходу здоровье трактуется, как нормальное функционирования организма. Для определения нормального функционирование организма вычисляются среднестатистические показатели работы организма. Организм будет считаться здоровым, если не наблюдается отклонений от среднестатистических показателей. А болезнью будет считаться отклонение от нормы. Однако данный подход можно назвать формальным, так как не всякое отклонение от нормы будет являться болезнью.

Второй подход гласит, что здоровье – это динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой. Такой подход встречается еще у Пифагора. Он определял здоровье, как гармонию, а болезнь, как нарушение этой гармонии. Гиппократ называл здоровым человека, у которого между всеми органами существует равновесие. Спенсер говорил о том, что здоровье является равновесием внутренних отношений организма к внешним.

Третий подход к здоровью рассматривает его как способность организма приспосабливаться к меняющимся условиям окружающей среды, поддерживая нормальную жизнедеятельность.

Четвертый подход говорит о том, что здоровье представляет собой отсутствие болезни и болезненных состояний. То есть здоровыми считаются те люди, которые не нуждаются в медицинской помощи.

Пятый подход указывает на то, что здоровым считается тот человек, который способен к полноценному выполнению им основных социальных функций.

Шестой подход к определению здоровья основывается на преамбуле Уставе Всемирной организации здравоохранения. По определению специалистов данной организации здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. Физическое благополучие – это когда все органы человеческого тела в порядке,

функционируют в пределах нормы и даже могут при необходимости работать со значительным превышением нормы, т.е. обладают резервом. Духовное (душевное, психическое) благополучие – предполагает преобладание у человека хорошего настроения, уверенности в своем будущем, положительного настроя на преодоление трудностей и неблагоприятных ситуаций в отличие от упаднического настроения, вызывающего отрицательные эмоции и даже депрессию. Душевное благополучие предполагает также доброе отношение к людям, отсутствие в характере человеконенавистнических черт, что очень важно для создания вокруг себя благожелательного фона человеческих отношений. Социальное благополучие предполагает устойчивое положение человека в обществе, наличие хорошо оплачиваемой и желанной работы, полноценной семьи.

Люди представляют себе здоровье не только как отсутствие болезни или травмы, но и как отсутствие факторов, которые, по их мнению, угрожают их здоровью и здоровью всей общины. Хотя культурные и политические представления о вреде для здоровья весьма различны, существует общая и растущая тенденция считать, что органы власти обязаны отвечать за обеспечение защиты от таких угроз и быстро реагировать на них. Это является существенной частью «социального договора», который придает легитимность государству. Политики, как в богатых, так и в бедных странах, все больше пренебрегают своей обязанностью защищать людей от угроз их здоровью и нести за это ответственность. Об этом свидетельствуют негативные политические последствия неэффективного управления во время катастрофы, вызванной ураганом «Катрина» в США в 2005 году, или кризис с уборкой мусора в Неаполе в 2008 году.

Указанные выше виды поведения располагаются в порядке возрастания угрозы для здоровья молодежи. Аддиктивное поведение в отечественной науке рассматривается как поведение, обусловленное подверженностью пагубным привычкам. Более широко аддиктивное поведение представляет собой одну из форм девиантного поведения, которое выраженно в стремлении к уходу от реальности через искусственные изменения своего психического состояния.

Аддиктивное поведение связано с неумением взаимодействовать с обществом и людьми и невозможностью адекватно адаптироваться и самореализоваться.

Выделяются следующие факторы, которые препятствуют формированию позитивного отношения к своему здоровью у студентов. Наиболее значимыми из них являются: низкий уровень самосохранительного поведения старшего поколения, недостаточно развитая система ценностей, алкоголизация, наркомания, табакокурение, отсутствие должной информированности о влиянии вредных привычек на организм, недостаточный уровень пропаганды здорового образа жизни в образовательных учреждениях, воспитательных организациях, не организованное проведение досуга, внутрисемейная конфликтность". Так же, к таким факторам относятся заболевания, передающиеся половым путем, нехватка информации о методах контрацепции и способах передачи таких инфекций, отсутствие ответственного отношения к своему здоровью и здоровью близких, низкий уровень сексуальной культуры подрастающего поколения.

Можно выделить объективные и субъективные факторы, которые определяют специфику отношения молодых людей к своему здоровью. Первова И.Л. Социальная компетентность: противодействие аддикции Молодежь – позитивная сила развития российского общества Первова И.Л. Материалы Всероссийской научно-практической конференции.

Формирование самосохранительного поведения студентов в процессе профессиональной психолого-педагогической подготовки. Формирует соответственное поведение. Объективные факторы связаны, прежде всего, с условиями жизни, в которых реализуется поведение, и не зависят от людей.

Субъективные факторы представляют собой систему ценностей и установок, которые определяют поведение человека. В условиях социально–экономической трансформации общества в России формируется новое отношение к жизни, самореализации и позиционировании в обществе.

Это приводит к развитию моделей образа жизни, которые соответствуют той ситуации, в которой находятся молодые люди. Для преодоления сформировавшихся стереотипов поведения требуется длительное время.

Ускорение этого процесса возможно при активной государственной молодежной политике, а также при повышении уровня информированности населения и практике предупреждения заболеваний, что позволит развить позитивное отношение к здоровому образу жизни.

Самосохранительное поведение является формой социального поведения, которое представляет собой сознательные действия индивида, направленные на сохранение своего здоровья в биологическом, психологическом и социальном отношениях.

Главным фактором самосохранительного поведения является потребность человека в самосохранении. Ее следует отнести к первичным потребностям человека, которые являются условием охранения жизни индивида. Но эта потребность так же является производной от потребности в самосохранении. Она охватывает мотивы, которые побуждают человека к реальной деятельности и направлена на создание условий и средств для удовлетворения потребностей.

Потребность в самосохранении представляет собой результат воздействия объективных закономерностей развития сферы здравоохранения, культуры, образования. Это способствуют так же появлению возможностей для удовлетворения данной потребности, и позволяет реализовать здоровый образ жизни в повседневном поведении.

В социальном плане потребность в самосохранении является частью процесса социализации индивида. Это проявляется в том, что при отсутствии осознанного позитивного отношения к своему здоровью, человек будет испытывать серьезные трудности при самореализации себя как личности и позиционировании в обществе.

Проявляющиеся в повседневной жизни, эти трудности затрудняют процессы создания семьи, устройства на работу, организации, что приводит к отсутствию гармоничного развития личности.

Фактическое состояние здоровья молодежи России находится под серьезной угрозой. В соответствии со статистическими данными с 1995 года по 2005 год среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет наблюдался рост количества заболеваний в среде молодых людей.

К 2009 году число некоторых зарегистрированных заболеваний у больных с диагнозом, установленным впервые в жизни снижается, но все еще остается на достаточно высоком уровне. К примеру, количество подростков 15–17 лет с врожденными аномалиями и хромосомными нарушениями в 2009 году зарегистрировано 18300, в то время как в 1995 году было зарегистрировано 9000; страдающих заболеваниям системы кровообращения в 1995 году – 42100 человек, а в 2009 году уже 86500. Но число подростков 1617 лет страдающих ожирением к несчастью неуклонно растет. Было зарегистрировано в 1995 году 9 200 с таким заболеванием, а к 2009 году эта цифра увеличилась до 20800 человек. Так же вследствие неправильного питания и несоблюдения режима дня наблюдается рост числа заболеваний органов пищеварения с 1995 по 2005 года увеличилось количество впервые зарегистрированных больных на 133000.

Проблемы развития здоровья и самосохранительного поведения связаны с формированием здорового образа жизни и основываются на мотивации человека. Потребности человека первичного, связанного с двигательной активностью, и высшего порядка, связанные с самопознанием и самоактуализацией, затрагиваются на физическом, психоэмоциональном, духовном уровнях и позволяют достичь истинное здоровье.

Осознанная потребность человека в здоровье возможна только тогда, когда потребность возникающие в процессе мотивации деятельности по формированию здоровья, становятся побудителем и регулятором поведения. Именно поэтому важную роль в процессе формирования здорового образа жизни играет социальное управление.

Должны быть созданы обществом условия, когда человек понимает, что удовлетворение своих потребностей возможно с помощью определенных типов

поведения и это поведение должно быть социально-активным и направленно на развитие и поддержание своего здоровья. Одним из аспектов данной проблемы является мотивация деятельности и воспитание студентов в области здоровья через обучение навыкам, знаниям и умениям ведения здорового образа жизни.

Человек, в процессе своей деятельности определяет свое поведение и образ жизни через систему потребностей. В данном случае имеются в виду витальные, эмоциональные и рациональные потребности. Витальные потребности непосредственно влияют на физическое здоровье человека. Эмоциональные потребности, такие как коммуникативные, эстетические воздействуют на психоэмоциональное здоровье.

Достижение поставленных целей возможно через рациональные потребности путем контроля и сохранением усилий воли, такими потребностями являются: познавательные, интеллектуальные, трудовые потребности, а также потребности в самосовершенствовании.

Все они формируют в человеке личностные качества, которые позволяют достичь высшего ментально-духовного уровня, когда здоровье становится социогенной потребностью и является осознаваемой жизненно необходимой ценностью.

Выделяются два взаимодополняющих механизма формирующие и воспитывающие личность:

– внутренняя работа по осмыслению себя и окружающей среды путем воздействия убеждением и разъяснением на мотивацию, что приводит к последующей перестройке личности;

– воздействие на социальную микросреду человека и изменение его личности связанной с перестройкой мотивации через деятельность.

Однако устойчивая мотивация к здоровьесберегающей деятельности возможна будет только в тех условиях, когда эти действия значимы и понятны для человека, находя опорные точки во внутренних переживаниях.

На данный момент мировая практика формирует новую философию здоровья, признающую его как ценность и ставящая как приоритетную потребность для человека. Прогресс, достигнутый в области сохранения здоровья, позволяет предупреждать и минимизировать различные негативные воздействия на него. Однако системам здравоохранения сейчас требуется противостоять новым вызовам, которые представляют угрозу глобальной безопасности. Несмотря на преодоление множества болезней.

Петленко В.П. Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность. – СПб., Бант. пед. академия, 1998. инфекционного характера, утверждение основ профилактики, увеличение продолжительности жизни, создание новых более эффективных лекарств и рост профессионализма работников медицинских учреждений, возникает потребность в преодолении таких вещей как старение, увеличивающаяся стоимость медицинских услуг, преодоление проблем финансирования при ограниченных ресурсах, доступность медицинской помощи, появление новых заболеваний, увеличение количества больных туберкулезом и СПИДом, увеличение числа хронических заболеваний, распространение вредных привычек и так далее.

Все это требует внедрения новых стратегий для развития и сохранения здоровья с целью снижения воздействия на него различных негативных факторов через сознательное формирование здорового образа жизни.

С начала 90-х годов в России происходит уменьшение потенциала здоровья населения, особенно среди молодежи. Широко распространены во всех возрастных группах вредные привычки, наблюдался рост заболеваемости среди населения.

По состоянию здоровья и благосостояния граждан Россия попала в категорию развивающихся стран, при этом рейтинг качества жизни ниже уровня европейских стран по всем категориям, при этом показатель здоровья детей и подростков вызывает опасения и ставит под угрозу будущее нации.

Учитываются только медицинские показатели, связанные с уровнем распространения заболеваний среди подрастающего поколения, а ведь существуют

еще и проблема распространенности пагубных привычек, таких как алкоголизм, наркомания, табакокурение. Требуется пересмотр методологических основ охраны здоровья населения России, особенно детей и молодежи. Эти меры должны соответствовать «следующим условиям»:

Примером достигнутого успеха за многие годы проведения всевозможных спортивных программ являются спортивные клубы Германии. Они уже давно подошли к более совершенным формам работы с молодежью: новые ориентиры касаются оценки высших спортивных достижений в средствах массовой информации, а также форм массового спорта.

Это относится и к сельскому клубу, насчитывающему примерно сотню членов и к городскому клубу, число членов которого нередко превышает тысячу, где имеется дюжина всяких секций и где есть штатные сотрудники и большое число общественников. Молодые люди занимаются спортом все чаще, разнообразнее и дольше.

Общество становится более спортивным, однако, при этом теряется первоначальное значение спорта, как средства поддержания физической формы и повышения тонуса. Молодежь хочет сделать свой спортивный образ жизни как можно более свободным, поэтому ищет скорее дорогие, хотя и не лучшие формы занятий спортом в коммерческих студиях, но не в солидарных обществах, каковыми являются спортивные клубы, которые хотя и предоставляют проверенные виды услуг, но окружающая обстановка и время занятий не всегда соответствуют потребностям молодежи.

Формирующееся спортивное движение станет более автономным и способным, учитывая возросшее значение спорта в жизни молодежи, активно отстаивать его интересы, определять приоритеты своей деятельности. Спорт представляется как приносящая радость личная активность миллионов молодых людей при огромном количестве добровольных общественных помощников.

Решение такой масштабной задачи, как привлечение молодых людей к ведению здорового образа жизни позволит превратить их в активных и ответственных

участников жизни общества. Для этого требуется применение системного подхода путем построения развитой инфраструктуры поддержки добровольческой деятельности и привлечения к ней молодежи.

То есть требуется переход от простой поддержки молодежи к развитию потенциала молодых людей в интересах страны. Это требует создания постоянно функционирующего ресурсного обеспечения, позволяющего поддерживать молодежное добровольчество, как взаимосвязанного элемента в государственной молодежной, социальной, образовательной, здравоохранительной политик. Ключевая особенность этого подхода заключается в необходимости постановки и решении задач развития и поддержки молодежного добровольчества именно на системном уровне. Что позволит сделать его важной составляющей воспитательных и образовательных процессов.

Поддержка молодежного добровольчества государством и обществом может осуществляться через разработку и реализацию соответствующих программ и проектов поддержки добровольческой деятельности путем создания таких программ в образовательных учреждениях, в городе, районе, развитие организаций, работающих с молодежью.

Необходимо так же выработать систему стимулов, которые позволят создать благоприятные условия для развития таких движений не только через повышение их статуса, но и обеспечить вознаграждение за участие в добровольческой работе. Средства массовой информации так же способны способствовать развитию добровольчества путем широкого освещения работы добровольческих движений, особенно связанных с развитием физической культуры и спорта через соответствующие мероприятия.

Эти меры позволят сформировать положительный имидж молодежи. Для развития здоровья особенно важным становится развитие добровольческих программ по спортивным мероприятиям в таких видах спорта, как футбол, волейбол, хоккей, баскетбол и др. Это дало бы возможность молодым людям

участвовать в спортивных и спортивно-массовых мероприятиях путем создания любительских спортивных клубов студенческих или школьных.

Выполнение этих задач позволит создать условия молодых людей иметь прямой доступ к добровольческой деятельности. Через развитие спортивных программ они смогут не только сами приобщиться к здоровому образу жизни, но и на собственном примере развивать эти идеи.

Системное развитие молодежной добровольческой деятельности является важной частью государственной молодежной политики. Эти меры позволяют привлекать и развивать ресурсный потенциал молодежи при реализации социальной политики, что позволит молодым людям принимать активное участие в социально-экономическом и инновационном развитии страны. Созданные условия для свободного доступа молодежи к добровольчеству, будут способствовать решению такой важной задачи для государства, как привитие с детских лет привычки к здоровому образу жизни.

Это позволит укоренить среди молодых людей здоровое поведение. Так же проработанная государственная политика в области поддержки добровольческой деятельности молодежи позволит более широко реализовать государственную политику в сфере здравоохранения. Анализируя рассмотренные возможности привлечения молодежи к общественной деятельности, требуется создать условия, которые позволят молодым людям активно принимать участие в добровольчестве

Формирование здорового образа жизни и здорового поведения подрастающего поколения возможно через широкое развитие и поддержку добровольческих движений и программ, связанных с различными видами спорта и спортивными мероприятиями.

1.3 Модель ориентации студентов гостиничного дела на здоровый образ жизни

Гостиничный бизнес – это сфера предпринимательской деятельности по предоставлению гостиничных услуг, строительству и развитию гостиниц.

В настоящее время гостиничный бизнес является главной составляющей индустрии туризма. Это активно развивающаяся отрасль экономики страны. В структуре валовой добавленной стоимости России гостиничный и ресторанный бизнес в 2014 г составили – 1 % доходов государства.

Гостиничный бизнес, также, как и любая иная деятельность коммерческих структур подвержена различного рода рискам. Риски, имеющие место в гостиничном бизнесе разнообразны, так же высока вероятность их проявления. Таким образом, актуальными становятся вопросы их идентификации и минимизации с целью своевременного предотвращения возможных последствий.

В процессе исследования нами были изучены возможные риски, имеющие место в сфере гостиничного бизнеса. Мы разделили их по следующим направлениям: По характеру опасности (техногенные, природные и смешанные); в зависимости от вида деятельности (предпринимательские, инвестиционные, профессиональные, производственные); в зависимости от объекта подверженного риску (риск связанные с жизнью и здоровьем, риски имуществу).

Рассмотрим их более подробно.

К техногенным рискам относятся возможные негативные последствия, вызванные деятельностью людей. В гостиничном бизнесе в эту группу рисков составляют: загрязнение окружающей природной среды, нарушение экосистем и пр. К данной категории рисков нужно подходить с особым вниманием, так как последствия, как для окружающей среды, так и для самого предприятия сферы гостиничных услуг могут быть серьезными.

Так, природе может быть нанесен ущерб в виде деградации почвенного покрова, загрязнения водоемов и прилегающих к организации территории. В связи с этим предприятия сферы услуг могут понести серьезные финансовые затраты, связанные с восстановлением природной среды, уплачивать штрафные санкции, а также не исключена уголовная ответственность.

К природным рискам можно отнести риски независящие от человеческого фактора. К ним мы относим землетрясение, наводнение, извержение вулканов и

прочие природные стихийные бедствия. Вероятность их проявления зависит, прежде всего, от расположения объектов гостиничного бизнеса. Для компаний, оказывающих гостиничные услуги в Нижегородской области данный риск невысок в связи с низкой вероятностью возникновения природных катаклизмов.

К смешанному типу рисков следует относить риски, вызванные проявлениями событий природного характера, причиной которых послужила хозяйственная деятельность. В гостиничном бизнесе к такому типу рисков можно отнести риски оползневой опасности, связанные строительством на подверженной оползням территории и т.п. В целом по Нижегородской области вероятность проявления данного типа рисков невысокая.

К предпринимательским (коммерческим) рискам мы отнесли риски, связанные с убытками, возникшими в результате предпринимательской деятельности. В данную группу также входят риски финансового и производственного характера. Это наиболее распространенный и вероятный вид рисков, в том числе для гостиничного бизнеса Нижегородской области.

Инвестиционный риск представляет собой риск снижения доходности от финансовых вложений в коммерческую деятельность в результате принятия неэффективных управленческих решений, а также ухудшения экономической обстановки в государстве. В гостиничном бизнесе к ним можно отнести вложение в неликвидные активы, неэффективная дивидендная политика предприятия сферы услуг.

Профессиональные риски представляют собой риски, связанные с выполнением должностных обязанностей, сопровождающихся травматизмом. Для гостиничного бизнеса данный вид риска минимален. Достаточно высока степень риска для сотрудников сферы туризма.

Изучив структуру рисков, мы отдельно выделили риски пожарной опасности, риски краж и хищений имущества, риски эпидемиологической опасности и риски отравления продуктами питания. С нашей точки зрения данные виды рисков наиболее актуальны для сферы гостиничного бизнеса, так как затрагивают

непосредственно клиентов, а мероприятия по их предупреждению необходимо проводить постоянно в процессе предоставления гостиничных услуг.

К риску пожарной опасности относятся риски возникновения пожаров. В сфере оказания гостиничных услуг данный вид рисков может быть высоким в случае эксплуатации неисправного оборудования, электропроводки, нарушения требований правил пожарной безопасности.

Риск эпидемиологической опасности связан с распространением инфекционных заболеваний. Поток клиентов в сфере оказания гостиничных услуг значительный, в связи с этим риск распространения инфекций может быть высоким. Значение данного показателя велико, прежде всего, в странах Азии, африканского континента, где развита туристическая сфера и высокий уровень распространения инфекционных заболеваний. Для российских предприятий, оказывающих гостиничные услуги риск эпидемиологической опасности незначительный и может иметь высокие показатели в осенне-зимний период, когда высок уровень заболеваемости гриппом.

Риски, связанные с кражами и хищениями в гостиничном бизнесе распространены. Их показатели могут быть высокими или низкими в зависимости от качества организации мероприятий по их предупреждению. Эффективная и слаженная работа служб безопасности гостиниц позволит сократить риск краж до минимума.

Риски отравления клиентов гостиниц достаточно высоки. Они связаны с несоблюдением сроков хранения пищевой продукции, с реализацией продукции несоответствующей требованиям качества и безопасности, установленных нормативными документами. Для снижения степени риска необходима организация контроля поставки, приготовления и реализации пищевой продукции в гостинице. Для гостиниц некоторых регионов России величина риска в среднем ниже, чем для субъектов гостиничного бизнеса туристических стран. Данный аспект связан с более жесткими требованиями законодательства в части реализации пищевой продукции.

Ними были исследованы виды рисков характерные для гостиничного бизнеса и выбраны опрос работников сферы гостиничного бизнеса, анализ результатов.

Таблица 2 – Анализ рисков предприятий гостиничного бизнеса

Наименование риска	Вид негативного последствия, характерного для данного региона	Вероятность проявления (высокая ≥ 50 %, средняя – 25–50 % низкая <25)	Способы минимизации
Техногенные	Загрязнение прилегающей территории (почвы, водоемов), обрушение сооружений, выход из строя оборудования	Высокая	Применение эффективных очистных сооружений, соблюдение экологического законодательства, применение процедур административной ответственности за нарушение требований и нормативов проведения строительных работ, своевременное техническое обслуживание оборудования
Природные (климатические)	Ураганы	Низкая	Минимизация ущерба связанная с прогнозирование стихийных бедствий, страхование
Смешанные	Оползни	Низкая	Соблюдение правил проведения строительных работ, технологии строительства, выбор участков с низким уровнем оползневой опасности
Предпринимательские	Простои в работе	Высокая	Бизнес–планирование, анализ формируемой финансовой отчетности, выполнение договорных обязательств, привлечение кредитных ресурсов.
Инвестиционные	Снижение доходности по дивидендам	Средняя	Формирование достоверной отчетности, достоверная оценка активов и экономической ситуации на предприятии и в государстве
Профессиональные	Травматизм работников, несчастные случаи	Низкая	Соблюдение правил техники безопасности, должностных инструкций, рекомендаций, страхование
Риск пожарной опасности	Пожары на предприятиях гостиничного бизнеса	Низкая	Соблюдение правил противопожарной безопасности, техническое оснащение системами автоматизированного пожаротушения и оповещения, страхование
Эпидемиологические риски	Эпидемии	Низкая	Выполнение рекомендаций соответствующих служб по проведению санитарных и противоэпидемиологических мероприятий, карантин
Риски краж (хищений)	Кражи у клиентов и персонала, хищения имущества организации	Средняя	Эффективная работа службы безопасности гостиниц
Риск отравлений	Отравление продуктами питания	Средняя	Работа с проверенными поставщиками продукции

На основании проведенного исследования мы пришли к следующим выводам:

1) Риски, имеющие отношение к сфере гостиничного бизнеса, разнообразны, их количество достаточно высокое. Нижегородская область в этом отношении имеет средние показатели.

2) Вероятность риска зависит от географического расположения объекта гостиничного бизнеса, от состава и эффективности мероприятий, направленных на его минимизацию.

3) Наиболее существенными рисками для нижегородских предприятий гостиничного бизнеса являются: техногенные, предпринимательские, инвестиционные, риски краж, риски отравлений продуктами питания. Высокая вероятность проявления данных рисков связана с особенностями ведения бизнеса, с относительно невысокими экономическими показателями развития региона и отдельных предприятий сферы гостиничных услуг, с недостаточным качеством организационных мероприятий.

4) Негативные проявления рассмотренных рисков могут быть сведены к минимуму за счет проведения соответствующих мероприятий по внедрению современных технологических средств, соблюдения технологий строительства, требований нормативной и технической документации; за счет достоверной оценки активов и формирования «прозрачной и полезной» отчетности, привлечения дополнительных финансовых ресурсов; за счет эффективной организации служб безопасности гостиниц; за счет работы с проверенными поставщиками продуктов питания и т.д.

Все это позволяет нам создать модель ориентации студентов гостиничного дела на здоровый образ жизни.

Теоретико-методологическую основу модели здорового образа жизни студентов гостиничного дела составляют следующие принципы:

– научности;

– приоритета личностного развития;

– связи теории с практикой;

– субъектности здоровьесберегающего процесса;

– здоровье-ценностной ориентации процесса.

Теоретически обоснованные основные компоненты внутренней картины здоровья, позволяют выделить в модели три уровня отношения субъекта, которые являются основными показателями результативности данного процесса.

Когнитивный уровень отношения к здоровью в значительной степени зависит от социального окружения, особенностей его воспитания и жизненного опыта. Главный показатель эффективного развития этого уровня – отношение человека к себе, самоуважение.

Эмоциональный уровень отношения к здоровью образуется в результате сравнения знаний о себе с другими людьми. Главный показатель эффективного развития этого уровня – формирование дифференцированных обобщенных знаний о себе в процессе деятельности и общения с окружающими.

Поведенческий уровень отношения к здоровью образуется в результате активной деятельности субъекта, направленной на сохранение и поддержание своего здоровья. Главный показатель эффективного развития этого уровня – включенность в культурно – оздоровительную деятельность.

Моделирование системы здоровьесберегающей деятельности и создание здоровьеохранного пространства представляет собой программно-целевую разработку совокупности взаимосвязанных изменений в образовательном процессе и жизнедеятельности школы, включающей в себя следующие компоненты:

– ценностно-ориентационный – утверждение в сознании всех субъектов ценности здоровья как терминальной ценности (в стратегическом, смысло-жизненном, экзистенциальном отношении), и одновременно – как инструментальной ценности (в тактическом, повседневно-бытийном плане); – организационно-деятельностный компонент:

1) улучшение санитарно-гигиенического состояния;

2) физкультурно-оздоровительную работу;

3) повышение компетентности педагогов, специалистов в вопросах здоровьесбережения;

4) поддержание и укрепление здоровья;

5) профилактическую работу.

– диагностический компонент – предполагает оценку состояния здоровьесберегающей деятельности и её результатов.

– управленческий компонент – представлен деятельностью субъектов здоровьесбережения, их коллегиальных органов и обеспечивает нормативно-правовую, материально-финансовую, кадровую, методическую, экспертно-аналитическую, информационно-пропагандистскую поддержку работы по проектированию здоровьеохранного пространства.

Итак, модель здоровьесберегающей деятельности представляет собой единство ценностно – целевого, организационно-деятельностного, диагностического и управленческого компонентов вместе с нормативно–правовой, финансовой, материально-технической, кадровой, методической, экспертно-аналитической и другой поддержкой здоровьесберегающей деятельности со стороны всех заинтересованных структур.

Для оздоровительных мероприятий модель предусматривает проектирование механизмов и факторов восстановительного воздействия на организм человека, а также технологию разработки и применения специальных программ. В целях улучшения здоровья людей различных половозрастных групп используются различные виды рекреации.

Под моделированием понимается теоретический метод научного познания, который характеризуется как воспроизведение характеристик некоторого объекта на другом объекте, специально созданном для их изучения. Второй из объектов, называющийся моделью первого, находится в определенном объективном соответствии с познаваемым объектом, способен замещать его на определенных этапах познания и дает при его исследовании, в конечном счете, информацию о самом моделируемом объекте.

В науке нет единого определения понятия модели. Определение модели по В.А. Штоффу содержит четыре признака:

– модель – это мысленно представленная или материально реализуемая система;

– она отражает объект исследования;

– она способна замещать объект;

– ее изучение дает новую информацию об объекте.

С точки зрения В.А. Сластенина, при моделировании прибегают к изучению и разработке вспомогательной искусственной или естественной системы:

– находящейся в некотором объективном соответствии с предметом познания;

– способной замещать его в определенных отношениях;

– дающей, в конечном счете, информацию о самом моделируемом объекте.

По мнению Л.М. Фридмана, моделью некоторого объекта А (оригинала) называется объект В, выбранный или построенный субъектом К, по крайней мере, для одной из следующих целей:

– замена А в некотором мысленном (воображаемом) или реальном действии (процессе), считая, что в более удобно для этого действия в данных условиях (модель замещения);

– создание представления об объекте А (реально существующем или воображаемом) с помощью объекта В (модель представления);

– истолкование объекта А в виде объекта В (модель–интерпретация).

В нашем исследовании под моделью мы будем понимать «самостоятельный объект, находящийся в определенном соответствии (но не тождественный) с изучаемым объектом, способный замещать последний в некоторых отношениях и дающий при исследовании определенную информацию, которая переносится по определенным правилам соответствия на моделируемый объект». Использование модели позволяет нам сохранить представление об изучаемом предмете как о целостном явлении и облегчает проникновение в его сущность.

Для решения проблемы – создания модели – нами были выбраны следующие подходы: теоретико-методологический и эргономический подходы.

Подход – направление методологии исследования, в основе которого лежит рассмотрение объекта как целостного множества элементов в совокупности отношений и связей между ними, то есть рассмотрение объекта как системы.

Методологической основой являются системный, деятельностный, комплексный и интегрированный подход, которые выступают в данной модели как принципы разработки программы здоровьесбережения и безопасности.

Принцип – в теоретической философии то, чем объединяется в мысли и в действительности известная совокупность фактов.

Эргономика – научная дисциплина, возникшая в связи с усложнением технических средств и условий функционирования в современном производстве, существенным изменением трудовой деятельности человека, синтезирующей множество трудовых функций. Предметом изучения эргономики являются закономерности взаимодействия человека или группы людей с техническими средствами, объектом деятельности и средой в процессе достижения цели деятельности. Объектом выступает изучение взаимосвязи человека с предметным миром в процессе трудовой и других видов деятельности. Технический и человеческий аспекты рассматриваются эргономикой в неразрывной связи. Прогресс и практическая ценность эргономики определяются уровнем синтеза человеческого и технического аспектов.

Эргономика изучает особенности и возможности функционирования человека в системах: человек – вещь – среда.

Эргономика – наука о системах, включающая в себя такие понятия, как антропометрия, биомеханика, гигиена труда, физиология труда, техническая эстетика, психология труда, инженерная психология.

Эргономика – отрасль науки, изучающая движения человеческого тела во время работы, затраты энергии и производительность конкретного труда человека. Область применения эргономики довольно широка: она охватывает организацию рабочих мест, как производственных, так и бытовых, а также промышленный дизайн. Компоненты здорового образа жизни представлены на

рисунке 1.

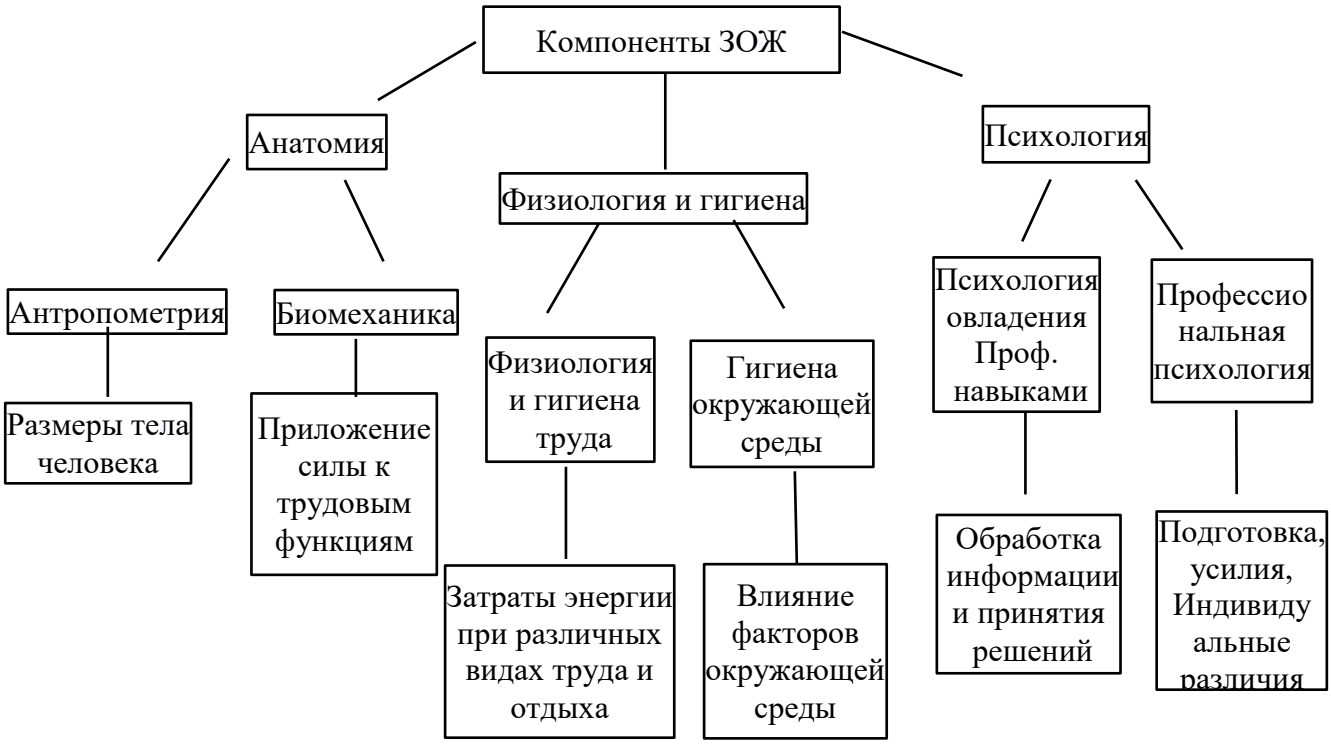

Рисунок 1 – Компоненты ЗОЖ

Теоретические и практические основы эргономики, как основы здорового образа жизни изложены в монографиях Б.Ф. Ломова «Человек и техника» (1966), А.А. Крылова «Человек в автоматизированных системах управления» (1972), Г.М. Зараковского, Б.А. Королева, А.И. Медведева, П.Я. Шлаена «Введение в эргономику» (под редакцией В. П. Зинченко, 1974) и др.

Группа английских ученых в 1949 году приняли термин «эргономика» и положили начало организации «Эргономического исследовательского общества», объединяющая ученых свыше тридцати развитых капиталистических стран. Среди инициаторов создания общества – крупнейшие специалисты по инженерной психологии и психологии труда: У. Хик, О. Ендхольм, П. Фиттс и др. Итоги работы зарубежных эргономистов нашли отражение в изданных в СССР

«Справочнике по инженерной психологии для инженеров и художников–конструкторов» У. Вудсона, Д. Конновера (перевод А. М. Пашутина, 1968), «Эргономических основах разработки сложных систем» Д. Мейстера (перевод Т. П. Бурмистровой и В.А. Цыпина, 1979). Подготовка специалистов по эргономике была начата в Англии с 1960 г., а с 1970 г. в США присваиваются степени бакалавра, магистра, доктора наук в области наук о «человеческих факторах», которая в Европе называется эргономикой.

О возрастающей актуальности эргономической экспертизы системы «человек – техника – среда» свидетельствует принятое в 1985 г. Государственным комитетом по науке и технике (Постановление «О дальнейшем развитии и широком использовании достижений эргономики в народном хозяйстве».

Исторической предпосылкой советской эргономики является анализ психологических законов труда. Родоначальниками такого подхода были В. М. Бехтерев, В. Н. Мясищев и другие отечественные ученые. Их традиции были развиты в учении о психологизации трудовой деятельности человека, в ориентации на теоретическое знание организации психических процессов, свойств личности, динамики психических состояний работника.

Основные работы в области эргономики велись в областях антропометрии, физиологии труда, проектирования труда, биомеханики, психологии, то в последнее десятилетие приоритеты эргономики существенно сместились в область безопасности, проектирования труда, биомеханики, напряженности труда.

К концу XX века выделились три главных направления внутри эргономики:

– эргономика физической среды, рассматривающая вопросы, связанные с анатомическими, антропометрическими, физиологическими и биомеханическими характеристиками человека, имеющими отношение к физическому труду;

– когнитивная эргономика связана с психическими процессами, такими как, например, восприятие, память, принятие решений, поскольку они оказывают

влияние на взаимодействие между человеком и другими элементами системы;

– организационная эргономика рассматривает вопросы, связанные с оптимизацией социо-технических систем, включая их организационные структуры и процессы управления.

Понимая «здоровье» как целостность, разные авторы и научные коллективы предлагают различные модели его интерпретации:

– трех компонентный «цветок здоровья» (физическое, психическое, социальное) первое определение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ);

– четырехкомпонентный цветок (добавляется нравственный компонент) – второе определение ВОЗ;

– семикомпонентное наполнение модели (по органам и системам жизнеобеспечения).

В международной практике в настоящее время получила распространение – компонентная модель «цветка здоровья».

Каждый компонент отражает один из аспектов здоровья :

– физический – согласованная работа всех органов и систем;

– психоэмоциональный – способность человека выражать эмоции, проявлять и управлять ими;

– интеллектуальный – способность управлять информацией;

– личностный – самооценка, восприятие себя как личности и окружающих к себе, самозначимость;

– социальный – взаимоотношение с социумом в различных ситуациях;

– духовный – стержень человека, нравственные ценности, вопросы веры.

Основными компонентами здоровьесбережения выступают:

Аксиологический – проявляющийся в осознании человека высшей ценности своего здоровья, убежденности в необходимости вести здоровый образ жизни, который позволяет наиболее полно осуществить намеченные цели, использовать свои умственные и физические возможности. Гносеологический – связанный с приобретением необходимых для процесса здоровьесбережения знаний и умений,

познанием себя, своих потенциальных способностей и возможностей, интересом к вопросам собственного здоровья, к изучению литературы по данному вопросу, различных методик по оздоровлению и укреплению организма.

Здоровьесберегающий – включает систему ценностей и установок, которые формируют систему гигиенических навыков и умений, необходимых для нормального функционирования организма, а также систему упражнений, направленных на совершенствование навыков и умений по уходу за самим собой, одеждой, местом проживания, окружающей средой.

Эмоционально – волевой – включает в себя проявление психологических механизмов – эмоциональных и волевых. Необходимым условием сохранения здоровья являются положительные эмоции; переживания, благодаря которым у человека закрепляется желание вести здоровый образ жизни. Воля – психический процесс сознательного управления деятельностью, проявляющийся в преодолении трудностей и препятствий на пути к поставленной цели.

Экологический – учитывающий то, что человек как биологический вид существует в природной среде, которая обеспечивает человеческую личность определёнными биологическими, экономическими и производственными ресурсами.

Физкультурно-оздоровительный компонент предполагает владение способами деятельности, направленными на повышение двигательной активности, предупреждение гиподинамии. Кроме того, этот компонент содержания воспитания обеспечивает закаливание организма, высокие адаптивные возможности. Физкультурно-оздоровительный компонент направлен на освоение личностно – важных жизненных качеств, повышающих общую работоспособность, а также навыков личной и общественной гигиены.

Функции здоровьесбережения:

– формирующая: осуществляется на основе биологических и социальных закономерностей становления личности. В основе формирования личности лежат наследственные качества, предопределяющие индивидуальные физические и

психические свойства;

– информативно – коммуникативная: обеспечивает трансляцию опыта ведения здорового образа жизни, преемственность традиций, ценностных ориентации, формирующих бережное отношение к индивидуальному здоровью, ценности каждой человеческой жизни;

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

Факторами, обусловливающими здоровье, являются:

– образ жизни;

– биологические (наследственность, тип высшей нервной деятельности, конституция, темперамент и т.д.);

– состояние окружающей среды;

– природные (климат, погода, ландшафт, флора, фауна и т.д.);

– социально – экономические;

– уровень развития здравоохранения.

Эргономика занимается комплексным изучением и проектированием трудовой деятельности с целью оптимизации орудий, условий и процесса труда, а также профессионального мастерства. Ее предметом является трудовая деятельность, а объектом исследования – системы «человек – орудие труда – предмет труда – производственная среда».

Эргономика относится к тем наукам, которые можно различать по предмету и специфическому сочетанию методов, применяемых в них. Она в значительной мере использует методы исследований, сложившиеся в психологии, физиологии и гигиене труда. Проблема состоит в координации различных методических приемов при решении той или иной эргономической задачи, в последующем обобщении и синтезировании полученных с их помощью результатов. В ряде случаев этот процесс приводит к созданию новых методов исследований в эргономике, отличных от методов тех дисциплин, на которые она возникла.

На основании этого нами была составлена модель здоровьесбережения в туризме региона, которая состоит из шести основных блоков: целевой (направленный на создание модели здоровьесбережения туристов), методологический (включающий подходы – системный, комплексный, нормативный, деятельностный, ситуационный, физиологический, психологический; и принципы – организационные, ориентирующие, управленческие, технические, человеческий факторы, интеграция, здоровьесбережене, дозированное нормирование); содержательно–определяющий опасности и риски в туризме (включающие три основных блока – природные, техногенные и социальные опасности); нормативно–организующие блок по среде и объектам путешествий, основанный на определении и соблюдении законодательной базы, государственных стандартов, СНИПов и СанПиНов, основанных на обеспечение экологической, материально–технической, технологической безопасности путешествия и услуг, а также ответственности организаторов, поставщиков услуг и личности путешествующего, соблюдающих все условия безопасного путешествия); результативный блок включает инструктивные технологии и документы, процесс контроля оказания безопасных услуг, информационно–рекламные материалы по безопасности путешествия и статистику несчастных случаев; условно-обеспечивающий блок состоит из общесистемных требований к модели безопасности путешествий и здоровьесбережения. Геополитическая стабильность, квалификация работников туриндустрии поставщиков услуг, и специальных условий, связанных с видом путешествия, наличием сертификационных документов, гарантирующих безопасное предоставление услуг и готовность работников и самих туристов к деятельности в чрезвычайных условиях и ведению здорового образа жизни.

Выводы по главе один

1) Ориентация на здоровый образ жизни является актуальной задачей и важным результатом образовательного процесса в вузе, важным условием личного благополучия и профессиональной успешности студентов. Ориентация на здоровый образ жизни должна рассматриваться как неотъемлемая составляющая профессиональной подготовки и обеспечения безопасности жизни учащихся, как необходимое условие осознанной разумной организации собственной жизнедеятельности на основе сохранения и поддержания своего здоровья.

2) Психологической основой формирования ориентаций студентов на здоровый образ жизни является изменение в системе их ценностных ориентаций. При этом, в отличие многих научных выводов, наше исследование показало, что здоровье не должно рассматриваться в качестве основной терминальной ценности (т.е. ценности цели). Ориентация на ЗОЖ будет успешной, если здоровье и его поддержание будет осознаваться как важнейшая инструментальная ценность (ценность–средство) для достижения целей профессиональной и личностной самоактуализации, материального и жизненного благополучия, устойчивых семейных отношений.

3) Основой педагогического влияния в процессе формирования ориентации на ЗОЖ является создание на занятиях учебных и эмоциональных условий для переживания, сопереживания, рефлексии, выбора способа поведения, а также позитивного отношения к жизни, наличия перспектив, долговременных целей, смысла жизни и деятельности. Информационная составляющая валеологического воспитания должна служить фоном, основой для развития ценностного сознания студентов.

4) Эффективность формирования ориентаций студентов гостиничного дела на ЗОЖ повышается при условии системного характера деятельности, позитивной и конструктивной направленности разрешения ценностных противоречий и поиске способов, замещающих вредные привычки, использования педагогических

технологий и методов формирования ценностного сознания через переживание, сопереживание, рефлексию, осознание пережитого опыта, дифференцирования информации в соответствии с индивидными особенностями, индивидуальной иерархией системы ценностных ориентаций студентов.

Эргономика – научная дисциплина, возникшая в связи с усложнением технических средств и условий функционирования в современном производстве, существенным изменением трудовой деятельности человека, синтезирующей множество трудовых функций, позволивших нам определить показатели и критерии оценивания формируемого исследовательского компонента, а именно – формирования ЗОЖ.

На основании этого нами была разработана модель здоровьесбережения в региональном туризме региона, которая состоит из шести основных блоков: целевой, методологический (включающий подходы – системный, комплексный, нормативный, деятельностный, ситуационный, физиологический, психологический; и принципы – организационные, ориентирующие, управленческие, технические, человеческий факторы, интеграция, здоровьесбережене, дозированное нормирование); содержательно–определяющий опасности и риски в гостиничном деле (включающие три основных блока – природные, техногенные и социальные опасности); нормативно–организующие блок по среде и объектам трудовых функций работников гостиничного дела, основанный на определении и соблюдении законодательной базы, государственных стандартов, СНИПов и СанПиНов, основанных на обеспечение экологической, материально–технической, технологической безопасности путешествия и услуг, а также ответственности организаторов, поставщиков услуг и личности путешествующего, соблюдающих все условия безопасного путешествия); результативный блок включает инструктивные технологии и документы, процесс контроля оказания безопасных услуг, информационно-рекламные материалы по безопасности путешествия и статистику несчастных случаев; условно-обеспечивающий блок состоит из общесистемных требований к модели

безопасности и здоровьесбережения работников индустрии гостеприимства (геополитическая стабильность, квалификация работников гостиничного дела поставщиков услуг, и специальных условий, связанных с категорией гостиниц, наличием сертификационных документов, гарантирующих безопасное предоставление услуг и готовность работников индустрии гостеприимства и самих клиентов к деятельности в чрезвычайных условиях и ведению здорового образа жизни.

2 ОРГАНИЗАЦИЯ ОПЫТНО–ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ОРИЕНТАЦИИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ ГОСТИНИЧНОГО ДЕЛА

Исходя из цели, гипотезы и задач, во второй главе мы рассмотрим организационные вопросы опытно-экспериментальной работы, содержание и методику ее реализации, результаты физиологического и психо-эмоционального состояния студентов гостиничного дела в процессе обучения.

2.1 Логика и задачи опытно-экспериментальной работы

Для организации опытно-экспериментальной работы в параграфе 2.1 мы определим задачи, критерии, уровни опытно-экспериментальной работы. Содержание опытно-экспериментальной работы мы опишем в параграфе 2.2.

В силу больших объемов статистических данных мы ввели ограничение и выбрали для проведения эксперимента студентов гостиничного дела Южно-Уральского государственного университета с первого по четвертый курс очной и заочной формы обучения.

Обоснуем наш выбор. В первой главе настоящего исследования мы говорили о проблемах формирования ЗОЖ у российской молодежи, рассматривали факторы опасностей и рисков в гостиничном деле, а также факторы здорового образа жизни, основе чего разработали модель формирования ориентации на здоровый образ жизни и здоровьесбережения у студентов гостиничного дела.

В первой главе данной работы нами было сделано предположение, что состояние студентов в условиях образовательного процесса будет демонстрировать положительную динамику при условии правильно составленной программы обучения, включающей следующее:

– сбалансированную образовательную программу;

– оптимизацию учебного процесса;

– наличие дисциплин, способствующих формированию ЗОЖ (физическая культура и спорт, безопасность жизнедеятельности, основы медицинских знаний, безопасность в гостиничных комплексах.

Все это позволит обеспечить повышение:

– стрессоустойчивости и жизнестойкости;

– готовности студентов к различным видам профессиональной деятельности, связанным с ночными сменами, физическими нагрузками и т.п.;

– выполнению сложных профессиональных задач различного характера, связанных с нормами и нормативами технологических процессов в гостинице, а также, с работой с различными группами клиентов;

– самостоятельности в предоставлении гостиничных услуг;

– исчезновению/ослаблению страха перед конфликтными ситуациями и ответственными мероприятиями.

Прежде чем перейти к описанию опытно-экспериментальной работы по результатам измерения, рассмотрим основополагающие вопросы, на которые мы опирались при ее подготовке и проведении.

Теоретическое осмысление данной проблемы привело нас к следующим положениям, требующие экспериментальной проверки: правильная организация рабочего места и трудовой деятельности на различных операциях гостиничного сервиса оказывает положительное влияние на физиологическое и психо-эмоциональное состояние будущих работников гостиничного дела, если программа профессиональной подготовки в вузе будет соответствовать следующим требованиям: насыщенность привлекательными профессионально значимыми дисциплинами, позволяющими сформировать образовательную программу и настроить студентов на процесс формирования здорового образа жизни.

Цель опытно-экспериментальной работы: исследовать психо-эмоциональное и физическое состояние студентов гостиничной специальности, а также их отношение к своему здоровью в процессе их обучения в ВУЗе и при совершении трудовых функций в процессе прохождения различных видов практик,

оказывающих влияние на изменение физиологического и психоэмоционального состояния.

Сформулированная цель определила характер конкретных задач, решаемых нами в ходе опытно-эксперементальной работы:

– выбрать методики измерения состояния студентов «гостиничного дела»;

– подготовить анкеты и тестовые задания для определения самооценки физического и психоэмоционального состояния испытуемых;

– изучить условия измерения показателей физиологического состояния студентов гостиничной направленности;

– экспериментальным путем проверить влияние комплекса условий на изменение состояния студентов в процессе их обучения.

При организации и проведении опытно-экспериментальной работы мы опирались на ряд общенаучных и конкретно–научных принципов, отражающих общие требования к осуществлению опытно-экспериментальной работы. При определении этапов опытно-экспериментальной работы мы руководствовались принципом целостного изучения, как сферы деятельности студентов гостиничной направленности, предполагающим использование системного подхода, четкое определение места изучаемого явления в процессе работы, а также раскрытие движения изучаемого явления.

На этапе выбора и составлении диагностической программы опытно-экспериментальной работы, при проведении исследования, а также при анализе и оценке полученных результатов мы руководствовались принципом объективности, предполагающим проверку каждого факта несколькими методами, фиксацию всех проявлений изменения исследуемых аспектов и сопоставлением данных своего исследования с данными других исследований. При планировании условий проведения опытно-экспериментальной работы и отслеживании получаемых данных мы опирались на принцип эффективности (это и принцип, и конечная цель исследования), суть которого заключается в том, что полученные результаты должны быть выше результатов, полученных в типичных, стандартных условиях,

за одно и то же время, при одних и тех же климатических, сезонных, материальных и финансовых ресурсах.

В процессе разработки методики организации психоэмоционального тестирования студентов нами были взяты за основу общедидактические и психологические принципы, а также принципы внедрения психо-тестирования в процессе обучения.

В ходе опытно-экспериментальной работы мы использовали следующие методы исследования: анкетирование; экспертные оценки; самооценка; тестирование; моделирование; анализ результатов; методы математической и компьютерной обработки результатов.

Комплексное использование методов давало возможность целостного определения уровней самооценки здоровьесбережения и собственного отношения к поставленной проблематике исследования студентов в процессе их обучения.

В организации опытно-экспериментальной работы мы руководствовались этапным подходом, согласно которому любая опытно-экспериментальная работа осуществляется в три этапа (подготовительный, основной, заключительный), каждому из которых соответствовали свои задачи, методы и результаты, приведенные в таблице 3.

Таблица 3 – Этапы проведения опытно-экспериментальной работы

Этапы	Задачи этапа исследования	Основные методы исследования	Полученные результаты
Организационно–подготовительный	–Изучить литературу по проблеме исследования; –выяснить специфику понятийного аппарата; –изучить сущность и проблемы регионального туризма; –построение гипотезы исследования; –определение стратегии научного исследования; – определить структуру и параметры измерения.	–Теоретический анализ проблемы и сравнительно–сопоставительный анализ литературы; – анкетирование; – собеседование со студентами; – обобщение психолого–педагогического опыта; –моделирование; – прогнозирование.	–Изучена литература по проблеме исследования; –определена структура здоровья студентов, как потенциальных туристов; –осмыслены цели и содержание опытно–экспериментальной работы; –сформулирована рабочая гипотеза..

Продолжение таблицы 3

Этапы	Задачи этапа исследования	Основные методы исследования	Полученные результаты
Практический	–Разработать систему измерения; – конкретизировать гипотезу исследования; –подготовить студентов к опытно–экспериментальной работе по измерению состояния студентов; –разработать методику измерения состояния студентов; –разработать диагностические материалы.	–Теоретический анализ; –аргументирование; –моделирование; –наблюдение; –адаптация методик здоровьесберегающей диагностики в соответствии с целями исследования; –тестирование.	–Проведено тестирование по выбранным показателям –определены методические приемы, технологии проведения эксперимента; –разработана методика проведения эксперимента.
Аналитический	–Провести корректировку разработанной системы анализа результатов измерения состояния студентов; –корректировать систему анализа и оценки результатов измерений; –оформить результаты опытно–экспериментальной работы.	–Теоретический анализ; –наблюдение; –изучение и обобщение опыта; –сопоставительный анализ данных.	–экспериментально подтверждены основные выводы и положения гипотезы; –оформлен материал магистерской диссертации.

Опытно-экспериментальной базой нашего исследования стали студенты кафедра туризма и социально-культурного сервиса Южно-Уральского государственного университета направления подготовки 43.03.03 «Гостиничное дело» очной и заочной формы обучения с первого по четвертый курс. Подробная информация представлена на рисунке 2 и 3.

Рисунок 2 – Форма обучения

47.9% испытуемых учатся на заочной форме обучения, остальны 52,1% участся на очной.

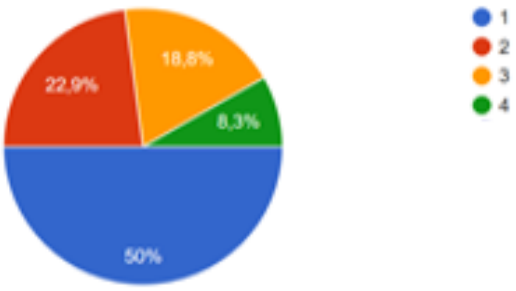

Рисунок 3 – Распределение респондентов по курсам обучения

На рисунке 3 показано что половина опрошенных является студентами первого курса, студентами второго курса является 22,9% испытуемых, 18,8% студенты третьего курса и 8,3% студенты четвертого курса.

В ходе исследовательской работы участвовало 48 студентов специальности «Гостиничное дело» Южно-Уральского Государственного Университета, в процентном соотношении 25 % мужчин и 75 % женщин. Информация представлена на рисунке 4.

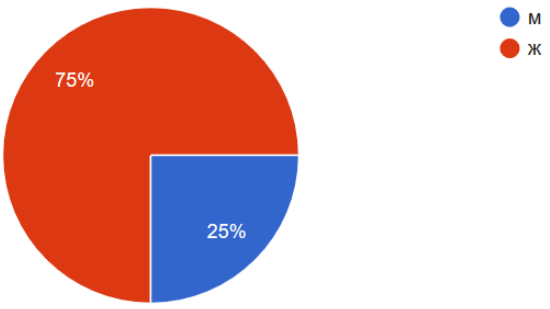

Рисунок 4 – Распределение респондентов по половому признаку

В качестве основных методик выбрана методика определения уровня тревожности Филипса и анкета самооценки здоровьесбережения студентов, разработана на основе методики Санкт–Петербургского НИИИ физической культуры совместно с ВОЗ «Health Behaviour in School–aged Children», направленной на изучения здоровьесбережения школьников.

Для проведения исследования была адаптирована анкета самооценки здоровьясбережения студентов, анкета состояла из 145 вопросов, которые условно можно разделить на 8 групп:

– общие сведения;
– организация питания и здорового образа жизни;
– отношение к физической культуре;
– использование свободного времени;
– социальный статус;
– оценка собственного состояния;
– отношение к учебе;
– теста на уровень тревожности Филлипса.

В экспериментальной работе приняло участие 48 респондентов, в том числе 12 мужчин и 36 женщин.

Данные результатов измерения обрабатывались с помощью методов математической статистики на основе программного обеспечения с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты эксперимента показали, что студенты действительно чувствуют себя хорошо и их не беспокоит физическая боль или психо-эмоциональные расстройства. Преобладающее большинство студентов делает выбор в пользу организации правильно питания, отказа от вредных привычек, занимаются физической активностью, рационально используют свободное время.

2.2 Содержание опытно-экспериментальной работы

В соответствии с логикой и задачами опытно-экспериментальной работы, осуществляется разработка методики исследования. Она представляет собой комплекс теоретических и эмпирических методов, сочетание которых дает возможность с наибольшей уверенностью исследовать сложные и многофункциональные объекты.

Применение целого ряда методов позволяет всесторонне изучить исследуемую проблему, все ее аспекты и параметры.

Научный метод – это совокупность способов получения новых знаний и решения задач в рамках любой науки. Метод включает в себя способы исследования феноменов, систематизацию, корректировку новых и полученных знаний.

Важным аспектом научного метода является требование объективности, которое исключает субъективную трактовку полученных результатов.

Для получения объективных данных проводится документирование наблюдений, описание всех исходных данных, методик и результатов исследований.

В научной литературе выделяют методы эмпирического и теоретического познания. Эмпирический метод представляет собой практический метод, тесно

связанный с экспериментом, теоретический метод отражает связи и закономерностей, которые достигаются методами обработки данных, полученных от эмпирических знаний.

На всех этапах проведения исследования используются следующие методы :

– анализ – разложение единой системы на составные части и изучение их по отдельности;

– синтез – объединение полученных в процессе анализа результатов в единую систему ;

– аналогия – заключение о сходстве изучаемых предметов или явлений по какому – либо признаку;

– моделирование – изучение объекта посредством составления моделей с переносом полученных знаний на оригинал. Модель является вспомогательным объектом, созданным или преобразованным в целях познания для получения новой информации, а так же служит способом конструирования чего – то нового, ранее не изученного. Формы моделирования зависят от сферы применения моделей.

В основе методов познания лежит взаимосвязь эмпирической и теоретической сторон, обуславливающих друг друга.

В нашей опытно-экспериментальной работе были использованы следующие методы, представлены на рисунке 5.

Гипотеза является недоказанным утверждением или предположением. Построение гипотезы связано с рядом каких-либо наблюдений, а ее доказательство превращается в доказанный факт. Недоказанная гипотеза – это ложное утверждение.

Сравнение представляет собой познавательную операцию, лежащую в основе суждений о сходстве или различии изучаемых явлений и объектов. С его помощью выявляются количественные и качественные характеристики объектов, осуществляется их классификация по каким-либо признакам. Важную роль в сравнении играют признаки сравнения, которые определяют возможные отношения между объектами или явлениями.

Рисунок 5 – Методы научных исследований

Анкетирование – способ массового сбора информации, в основе анкетирования или письменного опроса лежит заранее разработанная анкета, не имеющая ключа.

При составлении вопросов анкеты важно учитывать следующие факторы:

– правильная и понятная формулировка вопросов анкеты;

– эмоциональное состояние опрашиваемых;

– возраст опрашиваемых;

– обычаи и традиции;

Используя информацию, полученную после сбора анкет необходимо делать поправку на неизбежность субъективных искажений. Именно поэтому наряду с анкетированием, параллельно обращаются к другим методам – наблюдению, экспертным оценкам, анализу документов.

Тестирование – это процедура диагностики, для реализации которой применяют тесты. Как правило, тесты выдаются испытуемым в виде перечня вопросов, требующих кратких и однозначных ответов, либо в виде задач, решение которых не занимает много времени и также требует однозначных решений. Тест

отличается от анкеты в первую очередь наличием эталона или ключа.

Одним из методов, применяемый нами в исследовании является анализ полученной информации. Анализ – логический прием, состоящий в том, что из объекта исследования выделяются и отдельно изучаются элементы, каждый из которых исследуется в отдельности как часть целого.

Зачатую умение мыслить связывают с умением анализировать, так как вывод следствий, выражающих новые свойства изучаемого объекта, очень часто требует анализа того, что уже известно о нем.

Синтез – обратный анализу процесс, суть которого заключается в составлении проанализированных элементов в целое. Синтез, опираясь на данные, полученные в ходе анализа, дает решение поставленной задачи или доказательство построенной гипотезы. Анализ лежит в основе весьма общего подхода к решению задач.

Наряду со всеми методами немаловажную роль играет изучение литературы. Изучая научную литературу возможно узнать, какие стороны и проблемы уже достаточно хорошо изучены, по каким ведутся научные дискуссии, что устарело, а какие вопросы еще не решены. Работа с литературой предполагает использование таких методов, как:

– составление библиографического списка – перечня источников, отобранных для работы в связи с исследуемой проблемой;

– реферирование – сжатое переложение основного содержания одной или нескольких работ по общей тематике;

– конспектирование – ведение более детальных записей, основу которых составляет выделение главных идей и положений работы;

– аннотирование – краткая запись общего содержания книги или статьи;

– цитирование – дословная запись выражений, фактических или цифровых данных, содержащихся в литературном источнике.

После сбора информации для обработки полученных данных, путем опроса или тестирования используют математические и статистические методы. Они помогают оценить результаты эксперимента, повышают надежность выводов, дают

основания для теоретических обобщений.

Такие данные, как получение средней величины средних показателей, определение количественной зависимости, возможность получения графиков и диаграмм, определяются использованием статистических методов.

Для получения информации о физическом и психо-эмоциональном состоянии студентам было предложено несколько анкет, обработка результатов которых поможет нам определить следующее:

– данные о наличии здорового и правильного питания;

– наличие вредных привычек, склонность к выбору здорового образа жизни;

– отношение к себе и своему окружению, в том числе с другими участниками учебного процесса;

– уровень взаимопонимания с членами семьи, наличие здорового климата в семье;

– состав семей учащихся;

– оценка уровня жизни и благополучия учащихся и их семей;

– самооценка физического состояния и физической подготовленности;

– наличие хронических и врожденных заболеваний;

– оценка собственных достижений в учебе и спорте, отношение к достижением, желание развиваться;

– оценка психо-эмоционального климата в учебном заведении;

– расстановка приоритетов и ценностей, стремление к нравственному развитию;

– приобретенные навыки и умения в процессе получения образования, способность применять их;

– удовлетворенность учебным процессом;

– проведение досуга;

– определение уровня «школьной» тревожности.

Для определения уровня «школьной» тревожности мы использовали тест «Определение уровня школьной тревожности Филлипса», (приложение А) который позволил нам определить :

– общий уровень тревожности – общее эмоциональное состояние, связанное с различными формами его включения в жизнь учебного заведения;

– переживания социального стресса-эмоциональное состояние студента, на фоне которого развиваются его социальные контакты;

– фрустрация потребности в достижении успеха – неблагоприятный психический фон, не позволяющий учащемуся развивать свои потребности в

успехе, достижении высоких результатов;

– страх самовыражения – негативные эмоциональные переживания ситуаций, связанных с необходимостью раскрываться перед людьми, демонстрацией своих способностей;

– страх ситуации проверки знаний – негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки знаний, особенно публично;

– страх несоответствовать ожиданиям окружающих – ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, тревога по поводу оценок, даваемых окружающими, ожидание негативных оценок;

– низкая физиологическая сопротивляемость стрессу – особенности психофизиологической организации, снижающие приспособляемость человека к ситуациям стрессогенного харктера, повышающие вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды;

– проблемы и страхи в отношениях с преподавателями – общий негативный эмоциональный фон отношений с преподавателями в учебном заведении, снижающий успеваемость.

Тест состоит из 58 вопросов, которые были предложены студентам в письменном виде. На каждый вопрос требуется однозначный ответ «да» или «нет».

При обработке результатов выделяются вопросы, ответы на которые не совпадают с ключом теста (приложение В). Ответы, не совпадающие с ключом –

это проявление тревожности. Таким образом высчитывается общее число несовпадений по всему тесту. Если оно составляет более 50%, можно говорить о повышенном уровне тревожности студента, если составляет более 75% от общего числа вопросов теста – об очень высоком уровне тревожности. Так же рассчитывается число совпадений по каждому из восьми факторов тревожности, выделяемых в тесте. Уровень тревожности определяется так же, как и в первом случае, рассчитываясь из числа несовпадений ответов с ключом теста. Проведение анализа общего внутреннего эмоционального состояния учащихся во многом определяется наличием тех или иных факторов тревожности и их количеством.

2.3 Анализ результатов опытно-экспериментальной работы

В рамках опытно–экспериментальной работы было проведено тестирование и анкетирование студентов специальности гостиничного дела Южно-Уральского государственного университета с первого по четвертый курс очной и заочной формы обучения.

После сбора и обработки анкетных данных, нами установлено, что в опросе приняло участие 48 студентов. В таблице 3.2 представлены данные по количеству учащихся на каждом из четырех курсов, разделенных нами по половому признаку.

Исходя из таблицы, мы можем сделать вывод, что в ходе опытно–экспериментальной работы участвовали 36 представителя женского и 12 представителей мужского пола, что в процентном соотношении составляет 25% мужчин и 75% женщин.

Возрастной состав тестируемых представлен на рисунке 6 следующим образом:

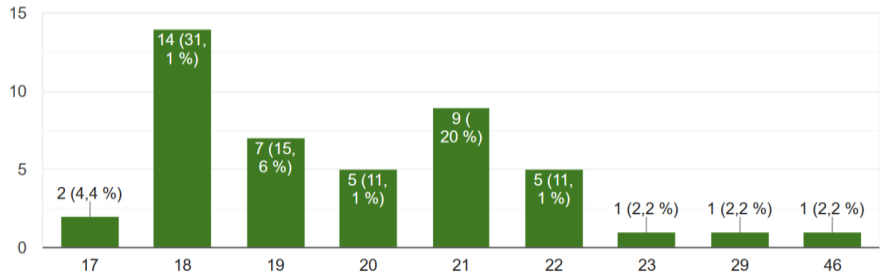

Рисунок 6 – Возрастной состав студентов

Здоровье человека во многом зависит от правильного питания. Пища служит источником необходимых для правильной работы организма, минералов и витаминов, благодаря которым происходит обновление клеток и тканей. Питание здорового человека должно соответствовать его физиологическим потребностям в зависимости от пола, возраста, региона проживания, а также рода деятельности. Нерациональное, недостаточное или избыточное питание приводит к нарушению процессов обмена веществ, ослаблению защитных функций и иммунитета, возникновению заболеваний, а также преждевременному старению, может стать причиной развития заболеваний органов кровообращения, ожирению, развитию сахарного диабета и другим тяжелым заболеваниям.

Для того, чтобы проанализировать рациональность питания студентов, мы задали в предложенной им анкете (Приложение А) четыре вопроса:

– какое количество раз в неделю студенты употребляют в пищу овощи (рисунок 7);

– какое количество раз в неделю студенты употребляют в пищу фрукты (рисунок 7);

– какое количество раз в неделю студенты употребляют в пищу газированные и сладкие напитки (рисунок 7);

– какое количество раз в неделю студенты употребляют в пищу шоколад или конфеты (рисунок 8).

А также при помощи анкетирования узнали, как часто студенты завтракают в учебные и выходные дни. Наглядно результаты можно видеть на рисунках 7 и 8. Согласно данным, которые мы видим из полученных диаграмм, можно сказать, что преобладающее число студентов начинает каждый свой день с приема пищи, который необходим человеку для получения энергии для занятия трудовой или учебной деятельностью.

Рисунок 7 – Как часто студенты завтракают в учебные дни

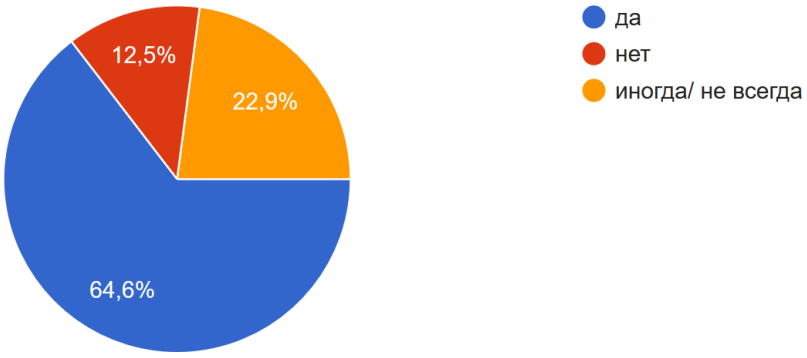

Рисунок 8 – Как часто студенты завтракают в выходные дни

На основании полученных ответов на вопросы о питании, изложенные выше, составлена диаграмма (рисунок 9,10), в которой приведены средние значения по курсам. Таким образом, мы видим, что предпочтение большинства отдается таким

продуктам как фрукты и овощи, а питание большинства учеников является правильным.

Рисунок 9 – Средние показатели по курсам употребления в пищу различных продуктов

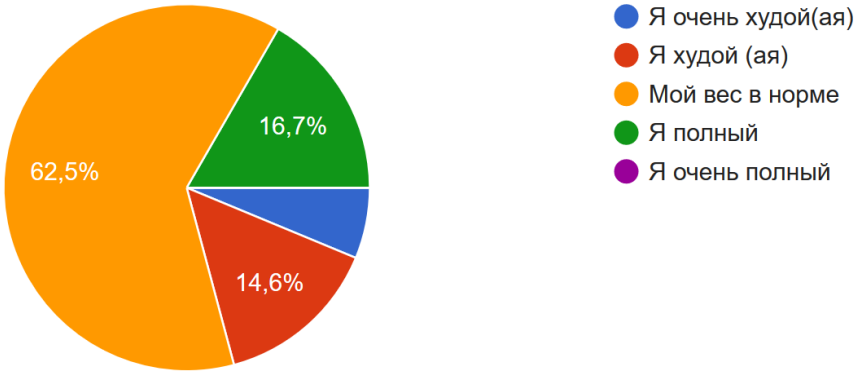

Рисунок 10 – Оценка собственного веса

На рисунке представлена диаграмма, отражающая самооценку собственного веса студентов. Преобладающее большинство студентов считаю, что их вес находится в пределах нормы и снижать или повышать его не планируют.

Ведение здорового образа жизни, отказ от вредных привычек, употребления алкоголя и наркотических средств, курения табака, здоровый сон и физическая активность – главные аспекты сбережения и приумножения собственного здоровья.

На рисунке 11 приведены средние данные по каждому курсу, благодаря которым можно увидеть положительную динамику отказа студентов от курения табака.

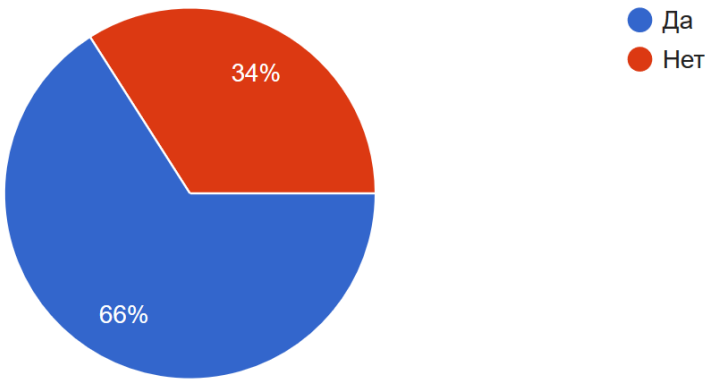

Рисунок 11 – Курение табака и табачных изделий.

На рисунке 12 приведены средние показатели частоты употребления различных видов алкогольной продукции по курсам. Студентам было предложено ответить на вопрос о том, как часто в течение жизни они употребляли некоторые виды алкогольной продукции. Ответ должен был содержать числовые данные по шкале от 0 – никогда не употреблял до 30 – употребляю каждый день. Основываясь на ответах студентов, нами была высчитана средняя норма частоты употребления по каждому виду алкоголя в отдельности.

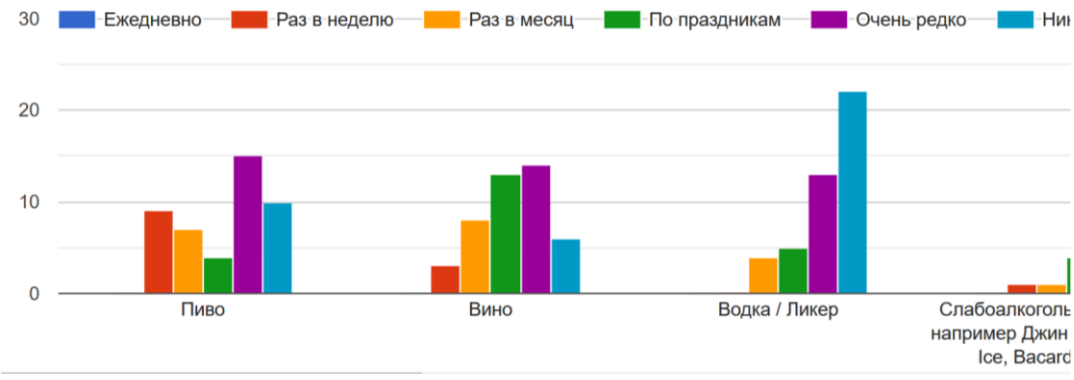

Рисунок 12 – Средние показатели частоты употребления отдельных видов алкоголя.

В настоящее время, в связи с появлением устройств, облегчающих трудовую деятельность, снизилась и физическая активность. Занятия физической культурой, как любой вид физической активности очень важен для поддержания здоровья, оказывает профилактический и оздоровительный эффект. Установлено так же, что умственное утомление и пребывание в ситуациях стрессового характера без умеренной физической нагрузки могут привести к тяжелым расстройствам в организме человека.

На рисунке 13 представлено сразу несколько показателей активности:

– средние данные по каждому курсу о посещении занятий физической культуры, в учебном заведении в неделю на данный учебный год;

– средние данные о занятия физической культурой вне учебного заведения;

– среднее количество часов, проведенных студентами за занятиями физической культурой в учебном заведении и в свое свободное время;

– средние данные об оценке собственных познаний в области физической культуры.

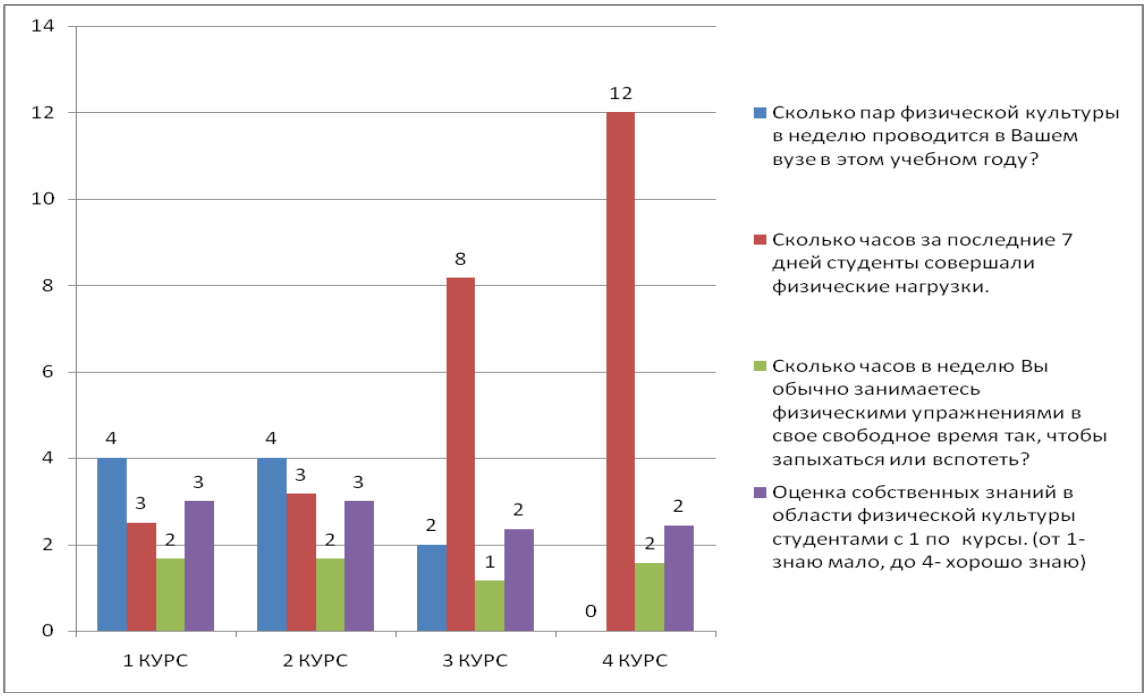

Рисунок 13 – Оценка собственных знаний в вопросах физической культуры.

Анализируя полученные данные, мы можем заключить следующее:

– преобладающее большинство студентов первого, второго и третьего курса посещают занятия физической культурой в ВУЗе в среднем от двух до четырех раз в неделю. Однако мы так же не могли не заметить, что студенты четвертого курса на занятия физической культурой в учебном заведении не посещают. Вероятно, этот факт обусловлен отсутствием данной дисциплины в этом учебном году, так как об интересе к физической активности говорит показатель количества часов занятий физической культурой.

– средние показатели количества часов, потраченных студентами на занятия какой-либо активной деятельностью, показывают нам довольно большие цифры, особенно среди студентов третьего и четвертого курса.

– в среднем, преобладающее большинство студентов испытывает физические нагрузки по 2 часа еженедельно.

– оценка собственных познаний в области физической культуры довольно низкая, что дает нам возможность предполагать, что большинство студентов не занимаются спортом профессионально и, вероятно, для внеурочных занятий выбирают специализированные спортивные клубы. Представлено на рисунке 14.

Рисунок 14 – Места, где студенты предпочитают проводить внеклассные уроки физической культуры.

Исходя из данных на рисунке 14, мы можем сделать вывод, что основная масса учащихся предпочитает проводить внеурочные занятия физической культуры в

специализированных фитнес-клубах, а также посещают спортивные секции, 12,5% опрошенных студентов занимаются физической активностью только на занятиях в университете и еще 35,4% не занимаются физическими упражнениями.

Согласно информации, полученной из анкеты, мы видим, что легкими видами спорта, такими как фитнес, плавание, легкая атлетика, а также посещают кардио-тренировки занимаются 32 опрошенных студента. Тренировки по легкой атлетике посещает четыре человека, один студент занимается баскетболом. Силовые тренировки предпочитают четверо опрошенных, а еще трое предпочитают агрессивные тренировки – кросс-фит, совмещающие в себе кардио и силовые нагрузки одновременно. Двадцать студентов не занимаются никакими видами спорта, на предыдущем рисунке мы заметили, что 10 человек не посещают занятия физической культуры, а еще 10 занимается только в университете. Данная закономерность отразилась и при постановке конкретизированного вопроса о том, каким видам спорта отдают предпочтения опрашиваемые студенты, это можно увидеть на рисунке 15.

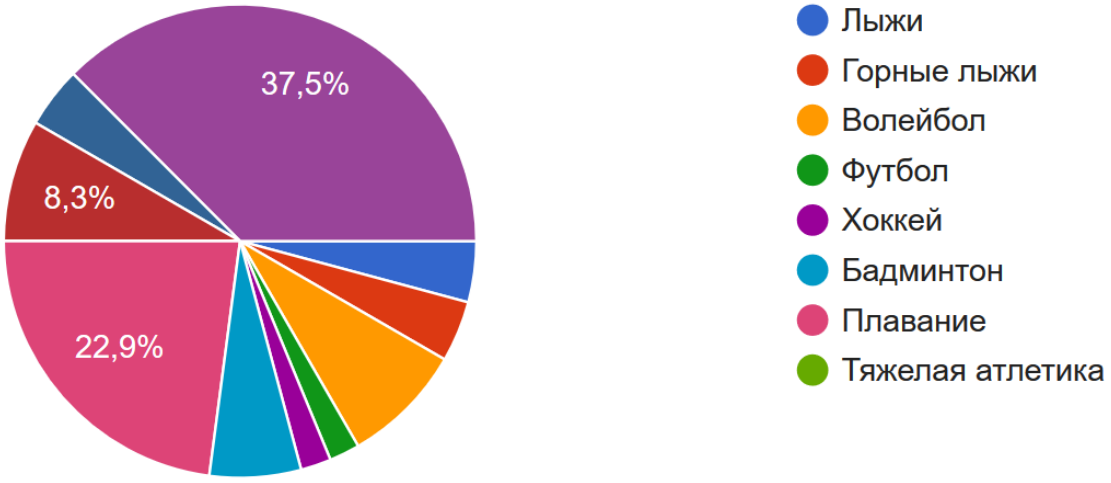

Рисунок 15 – Каким видам спорта отдают свое предпочтение студенты

В процентном соотношении количество студентов, не совершающих никаких физических нагрузок ровняется 16, 67 %.

Возможно, что некоторые учащиеся вынуждены отказаться от физических нагрузок по причине наличия хронических и врожденных заболеваний. На рисунке 16 представлена гистограмма, наглядно демонстрирующая количество студентов, имеющих подобные проблемы со здоровьем по каждому из четырех курсов.

Мы видим, что наименьшее количество студентов, страдающих хроническим или врожденным недугом учится на втором курсе, самое же большое количество таких студентов обучаются на третьем и четвертых курсах. В общей сложности с первого по четвертый курс хроническими или врожденными заболеваниями страдают 15 человек, что в процентном соотношении составляет 33,3 % от общего количества опрошенных.

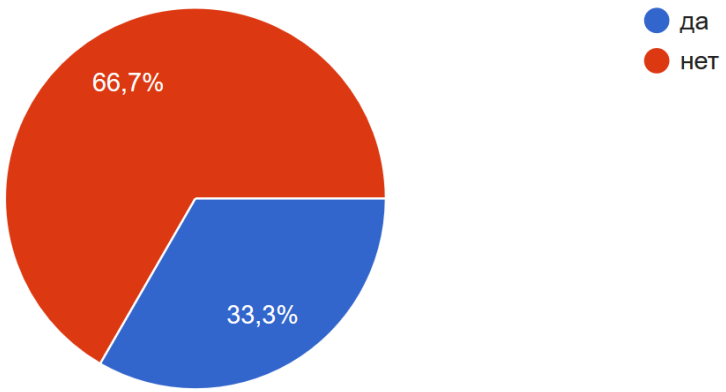

Рисунок 16 – Наличие у студентов хронических и врожденных заболеваний

Оценка учащимися своего собственного здоровья показывает следующие результаты – девять студентов признались, что чувствуют себя не очень хорошо, большинство опрошенных в количестве 36 человек чувствуют себя очень хорошо и не ощущают никаких недугов. Данные об отсутствии болезненных ощущений и жалоб на плохое самочувствие подтверждаются данными диаграммы на рисунке 17

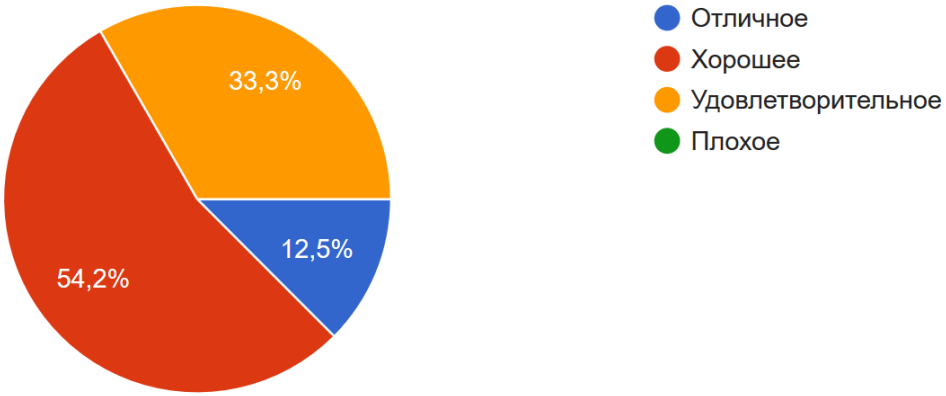

Рисунок 17 – Оценка собственного здоровья

В одном из вопросов анкеты мы просили студентов обозначить численно частоту жалоб на различные виды боли, физическое и психо-эмоциональное недомогание. Необходимо было расставить баллы по шкале от «0» – частые жалобы на недомогании до «30» баллов– редко возникает или никогда.

Рассчитав среднее значение по каждому курсу и наблюдая высокие средние показатели в столбцах диаграммы, мы можем заключить, что студенты действительно чувствуют себя хорошо и их не беспокоит физическая боль или психо-эмоциональные расстройства. Данные диаграммы на рисунке 17.

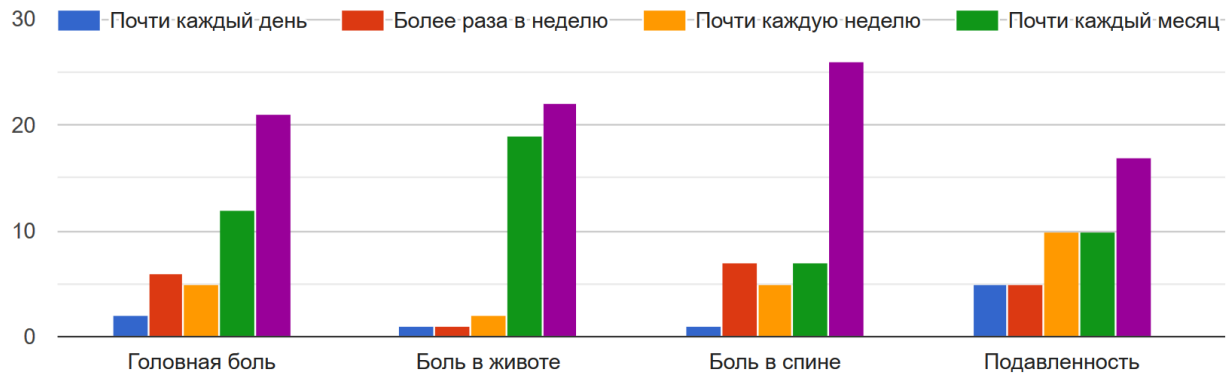

Рисунок 17 – Частота возникновения физической боли и психо-эмоциональных недугов.

Тестируемым студентам было предложено ответить на вопрос о том, насколько часто они испытывают те или иные эмоциональные ощущения, такие как радость, спокойствие, безразличие, тревога или отчаяние. Необходимо было дать ответ в цифровом формате по шкале от «0» – чувствую это постоянно до «30» – никогда не возникает подобного чувства. Согласно данным диаграммы на рисунке 18 мы можем сделать вывод, что приятные ощущения появляются у опрошенных студентов чаще, чем негативные.

Уровень тревожности мы опишем далее с помощью обработка теста «Уровень тревожности Филлипса» и сможем узнать насколько часто и по какой причине студенты испытывают чувство тревоги.

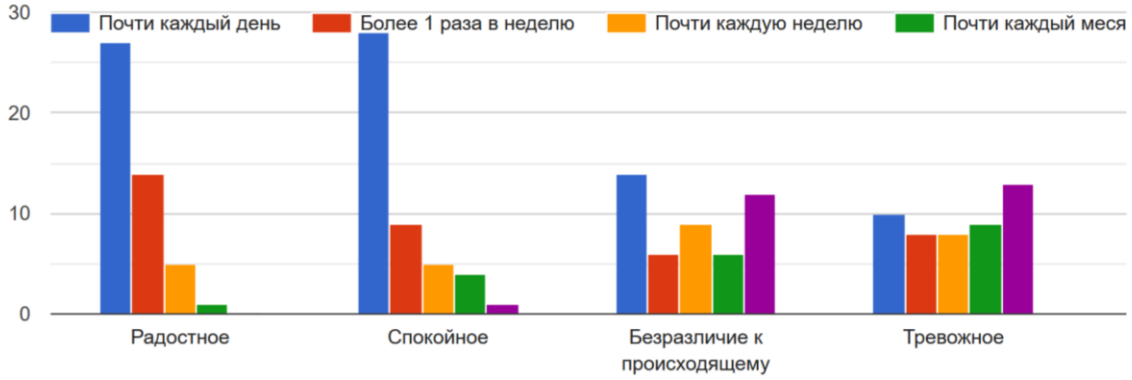

Рисунок 18 – Насколько часто студенты испытывают позитивные и негативные ощущения

Наличие свободного времени, а также качество его проведения так же отражается на физическом и психо-эмоциональном состоянии человека. Узнать, как проводят свое свободное время студенты нам поможет построенная диаграмма на рисунке 19.

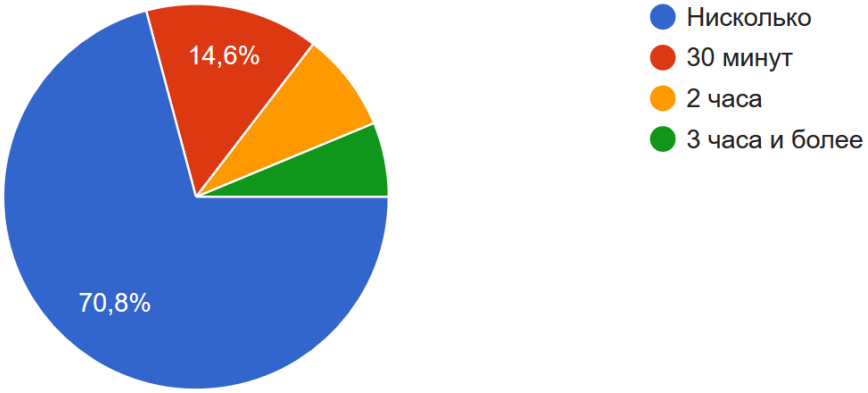

Рисунок 19 – Свободное время студентов

Ниже, в таблице 4 приведены средние показатели студентов по каждому курсу по нескольким критериям:

– самооценка свои способности к учебе (сообразительность, память, внимание) по шкале от «30» – превосходно до «0» – плохо;

– оценка своих учебных достижений по шкале от «0» – отличные до «30» – неудовлетворительные;

– По Вашему мнению, что Ваш куратор (преподаватели) думают о Вашей успеваемости по сравнению с однокурсниками? От «30» – очень хорошая до «0» – ниже среднего.

Таблица 4 – Оценка собственных учебных достижений

Курс	Самооценка способностей к учебе	Оценка собственных учебных достижений	Ваше мнение на взгляд на вас куратора
1	23	20	21
2	21,4	20	19
3	19,2	19,6	18,4
4	20,8	23	22,1

Данные в таблице 4 говорят об удовлетворенности обучающихся своими учебными достижениями и способностями, способностью сопоставить свои достижения с достижениями однокурсников.

Один из блоков анкеты – отношение студентов к получению высшего образования, наличие в учебной программе необходимых дисциплин, желание учиться, отношение к студентам и преподавателям. Мы предложили учащимся выделить наиболее интересные и необходимые, по их мнению, дисциплин.

На рисунке 20 изображена диаграмма, отражающая полученные данные, согласно которым в списке важных читаемых предметов лидируют, по мнению студентов, «основы здорового образа жизни», «основы медицинских знаний», «человек и его потребности», а также «физическая культура».

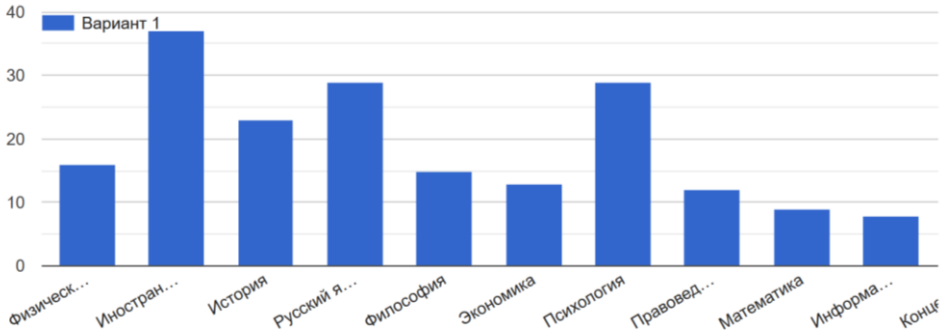

Рисунок 20 – Наиболее важные преподаваемые предметы по мнению опрашиваемых

Более подробные анкетные данные студентов, включающие в себя:

– данные о составе семей учащихся;

– роде занятий родителей;

– оценке обеспеченности семей;

– расстановке жизненных приоритетов и ценностей;

После получения расчетов результата теста «Уровень тревожности Филлиппса», используя математические и статистические методы, были построены диаграммы для получения наглядной информации об уровне общей тревожности студентов, а также таблицы по каждому из восьми факторов каждого студента с первого по четвертый курс.

Статистический анализ полученных данных показал, что 33 студентов обладают низким уровнем тревожности и 1 студент средним уровнем тревожности, который

составляет 6,8 %. Эти показатели являются хорошими для довольно комфортного процесса обучения всех студентов.

У всех учащихся общее эмоциональное состояние характеризуется низким уровнем тревожности.

У всех учащихся, принявших участие в тестировании наблюдается высокие результаты, что означает средний или высокий уровень тревожности по одному или нескольким факторам тревожности. У двоих студентов, прошедших тест выявлена 100 % тревожность по фактору «страх самовыражения».

Вовлечение студентов в жизнь университета не повлечет за собой тревожности, однако проверки знаний, особенно публичные могут вызвать возникновение чувства дискомфорта и страха у большинства студентов.

Студентам не свойственна ориентация на значимость мнения третьих лиц на их учебные или иные достижения, оценки их поступков. У большинства тестируемых выявлен достаточно высокий уровень стрессоустойчивости и жизнестойкости в ситуациях стрессогенного характера. Среди всех учащихся наблюдается положительное отношение к учебе, а так к другим учащимся, что говорит о благополучном развитии личности. Студенты готовы вести активную познавательную деятельность, направленную на достижение высоких результатов, они уверены в себе находят возможность самовыражения.

Выводы по главе два

С целью организации экспериментальной работы нами были определены задачи экспериментальной работы, выбраны методики проведения измерений самооценки здоровьесберережния человека.

Опытно-эксперментальная работа проводилась на основе метода тестирования.

Анкета состояла из 140 вопросов, которые условно можно разделить на 8 групп:

– общие сведения;

– организация питания и здорового образа жизни;

– отношение к физической культуре;

– использование свободного времени;

– социальный статус;

– оценка собственного состояния;

– отношение к учебе;

– теста на уровень тревожности Филлипса.

В экспериментальной работе приняло участие 48 респондента, в том числе 12 мужчин и 36 женщин.

Данные результатов измерения обрабатывались с помощью методов математической статистики на основе программного обеспечения с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты эксперимента показали, что студенты действительно чувствуют себя хорошо и их не беспокоит физическая боль или психо–эмоциональные расстройства. Преобладающее большинство студентов делает выбор в пользу организации правильно питания, отказа от вредных привычек, занимаются физической активностью, рационально используют свободное время.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В течение столетий ученые изучали, как работает организм человека. В последние несколько столетий небольшая, но быстро увеличивающаяся группа ученых занялась изучением того, как изменяются функции или физиология организма во время занятий физической деятельностью и спортом.

На основе этого нами разработана модель здоровьесбережения, которая состоит из шести основных блоков: целевой, методологический (включающий подходы – системный, комплексный, нормативный, деятельностный, ситуационный, физиологический, психологический; и принципы – организационные, ориентирующие, управленческие, технические, человеческий факторы, интеграция, здоровьесбережене, дозированное нормирование); содержательно–определяющий опасности и риски в туризме (включающие три основных блока – природные, техногенные и социальные опасности); нормативно–организующие блок по среде и объектам путешествий, основанный на определении и соблюдении законодательной базы, государственных стандартов, СНИПов и СанПиНов, основанных на обеспечение экологической, материально-технической, технологической безопасности путешествия и услуг, а также ответственности организаторов, поставщиков услуг и личности путешествующего, соблюдающих все условия безопасного путешествия); результативный блок включает инструктивные технологии и документы, процесс контроля оказания безопасных услуг, информационно–рекламные материалы по безопасности путешествия и статистику несчастных случаев; условно-обеспечивающий блок состоит из общесистемных требований к модели безопасности путешествий и здоровьесбережения туристов (геополитическая стабильность, квалификация работников туриндустрии поставщиков услуг, и специальных условий, связанных с видом путешествия, наличием сертификационных документов, гарантирующих безопасное предоставление услуг и готовность работников и самих туристов к деятельности в чрезвычайных условиях и ведению здорового образа жизни.

Опытно-эксперимсментальная работа состояла из трех основных этапов и основана на тестировании студентов гостиничного дела ЮУрГУ 1-4 курс. В качестве основных методик выбрана методика определения уровня тревожности Филипса и анкета самооценки здоровьесбережения студентов, разработана на основе методики Санкт–Петербургского НИИИ физической культуры совместно с ВОЗ «Health Behaviour in School-aged Children», направленной на изучения здоровьесбережения школьников.

Результаты эксперимента показали, что студенты действительно чувствуют себя хорошо и их не беспокоит физическая боль или психо-эмоциональные расстройства. Преобладающее большинство студентов делает выбор в пользу организации правильно питания, отказа от вредных привычек, занимаются физической активностью, рационально используют свободное время. Обучающиеся удовлетворенности своими учебными достижениями и способностями.

Студентам не свойственна ориентация на значимость мнения третьих лиц на их учебные или иные достижения, оценки их поступков. У большинства тестируемых выявлен достаточно высокий уровень стрессоустойчивости и жизнестойкости в ситуациях стрессогенного характера. Студенты готовы вести активную познавательную деятельность, направленную на достижение высоких результатов, они уверены в себе находят возможность самовыражения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1 Абаскалова, Н.П. Системный подход в формировании ЗОЖ субъектов образовательного процесса «школа – вуз». /Н.П. Абаскалова. – Новосибирск: Изд-во НГПУ,2001. – 316 с.

2 Барчуков, И.С. Гостиничный бизнес и индустрия размещения туристов: учебное пособие / И.С. Барчуков, Л.В. Баумгартен, Ю.Б. Башин, А.В. Зайцев // 2–е изд., испр. и доп. – М.: КНОРУС, 2013. – 168 с.

3 Бестужев–Лада, И.В. Теоретические и методологические исследования образа жизни /И.В. Бестужев-Лада. Сб. статей. – М.: ИСИ, 1979. – 182 с.

4 Васильева, О.С. Здоровый образ жизни – стереотипные представления и реальная ситуация / О.С. Васильева // Школа здоровья. – 1999. – № 2. С. 23–32.

5 Виленский, М.Я. Социально–педагогические детерминанты формирования здорового образа жизни / М.Я. Виленский // Теория и практика физической культуры. – 1994. –№9. –С. 9–11.

6 Вяткин, В.Н. Риск-менеджмент. Превентивное управление. учебно-практическое пособие / В.Н. Вяткин, В.А. Гамза, Ф.В. Маевский // Наука и образование, 2013. – 264 с.

7 Гальцев, С.С. Проблемы здоровья и здорового образа жизни в России / С.С.Гальцев // Приоритеты и интересы современного общества: Материалы Международной научно–практической конференции. – Астрахань, 2010. – С.3–5.

8 Гальцев, С.С. Здоровый образ жизни в контексте национальной безопасности / С.С.Гальцев // Информационное сопровождение геополитической безопасности территорий Юга России и Прикаспийского региона: Материалы Международной научно–практической конференции. –Астрахань, 2010. – С.4–6.

9 Гальцев, С.С. Здоровый образ жизни как индикатор качества жизни: медико-социальный аспект / С.С. Гальцев // Качество жизни: инновации и технологии Прикаспия: Материалы Международной конференции. –Астрахань, 2011. С.19–21.

10 Гальцев, С.С. Здоровый образ жизни: социально–политический аспект / С.С.Гальцев // Россия в процессе модернизации: социально–политический аспект: Материалы Всероссийской научно–практической конференции. –Армавир, 2010. – С. 6–8

11 Гальцев, С.С. Проблемы здорового образа жизни в российском общественном мнении / С.С. Гальцев // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – Т.6, М4. – С.10–21.

12 Гальцев, С.С. PR-деятельность по пропаганде здорового образа жизни как ресурс эффективного управления (на примере ГБУЗ АО ГП им. Пирогова) / С.С. Гальцев //Астраханский медицинский журнал. – 2012. –Т. 7. – С.22–70.

13 Гендин, А.М. Состояние и факторы развития физической культуры и здорового образа жизни школьников. /А.М Гендин, Р.А. Майер, М.И. Сергеев.– Новосибирск: Красноярск: КГПИ, 1989. – 215 с.

14 Глухов, В.И. Физическая культура в формировании здорового образа жизни /В.И. Глухов – Киев: Здоровя, 1989. – 70 с.

15 Горчак, С.И К вопросу о дефиниции здорового образа жизни / С.И. Горчак // Здоровый образ жизни: социально–философские и медико-биологические проблемы. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 183 с.

16 Димов, В.М. Новая концепция здоровья: системный подход /В.М. Димов // Социально-гуманитарные знания. – 1999. № 4. – С. 185–191.

17 Дуркин, П.К. К проблеме воспитания личной физической культуры у школьников и студентов / П.К. Дуркин // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2000. – №2. – С. 50–53.

18 Дуркин, П.К. К решению проблемы формирования здорового образа жизни населения России / П.К Дуркин // Теория и практика физической культуры. – 2002. – № 8. – С. 2–5.

19 Иванов, А.А, Риск–менеджмент. Учебно-методический комплекс / А.А. Иванов, С.Я. Олейников, С.А. Бочаров. – М.: Центр ЕАОИ, 2008. – 193 с.

20 Ильинич, В.И Студенческий спорт и жизнь. – М.: АО «Аспект Пресс», 1995. – 144 с.

21 Казначеев, В.П. Теоретические основы валеологии. Фундаментальные основы. – Новосибирск, 1993. – С. 7–41.

22 Казначеев, В.П. Этиология здоровья / В.П. Казначеев // Педагогические и медицинские проблемы валеологии. – Новосибирск, 1999. – С. 164–166.

23 Келле, В.Ж. Образ жизни и здоровье (методологический аспект) // Здоровье человека: социо-гуманитарные и медико-биологические аспекты: Материалы Всероссийской научной конференции. – М.: Институт человека РАН, 2002. – 288 с.

24 Кокшаров, А.А. Формирование здорового стиля жизни студентов средствами физической культуры: Автореф. дис.канд. пед. наук. – Барнаул, 2003. – 21 с.

25 Корченов, В.В, Социологические проблемы здорового образа жизни. – М.: Изд–во РАГС, 1998. – 274 с.

26 Лисицын, Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. –М.: Знание, 1982. 40 с.

27 Носкова, С.А. Физическая культура и социализация личности студента / С.А. Носкова // Теория и практика физической культуры. – 2003. – № 6. – С. 13–16.

28 Отношение населения к здоровью / Под ред. И.В. Журавлёвой. – Москва: Институт социологии РАН, 1993. – 178 с.

29 Петленко, В.П. Этюды валеологии: Здоровье как человеческая ценность. – СПб.: Балт. пед. академия, 1998. – 120 с.

30 Терехов, А.М, Загрязнение продуктов питания антибиотиками / А.М. Терехов, Д.А. Гусева, Ю.О. Мельникова // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни молодежи: материалы областной научно–практической конференции. – Н. Новгород: ИПТД – филиал ГБОУ ВО НГИЭУ, 2015. – 437 с.

31 Терехов, А.М. Контроль пищевых добавок как средство обеспечения безопасности продовольственных товаров / А.М. Терехов, Д.В. Палицына, А.Е. Карелина // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни

молодежи: материалы областной научно–практической конференции. – Н. Новгород: ИПТД – филиал ГБОУ ВО НГИЭУ, 2015. – 437 с.

32 Толстых, В.И. Образ жизни. Понятие. Реальность. Проблемы. – М.: Политиздат, 1975. – 184 с.

33 Формирование мотивации учебной деятельности учащихся/ под ред. В.Г. Леонтьева. – Новосибирск: Изд-во НГПИ, 1985. – 136 с.

34 Щедрина, А.Г. Понятие индивидуального здоровья – центральная проблема валеологии. – Новосибирск: НГПИ, 1996. – 50 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Тест на уровень тревожности «Филлипса»

1. Трудно ли тебе держаться на одном уровне со всей группой?

2. Волнуешься ли ты, когда преподаватель говорит, что собирается проверить, насколько ты знаешь материал?

3. Трудно ли тебе работать на занятиях так, как этого хочет преподаватель?

4. Снится ли тебе временами, что преподаватель в ярости от того, что ты не знаешь задание?

5. Случалось ли, что кто-нибудь из твоей группы бил или ударял тебя?

6. Часто ли тебе хочется, чтобы преподаватель не торопился при объяснении нового материала, пока ты не поймешь, что он говорил?

7. Сильно ли ты волнуешься при ответе или выполнении задания?

8. Случается ли с тобой, что ты боишься высказываться на занятиях, потому что боишься сделать глупую ошибку?

9. Дрожат ли у тебя колени, когда тебя вызывают отвечать?

10. Часто ли твои одногруппники смеются над тобой, когда вы общаетесь?

11. Случается ли, что тебе ставят более низкую оценку, чем ты ожидал?

12. Волнует ли тебя вопрос о том, не оставят ли тебя на второй год?

13. Стараешься ли ты избегать ситуаций, в которых делается выбор, потому что тебя, как правило, не выбирают?

14. Бывает ли временами, что ты весь дрожишь, когда тебя вызывают отвечать?

15. Часто ли у тебя возникает ощущение, что никто из твоих одногруппников не хочет делать то, что хочешь ты?

16. Сильно ли ты волнуешься перед тем, как начать выполнять задание?

17. Трудно ли тебе получать такие отметки, каких ждут от тебя родители?

18. Боишься ли ты временами, что тебе станет дурно на занятиях?

19. Будут ли твои одногруппники смеяться над тобой, если ты сделаешь ошибку при ответе?

20. Похож ли ты на своих одногруппников?

21. Выполнив задание, беспокоишься ли ты о том, хорошо ли с ним справился?

22. Когда ты работаешь на занятиях, уверен ли ты в том, что все хорошо запомнишь?

23. Снится ли тебе иногда, что ты в убниверситете и не можешь ответить на вопрос преподавателя?

24. Верно ли, что большинство однокурсников относится к тебе по-дружески?

25. Работаешь ли ты более усердно, если знаешь, что результаты твоей работы будут сравниваться в группе с результатами твоих однокурсников?

26. Часто ли ты мечтаешь о том, чтобы поменьше волноваться, когда тебя спрашивают?

27. Боишься ли ты временами вступать в спор?

28. Чувствуешь ли ты, что твое сердце начинает сильно биться, когда преподаватель говорит, что собирается проверить твою готовность к занятиям?

29. Когда ты получаешь хорошие отметки, думает ли кто-нибудь из твоих друзей, что ты хочешь выслужиться?

30. Хорошо ли ты себя чувствуешь с теми из твоих однокурсников, к которым ребята относятся с особым вниманием?

31. Бывает ли, что некоторые однокурсники в группе говорят что-то, что тебя задевает?

32. Как ты думаешь, теряют ли расположение те из однокурсников, которые не справляются с учебой?

33. Похоже ли на то, что большинство твоих однокурсников не обращают на тебя внимание?

34. Часто ли ты боишься выглядеть нелепо?

35. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся преподаватели?

36. Помогают ли твои родители в организации вечеров, или каких-то других мероприятий, которые проводятся в институте как другие мамы твоих однокурсников?

37.Волновало ли тебя когда-нибудь, что думают о тебе окружающие?

38. Надеешься ли ты в будущем учиться лучше, чем раньше?

39. Считаешь ли ты, что одеваешься в институт также хорошо, как и твои однокурсники?

40. Часто ли ты задумываешься, отвечая на занятиях, что думают о тебе в это время другие?

41. Обладают ли способные студенты какими-то особыми правами, которых нет у других однокурсников в группе?

42. Злятся ли некоторые из твоих однокурсников, когда тебе удается быть лучше их?

43. Доволен ли ты тем, как к тебе относятся однокурсники?

44. Хорошо ли ты себя чувствуешь, когда остаешься один на один с преподавателем?

45. Высмеивают ли временами твои однокурсники твою внешность и поведение?

46. Думаешь ли ты, что беспокоишься о своих институтских делах больше, чем другие студенты?

47. Если ты не можешь ответить, когда тебя спрашивают, чувствуешь ли ты что вот - вот расплачешься?

48. Когда вечером ты лежишь в постели, думаешь ли ты временами с беспокойством о том, что будет завтра в институте?

49. Работая над трудным заданием, чувствуешь ли ты порой, что совершенно забыл вещи, которые хорошо знал раньше?

50. Дрожит ли слегка твоя рука, когда ты работаешь над заданием?

51. Чувствуешь ли ты, что начинаешь нервничать, когда преподаватель говорит, что собирается дать группе задание?

52. Пугает ли тебя проверка твоих знаний в институте?

53. Когда преподаватель говорит, что собирается дать группе задание, чувствуешь ли ты страх, что не справишься с ним?

54. Снилось ли тебе временами, что твои однокурсники могут сделать то, что не можешь ты?

55. Когда преподаватель объясняет материал, кажется ли тебе, что твои однокурсники понимают его лучше, чем ты?

56. Беспокоишься ли ты по дороге в институт, что преподаватель может дать на занятии проверочную работу?

57.Когда ты выполняешь задание, чувствуешь ли ты обычно, что делаешь это плохо?

58. Дрожит ли слегка твоя рука, когда преподаватель просит сделать задание на доске перед всей группой или потоком?