

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СТЕРЛИТАМАКСКИЙ ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

Давлетшина Регина Мазгаровна

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ
ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА К СВОЕМУ
ЗДОРОВЬЮ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ**

19.00.07 – педагогическая психология

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук,
доцент Маджуга А.Г.

04201362327

12.11.2013

Стерлитамак – 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ.....	15
1.1. Понятие отношения к здоровью в современных исследованиях.....	15
1.2. Психологическая структура отношения студентов вуза к своему здоровью и характеристика ее базовых компонентов.....	25
1.3. Взаимосвязь между психологическими и педагогическими детерминантами, оказывающими влияние на процесс формирования отношения студентов вуза к своему здоровью.....	58
Выводы по I главе.....	81
Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ.....	83
2.1. Организация исследования и характеристика психодиагностических методик.....	83
2.2. Результаты эмпирического исследования психолого-педагогических детерминант формирования отношения студентов вуза к своему здоровью.....	88
2.3. Анализ результатов внедрения программы по формированию отношения студентов вуза к своему здоровью.....	106
Выводы по II главе.....	135
Заключение.....	137
Список литературы.....	140
Приложение.....	160

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. На современном этапе система среднего специального и высшего образования России переживает период трансформации. В её основе лежит гуманизация образовательного процесса, предполагающая всестороннее изучение личности обучающегося, заботу о его здоровье и индивидуальный подход к обучению. Сегодня основной целью образовательной программы высших учебных заведений является вооружение студентов системой профессиональных знаний, умений, навыков и применение их на практике, однако вопросам формирования отношения студентов к своему здоровью пока ещё уделяется недостаточно внимания. Социальные процессы, происходящие в обществе на современном этапе его развития, оказывают существенное влияние на все стороны жизнедеятельности человека, включая его здоровье. Важно изучить, какие ценности являются актуальными для современной молодёжи, чем они мотивированы, и как они влияют на состояние психологического здоровья студентов в условиях современного вуза.

Степень разработанности проблемы. Проблема структуры отношения личности к своему здоровью в психологии в том или ином аспекте затрагивается представителями различных зарубежных школ и направлений: психоанализа (З. Фрейд, К. Юнг), когнитивной психологии (К. Левин, Ж. Нюттен, Х. Хекхаузен), индивидуальной психологии (А. Адлер), гуманистической психологии (А. Пауэлл, К. Роджерс, Ф. Феникс), экзистенциальной психологии (В. Франкл, Э. Фромм, Д. Бьюдженталь, С. Мадди). В отечественной психологической науке различные аспекты проблемы структуры отношения личности к своему здоровью отражены в работах Б.Г. Ананьева, Б.С. Братуся, А.А. Бодалева, И.В. Журавлевой, А.Н. Леонтьева, Д.А. Леонтьева, К. Муздыбаева и др.

Проблемой здоровья человека занимались такие учёные, как Н.П. Абаскалова, Б.Г. Ананьев, М.В. Антропова, М.М. Безруких, Е.М. Белостоцкая, К.И. Грум-Гржимайло, И.В. Дубровина, В.Н. Ирхин, Э.М. Казин, Н.П. Коваленко, В.В. Колбанов, А.Г. Маджуга, Н.Н. Малярчук, Г.С. Никифоров и другие. Основные выводы ученых говорят о том, что в студенческом возрасте человек обладает определенным психологическим здоровьем, но из-за пребывания в стрессогенной среде оно нарушается, и как результат теряется четкость осознания личностью ценности своего здоровья. В связи с этим изучение психолого-педагогических детерминант формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе является актуальным.

Значимость данного исследования актуализируется наличием ряда **противоречий**:

- *на социально-психологическом уровне*: объективными потребностями общества в сохранении и укреплении здоровья будущих специалистов и особенностями организации образовательного процесса в вузе, где наблюдается ухудшение здоровья студентов в процессе профессиональной подготовки;

- *на научно-теоретическом уровне*: потребностью в конкретизации научного представления о содержании понятия «отношение к здоровью», его структурных компонентов и обосновании системы психолого-педагогических детерминант формирования отношения студентов к своему здоровью и недостаточным вниманием к разрешению данной проблемы в сфере высшего профессионального образования;

- *на научно-методическом уровне*: потребностью в разработке и внедрении в практику программ по формированию отношения к своему

здоровью у студентов в период обучения в вузе и недостаточным их применением в теории и практике высшей школы.

Указанные противоречия определяют **проблему** исследования – выявление психолого-педагогических детерминант формирования отношения студентов вуза к своему здоровью, недостаточная разработанность, которой определила выбор **темы** диссертационного исследования: «Психолого-педагогические детерминанты формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе».

Цель исследования – определить и изучить психолого-педагогические детерминанты формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе.

Объект исследования – отношение студентов вуза к своему здоровью.

Предмет исследования – психолого-педагогические детерминанты формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе.

В соответствии с целью, объектом и предметом исследования была сформулирована **гипотеза исследования**:

целенаправленное формирование отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе будет эффективным, если:

- в процессе формирования отношения студентов вуза к своему здоровью учитывать такие психолого-педагогические детерминанты, как валеологическая установка, здоровьесозидающая личностная позиция, а также гендерные особенности;
- рассматривать отношение студентов вуза к своему здоровью как сложное интегративно-личностное образование, которое включает в себя следующие основные компоненты: познавательный, эмоционально-ценностный, личностно-деятельностный;

- будет доказана эффективность программы психологического тренинга в плане формирования позитивного отношения студентов к своему здоровью в образовательном процессе.

Предмет исследования и положения гипотезы позволили выдвинуть следующие **задачи исследования:**

1. Осуществить теоретический анализ проблемы формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе.

2. Определить систему психолого-педагогических детерминант, способствующих формированию отношения студентов к своему здоровью в образовательном процессе на этапе профессиональной подготовки.

3. Изучить особенности формирования отношения студентов к своему здоровью в образовательном процессе.

4. Разработать и апробировать программу тренинга, направленного на формирование отношения студентов к своему здоровью в образовательном процессе, и определить ее эффективность.

Методологическая основа исследования: личностно-деятельностный подход (К.А. Абульханова-Славская, А.Н. Леонтьев и др.), учение о самоконтроле как фундаментальном психологическом механизме (Г.С. Никифоров), учение о внутренней картине здоровья (В.А. Ананьев), учение о сознании и самосознании личности (С.Л. Рубинштейн), концепция эталонных или социокультурных матриц здоровья (О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов и др.)

Теоретическая основа исследования: теория отношения (В.Н. Мясищев); педагогические и психологические концепции ценностей и ценностных ориентаций: отечественных (В.Г. Алексеев, С. А. Богомаз, Б.С. Братусь, М.С. Каган и др.) и зарубежных учёных (Е. Шпрангер, С. Шварц, М. Рокич и др.); теории здоровья, здорового образа и стиля жизни (Н.П. Абаскалова, В.А. Ананьев, Б.С. Братусь, И.В. Дубровина, В.Н. Ирхин, Э.М. Казин, В.В. Колбанов, А.Г. Маджуга, Н.Н. Малярчук,

Г.С. Никифоров, G.W. Allport, А.Н. Maslow и др.); работы по гендерной психологии (Н.И. Абибукова, С.С. Балабанов, С. Бем, Т.В. Бендас и др.); работы по возрастной психологии (Г.С. Абрамова, И.С. Кон и др.); работы, посвященные отношению к своему здоровью (Р.А. Березовская, И.В. Журавлёва, Н.З. Кайгородова, Н.П. Коваленко и др.).

Методы исследования:

- теоретические: теоретический анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, обобщение, сравнение, систематизация;

- эмпирические методы: наблюдение; констатирующий; и формирующий эксперименты; тестирование. Психодиагностические методики: «Сформированность здоровьесозидающей позиции личности – ЗСПЛ» (А.Г. Маджуга); «Валеологический тип личности» (Т.Д. Дубовицкая, А.Г. Маджуга,), методика «Маскулинность – фемининность» (С. Бем), методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма, тест-опросник «Смыслоразнонаправленности» (Д.А. Леонтьев), методика «Ценностные ориентации» М. Рокича, методика определения самоактуализации личности (САМОАЛ) А. Маслоу в интерпретации А.В. Лазукина, методика определения потребностей в ощущениях (М. Цукерман); количественный анализ результатов, выполненный в программе «SPSS 11.5 for Windows».

Этапы исследования. Исследование проводилось с 2009 по 2013 гг. и включало четыре основных этапа.

Теоретический этап (2009 – 2010 гг.) – определение темы, постановка цели, выбор объекта и предмета, формулирование гипотезы, проведение анализа психолого-педагогических исследований по проблеме исследования.

Подготовительный этап (2010 – 2011 гг.) – разработка программы экспериментальной работы по формированию отношения студентов вуза

к своему здоровью; подбор диагностического инструментария и анализ эмпирического материала.

Экспериментальный этап (2011 – 2012 гг.) – организация констатирующего и формирующего экспериментов. В процессе констатирующего эксперимента был выявлен исходный уровень сформированности отношения студентов вуза к своему здоровью. Формирующий эксперимент включал изучение уровня сформированности отношения студентов вуза к своему здоровью в экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) группах.

Интерпретационный этап (2012 – 2013 гг.) – анализ и интерпретация результатов проведенного исследования с точки зрения успешности экспериментальной деятельности и на их основе формулирование выводов о подтверждении гипотезы.

Экспериментальная база исследования. В исследовании принимали участие студенты 1 и 2 курсов гуманитарных специальностей Стерлитамакского филиала ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет», в количестве 180 человек. Выборку составили испытуемые обоего пола: 92 юноши и 88 девушек. Возраст испытуемых варьировался в пределах от 17 до 19 лет.

Обоснованность и достоверность результатов исследования обеспечиваются использованием теоретических и эмпирических методов исследования, соответствующих предмету, цели, задачам работы; методологической обоснованностью теоретических положений; экспериментальной проверкой гипотезы, давшей положительные результаты; применением методов математической и статистической обработки эмпирических данных (t-критерий Стьюдента, критерий корреляции r-Пирсона) и апробацией результатов исследования в образовательной практике.

Научная новизна исследования состоит в том, что:

- выявлены основные психолого-педагогические детерминанты формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе на этапе профессиональной подготовки. Показано, что этими детерминантами являются валеологическая установка, здоровьесозидающая личностная позиция, а также гендерные особенности;

- выявлены содержание и структура отношения студентов к своему здоровью в образовательном процессе; отношение студентов к своему здоровью является сложно организованным личностным конструктом, включающим следующие основные компоненты: познавательный, эмоционально-ценностный, личностно-деятельностный;

- выявлены собственные подструктуры каждого из компонентов. Познавательный компонент предполагает не только усвоение теоретических знаний и практических умений в области здоровьесбережения, но и осознание ценности здоровья как неотъемлемого условия успешного профессионального роста и полноценной жизни. Он связан с формированием устойчивой мотивации к здоровью и здоровьесбережению, причем формированию не отдельного мотива, а целостной мотивационной сферы личности студента. Эмоционально-ценностный компонент включает в себя эмоциональную оценку ценности здоровья, которая проявляется в удовлетворении потребности в здоровье. У студентов формируется позитивное субъективное отношение к здоровьесберегающей деятельности, направленность на обеспечение здоровья – своего и окружающих. Личностно-деятельностный компонент ориентирован на творческое применение освоенных знаний, умений и навыков в здоровьесберегающей деятельности. При реализации этой составляющей студенты синхронизируют достигнутый ими уровень здоровья в соответствии со своей познавательной, профессиональной

и гражданской деятельностью. Этот компонент отношения студентов к своему здоровью реализуется посредством создания нового в области сохранения и укрепления здоровья своего и других людей;

- обоснована возможность создания эффективного гармоничного взаимодействия выделенных компонентов, оказывающих положительное влияние на формирование отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе на этапе профессиональной подготовки.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что:

- расширено представление о роли отношения студентов к своему здоровью в становлении личности специалиста и ее развитии;

- обобщены, систематизированы и интегрированы данные о психолого-педагогических детерминантах формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе на этапе профессиональной подготовки;

- доказана необходимость психологического сопровождения формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе.

Практическая значимость работы состоит в том, что:

- обобщен эмпирический материал, характеризующий динамику формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в процессе осуществления авторской комплексной психологической программы;

- разработана и описана программа тренинга по формированию отношения студентов к своему здоровью, способствующая личностному развитию студентов вуза;

- полученные результаты могут быть использованы в работе практических психологов в сфере образования с целью формирования позитивного отношения студентов к своему здоровью, а также при разработке преподавателями вуза учебных курсов по специальности «Психология».

Полученные теоретические и практические результаты востребованы также в практике психотерапевтической службы (интегративная танцевально-двигательная терапия, терапия творческим самовыражением), социальной службы (социальная реабилитация посредством формирования адекватных стратегий отношения личности к своему здоровью).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. К значимым психолого-педагогическим детерминантам формирования позитивного отношения студентов к своему здоровью относятся: валеологическая установка, здоровьесозидающая личностная позиция, а также гендерные особенности. Каждая из этих детерминант имеет уровневые характеристики, определяющие личностно-профессиональное развитие студента.

2. Отношение студентов к своему здоровью представляет собой сложно организованный личностный конструкт, включающий в качестве основных компонентов познавательный, эмоционально-ценностный, личностно-деятельностный. Каждый из компонентов, в свою очередь, имеет собственные переменные. Познавательный компонент предполагает не только усвоение теоретических знаний и практических умений в области здоровьесбережения, но и осознание ценности здоровья как неотъемлемого условия успешного профессионального роста и полноценной жизни. Он связан с формированием устойчивой мотивации к здоровью и здоровьесбережению, причем формированию не отдельного мотива, а целостной мотивационной сферы личности студента. Эмоционально-ценностный компонент включает в себя эмоциональную оценку ценности здоровья, которая проявляется в удовлетворении потребности в здоровье. У студентов формируется позитивное субъективное отношение к здоровьесберегающей деятельности, направленность на обеспечение здоровья – своего и окружающих. Личностно-деятельностный компонент ориентирован на творческое

применение освоенных знаний, умений и навыков в здоровьесберегающей деятельности. При реализации этой составляющей студенты синхронизируют достигнутый ими уровень здоровья в соответствии со своей познавательной, профессиональной и гражданской деятельностью. Этот компонент отношения студентов к своему здоровью реализуется посредством создания нового в области сохранения и укрепления здоровья своего и других людей.

3. Формирование отношения студентов вуза к своему здоровью предполагает включение в программу специальных занятий, упражнений на развитие познавательного, эмоционально-ценностного и личностно-деятельностного компонентов с учётом гендерных особенностей. Реализация программы тренинга по формированию позитивного отношения студентов к своему здоровью способствует формированию у них здоровьесозидающей личностной позиции, целостной системы знаний о своём здоровье; активизирует стремление к саморазвитию, совершенствованию потенциальных возможностей в аспекте целостного здоровья; способствует повышению уровня позитивного самоотношения; развивает стремление руководствоваться в жизни собственными убеждениями, установками и принципами; формирует навыки самоподдержки, саморегуляции своего поведения; способствует повышению здоровьесориентированной направленности личности; развивает способность субъекта брать на себя ответственность за результат собственных действий в отношении своего здоровья; обеспечивает формирование саморегулятивного и поддерживающего типа валеологической установки.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения по проблеме исследования докладывались на международных научно-практических конференциях (Москва, 2012, 2011; Санкт-Петербург, 2012, 2010; Челябинск, 2012; Стерлитамак, 2013, 2012, 2011,

2010; Хургада, 2009) и на всероссийских научно-практических конференциях (Стерлитамак, 2012, 2010) и межрегиональных научно-практических конференциях (Уфа, 2010); обсуждались на заседаниях кафедры психологии Стерлитамакской педагогической академии имени Зайнаб Бишевой (с 2012 г. – Стерлитамакский филиал Башкирского государственного университета). Основные концептуальные идеи диссертационного исследования были представлены в 2012 году на международном конкурсе исследовательских работ «Антонио Менегетти» и были удостоены золотой медали и диплома, учрежденных одноименным фондом. По теме диссертации опубликовано 26 работ, из них 5 в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ и 1 монография «Психолого-педагогические детерминанты формирования культуры здоровья студентов в условиях современного вуза».

Полученные результаты исследования внедрены в образовательный процесс Стерлитамакского филиала ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет». Результаты диссертационного исследования используются по следующим направлениям: 1) психологическое просвещение преподавателей по содействию в формировании отношения студентов вуза к своему здоровью; 2) в процессе преподавания спецкурсов «Консультирование по вопросам саморегуляции самочувствия и состояния здоровья», «Психология здоровья», «Формирование психологически безопасной образовательной среды в современной школе», «Актуальные проблемы профессиональной деформации личности», «Психология профессионального здоровья учителя».

Личный вклад автора состоит в разработке теоретических положений исследования, проведении психологической диагностики студентов вуза, разработке и внедрении программы тренинга по

формированию отношения студентов к своему здоровью, обобщении и интерпретации полученных данных.

Структура диссертационного исследования. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложения. Список литературы включает 237 работ отечественных и зарубежных авторов. В тексте диссертации имеется 21 таблица, 9 рисунков.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

1.1. Понятие отношения к здоровью в современных исследованиях

Актуальность изучения проблемы отношения учащейся молодежи к своему здоровью обусловлена несколькими причинами. Это, во-первых, исторически обусловленная смена факторов патологии, что характеризуется преобладанием неинфекционных эндогенных факторов заболеваемости и смертности населения в целом и молодежи в частности. Во-вторых, для современных молодых людей характерен относительно низкий уровень культуры здоровья и культуры поведения в сфере здоровья. В-третьих, в последние годы существенно изменилось функционирование национальных систем здравоохранения (медицинские услуги стали преимущественно платными) [85, 86].

Высокая научная и социальная значимость проблемы исследования непосредственно связана с выраженным ухудшением состояния здоровья учащейся молодежи. Так, согласно результатам исследований, проведенных специалистами Института социологии Российской академии наук и Государственного университета – Высшей школы экономики, за последние 30 лет состояние здоровья населения Российской Федерации стало значительно хуже, чем это наблюдается в экономически развитых странах, а динамика показателей смертности и общей заболеваемости носит неблагоприятный характер.

В период социально-экономических реформ ситуация в сфере здоровья населения в целом, и учащейся молодежи в частности, значительно ухудшилась.

Проблема здоровья в контексте драматичного отечественного социально-экономического и культурного развития весьма актуальна. Избранный страной курс капиталистического развития, обостренный

методом «шоковой терапии» и осложненный экономическими реформами, наложили сильный отпечаток на все сегменты общества: экономика, здравоохранение, образование, армия и т. д. Сложилось глубокое противоречие между потенциалом страны и ее показателями по основным антропологическим характеристикам. В самом деле, Россия в конце XX в., с одной стороны, занимает ведущие места в мире по запасам нефти, газа, золотовалютным запасам, по производству стали и даже по количеству долларовых миллиардеров. С другой, среди 191 стран-членов ВОЗ Россия занимает 75-е место по общему объему финансов, направляемых на здравоохранение; и что еще хуже, по эффективности использования этих ресурсов, с точки зрения влияния на здоровье населения, – 127-е место; по средней продолжительности жизни женщин – 100-е место, а мужчин – 134-е место в мире. Вместе с тем, наблюдается устойчивая депопуляция населения страны.

Анализ и обобщение научной литературы по проблеме исследования показал, что отношение человека к своему здоровью является одной из значимых характеристик человеческого существования, по-новому осмысливается на каждом этапе развития цивилизации исходя из существующих и принятых в обществе ценностей и традиций.

Понятие «отношение к здоровью» можно рассматривать с двух позиций: отношение к здоровью на уровне индивида и отношение к здоровью на уровне общества.

Принято выделять общественное здоровье и индивидуальное здоровье, и, соответственно, отношение к общественному и индивидуальному здоровью. В разные годы, на разных этапах развития общества проблема здоровья человека изучалась врачами, гигиенистами, биологами, психологами, социологами. В большей степени проблема здоровья интересовала исследователей в контексте поиска путей увеличения продолжительности жизни человека, при этом в основном изучалось

здоровье взрослых людей. И лишь в последние годы особый интерес у специалистов стала вызывать проблема здоровья детей, подростков и учащейся молодежи.

Отношение человека к здоровью на уровне индивида определяется как сложившаяся на основе имеющихся у человека знаний оценка (самооценка) собственного здоровья, осознание здоровья как жизненной ценности, а также как совокупность действий, направленных на сохранение здоровья. Отношение к здоровью на уровне общества характеризуется системой мнений и социальных норм, существующих в обществе и выраженных в действиях, направленных на изменение состояния здоровья населения на разных уровнях социального управления. Отношение к здоровью на уровне общества – это исторически детерминированное понятие.

Таким образом, особенности отношения человека к здоровью непосредственно связаны с двумя практическими направлениями деятельности: во-первых, с сохранением здоровья (предупреждение и лечение болезней); во-вторых, с совершенствованием здоровья и физического потенциала человека (развитие функциональных возможностей организма, повышение уровня функциональных резервов, совершенствование психологических характеристик). Кроме того, отношение к здоровью является результатом совокупности отношений, характеризующих общество на определенной стадии своего развития. В связи с этим на формирование отношения к здоровью влияют факторы общего характера – политический и социально-экономический уклад, идеология и культура, государственная политика в сфере здоровья, а также факторы специфического характера – состояние здоровья, особенности образа жизни, информированность в сфере здоровья, влияние семьи, образовательного учреждения, системы здравоохранения, средств массовой информации.

Большое влияние на формирование отношения человека к своему здоровью оказывают психосоциальные, психологические и педагогические факторы. Повышение их значимости для молодежи определяется обострившейся в последние десятилетия проблемой социальной адаптации к политическим, социальным и экономическим условиям современного общества.

В настоящее время стресс стал одной из важнейших психосоциальных характеристик здоровья учащейся молодежи. Со стрессом связаны такие негативные проявления и болезни, как психические расстройства, «омоложение» гипертонии, диабета, колита, распространение «социальных болезней» – алкоголизм, токсикомания, наркомания, туберкулез и т.п.

Как предмет научного исследования понятие «отношение к здоровью» впервые появилось в отечественной научной литературе в 1980 г. (Лоранский Д.Н., Бастыргина С.В. и др., 1980). Основной вывод авторов заключался в следующем: интенсивность заботы человека о своем здоровье определяется не столько его объективным состоянием, сколько отношением.

Рассмотрим содержание категории «отношения». За основу нами взято определение, сформулированное В.Н. Мясищевым, в соответствии с которым «отношения человека в специальном психологическом смысле представляют собой *сознательную, активную, избирательную, целостную, основанную на индивидуальном общественно-обусловленном опыте систему временных связей* человека как личности-субъекта со всей действительностью или с ее отдельными сторонами» [139].

Однако, следует отметить, что в психологии существуют и другие понятия, близкие по смыслу к термину «отношение»: «аттитюд» (attitude), «установка» и «социальная установка». В литературе нередко встречаются случаи не вполне обоснованного использования названных понятий как синонимичных (Анастази А., Урбина С., 2001; Девяткиным А.А., 1999).

На наш взгляд, наиболее наглядно разделение названных понятий представлено в *диспозиционной концепции регуляции поведения личности* В.А. Ядова, в соответствии с которой аттитюд (как фиксированная социальная установка) помещается на уровне между элементарными фиксированными установками (в понимании Узнадзе) и двумя более высокими уровнями: базовыми социальными установками (в которых фиксируется общая направленность интересов личности) и ценностными ориентациями [209].

В большинстве теоретических и практических работ выделенные понятия рассматриваются в контексте *структурно-функционального подхода* (Снетков В.М., 2009). На основе компаративистского анализа было установлено, что дефиниции рассмотренных нами понятий имеют сходные структурные компоненты и выполняют функцию регулирования поведения. Тем не менее, в нашем исследовании мы будем придерживаться взглядов В.Н. Мясищева, который считал, что отношения – это самостоятельный класс психологических понятий, не сводимый к другим психологическим категориям. Аналогичную точку зрения высказывал и Б.Ф. Ломов, рассматривая «субъективные отношения» как родовое понятие по отношению к таким категориям как «установка», «аттитюд», «личностный смысл» и другие [127]. Теперь перейдем к рассмотрению понятия «отношение к здоровью», которое для психологической науки является относительно новым. **Отношение к здоровью** – это *«система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния»*. Данное определение встречается в литературе чаще всего.

Наряду с «отношением к здоровью» в литературе встречаются такие термины (концепты) как «внутренняя картина здоровья» (Ананьев, 1998;

Каган В.Е., 1993; Коржова, 1994; Мамайчук И.И., 2003), «социальные представления о здоровье» (Бовина И.Б., 2007; Филатов Ф.Р., 2008; Flick U., 2000; Galli I., Fasanelli R., 1995; Herzlich K., 1973), «валеоустановка» (Белинская Т.В., 2005; Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001; Малоземов О.Ю., 2005), «субъективное благополучие» (Куликов Л.В., 2000; Соколова М.В., 1996; Шамионов Р.М., 2003) и др. Это отражает, с одной стороны, растущий интерес к данной проблематике, а с другой стороны - многообразие принципов и путей исследования, а также неустойчивость концептуального аппарата, который используется в рассматриваемой области (Березовская Р.А., 2001; 2003).

Сравнительный анализ понятий, проведенный, как и в предыдущем случае, на основе сопоставления основных структурных компонентов, позволяет рассматривать их как синонимичные. Однако, в методологическом плане, как нам представляется, предпочтение следует отдать категории «отношения», так как она наиболее обоснована с позиции теории личности. «Отношение к здоровью», по сути, интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируются остальные понятия: это и знания о здоровье, осознание и понимание роли здоровья в процессе жизнедеятельности человека, его влияние на социальные функции, эмоциональные и поведенческие реакции. Кроме того, концепция «психология отношений» имеет богатую историю разработки, относительно четкое определенное содержание и диктует известную логику анализа. Возможно также использование опыта, накопленного при изучении самоотношений, а также отношений к другим объектам окружающей действительности.

В западных исследованиях понятие «отношение к здоровью» отсутствует. Однако следует отметить, что изучению того, как люди воспринимают свое здоровье, в зарубежной психологии здоровья уделяется особое внимание (Petrie Keith J., Weinman John, 1997; Schwarzer

R., Gutierrez-Dona V., 2000). Большинство западных социально-психологических исследований основано на предположении о том, что поведение, связанное с болезнью или здоровьем, может быть предсказано и объяснено, основываясь на когнитивных факторах (аттитюдах, убеждениях, представлениях, атрибуциях и др.). К наиболее известным теоретическим подходам, в рамках которых рассматриваются проблемы, схожие с тематикой нашего исследования отношения к здоровью, следует отнести следующие: модель убеждений о здоровье (the health belief model); теория обоснованного/причинного действия (the theory of reasoned action); теория запланированного поведения (the theory of planned behavior). В рамках каждого из этих подходов проведено большее количество исследований, а накопленный богатый эмпирический материал нуждается в некотором обобщении. Сравнительный анализ, осмысление полезности, выделение сходств и различий этих подходов рассматривается рядом авторов, в том числе с использованием метода мета-анализа (Armitage C.J., Christian J., 2003; Cook A.J. et al, 2005; Ogden J., 2003; Weinstein N.D., 1999).

Основное ограничение названных теорий заключается в том, что интенции (готовность к выполнению некоторого действия) предсказываются лучше, чем само поведение. Такая ситуация, по-видимому, обусловлена тем, что все изучаемые переменные (аттитюды, убеждения, воспринимаемый контроль) относятся к когнитивному уровню, что не позволяет вскрыть факторы, опосредующие переход от когниций к поведению. Практически не учитываются эмоциональные факторы в регулировании поведения, связанного со здоровьем.

Наибольшее количество исследований в последние годы проводится в рамках теории запланированного действия (Ajzen A., Fishbein M., 2000; Albarracin D. et al, 2001; Armitage C.J., Christian J. 2003; Sheeran P., 2002). Также следует назвать и теорию социальных представлений (Social

Representations Theory) С. Московичи. Данная концепция нашла применение в том числе и в ряде отечественных работ, направленных на изучение «социальной перцепции здоровья» (Бовина И.Б., 2007; Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2005; Flick U., 2000; Moscovici S., 2000; Murray M. et al, 2003; Sharma, A. K. et al, 2006).

В основном в западных исследованиях изучается не отношение к здоровью в целом, а его отдельные виды, например, к курению (Zlatev M., et al., 2008), диетам (Denis J., Frank J. et al., 2002), медицинским процедурам (Cameron L.D., Reeve J., 2006; McGregor L.M. et al., 2008), защитным средствам от солнца (Maddock J.E., Redding C.A. et al., 2005) и др.

Теперь перейдем к рассмотрению работ отечественных авторов. Анализ диссертационных исследований за период с 1998 по 2009 гг. показал, что в настоящее время отношения человека к своему здоровью, в основном, изучается в рамках педагогических (Беленов В.Н., 2000; Воднева Е.В., 2003; Егорова Э.Я., 2004; Жданова Е.В., 2005; Иванова В.Е., 2004; Кучменко В.С., 2003; Литвинова З.Н., 2004; Неретин В.Ф., 2003; Николаева И.В., 2004; Овчинникова Л.Н., 2003; Сущенко Т.В., 2002; Чайников, С.А.2004) и психологических наук (Белинская Т.В., 2005; Кабаева В.М., 2002; Муразбеков Г.И., 1998; Романова С.А., 1998; Соломонов В.А., 2005; Филатов Ф.Р., 2001). Отличительной чертой педагогического взгляда на проблему отношения к здоровью является наличие воспитательного и обучающего воздействия (т.е. разработка технологий его формирования); а психологический аспект рассмотрения - делает упор на изучение феномена отношения как такового и на выделении его типов. В описании отношения к своему здоровью, авторы используют целый ряд определений: осознанное, ответственное, ценностное, правильное, грамотное, рациональное, позитивное, адекватное и др.

Следует также отметить, что в качестве объекта исследований в названных работах выступают различные социальные и возрастные группы: дошкольники (Воднева Е.В.), школьники (Беленов В.Н., Воднева Е.В., Кабаева В.М., Кучменко В.С.), студенты ВУЗов (Белинская Т.В., Литвинова З.Н.), будущие учителя (Овчинникова Л.Н.), педагоги высшей школы (Чайников С.А.), руководители образовательных учреждений (Сущенко Т.В.) и другие. Ни в одной из рассмотренных работ не прослеживается динамика развития отношения к здоровью на протяжении жизненного пути человека.

Анализ представленных программ эмпирических исследований позволяет нам отнести практически все вышеназванные работы к структурно-функциональному подходу (по Снеткову В.М.), так как в них рассматриваются основные компоненты отношения к здоровью и его влияние на поведение (т.е. регулирующая функция). Инструментально-смысловой подход как частная научная методология академической психологии, выделенная Снетковым В.М. [182], к изучению отношения представлен пока недостаточно: к нему можно отнести ряд работ (Белинская Т.В. 2005; Литвинова З.Н., 2004; Соломонов В.А., 2005; и др.), выполненных в контексте аксиологического (ценностного) подхода к исследованию проблемы здоровья (Хруцкий К.С., 2000). Сущность этого подхода заключается в изучении роли ценностей и их осмысления (т.е. осознание личностной ценности) в обеспечении здоровья человека.

Следует также отметить, что объем аксиологической тематики в последние годы возрастает и в других направлениях психологических исследований. Д.А. Леонтьев считает, что сейчас на первый план выступают проблемы, ранее поставленные в экзистенциальной философии и психологии и долгое время игнорировавшиеся главными направлениями академической психологии — проблемы выбора, свободы, воли, контроля над мотивацией, жизненных целей, перспективы будущего, саморегуляции

в широком смысле слова, возможностей, автономии и самодетерминации. Схожую точку зрения можно обнаружить и в ряде зарубежных исследований, имеющих отношение к психологии здоровья: в них акцентируется внимание на перспективность изучения особенностей саморегуляции человека в контексте изучения индивидуального здоровья (Bandura A., 2005; Hall P.A.; Fong G.T., 2007).

Теоретическое обоснование, изучение и описание феномена «отношения к здоровью» с позиций социологии было продолжено в диссертационной работе И.В. Журавлевой [85], где оно рассматривается как социокультурный феномен. В настоящее время можно говорить о становлении нового научно-практического направления исследований - социологии здоровья (Дмитриева Е.В., 2002; 2003; Журавлева И.В., 2005; 2006; Nettleton S.S., 2006; Taylor S, Gatter K., et al., 2003; Weiss G., 2005), в задачи которого входит изучение потребности в здоровье, представлений о здоровье и здоровом образе жизни, самосохранительного поведения и др.

Также в последние годы появились работы, рассматривающие отношение здоровья с экономической (Назарова И.Б., 2007) и философской (Ковалевская А.Ф., 2007; Ларионова И.С., 2004; Хруцкий К.С., 2000) точек зрения. В рамках экономического подхода отношение к своему здоровью рассматривается как экономическая категория (т.е. отношение к здоровью как к социальному капиталу и проблема инвестиции в здоровье). В контексте нашей работы особый интерес представляет философия здоровья - новое направление, одной из задач которого является разработка философско-методологических оснований формирования концепции здоровья и лежащих в их основе принципов и механизмов системности в обеспечении здоровья современного человека [121].

В следующем параграфе мы более подробно рассмотрим структурные компоненты отношения человека к своему здоровью: познавательный (когнитивный), эмоционально-ценностный и личностно-деятельностный.

1.2. Психологическая структура отношения студентов вуза к своему здоровью и характеристика ее базовых компонентов

В настоящее время возникла необходимость психолого-педагогического анализа ситуации, связанной со снижением качества жизни студенческой молодёжи. Отсутствие знаний по культуре здоровья, пренебрежение здоровьем являются причинами того, что многие студенты не имеют осознанного представления о культуре здоровья. Очевидно, что в современном российском обществе мода на здоровый образ жизни распространена еще недостаточно. Интерес к проблеме сохранения здоровья сочетается с дефицитом достоверной научно обоснованной информации о закономерностях формирования культуры здоровья.

Актуальность изучения проблемы отношения человека к своему здоровью связана с исторически обусловленной сменой патологии и структуры заболеваемости молодежи. В настоящее время в качестве основных причин болезней у юношей и девушек в возрасте 15-21 года преобладают эндогенные («внутренние») факторы заболеваемости. Это объясняется, в первую очередь, относительно низким уровнем культуры здоровья учащейся молодежи, негативным отношением (и даже пренебрежением) к своему здоровью.

Понятие «отношение» характеризует усвоенное человеком в течение жизни и устойчиво проявляющееся восприятие окружающего мира, людей, жизненных ситуаций и соответствующее поведение по отношению к ним.

Понятие «отношение человека к своему здоровью» является сложным и комплексным; включает в себя несколько элементов:

- когнитивный (идеи, мнения, убеждения);
- эмоциональный (чувства, эмоции, ценности);
- поведенческий (действия и деятельность).

Отношение к здоровью является одним из центральных понятий науки о здоровье, одним из важнейших компонентов системы ценностей человека [87].

Значимость изучения позитивных показателей, влияющих на формирование отношения к здоровью, обуславливается следующими обстоятельствами. Во-первых, с помощью позитивных показателей возможно достаточно точное определение трудового и социального потенциала общества (перспективы социального развития). Во-вторых, информация, полученная с помощью позитивных показателей, играет важную роль в обосновании и реализации социальной политики и государственной стратегии в сфере оздоровления населения. В-третьих, использование позитивных показателей способствует формированию самосохранительного поведения человека, воспитанию у человека культуры здоровья.

Необходимо отметить, что ответственность человека за свое здоровье в значительной степени обуславливается социально-экономической ситуацией. В условиях социально-экономического кризиса обнаружены следующие тенденции:

- возросла доля молодых людей, имеющих низкую самооценку своего здоровья;
- уменьшилась доля лиц, считающих наиболее действенным фактором сохранения своего здоровья «усилия самого человека»;
- возросло число молодых людей, готовых использовать свое здоровье для достижения других жизненных ценностей.

В последние годы преобладают негативные тенденции в отношении учащейся молодежи к своему здоровью. Во-первых, для современной молодежи характерен низкий уровень ответственности за свое здоровье, ответственность за здоровье перекладывается на внешние обстоятельства и условия жизни. Во-вторых, для современной молодежи характерно

отношение к своему здоровью, как к средству для достижения других жизненных целей. В-третьих, учащаяся молодежь имеет недостаточно высокий уровень медицинской информированности. В-четвертых, достаточно большое количество молодых людей имеют относительно низкий уровень физической активности.

В ходе нашего исследования изучались показатели, которые характеризуют такие компоненты деятельности человека по сохранению здоровья, как приобщённость к вредным привычкам (курение, употребление алкоголя и наркотических средств), сидячий образ жизни (количество времени, отводимому малоподвижным видам деятельности – работа на компьютере, компьютерные игры, просмотр телепередач, чтение литературы и т.п.), уровень физической активности.

Установлено, что к 15-летнему возрасту многие студенты пробовали курить (хотя бы один раз курили сигареты) – 54,2% юношей и 36,1% девушек. Установлен «критический возраст» приобщенности студентов к табакурению, то есть возраст начала пробы курить и табакокурения. Для юношей таким критическим периодом является возраст 14-15 лет, в этом возрасте 42,3% респондентов впервые в жизни попробовали курить. Для девушек критичным периодом является возраст 15-16 лет, в этом возрасте 41,5% респондентов впервые попробовали курить.

К 15-летнему возрасту абсолютное большинство студентов хотя бы один раз в жизни пробовали на вкус алкогольные напитки. Наиболее часто молодыми людьми употребляется пиво. 27,1% юношей и 24,6% девушек отметили, что часто употребляют пиво (несколько раз в неделю), 52,5% юношей и 42,6% девушек – редко (1-2 раза в неделю); не употребляю пиво вообще – 16,9% юношей и 32,8% девушек.

15,3% юношей и 4,9% девушек отметили, что они хотя бы один раз в жизни пробовали наркотические средства.

Студенты имеют относительно низкий уровень приобщенности к занятиям физическими упражнениями. Так, лишь 15,3% юношей и 13,1% девушек занимаются физическими упражнениями ежедневно; 33,9% юношей и 18,5% девушек – занимаются физическими упражнениями часто (3-4 раза в неделю); 47,5% юношей и 67,2% девушек – иногда (1-2 раза в неделю); никогда не занимаются физическими упражнениями 3,4% юношей и 1,6% девушек.

Достаточно большое количество студентов ведут малоподвижный образ жизни. Наиболее предпочитаемыми видами деятельности у юношей являются: работа по дому (32,2%), просмотр телепередач (32,2%), прогулки во дворе (25,4), прослушивание музыки (22,0%), выполнение учебных заданий (20,3%), компьютерные игры (20,3%). Занятия физическими упражнениями как предпочитаемый вид деятельности отметили лишь 16,9% юношей, чтение художественной литературы – 1,7% юношей.

Наиболее предпочитаемыми видами деятельности у девушек являются: работа по дому (39,3%), прогулки во дворе (36,1%), выполнение учебных заданий (36,1%), прослушивание музыки (24,6%), просмотр телепередач (14,8%), компьютерные игры (4,9%). Далее идет чтение художественной литературы – 3,3% девушек, а занятия физическими упражнениями занимают самое последнее место. Лишь 1,6% девушек отметили занятия физическими упражнениями как наиболее предпочитаемый вид деятельности. Все вышеизложенное свидетельствует о том, что для современной молодежи характерен малоподвижный образ жизни и низкий уровень физической активности.

Физическая активность человека имеет большое значение для укрепления и сохранения здоровья. Это объясняется, в первую очередь, тем, что физическая активность является важнейшим компонентом здорового стиля жизни, а само понятие «физическая активность»

в большей степени отражает социально мотивированное отношение человека к физической культуре и своему здоровью, предполагает осуществление определенной деятельности с целью достижения физического здоровья [1, 2, 3, 4, 5].

Анализ данных свидетельствует о том, что у юношей наиболее предпочитаемыми видами физической активности являются: прогулки на свежем воздухе (64,4%), спортивные игры (39,0%), подвижные игры (33,9%), оздоровительный бег (32,2%). Наименее предпочитаемыми видами физической активности у юношей являются: ходьба на лыжах (3,4%), закаливание (5,1%), теннис (8,5%).

У девушек наиболее предпочитаемыми видами физической активности являются: прогулки на свежем воздухе (67,2%), подвижные игры (29,5), танцы (21,3%). Наименее предпочитаемыми видами физической активности у девушек являются: единоборства (1,6%), закаливание (4,9%), упражнения с отягощениями (4,9%), ходьба на лыжах (6,6%), теннис (6,6%).

В целом следует отметить, что для девушек характерно меньшее количество предпочитаемых видов физической активности. То есть девушки в меньшей степени, чем юноши, приобщены к регулярным занятиям физическими упражнениями и имеют более низкий уровень физической активности.

Девушки в меньшей степени, чем юноши, испытывают потребность в занятиях физическими упражнениями. Так, 18,6% юношей отметили, что испытывают недостаток физической активности, 72,9% юношей – не испытывают, а 8,5% юношей затруднились ответить. 16,4% девушек отметили, что испытывают недостаток физической активности, 65,6% девушек – не испытывают, а 18,0% девушек затруднились ответить. Таким образом, для девушек характерен более низкий уровень потребности в занятиях физическими упражнениями, чем для юношей.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что двух или даже трех обязательных занятий физическими упражнениями в образовательном учреждении для достижения положительных адаптационных изменений явно недостаточно. В связи с этим большую значимость приобретают дополнительные занятия физическими упражнениями (самостоятельные занятия или занятия в спортивной секции).

Установлено, что 30,5% юношей и 52,5% девушек ограничиваются только обязательными занятиями по физическому воспитанию в вузе. Самостоятельно занимаются физическими упражнениями 27,1% юношей и 19,7% девушек. В спортивных секциях занимаются 22,0% юношей и лишь 4,9% девушек. В группе ЛФК (лечебная физическая культура) занимаются 1,7% юношей и 1,6% девушек. Вообще не занимаются физическими упражнениями вовсе учебных занятиях 8,5% юношей и 14,8% девушек.

Выявлены определенные различия в уровне физической активности студентов, обусловленные самооценкой здоровья. Установлено, что чем выше самооценка студентами своего здоровья, тем выше уровень их физической активности.

Выраженные различия установлены и по характеру занятий физическими упражнениями вне обязательных занятий по физическому воспитанию. Чем выше самооценка студентами своего здоровья, тем чаще они занимаются физическими упражнениями с достижением тренирующего эффекта.

В зависимости от самооценки студентами своего здоровья проявляются различия в уровне физической активности. Одна из основных причин этих различий заключается в особенностях мотивации студентов к занятиям физическими упражнениями.

В ходе исследования выявлена зависимость ответственности студентов в заботе о своем здоровье от характера самооценки состояния здоровья.

Так, студенты с хорошей самооценкой здоровья, проявляющие наибольшую активность в заботе о нем, в 60,0% случаев считают, что «состояние здоровья зависит, прежде всего, от него самого».

Студенты с удовлетворительной и плохой самооценкой здоровья высказывают подобное утверждение гораздо реже – в 35,0% и 42,0% случаях соответственно. При этом позиция «здоровье человека зависит от уровня развития медицины» нашла отражение у 15,0% респондентов с плохой самооценкой здоровья, у 7,0% – с удовлетворительной и лишь у 3,0% респондентов с хорошей самооценкой своего здоровья.

Условно можно выделить два основных типа ответственности студентов за свое здоровье и, соответственно, два типа поведения в сфере здоровья. Первый тип поведения ориентирован, прежде всего, на «собственные усилия», то есть на осуществление целенаправленной деятельности по сохранению и укреплению здоровья. Этот тип поведения характерен для студентов, которые имеют высокую оценку своего здоровья. Второй тип поведения ориентирован преимущественно на «условия жизни», когда собственной деятельности в сфере здоровья отводится второстепенная роль. Этот тип поведения характерен для студентов, имеющих относительно низкий уровень самооценки своего здоровья.

Таким образом, на основе анализа результатов исследования можно сделать заключение о том, что для современной молодежи характерна несформированность потребности в заботе о своем здоровье. Для многих студентов характерен относительно низкий уровень культуры здоровья, достаточно низкий уровень медицинской информированности и уровень знаний о здоровье и способах его сохранения.

Многие студенты имеют недостаточно высокий уровень знаний об оздоровительном потенциале систематических занятий физическими

упражнениями, а в целом уровень физической активности учащейся молодежи может быть охарактеризован как недостаточный для сохранения и укрепления физического здоровья.

Всего лишь 15-20% студентов готовы изменить свои привычки и образ жизни (отказ от вредных привычек, употребления алкоголя, регулярные занятия физическими упражнениями, закаливание и т.п.), чтобы остановить развитие болезней и для того, чтобы сохранить и укрепить свое здоровье. Для современной молодежи характерно «потребительское» отношение к своему здоровью, многие молодые люди рассматривают свое здоровье как средство для достижения жизненных целей (ценность здоровье носит инструментальный характер).

У многих студентов сформирована модель поведения в отношении здоровья, которая ориентирована не на сохранение и укрепление здоровья, а на лечение имеющихся или возникающих заболеваний (о здоровье не заботятся до тех пор, пока не заболеют). Многие студенты перекладывают ответственность за свое здоровье на государственную систему здравоохранения, надеются на получение бесплатной медицинской помощи, имеют низкий уровень активности в плане сохранения своего собственного здоровья, в том числе для многих студентов характерен низкий уровень физической активности. Отношение к здоровью является результатом совокупности отношений, характеризующих общество на определенной стадии своего развития. В связи с этим на формирование отношения к здоровью влияют факторы общего характера – политический и социально-экономический уклад, идеология и культура, государственная политика в сфере здоровья, а также факторы специфического характера – состояние здоровья, особенности образа жизни, информированность в сфере здоровья, влияние семьи, образовательного учреждения, системы здравоохранения, средств массовой информации.

Большое влияние на формирование отношения человека к своему здоровью оказывают психосоциальные, психологические и педагогические факторы.

В связи с этим в контексте настоящего исследования будут рассматриваться следующие компоненты структуры отношения к здоровью у студентов: познавательный (когнитивный); эмоционально-ценностный; личностно-деятельностный.

1.2.1. Познавательный (когнитивный) компонент отношения к здоровью и его исследование

Когнитивный компонент играет немаловажную роль в структуре отношения к своему здоровью, так как затрагивает сферу самосознания личности. Данный компонент представлен в научной литературе такими учёными, как Э. Эриксон, А. Тешфел, Дж. Тернер, Е. П. Белинская, Р. Бернс, Н. И. Сарджвеладзе и др. Когнитивный аспект отношения представляет образ себя, который может рассматриваться с субъект-объектной и субъект-субъектной позиции. «Я» как объект познания со стороны субъекта – наиболее частая тема эмпирических исследований. «Я» как бы дистанцируется от себя, объективируется, оценивается исходя из инструментальной, но не терминальной ценности. Субъектное отношение к себе характеризует внелогическое переживание «Я», ощущение изменчивости и текучести внутреннего мира и пластичности существования, поиск особых, неповторимых личностных граней в себе. С точки зрения интегративного подхода субъектное отношение к себе ближе к сознанию как центру идентичности и его малодифференцированным языкам – ощущениям, эмоциям, символам, тогда как объективное отношение через жесткое знаковое перечисление качеств более раздроблено и менее интегрировано [70; 100].

Н. И. Сарджвеладзе пишет, что когнитивный компонент включает в себя суждения оценочного характера, мнения об объектах. На основе этих мнений объектам приписываются качества полезности-вредности, желательности-нежелательности, приемлемости-неприемлемости и т.д. Когнитивный компонент опирается на процесс установления познавательных отношений, однако в этом случае имеются в виду не причинно-следственные отношения, а сопоставление и соизмерение признаков объекта с целями человека, что характерно для ценностных суждений субъекта [173].

Анализ и обобщение научной литературы показал, что определяющую роль в характеристике отношения человека к своему здоровью играет когнитивный компонент. Когнитивный компонент интегрирует, прежде всего, знание основных факторов, оказывающих как негативное (повреждающее), так и позитивное (укрепляющее) влияние на здоровье человека, знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности.

Целостный подход к изучению феномена здоровья с необходимостью предполагает поиск ответа на вопрос о том, по каким критериям мы можем оценивать степень его выраженности. Поэтому выявление состава и раскрытие содержания критериев здоровья применительно к физическому, психическому и социальному уровням рассмотрения являются одними из тех ключевых вопросов, от полноты разработанности которых будет прямым образом зависеть мера практической востребованности психологии здоровья как научного направления [140].

Оценка выраженности здоровья на уровне организма находит в современной медицине достаточно удовлетворительное решение. Объяснение этому, надо искать, прежде всего, в том, что медицинские критерии здоровья регулируются нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации. Это

обстоятельство обеспечивает единый подход к оценке физического здоровья. Применительно к двум другим уровням рассмотрения ситуация с определением состава критериев здоровья выглядит не столь определённо. Понятно, что такое положение дел обусловлено, прежде всего, необычайно сложной организацией психического мира человека [184].

Только с 1974 года в недрах ВОЗ стали все больше сосредотачивать внимание на роли психосоциальных факторов в укреплении здоровья и развития личности. Сам термин «психическое здоровье» был введен этой организацией в 1979 году.

В то же время становится очевидным, что каким-то одним критерием невозможно исчерпать всей сути вопроса. Скорее всего, решение будет найдено при комплексном подходе к оценке психического и социального здоровья. В отечественной литературе к числу критериев психического здоровья авторы относят, например, интегрированность личности; её гармоничность, уравновешенность, духовность, ориентацию на саморазвитие и др. Социальное здоровье определяется количеством и качеством межличностных связей человека и степенью его участия в жизни общества. Среди критериев социального здоровья выделяют: адекватное восприятие социальной действительности; интерес к окружающему миру; адаптацию к общественной среде; направленность на общественно полезное дело; альтруизм; эмпатию; культуру потребления и др.

Анализ литературных источников привел нас к выводу о том, что наряду с очевидным разбросом мнений, просматривается и определенная повторяемость в выборе критериев психического и социального здоровья. Это можно воспринимать как свидетельство их особой значимости, не случайности. С другой стороны, приводимые подчас некоторыми авторами перечни критериев здоровья, следует трактовать всего лишь как некоторые совокупности, ибо в них не обнаруживается присутствие какого-либо

классифицирующего признака, который позволил бы придать им возможную внутреннюю организацию. Именно поэтому нами была предпринята попытка перечислить наиболее часто называемые в литературе критерии здоровья, распределив их в соответствии с видами проявления психического: процессы, состояния и свойства [140].

Каково же состояние обсуждаемого вопроса в западной психологии? В последнее время мы получили возможность познакомиться с целым рядом переведенных на русский язык монографий и учебников, в которых излагается теории личности, созданные в разное время западными психологами. Среди них заслуживает особого, на наш взгляд, внимания работа Л. Хьелла и Д. Зиглера. В ней изложение известных концепций не обременено личными пристрастиями авторов единого издания. Они неукоснительно следуют принципу объективного рассмотрения каждой теории, давая возможность читателю увидеть как её несомненные достоинства, так и очевидные слабости. Авторы отмечают, что современную психологию личности не следует отождествлять с патопсихологией. В основу её должен быть положен научный подход, опирающийся на необходимую экспериментальную верификацию высказываемых идей. Теория, не подтвержденная опытной проверкой – не более чем праздные размышления. По мнению авторов, надежная и претендующая на широкую востребованность теория личности должна ответить на один из центральных для нее вопросов: что такое здоровая личность и, соответственно, каковы критерии оценки ее здоровья [203].

Первый учебник по психологии здоровья вышел в США в 1979 году. Однако ни в нем, ни в учебниках последнего времени, изданных в Америке (Sarafino, 1998), в Англии (Ogden, 1998) и Германии (Renneberg, Hammelstein, 20060) тема критериев и социального здоровья личности не обсуждается. Мы полагаем, что этот факт объясняется не недооценкой возможной важности этого вопроса, а скорее еще неготовностью авторов,

как того требует жанр учебника, дать достаточно систематизированный, по возможности исчерпывающий материал по этому поводу. На самом деле, как это следует из работы И.Н. Гуревича «Социальная психология здоровья», в которой прослежен обширный зарубежный опыт последних десятилетий, критерии психического и социального здоровья человека привлекают к себе внимание тех или иных исследователей [76]. Есть размышления на этот счет и в материалах, издаваемых ВОЗ. Мы рассмотрели, и не будем здесь повторяться, наиболее содержательные авторские концепции (К. Юнга, А. Адлера, Г. Олпорта, К. Роджерса, А. Маслоу), в которых с разной степенью обстоятельности говорится о том, какие характеристики входят в содержание психологического портрета здоровой личности (Никифоров, 2002). В целом же, говоря о западных исследованиях, можно согласиться с замечанием Е.И. Соколенко в том плане, что каждая из научных школ привносит свои характерные акценты в обсуждение вопроса о критериях здоровья [184].

Итак, с одной стороны, специалисты ищут взаимопонимание относительно того, какими же критериями следует руководствоваться при оценке психического и социального здоровья. С другой стороны не менее важно понять, каково это представление в широком быденном сознании; у детей, взрослых, людей пожилого возраста. Представления людей о здоровье не могут быть жестко predetermined, например, обусловленными только личным опытом и самооценкой состояния собственного здоровья.

Можно предположить, что на характер этих представлений будут оказывать влияние такие факторы, как возраст; пол; профессиональная принадлежность; ориентация на мнения специалистов в этой области, а также на убеждения, специфические для той или иной социальной группы или культуры. Можно предположить, если опять-таки обратиться к биопсихосоциальной модели здоровья или болезни, что критерии

здоровья, относящиеся к этим трем уровням рассмотрения, не имеют равноценной представленности в сознании людей, иначе говоря, люди по-разному отдают им свои предпочтения. Поиску ответов на некоторые из поставленных выше вопросов и будет посвящено наше исследование.

1.2.2. Эмоционально- ценностный компонент отношения к здоровью и его исследование

Роль эмоций в жизни человека трудно переоценить. Эмоциональное состояние, в котором находится человек, способно значительно воздействовать на его личность, сознание и поведение. Актуальность проблемы изучения эмоционального (аффективного) компонента отношения человека к своему здоровью обусловлена недостаточностью и противоречивостью научных знаний о роли эмоций, чувств и переживаний в сохранении и укреплении здоровья.

Эмоциональный компонент отношения, который называется также «чувственный» или «аффективный» компонент, отражает, прежде всего, чувства субъекта к данному объекту; в нашем случае особенности переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья или его изменением. Изучение эмоционального компонента отношения к своему здоровью позволяет, на наш взгляд, охарактеризовать его невербализованные (малоосознаваемые) аспекты.

В самом общем виде эмо́ции (от лат. *emoveo* — потрясаю, волную) отражают субъективное оценочное отношение к существующим или возможным ситуациям или поведению [153].

В современной психологии существует ряд работ, описывающих неразрывную связь компонентов эмоциональной сферы с волевыми и регуляционными процессами (К.А. Абульханова-Славская, Л.И. Божович, Л.Г. Дикая, З. Фрейд, В.Е. Ключко, А.Н. Леонтьев, Я. Рейковский, С.Л. Рубинштейн, В.В. Семикин, О.К. Тихомиров и др.). Так, например,

согласно представлениям А.Н. Леонтьева, эмоции — это «внутренний регулятор» деятельности; они выступают как внутренний язык, как система сигналов, посредством которой субъект узнает о потребностной значимости происходящего [124].

Обобщив данные зарубежных исследований, А.А. Девяткин говорит о том, что в 1960-70 г.г. целый ряд авторов, рассматривающих аффективный компонент как исключительно оценочный, склонны были видеть его ядром аттитюда, в то время как когнитивный и поведенческий компоненты они рассматривают как своеобразный «прирост», который формируется вокруг него как матрицы, из которой они растут [78]. Однако в последние три десятилетия решающую роль в понимании и изучении связанного со здоровьем поведения играли преимущественно когнитивные модели (Conner & Norman, 2005). К наиболее известным теоретическим подходам, в рамках которых рассматриваются проблемы, схожие с тематикой нашего исследования отношения к здоровью, следует отнести следующие: модель убеждений о здоровье (Janz & Becker, 1984) и теория запланированного поведения (Ajzen, 1991); они с полным основанием могут быть отнесены к разработкам преимущественно когнитивного плана (Mayne, 1999).

При этом в последние годы увеличивается количество исследований (Crites, Fabrigar, & Petty, 1994; Lawton, Conner & Parker, 2007; Trafimow & Sheeran, 1998), в рамках которых накоплены эмпирические данные, которые демонстрируют различия между инструментальными и эмоциональными убеждениями (instrumental and affective beliefs), имеющими разную прогностическую ценность. Установлено, что эмоциональные составляющие аттитюдов обладают большей прогностической способностью для многих видов поведения, связанного со здоровьем (в том числе рискованного поведения), чем когнитивные компоненты (Loewenstein et al., 2001; Trafimow et al., 2004). Clare и Cams

также подчеркивают, что при измерении и изучении аттитюдов необходимо рассматривать не только когнитивные, но и аффективные составляющие [218].

Также следует отметить, что в последние годы отмечается повышение интереса к взаимосвязи эмоциональной сферы и здоровья человека, что нашло свое отражение в появлении и изучении таких противоположных по смыслу феноменов как «эмоциональная компетентность» или «эмоциональный интеллект» (emotional intelligence) и «алекситимия». По мнению И. Н. Андреевой, эмоциональный интеллект (способность воспринимать и понимать проявления личности, выражаемые в эмоциях, управлять эмоциями на основе интеллектуальных процессов) способствует повышению эффективности жизнедеятельности личности [16]. Г. Кристал считает, что применительно к проблемам психологии здоровья существуют описывает схожее по содержанию понятие «аффективная толерантность», включающее в себя целый ряд ресурсов и действий, которые делают возможным сознательное переживание эмоций и таким образом оказывает положительное влияние на развитие навыков саморегуляции, что в свою очередь способствует сохранению или восстановлению психического здоровья человека [119].

Алекситимия в общем понимании представляет собой, наоборот, затрудненность осознавать и описывать свои эмоциональные переживания и определять их у других людей, отсутствие эмоциональной рефлексии и навыков саморегуляции. На сегодняшний день именно в теориях алекситимии (Д. Неймиах, П. Сифнеос, Г. Кристал. В.В. Калинин, В.М. Провоторов, В.С. Ротенберг, И.С. Коростелева, Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова и др.) наиболее полно аккумулировались и синтезировались имеющиеся данные о связи соматических расстройств и нарушений контакта человека со своей эмоциональной сферой (Никулина Д.С., 2005).

Теперь рассмотрим результаты исследований эмоционального компонента отношения человека к своему здоровью. Анализ диссертационных работ за период с 1998 по 2009 г.г. показал, что одним из наименее разработанных вопросов, как в психологических, так и в педагогических исследованиях отношения человека к собственному здоровью является изучение его эмоционального компонента. При том, что в теоретической части большинства работ обосновывается его значимость для формирования адекватного отношения к здоровью. Так, например, по мнению Эткинда А.М., именно взаимоотношения эмоциональной (чувственной) ткани отношения с их вербальными компонентами определяют степень и качество их осознания самим индивидом. В то время как расхождение между чувственными и вербальными компонентами отношений, наоборот, определяет неадекватное осознание этих отношений [207].

Результаты изучения эмоционального (эмоционально-оценочного, эмоционально-ценностного) компонента отношения к своему здоровью представлены в работах Беленова В.Н. (2000); Белинской Т.В. (2005); Водневой Е.В. (2003); Кабаевой В.М. (2002); Литвиновой З.Н. (2004); Сергеева А.А. (2002); Соломонова В.А. (2005); Хакимовой Г.А. (2004). Анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы:

- оценка и сравнение уровней сформированности различных компонентов отношения показали, что эмоциональный компонент наименее сформирован (Воднева Е.В., 2003; Соломонов В.А., 2005; Хакимова Г.А., 2004). Так, например, изучая ценностное отношение к здоровью у студентов вузов, Соломонов В.А. установил, что студенты не видят взаимосвязи между своим эмоциональным состоянием и здоровьем, не осознают роль эмоций в сохранении здоровья [185]. Показателями несформированности эмоционального отношения школьников к проблемам здоровья в исследовании Водневой Е.В. были бедность

цветовой гаммы, недостаточная сюжетность, низкая степень детализации рисунков при использовании теста «Здоровье и Болезнь» [61]. В диссертационной работе Хакимовой Г.А. также использовался модифицированный вариант рисуночного теста «Что такое здоровье» на выборке детей старшего дошкольного возраста (5-7 лет). Анализ результатов показал, что в рисунках 40% детей представлены дополнительные цвета (по Люшеру), преобладание которых символизирует негативные тенденции, некоторый внутренний конфликт в изображении «здоровья». Оценивался также уровень сформированности эмоционального компонента: высокий – 20%, средний – 45%, низкий 35% [199];

- исследования эмоционального компонента отношения человека к своему здоровью часто направлены на выявлении и изучении отрицательных чувств и эмоциональных переживаний, связанных со здоровьем (преимущественно в ситуациях угрозы, потери или ухудшения). Например, феномен личностной и ситуативной тревожности как показатель субъективного отношения к здоровью изучался в работах Кабаевой В.М. (2002), Беленова В.Н. (2000), Литвиновой З.Н. (2004), Сергеева А.А. (2002). Положительно окрашенные эмоции при выполнении действий, направленных на сохранение и укрепление здоровья (радость, удовольствие, интерес), которые, по мнению ряда авторов, также являются критерием сформированности эмоционального компонента, исследуются в меньшей степени (Литвинова З.Н., 2004).

Таким образом, в представленных работах изучение эмоционального компонента отношения человека к своему здоровью предполагает, в основном, диагностику эмоциональных состояний и чувств, связанных со здоровьем и ЗОЖ; в них практически не представлено изучение такого феномена, как переживание.

Другая точка зрения на сущность понятия «переживание» представлена в работе Ф.Е. Василюка. Названный термин используется им для обозначения особой внутренней деятельности, внутренней работы, с помощью которой человеку удается перенести те или иные (обычно тяжелые) жизненные события и положения, восстановить утраченное душевное равновесие, словом, справиться с критической ситуацией. Психологическая защита и совладающее поведение (coping behavior) фиксируют, по мнению автора, лишь частные аспекты целостной проблемы.

Ф.Е. Василюк также отмечает, что существуют особые жизненные ситуации, которые ставят субъекта перед необходимостью переживания. Это критические ситуации, характеризующиеся невозможностью: невозможностью жить, «реализовывать внутренние потребности своей жизни». При этом в ситуации невозможности перед человеком в той или иной форме встает задача производства смысла. «Именно эта общая идея производства смысла позволяет говорить о переживании как о продуктивном процессе, как об особой работе». Так, переживание является деятельностью, самостоятельным процессом, соотносящим субъекта с миром и решающим его реальные жизненные проблемы [58]. Схожая точка зрения представлена и в работе Бурлачук Л.Ф. и Коржова Е.Ю., проводя психологический анализ вовлеченности человека в позитивные и негативные жизненные события, также отмечают, что «способ переживания событий и определяет психологическую судьбу личности» [51].

Таким образом, рассмотрение эмоционального компонента отношения человека к своему здоровью как совокупности не только эмоций и чувств, но и переживаний, представляется нам перспективным. Обзор литературы с очевидностью показывает слабую изученность сущности эмоциональной сферы в рамках психологии здоровья, в частности, эмоционального

компонента отношения человека к своему здоровью. Множественность теоретических подходов, недостаточность конкретных исследований, нерешенность ряда принципиальных вопросов создают разнобой в трактовке/понимании эмоционального компонента отношения. Также остаются недостаточно разработанными проблемы психологической диагностики эмоциональные компоненты отношений (Эткинд А.М., 1985).

В нашем исследовании будут рассмотрены особенности влияния эмоционального компонента на формирование отношения к здоровью в целом. Несмотря на то, что рассматриваемая проблема нашла свое отражение в целом ряде исследований (Белинская Т.В., 2005; Воднева Е.В., 2003; Кабаева В.М., 2002; Сергеев А.А., 2002; Соломонов В.А., 2005; Хакимова Г.А., 2004) остается открытым вопрос об особенностях содержания эмоционального компонента отношения человека к своему здоровью, также недостаточно проанализирована взаимосвязь названного компонента с другими составляющими отношения. Проблема заключается в том, что это влияние неоднозначно: оно может носить как конструктивный, так и деструктивный характер, гармонизировать структуру отношения или, наоборот, усиливать противоречия между другими компонентами (когнитивным, поведенческим, ценностно-мотивационным), что влияет на продуктивность деятельности в сфере сохранения и укрепления здоровья человека.

Также следует отметить практическую значимость такого изучения. Эмоциональные компоненты отношений зачастую являются основным предметом психологического воздействия в процессе психокоррекционной, реабилитационной и психопрофилактической работы, как с больными, так и со здоровыми людьми. Мы полагаем, что исследование роли эмоций позволит выявить недостаточно исследованную до сих пор связь между когнитивными и эмоциональными сторонами в развитии осознанного и ответственного отношения к своему здоровью,

понять, каким образом «только знаемые» нормы ЗОЖ становятся нормами «реально действующими».

Ценности и ценностные ориентации человека всегда являлись одним из наиболее важных объектов исследования психологии. Для психологии здоровья важен вопрос места и роли ценности здоровья в развитии отношения человека к своему здоровью, а также процесс ценностного регулирования связанного со здоровьем поведения. Здоровье трактуется как ценность, которая может диктовать цели, намерения и действия, как отдельных людей, так и целых социальных институтов, в рамках аксиологической парадигмы (Н.Н. Авдеева, 2000; В.А. Ананьев, 1995; Ю.П. Лисицын, 1988; Ю.И. Мельник, 2000; Б.Г. Юдин, 2000). Аксиология (греч. *axia* — ценность, *logos* — слово, учение) — философская дисциплина, занимающаяся исследованием ценностей как смыслообразующих оснований человеческого бытия, задающих направленность и мотивированность человеческой жизни, деятельности и конкретным деяниям и поступкам.

Основы аксиологического подхода к изучению проблем здоровья человека представлены в работах Ковалевская А.Ф. (2007), Ларионова И.С. (2004), Хруцкого К.С. (2000): рассматриваются вопросы исследования здоровья как социальной и индивидуальной ценности; развитие ценностного сознания как основного фактора культуры здоровья; формирование ценностного отношения к здоровью человека.

Куликов Л.В. (2000) рассматривает проблему осознания здоровья как ценности. Исследования ценностного отношения человека к собственному здоровью представлены в работах Белова С.Н. (2002); Воднева Е.В. (2003); Доброрадных М.Б. (2003); Жданова Е.В. (2005); Кабаева В.М. (2002); Литвинова З.Н. (2004). Все названные авторы формулируют проблему ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни как

проблему его формирования и развития в детском, подростковом и юношеском возрастах.

Ценностное отношение к здоровью представляет собой внутренний механизм регуляции поведения, основанный на высокой субъективной значимости здоровья и его осознании в качестве предпосылки реализации своих жизненных задач (Соломонов В.А., 2005), а также сопровождается активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению (Воднева Е.В., 2003). Ценности формируются в результате осознания субъектом своих потребностей в соотношении с возможностями их удовлетворения. Если на мотивационном уровне не сформирована потребность в сохранении здоровья и здорового образа жизни, то ценностное отношение осознаётся субъектом лишь в «проблемных» ситуациях, когда происходит рассогласование круга потребностей, интересов личности с реальными возможностями их удовлетворения (Б.С. Братусь, Ф.Е. Василюк, Д.В. Пивоваров, В.В. Столин и др.). Чем проблематичнее возможность удовлетворения той или иной потребности, тем большей ценностью обладает тот или иной предмет (явление) для субъекта.

Результаты ряда социологических исследований позволяют утверждать, что на протяжении последних десятилетий феномен «отношение к здоровью» претерпел трансформацию, связанную с ростом инструментальной ценности здоровья как ресурса для достижения других жизненных благ (Журавлева И.В., 2006). Установлено также, что практически во всех возрастных группах имеет место существенный разрыв между общей декларацией ценностных ориентации в отношении здоровья, осознанием их значимости и практической реализацией этих ценностей на поведенческом уровне (Березовская Р.А., 2003; Доброрадных М.Б., 2003; Журавлева И.В., 2006; Литвинова З.Н., 2004; и др.). А выявление и разрешение противоречия между инициируемой ценностью

и реальным поведением, в свою очередь, может быть рассмотрено как психологический механизм формирования отношения личности к собственному здоровью как ценности [98].

Некоторые психологи при объяснении механизмов формирования личности к собственному здоровью отказываются от определения мотива и используют термин мотивация, обозначающий условия, активирующие личность. В отечественной психологии мотивация рассматривается как сложный многоуровневый регулятор жизнедеятельности человека — его поведения, деятельности.

Мотивационный аспект регуляции поведения личности наиболее полно представлен в работах отечественных психологов – В.Г. Асеева, Л.И. Божович, Б.С. Братуся, Ф.Е. Василюка, М.Р. Гинзбурга, В.А. Иванникова, Е.П. Ильина, В.И. Ковалева, А.Н. Леонтьева, А.К. Марковой и др. Однако, следует отметить, что мотивационный аспект здоровья, который предполагает наличие у человека устойчивого положительного побуждения сохранить и укрепить собственное здоровье, пока разработан недостаточно.

Мотивация здоровья и здорового образа жизни занимает центральное место в формировании и сохранения здоровья каждого человека. А разработка психологических основ формирования и развития положительной мотивации для сохранения здоровья у здоровых людей является одной из насущных задач психологии здоровья; при отсутствии мотивации у человека любые программы и мероприятия по сохранению здоровья будут слабо эффективны или вообще нерезультативны.

В настоящее время в литературе представлены в большей степени исследования проблем формирования не мотивации здоровья в целом (Бландинская О.М., 2002; Васильев С.В., 2004; Иванова В.Е., 2004), а мотивации здорового образа жизни (Алешина Л.И., 1998; Буторин В.В., 2008; Годовникова Л., Лычева С., 2008; Кабаева В.М., 2002; Куликов В.Н.,

2002; Пикалова Л.П., 2000). Под мотивами здорового образа жизни понимается целостная система осознанных побуждений (потребности, мотивы, интересы, установки), активизирующих и направляющих проявления личности (нравственные, духовные, физические) в различных сферах жизнедеятельности с позиций ценностей здоровья [8].

Формирование мотивации ЗОЖ может быть рассмотрено как процесс, разворачивающийся во времени и состоящий из нескольких этапов, логика развития которых предполагает последовательное продвижение от ситуативных проявлений на начальном этапе к становлению и закреплению на втором этапе и к устойчивому функционированию на заключительном этапе [8]. Кроме того, следует различать уровни развития мотивов ЗОЖ: низкий (преобладание мотивов вынужденности, аморфность структуры и маловыраженное влияние на личность), средний (декларация ценности, которая не реализуется в поведении или реализуется ситуативно, преобладание внешней мотивации), достаточный и высокий (мотивы функционируют как целостное образование и оказывают влияние на все сферы жизнедеятельности). Для эффективного формирования мотивации важно, по мнению ряда авторов, «нахождение человеком личностного смысла в сохранении и укреплении здоровья для превращения знаемых мотивов в действующие» [35].

Круг наиболее актуальных для нашей темы проблем лежит в области соотношения мотивов и смыслов и их интеграции в единую мотивационно-смысловую сферу, задающую область значимого для человека. Данная проблематика разрабатывается в работах таких авторов как, А.Г. Асмолов («динамическая смысловая система», «смысловая установка»), Б.С. Братусь («смысловая сфера личности»), Ф.Е. Василюк (концепций смысловой динамики), Б.В. Зейгарник, В.А. Иванников («смысловая саморегуляция»), Д.А. Леонтьев («смысловая реальность») и др. При этом взгляды отечественных психологов на систему личностных смыслов часто

перекликаются с идеями зарубежных исследователей (логотерапия В. Франкла, психология личностных конструктов Дж. Келли, феноменологическая психотерапия Ю. Дженддина, теория поведенческой динамики Ж. Нюттена, концепция жизнестойкости С. Мадди и др.). В психологии здоровья, а также в исследованиях отношения человека к своему здоровью, аналогичных работ нет.

В заключение рассмотрения особенностей отношения к здоровью на аксиологическом уровне перечислим зарубежные подходы к исследованию этих вопросов. В зарубежных исследованиях по психологии здоровья проблемы мотивации, в основном, рассматриваются и изучаются в контексте связанного со здоровьем поведения; при этом мотивация понимается достаточно обобщенно – как желание и готовность человека действовать [236]. Наиболее распространенными подходами являются следующие: транстеоретическая модель стадий изменений (ТТМ, Transtheoretical model), разработанная Prochaska J.O. и DiClemente C.C.; теория самодетерминации и внутренней мотивации (Intrinsic-Extrinsic Motivation Model), разработанная Deci E.L. и Ryan R.M.; «мотивационное интервью» (Motivational Interviewing), клиентцентрированный подход к консультированию, направленный на развитие внутренней мотивации к изменению, разработанный William R Miller и Stephen Rollnick (подробное описание подхода представлено на официальном сайте <http://www.motivationalinterview.org/>); теория изменения, связанного со здоровьем поведения и профилактических действий (НАРА, Health Action Process Approach), разработанная Ralf Schwarzer. Особо следует отметить достаточно большое количество зарубежных исследований, в которых используются модели мотивации, основанные на идее саморегуляции (Self-Regulation models of Motivation), например, Abraham, C., Norman, P. & Conner, M. (2000). Baumeister, R.F.; Vohs, K. D. (2004), Denise T.D. de Ridder and John B.F. de Wit (2006) и др. Также хотелось бы отметить

авторскую концепцию мотивации, в основе которой лежит понятие идентичности (Identity-based motivation), разрабатываемую D.Oyserman (2007) для изучения субъективных барьеров, возникающих в процессе реализации программ по продвижению здоровья.

1.2.3. Личностно-деятельностный компонент отношения к здоровью и его исследование

Личностно-деятельностный компонент отношения к здоровью можно понимать как актуализацию деятельности человека по сохранению здоровья. Он характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья. Поведение человека определяется как целостная активность человека, направленная на удовлетворение биологических, физиологических, психологических и социальных потребностей. Поведение, направленное на сохранение своего здоровья, принято называть самосохранительным поведением. По мнению Л.Ю. Ивановой, можно выделить следующие аспекты самосохранительного поведения: рейтинг здоровья в системе ценностных ориентаций; самооценка здоровья; мотивы побуждающие заниматься здоровьем; изменение отношения к здоровью на протяжении жизни и его причины; представления о факторах влияющих на здоровье; самооценка того, насколько образ жизни является здоровым; намерения по оздоровлению своего образа жизни; представления о том, что мешает вести более здоровый образ жизни; действия касающиеся важных сторон самосохранения (питание, занятия физической культурой, стрессоустойчивость, активность в сфере медицины, вредные привычки, предупреждение заболеваний, предрасположенность к которым может передаваться по наследству); интерес к информации о здоровье и здоровом образе жизни; мнение о наилучшей, желаемой и ожидаемой

продолжительности жизни [93]. В исследовании по самосохранительному поведению у мужчин и женщин она пришла к выводу, что оценка значимости различных компонентов здорового образа жизни и оценка их реализации в своей жизни взаимосвязаны. И, тем не менее, исследование показало низкую культуру самосохранительного поведения мужчин и женщин. И снова выявило, что главный побудитель к изменению отношения к здоровью и повышению заботы о нем является болезнь. К аналогичным выводам приходит Е.И. Соколенко, которая выяснила, что ценностные отношения не возникают до тех пор, пока субъект не обнаружит для себя проблематичность удовлетворения возникшей потребности. Чем проблематичнее возможность удовлетворения той или иной потребности, тем большей ценностью обладает тот или иной предмет (явление) для субъекта [184].

В то же время зарубежные авторы добавляют к уже названным, следующие примеры здоровьесберегающего поведения: защита кожи от прямых солнечных лучей, безопасный секс, самообследование молочных желез, обязательное использование шлема при езде на велосипеде и др. (Sungkun Choa, Jinsun Nahmb, Jang-Han Leeb, and Elaine M. Heibyа, 2008).

Все аспекты самоохранительного поведения можно условно разделить на две группы: аспекты подготовки к деятельности (мотивы, намерения, представления о ЗОЖ, самооценка) и непосредственно сама деятельность (поступки, активность, образ жизни).

В.И. Петрушин, Н.В. Петрушина рассматривают идею двойственного отношения к здоровью как наличие инструментальных ценностей здоровья – в тактическом, деятельностном жизненном плане и терминальных ценностей – в стратегическом, ценностно-смысловом (экзистенциальном), гедонистическом плане. От наличия, выраженности и соотношения друг с другом этих ценностей будет формироваться стиль или образ жизни человека [157].

Практика показывает, что проблема заключается в том, что существует разрыв между намерениями и самими действиями по самоохранительному поведению (Романова С.А., 1998; Кабаева В.М., 2002; Ккуликов Л.В., 2004; Белинская Т.В., 2005; Малоземов О.Ю., 2005; Журавлева И.В., 2005; Назарова И.Б., 2007; Иванова Л.Ю., 2006; Ильина Н.Л., 2009).

О.Ю. Малоземов, изучая валеологические установки учащихся, делает выводы, что в отношении к своему здоровью у многих людей преобладает «внешний локус контроля», то есть склонность видеть причины своего неблагополучия в несправедливом устройстве общества и других внешних обстоятельствах. Это снижает личностную ответственность человека за свое здоровье, формируется убеждение, что он сам не властен над факторами, ухудшающими его здоровье, и зачем тогда прилагать какие-либо усилия по его сохранению [130].

Журавлева И.В., изучая отношение к здоровью как социокультурный феномен, выделяет поведенческий фактор в качестве ведущего, опосредующего действие других факторов здоровья. Но в результате исследования оказалось, что поведенческий фактор характеризуется двумя основными стимулами заботы о здоровье – ухудшением здоровья и страхом перед заболеванием – имеющими лечебную, а не профилактическую направленность. И.В. Журавлева видит проблему разрыва между намерениями человека быть здоровым и реальными действиями по сохранению здоровья в трех основных негативных явлениях: недостаточной развитости осознанного отношения к здоровью; низкой развитости представлений о здоровом образе жизни; неадекватности самооценки [87].

Еще одна причина пассивности в ведении здорового образа жизни, это так называемый эффект задержанной обратной связи. Отсутствие немедленных желательных последствий здорового поведения ведет к его гашению [140].

Причиной пассивности в реализации здорового образа жизни может являться и отсутствие умений и навыков в ведении здорового образа жизни. И даже при сформированной мотивации и готовности начать действовать в направлении укрепления здоровья человек сталкивается с тем, что у него нет опыта оценки своего здоровья, нет умений рационально организовать работу и отдых, нет навыков и выработанных привычек в рациональном питании, нет опыта применения приемов саморегуляции и т.д. (Романова С.А., 1998; Мурзабеков Г.И., 1998; Ильина Н.Л., 2009).

Таким образом, существует ряд препятствий для начала ведения здорового образа жизни: неудачи при попытках реализовать здоровое поведение и сформировать здоровый образ жизни; борьба мотивов, где мотив быть здоровым не является доминантным. А активность возникает только при возникновении или угрозе болезни; низкой развитости представлений о здоровом образе жизни; эффект задержанной обратной связи; отсутствие навыков здорового образа жизни.

Многие авторы, занимающиеся проблемой здорового образа жизни различных категорий граждан, пытались найти пути (методы) как преодоления перечисленных выше проблем, и воспитать, сформировать навыки здоровьесберегающего поведения (Кабаева В.М., 2002; Неретин В.Ф.; Николаева И.В., 2004; Литвинова З.Н., 2004; Иванова В.Е., 2004 и др.).

В основном это психолого-педагогические методы, заключающиеся в разработках программ здорового образа жизни. Программы включают в себя: 1) диагностику (часто самодиагностику) разных компонентов здоровья, для выявления проблем со здоровьем, местом здоровья в системе ценностных ориентаций человека, выяснения информированности о здоровье и здоровом образе жизни, мотивации в отношении укрепления здоровья и пр. 2) мероприятия, целью которых является повышение компетенции в сфере здорового образа жизни (лекции, беседы, семинары

и др.). 3) тренинговые занятия разной направленности: на актуализацию целей здорового образа жизни, на формирование мотивации, на формирование ценностного отношения к здоровью и т.д. 4) практические занятия (очень редко), целью которых является научение приемам здорового поведения.

Большинство современных авторов прикладных технологий по формированию ценностного отношения к своему здоровью уделяют внимание когнитивному и аффективному компонентам. Поведенческий компонент отношения к здоровью остается мало затронут. Одно из объяснений этому дает Л.Н. Овчинникова [143]. В эксперименте со студентами педагогических вузов она установила, что наиболее чувствительными к педагогическому воздействию оказываются как раз когнитивный компонент ценностного отношения к здоровому образу жизни, затем аффективный. Поведенческий же компонент формировался слабо. Возможно такой эффект происходит от неудачно подобранных упражнений и методов используемых в технологиях формирования здорового образа жизни, как пишет Н.В. Косырев в отечественной практике формирования ценностного отношения к здоровому образу жизни преобладает информационный подход [117]. В то время как в зарубежной практике – деятельностный (Icek Ajzen, Dolores Albarraci, Robert Hornik, 2007). Но проблема главным образом лежит в детско-родительских, семейных отношениях, этнокультурных особенностях общества. Навыки здорового образа жизни и самосохранительного поведения формируются в детском и юношеском возрасте (Малоземов О.Ю., 2005).

Зарубежные авторы для модификации поведения взяли за основу концепцию оперантного обусловливания поведения Б. Скиннера. Чтобы понять процесс оперантного научения, можно использовать модель процесса научения (модель АВС): А (предпосылки поведения),

В (поведение), С (последствия). В данной модели подразумевается, что предпосылки, поведение и последствия связаны отношениями «если - то»:

- если предпосылки присутствуют, то поведение с большей вероятностью будет проявляться;
- если поведение проявлено, то последуют определенные следствия;
- если последствия желательны, то поведение должно закрепиться, повториться.

Если использовать этот подход в изменении поведения в направлении здорового образа жизни, то речь идет о том, что до момента непосредственных действий должны сформироваться благоприятные условия. Как пишет Connellan T.R., предшествующие условия обладают способностью «намекать» на необходимость определенного поведения через ассоциированные с ними последствия этого поведения [219].

Далее требуется фокусировка на поведении, то есть его осмысленность, осознанность, а не просто механическое выполнение разученных правил поведения.

Так же важную роль в изменении поведения имеют возможные последствия поведения, а иными словами: подкрепление – событие, увеличивающее вероятность поведения. Таким подкреплением для человека на пути формирования здорового образа жизни может являться похвала, позитивная оценка вложенных усилий, стимуляция в дальнейших действиях, материальные стимулы и пр. Возможно использование и негативного подкрепления при нежелательном поведении. Подкрепление должно быть регулярным.

Прохаска, Норкросс и Ди Климанте предлагают свою модель изменения поведения в отношении формирования здорового образа жизни и отказа от вредных привычек. Эта модель применяется для лиц, употребляющих алкоголь, табак и наркотики. Модель изменения поведения основана на психотерапии и включает следующие шаги:

повышение сознательности, социальное освобождение, эмоциональное пробуждение (глубокий уровень чувств), переоценка самого себя, решимость (принятие обязательств), противопоставление (замена проблематичного поведения здоровым поведением), контроль над окружающей средой (схож с противопоставлением, это процесс избегания стимулов, которые провоцируют нездоровое поведение), вознаграждение (позитивное закрепление изменения поведения путем получения вознаграждения от самого себя или других), отношения (формирование нового круга общения с позитивным отношением к произошедшим изменениям).

О важности осознания и роли в этом процессе когнитивного фактора, говорили Brewin C. R., Adews B. и другие авторы. Они предлагают программу изменения поведения по сохранению здоровья, основанную на понимании (осознании) факторов, ухудшающих здоровье и изменения поведения на основе саморегуляции убеждений [216].

Резюмируя сказанное отметим, что и зарубежные и отечественные ученые озабочены проблемой формирования навыков здорового поведения у населения. Основные пути в формировании здорового образа жизни это:

- 1) научное просвещение населения, с целью повышения их компетентности в сфере здоровья и здоровьесберегающего поведения.
- 2) тренинговые, игровые и пр. занятия, направленные на формирование мотивации к здоровому образу жизни, актуализацию потребности в сохранении здоровья.
- 3) практические занятия с целью научить конкретным приемам сохранения и укрепления здоровья.
- 4) оперантное научение здоровому поведению.
- 5) обучение приемам саморегуляции нездорового поведения.
- 6) психотерапевтические методы пошагового изменения нездорового поведения.

Перечисленные методы возможно использовать и по отдельности, для решения каких-либо локальных задач здорового образа жизни

и в совокупности для формирования здоровьесберегающего поведения и здорового образа жизни в целом.

Подводя итоги рассмотрения современного состояния проблемы, следует отметить, что большинство проанализированных нами психологических исследований отношения к здоровью за период с 1998 по 2010 г. носят преимущественно эмпирический характер; в них практически не затрагиваются вопросы методологического осмысления проблемы. Такая ситуация, вероятно, является отражением того, что современная психология, по мнению многих авторов, находится в состоянии методологического кризиса (Василюк Ф.Е., 2003; Корнилова Т.В., Смирнов С.Д., 2006; Костромина С.Н., 2007; Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998; Семенов В.Б., 2007; Снетков В.М., 2009; Юревич А.В., 2005). Следовательно, можно констатировать недостаток работ, направленных на теоретическое и методологическое осмысление проблемы изучения, а также формирования и развития отношения человека к своему здоровью.

В связи с вышесказанным становится актуальной проблема изучения психолого-педагогических детерминант, оказывающих влияние на формирование отношения к своему здоровью у юношей и девушек в период обучения в вузе.

Рассмотрим, что же понимается под детерминантами в целом и психолого-педагогическими детерминантами в научной литературе. Термин «детерминант» в психологии означает любое причинное или предшествующее условие или средство. Детерминант - (от лат. *determinans* - определяющий), доминирующее влияние или основной фактор [153].

В контексте настоящего исследования нами выделены психолого-педагогические детерминанты формирования отношения к своему здоровью у студентов: валеологическая установка, здоровьесозидающая личностная позиция, а также гендерные особенности;

1.3. Взаимосвязь между психологическими и педагогическими детерминантами, оказывающими влияние на процесс формирования отношения студентов вуза к своему здоровью

Современное российское общество предъявляет повышенные требования к поколению, вступающему в жизнь, поскольку успешное решение социальных, экологических, экономических и культурных проблем, характерных для сегодняшней действительности, требует активных, творческих мыслящих людей, способных своевременно и оптимально включиться в преобразовательную деятельность, обладающих высоким интеллектом, творческим, нравственным и физическим потенциалом, готовых к высокопродуктивной, здоровой жизнедеятельности. Однако, как свидетельствует анализ исследований в данной области (Н. П. Абаскалова, Г.К. Зайцев, Г.С. Никифоров и др.) у молодого поколения отсутствуют установки, обуславливающие потребность в здоровой жизнедеятельности. В связи с этим проблема формирования отношения студентов к своему здоровью приобретает исключительную актуальность.

Ретроспективный анализ проблемы отношения человека к здоровью показал, что впервые оно рассматривается в трудах Платона и Аристотеля. Эти ученые-мыслители античности утверждали, что отношение есть связь между идеями, благодаря которой они становятся доступными «познанию» и что «нечто есть то, что оно есть, лишь в связи с другим или находясь в каком-то ином отношении к другому».

Мы убеждены, что формирование отношения к здоровью — процесс весьма сложный, противоречивый и динамичный. Названный процесс обусловлен рядом взаимосвязанных факторов:

1) внутренние факторы: демографические (в том числе пол, возраст, национальность), индивидуально-психологические и личностные особенности человека, состояние здоровья;

2) внешние факторы: характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек [14].

Анализ и обобщение литературы по проблеме исследования показал, что в качестве основных критериев, выражающих степень адекватности/неадекватности отношения человека к здоровью, могут служить:

1) на когнитивном уровне - степень осведомленности или компетентности человека в области здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении эффективности жизнедеятельности и долголетия;

2) на ценностно-эмоциональном уровне - оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему, высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей;

3) на личностно-деятельностном уровне - степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья, степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены;

4) соответствие самооценки индивида физическому, психическому и социальному состоянию своего здоровья [72].

В рамках нашего исследования представляют интерес отношения личности со средой, выступающей в качестве здоровья. В Философском энциклопедическом словаре «отношение» - философская категория, характеризующая определенные взаимозависимости элементов системы.

Отношения могут выступать в виде признака или свойства ее составляющих, как ценностная позиция, возникающая в ситуации свободного выбора. В Большом толковом психологическом словаре под словом «отношение» понимается связь между событиями, объектами, людьми, переменными величинами [183].

Применительно к нашей работе, отношение к здоровью предполагает связь между двумя переменными системы: личность-здоровье. Эта связь, в которой один компонент служит предпосылкой другого, а изменение связи приводит к изменению отношений, т.е. она коррелятивна. Однако, как считает С.С. Корсаков, «чем более гармонично соединены все существенные свойства составляющие личность, тем она более устойчива, уравновешена и способна, противодействовать влияниям, стремящимся нарушить ее целостность» [113]. Мы используем это представление С.С.Корсакова для понимания того, что от личностных качеств и свойств человека, от его выбора будет зависеть устойчивость отношений личности и в том числе, ее отношений со здоровьем.

А.Ф. Лазурский, основатель психологической теории отношений, считал отношение личности к внешней среде (природе, людям, социальным группам, духовным ценностям и др.) самой важной стороной после ее нервно-психической организации [120].

Раскрывая сущность понятия «отношение» в психологии В.Н. Мясищев указывал на то, что «сложнейшие и наиболее динамические отношения человека к окружающему миру выражаются в его психической деятельности» и отношение является одной из форм отражения человеком окружающей его действительности. Отношение «возникает там, где есть субъект и объект отношения». В нашем случае – отношение, связь между личностью и ее здоровьем («отношение к здоровью»). К отношениям В.Н. Мясищев относит понятие «потребности» потому, что конституирующими компонентами отношения являются: «субъект,

испытывающий потребность, объект потребности, своеобразная связь между субъектом и объектом, имеющая определенную функциональную нейродинамическую структуру, проявляющуюся в переживании тяготения к объекту и в активной устремленности к овладению им» [139].

Г.С. Никифоров трактует отношение к здоровью как «систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния» [140]. Виды отношений. по А.А. Бодалеу, бывают: активно-положительное, активно-отрицательное, пассивно-положительное, пассивно-отрицательное, противоречиво-неопределенное, безразличное и другое. Содержательная часть отношений соответствует общечеловеческим ценностям, целям, в достижении которых будет продвигаться личность [38].

Отношение «личность-здоровье», на наш взгляд, может оцениваться по этой классификации. Мы предполагаем, что пассивно-положительное отношение к здоровью означает переживание, суждение, мнение относительно факторов, влияющих на различные компоненты здоровья. Но отношение к здоровью в этом случае представлено на вербальном уровне и чаще всего, декларировано.

Ценности личности можно понять только в ее деятельности. Отношение к здоровью, проявляющееся в активных действиях и поступках, направленных на укрепление здоровья, т.е. активно-положительное, определяется как ценностное отношение к здоровью. Ценностное отношение – это внутренняя позиция личности в ситуации свободного выбора, отражающая взаимосвязь личностных и общественных значений [118]. Если социум относится к здоровью как ценности, то и в личности отражается его значимость в виде потребности, представляющей интерес или цель во взаимосвязи с пользой и благом.

Ценностное отношение характеризуется стремлением личности, ее активностью в достижении целей, в частности, в укреплении здоровья. Совершенствуются одновременно не только здоровье индивида, но и его личностные качества. Чем выше уровень духовного развития личности, тем в большей степени она руководствуется в своем поведении внутренними регулятивами сознания, дающими понимание себя как части мироздания, своего предназначения, ответственности за свое здоровье и благополучие других.

Таки образом, ценностное отношение к здоровью понимается не как самоцель, здоровье ради здоровья, а как ответственность личности за свои поступки в отношении здоровья, за здоровье своих близких и всех живущих. Оно предполагает следование такому типу поведения, которое является самосохранительным, здоровьесберегающим и адекватно здоровому образу жизни.

На наш взгляд, процесс формирования отношения к своему здоровью у студентов должен интегрировать в себе пять взаимосвязанных блоков:

1. Анализ ситуации (анализ деятельности вуза, анализ деятельности преподавателей, анализ ожиданий, анализ внешней среды).
2. Разработка программы (определение структурных компонентов программы; генерация, оценка программы; выбор программы).
3. Проверка программы (соответствие внутривузовской образовательной программе; удовлетворение ожиданий и потребностей).
4. Реализация программы (её практическое применение).
5. Оценка программы (оценка эффективности разработанной программы по результатам исследования).

В связи с этим, структура отношения студентов к своему здоровью может быть представлена тремя взаимосвязанными компонентами: 1) когнитивный; 2) эмоционально-ценностный; 3) личностно-деятельностный.

Когнитивный компонент в структуре отношения к своему здоровью затрагивает сферу самосознания личности. Развитие человеческой личности в психологии традиционно связывается с формированием её сознания и самосознания. С.Л. Рубинштейн показал, что самосознание личности позволяет ей осознавать себя, свое окружение, а также себя в своих отношениях с окружающим [171]. Современная психология определяет сознание как внутреннюю модель внешнего мира. Благодаря этой модели и становится возможным осознанное поведение человека. Оно проявляется в анализе прошлого, отражении сегодняшнего и планировании будущего. Вероятен и положительный перенос чужого опыта. Все это присуще лишь человеку, потому представляется возможным говорить о сознании как специфической данности человека. Наиболее качественной особенностью человеческой психики выступает наличие сознания, являющегося в своем отношении вершиной психического отражения. В структуре самосознания принято выделять: «Я»-реальное, т. е. совокупность представлений о себе в настоящем, «Я»-идеальное – т. е. то, каким бы хотел быть вообще, «Я»-прошлое, т. е. совокупность представлений о своем прошлом «Я», «Я»-будущее, т. е. совокупность о себе в будущем [18].

Ведущая функция самосознания – это саморегуляция поведения личности. Именно совокупность представлений о себе и оценка этих представлений служит психологической основой поведения личности. Человек в своем поведении может себе позволить ровно столько, насколько он знает себя. Эта формула в значительной мере обуславливает самодостаточность личности, степень ее уверенности в себе, независимость от других, свободу в поведении и осознание ограничений этой свободы.

Таким образом, мы видим, что учёт когнитивного компонента в структуре отношения к своему здоровью чрезвычайно важен, так как

даёт возможность формирования осознанного поведения человека, направленного на сохранение своего здоровья.

Ценностно-эмоциональный компонент структуры отношения к здоровью тесно взаимосвязан с когнитивным компонентом, так как самосознание соотносится с самооценкой, самоотношением, самоуважением, самопринятием и пр. Осознанное отношение к своему здоровью невозможно формировать без учёта взаимодействия вышеизложенных структур личности. Самооценка человеком своего здоровья предполагает оценку физического и психического состояния и выполняет три основные функции – регулятивную, оценочную и прогностическую.

Самооценка здоровья как интегративный показатель предусматривает оценку не только наличия или отсутствия симптомов заболевания, но и оценку психологического благополучия – самооценку своих возможностей и качеств, осознание жизненной перспективы, своего места среди других людей. Самооценка своего здоровья обычно производится с точки зрения возможности выполнения различных социальных функций – возможность хорошо учиться или качественно выполнять свою работу. Установлено, что психологический дистресс (длительно действующий стресс), депрессивные симптомы гораздо сильнее влияют на трудоспособность и самооценку здоровья, чем наличие хронических заболеваний.

Для успешного формирования положительного отношения к своему здоровью необходима адекватная самооценка человеком своего текущего состояния здоровья [32].

Самоотношение - проявление специфики отношения личности к собственному «Я». Строение самоотношения может включать: самоуважение, симпатии, самопринятие, любовь к себе, чувство расположения, самооценку, самоуверенность, самоунижение, самообвинение, недовольство собой и т. д. В.В. Столин в эмоциональном

самоотношении рассматривает симпатию, уважение, близость [188]. С.Р. Пантелеев понимает самоотношение как выражение смысла «Я» для субъекта [145]. Другие авторы усматривают в самоотношении переживание собственной ценности, выражающееся в чувстве самоуважения. Самоотношение обладает защитными возможностями. Человек может защищать свое «Я» от отрицательных эмоций и поддерживать самоуважение на относительно постоянном уровне. В ряде случаев склонность объяснить собственные неудачи и промахи ссылками на обстоятельства играет адаптивную защитную роль, понижая уровень тревоги и облегчая дальнейшую деятельность. Самоотношение человека влияет на его поведение в конфликтах, прежде всего во внутриличностных. Самоотношение может изменяться в зависимости от особенностей конкретной ситуации, в которой оно проявляется. Ценностное отношение к себе, к своему здоровью – залог формирования положительного отношения к своему здоровью [37].

Психология трактует: самоуважение - общая оценка собственной значимости человека. Другими словами, самоуважением является то, что человек думает о себе, его самооценка. Необходимость признательности, любви, независимости и динамизма в жизни является отражением глубоко укоренившихся в нашей личности высоких чувств собственного достоинства. Низкая самооценка может быть связана из бесчисленных причин, она затрудняет доверие к миру и позитивное мышление. Высокая самооценка, с другой стороны, помогает нам максимизировать наш потенциал и заставляет нас принимать новые обязанности. Адекватный уровень самоуважения свидетельствует о том, что человек чувствует себя значимым в этой жизни. Ощущение значимости может способствовать тому, что человек будет ответственно относиться ко всему, что его окружает, к тому, чем он занимается, и всё это отражается на состоянии его здоровья [44].

Личностно-деятельностный компонент структуры отношения к здоровью тесно взаимосвязан с когнитивным и эмоционально-ценностным компонентами, так как самосознание, самооценка, самоотношение, самоуважение, самопринятие личности проявляются в деятельности, направленности личности. Именно система определённых действий (поведения) является результатом формирования отношения к своему здоровью.

Необходимо отметить, что ведущим компонентом структуры личности, её основным системообразующим качеством, является направленность личности. Благодаря своей направленности люди способны преодолевать препятствия, проявлять усилия и идти своим курсом. Но этот курс всегда лежит в пределах определённых социальных отношений, социальных ценностей. Деятельность личности направляется этими целями. Но есть цель - основание деятельности, то основание самой цели лежит вне деятельности - в системе человеческих потребностей.

Э.Н. Вайнер, анализируя определение «здорового образа жизни» ведущих специалистов, сделал акцент на индивидуализации этого понятия: «здоровых образов жизни», считает автор, столько, сколько существует людей. При этом необходимо учитывать типологические особенности, возрастно-половые различия, социальные условия и личностно-мотивационные особенности человека [55]. Такой подход к определению «здорового образа жизни» согласуется с мнением О.Н. Москвиченко, который считает, что образ жизни в основном зависит от субъекта – его ценностных ориентаций, установок, мотивов деятельности, духовных интересов, нравственных установок и потребностей. Он подчеркивает, что в системе формирования здорового образа жизни главное место занимает мотивация [136].

Таким образом, деятельностный компонент показывает особенности поведения, способствующие адаптации или дезадаптации человека

к изменяющимся условиям окружающей среды, а также выработку стратегии поведения, связанной с изменением состояния здоровья. Психологическая адаптация - это процесс психологической включённости личности в системы социальных, социально-психологических и профессионально-деятельностных связей и отношений, в исполнение соответствующих ролевых функций. Психологическая адаптация человека осуществляется в следующих сферах его жизни и деятельности: 1) в социальной сфере со всем многообразием её содержательных сторон и компонентов (нравственных, политических, правовых и др.); 2) в социально-психологической сфере, т.е. в системах психологических связей и отношений личности, включения её в исполнение различных социально-психологических ролей; 3) в сфере профессиональных, учебно-познавательных и других деятельностных связей и отношений личности; 4) в сфере взаимосвязей с экологической средой. Кроме того, выделяют так называемые интегральные или системные виды психологической адаптации: профессиональную, семейно-бытовую, личностно-досуговую и др. Они представляют собой своеобразное сочетание всех названных выше видов психологической адаптации личности. Процесс психологической адаптации личности характеризуется активностью человека, которая выражается в целенаправленности его действий по преобразованию действительности, среды как с использованием различных средств, так с подчинёнными ему приспособительными актами.

Процесс дезадаптации личности является полярным адаптации и по своей сущности деструктивным явлением. Процесс дезадаптации – это определённый ход внутрипсихических процессов и поведения, который приводит не к разрешению проблемной ситуации, а к усугублению её, к усилению трудностей и вызывающих её неприятных переживаний [24].

Деадаптация может иметь патологический и непатологический характер. Непатологическая адаптация характеризуется отклонениями в поведении и переживаниях субъекта, связанных с недостаточной социализацией, социально-неприемлемыми установками личности, резкой сменой условий существования, разрывом значимых межличностных отношений и др. Деадаптационные состояния и конфликты могут быть истоком суицидального поведения человека. В одних случаях конфликт вызывает и усугубляет деадаптацию, переводит её в суицидальную фазу, в других ситуациях конфликт сам порождает деадаптацию. При достаточно высокой степени его обострения и значимости для личности противоречия деадаптационные состояния могут провоцировать её суицидальное поведение. Всё вышесказанное свидетельствует о том, что личностно-деятельностный компонент имеет огромное значение в формировании отношения к своему здоровью [23].

Стоит отметить, что нынешняя ситуация в сфере индивидуального и общественного здоровья требует существенного улучшения. Это связано, прежде всего, с созданием государственной идеологии здоровья и распространением ее через различные социальные институты - семью, школу, здравоохранение, средства массовой информации.

Только информированный человек, обладающий навыками заботы о здоровье, имеющий соответствующую потребность, живущий в обществе, где здоровье является самодостаточной ценностью, сможет обеспечить сохранение и приумножение своего здоровья, а также здоровья своих близких.

Все вышеперечисленные компоненты: когнитивный, ценностно-эмоциональный и личностно-деятельностный – должны быть включены в структуру отношения к здоровью. При организации деятельности по формированию отношения к своему здоровью, необходимо учитывать самосознание, самооценку, самоотношение, самоуважение, самопринятие,

направленность личности. По-настоящему здоровая личность проявляется не только в определённой деятельности по сохранению своего здоровья, но и во внутреннем ощущении себя как здоровой личности. Внешние и внутренние показатели отношения к своему здоровью тесно взаимосвязаны.

Анализ и обобщение литературы по проблеме исследования даёт нам основание утверждать, что психологически здоровый человек – это, прежде всего, человек творческий и спонтанный, жизнерадостный и веселый, открытый и познающий себя и окружающий мир не только разумом, но и чувствами, интуицией. Он полностью принимает самого себя и при этом признает ценность и уникальность окружающих его людей. Такой человек возлагает ответственность за свою жизнь, прежде всего на самого себя и извлекает уроки из неблагоприятных ситуаций. Его жизнь наполнена смыслом, хотя он не всегда формулирует его для себя. Выполняя жизненную задачу, человек чувствует себя счастливым, в противном же случае – глубоко несчастным. Психологически здоровая личность находится в постоянном развитии и, конечно, способствует развитию других людей. Его жизненный путь может быть не совсем легким, а иногда довольно тяжелым, но он прекрасно адаптируется к быстро изменяющимся условиям жизни. И что важно – умеет находиться в ситуации неопределенности, доверяя тому, что будет с ним завтра. Синонимом психологического здоровья служит слово «гармония», или «баланс». Гармония - это не что-то постоянное высеченное в камне, а процесс превращения угля в алмаз, образно выражаясь [71]. В то же время, отношение человека к своему здоровью можно назвать парадоксальным. Ценность здоровья относится к высшим жизненным ценностям и провозглашается как безусловная норма жизни

Результаты ранее проведенных исследований свидетельствуют о том, что в системе жизненных ценностей здоровье как базовая ценность

занимает у человека третье-четвертое место после «достижение материального благополучия», «получение работы», «создание семьи». Следует особо отметить, что достаточно высокий рейтинг в структуре жизненных ценностей здоровье занимает потому, что, будучи качественной характеристикой личности, оно способствует достижению многих других целей и удовлетворению различных потребностей человека.

В современных социально-экономических условиях здоровье выступает как единственное средство достижения поставленных жизненных задач, что делает здоровье все в большей степени объектом для интенсивной эксплуатации, а ценность здоровья приобретает инструментальный характер. Это характерно, прежде всего, для современной молодежи.

Изучение ценностных установок студентов по отношению к здоровью позволяет констатировать, что для современной учащейся молодежи ценность здоровья сохраняет свой инструментальный характер. То есть в современных социально-экономических условиях здоровье рассматривается значительной частью студентов как единственный ресурс достижения других жизненных целей.

Здоровье рассматривается студентами как важнейшая инструментальная ценность, а это связано с новым пониманием значения здоровья для человека в условиях адаптации к новым социально-экономическим требованиям.

Самооценка человеком своего здоровья, уровень медицинской информированности и ценностные установки в отношении здоровья обуславливают соответствующее поведение. Поведение человека, направленное на сохранение и укрепление своего здоровья, определяется как самосохранительное поведение [87].

Самосохранительное поведение – это совокупность действий и установок человека, направленных на сохранение своего здоровья.

В самом общем виде самосохранительное поведение отражается в стиле жизни человека, в тех действиях и поступках, которые непосредственно связаны со здоровьем. В широком смысле поведение человека, направленное на сохранение своего здоровья, отражается в образе, а, точнее, стиле жизни. В узком смысле самосохранительное поведение человека характеризуется совокупностью действий и отношений, непосредственно связанных со здоровьем, а это, в свою очередь, отражается в таких формах заботы о здоровье, как соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил, рациональное питание, отказ от вредных привычек (табакокурение и употребление алкогольных напитков), физическая и спортивная активность т.п.

В последние годы многими специалистами отмечается, что для современной молодежи характерны «потребительские» установки в отношении своего здоровья. Многие молодые люди указывают на решающую роль в сохранении собственного здоровья фактора «условия жизни» (около 60% респондентов), а не фактора «собственные усилия по сохранению здоровья» (лишь 25% респондентов). То есть, для большинства молодых людей характерен низкий уровень ответственности за свое здоровье. Многие молодые люди считают, что они не имеют реальной возможности заботиться о своем здоровье, «пусть обо мне заботятся врачи» [87].

При рассмотрении особенностей отношения учащейся молодёжи к своему здоровью определённый интерес представляет взаимосвязь, которая существует между психологическим полом и характером названного отношения.

В психологии выделяют три разновидности психологического пола: андрогинный, маскулинный и феминный. Андрогинные юноши и девушки демонстрируют более гибкое поведение, нежели индивиды, действующие в полном соответствии с традиционными половыми ролями. Они

производят впечатление более легко адаптирующихся к самым различным жизненным ситуациям. Выяснилось, что такие юноши и девушки обладают ко всему прочему более высоким самоуважением. А окружающих они привлекают даже больше, чем их сверстники, принадлежащие к традиционному половому типу.

Феминность - это характеристика женственного психологического пола. Данный тип полоролевого поведения включает в себя такие качества личности, как ранимость, сострадательность, избегание конфликтных ситуаций, аккуратность во всём. Наиболее часто данный психологический пол встречается у творческих людей.

Маскулинность (лат. *masculus* - мужской) - комплекс психологических особенностей, традиционно приписываемых мужчинам. Маскулинный тип юношей и девушек характеризуется наибольшей выраженностью таких свойств и качеств личности, как: независимость, напористость, властность, склонность защищать своих взглядов, честолюбие, способность к лидерству, склонность к риску, аналитичный склад мышления, вера в себя, самодостаточность. Сюда часто относят силу, жестокость и пр. Маскулинные юноши и девушки энергичны, менее чувствительны, честолюбивы, свободолюбивы [31].

В концепции развития структуры самосознания В.С. Мухиной представлены и научно обоснованы отдельные аспекты гендерной идентификации личности. Согласно этой концепции, самосознание человека как личности содержит пять звеньев: 1 - идентификация с именем и заменяющем его местоимением «Я», индивидуальная духовная сущность человека; 2 - притязание на признание; 3 - половая идентификация; 4 - психологическое время личности (прошлое, настоящее, будущее); 5 - социальное пространство личности (права и обязанности). А. Маслоу считал, что понятия «мужское» и «женское» не отражают сущности явления, которое они должны раскрывать. Эти понятия, говорит

А. Маслоу, только вводят всех в заблуждение, так как качества, которые в обществе присущи мужчине, порой обнаруживаются в большей степени у женщин, и наоборот. На основе этих устоявшихся стереотипов строятся отношения между людьми, а также требования к человеку в зависимости от пола [230].

На уровне обыденного сознания тезис З. Фрейда «Анатомия - это судьба» является незыблемым постулатом. В отличие от биологического детерминизма социальный конструктивизм постулирует, что половые роли сконструированы, и отстаивает тезис: и мужчины и женщины создаются, ими не рождаются. Можно сказать, что постулатом социального конструктивизма является тезис Симоны де Бовуар «Женщиной не рождаются, женщиной становятся» (равным образом, не рождаются и мужчиной). Социальный конструктивизм утверждает, что не существует ни женской, ни мужской сущности: биология - не есть судьба ни для мужчины, ни для женщины. Все мужское и женское создано в разных контекстах, и наполнено различным содержанием опыта и смысла [197].

К. Юнг, утверждая, что в коллективном бессознательном каждого индивида присутствуют два разных архетипа: «душа» (анима), персонифицирующая женское начало - смутные чувства и настроения, предчувствия, способность любить, чувство природы и т.д., и «дух» (анимус) - физическая сила, инициатива, рациональность и т.п. Так, мужчина должен выразить свои феминные качества наряду с маскулинными, а женщина должна проявлять свои маскулинные качества так же, как и феминные. Если же эти необходимые атрибуты остаются неразвитыми, результатом явится односторонний рост и функционирование личности. Только сочетание души и духа обеспечивает гармоничное развитие индивида [208].

Рассматривая механизмы влияния пола на формирование и проявление отношения к здоровью, мы будем использоваться термином

«гендерные особенности». Использование данного термина при описании особенностей отношения к здоровью не только правомерно, но и необходимо, так как он подчеркивает, прежде всего, социокультурную, а не биологическую обусловленность различий между мужчинами и женщинами.

Напомним, что отношение к здоровью - система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей, а также определенная оценка индивидом своего физического и психического состояния [140].

В ряде исследований представлены причины, которые препятствуют адекватному отношению человека к своему здоровью. К этим причинам можно отнести следующие: здоровый человек не замечает своего здоровья; здоровье привлекает к себе внимание, как правило, когда возникают неполадки в организме; «нереалистичный оптимизм» из-за отсутствия опыта болезни, веры в то, что если заболевание не появилось, то и не появится в будущем, а если и появится, то с ним легко можно будет справиться; отсутствие должной активности больного человека; недостаток необходимых знаний о здоровье, о способах его формирования, сохранения и укрепления; неоднократное нездоровое поведение может приносить мимолетное удовольствие (сигарета, рюмка спиртного, мороженое); неосознавание опасности нездорового поведения (нарушение питания, личной гигиены, режима труда или быта); рекомендации по укреплению здоровья не совпадают с личными представлениями об этом; значимость здоровья нередко определяется возрастом индивида (приоритет у среднего и старшего поколения); социальное давление нередко заставляет осуществлять нездоровое поведение; эффект задержанной обратной связи - результат от заботы по сохранению здоровья скажется далеко не сразу; наличие моды на здоровье и отсутствие

проблемы здоровья, как постоянной общегосударственной; половые (гендерные) различия по отношению к здоровью.

Нас интересует последний аспект отношения к своему здоровью, так как в нашем исследовании он является одной из базовых психолого-педагогических детерминант.

В связи с тем, что самооценка является важным структурным компонентом в личностном образовании, определяющим отношение к своему здоровью, начнем характеристику гендерных особенностей этого феномена с рассмотрения особенностей самооценки. Результаты многочисленных экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что у женщин наблюдается более высокая самооценка здоровья по сравнению с мужчинами. Так, оценивают свое здоровье как «хорошее» 48% женщин и 30% мужчин; как «плохое» - 4% женщин и 10% мужчин. Следовательно, мужчины в целом более пессимистично оценивают состояние своего здоровья. Ещё один важный и экспериментально доказанный факт: терминальная ценность здоровья у женщин выше, чем у мужчин: высокая ценность здоровья характерна для 50% мужчин и 65% женщин. Эти различия, кажущиеся, на первый взгляд, незначительными, становятся более явными при сравнительном анализе иерархии терминальных ценностей, который показывает; что доминирующей потребностью в системе терминальных ценностей у женщин является здоровье, а у мужчин - работа (карьера). Здоровье, как ценность в системе терминальных ценностей мужчин, находится лишь на третьем-четвертом месте. При этом инструментальная ценность здоровья у мужчин выше. В этой связи, можно предположить, что они в большей степени склонны жертвовать своим здоровьем ради профессиональной карьеры, готовы «сгореть на работе»; это отражает существующие социокультурные нормы [125].

Несмотря на то, что здоровье как ценность занимает достаточно высокое место в иерархии индивидуальных ценностей, как мужчин, так и женщин, для тех и других характерен в целом достаточно низкий уровень активности поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья. Однако следует отметить, что отношение женщин к своему здоровью более деятельно и в большей степени соответствует требованиям здорового образа жизни: они раньше начинают заботиться о своем здоровье, уделяют больше внимания правильному питанию, чаще обращаются к врачам в профилактических целях, а также реже практикуют вредные для здоровья привычки. А у мужчин, особенно молодых, из-за ложного понимания мужественности часто наблюдается тенденция принимать и реализовывать программу жизни, которая в будущем ухудшает (или подрывает) их здоровье. Следуя культурным стереотипам «мужского» поведения, они ведут себя в соответствии с принципом «лучше прожить меньше, но в свое удовольствие».

В ситуации ухудшения самочувствия, как мужчины, так и женщины в большинстве случаев предпочитают самостоятельно принимать меры для поправки своего здоровья. Но есть и некоторые различия: женщины в случае недомогания более склонны обращаться к помощи неспециалистов (друзей, знакомых, родственников), а для мужчин более характерно не обращать внимания на недомогание, т.е. реагировать по принципу отрицания [22].

Интересные гендерные особенности обнаруживаются при анализе эмоций, возникающих в связи с ухудшением состояния здоровья. Как для мужчин, так и для женщин в такой ситуации наиболее характерны озабоченность, расстройство и сожаление. Чем же отличаются переживания мужчин и женщин? Статистически значимые различия заключаются в том, что в случае ухудшения здоровья у женщин уровень тревожности увеличивается, а у мужчин, наоборот, снижается. Женщины

более чувствительны к изменениям своего самочувствия, они чаще испытывают чувство страха, узнав об ухудшении своего здоровья, а мужчины более спокойно относятся к ухудшению своего здоровья. Возможно, что полученные результаты связаны с социально одобряемыми стереотипами мужского и женского поведения, в соответствии с которыми мужчина должен всегда быть сильным и ничего не бояться, а женщина вполне может позволить себе слабость [30].

Подводя итоги рассмотрения гендерных особенностей отношения к здоровью, можно отметить следующее: в целом для женщин характерен более высокий уровень адекватности отношения к здоровью по сравнению с мужчинами.

Наряду с гендерными особенностями, характеризующими отношение студентов к своему здоровью, существенное значение имеют валеологическая установка, здоровьесозидающая личностная позиция, которые также могут выступать в качестве психолого-педагогических детерминант формирования отношения студентов к своему здоровью.

Понятие «валеологическая установка» (установка быть здоровым) разрабатывается О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым. По их определению, это особая внутриличностная интегрирующая структура, которая определяет специфику восприятия, переживания и поведения человека, связанных с фундаментальными вопросами его здоровья [56]. Понятие «валеологическая установка» базируется на категории «установка», которую Д.Н. Узнадзе определял как «целостное состояние субъекта», как своеобразную тенденцию к определенным содержаниям «сознания», как направленность на определенную активность [192]. Для нашего исследования эта идея имеет очень значимую роль, так как позволяет говорить о различных типах отношения к своему здоровью, и, соответственно, валеологических типах личности. Вслед за О.С. Васильевой, Г.С. Никифоровым мы предлагаем включить в описание

типов отношения к здоровью такие составляющие, как степень активности в собственном оздоровлении и качественная характеристика используемых средств оздоровления, отражающая способность к произвольной саморегуляции. На этом основании мы выделяем следующие типы отношения к здоровью.

1. Пассивное отношение. Характеризуется пассивной позицией в собственном оздоровлении, зависимостью от других людей, отсутствием собственных средств оздоровления.

2. Активное отношение (внешне активное). Характеризуется активной позицией, опорой на себя, использованием внешних средств оздоровления - природных средств, физических упражнений и т.п.

3. Творческое отношение (внутренне активное). Активная позиция и опора на себя сочетаются с использованием внутренних (психологических) средств оздоровления.

4. Трансцендентное отношение. «Выход за пределы себя», использование трансцендентных средств оздоровления (обращение к Богу).

Еще одной важной психолого-педагогической детерминантой, оказывающей влияние на процесс формирования отношения студентов вуза к своему здоровью, является здоровьесозидающая личностная позиция.

Здоровьесозидающая позиция личности (ЗСПЛ) – комплексная характеристика личности, которая включает в качестве элементов: понимание смысла здорового образа жизни, ценностное отношение к здоровью своему и других людей, стремление к сохранению здоровья, усвоение и соблюдение правил здорового образа жизни.

Особенности формирования ЗСПЛ могут быть представлены в виде следующей логико-структурной схемы: тип доминирующего мотива → психофизиологический тип поведения → формируемая валеологическая установка → отношение к здоровью.

Необходимо отметить, что ЗСПЛ может выступать в качестве одной из важных психолого-педагогических детерминант формирования отношения студентов вуза к своему здоровью, так как на основе названной позиции формируются стратегии их отношения к своему здоровью.

Анализ научной литературы показал, что названная категория не имеет четкой интерпретации, однако, большинство ученых склонны считать, что «стратегия» (др.-греч. *στρατηγία* – «искусство полководца») – это общий, недетализированный план какой-либо деятельности, охватывающий длительный период времени, способ достижения сложной цели. Стратегия как способ действий становится необходимой в ситуации, когда для прямого достижения основной цели недостаточно наличных ресурсов. Задачей стратегии является эффективное использование наличных ресурсов для достижения основной цели.

Обращение к феноменологии этого понятия в контексте здоровья позволило выявить ряд существенных аспектов. Во-первых, базовые стратегии личности в отношении своего здоровья показывают меру активности субъекта в построении валеологических программ действий. Во-вторых, стратегия личности в отношении своего здоровья имеет взаимосвязь с психологическими новообразованиями, возникающими в определенные периоды онтогенеза. В-третьих, важную роль в построении валеологических программ действий играет характер взаимосвязей в диаде «человек – окружающий мир», который фиксирует факторы, влияющие на формирование валеологических установок и определяет тип ориентаций субъекта. В-четвертых, к базовым стратегиям отношения к здоровью относят: стратегию здоровьесбережения (здоровьесохранения), стратегию здоровьесформирования, стратегию здоровьесобеспечения, стратегию здоровьесозидания, стратегию здоровьесотворения.

За основу определения значений вышеобозначенных понятий мы взяли толкование слов, которое приводит в «Словаре русского языка» С.И. Ожегов. Поскольку «сберегать-это сохранить, не дать утратиться, пропасть», *зоровьесбережение (синоним-здоровьесохранение)* – это сохранение здоровья на заданном уровне, в частности, на том, с которым ребенок пришел в школу). *Здоровьесовершенствование* – от «совершенствоваться - становится лучше, совершеннее; улучшать, доводить до лучшей степени превосходства. Этот термин характеризует достижение человеком более высокого уровня здоровья по сравнению с предыдущим состоянием.

Слово «*здоровьеформирование*» происходит от «формировать, придавать чему-то определенную форму, законченность; порождать; создавать, составлять, организовывать», поэтому нами оно понимается как целенаправленная организация процесса по созданию нового состояния (уровня, качества) здоровья субъектов образовательного процесса.

Здоровьеобеспечение – «обеспечить, сделать вполне возможным, действующим, несомненным», и «оградить, охранить», следовательно, означает обеспечение и создание условий и для сохранения, и для формирования, развития здоровья субъектов образовательного процесса.

Здоровьесозидание (от «созидать» – сделать существующим, произвести, основать») – содержит смыслы созидания здоровья как качественно новой характеристики. Поэтому это слово близко по смыслу *здоровьетворчеству*, «творчески создавать, творение, сотворение, созидание как деятельное свойство», в котором явно присутствует субъективное начало.

Необходимо отметить, что процесс формирования отношения студентов вуза к своему здоровью имеет ряд специфических особенностей. В этой связи, при организации названного процесса особое внимание

необходимо уделять психолого-педагогическим детерминантам, которые оказывают влияние на изменение отношения студентов вуза к своему здоровью.

Формирование позитивного отношения студентов к своему здоровью способствует формированию у них здоровьесозидающей личностной позиции, целостной системы знаний о своём здоровье; активизирует стремление к саморазвитию, совершенствованию потенциальных возможностей в аспекте целостного здоровья; способствует повышению уровня позитивного самоотношения. Именно поэтому при рассмотрении феноменологии отношения студентов вуза к своему здоровью целесообразно учитывать ряд важных психолого-педагогических детерминант: валеологическую установку, здоровьесозидающую личностную позицию, а также гендерные особенности.

Выводы по I главе

Теоретический анализ проблемы психолого-педагогических детерминант формирования отношения к своему здоровью позволил сделать следующие выводы:

1. Отношение студентов вуза к своему здоровью определяется как системное, личностное, динамично-развивающееся новообразование, система жизненных проявлений, которая способствует гармонизации индивидуальности личности с условиями жизнедеятельности.

2. Структура отношения студентов вуза к своему здоровью включает в себя следующие компоненты: познавательный, эмоционально-ценностный, личностно-деятельностный. Познавательный компонент предполагает не только усвоение теоретических знаний и практических умений в области здоровьесбережения, но и осознание ценности здоровья как неотъемлемого условия успешного профессионального роста и полноценной жизни. Он связан с формированием устойчивой мотивации к здоровью и здоровьесбережению, причем формированию не отдельного

мотива, а целостной мотивационной сферы личности студента. Эмоционально-ценностный компонент включает в себя эмоциональную оценку ценности здоровья, которая проявляется в удовлетворении потребности в здоровье и реализации механизмов удовлетворения многообразных биологических, психических, духовных и социальных потребностей личности, обеспечивающих ей условия для максимально полной самореализации. У студентов формируется позитивное субъективное отношение к здоровьесберегающей деятельности, направленности на обеспечение здоровья – своего и окружающих. Личностно-деятельностный компонент ориентирован на творческое применение освоенных знаний, умений и навыков в здоровьесберегающей деятельности. При реализации этой составляющей студенты синхронизируют достигнутый ими уровень здоровья в соответствии со своей познавательной, профессиональной и гражданской деятельностью. В рамках этого компонента у студентов формировалась убежденность в их ответственности за здоровье – свое и окружающих, потребность в самосовершенствовании в профессиональной деятельности. Личностно-деятельностный компонент отношения студентов к своему здоровью реализуется посредством создания нового в области сохранения и укрепления здоровья своего и других людей.

3. В качестве психолого-педагогических детерминант формирования отношения студентов вуза к своему здоровью выступают: валеологическая установка, здоровьесозидающая личностная позиция, а также гендерные особенности.

4. Формирование отношения студентов вуза к своему здоровью предполагает включение в программу специальных занятий упражнений на развитие познавательного (когнитивного), эмоционально-ценностного и личностно-деятельностного компонентов, с учётом гендерных особенностей.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

2.1. Организация исследования и характеристика психодиагностических методик

На основе анализа и обобщения научной литературы по проблеме исследования было выявлено, что в качестве одной из главных детерминант, оказывающих влияние на отношение к своему здоровью у студентов вуза, могут выступать гендерные различия. В связи с этим, нами было проведено экспериментальное исследование по выявлению взаимосвязи гендерных особенностей и отношения к своему здоровью у юношей и девушек, а также оценке сформированности отношения студентов вуза к своему здоровью в процессе реализации разработанной и апробированной нами программы.

Экспериментальное исследование осуществлялось в три логически взаимосвязанных этапа:

I этап - планирование и организация экспериментального исследования: подбор психодиагностических методик, определение выборки испытуемых;

II этап - проведение экспериментального исследования и анализ полученных результатов;

III этап - формулировка выводов по результатам эмпирического исследования и оценка эффективности программы тренинга по формированию отношения студентов вуза к своему здоровью.

В исследовании принимали участие студенты Стерлитамакского филиала ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет», в количестве 180 человек. Выборку составили испытуемые обоего пола: 92 юноши и 88 девушек. Возраст испытуемых варьировался в пределах от 17 до 19 лет.

Для исследования нами были использованы следующие психодиагностические методики:

1. Анкета «Определение уровня сформированности здоровьесозидающей личностной позиции студентов и школьников - ЗСПЛ» (А. Г. Маджуга). Для того чтобы определить свой уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции (ЗСПЛ), испытуемому предлагается четырёхбалльная шкала, где высшему уровню соответствует цифра 4, а низшему - 1. Испытуемому необходимо обвести кружком ту цифру, которая наиболее полно отражает его уровень здоровьесозидающей личностной позиции. В каждом блоке даны характеристики низшего уровня (расположен слева от шкалы) и высшего уровня (расположен справа от шкалы) [128].

При подсчете среднего балла по всем 7 блокам определяется средний показатель, характеризующий уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции у студентов и школьников.

В методике даётся следующая характеристика уровней сформированности здоровьесозидающей личностной позиции (ЗСПЛ):

Для творческого (IV) уровня ЗСПЛ характерны полное и ясное осознание здорового образа жизни как моральной категории, эмоционально-ценностное отношение к своему здоровью, актуальны мотивы самосовершенствования, самореализации, стремление к рефлексии, психологическая готовность и ориентация на здоровье созидание, стремление реализовать индивидуальный опыт здоровьесозидающей деятельности.

Для репродуктивно-творческого (III) уровня ЗСПЛ свойственны неполное осознание здорового образа жизни в качестве ценностной ориентации, личностная оценка своего здоровья проявляется слабо, эмоционально-ценностное отношение выражено, но не ярко и не во всех случаях, проявляется стремление к рефлексивному осознанию своей

деятельности, участие в ценностно-ориентированной деятельности часто происходит под влиянием внешнего воздействия, хотя наблюдается положительная мотивация этой деятельности.

Для репродуктивного (II) уровня ЗСПЛ характерны поверхностные представления о здоровом образе жизни, отношение к здоровью проявляется на эмоционально-чувственном уровне, стремление к рефлексивному осознанию действительности происходит нерегулярно, участие в ценностно-ориентированной деятельности осуществляется под влиянием внешнего воздействия, без проявления положительной мотивации.

Для адаптивного (I) уровня ЗСПЛ присущи элементарные отрывочные представления о здоровом образе жизни, эмоционально-ценностное отношение к здоровью не проявляется, стремление к рефлексивному осмыслению отсутствует, преобладают мотивы формального исполнения принципов здорового образа жизни, наблюдается пассивно-созерцательное и прагматическое отношение к действительности [128].

2. Диагностика валеологического типа личности (Т.Д. Дубовицкая, А.Г. Маджуга). Испытуемому даётся задание прочитать внимательно предложенные суждения, касающиеся здоровья. Ему необходимо выразить степень своего согласия с представленными в методике суждениями.

Высокие баллы по шкале ответственности свидетельствуют о том, что человек считает себя ответственным за свое здоровье; стремится не заболеть; если заболевает, то причину видит в самом себе и полагает, что выздоровление во многом зависит от него самого.

Низкие баллы по шкале ответственности свидетельствуют об убежденности человека, что его здоровье зависит от внешних факторов: врачей, плохой экологии, если заболевает, то не видит в этом своей вины, не считает себя ответственным за свое здоровье.

Высокие баллы по шкале пассивности-активности свидетельствуют о том, что человек целенаправленно уделяет внимание своему здоровью, забота о здоровье доставляет ему удовольствие, своевременно обращается за помощью, следит за правильным выполнением всех предписаний.

Низкие баллы по шкале пассивности-активности свидетельствуют о том, что человек заботится о своем здоровье только в случае крайней необходимости или не заботится вовсе; для заботы о своем здоровье у него нет ни времени, ни желания; забота о своем здоровье носит преимущественно вынужденный характер.

Основу методики составили две шкалы: 1) шкала ответственности отношения к здоровью; 2) шкала пассивности-активности по отношению к своему здоровью. Сочетание этих шкал дает следующие типы личности.

а) Саморегулятивный тип. Характеризуется высоким уровнем ответственности и высоким уровнем активности по отношению к своему здоровью. Такой человек считает себя ответственным за свое здоровье, целенаправленно уделяет ему внимание, и эта забота доставляет ему удовольствие. Причины болезней ищет в самом себе, следит за тем, чтобы не заболеть, если заболевает, то предпринимает все необходимые меры для выздоровления.

б) Поддерживающий тип. Характеризуется высоким уровнем ответственности за свое здоровье, но низким уровнем поведенческой активности по обеспечению и поддержанию здоровья. Он понимает, что состояние его здоровья зависит прежде всего от него самого, но при этом практически о нем не заботится: на это у него нет времени, а порой и желания.

в) Манипулятивный тип. Характеризуется высоким уровнем активности в восстановлении своего здоровья, но низким уровнем собственной ответственности за его поддержание. В случае болезни человек уделяет внимание своему здоровью, обращается за помощью,

следит за правильным выполнением всех предписаний. Считает, что его здоровье зависит от внешних факторов: врачей, экологии, тяжелой работы. При этом не следит за своим питанием, психическим состоянием, режимом труда и отдыха.

з) Дефицитарный тип. Характеризуется тем, что полностью возлагает ответственность за здоровье на внешние факторы, проявляя пассивность в обеспечении и поддержании своего здоровья [128].

3. Методика «Маскулинность - фемининность» (С. Бем). Методика была предложена Сандрой Бем (1974) для диагностики степени андрогинности, маскулинности и фемининности личности. Испытуемый оценивает у себя наличие или отсутствие качеств, представленных в данной методике. Опросник можно применять и в форме экспертного рейтинга. В таком случае оценка испытуемого по представленным качествам осуществляется компетентными судьями - людьми, хорошо знающими испытуемого (муж, жена, родители и др.).

Андрогинность - явление, при котором человек проявляет одновременно (необязательно в равной степени) и женские, и мужские качества; андрогинность выявляется по высоким показателям одновременно и по шкалам маскулинности (уподоблению мужчине) и фемининности (уподобление женщине); андрогинность во внешнем виде проявляется сочетанием мужских и женских признаков.

Маскулинность - комплекс телесных, психических и поведенческих особенностей (вторичных половых признаков), рассматриваемых как мужские (то есть внешне отличающих мужчину от женщины или самца от самки у животных).

Женственность (фемининность) - этическая категория, означающая совокупность качеств, ожидаемых от женщины, таких как эмоциональность, нежность, хрупкость, искренность, верность.

Обработка полученных данных проводилась с помощью методов математико-статистического анализа, который предполагал выявление результатов методами первичной обработки (описательная статистика по Microsoft Excel 3.0); корреляционного анализа по К. Пирсону. Коэффициент корреляции К. Пирсона характеризует существование линейной зависимости между двумя величинами. Значимость различий по t-критерию Стьюдента. t-критерий Стьюдента - общее название для статистических тестов, в которых статистика критерия имеет распределение Стьюдента. Наиболее часто t-критерий применяется для проверки равенства средних значений в двух выборках.

2.2. Результаты эмпирического исследования психолого-педагогических детерминант формирования отношения студентов вуза к своему здоровью

Изучение ценностных установок студентов по отношению к здоровью позволяет констатировать, что для современной учащейся молодежи ценность здоровья сохраняет свой инструментальный характер. То есть в современных социально-экономических условиях здоровье рассматривается значительной частью студентов как единственный ресурс достижения других жизненных целей.

Здоровье рассматривается студентами как важнейшая инструментальная ценность, а это связано с новым пониманием значения здоровья для человека в условиях адаптации к новым социально-экономическим требованиям. Так, нами установлено, что наиболее важным желанием в жизни у студентов является желание «получить хорошее образование и профессию» – 61,0% юношей и 59,0% девушек. На втором месте идет желание «достичь материального благополучия» (иметь собственную квартиру, машину, денежные сбережения и т.п.) – 52,5% юношей и 55,7% девушек. В качестве третьего важного желания в жизни отмечено

желание «создать счастливую семью» – 47,5% юношей и 55,7% девушек. Следует отметить, что у девушек это желание более выражено, чем у юношей (девушки в большей степени ориентированы на создание благополучной семьи и создание домашнего уюта). И лишь на четвертом месте идет желание «быть здоровым» – 30,5% юношей и 29,5% девушек.

В ходе проведенного исследования подтвердились результаты ранее проводимых исследований, в ходе которых было выявлено, что здоровье как жизненная ценность современной молодежи занимает третье или четвертое место после ценностей «получение хорошего образования и профессии», «достижение материального благополучия», «создание семьи».

Дальнейший анализ данных, направленный на выявление значимости хорошего здоровья для достижения наиболее важных жизненных целей, позволил установить следующее.

Хорошее здоровье имеет определяющее значение для достижения наиболее важных жизненных целей. 52,5% юношей и 50,8% девушек отметили, что здоровье имеет очень большое значение для достижения жизненных целей; 35,6% юношей и 39,3% девушек отметили вариант «достаточно большое значение», «не очень большое значение» – лишь 6,8% юношей и 3,3% девушек, 3,4% юношей и 6,6% девушек затруднились ответить на вопрос о значимости здоровья для достижения жизненных целей. Это также соотносится с результатами ранее проведенных исследований и свидетельствует об инструментальном характере ценности здоровья для достижения жизненных целей человека [11].

В качестве основной психолого-педагогической детерминанты, оказывающей влияние на процесс формирования студентов к своему здоровью в контексте данного исследования рассматриваются гендерные различия. В гендерных исследованиях социальной психологии изучаются такие феномены, как: социализация, предрассудки, дискриминация,

социальное восприятие и самовосприятие, самоуважение, возникновение социальных норм и ролей [30].

В первой главе мы отмечали, что в процессе формирования отношения студентов к своему здоровью, важное значение, приобретают такие аспекты, как самооценка своего здоровья, медицинская информированность, ценностные установки в отношении здоровья, деятельность по сохранению своего здоровья. В связи с этим, далее нами будут описаны результаты, полученные на этапе констатирующего эксперимента с учётом гендерных особенностей.

Необходимо отметить, что показатели самооценок здоровья у девушек ниже, чем у юношей. В частности, 62,7% юношей оценили состояние своего здоровья как хорошее, 30,5% – как удовлетворительное, 6,8% – как плохое. У девушек показатели самооценки здоровья ниже (49,5% – хорошее, 39,3% – удовлетворительное, 3,3% – плохое, 8,2% – затруднились ответить). Следует отметить большое количество девушек, затруднившихся ответить на поставленный вопрос (скорее всего, эти девушки имеют различные отклонения в состоянии здоровья и не могут выполнить точную оценку своего здоровья). Для девушек в большей степени характерны различные жалобы на состояние здоровья, недомогания и психосоматические расстройства. В частности, установлено, что у девушек чаще, чем у юношей, отмечаются жалобы и недомогания.

Девушки отметили, что они обладают высоким уровнем самооценки знаний о здоровье (14,8%), выше среднего уровень – 27,9% девушек, средний уровень – 52,5%, ниже среднего – 3,3%, низкий уровень – 1,6%. Соответственно, для юношей характерны следующие значения самооценок знаний о здоровье: высокий уровень – 10,2%, выше среднего – 27,1%, средний – 59,3%, ниже среднего – 3,4%. Выраженных отличий по показателю самооценки уровня знаний о здоровье у юношей по сравнению с девушками не установлено.

Для юношей характерны более высокие показатели самооценки знаний в области физической культуры, чем у девушек. Установлено, что 25,4% юношей имеют высокий уровень самооценки знаний в области физической культуры, 25,4% – уровень выше среднего, 45,8% – средний уровень, 3,4% – низкий уровень. Соответственно, у девушек определены следующие значения показателей самооценок знаний в области физической культуры: высокий уровень – 9,8%, уровень выше среднего – 26,2%, средний уровень – 52,6%, уровень ниже среднего – 1,6% и низкий уровень – 9,8% респондентов. По показателям самооценок знаний в области физической культуры юноши и девушки значительно различаются: для юношей характерен более высокий уровень знаний в области физической культуры.

Для юношей характерны значительно более высокие показатели самооценки своей физической подготовленности, чем для девушек. Наиболее выраженные различия исследуемых показателей отмечаются в зоне низких оценок. 15,3% юношей оценивают уровень своей физической подготовленности как высокий, 33,9% – уровень выше среднего, 47,5% – средний уровень. Лишь 1,7% юношей оценивают уровень своей физической подготовленности как ниже среднего и 1,7% – как низкий уровень. Подобные данные соотносятся с результатами ранее проведенных исследований и свидетельствуют о том, что для юношей характерна завышенная самооценка уровня своей физической подготовленности (это характеризует стремление выглядеть сильными и мужественными).

Для девушек характерен более низкий уровень самооценки своей физической подготовленности, чем для юношей. Лишь 9,8% девушек оценили уровень своей физической подготовленности как высокий; 32,8% девушек оценили уровень своей физической подготовленности как уровень выше среднего и 37,7% – как средний уровень; 14,8% девушек

оценили уровень своей физической подготовленности как уровень ниже среднего и 4,9% – как низкий уровень.

Примерно такое же распределение значений самооценок характерно и для показателя «оценка уровня физической активности». Для юношей характерны значительно более высокие показатели самооценки уровня физической активности, чем для девушек. То есть, среди юношей больше респондентов, которые более активны физически, и соответственно чувствуют себя сильными и подготовленными, чем среди девушек.

20,3% юношей оценивают уровень своей физической активности как высокий, 25,4% – уровень выше среднего, 49,2% – средний уровень. Лишь 5,1% юношей оценивают уровень своей физической подготовленности как ниже среднего.

Для девушек характерен более низкий уровень самооценки своей физической активности, чем для юношей. Лишь 8,2% девушек оценили уровень своей физической активности как высокий, 24,6% девушек оценили уровень своей физической активности как уровень выше среднего и 47,5% – как средний уровень, 14,8% девушек оценили уровень своей физической активности как уровень ниже среднего и 4,9% – как низкий уровень.

Выявлены определенные различия в уровне физической активности студентов, обусловленные самооценкой здоровья. Установлено, что чем выше самооценка учащимися своего здоровья, тем выше уровень их физической активности.

Таким образом, самооценка студентами своего здоровья может рассматриваться как своеобразный регулятор поведения человека в отношении здоровья.

В ходе исследования мы также выявили, что показатель информированности и грамотности в сфере здоровья является важным компонентом культуры здоровья человека, а, следовательно, оказывает влияние на формирование отношения студентов вуза к своему здоровью.

В ходе исследования установлено, что в качестве наиболее важных факторов, определяющих состояние здоровья человека, отмечены «природная среда», «усилия самого человека», «условия жизни» и «наследственные факторы».

Студенты отметили, что на здоровье человека в наибольшей степени влияет фактор «природная среда» – 35,6% юношей и 39,3% девушек; фактор «усилия самого человека» – 28,8% юношей и 23,0% девушек; фактор «условия жизни» – 11,9% юношей и 18,0% девушек; фактор «наследственность» – 13,6% юношей и 8,2% девушек.

Следует отметить, что студенты в качестве важных факторов, определяющих хорошее здоровье, не указывают на факторы «вредные привычки» и «медицинское обслуживание». Это, с одной стороны, свидетельствует о недостаточном понимании учащимися негативного влияния вредных привычек на здоровье человека. С другой стороны, современная молодежь понимает, что только за счет медицинского обслуживания нельзя обеспечить высокий уровень здоровья человека.

В качестве основных факторов, которые оказывают влияние на заботу о своем здоровье, отмечены: фактор «желание быть сильным» – 47,5% юношей и 36,1% девушек; фактор «воспитание» – 23,7% юношей и 16,4% девушек; фактор «ухудшение здоровья» – 6,8% юношей и 23,0% девушек; фактор «пример окружающих» – 11,9% юношей и 9,8% девушек. То есть, для юношей характерна забота о своем здоровье для того, чтобы быть сильным и мужественным, а девушки заботятся о своем здоровье, чтобы быть сильной и работоспособной.

Необходимо отметить и важное значение для заботы о здоровье фактора «воспитание» и «пример окружающих».

Большинство респондентов считают, что человек всегда должен заботиться о своем здоровье – 84,7% юношей и 88,5% девушек; только, если

болен – 8,5% юношей и 6,6% девушек; затруднились ответить – 6,8% юношей и 4,9% девушек.

Некоторые молодые люди не имеют представления о положительном влиянии умеренных физических нагрузок на организм человека. У многих юношей и девушек не сформирована потребность в активном отдыхе (около 40% юношей и более 60% девушек предпочитают малоактивные виды деятельности и досуга – просмотр телепередач, компьютерные игры, чтение художественной литературы). В целом для юношей характерен более низкий уровень медицинской информированности, чем для девушек.

В ходе исследования изучалось отношение студентов к употреблению наркотических средств (это характеризует уровень медицинской информированности учащейся молодежи). Установлено, что 32,2% юношей и 27,9% девушек согласны или согласны с утверждением «многие молодые люди употребляют наркотики». 23,7% юношей и 19,7% девушек считают, что употребление наркотиков «позволяет чувствовать себя лучше», а 23,7% юношей и 23,0% девушек отметили, что употребление слабых наркотиков безвредно.

В целом это свидетельствует о наличии негативных установок у молодежи по вопросам употребления наркотических средств и сложившейся в молодежной среде субкультуры, связанной с употреблением психоактивных веществ.

Изучение ценностных установок студентов по отношению к здоровью позволяет констатировать, что для современной учащейся молодежи ценность здоровья сохраняет свой инструментальный характер. То есть в современных социально-экономических условиях здоровье рассматривается значительной частью студентов, как единственный ресурс достижения других жизненных целей.

В контексте нашего исследования существенный интерес представляет изучение такой важной психолого-педагогической

детерминанты формирования отношения студентов вуза к своему здоровью, как здоровьесозидающая личностная позиция (далее ЗСПЛ).

Для диагностики уровня сформированности здоровьесозидающей личностной позиции (ЗСПЛ) нами была использована одноимённая анкета А. Г. Маджуга, описание которой представлено в предыдущем параграфе. Результаты исследования сформированности здоровьесозидающей личностной позиции юношей и девушек представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты исследования уровня сформированности здоровьесозидающей личностной позиции у юношей и девушек (в баллах)

Исследуемые параметры	Юноши (n=92)	Девушки (n=88)	t	Уровень значимости различий
Общий уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции	13	19	2,68*	p<0,05

Примечание: уровни значимости различий по t-критерию Стьюдента обозначены следующим образом: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Анализ результатов показал, что общий уровень отношения к своему здоровью у юношей равен 13 баллам, т.е. соответствует репродуктивному уровню ЗСПЛ. При интерпретации полученных результатов мы руководствовались описаниями уровней сформированности ЗСПЛ, которое представлено в одноимённой методике, разработанной А.Г. Маджуга [128].

Для юношей характерны поверхностные представления о здоровом образе жизни, отношение к здоровью проявляется на эмоционально-чувственном уровне, стремление к рефлексивному осознанию действительности происходит нерегулярно, участие в ценностно-ориентированной деятельности осуществляется под влиянием внешнего воздействия, без проявления положительной мотивации. Мы считаем

необходимым, дать понять юношам, что здоровье нужно рассматривать как ценность, т.е. формировать ценностное отношение к своему здоровью. У юношей необходимо усилить мотивацию для того, чтобы повысить уровень здоровьесозидающей личностной позиции.

Из таблицы 1 также видно, что общий уровень отношения к своему здоровью у девушек равен 19 баллам - репродуктивно-творческий уровень ЗСПЛ. В ходе исследования выявлено, для девушек свойственно неполное осознание здорового образа жизни в качестве ценностной ориентации, личностная оценка своего здоровья проявляется слабо, эмоционально-ценностное отношение выражено, но не ярко и не во всех случаях, проявляется стремление к рефлексивному осознанию своей деятельности, участие в ценностно-ориентированной деятельности часто происходит под влиянием внешнего воздействия, хотя наблюдается положительная мотивация этой деятельности. Мы считаем, что девушкам также необходимо сформировать более отчётливое представление о здоровье как ценности, т.е. формировать ценностное отношение к своему здоровью через ведущие мотивы их деятельности. Для повышения уровня здоровьесозидающей личностной позиции у девушек необходимо закрепить репродуктивно-творческий уровень.

Именно поэтому, в качестве действенного психологического средства, обеспечивающего формирование здоровьесозидающей личностной позиции учащихся с учётом гендерных различий, может выступать тренинг.

Для выявления значимых различий в формировании здоровьесозидающей личностной позиции юношей и девушек был использован t-критерий Стьюдента. На основе анализа и интерпретации эмпирических данных мы выявили, что различия по уровню сформированности здоровьесозидающей личностной позиции юношей и девушек значимы при $p \leq 0,05$.

Для диагностики валеологического типа личности нами была использована методика Т. Д. Дубовицкой и А. Г. Маджуга, описание которой дано в предыдущем параграфе. Результаты исследования валеологического типа личности у юношей и девушек представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты исследования валеологического типа личности у юношей и девушек (в баллах)

Исследуемые параметры	Юноши (n=92)	Девушки (n=88)	t	Уровень значимости различий
Безответственность- ответственность	7	14	2,69*	p<0,05
Пассивность-активность	9	13	2,6*	p<0,05

Примечание: уровни значимости различий по t-критерию Стьюдента обозначены следующим образом: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Анализ результатов выявил, что значение по шкале «Безответственность-ответственность» у юношей равен 7 баллам - низкий уровень ответственности. Низкие баллы по шкале ответственности свидетельствуют о том, что юноши считают, что их здоровье зависит от внешних факторов: врачей, плохой экологии, если заболевают, то не видят в этом своей вины, не считают себя ответственным за свое здоровье.

Значение по шкале «Пассивность-активность» у юношей равен 9 - низкий уровень активности. Низкие баллы по шкале пассивности-активности свидетельствуют о том, что юноши заботятся о своем здоровье только в случае крайней необходимости или не заботятся вовсе; для заботы о своем здоровье у них нет ни времени, ни желания; забота о своем здоровье носит преимущественно вынужденный характер. Мы считаем, что юношам необходимо дать понять, что состояние здоровья зависит в первую очередь от них.

Из таблицы 2 также видно, что значение по шкале «Безответственность-ответственность» у девушек равен 14 баллам -

высокий уровень ответственности. Высокие баллы по шкале ответственности свидетельствуют о том, что девушки считают себя ответственными за свое здоровье; стремятся не заболеть; если заболевают, то причину видит в самих себе и полагают, что выздоровление во многом зависит от них самих.

Значение шкалы «Пассивность-активность» у девушек равно 13 баллам - высокий уровень активности. Высокие баллы по шкале пассивности-активности свидетельствуют о том, что девушки целенаправленно уделяют внимание своему здоровью, забота о здоровье доставляет им удовольствие, своевременно обращаются за помощью, следят за правильным выполнением всех предписаний специалистов.

В связи с этим была необходимость выявления значимых различий по t-критерию Стьюдента. В итоге мы выявили, что различия по шкалам «Безответственность-ответственность» и «Пассивность-активность» у юношей и девушек значимы при $p \leq 0,05$.

Для определения степени андрогинности, маскулинности и фемининности личности нами была использована методика «Маскулинность - фемининность» Сандры Бем. Результаты исследования гендерной идентификации у юношей и девушек представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты исследования гендерной идентификации
юношей и девушек

Исследуемые параметры	Юноши (%)	Девушки (%)
Маскулинность	8	23
Андрогинность	92	45
Фемининность	0	32

Результаты исследования выявили, что у 92 % юношей преобладает андрогинность, а у 8 % - маскулинность. Преобладание такого психологического пола, как фемининность, не выявилось ни у одного

испытуемого. Результаты исследования выявили, что у 45 % девушек преобладает андрогинность, у 23% - маскулинность и у 32% выражена фемининность. Полученные в ходе нашего исследования данные связаны с рядом факторов: во-первых, все респонденты относятся к особой социальной группе - студенчество, во-вторых, в процессе обучения в вузе к юношам и девушкам предъявляются одинаковые требования, вследствие чего стираются границы между мужчинами и женщинами.

Несмотря на то, что результаты исследования не выявили ни у одного из юношей преобладание фемининности, мы не исключаем такую возможность, что андрогинность преобладает у большего числа современных юношей.

Рассмотрим, как проявляются андрогинность и фемининность у девушек более подробно. Андрогинные девушки демонстрируют более гибкое поведение, нежели индивиды, действующие в полном соответствии с традиционными половыми ролями. Они производят впечатление более легко адаптирующихся к самым различным жизненным ситуациям. Выяснилось, что такие девушки обладают ко всему прочему более высоким самоуважением. А окружающих они привлекают даже больше, чем их сверстники, принадлежащие к традиционному половому типу. Что же касается, их самоощущения, то андрогинные девушки - вполне адекватно женственны. И это несмотря на то, что они порой демонстрируют качества, традиционно приписываемые мужскому полу.

Девушки, у которых выявлена фемининность, включают в себя такие качества личности как: ранимость, сострадательность, избегание конфликтных ситуаций, аккуратность во всём.

Результаты исследования психологического пола у юношей выявили, что у 92 % юношей преобладает андрогинность, а у 8 % - маскулинность. Преобладание фемининности не выявилось ни у одного испытуемого.

Полученные результаты у юношей мы связываем с тем, что в настоящее время мужчины и женщины имеют равные права.

Рассмотрим, как проявляется андрогинность и маскулинность у юношей более подробно. Маскулинный тип юношей характеризуется наибольшей выраженностью таких свойств и качеств личности, как: независимость, напористость, властность, склонность защищать свои взгляды, честолюбие, способность к лидерству, склонность к риску, аналитический склад мышления, вера в себя, самодостаточность. Сюда часто относят силу, жестокость и пр. Маскулинные юноши энергичны, менее чувствительны, честолюбивы, свободолюбивы.

Андрогинные юноши сочетают в себе продуктивность и чувствительность. Они также, как и девушки, производят впечатление более легко адаптирующихся к самым различным жизненным ситуациям. Это связано с тем, что сама по себе андрогинность предполагает наличие как мужских, так и женских качеств личности. Андрогинность далеко не означает отсутствие мужественности. и поэтому юноши такого типа не испытывают особых проблем в решении мужских вопросов.

Таким образом, выяснили: как у юношей, так и у девушек в большинстве случаев преобладает андрогинность: в 45 % случаев у девушек и в 92 % - у юношей. Разница заключается лишь в том, что у 32 % девушек выражена такая гендерная особенность, как феминность и 23% маскулинность, а у 8 % юношей - маскулинность. Мы уже отмечали выше, что такие результаты, скорее всего, связаны с процессом обучения в вузе, где нет чёткой дифференциации между юношей и девушкой. Также немаловажную роль играет социально-экономический фактор. Большинство студентов зависит в экономическом плане от своих родителей и от положения в обществе. Юноши и девушки в этом возрасте активно продумывают свою будущую взрослую жизнь, строят четкие

планы. Всё вышеперечисленное определённым образом сказывается на личности юноши и девушки.

Результаты исследования показали необходимость проведения сравнительного анализа гендерного аспекта отношения к своему здоровью у юношей и девушек. Обобщенные данные сравнительного анализа приведены в таблице 4. Сводный результат определения уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции юношей и девушек:

1) творческий уровень выявлен у 4% девушек с преобладанием андрогинности и не выявлен ни у одного из юношей; 2) репродуктивно-творческий уровень выявлен у 45% девушек с преобладанием андрогинности, у 15% с преобладанием маскулинности и у 8% с преобладанием феминности, а также у 4% юношей с преобладанием маскулинности и у 20% юношей с преобладанием андрогинности; 3) репродуктивный уровень выявлен у 8% юношей с преобладанием маскулинности и у 52% юношей с преобладанием андрогинности, а также у 4% девушек с преобладанием феминности и у 12% девушек с преобладанием андрогинности; 4) адаптивный уровень выявлен у 4% юношей с преобладанием маскулинности и у 12% юношей с преобладанием андрогинности, а также у 12% девушек с преобладанием андрогинности.

Таблица 4

Сводный результат сравнительного анализа гендерного аспекта отношения к своему здоровью у юношей и девушек

Исследуемые параметры	Юноши (%)			Девушки (%)		
	МГ	АГ	ФГ	МГ	АГ	ФГ
Творческий уровень	0	0	0	0	4	0
Репродуктивно-творческий уровень	4	20	0	15	45	8
Репродуктивный уровень	8	52	0	0	12	4
Адаптивный уровень	4	12	0	0	12	0

Саморегулятивный тип	0	0	0	0	0	0
Поддерживающий тип	0	16	0	13	35	8
Манипулятивный тип	8	40	0	0	24	4
Дефицитарный тип	4	32	0	0	12	4

Для юношей и девушек с преобладанием творческого уровня ЗСПЛ характерны полное и ясное осознание здорового образа жизни как моральной категории, эмоционально-ценностное отношение к своему здоровью, актуальны мотивы самосовершенствования, самореализации, стремление к рефлексии, психологическая готовность и ориентация на здоровьесозидание, стремление реализовать индивидуальный опыт здоровьесозидательной деятельности.

Для юношей и девушек с преобладанием репродуктивно-творческого уровня ЗСПЛ свойственно неполное осознание здорового образа жизни в качестве ценностной ориентации, личностная оценка своего здоровья проявляется слабо, эмоционально-ценностное отношение выражено, но не ярко и не во всех случаях, проявляется стремление к рефлексивному осознанию своей деятельности, участие в ценностно-ориентированной деятельности часто происходит под влиянием внешнего воздействия, хотя наблюдается положительная мотивация этой деятельности.

Для юношей и девушек с преобладанием репродуктивного уровня ЗСПЛ характерны поверхностные представления о здоровом образе жизни, отношение к здоровью проявляется на эмоционально-чувственном уровне, стремление к рефлексивному осознанию действительности происходит нерегулярно, участие в ценностно-ориентированной деятельности осуществляется под влиянием внешнего воздействия, без проявления положительной мотивации.

Для юношей и девушек с преобладанием адаптивного уровня ЗСПЛ присущи элементарные отрывочные представления о здоровом образе

жизни, эмоционально-ценностное отношение к здоровью не проявляется, стремление к рефлексивному осмыслению отсутствует, преобладают мотивы формального исполнения принципов здорового образа жизни, наблюдается пассивно-созерцательное и прагматическое отношение к действительности.

Сводный результат диагностики валеологического типа личности у юношей и девушек:

1) саморегулятивный тип не выявлен ни у одного из испытуемых;

2) поддерживающий тип выявлен у 35% девушек с преобладанием андрогинности, 13% с преобладанием маскулинности и у 8% девушек с преобладанием фемининности, а также у 16% юношей с преобладанием андрогинности;

3) манипулятивный тип выявлен у 40% юношей с преобладанием андрогинности и у 8% с преобладанием маскулинности, а также у 24% девушек с преобладанием андрогинности и у 4% девушек с преобладанием фемининности;

4) дефицитарный тип выявлен у 32% юношей с преобладанием андрогинности и у 4% юношей с преобладанием маскулинности, а также у 12 % девушек с преобладанием андрогинности и у 4% испытуемых с преобладанием фемининности.

Юноши и девушки с преобладанием саморегулятивного типа характеризуются высоким уровнем ответственности и высоким уровнем активности по отношению к своему здоровью. Такие юноши и девушки считают себя ответственными за свое здоровье, целенаправленно уделяют ему внимание, и эта забота доставляет им удовольствие. Причины болезней ищут в самом себе, следят за тем, чтобы не заболеть, если заболевают, то предпринимают все необходимые меры для выздоровления.

Юноши и девушки с преобладанием поддерживающего типа характеризуются высоким уровнем ответственности за свое здоровье, но низким уровнем поведенческой активности по обеспечению

и поддержанию здоровья. Они понимают, что состояние их здоровья зависит, прежде всего, от них самих, но при этом практически о нем не заботятся: на это у них нет времени, а порой и желания.

Юноши и девушки с преобладанием манипулятивного типа характеризуются высоким уровнем активности в восстановлении своего здоровья, но низким уровнем собственной ответственности за его поддержание. В случае болезни юноши и девушки уделяют внимание своему здоровью, обращаются за помощью, следят за правильным выполнением всех предписаний. Считают, что их здоровье зависит от внешних факторов: врачей, экологии, тяжелой работы. При этом не следят за своим питанием, психическим состоянием, режимом труда и отдыха.

Юноши и девушки с преобладанием дефицитарного типа характеризуются тем, что полностью возлагают ответственность за здоровье на внешние факторы, проявляя пассивность в обеспечении и поддержании своего здоровья.

Статистическая обработка результатов настоящего исследования производилась с использованием коэффициента линейной корреляции К. Пирсона.

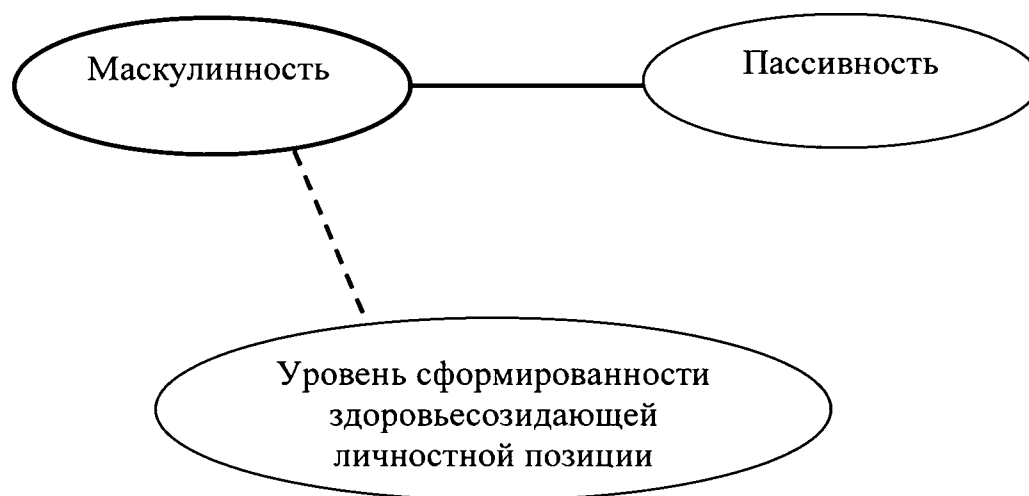


Рис. 1. Взаимосвязь гендерной идентификации и отношения к своему здоровью у юношей

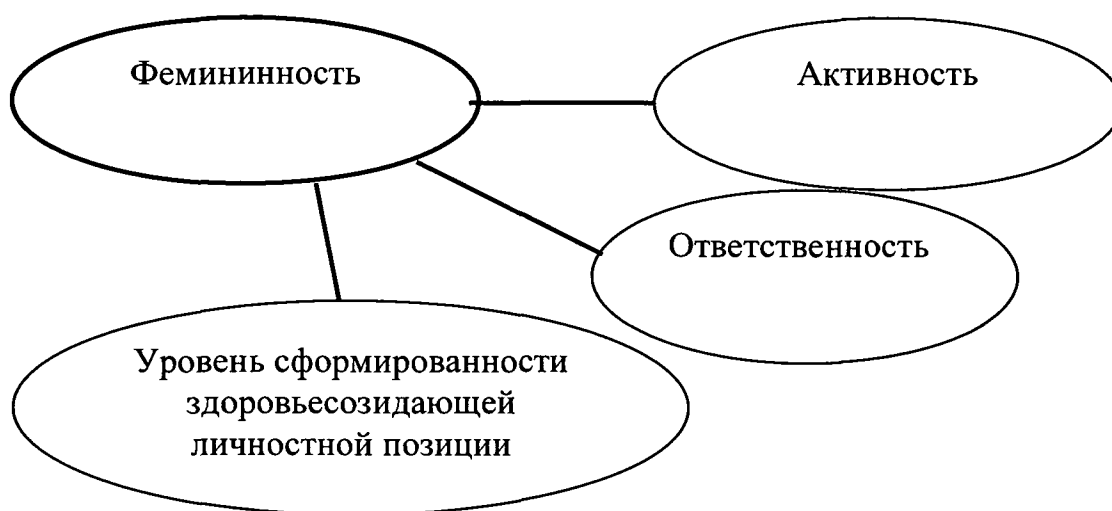


Рис. 2. Взаимосвязь гендерной идентификации и отношения к своему здоровью у девушек

Примечание: на рисунках 1 и 2 сплошной чертой обозначена прямая корреляция, а пунктирной - обратная.

Исходя из подсчета коэффициента корреляции К. Пирсона, были построены корреляционные матрицы (Приложения 10 и 11), показывающие взаимосвязь между гендерной идентификацией и отношением к своему здоровью у юношей и девушек. Анализ полученных корреляционных матриц позволил схематически отразить имеющиеся значимые взаимосвязи между гендерной идентификацией и отношением к своему здоровью у юношей и девушек.

У юношей выявлены две прямые взаимосвязи маскулинности: с уровнем здоровьесозидающей личностной позицией ($r = -0,39$, $p < 0,01$) и с пассивностью ($r = 0,39$, $p \leq 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что чем сильнее проявляется маскулинный тип гендерной идентификации у юношей, тем сильнее проявляется пассивность и ниже уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции, и, наоборот, чем слабее проявляется маскулинный

тип гендерной идентификации у юношей, тем слабее проявляется пассивность и выше уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции. Скорее всего, полученные результаты у юношей связаны с тем, что маскулинному типу гендерной идентификации свойственен низкий уровень чувствительности, свидетельствующий о том, что юноши проявляют пассивность в обеспечении и поддержании своего здоровья и имеют отрывочные представления о здоровом образе жизни.

У девушек выявлены три взаимосвязи фемининного типа гендерной идентификации: прямая взаимосвязь с активностью ($r=0,4$, $p\leq 0,05$), ответственностью ($r=0,4$, $p\leq 0,05$) и уровнем сформированности здоровьесозидающей личностной позиции ($r=0,39$, $p\leq 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что чем сильнее проявляется фемининный тип гендерной идентификации у девушек, тем сильнее проявляется активность, ответственность, высокий уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции, и, наоборот, чем слабее проявляется фемининность, тем слабее активность, ответственность и ниже уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции. Скорее всего, полученные результаты у девушек связаны с тем, что девушки проявляют аккуратность и ответственность в отношении к своему здоровью, что исключает поверхностные представления о здоровом образе жизни.

2.3. Анализ результатов внедрения программы по формированию отношения студентов вуза к своему здоровью

Моделирование процесса формирования отношения студентов к своему здоровью происходило с опорой на представление о его основных компонентах и гендерных особенностях. Учитывая то, что отношение студентов к своему здоровью характеризует преобразования, происходящие на уровне личности обучающегося, при определении

компонентного состава этого феномена мы взяли за основу трехкомпонентную структуру личности, в которой выделяется когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты.

Для проведения опытно-исследовательской работы нами были отобраны две группы студентов, обучающихся в Стерлитамакском филиале ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет». В исследовании принимали участие студенты 1 и 2 курсов гуманитарных специальностей Стерлитамакского филиала ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет», в количестве 180 человек. Выборку составили испытуемые обоего пола: 92 юноши и 88 девушек. Возраст испытуемых варьировался в пределах от 17 до 19 лет. Количество девушек в контрольной группе составило – 39 человек, а в экспериментальной группе – 49 человек.

Для нашего исследования мы применили выборочный метод и из генеральной совокупности сделали выборку, по которой можно будет судить о свойствах всего учебного потока. Количественный показатель выборки был подобран в соответствии со средней наполняемостью групп и по результатам собеседования. В итоговую выборку не вошли студенты, имеющие высокие показатели по базовым компонентам отношения к своему здоровью. Объем выборки (n) составил сто восемьдесят человек. Численность ЭГ (экспериментальной группы) составила сто человек, а численность КГ – восемьдесят человек. Все группы имеют приблизительно одинаковые признаки по национальному и гендерному составу.

В начале констатирующего эксперимента мы поставили перед собой цель: выявить исходный уровень сформированности отношения студентов к своему здоровью.

Мнение студентов о профессионально значимых качествах явилось исходной точкой в нашей экспериментальной работе. Основываясь на

полученных данных, мы подобрали ряд тестов для отслеживания динамики изменения показателей, характеризующих отношение студентов к своему здоровью (таблица 5).

Таблица 5

Ранжирование профессионально значимых качеств студентов

Качества	К.Г. n = 80 чел.		Э.Г. n = 100 чел.	
	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%
Интеллектуальные качества				
Умение выделять главное из большого количества	13	16,25	18	18
Способность рассмотреть проблему с разных точек зрения	22	27,5	27	27
Умение запоминать	24	30	32	32
Умение качественно воспроизводить информацию в нужное	14	17,5	17	17
Способность распределять внимание	22	27,5	28	28
Способность сосредотачивать внимание	22	27,5	30	30
Умение дать объективную оценку действиям других людей	36	45	42	42
Коммуникативные качества				
Умение располагать к себе людей	18	22,5	23	23
Умение отстаивать свою точку зрения	30	37,5	35	35
Общительность	39	48,75	50	50
Волевые качества				
Упорство в преодолении возникающих трудностей	34	42,5	42	42
Уверенность в себе	33	41,25	40	40
Целеустремленность	45	56,25	54	54
Эмоциональные качества				
Уравновешенность и самообладание	27	33,75	33	33
Умение сопереживать	23	28,75	27	27
Устойчивость к стрессу	24	30	29	29
Поведенческие характеристики				
Дисциплинированность	28	35	35	35
Умение подчиняться	25	31,25	32	32
Умение брать ответственность на себя	24	30	29	29
Тактичность	20	25	27	27
Трудолюбие	33	41,25	43	43
Аккуратность	36	45	47	47
Стремление проявлять инициативу	20	25	26	26
Морально-нравственные качества				
Патриотизм	73	91,25	90	90
Уважительное отношение к другим	38	47,5	48	48
Стремление помогать людям	30	37,5	38	38
Надежность	44	55	60	60

Самокритичность	7	8,75	10	10
Способность делать выводы из критики в свой адрес	20	25	27	27
Умение правильно оценить свои возможности, способности,	25	31,25	30	30
Стремление служить в органах правопорядка	47	58,75	60	60

В нашем исследовании данные о типичных способах преодоления стрессовых ситуаций были получены с помощью методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма. Диагностика копинг-стратегий позволяет прогнозировать пути выхода из стрессовых ситуаций (таблица 6).

Таблица 6

Показатели копинг-стратегий респондентов

Копинг - стратегии	Студенты контрольной группы n = 80						Студенты экспериментальной группы n = 100					
	Когн-ые		Эмоц-ные		Повед-кие		Когн-ые		Эмоц-ные		Повед-кие	
	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%
Продуктивные	8	10	52	65	8	10	10	10	63	63	12	12
Относительно продуктивные	68	85	12	15	56	70	82	82	18	18	54	54
Непродуктивные	4	5	16	20	16	20	8	8	19	19	24	24

Продуктивные копинг-стратегии обеспечивают адекватную поведенческую реакцию в кризисных ситуациях, что является одним из показателей психического здоровья.

Смыслоразностные ориентации студентов определялись по методике, предложенной Д.А. Леонтьевым (таблица 7).

Таблица 7

Показатели смысложизненных ориентаций студентов

Шкала	Студенты контрольной группы n = 80						Студенты экспериментальной группы n = 100					
	норма		выше		ниже		норма		выше		ниже	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Цели	76	95	2	2.5	2	2.5	93	93	2	2	5	5
Процесс	48	60	26	32.5	6	7.5	62	62	30	30	8	8
Результат	43	53.75	35	43.75	2	2.5	51	51	44	44	5	5
ЛК – Я	58	72.5	19	23.75	3	3.75	71	71	23	23	6	6
ЛК – жизнь	42	52.5	32	40	6	7.5	52	52	42	42	6	6
Общий показатель	6	7.5	74	92.5	0	0	9	9	91	91	0	0

Для выявления ценностных ориентаций испытуемых применялась методика М. Рокича [104]. М. Рокич определяет ценностные ориентации как «абстрактные идеи, положительные или отрицательные, не связанные с определенным объектом или ситуацией, выражающие человеческие убеждения о типах поведения и предпочтительных целях», как «...устойчивое убеждение в том, что какая-то цель индивидуального существования, что какой-то образ действий являются с личной и общественной точек зрения предпочтительными в любых ситуациях».

М. Рокич строит свою типологию на следующих принципах: общее число ценностей, являющихся достоянием человека, сравнительно невелико; все люди обладают одними и теми же ценностями, хотя и в различной степени; ценности организованы в системы; истоки человеческих ценностей прослеживаются в культуре, обществе и его институтах и личности; влияние ценностей прослеживается практически во всех социальных феноменах, заслуживающих изучения. В своей работе он различает два класса ценностей – терминальные и инструментальные. Терминальные ценности он определяет как

убеждения в том, что какая-то цель индивидуального существования с личной и общественной точек зрения стоит того, чтобы к ней стремиться; инструментальные ценности – как убеждения в том, что какой-то образ действий является с личной и общественной точек зрения предпочтительным в любых ситуациях. По сути, разведение терминальных и инструментальных ценностей воспроизводит уже достаточно традиционное различие ценностей-целей – убеждений в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться; ценностей-средств – убеждений в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации.

Таблица 8

Характеристика терминальных ценностей студентов
по методике М. Рокича

Список А (ценности-цели):	Э.Г. n = 100 чел.				К.Г. n = 80 чел.			
	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)
активная деятельная жизнь	7	8,6	5,00	0,98	8	8,72	5,20	1,14
жизненная мудрость	4	7,82	4,80	0,94	6	8,36	4,97	1,09
здоровье (физическое и психическое)	1	3,41	3,46	0,68	1	3,26	3,26	0,71
интересная работа	10	9,47	4,83	0,95	12	9,56	5,01	1,10
красота природы и искусства	18	14,21	4,51	0,88	18	14,72	4,05	0,89
любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)	3	7,2	5,02	0,98	3	7,32	5,25	1,15
материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)	4	7,75	4,35	0,85	4	7,46	4,22	0,93
наличие хороших и верных друзей	2	6,11	4,11	0,81	2	5,8	3,64	0,80
общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей)	8	8,72	4,18	0,81	7	8,64	4,04	0,89
Познание	12	9,83	4,22	0,83	9	9,18	3,78	0,83
продуктивная жизнь	13	9,98	3,51	0,69	13	9,98	3,71	0,81
развитие (работа над собой, физическое и духовное совершенствование)	11	9,68	4,36	0,85	11	9,54	4,48	0,98

развлечения (приятное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей)	15	12,38	4,29	0,84	15	12,92	4,06	0,89
свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках)	9	9,06	4,80	0,94	10	9,2	4,82	1,06
счастливая семейная жизнь	6	8,23	5,53	1,09	5	7,96	5,58	1,22
счастье других (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом)	16	13,57	4,64	0,91	16	13,42	4,61	1,01
творчество (возможность творческой деятельности)	17	14,42	3,70	0,72	17	14,6	3,48	0,76
уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).	14	10,56	4,11	0,80	14	10,32	4,02	0,88

Можно с уверенностью утверждать, что наименее значимы для подавляющего большинства отвечающих такие ценности, как «творчество», «красота природы и искусства», «счастье других». Низко оцениваются студентами следующие позиции: «развлечения», «продуктивная жизнь», «уверенность в себе». Чаще всего на первые места ставятся ценности, отражающие состояние защищенности, эмоционального и материального комфорта (здоровье, семья, друзья, любовь, уверенность в себе, материально обеспеченная жизнь) и активности (активная деятельная жизнь, интересная работа, свобода).

Таблица 9

Характеристика инструментальных ценностей студентов
по методике М. Рокича

Список Б (ценности-средства):	Э.Г. n = 100 чел.				К.Г. n = 80 чел.			
	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)
аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, в делах	8	8,67	4,96	0,97	8	8,9	5,15	1,13
воспитанность (хорошие манеры)	2	6,8	5,13	1,01	2	6,92	5,09	1,11

Продолжение таблицы 9

высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания)	18	13,28	4,97	0,97	18	13,56	4,95	1,08
жизнерадостность (чувство юмора)	7	8,62	5,57	1,09	6	8,14	5,66	1,24
Список Б (ценности-средства):	Э.Г. n = 100 чел.				К.Г. n = 80 чел.			
	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)
исполнительность (дисциплинированность)	14	10,33	4,73	0,93	14	10,54	4,89	1,07
независимость (способность действовать самостоятельно, решительно)	6	8,45	5,26	1,03	7	8,32	5,01	1,10
непримиримость к недостаткам в себе и других	17	12,53	4,81	0,94	17	12,22	4,96	1,09
образованность (широта знаний, высокая общая культура)	1	6,12	4,27	0,84	1	6,24	4,25	0,92
ответственность (чувство долга, умение держать слово)	3	7,27	4,00	0,78	3	7,64	4,06	0,89
рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать решения)	5	7,97	4,72	0,92	5	8,2	4,80	1,05
самоконтроль (сдержанность, самодисциплина)	10	9,8	4,60	0,90	9	9,42	4,55	1,00
смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов	11	9,85	4,73	0,93	10	9,7	4,41	0,97
твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями)	9	9,55	4,51	0,94	12	10,2	4,29	0,94
терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения)	12	9,85	4,81	0,94	11	10,08	4,68	1,02
широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки)	15	11,3	4,72	0,93	15	11,32	4,44	0,97
честность (правдивость, искренность)	4	7,92	5,39	1,06	4	8,08	5,33	1,17
эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе)	13	10,25	5,07	0,99	13	10,4	4,99	1,09
чуткость (заботливость)	16	11,73	4,96	0,97	16	11,8	4,72	1,03

В таблице 9 представлены результаты изучения инструментальных ценностей, полученные с помощью методики М. Рокича. При рассмотрении данных этой таблицы видно, что здесь разброс оценок студентов еще выше, чем при выборе ценностей – целей. Величина стандартных отклонений по всем позициям очень высокая. Поэтому трудно говорить о единстве ценностных предпочтений протестированных. Несколько чаще студентами выбираются такие ценности, как «образованность», «воспитанность», «ответственность», «твердая воля и честность», «жизнерадостность». Наиболее низкие позиции среди ценностей-средств занимают «непримиримость к недостаткам в себе и других», «высокие запросы», «чуткость». Невысоко оцениваются такие качества, как «эффективность в делах», «широта взглядов», «трудолюбие». В целом опрошенные предпочитают характеристики, связанные с образованностью и саморегуляцией.

Уровень самоактуализации является одним из основных показателей креативности личности. Проведённое исследование по методике А. Маслоу в интерпретации А.В. Лазукина САМОАЛ, позволило нам определить степень самоактуализации личности студентов (таблица 10). Уровень самоактуализации свидетельствовал о сформированности отношения студентов к своему здоровью.

К низкому уровню творческой самоактуализации нами были отнесены студенты, в процентном соотношении, показавшие результаты до 33%, к среднему уровню – 34 – 67%, к высокому – 67 – 100%.

Таблица 10

Самоактуализация личности студентов в творческом процессе

Уровень самоактуализации	Студенты контрольной группы n = 80		Студенты экспериментальной группы n = 100	
	Кол- во чел.	%	n	%
Высокий	1	1,25	2	2
Средний	37	46,25	45	45
Низкий	42	52,5	53	53

Все результаты тестов были обобщены и распределены согласно предложенным критериям сформированности отношения студентов к своему здоровью (рисунок 3-5).

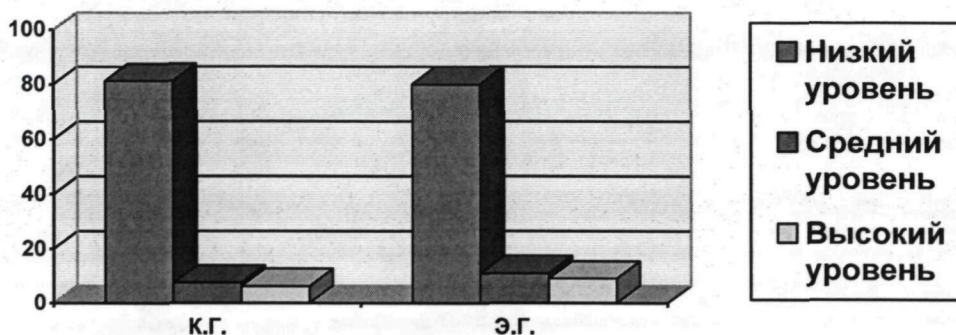


Рис. 3 – Сформированность отношения студентов к своему здоровью по познавательному критерию

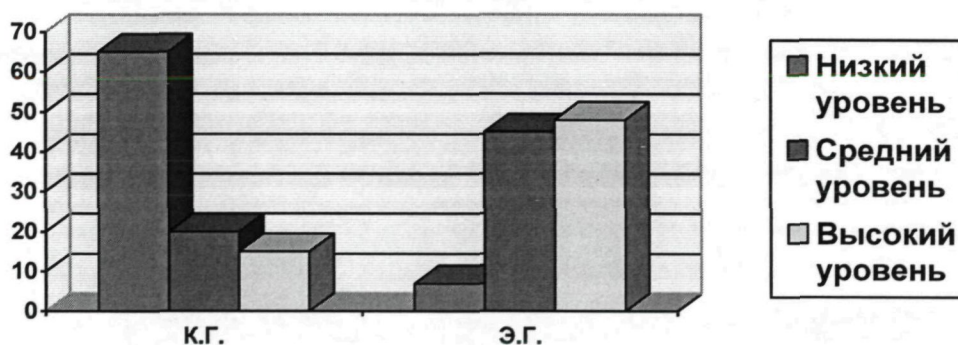


Рис. 4 – Сформированность отношения студентов к своему здоровью по эмоционально-ценностному критерию

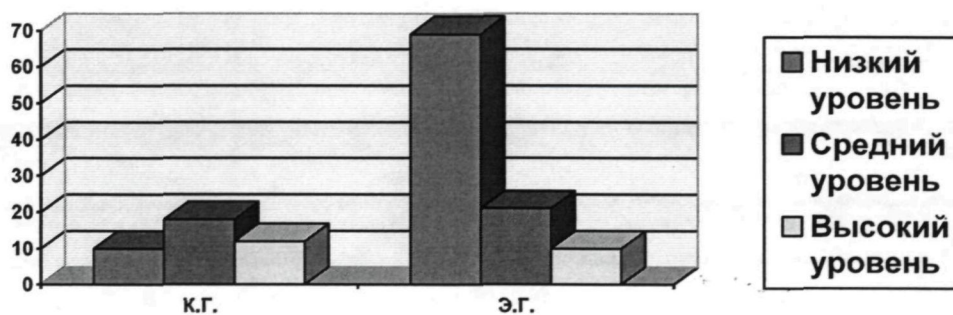


Рис.5 – Сформированность отношения студентов к своему здоровью по личностно-деятельностному критерию

Обобщенные результаты по познавательному критерию отношения студентов вуза к своему здоровью показывают низкий уровень информированности по вопросам, касающимся здоровья, у 81,25% студентов в КГ и у 80% в ЭГ. Средний уровень отмечен у 8,75% студентов в КГ и 11% в ЭГ; высокий у 6,25% студентов в КГ и у 9% в ЭГ.

Стартовый срез по эмоционально-ценностному критерию отношения студентов вуза к своему здоровью (в качестве показателей использовались ценностные ориентации, эмоциональные потребности, копинг-стратегии) позволил выявить студентов с высокой значимостью здоровья в системе ценностей, а также обучающихся, которые не включают здоровье в число жизненных приоритетов. Ни у кого из студентов не обнаружено творческого отношения к здоровью. Обобщенные результаты дифференцировались по следующим уровням: низкий – 22 ед. в КГ и 27 ед. в ЭГ; средний – 125 ед. в КГ и 121 ед. в ЭГ; высокий – 35 ед. в КГ и 152 ед. в ЭГ.

По итогам определения индекса самоактуализации личности, а также анализа анкет мы выявили начальный уровень развития личностно-деятельностного критерия отношения студентов вуза к своему здоровью. Низкий уровень оказался у 10% студентов КГ и 69% ЭГ, средний у 18% студентов КГ и 21% ЭГ, высокий у 12% студентов КГ и 10% ЭГ.

Таким образом, результаты констатирующего эксперимента позволили нам выявить низкий уровень сформированности отношения студентов вуза к своему здоровью по всем показателям в контрольной и экспериментальных группах, что инициировало проведение формирующего эксперимента.

Принимая во внимание выявленный уровень сформированности базовых компонентов отношения к своему здоровью у студентов, мы разработали и апробировали в экспериментальной группе программу психологического тренинга, направленного на формирование позитивного отношения к своему здоровью у студентов вуза в образовательном процессе.

Целевой установкой названной программы являлось формирование здоровьесозидающей личностной позиции, которая в контексте нашего исследования выступила в качестве интегрального показателя, характеризующего встраивание здоровья в иерархию мотивов и ценностей студентов и являющегося главной психолого-педагогической детерминантой формирования отношения студентов вуза к своему здоровью. Психологический тренинг – это комплекс занятий, направленный на осознание личностью своего здоровья, собственных валеоустановок, эмоциональных состояний путём пробуждения спонтанности, осмысления бессознательных процессов, более глубокого понимания своей сущности, обогащения себя новыми ресурсами. Программа названного тренинга была рассчитана на 54 часа и реализовывалась в процессе изучения дисциплин, включенных в вариативный компонент ФГОС-3. Весь предлагаемый материал мы разбили на два больших блока: теоретический, в ходе которого изучались актуальные вопросы здоровья, здорового образа жизни, сохранения здоровья, и практический, на котором отрабатывались практические умения и навыки здоровьесохранения. Усвоение теоретического материала осуществлялось при выполнении самостоятельной работы студентами в форме подготовки сообщений, анализе ситуаций, отработке умений и навыков в упражнениях и деловых играх. Практические упражнения, которые использовались в рамках названной программы, оказали влияние на осознание личностью своего здоровья, своих жизненных целей и приоритетов, собственных валеоустановок.

О динамике сформированности отношения студентов к своему здоровью мы судили по изменениям в показателях, полученных в результате проведенного контрольного эксперимента.

Мы проанализировали результаты сдачи зачета контрольной и экспериментальной группами по вопросам названного сопровождения

в формировании отношения студентов к своему здоровью. Обобщенные результаты представлены на рисунке 6.



Рис. 6 – Обобщенные результаты сформированности отношения студентов к своему здоровью по познавательному критерию (в процентном соотношении)

Теперь посмотрим, как изменилась после проведения экспериментальной работы оценка студентов своих профессиональных предпочтений (таблица 11).

Таблица 11

Ранжирование профессионально значимых качеств студентов в конце второго курса (до и по окончании эксперимента)

Качества	К.Г. n = 80 чел. До эксперимента		К.Г. n = 80 чел. После эксперимента		Э.Г. n = 100 чел. До эксперимента		Э.Г. n = 100 чел. После эксперимента	
	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%
Интеллектуальные качества								
Умение выделять главное из большого количества информации	13	16,25	14	17,5	18	18	22	22
Способность рассмотреть проблему с разных точек зрения, находить разные решения	22	27,5	20	25	27	27	40	40
Умение запоминать	24	30	26	32,5	32	32	32	32

Продолжение таблицы 11

Умение качественно воспроизводить информацию в нужное время	14	17,5	17	21,5	17	17	28	28
Способность распределять внимание	22	27,5	24	30	28	28	29	29
Способность сосредотачивать внимание	22	27,5	25	31,25	30	30	30	30
Умение дать объективную оценку действиям других людей	36	45	39	48,75	42	42	44	44
Коммуникативные качества								
Умение располагать к себе людей	18	22,5	20	25	23	23	30	30
Умение отстаивать свою точку зрения	30	37,5	31	38,75	35	35	46	46
Общительность	39	48,75	40	50	50	50	50	50
Волевые качества								
Упорство в преодолении возникающих трудностей	34	42,5	34	42,5	42	42	50	50
Уверенность в себе	33	41,25	35	43,75	40	40	48	48
Целеустремленность	45	56,25	42	52,5	54	54	60	60
Эмоциональные качества								
Уравновешенность и самообладание	27	33,75	30	37,5	33	33	42	42
Умение сопереживать	23	28,75	21	26,25	27	27	54	54
Устойчивость к стрессу	24	30	20	25	29	29	60	60
Поведенческие характеристики								
Дисциплинированность	28	35	34	42,5	35	35	42	42
Умение подчиняться	25	31,25	27	33,75	32	32	36	36
Умение брать ответственность на себя	24	30	27	33,75	29	29	38	38
Тактичность	20	25	19	23,75	27	27	34	34
Трудолюбие	33	41,25	33	41,25	43	43	43	43
Аккуратность	36	45	36	45	47	47	47	47
Стремление проявлять инициативу	20	25	19	31,25	26	26	34	34
Нравственные качества								
Патриотизм	73	91,25	77	96,25	90	90	92	92
Уважительное отношение к другим	38	47,5	40	50	48	48	54	54

Стремление помогать людям	30	37,5	30	37,5	38	38	60	60
Надежность	44	55	48	60	60	60	68	68
Самокритичность	7	8,75	7	8,75	10	10	14	14
Способность делать выводы из критики в свой адрес	20	25	18	22,5	27	27	38	38
Умение правильно оценить свои возможности, способности, действия, психологическое состояние	25	31,25	26	32,5	30	30	60	60
Стремление служить в органах правопорядка	47	58,75	47	58,75	60	60	65	65

Среди студентов контрольных групп существенных изменений нами не обнаружено. В основном все показатели имеют незначительную положительную тенденцию, кроме тех, которые характеризуют эмоциональную сферу. Мы видим снижение на 2,5% значимости умения сопереживать и на 5% устойчивости к стрессу. Эти изменения в эмоциональной сфере, по нашему мнению, произошли у студентов, которые с трудом адаптировались к изменившимся условиям жизни.

При проведении контрольного среза заметные изменения мы обнаружили у представителей экспериментальных групп. Причем наибольшие изменения наблюдались в эмоциональной сфере. Значимость таких качеств, как уравновешенность и самообладание увеличилась на 9%, умение сопереживать и устойчивость к стрессу – в два раза. Именно эти характеристики были нами отнесены к показателям отношения студентов к своему здоровью. А с ростом этого показателя взаимосвязано расширение кругозора и качественная оценка своих личностных достижений, что обеспечивает наличие его связи с личностной самоактуализацией. Следовательно, мы можем говорить о положительных тенденциях в области личностной самоактуализации студентов экспериментальных групп.

Мы укрепились в этом мнении после контрольной диагностики копинг-стратегий (таблицы 12, 13).

Таблица 12

Показатели копинг-стратегий респондентов контрольной группы

Копинг - стратегии	студенты контрольной группы до эксперимента n = 80						студенты контрольной группы после эксперимента n = 80					
	когнитивные		эмоциональные		поведенческие		когнитивные		эмоциональные		поведенческие	
	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%
Продуктивные	8	10	52	65	8	10	4	5	48	60	16	20
Относительно продуктивные	68	85	12	15	56	70	70	87,5	22	27,5	46	57,5
Непродуктивные	4	5	16	20	16	20	6	7,5	10	12,5	18	22,5

Таблица 13

Показатели копинг-стратегий респондентов экспериментальной группы

Копинг - стратегии	Студенты контрольной группы до эксперимента n = 80						Студенты контрольной группы после эксперимента n = 80					
	когнитивные		эмоциональные		поведенческие		когнитивные		эмоциональные		поведенческие	
	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%	Кол – во чел	%
Продуктивные	10	10	63	63	12	12	32	32	80	80	36	36
Относительно продуктивные	82	82	18	18	54	54	66	66	19	19	58	58
Непродуктивные	8	8	19	19	24	24	2	2	1	1	6	6

В контрольных группах обнаружено снижение продуктивных стратегий выхода из стресса в когнитивном и эмоциональном компонентах и увеличение в два раза в поведенческом. Продуктивная копинг-стратегия в поведенческом компоненте подразумевает использование сотрудничества со значимыми людьми для преодоления трудностей. Студенты под трудностями имеют в виду учебу, а значимые для них люди - это те, кто помогает им учиться. Беседы со студентами

экспериментальных групп показали, что под значимыми людьми подразумевались родители, наставники, преподаватели. Причем учеба не входила в разряд трудностей, которые вызывали бы стрессовое состояние. Мы наблюдали значительное увеличение у респондентов экспериментальных групп продуктивных когнитивных и эмоциональных копинг-стратегий. 32% студентов в случае стресса стараются проанализировать возникшую ситуацию и найти из нее разумный выход, до эксперимента эту линию поведения выбрало 10%. Количество оптимистов возросло с 63% до 80%. В контрольных группах наблюдается обратная тенденция: количество продуктивных стратегий в аналогичном срезе уменьшилось (когнитивные в два раза: 8 человек до эксперимента и 4 после), эмоциональные в 1,03 раза (52 и 48 соответственно).

В целом рост продуктивных стратегий в экспериментальных группах мы связываем с улучшением информированности студентов о способах выхода из стрессовых ситуаций, а значит, с улучшением их психического здоровья.

Таблица 14

Динамика смысложизненных ориентаций студентов контрольной группы

Шкала	студенты контрольной группы до эксперимента n = 80						студенты контрольной группы после эксперимента n = 80					
	норма		выше		ниже		норма		выше		ниже	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Цели	76	95	2	2.5	2	2.5	69	86,25	4	5	7	8,75
Процесс	48	60	26	32.5	6	7.5	32	40	38	47,5	8	10
Результат	43	53.75	35	43.75	2	2.5	48	60	30	37,5	2	2,5
ЛК – Я	58	72.5	19	23.75	3	3.75	55	68,75	22	27,5	3	3,75
ЛК – жизнь	42	52.5	32	40	6	7.5	38	47,5	36	45	8	10
Общий показатель	6	7.5	74	92.5	0	0	4	5	75	93,75	1	1,25

Динамика показателей смысловых ориентаций студентов
экспериментальной группы

Шкала	Студенты экспериментальной группы до эксперимента n = 100						Студенты экспериментальной группы после эксперимента n = 100					
	норма		выше		ниже		норма		выше		ниже	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Цели	93	93	2	2	5	5	91	91	8	8	1	1
Процесс	62	62	30	30	8	8	78	78	20	20	2	2
Результат	51	51	44	44	5	5	76	76	6	6	18	18
ЛК – Я	71	71	23	23	6	6	39	39	60	60	1	1
ЛК – жизнь	52	52	42	42	6	6	26	26	74	74	0	0
Общий показатель	9	9	91	91	0	0	6	6	94	94	0	0

Анализируя результаты исследования смысловых ориентаций (таблицы 14, 15), мы пришли к следующим выводам:

1. Цели в жизни. Показатели этой шкалы характеризуют наличие или отсутствие целей в жизни, которые придают ей осмысленность, направленность и временную перспективу. У студентов контрольной группы мы наблюдаем некоторое снижение нормы за счет повышения верхнего и нижнего пределов. Увеличение количества выборов с 2 до 7 ниже нормы говорит о том, что число студентов, живущих сегодняшним или вчерашним днем, возросло (с 2,5% до 8,75%). В экспериментальных группах мы наблюдали заметное повышение показателей по шкале выше нормы (с 2% до 8%). Это говорит о том, что после проведенного эксперимента число целеустремленных респондентов возросло в 4 раза.

2. Процесс жизни, эмоциональная насыщенность. В контрольных группах возросло (с 32,5% до 47,5%) число студентов с высокой эмоциональной насыщенностью жизни, т.е. гедонистически ориентированных, живущих сегодняшним днем. Увеличение в этих же группах количества респондентов с низкой эмоциональной

насыщенностью мы связываем с неудовлетворенностью своей жизнью в настоящем. Возможно, это следствие некоторого разочарования в выбранной профессии. 78% учащихся экспериментальных групп воспринимают сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом.

3. Результативность, удовлетворенность самореализацией. В контрольных и экспериментальных группах наблюдается общая тенденция повышения удовлетворенности самореализацией. Вместе с этим прослеживается увеличение количества респондентов из экспериментальных групп неудовлетворенных результативностью своей жизни (с 5% до 18%). Мы связываем это с пересмотром этой частью студентов взглядов на дальнейшую жизнь, с постановкой более высоких целей, чем перед началом эксперимента и желанием самореализоваться в дальнейшей профессиональной деятельности.

4. Локус-контроль. По сравнению с констатирующим экспериментом большее количество студентов (в контрольных группах мы наблюдаем увеличение на 3,75%, в экспериментальных группах – на 37%.) идентифицирует себя как сильную личность, обладающую достаточной энергией и свободой выбора, чтобы построить жизнь в соответствии со своими представлениями о ее смысле.

5. Управляемость жизни. В контрольных группах на 5%, в экспериментальных на 32% больше обучающихся, по сравнению с констатирующим экспериментом, поверили в свои способности контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в повседневной деятельности.

Подводя итог исследованию самооценки смысложизненных ориентаций студентов, мы выявили следующие тенденции: респонденты из контрольных групп изменили свои взгляды в сторону решения задач сегодняшнего дня. Возможно, это связано с адаптацией студентов

к новым условиям жизни. Респонденты экспериментальных групп стали более целеустремленными, у них появилось желание жить интересно, эмоционально, творчески самореализоваться в профессиональной деятельности.

Таким образом, осмысленность жизни может быть дифференцирована, уровни осмысленности прошлого, настоящего и будущего могут существенно различаться. По-видимому, высокий уровень осмысленности жизни обусловлен оптимальным соотношением осмысленности жизни до поступления в вуз и другие образовательные учреждения.

В результате внедрения авторской программы тренинга по формированию отношения студентов к своему здоровью нам удалось улучшить духовно – нравственное здоровье студентов.

Это мнение подтверждается результатом следующих диагностических исследований. Вот как выглядит динамика уровней эмоциональных потребностей респондентов в ходе экспериментальной работы (таблица 16).

Таблица 16

Динамика уровней эмоциональных потребностей студентов

Уровень эмоциональных потребностей	Студенты контрольной группы n = 80				Студенты экспериментальной группы n = 100			
	до эксперимента		после эксперимента		до эксперимента		после эксперимента	
	Кол – во чел.	%	Кол – во чел.	%	Кол – во чел.	%	Кол – во чел.	%
Высокий	6	7,5	10	12,5	9	9	3	3
Средний	66	82,5	58	72,5	80	80	90	90
Низкий	8	10	12	15	11	11	7	7

Снижение высокого уровня эмоциональных потребностей у студентов экспериментальных групп в сторону среднего

свидетельствует о том, что они получили навыки управления эмоциями, регуляции психических состояний.

Студенты контрольных групп показали обратные результаты. Среди них возросло (на 5%) число обучающихся, не умеющих контролировать свои эмоции. В индивидуальных беседах респонденты из контрольной выборки говорили о желании получить новые ощущения, впечатления, испытать судьбу. Кроме этого, некоторые из них, окунувшись в условия нового быта, стали более осторожны в выборе своих впечатлений, они предпочитают стабильность в своей жизни, все новое для них вызывает опасение.

Динамика изменения ценностных ориентаций студентов также дает значимую информацию о тенденциях в состоянии нравственного здоровья (таблицы 17-20).

Таблица 17

Характеристика терминальных ценностей студентов экспериментальных групп по методике М. Рокича

Список А (ценности-цели):	Э.Г. n = 100 чел. До эксперимента				Э.Г. n = 100 чел. После эксперимента			
	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)
активная деятельная жизнь	7	8,6	5,00	0,98	6	8,23	5,72	1,12
жизненная мудрость	4	7,82	4,80	0,94	9	9,39	5,11	1,0
здоровье (физическое и психическое)	1	3,41	3,46	0,68	1	3,41	3,05	0,6
интересная работа	10	9,47	4,83	0,95	10	9,47	4,63	0,91
красота природы и искусства	18	14,21	4,51	0,88	11	9,65	4,16	0,81
любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)	3	7,2	5,02	0,98	2	7,01	4,74	0,93
материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)	4	7,75	4,35	0,85	17	14,03	4,37	0,86
наличие хороших и верных друзей	2	6,11	4,11	0,81	12	9,8	4,15	0,81
общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей)	8	8,72	4,18	0,81	16	13,03	4,86	0,95
познание	12	9,83	4,22	0,83	13-14	9,98	3,6	0,71

продуктивная жизнь	13	9,98	3,51	0,69	13-14	9,98	4,37	0,86
развитие (работа над собой, физическое и духовное совершенствование)	11	9,68	4,36	0,85	3	7,52	5,13	1,00
развлечения (приятное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей)	15	12,38	4,29	0,84	18	14,08	3,59	0,70
свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках)	9	9,06	4,80	0,94	7	8,72	4,3	0,84
счастливая семейная жизнь	6	8,23	5,53	1,09	4	7,75	4,83	0,95
счастье других (благосостояние, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом)	16	13,57	4,64	0,91	15	12,77	4,84	0,95
творчество (возможность творческой деятельности)	17	14,42	3,70	0,72	8	8,6	4,88	0,96
уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).	14	10,56	4,11	0,80	5	7,82	4,84	0,96

Таблица 18

Характеристика инструментальных ценностей студентов
экспериментальных групп по методике М. Рокича

Список Б (ценности-средства):	Э.Г. n = 100 чел. До эксперимента				Э.Г. n = 100 чел. После эксперимента			
	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)
аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, в делах	8	8,67	4,96	0,97	11	9,67	4,82	0,94
воспитанность (хорошие манеры)	2	6,8	5,13	1,01	2	7,35	5,27	1,03
высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания)	18	13,28	4,97	0,97	18	13,73	4,72	0,92
жизнерадостность (чувство юмора)	7	8,62	5,57	1,09	12	9,73	4,38	1,0
исполнительность (дисциплинированность)	14	10,33	4,73	0,93	7	9,05	5,08	1,0
независимость (способность действовать самостоятельно, решительно)	6	8,45	5,26	1,03	13	10,03	4,43	0,87
непримиримость к недостаткам в себе и других	17	12,53	4,81	0,94	17	12,42	4,81	0,94
образованность (широта знаний, высокая общая культура)	1	6,12	4,27	0,84	1	6,13	4,45	0,87

ответственность (чувство долга, умение держать слово)	3	7,27	4,00	0,78	9	9,15	5,33	1,04
рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать решения)	5	7,97	4,72	0,92	5	8,08	4,67	0,92
самоконтроль (сдержанность, самодисциплина)	10	9,8	4,60	0,90	4	9,3	4,75	0,93
смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов	11	9,85	4,73	0,93	15	10,52	4,92	0,96
твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями)	9	9,55	4,51	0,94	14	10,4	5,4	1,06
терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения)	12	9,85	4,81	0,94	6	8,62	5,57	1,09
широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки)	15	11,3	4,72	0,93	8	9,08	5,03	0,99
честность (правдивость, искренность)	4	7,92	5,39	1,06	3	7,8	4,17	0,82
эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе)	13	10,25	5,07	0,99	16	11,32	5,14	1,01
чуткость (заботливость)	16	11,73	4,96	0,97	10	9,3	4,75	0,93

Таблица 19

**Характеристика терминальных ценностей студентов
контрольных групп по методике М. Рокича**

Список А (ценности-цели):	К.Г. n = 80 чел. До эксперимента				К.Г. n = 80 чел. После эксперимента			
	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)
активная деятельная жизнь	8	8,72	5,20	1,14	8	9	4,98	1,09
жизненная мудрость	6	8,36	4,97	1,09	7	8,66	4,74	1,04
здоровье (физическое и психическое)	1	3,26	3,26	0,71	1	3,3	3,22	0,70
интересная работа	12	9,56	5,01	1,10	12	10	4,94	1,08
красота природы и искусства	18	14,72	4,05	0,89	18	14,22	4,1	0,9
любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)	3	7,32	5,25	1,15	4	7,72	5,29	1,16
материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)	4	7,46	4,22	0,93	3	6,78	4,22	0,92
наличие хороших и верных друзей	2	5,8	3,64	0,80	6	8,2	4,34	0,95
общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей)	7	8,64	4,04	0,89	7	9,24	3,68	0,81
познание	9	9,18	3,78	0,83	13	10,14	3,78	0,83

продуктивная жизнь	13	9,98	3,71	0,81	11	9,88	4,27	0,94
развитие (работа над собой, физическое и духовное совершенствование)	11	9,54	4,48	0,98	15	12,14	4,94	1,08
развлечения (приятное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей)	15	12,92	4,06	0,89	10	9,28	4,84	1,06
свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках)	10	9,2	4,82	1,06	5	7,76	5,33	1,17
счастливая семейная жизнь	5	7,96	5,58	1,22	2	6,54	4,25	0,93
счастье других (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом)	16	13,42	4,61	1,01	16	13,32	4,58	1,0
творчество (возможность творческой деятельности)	17	14,6	3,48	0,76	17	14,12	3,89	0,85
уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).	14	10,32	4,02	0,88	14	10,74	4,38	0,96

Таблица 20

Характеристика инструментальных ценностей студентов
контрольных групп по методике М. Рокича

Список Б (ценности-средства):	К.Г. n = 80 чел. До эксперимента.				К.Г. n = 80 чел. После эксперимента.			
	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)	ранг	\bar{x}	S	u ($\alpha=0,05$)
аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, в делах	8	8,9	5,15	1,13	6	8,18	4,76	1,13
воспитанность (хорошие манеры)	2	6,92	5,09	1,11	2	6,78	4,86	1,06
высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания)	18	13,56	4,95	1,08	18	12,68	5,37	1,18
жизнерадостность (чувство юмора)	6	8,14	5,66	1,24	4	7,78	5,54	1,21
исполнительность (дисциплинированность)	14	10,54	4,89	1,07	12	10,38	4,8	1,05
независимость (способность действовать самостоятельно, решительно)	7	8,32	5,01	1,10	7-8	8,44	4,91	1,07
непримиримость к недостаткам в себе и других	17	12,22	4,96	1,09	17	12,4	5,0	1,1
образованность (широта знаний, высокая общая культура)	1	6,24	4,25	0,92	1	6,4	4,43	0,97

ответственность (чувство долга, умение держать слово)	3	7,64	4,06	0,89	7-8	8,44	4,23	0,93
рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать решения)	5	8,2	4,80	1,05	3	7,72	4,62	1,01
самоконтроль (сдержанность, самодисциплина)	9	9,42	4,55	1,00	10	9,9	4,54	0,99
смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов	10	9,7	4,41	0,97	9	9,98	4,8	0,95
твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями)	12	10,2	4,29	0,94	11	10,26	4,8	1,05
терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения)	11	10,08	4,68	1,02	13	10,4	4,83	1,06
широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки)	15	11,32	4,44	0,97	15	11,64	4,44	0,97
честность (правдивость, искренность)	4	8,08	5,33	1,17	5	8,02	5,36	1,17
эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе)	13	10,4	4,99	1,09	14	10,58	5,05	1,11
чуткость (заботливость)	16	11,8	4,72	1,03	16	11,76	5,14	1,13

В контрольных группах наблюдаются незначительные изменения как терминальных, так и инструментальных ценностных ориентаций. Снижение ранговых позиций таких терминальных ценностей, как наличие хороших и верных друзей, познание, развитие мы связываем с изменениями социально-бытовых условий жизни.

В экспериментальных группах прослеживается тенденция к повышению ранговой позиции терминальных ценностей, относящихся к духовным: красота природы и искусства с 18 на 11 позицию, любовь с 3 на 2, развитие с 11 на 3, творчество с 17 на 8, уверенность с 14 на 5 позицию. Заставляет задуматься снижение рангов у таких ценностей, как жизненная мудрость с 4 позиции до 9, общественное признание с 8 до 16. Мы связываем это с осознанием большей частью студентов ЭГ необходимости получения качественного образования, жизненного опыта, а в дальнейшем - общественного признания.

Динамика изменений инструментальных ценностей в контрольных группах прослеживается слабо. Утратили свою значимость такие ценности

как ответственность, терпимость. Вместе с тем упрочили свои позиции рационализм, аккуратность, жизнерадостность. Нами это связывается с приобщением учащихся к дисциплине и порядку.

Респонденты экспериментальных групп показали следующую динамику результатов: исполнительность переместилась с 14 на 7 позицию, самоконтроль с 10 на 4, терпимость с 12 на 6, широта взглядов с 15 на 8, чуткость с 16 на 10. Вместе с тем усиление ранговых показателей таких ценностных ориентаций как твердая воля с 9 до 14, ответственность с 3 до 9, независимость с 6 до 13, позволяют говорить о высокой требовательности кураторов академических групп, администрации вуза в отношении обучающихся, о формировании у них дисциплины.

Таким образом, мы выявили незначительные изменения у студентов контрольных групп. Эти изменения, по нашему мнению, укладываются в естественные рамки, связанные с изменением условий учебы и быта, адаптацией к условиям обучения в вузе.

У студентов экспериментальных групп обнаружилось более значительные изменения. Положительные тенденции в эмоциональной сфере студентов позволяют нам утверждать, что выбранная нами программа тренинга формирования отношения студентов к своему здоровью эффективна.

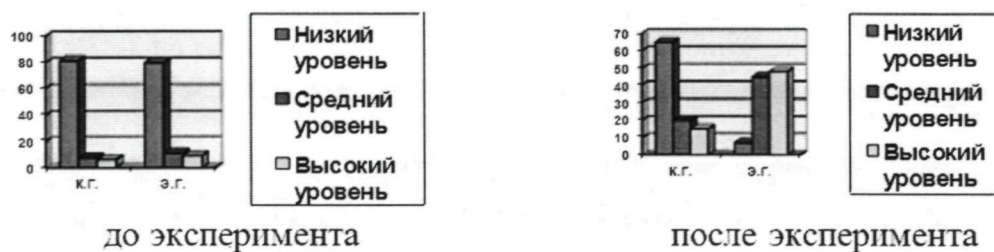


Рис. 7 – Обобщенные данные сформированности отношения студентов к своему здоровью по познавательному критерию (в процентном соотношении)

Все показатели, характеризующие эмоционально-ценностный критерий сформированности отношения студентов к своему здоровью, были нами обобщены и в таком виде отражены на рисунке 8.



Рис. 8 – Обобщенные данные сформированности отношения студентов к своему здоровью по эмоционально-ценностному критерию

Диагностика показателей личностно-деятельностного критерия включала в себя исследование индекса самоактуализации и выполнение индивидуального практикума по формированию информационной компетентности.

Индекс самоактуализации в КГ изменился незначительно в отличие от ЭГ. Значительные изменения в самоактуализации в творческом процессе мы связываем с успешной реализацией программы тренинга «Формирование позитивного отношения студентов вуза к своему здоровью психологическими средствами».

Таблица 21

Самоактуализация личности студентов в творческом процессе

Уровень самоактуализации	Студенты контрольной группы n = 80				Студенты экспериментальной группы n = 100			
	До эксперимента		После эксперимента		До эксперимента		После эксперимента	
	Кол – во чел.	%	Кол – во чел.	%	Кол – во чел.	%	Кол – во чел.	%
Высокий	1	1,25	3	3,75	2	2	40	40
Средний	37	46,25	38	47,5	45	45	56	56
Низкий	42	52,5	39	48,75	53	53	4	4

Обобщенные данные по личностно-деятельностному критерию приведены на рисунке 9.

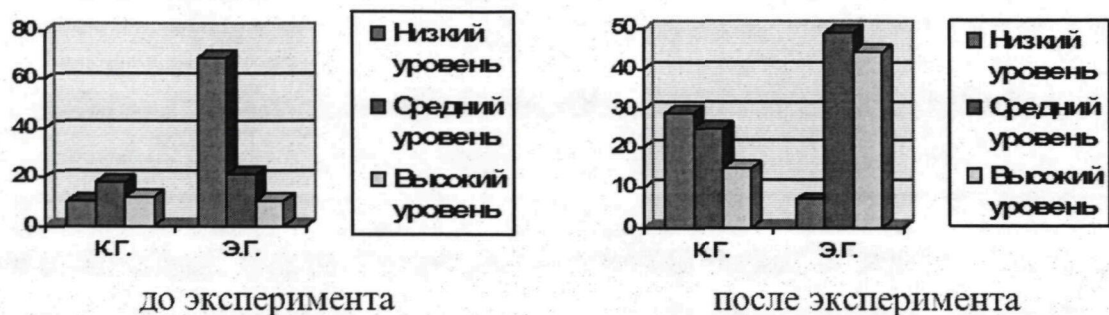


Рис. 9 – Обобщенные данные сформированности отношения студентов к своему здоровью по личностно-деятельностному критерию (в процентном соотношении)

Результативность экспериментальной работы определялась путем сравнения данных констатирующего и формирующего этапов эксперимента.

По познавательному критерию в экспериментальных группах мы наблюдали значительное повышение качества знаний по вопросам, касающимся саморазвития личности и приобретения медиакомпетенности: в ЭГ – с 9% до 48% студентов, в КГ – с 6,25% до 12%.

По ценностно-эмоциональному критерию прослеживается тенденция к повышению ранговой позиции терминальных ценностей, относящихся к духовным: красота природы и искусства поднялись с 18 на 11 позицию, любовь – с 3 на 2, развитие – с 11 на 3, творчество – с 17 на 8, уверенность – с 14 на 5. Высокий уровень эмоциональных потребностей был отмечен у 72,5% студентов в КГ (было 82,5%) и у 90% в ЭГ (было 80%); средний уровень – у 12,5% студентов в КГ (было 7,5%) и у 3% в ЭГ (было 9%); низкий уровень – у 15% студентов в КГ (было 10%) и у 7% в ЭГ (было 11%). Показатели копинг-стратегий в процентном соотношении изменились следующим образом: продуктивные – у 60% (было 65%)

студентов в КГ и у 80% (было 63%) в ЭГ; относительно продуктивные – 27,5% (было 15%) студентов в КГ и 19% (было 18%) в ЭГ; непродуктивные – 12,5% (было 20%) студентов в КГ и 1% (было 19%) в ЭГ. Показатели смысложизненных ориентаций дифференцировались по следующим уровням: высокий уровень развития в КГ имеют 40% (60%) студентов, средний уровень – 47,5% (было 32,5%) и ниже – 12,5% (было 7,5%) студентов; в ЭГ – 78% (было 62%), 20% (было 30%) и 2% (было 8%) соответственно.

По личностно-деятельностному критерию мы исследовали динамику изменений индекса самоактуализации личности студентов.

Перед началом проведения обучающего эксперимента о целесообразности индивидуальной программы саморазвития заявляли 12% студентов в КГ и 10% – в ЭГ. По окончании эксперимента 93% студентов в ЭГ смогли диагностировать уровень отношения к своему здоровью и создать долгосрочную программу, направленную на актуализацию своего творческого развития.

Результаты прошли математическую обработку с помощью расчета среднеарифметического (\bar{x}) и стандартного отклонения (S). Достоверность полученных результатов была проверена парным двух выборочным t-тестом в программе Excel, где критическое значение t гр. – 1,98 и уровень значимости $p = 0,05$. По всем критериям у ЭГ выявлена положительная динамика.

Анализ теоретического и экспериментального материала в основном подтверждает выдвинутое нами предположение и дает основание утверждать, что предложенная нами программа тренинга по формированию позитивного отношения студентов к своему здоровью является весьма эффективной.

Полученные результаты в целом подтверждают гипотезу, выдвинутую в начале исследования.

Выводы по II главе

В ходе экспериментального исследования были подтверждены исходные предположения и решены следующие задачи:

1. Осуществлён подбор методик и организовано психодиагностическое исследование по выявлению психолого-педагогических детерминант отношения студентов вуза к своему здоровью.

2. Выявлена и обоснована система психолого-педагогических детерминант формирования отношения студентов вуза к своему здоровью.

3. Статистическая обработка результатов настоящего исследования производилась с использованием коэффициента линейной корреляции К. Пирсона.

4. У юношей выявлены две прямые взаимосвязи маскулинности: с уровнем здоровьесозидающей личностной позицией ($r = -0,39, p < 0,01$) и с пассивностью ($r = 0,39, p \leq 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что чем сильнее проявляется маскулинный тип гендерной идентификации у юношей, тем сильнее проявляется пассивность и ниже уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции, и, наоборот, чем слабее проявляется маскулинный тип гендерной идентификации у юношей, тем слабее проявляется пассивность и выше уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции. Скорее всего, полученные результаты у юношей связаны с тем, что маскулинному типу гендерной идентификации свойственен низкий уровень чувствительности, что свидетельствует о том, что юноши проявляют пассивность в обеспечении и поддержании своего здоровья и имеют отрывочные представления о здоровом образе жизни.

У девушек выявлены три взаимосвязи фемининного типа гендерной идентификации: прямая взаимосвязь с активностью ($r = 0,4, p \leq 0,05$), ответственностью ($r = 0,4, p \leq 0,05$) и уровнем сформированности

здоровьесозидающей личностной позиции ($r=0,39$, $p\leq 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что чем сильнее проявляется фемининный тип гендерной идентификации у девушек, тем сильнее проявляется активность, ответственность, высокий уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции, и, наоборот, чем слабее проявляется фемининность, тем слабее активность, ответственность и ниже уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции. Скорее всего, полученные результаты у девушек связаны с тем, что девушки проявляют аккуратность и ответственность в отношении к своему здоровью, что исключает поверхностные представления о здоровом образе жизни.

5. Разработанная и апробированная в образовательном процессе вуза программа тренинга по формированию отношения студентов к своему здоровью с учётом выявленных психолого-педагогических детерминант оказалась достаточно результативной.

Полученные результаты прошли математическую обработку с помощью расчета среднеарифметического и стандартного отклонения (S). Достоверность полученных результатов была проверена парным двухвыборочным t-тестом в программе Excel, где критическое значение $t_{гр.}$ – 1,98 и уровень значимости $p = 0,05$. По всем критериям отношения студентов вуза к своему здоровью (познавательному, эмоционально-ценностному, личностно-деятельностному) в ЭГ выявлена положительная динамика.

Анализ теоретического и экспериментального материала в основном подтверждает выдвинутое нами предположение и дает основание утверждать, что предложенные подходы к формированию отношения студентов вуза к своему здоровью являются эффективными. По окончании эксперимента у основной части испытуемых сформировался высокий и средний уровень отношения к своему здоровью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные теоретические и эмпирические результаты нашли свое отражение в следующих **выводах**:

1. Уточнено понятие «отношение студентов вуза к своему здоровью», которое определяется как системное, личностное, динамично-развивающееся новообразование, система жизненных проявлений, способствующих гармонизации индивидуальности личности с условиями жизнедеятельности. В структуре отношения студентов вуза к своему здоровью личностно-деятельностный компонент занимает центральную позицию, так как ориентирован на творческое применение освоенных знаний, умений и навыков в здоровьесберегающей деятельности.

2. Формирование позитивного отношения студентов к своему здоровью способствует формированию у них здоровьесозидающей личностной позиции, целостной системы знаний о своём здоровье; активизирует стремление к саморазвитию, совершенствованию потенциальных возможностей в аспекте целостного здоровья; способствует повышению уровня позитивного самоотношения; развивает стремление руководствоваться в жизни собственными убеждениями, установками и принципами; формирует навыки самоподдержки, саморегуляции своего поведения; способствует повышению здоровьесориентированной направленности личности; развивает способность субъекта брать на себя ответственность за результат собственных действий в отношении своего здоровья; обеспечивает формирование саморегулятивного и поддерживающего типа валеологической установки.

3. Выявлены основные психолого-педагогические детерминанты формирования отношения студентов вуза к своему здоровью: валеологическая установка, здоровьесозидающая личностная позиция, а также гендерные особенности.

4. Определены структурные компоненты формирования отношения студентов вуза к своему здоровью: познавательный, эмоционально-ценностный, личностно-деятельностный.

5. На основании полученных результатов была разработана и реализована программа тренинга по формированию позитивного отношения студентов к своему здоровью. Программа включала систему психолого-педагогических и психолого-развивающих методов и средств, состоящую из лекций и практических занятий спецкурса «Формирование позитивного отношения студентов к своему здоровью психологическими средствами».

6. В результате экспериментального исследования были выделены и статистически подтверждены показатели, на которые повлияла программа формирования позитивного отношения студентов к своему здоровью: у студентов была сформирована здоровьесозидающая личностная позиция, валеологическая установка саморегулятивного и поддерживающего типа, целостная система знаний о своём здоровье; активизировалось стремление к саморазвитию, совершенствованию потенциальных возможностей в аспекте целостного здоровья; развилась способность брать на себя ответственность за результат собственных действий в отношении своего здоровья.

7. Установлено влияние гендерных особенностей на отношение студентов вуза к своему здоровью. В ходе исследования экспериментально доказано, что в процессе формирования отношения студентов к своему здоровью необходимо учитывать социальный пол занимающихся (маскулинность, фемининность, андрогинность), поскольку он оказывает различное влияние на структуру и характер этого отношения.

В целом диссертационное исследование позволило интегрировать знания, имеющиеся в данной области, обеспечить более высокий уровень понимания сущности проблемы формирования отношения студентов вуза

к своему здоровью, выявить психолого-педагогические детерминанты формирования отношения студентов вуза к своему здоровью, определить особенности формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в период профессионального становления их личности.

В качестве перспектив дальнейшего исследования проблемы можно обозначить следующие: связь отношения студентов к своему здоровью с особенностями их профессионального самосознания. Особый интерес может представлять изучение кросс-культурных различий в формировании отношения студентов вуза к своему здоровью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаскалова, Н. П. Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа вуз» / Н. П. Абаскалова. – Новосибирск, 2001. – 316 с.
2. Абрамова, Е. А. Валеология: Курс лекций / Е. А. Абрамова. – Новосибирск, 2003. – 295 с.
3. Абибукова, Н. И. Что такое "гендер"? / Н. И. Абибукова // Общественные науки и современность. - 1996. - № 6. - с. 257.
4. Абульханова, К. А. Психология и сознание личности / К. А. Абульханова. – М. - Воронеж: АПСН, МПСИ, 1999. – 180 с.
5. Агаджанян, Н. А. Резервы нашего организма / Н. А. Агаджанян, А. Ю. Катков. - М.: Знание, 1990. - 240 с.
6. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. – М., 1993. - 175 с.
7. Алексеев, В. Г. Ценностные ориентации личности и проблема их формирования / В. Г. Алексеев. - М., 1979. – 157 с.
8. Алешина, Л. И. Формирование мотивации здорового образа жизни будущего учителя в процессе профессиональной подготовки : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Л. И. Алешина.- Волгоград, 1998.- 208 с.
9. Амонашвили, Ш. А. Педагогика здоровья / Ш. А. Амонашвили. - М.: Педагогика, 1992. - 228 с.
10. Амосов, Н. М. Раздумья о здоровье. – 3 - изд. / Н. М. Амосов. - М.: Физкультура и здоровье, 1987. - 64с.
11. Ананьев, В. А. Введение в психологию здоровья / В. А. Ананьев. – СПб.: Изд-во БПА, 1998. – 365 с.
12. Ананьев, Б. Г. Избранные психологические труды: В 2-х т. Т. 1. / Б. Г. Ананьев.- М.: Педагогика, 1980.- 232 с.

13. Ананьев, В. А. Общая валеология: конспект лекций / В. А. Ананьев. - СПб., 2000. – 173 с.
14. Андреев, Ю. А. Три кита здоровья / Ю. А. Андреев. - СПб., 1994. – 382 с.
15. Андреева, Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. - М., 2003. - 384 с.
16. Андреева, И. Н. Эмоциональный интеллект: исследования феномена / И. Н. Андреева // Вопросы психологии. – 2006. – №3. – С. 78-87.
17. Антропова, М. В. Изучение общей умственной работоспособности школьников в возрастном аспекте / М. В. Антропова // В кн.: Методы исследования функций организма в онтогенезе. М.: Просвещение, 1975. – С. 92.
18. Анцыферова, Л. И. Психология формирования и развития личности / Л. И. Анцыферова // Человек в системе наук. - М., 1989. - С. 426-433.
19. Апанасенко, Г. А. Охрана здоровья здоровых: некоторые проблемы теории и практик. Валеология: Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья : учеб. пособие / Г. А. Апанасенко. – СПб.: 1993.- С. 49-66.
20. Апанасенко, Г. Л. Медицинская валеология (серия «Гиппократ») / Г. Л. Апанасенко, Т. А. Попова. - Ростов НД., 2003. – 248 с.
21. Асмолов, А. Г. Личность как предмет психологического исследования / А. Г. Асмолов. - М., 1984. – 104 с.
22. Байер, К. Здоровый образ жизни / К. Байер.- М.: Мир, 1997. – 368 с.
23. Барашков, С. А. Формирование готовности студентов вузов к здоровьесберегающей деятельности при профессиональной подготовке : автореф. канд. дис. / С. А. Барашков. – Самара, 2008.
24. Батаршев, А. В. Психология личности и общения / А. В. Батаршев. - М.: Владос, 2004. - 246 с.
25. Балабанов, С. С. Куконков П. И. Октябрь 1917 г. в сознании учащейся молодежи / С. С. Балабанов, Куконков П. И. // Социологические исследования. - 2007. - № 8

26. Белан, Е. А. Субъектное управление активностью в жизненных ситуациях: гендерный аспект / Е. А. Белан // Организаторские способности в логике ментального управления социальными группами организациями: материалы междунар. Симпозиума 27-28 окт. 2006г. / От ред. сост. Н. П. Фетискин, А. Л. Журавлёв. - Кострома: Некрасова, 2006. - С. 51-53.
27. Белов, В. И. Психология здоровья / В. И. Белов. - СПб.: Респекс, 1997. – 288 с.
28. Белов, В. И. Энциклопедия здоровья. Молодость до ста лет / В. И. Белов. - М.: Мир книги, 1999. – 399 с.
29. Белостоцкая, Е. М. Берегите зрение детей / Е. М. Белостоцкая. - М., 1958.
30. Бендас, Т. В. Гендерная психология : учеб, пособ. вузов / Т. В. Бендас. - СПб.: Питер, 2005.- 431с.
31. Берн, Ш. Гендерная психология. Законы мужского и женского поведения / Ш. Берн. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНА, 2007. – 318 с.
32. Березовская, Р. А. Отношение к здоровью / Р. А. Березовская // Практикум по психологии здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: Питер, 2005. - С.100-110.
33. Билич, Г. Л. Основы валеологии / Г. Л. Билич, Л. В. Назарова. - СПб., 2000. – 253 с.
34. Битянова, М. Р. Социальная психология / М. Р. Битянова. - М., 2002. – 295 с.
35. Бландинская, О. М. Социально-психологические особенности мотивации сохранения и укрепления здоровья у старшеклассников: автореф. дис. ... канд. психол. наук / О. М. Бландинская.– Ярославль, 2002.
36. Блохина, Н. А. Понятие гендера: становление, основные концепции и представления / Н.А. Блохина // Общество и гендер. Материалы Летней школы в Рязани / состав. и редактор Н.А. Блохина. - Рязань: Поверенный, 2003. - С. 7 - 40.

37. Богомолова, Л. В. Здоровьесохранные процессы в общеобразовательном учреждении: содержание и перспективы / Л. В. Богомолова. М.: «ООО П-Центр», 2004. - 214 с.
38. Бодалёв, А. А. О характеристиках идентификации и идентичности на ступени взрослости / А. А. Бодалёв // Мир психологии. - 2004. - № 2. - С. 93-97.
39. Бодалёв, А. А. Психология общения: избранные психологические труды / А. А. Бодалёв. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2002. - 256 с.
40. Бодалёв, А. А. Познание человека человеком: возрастной, гендерный, этнический и профессиональный аспекты / А. А. Бодалёв, Н. В. Васина. - СПб.: Речь, 2005. - 324 с.
41. Божович, Л. И. Проблемы формирования личности / Л. И. Божович; под ред. Д. И. Фельдштейна. - М., Воронеж: МОДЭК, 1995. - 352 с.
42. Божович, Л. И. Этапы формирования личности в онтогенезе 1, 2, 3 - в 2 т. / Л. И. Божович // Психология личности. Хрестоматия / под ред. Д. Я. Райгородского. - Самара: Бахрах. - М, 2004. - Т. 2. - С. 95-145.
43. Брандт, Г. А. Философская антропология феминизма. Природа женщины / Г. А. Брандт. - СПб.: Алетейя, 2006. - 160 с.
44. Братусь, Б. С. Психология личности : в 2 т. / Б. С. Братусь // Психология личности. Хрестоматия / под ред. Д. Я. Райгородского. - Самара: Бахрах. - М., 2004. - С. 385-456.
45. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. - М.: Мысль, 1988. - 301 с.
46. Братченко, С. Л. Психологические проблемы саморегуляции личности / С. Л. Братченко, М. Р. Миронова. - СПб, 1997. - 46 с.
47. Брехман, И. И. Валеология наука о здоровье / И. И. Брехман. - М.: ФиС, 1990. - 208 с.
48. Брушлинский, А. В. О соотношении биологического и социального в развитии личности / А. В. Брушлинский // Теоретические проблемы психологии личности. - М.: Наука, 1974. - С. 83-121.

49. Брушлинский, А. В. Психология субъекта / А. В. Брушлинский. — М.: Институт психологии РАН, 2003. — 272с.
50. Бурлачук, Л. Ф. Психодиагностика / Л. Ф. Бурлачук. - СПб.: Питер, 2006 - 351 с.
51. Бурлачук, Л. Ф., Коржова, Е. Ю. Психология жизненных ситуаций: Учебное пособие / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. - М.: Российское педагогическое агентство, 1998. - 263 с.
52. Буюкас, Т. М. Духовно-телесный опыт в инициальной терапии / Т. М. Буюкас., В. А. Михеев // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М.: АСТ, 2005. - С. 546 - 55.
53. Быховская, И. М. Аксиология телесности и здоровье: сопряжённость в культурологическом измерении / И.М. Быховская // Психология телесности между душой и телом / ред.- сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. - М.: АСТ, 2005. - С. 53-66.
54. Бэм, Л. С. Линзы гендера: трансформация взглядов на проблему неравенства полов / Л. С. Бэм. - М. : Российская политическая энциклопедия, 2004. – 336 с.
55. Вайнер, Э. Н. Валеология: учебник для вузов / Э. Н. Вайнер. - М.: Флинта: Наука, 2001. - 416 с.
56. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 352 с.
57. Васильева, О. С. Психология здоровья. Феномен здоровья в культуре психологической науке и обыденном сознании / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. - Ростов-на-Дону: Мини-Тайп, 2005. – 479 с.
58. Василюк, Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е. Василюк. - М.: Издательство Московского университета, 1984.

59. Ведерникова, Е. Феминистские исследования науки: позиции аргументы / Е. Ведерникова // Гендерное устройство: социальные институты и практики. Сборник статей / под ред. Ж.В. Черновой. - СПб. Европ. ун-т. 2005. - С. 23-39.
60. Вейнингер, О. Пол и характер / О. Вейнингер М.: Латард, 1997.- 358 с.
61. Воднева, Е. В. Педагогические условия формирования ценностного отношения к здоровью у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста / Е. В. Воднева. – 2003.
62. Волкова, А. А. Психология и педагогика / А. А. Волкова. - Ростов н/Д.: Феникс, 2004. - 256 с.
63. Воронцов, Д. В. Что такое гендер / Д. В. Воронцов // Практикум по гендерной психологии / под ред. И. С. Клёциной. - СПб.: Питер, 2003. - С. 27- 45.
64. Выготский, Л. С. Педагогическая психология / Л. С. Выготский. М.: Педагогика, 1991. - 479 с.
65. Выготский, Л. С. Психология развития ребёнка / Л. С. Выготский. - М.: Смысл, 2003. – 512с.
66. Выготский, Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский. - М.: Педагогика. 1982. - Т.2. - 504 с.
67. Гальперин, П. Я. Введение в психологию: учеб. пособие для студ. вузов / П. Я. Гальперин. – М.: КДУ, 2007. – 327 с.
68. Гамезо, М. В. Возрастная и педагогическая психология / М. В. Гамезо, Е. А. Петрова, Л. М. Орлова. - М.: Педагогическое общество России, 2004. - 512 с.
69. Гилмор, Д. Становление мужественности: культурные концепты маскулинности / Д. Гилмор. - М.: Российская политическая энциклопедия, 2005. – 264 с.
70. Гозман, Л. Я. Психология эмоциональных отношений / Л. Я. Гозман. – М., 1987. – 167 с.
71. Голицына, И. И. Основы валеологии / И. И. Голицына, Т. В. Карасёва. - М., 1996. – 132 с.

72. Головаха, Е. И. Жизненная перспектива и ценностные ориентации личности. Психология личности в трудах отечественных психологов / Е. И. Головаха. — СПб.: Питер, 2000. — 320с.
73. Година, Е. З . Антробриологические аспекты гендерных исследований / Е. З. Година // Введение в гендерные исследования / под ред. И. В. Костиковой. - М.: Аспект Пресс, 2005. - С. 99-113.
74. Грум-Гржимайло, К. И. Руководство к воспитанию, образованию и сохранению здоровья детей / К. И. Грум-Гржимайло . -Том 1.- М., 1843.-361 с.
75. Гулиев, Н. А. Валеология / Н. А. Гулиев. - Омск, 2002. — 263 с.
76. Гуревич, П. С. Психология и педагогика / П. С. Гуревич. - М.: ЮНИТИ, 2005. - 320 с.
77. Давыдов, В. В. Лекции по педагогической психологии / В. В. Давыдов. - М.: Академия. 2006. - 224 с.
78. Девяткин, А. А. Явление социальной установки в психологии XX века: монография / А. А. Девяткин. - М., 1992.
79. Бьюдженталь, Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии / Пер. с англ. А.Б. Фенько. — Москва: Независимая фирма “Класс”, 1998. — 336 с.
80. Дружинин, В. Н. Варианты жизни: Очерки экзистенциальной психологии / В. Н. Дружинин - СПб.: ПЕРСЭ, ИМАТОН-М, 2000. — 135 с.
81. Дубровина, И. В. Психическое здоровье детей. — 4-е изд. / И. В. Дубровина. — Екатеринбург, 2000. — 176 с.
82. Ермакова, П. Н. Психология личности / П. Н. Ермакова, В. А. Лобунская. — М.: Эксмо, 2007. — 656 с.
83. Жарков, Г. В. Гендерная деятельность в период перехода от детства к взрослости / Г. В. Жарков // Проблема отношений в жизнедеятельности человека / под ред. В.А. Зобкова. — Владимир: ВГПУ. 2004.- С. 193-195.
84. Журавлёв, А. Л. Исследование гуманизации управленческих отношений в организации как научно-практическое направление в современной психологии /

А. Л. Журавлёв, А. Б. Купрейченко // Психология отношений человека и психическая регуляция деятельности / Под ред. А. Л. Журавлёва, В. А. Зобкова. - Владимир: Собор, 2007. - С. 7-21.

85. Журавлева, И. В. Отношение к здоровью индивида и общества : учеб. пособие / И. В. Журавлева. – М.: Наука, 2006. – 238 с.

86. Журавлева, И. В. Здоровье подростков: социологический анализ / И. В. Журавлева. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 2002. – 240 с.

87. Журавлева, И. В. Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья / И. В. Журавлева, Л. Ю. Иванова, Г. А. Ивахненко / Вестник Института социологии, 2013.- № 6.- С. 112-129.

88. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И. В. Журавлева; Институт социологии РАН. – М., 2012.— 252 с.

89. Здоровье студентов: сборник научных трудов / Под ред. В. С. Богатырева. - Киров: Изд-во ВГПУ, 2000. - 109 с.

90. Здоровьесберегающее образование: теория и технология здоровьесберегающих технологий: Коллективная монография / Под ред. Л. П. Качаловой. - Шадринск: Изд-во ПО «Исеть», 2005. - 177 с.

91. Зеер Э. Ф., Кризисы профессионального становления личности / Э. Ф. Зеер, Э. Э. Сыманюк // Психологический журнал. 1997. -Том 13. - № 6.- С. 35 – 44.

92. Зимняя И. А. Общая культура и социально-профессиональная компетентность человека / И. А. Зимняя // Интернет-журнал "Эйдос". - 2006.

93. Иванова, Л. Ю. Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов // Вестник Института социологии.- 2013. - № 6.- С. 130-145.

94. Ильин, Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е. П. Ильин. - СПб: Питер, 2006. - 544 с.

95. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин - СПб: Питер. 2002.- 512 с.

96. Ирхин, В. Н. Здоровое будущее : методическое пособие / В. Н. Ирхин. Тамбов: Компьютерный Центр, 2001.- 72 с.
97. Исаев, Д. Н. Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. - Л.: Медицина, 1980.- 184 с.
98. Кабаева, В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков: автореф. канд. дис. / В. М. Кабаева. – М., 2002. – 22 с.
99. Каверин, С. Б. Акмеологическая теория потребностей / С. Б. Каверин. - Тамбов: ТГУ им. Г. Р. Державина. 2004. - 300 с.
100. Каган, В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В. Е. Каган // Вопр. психологии. – 1993. – № 1. – С. 86-88.
101. Каган, В. Е. Философская теория ценности / В. Е. Каган. — СПб., 1997. – 205 с.
102. Калью, И.П. Сущностная характеристика понятия здоровья и некоторые вопросы здравоохранения / И. П. Калью. - М.: ВНИИМИ, 1988. – 69 с.
103. Казин, Э.М. Основы индивидуального здоровья / Э.М. Казина, Н.Г. Блинова, Н.А. Литвинова.- М: ВЛАДОС, 2000. – 190 с.
104. Карелин, А. Большая энциклопедия психологических тестов / А. Карелин. - М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
105. Кващук, В. В. Лекции по психологии здоровья / В. В. Кващук. - Таганрог: ТИУиЭ, 2003. – 285 с.
106. Келли, Дж. Теория личности. Психология личных конструктов. / Дж. Келли.- СПб., Речь, 2000.
107. Ковалев, А. Г. Психология личности : учеб. пособие / А. Г. Ковалев. – М.: Просвещение, 1994. – 154 с.
108. Койвула, Н. Гендерная типизация физической активности в детско-юношеском возрасте / Н. Койвула // Спортивная психология в трудах зарубежных специалистов: хрестоматия / сост. и общая редакция И. П. Волкова, Н. С. Цикуновой. - М.: Советский спорт. 2005. - С. 268-273.

109. Колбанов, В. В. Валеология: основные понятия, термины и определения / В. В. Колобанов. - СПб., 2001. – 217 с.
110. Кон, И. С. Введение в сексологию / И. С. Кон. - М.: Медицина, 1989. - 336 с.
111. Кон, И. С. Психология сексуальности / И. С. Кон // Психология и психоанализ сексуальности: учебное пособие для факультетов психологии, педагогики и социальной работы / под ред. Д. Я. Райгородского. - Самара: Бахрах- М, 2002. - С. 327- 416.
112. Кон, И. С. Психология старшеклассника / И. С. Кон. - М.: Просвещение, 1982. - 207 с.
113. Корсаков, С. С. Избранные произведения» / С. С. Корсаков. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1954.
114. Костикова, И. В. Понятие гендера. Гендерные исследования / И. В. Костикова // Введение в гендерные исследования: учеб. пособие для студентов вузов / под общ. ред. И. В. Костиковой. — М.: Аспект Пресс, 2005. - С. 8-25.
115. Костюк, Г. С. Избранные психологические труды / Г. С. Костюк. - М.: Педагогика, 1988.- 304 с.
116. Косырев, В. Н. Определение мотивов общественно полезной деятельности : учеб. - метод. пособие / В. Н. Косырев. - Тамбов: ТОИПК, 1988.- 325 с.
117. Косырев, В. Н. Мотивы учебной деятельности : учеб.- метод. пособие / В. Н. Косырев. - Тамбов: ТГПИ, 1993. - 91 с.
118. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. - СПб.: Питер, 2002.- 992 с.
119. Кристал, Г. Аффективная толерантность / Г. Кристал // Журнал практической психологии и психоанализа. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://psyjournal.ru/>. Дата доступа: 30.10.2007.

120. Лазурский, А. Ф. Классификация личностей / Под редакцией М. Я. Басова и В. Н. Мясищева. - СПб.: Государственное издательство, 1921. – 401 с.
121. Ларионова, И. С. Здоровье человека и здоровье социума (социально-философский аспект) / И. С. Ларионова // Социальная политика и социология. - М.: МГСУ, 2004. - №1. – С. 65-76.
122. Левин, К. Динамическая психология / К. Левин. - М.: Смысл, 2001.
123. Леонтьев, Д. А. Очерк психологии личности / Д. А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1997. – 176 с.
124. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев – М., 1982.
125. Лисицын, Ю. П. Слово о здоровье. / Ю. П. Лисицын. – М.: Просвещение, 1986.– 189 с.
126. Лободин, В. Т. Формула здоровья / В. Т. Лободин. - СПб.: Невский проспект, 1999. - 186 с.
127. Ломов, Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов.- М.: Издательство «Наука», 1984.
128. Маджуга, А. Г. Педагогическая концепция здоровьесозидающей функции образования : дисс..... доктора педагогических наук: 13.00.01 / А. Г. Маджуга. - Стерлитамак: СГПА им. Зайнаб Бишевой, 2011.- 520 с.
129. Мадди, С. Теории личности: компаративистский анализ / Пер. И. Авидон, А. Батустин, П. Румянцева.- СПб.: Издательство «Речь», 2002.
130. Малоземов, О. Ю. Особенности валеоустановок учащихся / О. Ю. Малоземов // Социологические исследования. – 2005. - № 3. - С. 56-59.
131. Малярчук, Н.Н. Культура здоровья педагога: монография / Н.Н. Малярчук.- Тюмень: изд-во Тюменск. гос. ун-та, 2008.- 192 с.
132. Мартиненко, А. В. Формирование здорового образа жизни молодежи : учеб. пособие / А. В. Мартиненко. – М. : Просвещение, 2002. - 165 с.

133. Митрофанова, А. А. Гендерный подход в педагогике / А. А. Митрофанова // Введение в гендерные исследования: учеб. пособие для студентов вузов / под ред. И.В. Котиковой. - М.: Аспект Пресс, 2005, - С. 182-194.
134. Моисеева, Л. В. Экологическая педагогика: Понятийно-терминологический словарь для учителя / Л. В. Моисеева. – Екатеринбург, 2004.
135. Моисеева, Л. В. Развитие детей дошкольного возраста в процессе экологического образования / Л. В. Моисеева [и др.]. – Екатеринбург, 2002.
136. Москвиченко, О. Н. Комплексное исследование и коррекция адаптивных возможностей, здоровья индивида с помощью автоматизированной интегральной системы : автореф. ...док. биол. наук / О. Н. Москвиченко. - Ростов-на-Дону, 2003. - 34 с.
137. Мудрик, А. В. Социальная педагогика / А. В. Мудрик. – М., 2000. – 384с.
138. Муздыбаев, К. Психология ответственности / К. Муздыбаев. - М.: Наука, 1983. – 240 с.
139. Мясичев, В. Н. О взаимосвязи общения, отношения и отражения как проблеме общей и социальной психологии / В. Н. Мясичев // Социально-психологические и лингвистические характеристики форм общения и развития контактов между людьми. - Л., 1970.
140. Никифоров, Г. С. Психология здоровья : учеб, пособие / Г. С. Никифоров. - СПб.: Речь, 2002. - 256 с.
141. Никифоров, Г. С. Самооценка физического, психического и социального здоровья / Г. С. Никифоров, Л. И. Августова // Практикум по психологии здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. - СПб.: Питер, 2005. – С. 35-42.
142. Нюттен, Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Ж. Нюттен. - М.: Смысл. 2004.
143. Овчинникова, Л. Н. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни у будущего педагога : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 “Общая педагогика и история педагогики” / Л. Н. Овчинникова. - Екатеринбург, 2003. - 23 с. 141.

144. Островский, Э. В. Психология и педагогика / Э. В. Островский, Л. И. Чернышова. - М., 2006. - 380 с.
145. Пантелеев, С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система / С. Р. Пантелеев. - М.: Изд-во МГУ, 1991.- 108 с.
146. Пауэлл Т., Пауэлл Дж. Психотренинг / Т. Пауэлл, Дж. Пауэлл.- СПб.: Издательство «Питер», 2006. - 190 с.
147. Пауэлл Дж. Полнота человеческой жизни / Дж. Пауэлл // Психология человеческих проблем: хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. - Минск, 1998. - С. 34 - 42.
148. Паченков, О. Формирование гендерной идентичности у ребёнка: случай Ани / О. Паченков // Гендерное устройство: социальные институты и практики. Сборник статей / под ред. Ж. В. Черновой. - СПб.: Европ. ун-т. - 2005. - С. 51-70.
149. Педагогика здоровья / Ш. А. Амонашвили, А. Г. Алексин, Д. Ф. Мамлеев и др. - М.: Педагогика - Пресс, 1992. – 288 с.
150. Петленко, В. П. Этюды валеологии: Здоровье как человеческая ценность : учеб. пособие / В. П. Петленко, Д. Н. Давиденко. - СПб.: Питер, 2008.– 124 с.
151. Петрова, Р. Г. Гендерология и феминология : учеб, пособ, / Р. Г. Петрова. - М.: Дашков и К., 2006. - 232 с.
152. Петровский, А. В. Общая психология / А. В. Петровский. - М., 2006. – 374 с.
153. Петровский, А. В. Психология : словарь / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. – М.: ИНФРА-М, 1990. – 228 с.
154. Петровский, В. А. Личность как субъект активности : в 2-х томах / В. А. Петровский // Психология личности. Хрестоматия / под ред. Д. Я. Райгородского. - Самара: Бахрах. - М. 2004. - Т. 2. - С. 467-488.
155. Петровский, А. В. Основы теоретической психологии / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. - М.: ИНФА, 1998. - 528 с.

156. Петрушихина, Е. Б. Изучение гендерных различий в построение имиджа руководителя / Е. Б. Петрушихина // Практикум по гендерной психологии / под ред. И. С. Клёциной. - СПб.: Питер, 2003. - С. 329 - 332.
157. Петрушин, В. И., Петрушина Н. В. Валеология / В. И. Петрушин, Н. В. Петрушина. - М.: Издательство. – Гардарики, 2002. - 456 с.
158. Платонов, К. К. Структура и развитие личности / К. К. Платонов. - М.: Просвещение. 1982.- 356 с.
159. Платонов, К. К. Способности и характер / К. К. Платонов // Теоретические проблемы психологии личности. - М.: Наука, 1974. - С. 187-208.
160. Подорога, В. А. Полное и рассечённое / В. А. Подорога II Психология телесности между душой и телом / ред.- сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. - М.: АСТ, 2005. - С. 67-138.
161. Политика, О. И. Психология здоровья: Учебное пособие / О. И. Политика. – Уфа, 2008. – 247 с.
162. Полозов, А. А. Слагаемые максимальной продолжительности жизни: что нового? / А. А. Полозов. – М.: Советский спорт, 2011. – 380 с.
163. Потапова, М. Раздельное обучение мальчиков и девочек в советской школе (1943-1954 гг.) / М. Потапова // Гендерное устройство: социальные институты и практики. Сборник статей / под ред. Ж.В. Черновой.- СПб.: Европ. ун-т, 2005.- С. 100-130.
164. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. - Самара: БАХРАХ. – М., 2006. - 672с.
165. Психология. Словарь / под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
166. Психологический словарь / Ред. В. П. Зинченко. – М.: Педагогика-Пресс, 2006. – 465 с.
167. Психология здоровья : учебник для ВУЗов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 606 с.

168. Разумов, А. Здоровье здорового человека : учеб. пособие / А. Разумов, В. Пономаренко, В. Пискунов. – М.: Наука, 1996. – 416 с.
169. Роджерс, К. «Клиентоцентрированная психотерапия» / К. Роджерс.- М., 1993.
170. Розин, В. М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема / В. М. Розин // Мир психологии. – 2000. - С. 12-30.
171. Рубинштейн, С. Л. Проблемы общей психологии / С. Л. Рубинштейн.- М., 1976.
172. Сапунов, Б. В. Истоки русской школы / Б. В. Сапунов // Сов. педагогика. – 1989. – №6. - С. 100–106.
173. Сарджвеладзе, Н. И. Проблемы формирования социогенных потребностей / Н. И. Сарджвеладзе. - Тбилиси, 1974. – 392 с.
174. Сауткин, М. Ф. Медико-биологические аспекты физического развития школьников и студентов / М. Ф. Сауткин. — М.: Физкультура и спорт, 1991.- 102 с.
175. Сафонова, М. В. Гендерные стереотипы и их влияние на поведение человека / М. Ф. Сафонова // Практикум по гендерной психологии / под ред. И.С. Клёцкиной. - СПб.: Питер, 2003. - С. 178-184.
176. Секач, М. Ф. Психология здоровья : учеб. пособ. для высшей школы / М. Ф. Секач. - М.: Академический Проект, 2005. - 192 с.
177. Секач, М. Ф. Психология здоровья: Учебное пособие для высшей школы / М. Ф. Секач. - М.: Академический проект, 2003. - 192 с.
178. Сельченко, К. В. Система психологического обеспечения эффективности оздоровительных мероприятий / К. В. Сельченко // Психологические методы обретения здоровья / сост. К. В. Сельченко. - М.: Харвест, АСТ, 2001. - С. 67-273.
179. Сериков, Г. Н. Здоровьесбережение в гуманном образовании / Г. Н. Сериков (и др.). - Екатеринбург: ЧГПУ, 1999. - 242 с.
180. Сиерес, Д. О различных подходах к понятию «здоровье» / Д. Сиерес, Д. О. Гавидия // Школа здоровья. –1998.– Т. 5. – №1. – С. 7-16.

181. Слободчиков, В. И. Психология человека / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев. - М., 1995. – 362 с.
182. Снетков, В. М. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности, теория и практика / В. М. Снетков.- СПб.: Речь, 2010.
183. Современная западная философия. Словарь. / Сост.: Малахов В. С., Филатов В. П. - М., 1991. - 414 с.
184. Соколенко, Е. И. Формирование ценностного отношения к здоровью как педагогическая проблема: монография / Е. И. Соколенко. - Луганск: Луганский национальный педагогический университет имени Тараса Шевченко, 2006.- 235 с.
185. Соломонов В. А. Психологические основы здоровья личности / В. А. Соломонов // Сборник научных трудов Северо-Кавказского государственного технического университета. Серия «Гуманитарные науки».- 2005.- № 2.- С.34-37.
186. Социальная психология. Краткий очерк / Под общей ред. Г. П. Предвечного, Ю. А. Шерковина - М.: Политиздат, 1975. - 319 с.
187. Степанов, А. Д. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования / А. Д. Степанов, Д. А. Изуткин // Советское здравоохранение. - 1981. - №5. - 6 с.
188. Столин, В. В. Самосознание и его место в психической организации человека / В. В. Столин.- М., 1983.
189. Талызина, Н. Ф. Практикум по педагогической психологии / Н. Ф. Талызина. - М.: Академия, 2002. - 192 с.
190. Титов, В. А. Психология и педагогика: Конспект лекций / В. А. Титов. - М.: ПРИОР, 2003. - 240 с.
191. Торохова, Е. И. Валеология. Словарь / Е. И. Торохова. - М.: Флинта, 1999. – 344 с.
192. Узнадзе, Д.Н. Общая психология / Д.Н. Узнадзе, И.В. Имедадзе.- М.: Смысл; СПб.: Питер, 2004.- 413 с.

193. Федорова, Экология человека: Культура здоровья: Учебное пособие для учащихся 8 класса общеобразовательных учреждений / М.З. Федорова, В. С. Кучменко, Т. П. Лукина. - М.: Академия, 2003.-144 с.
194. Феникс, Ф. Теоретические представления о личностных смыслах / Ф. Феникс.-М.: мир, 2002.- 289 с.
195. Флек, В. О. Разум и здоровье / В. О. Флек. - Новосибирск: Сибирский хронограф, 1998. - 115 с.
196. Франкл, В. Поиск смысла жизни и логотерапия / В. Франкл // Психология личности. Тексты. - М., 1982. - С. 118-126.
197. Фрейд, З. Недовольство культурой / З. Фрейд // Психоанализ. Религия. Культура. - М., 1992.- С. 65-135.
198. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности = Anatomieder Menschlichen Destruktivitat (1973) / Перевод П. С. Гуревич. — Москва: Аст, Хранитель, Мидгард, 2007. — 624 с. — (Золотой фонд мировой классики. Философия. Психология. История).
199. Хакимова, Г. А. Педагогические условия формирования ценностного отношения к здоровью у детей старшего дошкольного возраста / Г. А. Хакимова. – 2004.
200. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность: в 2-х т. Т.2 / Под ред. Б. М. Величковского. - М., 1986. – 408 с.
201. Хон, Р. Л. Педагогическая психология: Принципы обучения / Р. Л. Хон. - М.: Академический проект, 2005. - 735 с.
202. Хрестоматия по истории психологии / Под ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан. М., 1980. С. 47-54.
203. Хьелл, Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 1999. – 639 с.
204. Чумаков, Б. Н. Валеология: Курс лекций / Б. Н. Чумаков. - М., 2001. – 407 с.

205. Шклярук, В. Я. Самосохранительное поведение в молодежной среде / В.Я. Шклярук. - М.: Просвещение, 2008. – 265 с.
206. Эриксон, Э. Идентичность: Юность и кризис / Э. Эриксон — М., 1996. — С. 344.
207. Эткинд, А. М. Разработка медико-психологических методов исследования эмоциональных компонентов отношений и их применение в изучении неврозов и аффективных расстройств : дисс..... на соискание ученой степени кандидата психологических наук. / А. М. Эткинд. - Л., 1985.
208. Юнг, К. Г. Тэвистокские лекции: Теория и практика аналитической психологии / К. Г. Юнг. — Киев, 1995. — С. 236.
209. Ядов, В. А. Диспозиционная концепция саморегуляции и прогнозирования социального поведения личности / В. А. Ядов.- Л: Наука, 1979.
210. Allport, G. W. Personality: a psychological integretation. N-Y., 1937.
211. Allport, G. W. Person in psychology / G. W. Allport. Boston: Beacon Press, 1960.-287 p.
212. Anisman, H., Sklar L.S. Psychological insults and pathology: contribution of neurochemical, hormonal and immunological mechanisms. // Health care and human behavior. / Ed. by: A. Steptoe, A. Mathews. L. Academic Press. 1984. pp. 113-146.
213. Antonovsky, A. Health, stress, and coping. San Francisco. Jossey-Bass Publ. 1999. IX. 255 p.
214. Argyle, M., Furnham, J. A. Social situation / M. Argyle, J. A. Furnham. Cambridge: Cambridge University press, 1981. - 191 p.
215. Blank, H. R. Community psychiatry and the psychiatrist in private practice. // Handbook of community psychiatry and community mental health./ Ed. by: L.Bellak. NY. a. L. Grune a. Stratton. 2004.' pp. 300 318.
216. Brewin, C. R., Andrews B., Gotlib J. H. Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. // Psychological bulletin. Vol. 113. No. 1. Jan. 1998. pp. 82 98.

217. Chusmir, L. H. Personalized vs. socialized needs among working women and men // *Human Relations*. 1986. V. 39. P. 149-159.
218. Clare A. W., Cams V. E. A standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction. // *Psychosocial disorders in general practice*. / Ed. by: P. Williams, A. Clare. L. a. NY. Academic Press. Grune a. Stratton. 1979.
219. Connellan, T. and R. Zemke. 1003. *Sustaining Knock Your Socks Off Service*. New York: AMACOM Books
220. Cochrane, A. L., Chapman P. J., Oldham P. D. Observers' errors in taking medical histories. // *Lancet*. No. 6662. May 5. 1951. pp. 1007-1009.
221. Deci, E. L. *Intrinsic motivation*. N.Y.: Plenum, 1975.
222. Erickson, S. K., Erickson M.S. *Family mediation casebook: Theory and process*. NY. Brunner/Mazel Publ. 2008. XVI. 231 p.
223. Gochman, D.S. *Health behavior: plural perspectives*. // *Health behavior: Emerging research perspectives*. / Ed. by: Plenum Press. 1988. pp. 317.
224. Hamburg, B. A. Early adolescence as a life stress. // *Coping and health*. / Ed. by: S. Levine, H. Ursin. NY a. L. Plenum Press. 1980. pp. 121-143.
225. Kahn, R. L. *Work and health*. NY. John Wiley a. Sons. 2011. XVI. 198 p.
226. Lazarus, R. S. *Psychological stress and coping in adaptation and illness*. // *Psychosomatic medicine: Current trends and clinical applications*. / Ed. by: Z.J. Lipowski, D. R. Lipsitt, P. C. Whybrow, NY. Oxford University Press. 1997.
227. Leventhal, H., Prohaska T.R., Hirschman R.S. *Preventive health behavior across the life span*. // *Prevention in health psychology*. / Ed. by: J.C. Rosen, L.I. Solomon. Hanover a. L. University Press of New England. 2005.
228. Lupton, T. *Industrial behaviour and personnel management*. L. Institute of Personnel Management. 1984. 59 p.
229. Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing C. *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. -L., 2000. P. 7-28.
230. Maslow, A. H. *Motivation and Personality*. 2ed ed. N-Y., 1970.

231. Matarazzo, J. D. Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. // Psychology and health. Master lecturers./ Ed. by: B.L.Hammonds, C.J.Scheirer. Washington. American Psychological Association. 1984. pp. 5-43.
232. Rosenberg, M. Coceiving the self. - N.Y.: Basic Books, 1979. 350 p.
233. Ross, W. D. Mental and emotional health problems in the worker.// Archives of environmental health. Vol. 7. No. 4. Oct. 1963. pp. 473 476.
234. Solomon, D. et al. Teacher behavior and student learning // Journal of Educ. Psj chol. 1964. N. 35. P. 23-30.
235. Super, D. E. The psychology of careers / D.E. Super. — N.Y.: Harper Row, 1957.-362 p.
236. Waldron, I. Gender and health-related behavior.// Health behavior: Emering research perspectives./ Ed. by: D.S.Gochman. NY a. L. Plenum Press. 2012. pp.14.
237. White, R. W. Motivation reconsidered: The concept of competence // Psychol Rev. 1959. V. 66. P. 297-333.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПРОГРАММА СПЕЦКУРСА «ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ»

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня образование как целостная государственная структура, обеспечивающая социальное развитие личности, должно реализовать задачу - возможность сохранения физического, психического и нравственного здоровья подрастающего поколения. Поэтому, создание программ, направленных на укрепление здоровья обучающихся, составленных с учетом их возрастных, психофизиологических, психологических особенностей и в соответствии с физиолого-гигиеническими нормативами, действительно, задача государственной важности.

Следует, однако, признать, что, к сожалению, современный образовательный процесс не улучшает здоровье молодежи. Результаты научных исследований состояния здоровья студентов свидетельствуют о значительном росте большинства заболеваний и функциональных расстройств именно на этапе обучения в системе среднего специального и высшего образования.

Поэтому, в последние годы на фоне меняющейся общественно-политической и экономической ситуации в стране, происходят серьезные изменения в формах, методах и содержании образования.

Углубляется дифференцированное обучение студентов с разными интеллектуальными и материальными возможностями, появляются новые социально востребованные области обучения, формируются новые жизненные приоритеты. Вместе с тем, в учебных заведениях различного

типа, в существующей и вновь складывающейся системах образования - факторы формирования здоровья практически не учитываются.

В отечественной науке и практике накоплен значительный опыт и разработаны ряд программ, связанных с содержательной стороной гигиенического обучения и воспитания и формирования навыков здорового образа жизни у студентов. Однако, как показали результаты исследований, теоретическое изучение вопроса о путях формирования психически здоровой личности разработано недостаточно.

Таким образом, по нашему мнению, совершенствование и оптимизация психологического обучения и воспитания могут стать одним из эффективных средств, с помощью которых можно было бы предотвратить (или, по крайней мере, смягчить) ряд социальных проблем и недостатков в обеспечении уровня здоровья студентов.

Мы надеемся, что профилактика проблем, которые влияют на состояние здоровья молодого поколения и представляют угрозу их здоровью в зрелом возрасте, а также программы обучения здоровому образу жизни - могли бы сократить постоянно увеличивающиеся расходы на обеспечение здоровья населения, и содействовать эффективности системы образования. А, в конечном счёте, - повысить общее качество жизни.

На протяжении последних лет результаты научных исследований обосновывали требования пересмотра и коренного изменения программ, средств и методов гигиенического, социально-психологического обучения и воспитания студентов, дальнейшего внедрения принципов здорового образа жизни, и, главное, - приведения их в соответствие с изменившимися социально-экономическими условиями жизни населения.

Психологическое обучение и воспитание студентов вуза, формирование у них положительного отношения к своему здоровью, а в дальнейшем - развитие потребности в здоровом образе жизни - должны

носить комплексный и непрерывный характер, побуждать их к активным и сознательным действиям в настоящем и будущем.

Эти действия по обучению студентов вуза должны быть направлены на:

- улучшение их собственного физического и психического состояния;
- отказ в образе жизни от поведения, наносящего вред как своему здоровью, так и здоровью окружающих;

- сформировать нетерпимое отношение к ухудшению условий окружающей среды, наносящих ущерб здоровью;

- сознательное участие будущих граждан нашего общества в охране здоровья и в формировании среды, способствующей здоровью, особенно условий труда и быта;

- адекватное поведение в случае болезни, особенно хронической, направленной на выздоровление.

Со времён Гиппократов известно. «Знать», «хотеть», «уметь» - триада несводимых друг к другу сфер деятельности человека. В психологии этот феномен известен, как подструктуры представлений, субъективного отношения, стратегий и технологий взаимодействия.

Субъективное отношение - это своеобразный мостик между подструктурой представлений и подструктурой стратегий и объединяющих их технологий взаимодействия. Субъективное отношение личности определяет, каким образом реализуются в его поведении имеющиеся у него представления, освоенные им стратегии и технологии.

Без целенаправленной работы с подструктурой субъективного отношения к здоровью, все усилия педагогов по формированию у студентов представлений здоровом образе жизни, а также обучению необходимым стратегиям и технологиям поведения - могут оказаться мало эффективными.

Конечно, с одной стороны, человек должен хотеть приобретать «знания» и «умения» о здоровье и здоровом образе жизни, а с другой - хотеть потом применять их в жизни.

Работа с подструктурой субъективного отношения подразумевает постепенное формирование отношения к самим изучаемым темам и предметам. В этом ее принципиальное отличие от «воспитания».

Критерии отбора информации, оказывающей влияние на систему субъективного отношения студентов в области здоровья и здорового образа жизни:

- Вся информация, которая дается студентам по проблемам в области здоровья и здорового образа жизни, должна иметь непосредственную и очевидную связь с реально существующими потребностями конкретных студентов вуза.
- Информация должна быть ориентирована на то, чтобы открывать взаимосвязь того, о чем говорится, с реальной возможностью студентов осуществить свои потребности.

Таким образом, информация о здоровье и здоровом образе жизни будет способствовать формированию подструктуры субъективного позитивного отношения, которая тем или иным образом связана с реальным удовлетворением их потребностей.

Цель спецкурса: овладение ключевыми компетенциями, обуславливающими формирование позитивного отношения студентов к своему здоровью.

В процессе организации и проведения спецкурса решаются следующие **задачи:**

-выработка установки на сохранение, поддержание и укрепление собственного здоровья; определение своего отношения к собственному здоровью (как к долгу или как к своему личному делу); обеспечение устойчивого интереса и грамотности в вопросах здоровья;

- формирование «здорового» мышления; мотивации ведения здорового образа жизни (в широком смысле); эмоционально-волевого и ценностного отношения к себе и всему окружающему, здоровью, культуре, жизни и т.д.;
- воспитание интеллектуальной свободы личности, ответственности за свою жизнедеятельность;
- выработка активной жизненной позиции, позитивного мышления, навыка саморегуляции и рефлексивной деятельности.

В процессе изучения спецкурса у студентов формируются следующие компетенции:

Общенаучные и исследовательские компетенции:

- знание основных категорий и понятий (здоровье, стратегии здорового образа жизни, отношение к здоровью, психолого-педагогические детерминанты формирования отношения к своему здоровью у студентов, технологии коррекции состояния здоровья, пол и гендер);
- знание и владение приемами и способами сохранения, формирования и укрепления своего здоровья психолого-педагогическими средствами, освоение технологий оздоровления с учётом гендерных особенностей.

Социально-личностные компетенции:

- умение находить конструктивные способы повышения стрессоустойчивости и овладение приёмами активизации внутриличностных ресурсов на основе гендерных различий;
- умение строить межличностные отношения и работать в группе;
- умение ставить цели и выявлять трудности на пути их достижения;
- формирование готовности к самоконтролю и саморегуляции собственных деструктивных эмоциональных состояний (гнев, страх, обида, агрессия, фрустрация, депрессия и т. д.) в конкретных жизненных ситуациях;
- умение конструктивно/адаптивно вести себя в экстремальных ситуациях;
- умение управлять своим здоровьем как ресурсом.

Компетенции личностного самосовершенствования:

- освоение способов интеллектуального саморазвития, эмоциональной саморегуляции и самоподдержки в ситуациях, имеющих отношение к здоровью;

- развитие личностных качеств таких как: целеустремленность, самостоятельность, упорство, смелость, решительность, уверенность;

- формирование готовности к самоактуализации и профессионально-личностному развитию в контексте принципов здорового образа жизни;

- формирование здоровьесозидающей личностной позиции, направленной на признание здоровья главной ценностью.

В целях обеспечения преемственности и целевой направленности нами предлагается осуществлять психологическое обучение и воспитание, нормирование норм здорового образа жизни по следующим темам.

Учебно-тематический план

№ п/п	Темы занятий	Кол-во часов	
		Лекции	Практические занятия
1.	Введение в мир тренинга. Знакомство. Принятие правил и норм взаимодействия в группе. Формирование и активизация мотивации.	2	4
2.	Я и мое здоровье. Здоровье как социокультурный феномен. Здоровье человека и факторы его определяющие.	2	4
3.	Здоровый образ жизни. Понятие о резервах здоровья, системе и содержании оздоровительных мероприятий: двигательная активность, закаливание, режим труда и отдыха, питание.	2	4
4.	Психологическое здоровье как составная часть здоровья. Слагаемые психологического здоровья. Темперамент. Характеристика типов темперамента. Учет темперамента в учебной деятельности, общении, будущей трудовой деятельности.	2	4
5.	Эмоции. Эмоциональное благополучие - основной фактор психологического здоровья. Природа и функции эмоций. Индивидуальные различия в эмоциях и их выражении. Особенности эмоциональных состояний.	2	4
6.	Чувства. Особенности чувственной сферы. Характеристика чувств. Художественно-эстетическое выражение чувств. Интеллектуальные, эстетические, патриотические чувства.	2	4
7.	Эмоциональное реагирование. Умение управлять своими чувствами. Психологическая уравновешенность и ее значение для здоровья.	2	4
8.	Стресс и дистресс. Психологические и физиологические проявления. Общий адаптационный синдром. Стресс и поисковая активность. Релаксация как источник эмоционального выживания.	2	4
9	Особенности отношения к своему	2	4

	здоровью у мужчин и женщин. Принципы формирования самооценки, валеологических установок, здоровьесозидающей личностной позиции у юношей и девушек на различных этапах профессиональной подготовки.		
	Всего	18	36
	Итого	54	

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Настоящее пособие предназначено для работы со студентами вуза. В ходе бесед и/или занятий в группе по тренинга студент сможет выразить и осознать свой собственный индивидуально сложившийся опыт жизни, получить представление об уникальности и одновременно типичности чувств, мыслей, действий и поступков каждого человека. В условиях организованного взрослым общения студент приобретает опыт доверия и доброжелательного принятия группой каждого из ее участников, учится сотрудничать и активно поддерживать партнера по общению, овладевает целым рядом социально-психологических умений.

В центре бесед, развивающих личность и сознание студента, находятся темы программы. Мы считаем важным создать условия (то есть найти место и время) для организации стихийно сложившихся представлений и понятий о себе, других, о жизни и мире, имеющих место в индивидуальном опыте студентов вуза.

В нашей культуре понятие «здоровье» в представлениях юношей и девушек отражается как духовно-нравственная характеристика человека. Здоровье для современного студента означает полюс положительного эмоционального выбора и ассоциируется со счастьем, красотой, добром, силой, умом. Во многом это определяется той архетипической наполненностью, которую впитывает в себя студенты, погружаясь в мир мифов, легенд.

Недифференцированность представлений юношей и девушек о здоровье отражает состояние нашего общества. Долгое время в нем не были приоритетными ценности личного характера и потому здоровье, в лучшем случае, определялось специалистами как «отсутствие болезни».

В программе реализуется подход к здоровью с точки зрения самых разных его граней.

Здоровье рассматривается не только как физическое состояние и самочувствие, но и с точки зрения осознания своей телесности как способа контакта с миром, и как эмоциональное, социальное, душевное и психологическое благополучие человека. По сути дела в основе программы лежит определенная «философия практики», истоки в трудах выдающихся отечественных философов и психологов В.С. Соловьева, Л.С. Выготского, М.М. Бахтина, З.К. Мамардашвили, А.В. Запорожца, В.П. Зинченко, В.В. Давыдова, М.И. Лисиной, Д.Б. Эльконина и многих, многих других. Мы исходим из признания самоценности личности и того уникального опыта, впоследствии образующего жизненный стиль человека, определяющего его базовую культуру.

Стихийно складывающийся опыт индивидуальной жизни нуждается в организации и осмыслении. Искажение представлений о себе, своих возможностях, о других людях и о мире приводит к трудностям психоэмоционального развития. Плохое самочувствие, сниженный эмоциональный тонус, вегетативные расстройства нервной системы и прочие трудности в развитии во многом определяются психологическими причинами. Студент, предоставленный самому себе и остающийся один на один с собственными внутренними переживаниями, легко вступает на путь социальной психопатизации. В обществе каждому человеку в идеальной форме представлены как позитивные, так и негативные пути развития.

Необходимо учитывать и тот реальный опыт, который есть у студентов вуза с тем, чтобы на его основе (в некоторых случаях и реконструируя, изменяя, перестраивая) включить студентов в более широкое русло общечеловеческих ценностей, помочь в интеграции личного знания и социокультурного, в обретении ими целостности и идентичности. Развитие личностных конструкторов сознания сделает возможным разговор с самим собой, поможет образованию внутренней инстанции — советчика, регулятора, арбитра внутри себя. Расширение сознания, осознание различных способов выражения чувств, мыслей и действий в полной мере становится доступным растущему человеку.

Обучение студентов вуза психологическим аспектам здоровья актуально и своевременно. Мы рассматриваем программу тренинга как систему личностного развития студента, которая определяет его способность к самопознанию, самосознанию, саморегуляции.

Привлекательность таких занятий состоит в организации условий для соприкосновения с общечеловеческими духовно-нравственными ценностями, заключенными в культуре, которая вне нас. Отношение к себе и другим складывается под влиянием опыта исторического позволяющего приобщиться к более широкому контексту таких понятий как счастье, добро, красота, ум, справедливость и пр. И одновременно расширяют рамки индивидуальной жизни, учат видеть всеобщее и уникальное в человеке.

В метафорической форме, используя пословицы, поговорки, сказки, притчи мы включаем юношей и девушек в мир образов и чувств, создаем условия для понимания эмоционально-ценностного смысла общекультурных норм и правил. Расширяя пространство сознания студентов вуза за счет философски ориентированного познания обыденного, мы учим студентов открывать новое в известном, видеть неизвестное в понятном. Многослойность культурных аналогий,

заклученных в метафорической и символической форме, одновременно создает некоторую избыточность в эмоциональном и ментальном пространстве студентов. И это пространство становится пространством развития!

На занятиях широко используются не только разговорные методы взаимодействия, но и включены разнообразные психотехнические средства, выполняющие роль психологического сопровождения. Подбор игр, упражнений, активных занятий как индивидуального, так и группового характера направлен на достижение поставленных целей и получение конкретных результатов.

Принципы построения программы:

1. Принцип позитивности (создание поддерживающей, доброжелательной атмосферы помощи, сотрудничества).

2. Принцип духовности (установление связи между высшими ценностями: добром, красотой, здоровьем, счастьем и конкретным человеком, его внутренним миром, поведением и смыслом жизни).

3. Принцип целостности развития усиливает значение прошлого опыта жизни в позитивном ключе, организует целостность самосознания, активизацию творческих возможностей, способностей к самопознанию и саморазвитию.

4. Принцип индивидуального подхода (учет психического своеобразия и индивидуального опыта каждого студента).

Задачи воспитания и развития:

- овладение определенными психолого-педагогическими знаниями;
- осознание целостности своего социально-психологического бытия среди людей; приобщение к общечеловеческим ценностям: добру, красоте, истине, здоровью, счастьем как условию духовно-нравственного развития человека.

- развитие способности адекватного и полного познания себя и других; учиться выражать словами события внутренней жизни, осознавать свои чувства, мысли, поступки, поддерживать и укреплять позитивные чувства, снимать утомление, предупреждать негативные эмоции.

- овладение приемами декодирования психологических сообщений, идущих от окружающих людей и групп;

- обучение индивидуализированным приемам межличностного общения; соотнесение собственного индивидуального опыта с нормативным, создание условий для ответственного и зрелого поведения;

- чувственное познание группо-динамических феноменов и осознание своей причастности к возникающим межличностным ситуациям.

Эти задачи решаются на **трех уровнях работы:**

1 уровень - информативный: на нем выясняются представления студентов вуза и уточняются общепринятые по теме работы знания.

2 уровень — личностный: на нем следует вызвать у студентов вуза положительное эмоциональное отношение к теме занятия, чтобы захотелось применить к себе полученные знания. Необходимы одобрение, поддержка и принятие студента таким, какой он есть.

3 уровень — осознание: на нем студенты учатся осознавать, что с ним происходит, зачем и почему он поступает так или иначе, отчего появляются чувства и какие бывают мысли. На этом уровне развивается способность к саморегуляции, самопознанию, самопониманию и самоконтролю, а также понимание того, что думают, чувствуют и делают другие люди.

Все три уровня обучения присутствуют на каждом занятии и создают для участников пространство возможностей, обогащенную развивающую

среду. Однако результативность для каждого из участников может быть разной и в разные сроки.

Общие рекомендации по проведению занятий:

- Занятия включают в себя элементы социально-психологического тренинга, поэтому проводить их лучше в специальном помещении, в котором участники могут свободно располагаться и передвигаться.
- Продолжительность занятия не должна превышать полутора часов.
- Ведущий должен специально работать над созданием доверительной обстановки в группе во время занятий, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, быть открытым и не бояться ошибок.
- Тематика и планы занятий могут меняться в зависимости от задач и проблем конкретной группы. Но необходимо соблюдать последовательность, взаимную преемственность тем.

Каждая тема прорабатывается на 1 - 4 занятиях с использованием разных приемов. Способы подачи материалов могут меняться в зависимости от состава и особенностей каждой конкретной группы участников.

Для проведения занятий по этой программе ведущему (психологу или педагогу) понадобятся:

- палас или ковер на полу;
- магнитофон;
- аудиокассеты с музыкой для релаксации.

Оценка результативности программы

Конечным результатом действий в соответствии с программой будет *изменение стереотипов*, направленных на уменьшение поведенческих факторов риска, опасных для здоровья.

У студентов вуза, прошедших курс развивающе-коррекционных занятий, вырабатываются положительные черты характера (уверенность,

доброта и др.), им становится легче общаться со сверстниками, они лучше понимают чувства других и легче выражают свои, изживается неуверенность, агрессивность, страх, формируется чувство сопереживания, сотрудничества, самоуважения, уверенность в своих силах и в себе, повышается самооценка. Студенты изучают приемы и методы психомышечной релаксации и могут их применять.

Со студентами, проблемы которых после проведенного курса занятий исчезли не полностью, проводятся дополнительные индивидуальные занятия.

Результативность, эффективность программы можно выявить путем обследования, проводимого 2 раза: до начала развивающе-коррекционных занятий и после прохождения курса. Анализ результатов включает в себя следующие моменты:

- оценку студентами своих эмоционально-личностных качеств, навыков общения (тесты «Дерево» и др.);
- оценку студентов преподавателями (путем анкетирования).

Ожидаемые результаты будут очевидными в том, **что студенты знают, как они понимают содержание проведенных занятий.**

Психотерапевтический эффект заключается в доверии участников ведущему, стремлении к контакту с ним, открытости и интересе к занятиям, а также снижении эмоциональной напряженности, в психологическом комфорте и позитивных чувствах, в реагировании и разрядке негативных эмоциональных переживаний, в снижении частоты конфликтов и ссор и пр.

Развивающий эффект занятий проявится в интересе и желании продолжать занятия, в стремлении поговорить со взрослыми или сверстниками об услышанном вне занятия, в том, что поведение станет улучшаться, эти улучшения они заметят сами. Студенты смогут использовать полученные умения в других видах деятельности: в учении,

во взаимоотношениях с людьми, в возможности осуществлять саморегуляцию и самоконтроль, стать целостной личностью: физически и психически здоровой.

Отдаленные результаты могут состоять в:

- профилактике неврозов и невротических реакций, нарушений поведения, студенческой дезадаптации и других проблем психогенного характера;
- коррекции эмоционального самочувствия, снятии эмоциональной напряженности, смягчении последствий психологических травм, снижении индекса агрессивности и деструктивных форм поведения, в том числе тревожности, депрессивности, беспокойства и пр.
- развитии творческого потенциала личности, создании позитивного настроения, усилении конструктивности поведения, способности выразить словами и осознать основания собственных действий, мыслей, чувств, развитии продуктивности.

СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ КУРСА

Все занятия имеют общую гибкую структуру, наполняемую разным содержанием. Занятие состоит из нескольких частей, каждая из которых может быть использована самостоятельно.

Курс включает в себя следующие этапы:

I этап - мотивационно-адаптивный (создание доверительной, эмоционально защищенной атмосферы в группе, принятие групповых норм взаимодействия, выявление ценностей группы, мотивирование группы на совместную работу). Основные процедуры работы — приветствия, игры с именами.

Введение в мир тренинга. Правила взаимодействия в группе.

Первый этап является традиционным для проведения психологических тренингов. На нем происходит знакомство, принятие групповых норм поведения, формирование и активизация мотивации.

На начальной стадии обучения наиболее важной задачей, которую решает ведущий, является становление групповых норм и усвоение участниками основных принципов тренинга. Ведущий знакомит группу с **основными принципами — нормами общения.**

1. Общение по принципу «здесь и теперь». Для многих участников характерно стремление уйти в область общих соображений, давно случившихся событий и т. д. В этом случае непроизвольно срабатывает механизм психологической защиты. Но основная идея тренинга в том, чтобы группа превратилась в своеобразное объемное зеркало или даже систему таких зеркал, в которых каждый член группы смог бы увидеть себя во время своих проявлений. Это достигается, в частности, тем, что в группе существует интенсивная обратная связь, основанная на доверительном межличностном общении.

2. Принцип персонификации высказывания. Суть его заключается в добровольном отказе от безличных речевых форм, помогающих в повседневном общении скрывать собственную позицию говорящего или же избегать прямого высказывания в нежелательных случаях. Конкретно, вместо суждений типа: «обычно считается», «некоторые полагают, что...» в группе необходимо говорить личными формами: «я считаю, что...», «я полагаю...» и т. д.

3. Принцип акцентирования языка чувств. В соответствии с этим принципом участники группы должны акцентировать внимание на эмоциональных состояниях и проявлениях (своих собственных и своих партнеров по группе) и при обратной связи по возможности использовать язык, фиксирующий указанные состояния. Пример такой формы языка

представляет констатация типа: «Твоя манера разговаривать на повышенных тонах вызывает у меня раздражение». Для повседневного общения обращение в подобной эмоционально акцентированной манере не является типичным. Соответственно и перед каждым участником стоит задача определенной перестройки своего общения и, в частности, выработка умений «поймать», четко идентифицировать и по возможности адекватнее выразить свое чувство.

4. Принцип активности. Активность является основной нормой поведения в тренинге, она подразумевает постоянное реальное включение каждого участника в интенсивное групповое взаимодействие. С целью активного всматривания и слушания, вчувствования в самого себя, партнера и группу в целом. В жизни человек часто как бы замыкается на себе, центрируется лишь на собственных проблемах. Необходимо научиться сочетать эту погруженность в себя с активной включенностью в другого, в анализ групповых процессов. На занятиях поощряется конструктивная полемика между участниками, включая руководителя.

5. Принцип доверительного общения. Один из фундаментальных элементов тренинга — климат доверительного общения, который в решающей степени ускоряет групповую динамику, обуславливает результативность занятий. Как самый простой и первый шаг к практическому созданию климата доверия, руководитель предлагает принять единую форму обращения на «ты», психологически уравнивающую всех членов группы и приносящую некоторый элемент интимности и доверительности. Доверительность поддерживается также правилом: «Говорить только правду или по крайней мере не лгать».

6. Принцип конфиденциальности. Суть этого принципа сводится к рекомендации не выносить содержание общения, развивающегося в процессе тренинга, за пределы группы. Это способствует становлению доверительности, так как участники уверены, что содержание

общения останется в рамках данной группы, они легче включаются в открытый, искренний контакт. Участники не боятся, что содержание их общения может стать общеизвестным. На конец, конфиденциальность позволяет группе сохранить дискуссионный потенциал, так как обсуждение участниками вопросов группы за ее пределами приводит к тому, что готовность и потребность в обсуждении этих вопросов в рамках самой группы уменьшаются, поскольку тема в какой-то степени исчерпывает себя.

Для участников группы эти нормы общения в процессе тренинга излагаются в более конструктивной форме, и нельзя рассчитывать, что содержание этих принципов окажется немедленно усвоенным. Для этого требуется определенное время.

Возможные темы и виды заданий 1 части:

- упражнения на развитие мимических движений, игры на определение и передачу эмоциональных состояний человека при помощи жестов и мимики;
 - игры по обучению выразительным движениям;
 - этюды на распознавание различных жестов, на развитие выразительности жеста;
 - этюды по изучению поз, походки и других выразительных движений;
 - игры на развитие умения выражать интерес, внимание, сосредоточенность, удивление, радость, удовольствие, печаль, страдание, презрение, отвращение, гнев, страх, вину и стыд;
 - этюды и игры на выражение и сопоставление отдельных черт характера - отрицательных и положительных;
 - сюжетно-ролевые игры по развитию коммуникативных навыков, коррекции взаимоотношений студентов;
 - снятие мнимых, неадекватных страхов, неосознанной тревоги.

Важную роль в процессе общения играет умение внешне выражать свои внутренние эмоции и правильно понимать эмоциональное состояние собеседника. Восприятие внешнего выражения эмоций возбуждает ответные эмоциональные переживания и реакции. Владея собственными жестами и выразительными движениями, участник способен тонко понимать все оттенки и нюансы в выражении лица, жеста и движения тела другого человека. Неумение правильно выразить свои чувства, скованность, неловкость или неадекватность мимико-жестовой речи затрудняет общение студентов между собой. Непонимание другого человека — причина страха, отчужденности, враждебности. Активные мимические и пантомимические проявления чувств помогают предотвращать перерастание некоторых эмоций в патологию. Благодаря работе мышц лица и тела обеспечивается активная разрядка эмоций, нервного напряжения.

Мимика, жесты, пантомимика — первые помощники в общении. Овладение языком жестов и движений поможет юношам и девушкам не только быть интересными в общении, но и познавать людей, обретать друзей.

Познание студентов вуза самих себя, лучшее понимание эмоционального состояния и поступков других людей приводит к возникновению чувства симпатии, уважения и сопереживания, что является непременным условием живого общения с окружающими. Способность поставить себя на место другого человека помогает лучше понять возможного партнера по общению, выделить отдельные черты его характера и их проявление, выражающееся в поступках и действиях. Учатся быть терпимыми к чужим недостаткам, учатся сопереживанию, а это — прямой путь к полноценному общению.

II этап - работа с понятиями

На эту часть приходится основная смысловая нагрузка всего занятия. В нее входят этюды, упражнения, игры, направленные на развитие и частичную коррекцию эмоционально-личностной и познавательной сфер студентов вуза гуманитарного профиля. Основные процедуры:

- элементы сказкотерапии с импровизацией;
- элементы психодрамы;
- игры на развитие навыков общения;
- терапевтические метафоры;
- рисование.

III этап - самовыражение символическими средствами культуры (ведущим задаются символические средства рефлексии, работа с личностными переживаниями).

На третьем этапе задаются символические средства обучения, психологической природой которых мы видим личностно-значимое знание, соотнесенное со сферой чувств. Только в этих случаях рождается «эмоциональное самовыражение и сопереживание». Деятельность становится символической, символы выступают средствами, удерживающими связь между личностным самовыражением и культурным образом - каноном. Символ является центральной фигурой занятий. Он предъявляется участникам взаимодействия как Знак переживания, в качестве кода экзистенциального пространства. Используемые символы: *слово* как философски окрашенное понятие; *рисунок* как форма самовыражения; *цвет* как абстрактное бессознательное предъявление «самости» (К. Юнг); *музыка* как способ видения Мира.

IV этап - познание Себя через познание Других и Культуры (самопознание, «проживания» знаний о себе, о других как опыта переживаний).

Рассматривается структура личности, мотивация поведения, влияние факторов социализации на формирование личности, ценностная основа личности. Происходит анализ отношения общества к культурному герою. Студенты оценивают поведение персонажа, у них появляется возможность эмоционально пережить последствия поведения героя. Изменения в мировосприятии и мировоззрении героя указывают на перспективы развития. Появляется потребность в самопознании, самоанализе, самоизменении, самопринятии и самосовершенствовании. Для этого и существует четвертый этап — работа по развитию самопринятия каждого участника группы.

Каждое занятие обязательно включает в себя процедуры, способствующие саморегуляции студентов вуза, а именно:

- упражнения на мышечную релаксацию (снижают уровень возбуждения, снимают напряжение);
- дыхательную гимнастику (действует успокаивающе на нервную систему);
- мимическую гимнастику (направлена на снятие общего напряжения, играет большую роль в формировании выразительной речи детей);
- двигательные упражнения, включающие попеременное или одновременное выполнение движений разными руками под любую текстовку (способствуют межполушарному взаимодействию).

Эти процедуры могут проводиться в любой части занятия, в зависимости от ситуации.

Обучение приемам расслабления.

В этой части занятия используются игры и этюды на тренировку (напряжение и расслабление) отдельных групп мышц — рук, ног, туловища, лица, шеи.

Важную роль в процессе общения играет умение управлять своим поведением, контролировать свою речь и поступки, сосредоточиваться на высказываниях собеседника. Одним из компонентов такого умения является способность к произвольному расслаблению, которая включает в себя следующие составляющие:

- осознание телесных ощущений, связанных с напряжением и расслаблением;
- снятие напряжения и вхождение в состояние расслабленности с помощью релаксационных упражнений;
- погружение в чувство спокойствия в игровых ситуациях.

При обучении студентов вуза ауторелаксации используется релаксационная музыка, запись природных звуков — пение птиц, шум моря, водопада и др.

После проделанных упражнений на напряжение — расслабление, проводится обсуждение того, что они чувствовали, какие испытывали ощущения.

Аутотренинг — действительно, один из лучших методов коррекции личностных нарушений. Расслабляющие упражнения рекомендуется вводить в повседневную жизнь. Психический и физический покой, достигаемый в результате этих упражнений, восстанавливает силы студентов вуза, у них возникает приятное расслабление. Этот момент можно использовать для мысленного прокручивания студентами не разрешенных до этого переживаний, конфликтов, которые в расслабленном состоянии перерабатываются, «разрешаются» головным мозгом.

Во время занятий участники сидят в кругу. Круг — это, прежде всего, возможность открытого общения. Форма круга создает ощущение целостности, завершенности, придает гармонию отношениям, позволяет студентам ощутить особую общность, облегчает взаимопонимание и

взаимодействие. Не каждый взрослый человек способен разобраться во всей гамме своих переживаний, а для студента эта задача является еще более трудной. Молодежь не всегда правильно понимают даже простые эмоции, тем более трудно им осознать те разнообразные переживания, которые возникают по мере расширения их связей с окружающим миром.

С.Л. Рубинштейн выделял три вида эмоциональных переживаний. Первый – уровень органической аффективно-эмоциональной чувствительности, когда чувство выражает состояние организма, находящегося в определенных реальных отношениях с окружающей действительностью. Более высокий уровень эмоциональных проявлений составляют предметные чувства, соответствующие предметному восприятию и предметному действию. На этом уровне чувство является не чем иным, как выражением в осознанном переживании отношения человека к миру. Ценность, качественный уровень этих чувств зависят от их содержания, от того, какое отношение и к какому объекту они выражают. Наконец, над предметными чувствами поднимаются более обобщенные чувства, как-то: чувство юмора, иронии, чувство возвышенного, трагического и т.д.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Занятие 1. Вводное. Введение в мир тренинга.

**Знакомство. Принятие правил и норм взаимодействия в группе.
Формирование и активизация мотивации.**

1 часть - разминка.

1. «Снежный ком». Назовите своё имя и имена предыдущих участников.
2. «Меняются местами те, ...» (у кого карие глаза, кто любит мороженое, кому нравится учиться и т.п.)
3. «Настроение». Пусть каждый из вас по очереди займет такую позу, которая отражает его настроение в настоящий момент. Вся группа повторит эту позу одновременно. Затем изобразит свое настроение следующий участник.

2 часть - основная часть (рабочая).

1. Разработка и принятие групповых норм взаимодействия.
2. Знакомство с задачами и программой тренинга.
3. Притчи, метафоры, сказки как нравственные ориентиры.

Л. Рампа «Притча о притче».

С. Атласова, А. Атласов «Мы продаем всё».

Притча Р. Джалаледдин «О том как старик жаловался врачу на свои болезни».

Притча Р. Джалаледдин «Посещение глухим больного соседа».

4. Диагностика. Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича.

3 часть - завершение.

1. «Подарок». Сейчас мы будем дарить друг другу подарки. Средствами пантомимы каждый изображает какой-то предмет и передает соседу справа (мороженое, цветок, кошечку и т.д.).
2. «Спасибо за приятное занятие». Пожалуйста, встаньте в общий круг. Я хочу предложить вам поучаствовать в небольшой церемонии,

которая поможет нам выразить дружеские чувства и благодарность друг другу. Игра проходит следующим образом: один из вас становится в центр, другой подходит к нему, пожимает руку и произносит: «Спасибо за приятное занятие!» оба остаются в центре, по-прежнему держась за руки. Затем подходит третий участник, берет за свободную руку либо первого, либо второго, пожимает ее и говорит: «Спасибо за приятное занятие!» Таким образом, группа в центре круга постоянно увеличивается. Все держат друг друга за руки. Когда к вашей группе присоединится последний участник, замкните круг и завершите церемонию безмолвным крепким тоекратным пожатием рук».

3. Формирование практических умений и навыков. Упражнения для укрепления сердца и повышения интеллектуальных способностей.

Упражнение предназначено для страдающих сердечными заболеваниями, сопровождающимися неврастенией, бессонницей и забывчивостью, для снятия умственного переутомления. Упражнение заключается в *похлопывании ладонями друг о друга* (как при аплодисментах), чем громче звук, тем лучше. При этом следует хлопать так, чтобы ладоням не было слишком больно. Несмотря на простоту, упражнение имеет глубокий смысл.

Занятие 2. Я и мое здоровье.

Здоровье как социокультурный феномен. Здоровье человека и факторы его определяющие.

1 часть - разминка.

1. «Здравствуй!»

2. «Круг знакомств». Все становятся в широкий круг. Один из игроков делает шаг к центру круга, называет свое имя или псевдоним, демонстрирует какие-то жесты и движения, выражающие отношение к людям или представление о себе, все остальные игроки повторяют названное имя и показанное движение.

3. «Построиться по росту». Встаньте плотным кругом. Закройте глаза и рты. Вы слепо - глухо - немые. И вам надо построиться в шеренгу по росту. (Включается секундомер. По окончании обсуждаются результаты.)

2 часть - основная часть.

1. «Салернский кодекс здоровья» Арнольда из Виллановы.

2. Притча о нищем (по мотивам Успенского. Новая модель Вселенной).

3. «Сказка о молодильных яблоках и живой воде» (русская народная сказка). Как вы думаете, а в реальной жизни старый человек может продлить молодость? Если может, то как? Что такое молодильные яблоки? А в реальной жизни, что можно назвать «молодильными яблоками»? Почему никто не хотел ехать за яблоками? Почему старшие братья выбрали дорогу, где «женатому быть», а наш герой дорогу «где коня спасти - себя потерять»? (работа в группах)

4. Современные взгляды о составляющих здоровье (соматическое, физическое, психическое, нравственное, духовное). Показатели состояния здоровья (иммунная устойчивость организма к действию повреждающих факторов: показатели роста и развития; функциональное состояние и резервные возможности организма; наличие и стадия какого-либо заболевания или дефекта развития; уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок).

5. Диагностика. Определение уровня сформированности здоровьесозидающей личностной позиции (А.Г. Маджуга).

3 часть - завершение.

1. «Паровозики». Упражнение выполняется в тройках. Каждая тройка представляет собой поезд. «Паровоз» - идет первым с вытянутыми вперед руками, «вагон» - передает управление, «машинист» - управляет всем поездом. При этом у «вагона» и «паровоза» завязаны глаза. При обсуждении акцент ставится на том, насколько было спокойно в роли

паровоза, который идет первым, но не знает, в какую сторону (у него завязаны глаза, как и у вагона), насколько можешь доверять машинисту и «вагону». Как это было - быть в роли паровоза, вагона, машиниста?

2. «Слепой и поводырь». «Разбейтесь по двое. Один из вас двоих надевает повязку на глаза так, чтобы ничего не видеть. Второй будет ведущим. Когда ты ведущий – ты должен провести «слепого» по помещению так, чтобы он чувствовал себя спокойно и уверенно. Это упражнение выполняется молча, без слов». После выполнения упражнения участники меняются ролями. Как ты чувствовал себя, когда был «слепым»? Вел ли тебя твой поводырь бережно и уверенно? Знал ли ты все время, где ты? Как ты себя ощущал в роли поводыря? Что ты делал, чтобы вызвать и укрепить доверие своего партнера? Когда тебе было лучше: когда ты вел или когда тебя вели?

3. «Тростинка на ветру». Эта игра дает великолепный опыт взаимного доверия для всех возрастных групп. И обычно каждый студент желает хотя бы один раз оказаться в центре волшебного круга. «Встаньте в круг очень близко друг к другу. Это не обычный круг, а волшебный. Он волшебный потому, что студенты, которые стоят в кругу, будут делать все для того, чтобы тот, кто стоит в центре, пережил удивительные ощущения. Кто из вас хотел бы первым встать посередине? Становись в центр, ноги поставь вместе, держись прямо. Все остальные, поднимите руки на уровне груди. Когда наш доброволец падает в вашу сторону, вы должны его поймать и осторожно вернуть в исходное положение. Возможно, он захочет упасть в другую сторону, и там его тоже надо поймать и вернуть в исходное положение. При этом очень важно, чтобы участник в центре стоял очень прямо, как будто он «деревянный». Дайте человеку в центре попробовать свободно падать в разные стороны. Студент делится своими переживаниями. Меняются места. «Как ты себя чувствовал в центре круга? Мог ли ты доверять кругу? Кого ты опасался? Что для тебя

было самым трудным? Пробовал ли ты закрывать глаза? Что ты чувствовал, когда был частью круга? Было ли тебе трудно удерживать других? Хорошо ли вы справлялись со своей задачей вместе?

Занятие 3. Здоровый образ жизни.

Понятие о резервах здоровья, системе и содержании оздоровительных мероприятий: двигательная активность, закаливание, режим труда и отдыха, питание.

1 часть - разминка.

1. «Здравствуйте!» (рукопожатия). Насколько ты был общительным, активным или пожимал руки только тем, кто сам к тебе подходил? Связано ли твоё поведение в упражнении с тем, общительный ты в жизни или замкнутый?

2.«Комплименты». Участники группы делятся на две равные части и встают, образуя внутренний и внешний круг, лицом друг к другу. Человек из внешнего круга говорит участнику во внутреннем круге: «Мне нравится, что ты...», человек из внутреннего круга отвечает на это: «Да, я (повторяет), и ещё я...» Важно, чтобы участники говорили искренне. Затем поменяться кругами. Какие чувства испытывали, что было трудным? Трудно или легко отвечать на него? Что больше понравилось - делать комплимент или принимать его? Какие комплименты показались необычными?

3.« Ах, какой ты молодец!» Участники разбиваются на пары. Один из них говорит себе что-то хорошее, а второй - считает эти комплименты: «Ах, какой ты молодец - раз!.. Ах, какой ты молодец - два!..» и т. д. Затем участники меняются местами.

«Легко ли было говорить о себе столько хорошего? Что помогало, что мешало выполнять это упражнение?»

2 часть - основная часть.

1. Здоровый образ жизни. Понятие о резервах здоровья, системе и содержании оздоровительных мероприятий: двигательная активность, закаливание, режим труда и отдыха, питание.

2. Притча Руми Джалалетдин «Спор грамматика с кормчим».

3. Л. Толстой «Притча о пшеничном зерне».

4. Притча Д.Х. Джебран «Ученый и поэт».

5. Мотивация здоровья и здорового с 5 раз жизни (мотивация самосохранения, подчинения этнокультурным требованиям, получения удовольствия от здоровья, максимально возможной комфортности, возможности самосовершенствования и др.).

6. Притча «На всех не угодишь».

3 часть - завершение.

1. Диагностика. Выявление валеологического типа личности (Т.Д. Дубовицкая, А.Г. Маджуга,).

2. «Никто не знает». Будем бросать мяч друг другу. Тот, у кого окажется мяч, говорит фразу: «Никто не знает, что я (или - у меня)...» Будьте внимательны, старайтесь сделать так, чтобы каждый принял участие. У каждого из нас мяч может побывать много раз.

Занятие 4. Психологическое здоровье, как составная часть здоровья.

Слагаемые психологического здоровья. **Темперамент**. Характеристика типов темперамента.

1 часть - разминка.

1 .«Здравствуйте!»

2. «Ручеек». Одной группе участников завязывают глаза, а другая группа встает в две шеренги, образуя «коридор». Один из участников с завязанными глазами проходит по образовавшемуся коридору - его трогают за руки, касаются разных частей тела, так, что человек проходит

в потоке рук, и руки здороваются и прощаются с участником. Он встает в конец шеренги, а по коридору проходят другие участники.

3. «Бег сороконожек». «Встаньте по росту, начиная с самого высокого. Теперь первый участник просовывает левую руку между своих ног. Тот, кто стоит сзади, берет его за руку правой рукой, а свою левую руку тоже просовывает между своих ног. Остальные продолжают таким же образом. Итак, получилась целая цепочка. Теперь надо очень аккуратно, чтобы цепочка не порвалась, сделать круг по комнате».

Легко или трудно было передвигаться всем вместе? Что помогло (помешало) выполнить упражнение? Ведущий акцентирует внимание на взаимосвязи аккуратности и медленности выполнения упражнения. Можно после упражнения обсудить ситуацию: «Почему Сороконожка опоздала на занятие».

2 часть - основная часть.

1. Притча Д.Х. Джебран «Отшельники».

2. Японская сказка «Кувшинный человечек».

3. Психическое здоровье, как составная часть здоровья. Слагаемые психического здоровья (психическое равновесие, гармоничная организация психики и ее адаптивные возможности). Темперамент. Характеристика типов темперамента.

4. Сказка Леонардо да Винчи «Упрямый осел» С. Бем.

5. Диагностика. Методика «Маскулинность и фемининность»

6. Темперамент — медлительность - организованность. Обсуждение: режим дня, организация рабочего места, навыки эффективного обучения.

3 часть - завершение.

1. «Движение наоборот». Выбирается, по желанию, один из участников группы - водящий. Он встает по середине комнаты. Он показывает какое-либо движение, а всем остальным надо будет делать все наоборот. Если водящий поднимет руку, остальные должны ее опустить,

если быстро махнет рукой справа налево, остальные должны махнуть медленно слева направо. Главное при этом, чтобы движение отличалось от движения ведущего. Если кто-то ошибется, то есть сделает точно такое же движение, то он становится водящим. Что ты чувствовал, когда делал все наоборот, было ли это приятно? Хотелось ли сделать точно такое же движение? Понравилось ли быть ведущим? Что ты чувствовал, когда все твои движения группой делались не так?

2. «Да и нет». «Разбейтесь на пары и встаньте друг напротив друга. Решите, кто в вашей паре хочет говорить «да», а кто – «нет». Один из вас начинает игру, произнеся слово «да». Второй сразу же отвечает ему: «нет». Тогда первый снова говорит: «да», может быть, чуть громче, а второй опять ему отвечает: «нет», и тоже слегка погромче. Каждый из вас может произносить только то слово, которое выбрал с самого начала: или «да» или «нет». Но вы можете по-разному его произносить, как вам захочется: тихо или громко, нежно или грубо, кратко или длинно. Если хотите, можете провести с помощью этих двух слов небольшой спор, но при этом важно, чтобы никто никого не обидел. Через некоторое время я подам вам сигнал о том, что пора закончить спор».

Как ты сейчас себя чувствуешь? Как тебе удобнее спорить - произнося слово «да», или произнося слово «нет»? Громко или тихо ты говорил?

Занятие 5. Эмоции.

Эмоциональное благополучие - основной фактор психического благополучия. Что такое эмоции? Природа и функции эмоций.

Индивидуальные различия в эмоциях и их выражении.

1 часть - разминка.

1. «Здравствуй!»

2. «Путаница». «С закрытыми глазами подними правую руку перед собой и рукой найди руку партнера. Затем протяни вперед левую руку и найди левую руку другого человека. (Таким образом, студенты держат за

руки тех, кто находится не рядом с ними.) Нашли?.. Теперь откройте глаза... Теперь попытайтесь распутаться, не отпуская рук, так, чтобы снова получился круг. Кто-то при этом окажется обращенным лицом в круг, а кто-то - лицом из круга».

3. «Глина». В центр круга ведущий «приносит» большой кусок глины. Каждый отщипывает необходимое ему количество для лепки скульптуры (любого предмета). Лепит. Остальные отгадывают, что это. Возможен подарок другу. Делятся впечатлениями о скульптурах партнеров, благодарят.

4. «На что похоже моё настроение». «Прислушайтесь к себе. На какой цвет похоже сейчас ваше настроение? Упражнение выполняется в кругу, с мячиком. Варианты: «На какую погоду, (музыку, цветок, животное и т. д.) похоже ваше настроение?»

2 часть - основная часть.

1. Эмоциональное благополучие - основной фактор психического благополучия. Что такое эмоции? Природа и функции эмоций. Индивидуальные различия в эмоциях и их выражении.

2. «Сказка о милостивой Судьбе».

3. Притча «Удивительное дерево» (по мотивам кн. Мудрецы Китая. Чжуанцзы.).

4. Рисунок «Я - счастливый».

5. «Называем чувства». По очереди называем слова, обозначающие различные чувства. Какие чувства испытывал каждый из вас, когда в последний раз писали контрольную работу? Что вы чувствовали, когда приближались каникулы? Что вы чувствовали, когда в последний раз что-нибудь сломали? Какое, по-вашему, самое неприятное чувство? Какое чувство тебе нравится больше других? Какое из названных чувств знакомо тебе лучше (хуже) всего?

6. Диагностика. Определение уровня самоактуализации (САМОАЛ).

3 часть - завершение.

1. «Быстрые превращения». «Начните ходить по комнате. Сейчас мы с вами будем превращаться в различных людей, испытывающих разные чувства. Представьте, что вы сейчас - актер, стоящий на сцене после удачного выступления. Зал вам рукоплещет, слышны крики «Браво!». Превратитесь в этого актера. Что вы сейчас чувствуете? А теперь, представьте, что вы нечаянно разбили красивую вазу в гостях у друга. Что вы чувствуете сейчас?» и т.д.

2. «Фантом». Позволяет осознать связи эмоций с телесным переживанием, расширяет осознанность в отношении собственного переживания и выражения эмоций.

Листок со схематичным изображением человеческого тела - «фантом» - для каждого участника и достаточное количество карандашей синего, красного, желтого, черного цветов.

Инструкция. «Представьте, что вы сейчас очень сильно злитесь на кого-нибудь или на что-нибудь. Постарайтесь всем телом почувствовать свою злость. Может быть, вам будет легче представить, если вы вспомните какой-нибудь недавний случай, когда вы сильно разозлились на кого-нибудь. Почувствуйте, где в теле находится ваша злость. Как вы ее ощущаете. Может быть, она похожа на огонь в животе? Или у вас чешутся кулаки? Заштрихуйте эти участки красным карандашом на своем рисунке. Теперь представьте, что вы вдруг испугались чего-то. Что вас может напугать? Представили? Где находится ваш страх? На что он похож? Заштрихуйте черным карандашом это место на своем рисунке». Аналогично предложите детям обозначить синим карандашом, где они переживают грусть и желтым радость.

Где в теле ты чувствуешь свою злость (страх, грусть, радость)? Какое чувство тебе было легче всего представить и ощутить в теле? А какое -

труднее? Были ли у кого-нибудь из участников группы похожие ощущения?

Занятие 6. Чувства.

Особенности чувственной сферы. Характеристика чувств.

Виды чувств.

1 часть – разминка.

1. «Здравствуй!»

2. «Предай маску». Это упражнение взбадривает студентов, делает их более внимательными, помогает настроиться на работу в группе. Каждый может избавиться от тех непродуктивных настроений, с которыми он пришел, и тем самым освободить голову для работы. Эта игра позволяет вести себя спонтанно и проявлять чувство юмора. Упражнение может проводиться в качестве разминки или завершения и в других блоках программы.

3. «Звук - чувство». «Сейчас я буду называть различные чувства, и мы будем показывать, как часто мы, эти чувства испытываем. Для того чтобы показать это, мы будем гудеть. Если редко испытываем чувство - будем гудеть тихо; если чаще – то погромче, если со всем часто – то громко». Как вам показалось, какие чувства мы с вами испытываем чаще всего?

Информация для ведущего. Обратите внимание студентов на то, как они гудели, когда назывались различные чувства, - одинаково, или некоторые чувства хотелось гудеть со своей интонацией. Это может служить переходом к разговору об интонационных особенностях выражения различных чувств. Также можно обсудить, звучало ли громче гудение во время тех чувств, которые в действительности чаще переживаются ребятами, или же когда назывались «приятные» чувства. Поговорите о том, «приятные» чувства у себя и у других принимать легче, чем «неприятные».

2 часть – основная часть.

1. Притча Абдул-Хамидхан «Полезный и бесполезный».

2. Притча Р. Гарольд «Как избежать глупых ошибок молодости» (из кн. Торговцы грезами).

3. Н. Орёл «Зависть - ключ к просветлению».

4. Особенности чувственной сферы. Характеристика чувств. Виды чувств: настроение, эмоции, аффект, стресс, фрустрация, страсть, высшие чувства (нравственные, интеллектуальные, эстетические).

5. «Скульптура чувств». Работа в парах - скульптор и «глина». Скульптор лепит из глины скульптуру задуманного чувства. Остальные участники отгадывают, что за чувство изображено.

6. «Передаем чувства». «Сейчас вместе с этим мячиком мы будем передавать любому из сидящих в кругу какое-то чувство, изображая его с помощью рук, позы, темпа, выражения лица. Тот, кто получает «чувство», попробует отгадать и сказать нам, что за чувство он получил». Легко ли тебе было выражать то чувство, которое ты хотел передать? Поняли ли то чувство, которое ты хотел выразить? Как приняли то чувство, которое передал? Что ты при этом чувствовал? Легко ли тебе было принимать то чувство, которое тебе передавали? Какие чувства чаще всего звучали в нашей группе? Какие чувства (почти) не выражались в нашей группе?

Мячик-чувство хотя бы раз должен побывать в руках каждого. Это упражнение может служить хорошей иллюстрацией того, какие чувства приемлемо выражать в данной группе. Это могут быть по большей части агрессивные чувства или, наоборот, «приятные». Продолжением упражнения может быть разговор о том, как другие воспринимают проявление наших чувств – понимают, но не принимают; принимают, но не понимают.

3 часть – завершение.

1. Диагностика. Определение индивидуальных копинг-стратегий
Э. Хайма

2. «Приятное воспоминание». Студентам предлагают вспомнить ситуацию, в которой они испытали полный покой и расслабление, и как можно ярче, стараясь вспомнить все ощущения, представить себе эту ситуацию.

3. «Улыбка». Обучение целенаправленному управлению мышцами лица. Студентам дают ряд стандартных упражнений для расслабления мышц лица и объясняют значение улыбки для снятия нервно-мышечного напряжения.

Занятие 7. Эмоциональное реагирование. Управление чувствами.

1 часть – разминка.

1. «Здравствуй!»

2. «Толкалки». Разбейтесь на пары. Встаньте на расстоянии вытянутой руки друг от друга. Поднимите руки на высоту плеч и обопритесь ладонями на своего партнера. По моему сигналу начните толкать своего партнера ладонями. Выигрывает тот, кто сдвинет своего партнера с места. Будьте внимательны, никто никому не должен причинить боль. Не толкайте своего партнера к стене или на какую-нибудь мебель. Когда я крикну «стоп!», все должны остановиться».

Насколько тебе понравилась игра? Кого ты выбирал себе в партнеры? Ты толкался изо всех сил? Когда вы играли, ты больше толкал партнера или больше сопротивлялся? Вы с партнером оба действовали по правилам? Что ты придумал, чтобы победить? Ты толкался изо всех сил или сдерживал себя? Что ты сейчас чувствуешь по отношению к своему партнеру?

Информация для ведущего. Если вы играете в эту игру в помещении, позаботьтесь о том, чтобы свободного места было достаточно. Пусть

студенты сначала потренируются. Когда они немного освоятся с игрой и в группе воцарится более открытая атмосфера, можно попросить их выбрать себе партнера, на которого они когда-либо сердились.

3. «Датский бокс». Эта игра студентам дает возможность приобрести способности сохранять контакт с партнером во время спора. Многим людям это дается с большим трудом, так как они привыкли к тому, что хорошие отношения связаны с дружелюбным поведением, а агрессивность - с большим отдалением. Это упражнение также может служить разрядкой в момент спора между участниками группы.

«Кто может рассказать мне о каком-нибудь своем хорошем споре? Как все происходило? Почему ты считаешь этот спор хорошим? О чем вы спорили? Я хочу показать вам, как с помощью большого пальца руки вы можете провести хороший спор. Хорошим спор бывает до тех пор, пока мы следуем правилам ведения спора и радуемся тому, что и наш партнер выполняет правила. При этом мы не хотим никого обидеть. Разбейтесь на пары и встаньте на расстоянии вытянутой руки друг от друга. Затем сожмите руку в кулак и прижмите его к кулаку своего партнера так, чтобы ваш мизинец был прижат к его мизинцу, ваш безымянный - к его безымянному. Стойте так, словно вы привязаны друг к другу. Тем более что это так и есть: во всяком споре спорящие так или иначе зависят друг от друга. Итак, восемь пальцев прижаты друг к другу, а большие пальцы вступают в бой. Сначала они направлены вертикально вверх. Затем кто-то из вас считает до трех, и на счет «три» начинается бокс. Побеждает тот, чей большой палец окажется сверху, прижав большой палец партнера хотя бы на секунду. После этого вы можете начать следующий раунд. Вы поняли суть игры? Говорят, что эту игру придумали датские мужчины, скучая в долгую темную зиму у себя на севере. Но в нее могут играть и девочки, потому что все зависит не от силы, а от скорости реакции и остроты глаз. Можно выиграть и хитростью. Например, если делать

обманные движения и броски, поддаваться на время, чтобы затем воспользоваться движением пальца партнера вниз. Попробовав поиграть в эту игру пару раундов, вы почувствуете, что у вас получается все лучше и лучше, и вам понравится эта игра. После пяти раундов сделайте перерыв, чтобы рука отдохнула, и выберете себе другого партнера. Прощаясь со своим партнером, поблагодарите его за честное ведение борьбы».

2 часть – основная часть.

1. Маламати Мактулу. Сказка о пронизательном Намусе.
2. Притча Дж. Селинджер. Как сделать правильный выбор (из кн. «Выше стропила, плотники»).
3. Притча «Все в твоих руках».
4. О единстве души и тела. Техника релаксации Е. Джекобсона. Самовнушение. Аутогенная тренировка И. Г. Шульца. Саморегуляция и музыка. Волевое усилие как основа саморегуляции.
5. Диагностика. Выявление смысложизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев).
6. Две стороны чувств: хорошая (её польза), плохая (её вред). «Скульптор и глина». Глина может сообщить творцу, зачем оно (чувство) его посетило. Скульптор, если он хозяин своих чувств, может предусмотреть и предотвратить отрицательные последствия своих эмоций.
7. «Способы выражения чувств». Факт (конкретная ситуация) - мои чувства - Последствия (что с этими чувствами делать).

3 часть – завершение.

1.«Цвета чувств». Выбираем водящего. Водящий закрывает глаза, а остальные участники задумывают какой-нибудь цвет, для начала лучше один из основных: красный, зеленый, синий, желтый. Когда водящий откроет глаза, все участники своим поведением, главным образом эмоциональным состоянием, пытаются изобразить этот цвет, не называя его, а водящий должен отгадать, что это за цвет. Если он отгадал, то

выбирается другой водящий, если нет, то остается тот же самый. Итак, по команде один игрок закрывает глаза, а все остальные загадывают цвет. Затем игрок открывает глаза, а все остальные изображают задуманный цвет своим поведением. Водящий должен его отгадать. Все понятно? Внимание! Начали!

2. «Узкий мост». На полу начерчены две линии на некотором расстоянии. Это мост. С разных концов идут два участника. Задача каждого - дойти до конца. Оба торопятся. Обсуждение: как поведут себя участники - разойдутся, столкнут один другого, дойдут ли до конца.

Занятие 8. Стресс. Дистресс.

1 часть - разминка.

1. «Здравствуй!»

2. «Шурум-бурум». Водящий загадывает чувство, а затем с помощью интонации, отвернувшись от круга, произнося только «шурум-бурум», показывает, называет задуманное им чувство.

3. «Считалка». Посмотрим, насколько хорошо вы можете сосредоточить свое внимание. Разделимся по парам и встанем друг против друга. По команде каждая пара начинает считать от одного до ста, причем так, что один член пары произносит одно число, его партнер произносит следующее за этим число. Итак, четное – один, нечетное – другой и т.д. Рядом стоят игроки, которые также считают. Они не должны сбиваться. Побеждает та пара, которая быстрее сосчитает до ста. Итак, по парам считаем от 1 до 100. Начали!

4. «Телевизор». Разобьемся в две шеренги-команды, лицом друг к другу. Кого-то назначаем в жюри. Вне шеренги остается жюри — ведущий или нечетный игрок из команд. Сейчас по сигналу игроки команды, находящейся от экрана, начинают двигаться и говорить. Участники левой стараются повторить все, что делают участники правой

команды, в том числе звуки, слова, фразы. Жюри оценит внимание и артистические способности команд. Итак, первый тур: одна команда показывает, другая копирует движения и звуки. Начали! Спасибо, второй тур. Поменялись ролями, начали! Спасибо. Теперь жюри. Пожалуйста! Спасибо.

2 часть – основная часть.

1. Р. Киплинг. Притча о Слоне и Слоненке
2. Притча Идрис Шах. «Исцеление».
3. Притча «Изменение восприятия».
4. Притча Панчатантра «Мудрая Обезьяна».
5. Притча О. Раджниш «Просветленный».
6. Т. Зинкевич-Евстигнеева. «Сказка о волшебнике».

7. В чем мудрость Волшебника? Что Удивительного и Волшебного видел, слышал, чувствовал этот старый человек в каждом из нас? О каком ритме идет речь?

8. Понятие «стресс». Общий адаптационный синдром. «Кривая стресса». Стресс и дистресс. Влияние стресса на здоровье. Стресс и поисковая активность.

9. Мирные пути выражения эмоций. Я – сообщение и Ты – высказывание.

Ситуация 1. Друг взял у меня книгу на три дня. Она мне нужна, чтобы написать реферат. Прошло три дня, а книги нет. Я звоню другу и говорю: «...».

Ситуация 2. Я обещала маме быть дома сразу после занятий или позвонить, если задерживаюсь. Но началась репетиция, мы увлеклись и не заметили, как пролетело два часа. Я возвращаюсь домой, мама открывает дверь и говорит: «...».

3 часть – завершение.

1. «Чувство времени». Участникам предлагается с закрытыми глазами после команды «начали» уловить момент, когда пройдет минута. «Как только, по вашему мнению, минута пройдет, молча поднимите руку и откройте глаза. Продолжайте сидеть молча до тех пор, пока все не откроют глаза».

Участники разделяются на три группы: тех, кто поднимает руку раньше того момента, когда истечет минута, тех, кто поднимает руку позже, и тех, кто достаточно точно поднимает руку. Можно обратить внимание на то, что определенное восприятие времени связано с настроением, состоянием. При проведении нами этого упражнения, студенты говорили о том, что скука, тоска, напряженность ожидания связаны с ощущением «тянущегося» времени и тогда кажется, что минута прошла быстрее, чем на самом деле. Радость, интерес, увлеченность, наоборот, способствуют «заигрыванию», тому, что кажется, что время «пролетает».

... «Распределение времени». Чтобы определить, на что вы тратите время, распределите свои занятия по следующим группам: - занятия, которые вы не любите, но обязаны делать; - дела, которыми вы занимаетесь, потому что они вам нравятся; - праздное времяпровождение; - ежедневные ритуалы; - встречи; - другое.

Распределите окружности на сегменты, отражающие долю каждой группы занятий.

Тема 9. Особенности отношения к своему здоровью у мужчин и женщин.

Принципы формирования самооценки, валеологических установок, здоровьесозидающей личностной позиции у юношей и девушек на различных этапах профессиональной подготовки.

1 часть – разминка.

1. «Здравствуй!»
2. «Найди пару». Все сидят в круге. По сигналу нужно поменяться с

кем-то местами. Для этого предварительно, без слов, нужно установить контакт глазами.

3. «Пустой стул». Для проведения упражнения необходимо нечетное количество участников. Предварительно все рассчитываются на «первый», «второй». Все вторые номера сидят на стульях, первые стоят за спинками стульев, оставшийся без пары участник группы стоит за спинкой свободного стула. Его задача - пригласить кого-нибудь из сидящих на свой стул. При этом он может пользоваться только невербальными средствами, говорить ничего не надо. Все те, кто сидят на стульях, очень хотят попасть на свободный стул. Задача тех, кто стоит за спинками стульев - удержать своих «подопечных», для этого надо взять его за плечи в тот момент, когда он собрался пересесть. Ведущий должен следить, чтобы руки не держались все время над «подопечными». Через некоторое время участники меняются местами. При этом один из стоящих участников остается стоять за стулом.

Как приглашали кого-то на свой стул? Как понимали, что вас пригласили на стул? Что больше понравилось, стоять за стулом или сидеть на стуле?

2 часть – основная часть.

1. Какие черты характеризуют мужественность и женственность?

2. Коллаж «Что такое юноша? Что такое девушка?». Девушки создают коллаж на тему «Что такое девушка», юноши - «Что такое юноша». Студентам предоставляются два больших листа картона, разная бумага - цветная, гофрированная, оберточная, папиросная, газеты, много журналов, старые книги. После создания коллажа, каждая группа рассказывает о своей работе.

3. Какая любовь? Любовь — это добрые пожелания, слова, дела, поступки. Пословицы о любви: «ум истиной просветляется, а любовь сердцем согревается», ... На что похожа любовь, с чем её можно сравнить?

4. Притча О. Уайльд. «Соловей и роза».

5. Притча «Аромат Орхидеи».
6. Притча Джами «Драгоценный камень».
7. Притча Вьетнамская сказка. «Богатая свадьба».
8. Притча Поль Репс. «Так ли это?».
9. Японская народная сказка «Как муж с женой поссорился».
10. Японская народная сказка «Как жена из дому уходила».
11. Японская народная сказка «Невестка и свекровь».

3 часть – завершение.

1. «Два мира». Группа делится на две части - мужская и женская. Подгруппы встают друг напротив друга «стеной» и по очереди говорят друг другу:

- Мне нравится быть женщиной/мужчиной, потому что...
- Мне хочется быть мужчиной/женщиной, потому что...
- Мне трудно быть женщиной/мужчиной, потому, что...
- Я горжусь, что я мужчина/женщина, потому что...
- Я завидую мужчинам/женщинам, потому что...
- Мне не нравится в мужчинах/женщинах...
- Хорошо быть женщиной/мужчиной, потому, что...

2. Доска объявлений. Для этого упражнения подбираются рекламные издания, в которых есть брачные объявления. Эти объявления рассматриваются вместе с группой, обсуждаются качества, которые упоминаются в объявлениях. Какие объявления понравились? «Состоятельный, но интеллигентный мужчина...», «Познакомятся с двумя симпатичными ласточками два симпатичных... ласта», «Прикольные девчонки познакомятся с прикольными мальчишками, чтобы прикольно приколоться». Какие свои качества для вас являются важными? Какие внешние данные? Какие свои качества упомянули бы в объявлении как ценные? Можно попрактиковаться в составлении объявлений, описании своих качеств и качеств, желаемых у партнера.

3. Анкета с юмором. В тетрадях пишется анкета. Каждый участник подписывает свою анкету и заполняет ее графы. Имя мужа (жены). Возраст. Национальность. Рост. Вес. Цвет глаз. Прическа. Стилль одежды. Где вы познакомились. Как вы познакомились. Где он (она) работает и кем. Его (ее) достоинства. Его (ее) недостатки. Где вы собираетесь жить. С кем вы собираетесь жить. Домашние животные. Какие отношения в вашей семье. Какие традиции и т. п. Студенты меняются анкетами и записывают друг другу пожелания молодой семье.

Чьи анкеты вам понравились, что в них вас удивило? Какие пожелания вам показались приятными, ценными?

4. Скульптура семьи. Один участник (доброволец) создает композицию «идеальная семья». Для этого он выбирает нужных ему людей и расставляет их, изображая фрагмент взаимоотношений в семье. Получается застывшая скульптура или «живая картина». Например, можно изобразить семью вокруг обеденного стола или на прогулке. Каждому участнику говорится, кто он и какую позу должен принять. Когда сцена поставлена, «художник» рассказывает о том, кто изображен на картине, чем заняты персонажи. Затем по очереди каждый участник из композиции делится своими чувствами: насколько комфортно в данной позиции, не слишком ли нависают над ним родные, или не слишком ли далеко они стоят, всех ли членов семьи ему видно и т. д. После обсуждения при желании они могут поменять свое местоположение и позу, и, возможно, получится новая картина.

5. Ценности. Участники определяют для себя, что является важным при выборе партнера, что может обеспечить стабильность брака. Возраст, внешность, характер, здоровье, общие друзья, приятные родители, материальная обеспеченность, общие увлечения, совместная работа, сходные цели в жизни, сходные взгляды, идеалы и т. п. Проводится обсуждение.

Занятие 10. Итоговое занятие.

1 часть – разминка.

1. «Здравствуй!»

2. «Закончи предложения». Участникам предлагается написать окончания предложений (или проговорить):

- Я очень хочу, чтобы в моей жизни было...

- Я пойму, что счастлив, когда...

- Чтобы быть счастливым сегодня, я (делаю)...

3. «Волшебный сундук». Ведущий руками изображает, как он с неба опускает большой сундук и открывает его. Сообщает студентам, что в Волшебном сундуке лежат самые разные сокровища и подарки. Каждый по очереди может подойти к сундуку и выбрать для себя понравившийся подарок. Этот подарок он изображает невербально, руками. Остальные могут попробовать догадаться, что он выбрал. После того, как все участники получили подарки, ведущий сообщает, что там осталось еще очень много сокровищ, закрывает его и вся группа вместе поднимает Волшебный сундук в небо.

2 часть – основная часть.

1. Притча О. Раджниш. Сравнение.

2. Идрис Шах. Притча о пустыне.

3 часть – завершение.

1. «Дорисовывание портрета». Участники садятся по кругу, у каждого есть лист бумаги и карандаш. Все карандаши при этом разного цвета, таким образом, у каждого участника свой цвет карандаша.

«Сейчас мы с вами будем рисовать необычный портрет. Каждый участник только начинает свой портрет, а дорисовывает его группа. Для этого по моему сигналу вы будете передавать свой портрет участнику, сидящему справа. Получив чужой портрет, вы его подрисовываете,

каждый может подрисовать все, что ему хочется. По моему сигналу вы этот рисунок тоже передаете соседу справа. Таким образом, ваш портрет, сделав круг, вернется к вам. Вы получите ваш портрет глазами группы. Так как у каждого из вас определенный цвет карандаша, вы можете понять, кто что нарисовал на вашем портрете. А сейчас возьмите свой лист бумаги и напишите свое имя, по этой надписи вы будете знать: чей портрет у вас в руках и у кого какой цвет карандаша... Все написали? Начинайте рисовать свой портрет... Стоп! Передайте рисунок соседу справа». (И так далее).

Вариантом этого упражнения может быть рисование одним и тем же цветом. Его можно провести после предыдущего.

При обсуждении можно обратиться к тому, на каких рисунках более «приличные» портреты, т. е. какие рисунки более «вежливые» - когда знают, каким цветом ты рисуешь или когда не знают.

2. «Чемодан в дорогу». «Наша работа подходит к концу. Мы, конечно, будем встречаться, но не будем больше собираться здесь всей нашей группой и заниматься. Мы провели здесь много времени и многое узнали друг о друге. Сейчас, мы для каждого из нас соберем «чемодан» - соберем качества и особенности, которые проявлялись на наших занятиях. Каждый из нас будет выходить из комнаты, а оставшиеся будут решать, какие качества мы ему соберем: мы возьмем одно качество, которое нам понравилось, из тех, что уже есть у участника и одно качество, которое нам хотелось бы, чтобы он изменил. Выбирать качества будем все вместе, чтобы между нами было согласие по поводу этих выборов. Кто хочет выйти первым?».

Вариант. Каждому участнику на листке пишут, что нравится в этом участнике и что хотелось бы, чтобы было изменено... А для ведущего пишут, что понравилось в занятиях и что хотели бы изменить.

3. «10 наставлений на прощание»

- *Не умывай! Унывающий обречен на неудачи.*
 - *Не бойся! Трус обречен на поражение.*
 - *Трудись! Другого пути к успеху не дано! Лопата блестит в работе!*
 - *Думай! Думай до поступка, думай совершив поступок — и ты научишься не совершать ошибок, накопишь опыт.*
 - *Не лги! И ты будешь иметь друзей. Не обманывай и себя, помни о психологической защите!*
 - *Научись смотреть на себя и свои поступки как бы со стороны, глазами других. И ты многое поймешь, избежишь многих бед, добьешься уважения людей.*
 - *Оставайся всегда и во всём самим собой и иди своим путём. В этом случае ты состоишься как личность и достигнешь желаемого. В противном случае ты всегда будешь лишь попутчиком и придешь к тому, чего хотят другие, а не ты сам.*
 - *Избегай злых людей, ибо зло заразительно.*
 - *Будь благодарен родителям, бабушкам, дедушкам, людям, сделавшим тебе добро. Неблагодарность - тяжкий грех.*
 - *Слушай старших, и ты избежишь многих бед.*
- Успехов тебе, дружок!

Литература

1. Алиева М.А., Гришанович Т.В., Лобанова Л.В., Травникова Н.Г., Трошихина Е.Г. Я сам строю свою жизнь / Под ред. Е.Г. Трошихиной. - СПб.: Речь, 2001. - 216с.
2. Байярд Р.Т., Байярд Д. Ваш беспокойный подросток: практическое руководство для отчаявшихся родителей. - М., 1991.
3. Ветрова В.В. Уроки психологического здоровья. - М.:

Педагогическое общество России, 2000. - 192с.

4. Гарбузов В.И. Практическая психология, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. - СПб.: АО «Сфера», 1994. - 160 с.

5. Заширинская О.В. Сказка в гостях у психологии. Психологические техники: сказкотерапия. - СПб.: Изд-во ДНК, 2001. - 152 с. (Психология и культура).

6. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. — СПб.: Изд-во ООС) «Речь», 2000.-310 с.

7. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. Практикум по креативной терапии. - СПб.: Изд-во «Речь»; «ТЦ Сфера», 2001. - 400 с.

8. Мастеров Б.М. Психология саморазвития: психотехника риска и правила безопасности. - М.: Интерпраксис, 1994. - 160 с.

9. Нарлицын Н.Н. Азбука психологической безопасности. - М.: Изд-во «Русский журнал», 2000. - 224с.

12. Основы здорового образа жизни: Учебное пособие / В.А. Бароненко, В.Н. Люберцев, Л.А. Рапопорт / Екатеринбург: Изд-во УГТУ, 1999, - 410 с.

13. Оуэн Н. Магические метафоры. 77 историй для учителей, терапевтов и думающих людей / Пер. с англ. Е. Рачковой. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с. (Серия «Как стать психологом»).

14. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной: Учебник для студентов высших и средних специальных учебных заведений. - М.: ТЦ «Сфера», 1997. -528с.

15. Прутченков А.С. Социально-психологический тренинг межличностного общения. - М.: Изд-во «Знание» РСФСР, 1991. - 48 с. - (В помощь лектору. Секция педагогических и психологических знаний).

16. Психологические аспекты нравственного развития личности. - М., 1977, С. 9.

17. Психология сказки и сказкотерапия (Специальный выпуск) /Журнал практического психолога. - М.- 1999. - № 10- 11 (октябрь - ноябрь).
18. Рогов Е.И. Эмоции и воля. - М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. - 240 с.
19. Рубинштейн С.Я. О воспитании привычек у детей. Учебное пособие для студентов. - М.: Институт практической психологии, 1996. - 41 с.
20. Сборник приказов и инструкций Министерства Образования России / Вестник образования. - 2001. - Июнь. - № 12. - С. 13 - 74.
21. Соколов Д.Ю. Сказки и сказкотерапия. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс. 2001. - 304 с. (Серия «Как стать психологом»).
22. Фопель К. Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие / Пер. с нем. - М.: Генезис, 1999. - 256 с.: ил.
23. Фридман Л.М. Психопедагогика общего образования. Пособие для студентов и учителей. — М.: Изд-во «Институт практической психологии», 1997. — 288 с.
24. Фридман Л.М. Кулагина И.Ю. Психологический справочник учителя. - М.: Просвещение, 1991.- 228 с.: ил. - (Психол. наука - школе).
25. Хухлаева О.В., Кирилина Т.Ю. Фёдорова О.В. Счастливый подросток. Программа профилактики нарушений психологического здоровья. - М.: Апрель Пресс. Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. -224 с. (Серия «Как стать психологом»).
27. Цукерман Г.А. Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов. - М.: Интерпраксис. 1994. - 160 с.

Стратегия групповой работы

Вводная часть и завершение обычно занимают примерно по четверти всего времени занятия. Около половины времени чаще всего уделено собственно работе.

Вводная часть занятия включает в себя вопросы о состоянии участников и одно – два разминочных упражнения. В начале каждого занятия важно почувствовать группу, диагностировать состояние участников, чтобы скорректировать план работы на день. В этом могут помочь вопросы к участникам: «Как вы себя чувствуете?», «Что нового (хорошего, необычного) случилось за это время?», «Назовите одно хорошее и одно плохое событие, которые произошли между нашими встречами?», «Что запомнилось с предыдущего занятия?» и т.п. В качестве разминки используются и различные упражнения, которые позволяют участникам переключиться от своих забот к работе в группе, активизироваться настроиться на дальнейшую работу по определенной теме, включиться в ситуацию «здесь и сейчас».

На первом занятии вводная часть занимает больше времени, поскольку необходимо объяснить правила, уделить внимание мотивации участников и рассказать, в чем будет заключаться работа. Первое занятие группы имеет решающее значение для выработки групповых норм, мотивирования и включения студентов в работу, а также определения дальнейшего направления движения.

Свободное ведение группы предполагает использование групповой дискуссии как основного метода. Сущностью этого метода является «непроизвольное, формально нерегламентированное вербальное общение между членами группы». Для начала такой дискуссии характерны затягивающиеся паузы, «вязкий» темп группового процесса, чувство неопределённости [84].

Разговор, дискуссия возникают по осмыслению содержания притч, сказок, метафор, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нём (Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, О.В. Защиринская, Н. Оуэн, Д.Ю. Соколов). «Человек не осознающий» часто становится игрушкой в руках обстоятельств. Принцип осознания взаимосвязи смысла сказочной ситуации и реальной жизни становится процессом объективации проблемных ситуаций, активизации ресурсов, потенциала личности.

Особая групповая атмосфера открытости, доброжелательности, взаимного доверия обуславливает процесс ценностно-ориентационной деятельности и, в частности, разрешения ценностного противоречия. «Под открытостью понимается готовность быть самим собой, а не устремлённость к тому, чтобы казаться. Речь идёт о готовности и умении открыто предъявлять собеседнику свою позицию, своё мнение. Другая важная сторона психологической открытости - проницаемость для иного, отличного от собственного мнения. Речь идёт о готовности и умении отнестись к своей позиции не как единственно возможной и единственно истинной - это способность к децентрации» [84].

До возникновения описанного выше психологического климата для участников группы характерно: защита собственного «Я», сохранение представления о его значимости в собственных глазах и глазах других, стремление избегать проявления чувств и конфликтов, поиск одобрения у других членов группы, попытки дать совет и принять за них решение [24]. В этот период ведущим может быть использован такой метод, как *блокировка непродуктивных форм поведения*, содержание которого составляет введение определённых правил в жизни группы, запретов и соответствующая позиция ведущего.

Если говорить о предметном содержании метода блокировки непродуктивных форм поведения в контексте работы группы, то оно состоит из:

- переориентации контролирующего поведения на совместное решение проблем;
- стимулирования обратной связи, раскрывающей собственные эмоциональные переживания, а не обвинения другого;
- предупреждения поспешных выводов;
- поощрения реальных способов принятия решения и взятия на себя ответственности за него в ответ на запрос прямого внешнего совета;
- отказа от универсальных суждений и обобщений типа «обычно считается», «мы все...» и замена их на личные формы «я полагаю...», «я сомневаюсь...» и т.п. для усиления чувства личной ответственности;
- замены оценивающей, осуждающей коммуникации, направленной на личность человека, на описание конкретной ситуации или поведения;
- запрета на интерпретации действий других участников, их взглядов и поведения; запрета на то, чтобы говорить о ком-то из присутствующих в третьем лице.

Притчи, сказки и методы диагностики, предусмотренные в программе психологического тренинга

Тема занятия	Название притчи, сказки. Автор	Методы диагностики
<p>Вводное занятие.</p>	<p>Притча о притче. Л. Рампа. О том, как старик жаловался врачу на свои болезни. Р. Джалаледдин. Посещение глухим больного. Р. Джалаледдин. Мы продаем всё. С. и А. Атласовы.</p>	<p>Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича;</p>
<p>Тема 1. Я и мое здоровье. Здоровье как социокультурный феномен. Здоровье человека и факторы его определяющие.</p>	<p>Сказка о молодильных яблоках. Народная сказка Салернский кодекс здоровья. Арнольд из Вилановы Притча о нищем. По мотивам Успенского. Новая модель Вселенной Легенда о Сол оне. Ветхий Завет.</p>	<p>«Анкета определение уровня сформированности здоровьесозидающей личностной позиции студентов и школьников» (А.Г. Маджуга).</p>
<p>Тема 2. Здоровый образ жизни. Понятие о резервах здоровья, системе и содержании оздоровительных мероприятий: двигательная активность, закаливание, режим труда и отдыха, питание.</p>	<p>На всех не угодишь. Народное Спор грамматика с кормчим. Р. Джалаледдин Ученый и поэт. Дж.Х. Джебран Притча о пшеничном зерне. Л. Толстой.</p>	<p>Диагностика валеологического типа личности (Т.Д. Дубовицкая, А.Г. Маджуга,).</p>

<p>Тема 3. Психологическое здоровье как составная часть здоровья. Слагаемые психологического здоровья. Темперамент. Характеристика типов темперамента. Биологические основы поведения. Учет темперамента в учебной деятельности, общении, будущей трудовой деятельности.</p>	<p>Кувшинный человек. Японские сказки (из кн. Земляника под снегом) Упрямый Осел. Леонардо да Винчи Отшельник. Дж.Х. Джебран</p>	<p>Методика «Маскулинность и фемининность» С. Бем.</p>
<p>Тема 4. Эмоции. Эмоциональное благополучие - основной фактор психологического здоровья. Природа и функции эмоций. Индивидуальные различия в эмоциях и их выражении. Особенности эмоциональных состояний.</p>	<p>Удивительное дерево. По мотивам Чжуан-цзи. Мудрецы Китая. Сказка о милостивой Судьбе.</p>	<p>Определение уровня самоактуализации (САМОАЛ)</p>
<p>Тема 5. Чувства. Особенности чувственной сферы. Характеристика чувств. Художественно-эстетическое выражение чувств. Интеллектуальные, эстетические, патриотические</p>	<p>Полезный и бесполезный. Абдул-Хамидхан Как избежать глупых ошибок молодости. Р.Гарольд. Торговцы грезами.</p>	<p>Определение индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма</p>
<p>Тема 6. Эмоциональное реагирование. Умение управлять своими чувствами. Психологическая уравновешенность и ее значение для здоровья.</p>	<p>Множество выборов. Сказка о пронцательном Намусе. Маламати Макту-лу Как сделать правильный выбор. Дж. Селинджер «Выше стропила, плотники»</p>	<p>Выявление самооценки смыслжизненных ориентаций (Д.А. Леонтъев)</p>

<p>Тема 7. Стресс и дистресс. Психологические и физиологические проявления. Общий адаптационный синдром. Стресс. Релаксация как источник эмоционального выживания.</p>	<p>Притча о Слоне и Слононке. Р. Киплинг Исцеление. Идрис Шах Изменение восприятия. Мудрая Обезьяна. Просветленный. О. Раджниш</p>	
<p>Тема 8. Приемы саморегуляции: позитивное мышление, самовнушение, переключение и др.</p>		
<p>Тема 9. Особенности отношения к своему здоровью у мужчин и женщин. Принципы формирования самооценки, валеологических установок, здоровьесозидающей личностной позиции у юношей и девушек на различных этапах профессиональной подготовки.</p>	<p>Соловей и роза. О. Уайльд Аромат Орхидеи. Драгоценный камень. Джамби Богатая свадьба. Вьетнамская сказка Так ли это. Поль Репс Как муж с женой поссорился. Японская народная сказка Как жена из дому уходила. Японская народная сказка Невестка и свекровь. Японская народная сказка</p>	

Итоговое занятие	Сравнение. О. Раджниш Притча о пустыне. Идрис Шах	Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича
-------------------------	--	---

**Анкета «Определение уровня сформированности
здоровьесозидающей личностной позиции студентов и школьников»**

(А.Г. Маджуга)

Для того чтобы определить свой уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции (ЗСПЛ), Вам предлагается четырёхбалльная шкала, где высшему уровню соответствует цифра 4, а низшему – 1. Обведите кружком ту цифру, которая наиболее полно, на Ваш взгляд, отражает Ваш уровень здоровьесозидающей личностной позиции. В каждом блоке даны характеристики низшего уровня (расположен слева от шкалы) и высшего уровня (расположен справа от шкалы).

Мотивация овладения культурой здоровья		
Состав мотивации в основном представлен мотивами вынужденности (плохое самочувствие после перенесённой болезни, травмы; требования родителей, близких врачей). Интересы к культуре здоровья нет, возникает в отдельных ситуациях (интерес к фактам, открытиям в области здоровья, здорового образа жизни, нетрадиционным методам оздоровления). Ответственность проявляется в ситуациях явной необходимости. Культура здоровья не имеет большого смысла	1 2 3 4	Страстная вера в неограниченные возможности человека, в долгую, плодотворную, творчески-созидательную, яркую жизнь; убеждённость в том, что возрождение нации возможно через приобщение к культуре здоровья. Это становится главным смыслом в жизни и деятельности, что поднимает мотивацию на уровень страстной увлечённости культурой здоровья.
Отношение к ценностям культуры здоровья		

<p>Отношение к здоровью, к здоровому образу жизни узкопрагматичное, обывательски приземлённое. Необходимость заниматься своим здоровьем, вести здоровый образ жизни признаётся лишь в целях обеспечения жизненного комфорта. Приоритетными являются ценности, не связанные со здоровьем. Безразличное отношение к ценностям культуры здоровья</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>Признание приоритета ценностей культуры здоровья: здоровье, здоровый человек, здоровый образ жизни, придание им статуса личностных смыслов. Ярко выражено личностное, положительное эмоционально-оценочное отношение к ценностям культуры здоровья</p>
<p>Активность личности в овладении культурой здоровья</p>		
<p>Активность в приобщении к культуре здоровья . минимальна, проявляется только в момент вынужденности. По большому счету характерна пассивность, безынициативность в овладении культурой здоровья</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>Стремление овладения культурой здоровья слито с потребностью, с желанием передавать свой опыт окружающим. Деятельность всё больше становится креативной, осуществляется выход за рамки установленных образцов и правил</p>
<p>Качество здравотворческих знаний</p>		
<p>Знания невелики по объёму, поверхностные, отрывочные, бессистемные; осведомлённость в самых общих вопросах, владение понятиями слабое</p>	<p>1 2 3 4</p>	<p>Знания отличаются большой глубиной, системностью, действенностью</p>

Качество здоровьесозидательных умений и навыков		
<p>Выполнение только в ситуациях строгого контроля, принуждения или из стремления к подражанию знакомым друзьям, родителям. Характерно отсутствие автоматизма в действиях</p>	1 2 3 4	<p>Характерно регулярное, добросовестное выполнение здоровьесозидательных умений и навыков; оно становится автоматическим, достигает максимального уровня развития. Активное участие в здоровьесозидательных мероприятиях, оказание помощи в соответствующих ситуациях (травмы, несчастные случаи), профилактика заболеваний, строгое соблюдение режима, здоровьесозидательных требований вошло в привычку, стало стилем жизни</p>
Характер здоровьесозидательной деятельности		
<p>Преобладает репродуктивный подход к здоровьесозидательной деятельности, характерно точное следование типовым разработкам, рекомендациям, указаниям. Отсутствует стремление к самообразованию</p>	1 2 3 4	<p>Для здоровьесозидательной деятельности характерны творческий, эвристический подходы, самостоятельность, стремление к оригинальным нестандартным способам здоровьесозидательной деятельности, к самообразованию</p>

Рефлексия становления культуры здоровья					
Рефлексия культуры здоровья не проявляется ни в знании и понимании субъектом самого себя, ни в выяснении того, как другие понимают «рефлексирующего», его личностные особенности, эмоциональные реакции и когнитивные представления в пространстве культуры здоровья, не отражает опыт по её присвоению	1	2	3	4	Рефлексия, адекватная культуре здоровья, здравотворческим знаниям, умениям, навыкам, здоровому способу и образу жизни, ведёт к перестройке схемы поведения, проявлению в сознании механизмов и нормативов сознательного контроля над процессом сбора здравотворческой информации, появлению способности к критическому анализу получаемых сведений и их оценке

Оценка результатов. При подсчете среднего балла по всем 7 блокам, определяется средний показатель, характеризующий уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции у студентов и школьников.

Характеристика уровней сформированности здоровьесозидающей личностной позиции (ЗСПЛ):

Для творческого (IV) уровня ЗСПЛ характерны полное и ясное осознание здорового образа жизни как моральной категории, эмоционально-ценностное отношение к своему здоровью, актуальны мотивы самосовершенствования, самореализации, стремление к рефлексии, психологическая готовность и ориентация на здоровьесозидание, стремление реализовать индивидуальный опыт здоровьесозидающей деятельности (22-28 баллов)

Для репродуктивно-творческого (III) уровня ЗСПЛ свойственны неполное осознание здорового образа жизни в качестве ценностной ориентации, личностная оценка своего здоровья проявляется слабо, эмоционально-ценностное отношение выражено, но не ярко и не во всех случаях, проявляется стремление к рефлексивному осознанию своей деятельности, участие в ценностно-ориентированной деятельности часто происходит под влиянием внешнего воздействия, хотя наблюдается положительная мотивация этой деятельности (15-21 балла).

Для репродуктивного (II) уровня ЗСПЛ характерны поверхностные представления о здоровом образе жизни, отношение к здоровью проявляется на эмоционально-чувственном уровне, стремление к рефлексивному осознанию действительности происходит нерегулярно, участие в ценностно-ориентированной деятельности осуществляется под влиянием внешнего воздействия, без проявления положительной мотивации (8-14баллов).

Для адаптивного (I) уровня ЗСПЛ присущи элементарные отрывочные представления о здоровом образе жизни, эмоционально-ценностное отношение к здоровью не проявляется, стремление к рефлексивному осмыслению отсутствует, преобладают мотивы формального исполнения принципов здорового образа жизни, наблюдается пассивно-созерцательное и прагматическое отношение к действительности (0-7 баллов).

Методика «Диагностика валеологического типа личности»

(Т.Д. Дубовицкая, А.Г. Маджуга,)

Инструкция: Прочтите внимательно предложенные ниже суждения, касающиеся вашего здоровья, и выразите степень своего согласия с ними, проставив соответствующие знаки в бланке ответов:

Да/ скорее да (+) – 2 балла;

Нет/ скорее, нет (-) – 0 баллов;

Трудно сказать (?) – 1 балл.

Список суждений

1) Здоровье в большей степени зависит от условий жизни и работы, чем от самого человека.

2) Болезнь – дело случая: если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.

3) Делаю все возможное /слежу за тем, чтобы не заболеть.

4) Если человек болеет, то потому что сам вредит своему здоровью.

5) Развитие медицины – решающий фактор нашего здоровья.

6) Если бы не плохая экология, то мое здоровье могло бы быть значительно лучше.

7) Моя работа/учеба/домашние дела и др. мешают мне следить за своим здоровьем.

8) Даже если человек заботится о своем здоровье, тратит на это время, то от него мало что зависит.

9) Если я заболеваю, то слежу чтобы все медицинские процедуры выполнялись как положено.

10) Стараюсь не упускать возможности поправить свое здоровье.

11) Интересуюсь методами лечения болезней и слеую им.

12) У меня есть некоторые вредные привычки (курение, прием алкоголя, еда на ночь и др.), от которых мне трудно отказаться.

13) Если заболеваю, то стараюсь сразу же начать лечиться, обратить на свое здоровье внимание окружающих.

14) Мне трудно найти время, чтобы уделять должное внимание своему здоровью.

15) Мне нравится заботиться о своем здоровье, и я делаю это регулярно.

16) Окружающие делают мне замечание, что я не забочусь о своем здоровье.

Обработка результатов

Сверьте свои ответы с ключом

I. Шкала Безответственности – Ответственности (О):

Ответы: да: 3, 4, 7. Ответы нет: 1, 2, 5, 6, 8.

II. Шкала Пассивности – Активности (А)

Ответы да: 9, 10, 11, 13, 15; Ответы нет: 12, 14, 16

Анализ результатов

Высокие баллы по шкале ответственности свидетельствуют о том, что человек считает себя ответственным за свое здоровье; стремится не заболеть; если заболевает, то причину видит в самом себе и полагает, что выздоровление во многом зависит от него самого.

Низкие баллы по шкале ответственности свидетельствуют о том, что человек считает, что его здоровье зависит от внешних факторов: врачей, плохой экологии, если заболевает, то не видит в этом своей вины, не считает себя ответственным за свое здоровье.

Высокие баллы по шкале пассивности-активности свидетельствуют о том, что человек целенаправленно уделяет внимание своему здоровью,

забота о здоровье доставляет ему удовольствие, своевременно обращается за помощью, следит за правильным выполнением всех предписаний.

Низкие баллы по шкале пассивности-активности свидетельствуют о том, что человек заботится о своем здоровье только в случае крайней необходимости или не заботится вовсе; для заботы о своем здоровье у него нет ни времени, ни желания; забота о своем здоровье носит преимущественно вынужденный характер.

Типы валеологических установок

1. Саморегулятивный тип: высокий уровень ответственности и активности.

2. Поддерживающий/Вынужденный тип: высокий уровень ответственности и низкий уровень активности .

3. Манипулятивный тип: высокий уровень активности и низкий уровень ответственности.

4. Дефицитарный тип: низкий уровень ответственности и низкий уровень активности.

Основу методики составили две шкалы: 1) шкала ответственности-безответственности отношения к здоровью; 2) шкала пассивности-активности по отношению к своему здоровью. Сочетание этих шкал дает следующие типы личности.

1. Саморегулятивный тип. Характеризуется высоким уровнем ответственности и высоким уровнем активности по отношению к своему здоровью. Такой человек считает себя ответственным за свое здоровье, целенаправленно уделяет ему внимание, и эта забота доставляет ему удовольствие. Причины болезней ищет в самом себе, следит за тем, чтобы не заболеть, если заболевает, то предпринимает все необходимые меры для выздоровления.

2. Поддерживающий тип. Характеризуется высоким уровнем ответственности за свое здоровье, но низким уровнем поведенческой активности по обеспечению и поддержанию здоровья. Он понимает, что состояние его здоровья зависит, прежде всего, от него самого, но при этом практически о нем не заботится: на это у него нет ни времени, а порой и желания.

3. Манипулятивный тип. Характеризуется высоким уровнем активности в восстановлении своего здоровья, но низким уровнем собственной ответственности за его поддержание. В случае болезни человек уделяет внимание своему здоровью, обращается за помощью, следит за правильным выполнением всех предписаний. Считает, что его здоровье зависит от внешних факторов: врачей, экологии, тяжелой работы. При этом не следит за своим питанием, психическим состоянием, режимом труда и отдыха.

4. Дефицитарный тип. Характеризуется тем, что полностью возлагает ответственность за здоровье на внешние факторы, проявляя пассивность в обеспечении и поддержании своего здоровья.

Методика «Маскулинность - фемининность» (С. Бем)

Инструкция: отметьте в нижеследующем списке те качества, которые, по вашему мнению, есть у вас.

Текст опросника:

1. Верящий в себя
2. Умеющий уступать
3. Способный помочь
4. Склонный защищать свои взгляды
5. Жизнерадостный
6. Угрюмый
7. Независимый
8. Застенчивый
9. Совестьливый
10. Атлетический
11. Нежный
12. Театральный
13. Напористый
14. Падкий на лесть
15. Удачливый
16. Сильная личность
17. Преданный
18. Непредсказуемый
19. Сильный
20. Женственный
21. Надежный
22. Аналитичный
23. Умеющий сочувствовать
24. Ревнивый

- 25.Способный к лидерству
- 26.Заботящийся о людях
- 27.Прямой, правдивый
- 28.Склонный к риску
- 29.Понимающий других
- 30.Скрытный
- 31.Быстрый в принятии решений
- 32.Сострадающий
- 33.Искренний
- 34.Полагающийся только на себя (самодостаточный)
- 35.Способный утешить
- 36.Тщеславный
- 37.Властный
- 38.Имеющий тихий голос
- 39.Привлекательный
- 40.Мужественный
- 41.Теплый, сердечный
- 42.Торжественный, важный
- 43.Имеющий собственную позицию
- 44.Мягкий
- 45.Умеющий дружить
- 46.Агрессивный
- 47.Доверчивый
- 48.Малорезультативный
- 49.Склонный вести за собой
- 50.Инфантильный
- 51.Адаптивный, приспособляющийся
- 52.Индивидуалист
- 53.Не любящий ругательств

- 54. Не систематичный
- 55. Имеющий дух соревнования
- 56. Любящий детей
- 57. Тактичный
- 58. Амбициозный, честолюбивый
- 59. Спокойный
- 60. Традиционный, подверженный условностям

Ключ

- **маскулинность** («да»): 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52, 55, 58
- **фемининность** («да»): 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38, 41, 44, 47, 50, 53, 56, 59

За каждое совпадение ответа с ключом начисляется один балл. Затем определяются показатели фемининности (F) и маскулинности (M) в соответствии со следующими формулами. $F = (\text{сумма баллов по фемининности}) - 20$ $M = (\text{сумма баллов по маскулинности}) - 20$

Основной индекс IS определяется как:

$$IS = (F - M) * 2,322$$

Если величина индекса IS заключена в пределах от -1 до +1, то делают заключение об андрогинности. Если индекс IS меньше -1, то делается заключение о маскулинности. А если индекс IS больше +1 - о фемининности.

При этом, в случае когда IS меньше -2,025 говорят о ярко выраженной маскулинности.

А если IS больше +2,025 - говорят о ярко выраженной фемининности.

**Методика «Определения индивидуальных копинг-стратегий»
(Э.Хайма)**

Инструкция: Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей вашего поведения. В каждом разделе утверждений необходимо выбрать только один вариант, при помощи которого вы разрешаете свои трудности. Отвечайте в соответствии с тем, как вы справляетесь с трудными ситуациями в последнее время.

Утверждения:

А

1. Говорю себе: «В данный момент есть что-то важнее, чем трудности».
2. Говорю себе: «Это судьба, нужно с этим смириться».
3. Говорю себе: «Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо».
4. Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния.
5. Я стараюсь все проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось.
6. Я говорю себе: «По сравнению с проблемами других людей — это пустяк».
7. Я говорю себе: «Если что-то случилось, то так угодно Богу».
8. Я не знаю, что делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей.
9. Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам.
10. В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с более сложными.

Б

1. Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую.
2. Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу.
3. Я подавляю эмоции в себе.
4. Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации.
5. Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне.
6. Я впадаю в состояние безнадежности.
7. Я считаю, себя виноватым и получаю по заслугам.
8. Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным.

В

1. Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях.
2. Я стараюсь помочь людям, и в заботах о них забываю о своих горестях.
3. Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредоточиваться на своих неприятностях.
4. Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.).
5. Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т. д.).
6. Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой.
7. Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей.
8. Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом.

Ключ

А (когнитивные стратегии)

1. Игнорирование, О.
2. Смирение, Н.
3. Диссимиляция, О.

4. Сохранение самообладания, О.
5. Проблемный анализ, П.
6. Относительность, О.
7. Религиозность, О.
8. Растерянность, Н.
9. Придача смысла, О.
10. Установка собственной ценности, О.

Б (эмоциональные копинг-стратегий)

1. Протест, О.
2. Эмоциональная разрядка, Н.
3. Подавление эмоций, Н.
4. Оптимизм, П.
5. Пассивная кооперация, О.
6. Покорность, Н.
7. Самообвинение, Н.
8. Агрессивность, Н.

В (поведенческие копинг-стратегии)

1. Отвлечение, О.
2. Альтруизм, О.
3. Активное избегание, Н.
4. Компенсация, О.
5. Конструктивная активность, О.
6. Отступление, Н.
7. Сотрудничество, П.
8. Обращение, О.

Анализ результатов

Стратегии совладания со стрессом могут быть продуктивными, относительно продуктивными и непродуктивными. Копинг-стратегии делятся на три подгруппы: 1) когнитивные; 2) эмоциональные; 3) поведенческие. В ключе копинг-стратегии приведены в соответствии с утверждениями. В скобках даны обозначения: П — продуктивная копинг-стратегия (помогает быстро и успешно совладать со стрессом); О — относительно продуктивная копинг-стратегия (помогающая при некоторых ситуациях, например, не очень значимых или при небольшом стрессе); Н — непродуктивная стратегия (не устраняет стрессовое состояние, напротив, способствует его усилению).

**Методика «Ценностные ориентации»
(М. Рокича)**

Методика «Ценностные ориентации» разработана Милтоном Рокичем как тест личности, направленный на изучение ценностно-мотивационной сферы человека. Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самой, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности, основу жизненной концепции.

Инструкция: Сейчас Вам будет предъявлен набор из 18 карточек с обозначением ценностей. Ваша задача – разложить их по порядку значимости для Вас как принципов, которыми Вы руководствуетесь в Вашей жизни. Внимательно изучите таблицу и, выбрав ту ценность, которая для Вас наиболее значима, поместите ее на первое место. Затем выберите вторую по значимости ценность и поместите ее вслед за первой. Затем сделайте то же со всеми оставшимися ценностями. Наименее важная останется последней и займет 18 место.

Тестовый материал

Список А (терминальные ценности):

1. активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность);
2. жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл);
3. здоровье (физическое и психическое);
4. интересная работа;
5. красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе);
6. любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком);
7. материально обеспеченная жизнь;

8. наличие хороших и верных друзей;
9. общественное призвание (уважение окружающих, коллектива);
10. познание (возможность расширения своего образования, кругозора);
11. продуктивная жизнь;
12. развитие (работа над собой);
13. развлечения;
14. свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках);
15. счастливая семейная жизнь;
16. счастье других;
17. творчество (возможность творческой деятельности)
18. уверенность в себе (внутренняя гармония).

Список Б (инструментальные ценности):

1. аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи;
2. воспитанность (хорошие манеры);
3. высокие запросы (высокие требования к жизни и высокие притязания);
4. жизнерадостность (чувство юмора);
5. исполнительность (дисциплинированность);
6. независимость (способность действовать самостоятельно, решительно);
7. непримиримость к недостаткам в себе и других;
8. образованность (широта знаний, высокая общая культура);
9. ответственность (чувство долга, умение держать свое слово);
10. рационализм (умение здраво и логично мыслить);
11. самоконтроль (сдержанность, самодисциплина);

12. смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов;
13. твердая воля (умение настоять на своем)
14. терпимость (к взглядам и мнениям других)
15. широта взглядов (умение понять чужую точку зрения)
16. честность (правдивость, искренность)
17. эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе)
18. чуткость (заботливость)

Опросник САМОАЛ

Инструкция: «Из двух вариантов утверждений, выберите тот, который Вам больше нравится или лучше согласуется с Вашими представлениями, точнее отражает Ваши мнения. Здесь нет хороших или плохих, правильных или неправильных ответов, самым лучшим будет тот, который дается по первому побуждению».

Список суждений

1. а) Придет время, когда я заживу по-настоящему, не так, как сейчас.
б) Я уверен, что живу по-настоящему уже сейчас.
2. а) Я очень увлечен своим хобби.
б) Не могу сказать, что мне нравится мое хобби и то, чем я занимаюсь.
3. а) Если незнакомый человек окажет мне услугу, я чувствую себя ему обязанным.
б) Принимая услугу незнакомому человеку, я не чувствую себя обязанным ему.
4. а) Мне бывает трудно разобраться в своих чувствах.
б) Я всегда могу разобраться в собственных чувствах.
5. а) Я часто задумываюсь над тем, правильно ли я вел себя в той или иной ситуации.
б) Я редко задумываюсь над тем, насколько правильно мое поведение.
6. а) Я внутренне смущаюсь, когда мне говорят комплименты.
б) Я редко смущаюсь, когда мне говорят комплименты.
7. а) Способность к творчеству — природное свойство человека.
б) Далеко не все люди одарены способностью к творчеству.
8. а) У меня не всегда хватает времени на то, чтобы следить за новостями литературы и искусства.

- б) Я прилагаю силы, стараясь следить за новостями литературы и искусства.
9. а) Я часто принимаю рискованные решения.
б) Мне трудно принимать рискованные решения.
10. а) Иногда я могу дать собеседнику понять, что он кажется мне глупым и неинтересным.
б) Я считаю недопустимым дать понять человеку, что он мне кажется глупым и неинтересным.
11. а) Я люблю оставлять приятное «на потом».
б) Я не оставляю приятное «на потом».
12. а) Я считаю невежливым прерывать разговор, если он интересен только моему собеседнику.
б) Я могу быстро и непринужденно прервать разговор, интересный только одной стороне.
13. а) Я стремлюсь к достижению внутреннего спокойствия.
б) Состояние внутреннего спокойствия, скорее всего, недостижимо.
14. а) Не могу сказать, что я себе нравлюсь.
б) Я себе нравлюсь.
15. а) Я думаю, что большинству людей можно доверять.
б) Думаю, что без крайней необходимости людям доверять не стоит.
16. а) Плохо оплачиваемая работа не может приносить удовлетворения.
б) Интересное, творческое дело, само по себе награда.
17. а) Довольно часто мне скучно.
б) Мне никогда не бывает скучно.
18. а) Я не стану отступать от своих принципов даже ради добрых дел.
б) Я бы предпочел отступить от своих принципов ради дел, за которые люди были бы мне благодарны.
19. а) Иногда мне трудно быть искренним.

- б) Мне всегда удается быть искренним.
20. а) Когда я нравлюсь себе, мне кажется, что я нравлюсь и окружающим.
- б) Даже когда я себе нравлюсь, я понимаю, что есть люди, которым я неприятен.
21. а) Я доверяю своим внезапно возникшим желаниям.
- б) Свои внезапные желания я всегда стараюсь обдумать.
22. а) Я должен добиваться совершенства во всем, что я делаю.
- б) Я не слишком расстраиваюсь, если мне этого не удастся.
23. а) Эгоизм — естественное свойство любого человека.
- б) Большинству людей эгоизм не свойственен.
24. а) Если я не сразу нахожу ответ на вопрос, то могу отложить его на неопределенное время.
- б) Я буду искать ответ на интересующий меня вопрос, не считаясь со временем.
25. а) Я люблю перечитывать понравившиеся мне книги.
- б) Лучше прочесть новую книгу, чем возвращаться к уже прочитанной.
26. а) Я стараюсь поступать так, как ожидают окружающие.
- б) Я не склонен задумываться о том, чего ждут от меня окружающие.
27. а) Прошлое, настоящее и будущее представляются мне единым целым.
- б) Думаю, мое настоящее не очень-то связано с прошлым или будущим.
28. а) Большая часть того, что я делаю, доставляет мне удовольствие.
- б) Лишь немногие из моих занятий по-настоящему меня радуют.
29. а) Стремясь разобраться в характере и чувствах окружающих, люди часто бывают беспардонны.

б) Стремление разобраться в окружающих людях вполне естественно и оправдывает некоторую беспардонность.

30. а) Я хорошо знаю, какие чувства я способен испытывать, а какие нет.

б) Я еще не понял до конца, какие чувства я способен испытывать.

31. а) Я чувствую угрызения совести, если сержусь на тех, кого люблю.

б) Я не чувствую угрызений совести, когда сержусь на тех, кого люблю.

32. а) Человек должен спокойно относиться к тому, что он может услышать о себе от других.

б) Вполне естественно обидеться, услышав неприятное мнение о себе.

33. а) Усилия, затраченные на познание чего-то нового, стоят того, т.к. приносят пользу.

б) Усилия, затраченные на познание чего-то нового, стоят того, т.к. доставляют удовольствие.

34. а) В сложных ситуациях надо действовать испытанными способами — это гарантирует успех.

б) В сложных ситуациях надо находить принципиально новые решения.

35. а) Люди редко раздражают меня.

б) Люди часто меня раздражают.

36. а) Если бы была возможность вернуть прошлое, я бы там многое изменил.

б) Я доволен своим прошлым и не хочу 'в нем ничего менять.

37. а) Главное в жизни — приносить пользу и нравиться людям.

б) Главное в жизни — делать добро и служить правде.

38. а) Иногда я боюсь показаться слишком чувствительным.

- б) Я никогда не боюсь показаться слишком чувствительным.
39. а) Я считаю, что выразить свои чувства обычно важнее, чем обдумывать ситуацию.
- б) Не стоит необдуманно выражать свои чувства, не узнав ситуации.
40. а) Я верю в себя, когда чувствую, что способен справиться с задачами, стоящими передо мной.
- б) Я верю в себя даже тогда, когда неспособен справиться со своими проблемами.
41. а) Совершая поступки, люди руководствуются взаимной выгодой.
- б) По своей природе люди склонны заботиться лишь о собственной выгоде.
42. а) Меня интересуют все новинки в сфере моих интересов и увлечений.
- б) Я скептически отношусь к большинству нововведений в своей области интересов и увлечений.
43. а) Я думаю, что творчество должно приносить пользу людям.
- б) Я полагаю, что творчество должно приносить человеку удовольствие.
44. а) У меня всегда есть своя собственная точка зрения по важным вопросам.
- б) Формируя свою точку зрения, я склонен прислушиваться к мнениям уважаемых и авторитетных людей.
45. а) Сексуальные отношения без любви не являются ценностью.
- б) Даже без любви сексуальные отношения — очень значимая ценность.
46. а) Я чувствую себя ответственным за настроение собеседника.
- б) Я не чувствую себя ответственным за это.
47. а) Я легко мирюсь со своими слабостями.

- б) Смириться со своими слабостями мне нелегко.
48. а) Успех в общении зависит от того, насколько человек способен раскрыть себя другому.
- б) Успех в общении зависит от умения подчеркнуть свои достоинства и скрыть недостатки.
49. а) Мое чувство самоуважения зависит от того, чего я достиг.
- б) Мое самоуважение не зависит от моих достижений.
50. а) Большинство людей привыкли действовать «по линии наименьшего сопротивления».
- б) Думаю, что большинство людей к этому не склонны.
51. а) Узкая специализация необходима для настоящего ученого.
- б) Углубление в узкую специализацию делает человека ограниченным в знаниях.
52. а) Очень важно, есть ли у человека в жизни радость познания и творчества.
- б) В жизни очень важно приносить пользу людям.
53. а) Мне нравится участвовать в жарких спорах.
- б) Я не люблю спорить.
54. а) Я интересуюсь предсказаниями, гороскопами, астрологическими прогнозами.
- б) Подобные вещи меня не интересуют.
55. а) Человек должен трудиться ради удовлетворения своих потребностей и блага своей семьи.
- б) Человек должен трудиться, чтобы реализовать свои способности и желания.
56. а) В решении личных проблем я руководствуюсь общепринятыми представлениями.

- б) Свои проблемы я решаю так, как считаю нужным.
57. а) Воля нужна для того, чтобы сдерживать желания и контролировать чувства.
- б) Главное назначение воли — подхлестывать усилия и увеличивать энергию человека.
58. а) Я не стесняюсь своих слабостей перед друзьями.
- б) Мне нелегко обнаруживать свои слабости даже перед друзьями.
59. а) Человеку свойственно стремиться к новому.
- б) Люди стремятся к новому лишь по необходимости.
60. а) Я думаю, что неверно выражение «век живи — век учись».
- б) Выражение «век живи — век учись» я считаю правильным.
61. а) Я думаю, что смысл жизни заключается в творчестве.
- б) Вряд ли в творчестве можно найти смысл жизни.
62. а) Мне бывает непросто познакомиться с человеком, который мне симпатичен.
- б) Я не испытываю трудностей, знакомясь с людьми.
63. а) Меня огорчает, что значительная часть жизни проходит впустую.
- б) Не могу сказать, что какая-то часть моей жизни проходит впустую.
64. а) Талантливому человеку непростительно пренебрегать своим долгом.
- б) Талант и способности значат больше, чем долг.
65. а) Мне хорошо удается «использовать» людей в своих целях.
- б) Я полагаю, что «использовать» людей неприлично.
66. а) Я стараюсь избегать неприятностей.
- б) Я делаю то, что полагаю нужным, не считаясь с возможными неприятностями.
67. а) В большинстве ситуаций я не могу позволить себе дурачиться.

- б) Существует множество ситуаций, где я могу позволить себе дурачиться.
68. а) Критика в мой адрес снижает мою самооценку.
б) Критика практически не влияет на мою самооценку.
69. а) Зависть свойственна только неудачникам, которые считают, что их обманули.
б) Большинство людей завистливы, хотя и пытаются это скрыть.
70. а) Выбирая для себя работу, человек должен учитывать ее общественную полезность.
б) Человек должен заниматься прежде всего тем, что ему интересно.
71. а) Я думаю, что для творчества необходимы знания в конкретной области.
б) Я думаю, что знания для этого совсем не обязательны.
72. а) Пожалуй, я могу сказать, что живу с ощущением счастья.
б) Я не могу сказать, что живу с ощущением счастья.
73. а) Я думаю, что люди должны анализировать себя и свою жизнь.
б) Я считаю, что самоанализ приносит больше вреда, чем пользы.
74. а) Я пытаюсь найти объяснение даже для тех своих поступков, которые совершаю просто потому, что мне этого хочется.
б) Я не ищу объяснений для своих действий и поступков.
75. а) Я уверен, что любой может прожить свою жизнь так, как ему хочется.
б) Я думаю, что у человека мало шансов прожить свою жизнь, как хотелось бы.
76. а) О человеке никогда нельзя сказать с уверенностью, добрый он или злой.
б) Обычно оценить человека очень легко.
77. а) Для творчества нужно очень много свободного времени.

- б) Мне кажется, что в жизни всегда можно найти время для творчества.
78. а) Обычно мне легко убедить собеседника в своей правоте.
б) В споре я пытаюсь понять точку зрения собеседника, а не переубедить его.
79. а) Если я делаю что-либо исключительно для себя, мне бывает неловко.
б) Я не испытываю неловкости в такой ситуации.
80. а) Я считаю себя творцом своего будущего.
б) Вряд ли я сильно влияю на собственное будущее.
81. а) Выражение «добро должно быть с кулаками» я считаю правильным.
б) Вряд ли верно выражение «добро должно быть с кулаками».
82. а) По-моему, недостатки людей гораздо заметнее, чем их достоинства.
б) Достоинства человека увидеть гораздо легче, чем его недостатки.
83. а) Иногда я боюсь быть самим собой.
б) Я никогда не боюсь быть самим собой.
84. а) Я стараюсь не вспоминать о своих былых неприятностях.
б) Время от времени я склонен возвращаться к воспоминаниям о прошлых неудачах.
85. а) Я считаю, что целью жизни должно быть нечто значительное.
б) Я вовсе не считаю, что целью жизни непременно должно быть что-то значительное.
86. а) Люди стремятся к тому, чтобы понимать и доверять друг другу.
б) Замыкаясь в кругу собственных интересов, люди не понимают окружающих.
87. а) Я стараюсь не быть «белой вороной».

- б) Я позволяю себе быть «белой вороной».
88. а) В доверительной беседе люди обычно искренни.
б) Даже в доверительной беседе человеку трудно быть искренним.
89. а) Бывает, что я стыжусь проявлять своих чувства.
б) Я никогда этого не стыжусь.
90. а) Я могу делать что-либо для других, не требуя, чтобы они это оценили.
б) Я вправе ожидать от людей, что они оценят то, что я для них делаю.
91. а) Я проявляю свое хорошее отношение к человеку независимо от того, взаимно ли оно.
б) Я редко проявляю свое расположение к людям, не будучи уверенным, что оно взаимно.
92. а) Я думаю, что в общении нужно открыто проявлять свое недовольство другими.
б) Мне кажется, что в общении люди должны скрывать взаимное недовольство.
93. а) Я мирюсь с противоречиями в самом себе.
б) Внутренние противоречия снижают мою самооценку.
94. а) Я стремлюсь открыто выражать свои чувства.
б) Думаю, что в открытом выражении чувств всегда есть элемент несдержанности.
95. а) Я уверен в себе.
б) Не могу сказать, что я уверен в себе.
96. а) Достижение счастья не может быть главной целью человеческих отношений.
б) Достижение счастья — главная цель человеческих отношений.
97. а) Меня любят, потому что я этого заслуживаю.

- б) Меня любят, потому что я сам способен любить.
98. а) Несчастливая любовь способна сделать жизнь невыносимой.
б) Жизнь без любви хуже, чем несчастная любовь.
99. а) Если разговор не удался, я пробую построить его по-иному.
б) Обычно в том, что разговор не сложился, виновна невнимательность собеседника.
100. а) Я стараюсь производить на людей хорошее впечатление.
б) Люди видят меня таким, каков я на самом деле.

Обработка и интерпретация

Ключ

Шкалы опросника САМОАЛ:

1. Ориентация во времени: 1б, 11а, 17б, 24б, 27а, 36б, 54б, 63б, 73а, 80а.
2. Ценности: 2а, 16б, 18а, 25а, 28а, 37б, 45а, 55б, 61а, 64б, 72а, 81б, 85а., 96б, 98б.
3. Взгляд на природу человека: 7а, 15а, 23б, 41а, 50б, 59а, 69а, 76а, 82б, 86а.
4. Потребность в познании: 8б, 24б, 29б, 33б, 42а, 51б, 53а, 54б, 60б, 70б.
5. Креативность: 9а, 13а, 16б, 25а, 28а, 33б, 34б, 43б, 52а, 55б, 61а, 64б, 70б, 71б, 77б.
6. Автономность: 5б, 9а, 10а, 26б, 31б, 32а, 37б, 44а, 56б, 66б, 68б, 74б, 75а, 87б, 92а.
7. Спонтанность: 5б, 21а, 31б, 38б, 39а, 48а, 57б, 67б, 74б, 83б, 87б, 89б, 91а, 92а, 94а.
8. Самопонимание: 4б, 13а, 20б, 30а, 31б, 38б, 47а, 66б, 79б, 93а.
9. Аутосимпатия: 6б, 14б, 21а, 22б, 32а, 40б, 49б. 58а, 67б, 68б, 79б, 84а, 89б, 95а, 97б.
10. Контактность: 10а, 29б, 35а., 46б, 48а, 53а, 62б, 78б, 90а, 92а.
11. Гибкость в общении: 3б, 10а, 12б, 19б, 29б, 32а, 46б, 48а, 65б, 99а.

Примечание: шкалы №1, 3, 4, 8, 10 и 11 содержат по 10 пунктов, в то время как остальные по 15. Для получения сопоставимых результатов количество баллов по указанным шкалам следует умножить на 1,5. Можно получить результаты в процентах, решив следующую пропорцию: 15 баллов (максимум по каждой шкале) составляют 100%, а число набранных баллов составляет X%.

Описание шкал

Шкала ориентации во времени показывает, насколько человек живет настоящим, не откладывая свою жизнь на «потом» и не пытаясь найти убежище в прошлом. Высокий результат характерен для лиц, хорошо понимающих экзистенциальную ценность жизни «здесь и теперь», способных наслаждаться актуальным моментом, не сравнивая его с прошлыми радостями и не обесценивая предвкушением грядущих успехов. Низкий результат показывают люди, невротические погруженные в прошлые переживания, с завышенным стремлением к достижениям, мнительные и неуверенные в себе.

Шкала ценностей. Высокий балл по этой шкале свидетельствует, что человек разделяет ценности самоактуализирующейся личности, к числу которых А. Маслоу относит такие, как истина, добро, красота, целостность, отсутствие раздвоенности, жизненность, уникальность, совершенство, свершения, справедливость, порядок, простота, легкость без усилия, игра, самодостаточность. Предпочтение этих ценностей указывает на стремление к гармоничному бытию и здоровым отношениям с людьми, далекое от желания манипулировать ими в своих интересах.

Взгляд на природу человека может быть положительным (высокая оценка) или негативным (низкая). Эта шкала описывает веру в людей, в могущество человеческих возможностей. Высокий показатель может интерпретироваться как устойчивое основание для искренних и

гармоничных межличностных отношений, естественная симпатия и доверие к людям, честность, непредвзятость, доброжелательность.

Высокая потребность в познании характерна для самоактуализирующейся личности, всегда открытой новым впечатлениям. Эта шкала описывает способность к бытийному познанию – бескорыстную жажду нового, интерес к объектам, не связанный прямо с удовлетворением каких-либо потребностей. Такое познание, считает Маслоу, более точно и эффективно, поскольку его процесс не искажается желаниями и влечениями, человек при этом не склонен судить, оценивать и сравнивать. Он просто видит то, что есть и ценит это.

Стремление к творчеству или креативность – неременный атрибут самоактуализации, которую попросту можно назвать творческим отношением к жизни.

Автономность, по мнению большинства гуманистических психологов, является главным критерием психологического здоровья личности, ее целостности и полноты. Это понятие тяготеет к таким чертам, как жизненность (*aliveness*) и самоподдержка (*self-support*) у Ф. Перлза, направляемость изнутри (*inner-directed*) у Д. Рисмена, зрелость (*ripeness*) у К. Роджерса. Самоактуализирующаяся личность автономна, независима и свободна, однако это не означает отчуждения и одиночества. В терминах Э. Фромма автономность – это позитивная «свобода для» в отличие от негативной «свободы от».

Спонтанность – это качество, вытекающее из уверенности в себе и доверия к окружающему миру, свойственных самоактуализировавшимся людям. Высокий показатель свидетельствует о том, что самоактуализация стала образом жизни, а не является мечтой или стремлением. Способность к спонтанному поведению фрустрируется культурными нормами, в естественном виде ее можно наблюдать разве что у маленьких детей.

Спонтанность соотносится с такими ценностями, как свобода, естественность, игра, легкость без усилия.

Самопонимание. Высокий показатель по этой шкале свидетельствует о чувствительности, сензитивности человека к своим желаниям и потребностям. Такие люди свободны от психологической защиты, отделяющей личность от собственной сущности, они не склонны подменять собственные вкусы и оценки внешними социальными стандартами. Показатели по шкалам самопонимание, спонтанности и аутосимпатии, как правило, связаны между собой. Низкий балл по шкале самопонимания свойственен людям неуверенным, ориентирующимся на мнение окружающих – Д. Рисмен назвал таких «ориентированными извне» в отличие от «ориентированных изнутри».

Аутосимпатия – естественная основа психологического здоровья и цельности личности. Низкие показатели имеют люди невротичные, тревожные, неуверенные в себе. Аутосимпатия вовсе не означает тупого самодовольства или некритичного самовоспитания, это просто хорошо осознаваемая позитивная Я — концепция, служащая источником устойчивой адекватности самооценки.

Шкала контактности измеряет общительность личности, ее способность к установлению прочных и доброжелательных отношений с окружающими. В опроснике САМОАЛ контактность понимается не как уровень коммуникативных способностей личности или навыки эффективного общения, но как общая предрасположенность к взаимно полезным и приятным контактам с другими людьми, необходимая основа синергической установки личности.

Шкала гибкости в общении соотносится с наличием или отсутствием социальных стереотипов, способностью к адекватному самовыражению в общении. Высокие показатели свидетельствуют об аутентичном взаимодействии с окружающими, способности к самораскрытию. Люди с

высокой оценкой по этой шкале ориентированы на личностное общение, не склонны прибегать к фальши или манипуляциям, не смешивают самораскрытие личности с самопредъявлением – стратегией и тактикой управления производимым впечатлением. Низкие показатели характерны для людей ригидных, не уверенных в своей привлекательности, в том, что они интересны собеседнику и общение с ними может приносить удовольствие.

ТЕСТ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ (СЖО)

(Д.А. Леонтьев)

Данная методика представляет собой 20 симметричных шкал-вопросов, состоящих из пары целостных альтернативных предложений с одинаковым началом. Показатели теста включают в себя общий показатель осмысленности жизни (ОЖ), а также пять субшкал, отражающих три конкретные смысложизненные ориентации и два аспекта локуса контроля:

1. «Цели в жизни». Характеризует целеустремленность, наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей (намерений, призвания) в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

2. «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни». Определяет удовлетворенность своей жизнью в настоящем, восприятие процесса своей жизни как интересного, эмоционально насыщенного и наполненного смыслом. Содержание этой шкалы совпадает с представлением о том, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить.

3. «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией». Измеряет удовлетворенность прожитой частью жизни, оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть.

4. «Локус контроля - Я (Я - хозяин жизни)». Характеризует представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле, контролировать события собственной жизни.

5. «Локус контроля - жизнь или управляемость жизни». Отражает убежденность в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, убежденность в том, что жизнь человека подвластна сознательному контролю.

ОБРАБОТКА

Обработка результатов сводится к суммированию числовых значений для всех 20 шкал и переводу суммарного балла в стандартные значения (процентили).

Для подсчета баллов необходимо перевести отмеченные испытуемым позиции на симметричной шкале 3210123 в оценки по восходящей или нисходящей ассиметричной шкале. Восходящая последовательность градаций (от 1 до 7) чередуется в случайном порядке с нисходящей (от 7 до 1), причем максимальный балл (7) всегда соответствует полюсу наличия цели в жизни, а минимальный балл (1) - полюсу ее отсутствия. При подсчете баллов по ключу придерживаются следующего правила: — в восходящую шкалу 1 2 3 4 5 6 7 переводятся пункты 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17.— в нисходящую шкалу 7 6 5 4 3 2 1 переводятся пункты 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20.

После этого суммируются баллы ассиметричных шкал, соответствующие позициям, отмеченных испытуемым.

Субшкала 1 (цели в жизни) - 3, 4, 10, 16, 17, 18.

Субшкала 2 (процесс жизни)- 1, 2, 4, 5, 7, 9.

Субшкала 3 (результат жизни) - 8, 9, 10, 12, 20.

Субшкала 4 (локус контроля — Я) - 1, 15, 16, 19.

Субшкала 5 (локус контроля — жизнь)- 7, 10, 11, 14, 18, 19.

Общий показатель — осмысленность жизни (ОЖ) — все 20 пунктов.

В таблице ниже приведены средние и стандартные отклонения по общему показателю СЖО и всем пяти субшкалам отдельно для мужчин и женщин,

полученные на выборке 200 человек в возрасте от 18 до 29 лет (по данным Д.А. Леонтьева, 2000).

Средние и стандартные отклонения субшкал и общего показателя СЖО (по данным Д.А. Леонтьева, N=200 чел).

Субшкала		Среднее знач. ± Станд откл	
		Мужчины	Женщины
1	Цели в жизни	32,90±5,92	29,38±6,24
2	Процесс жизни	31,09±4,44	28,80±6,14
3	Результативность жизни	25,46±4,30	23,30±4,95
4	Локус контроля — Я	21,13±3,85	18,58±4,30
5	Локус контроля — жизнь	30,14±5,80	28,70±6,10
Общий показатель ОЖ		103,10±15,03	95,76±16,54

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Субшкала 1. Цели в жизни.

Шкала характеризует наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Низкие баллы по этой шкале даже при общем высоком уровне осмысленности жизни (ОЖ) будут присущи человеку, живущему сегодняшним или вчерашним днем. Высокие баллы по этой шкале могут характеризовать не только целеустремленного человека, но и прожектёра, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Эти два случая несложно различить, учитывая показатели по другим шкалам СЖО.

Субшкала 2. Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни.

Содержание этой шкалы совпадает с известной теорией о том, что единственный смысл жизни состоит в том, что чтобы жить. Эта шкала —

показатель того воспринимает ли испытуемый сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать гедониста, живущего сегодняшним днем. Низкие баллы по этой шкале — признак неудовлетворенности своей жизнью в настоящем; при этом, однако, ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом или нацеленность в будущее.

Субшкала 3. Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией.

Шкала отражает оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать человека, который доживает свою жизнь, у которого все в прошлом, но прошлое способно придать смысл остатку жизни. Низкие баллы — неудовлетворенность прожитой частью жизни.

Шкала 4. Локус контроля — Я (Я — хозяин жизни).

Высокие баллы соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами, а также представлениями о ее смысле. Низкие баллы — неверие в свои силы контролировать события собственной жизни.

Субшкала 5. Локус контроля - жизнь, или управляемость жизни.

При высоких баллах — убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Низкие баллы — фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

ИНСТРУКЦИЯ: «Вам будут предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача — выбрать одно из двух утверждений, которое,

по Вашему мнению, больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр 1, 2, 3, в зависимости от того насколько Вы уверены в выборе (или 0, если оба утверждения на Ваш взгляд одинаково верны)».

Тест опросника

		3	2	1	0	1	2	3	
1.	Обычно мне очень скучно.								Обычно я полон энергии
2.	Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей								Жизнь кажется мне совершенно спокойной и рутинной
3.	В жизни я не имею определенных целей и намерений								В жизни я имею очень ясные цели и намерения
4.	Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной								Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной.
5.	Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие								Каждый день кажется мне совершенно похожим на все другие.
6.	Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заняться								Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами.
7.	Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал								Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал.
8.	Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов.								Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни.
9.	Моя жизнь пуста и неинтересна.								Моя жизнь наполнена интересными делами
10.	Если бы мне пришлось подводить сегодня итог моей жизни, то я бы сказал, что она была вполне осмысленной.								Если бы мне пришлось сегодня подводить итог моей жизни, то я бы сказал, что она не имела смысла.

11.	Если бы я мог выбирать, то я бы построил свою жизнь совершенно иначе.								Если бы я мог выбирать, то я бы прожил жизнь еще раз так же, как живу сейчас.
12.	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он часто приводит меня в растерянность и беспокойство.								Когда я смотрю на окружающий меня мир, он совсем не вызывает у меня беспокойства и растерянности.
13.	Я человек очень обязательный.								Я человек совсем не обязательный.
14.	Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию.								Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств.
15.	Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком.								Я не могу назвать себя целеустремленным человеком.
16.	В жизни а еще не нашел своего призвания и ясных целей.								В жизни я нашел свое призвание и цели.
17.	Мои жизненные взгляды еще не определились.								Мои жизненные взгляды вполне определились.
18.	Я считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели в жизни.								Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни.
19.	Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею.								Моя жизнь не подвластна мне и она управляется внешними событиями.
20.	Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворение								Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания.

Методика «Диагностика потребности в поисках ощущений»

(М. Цукерман)

Инструкция: Вашему вниманию предлагается ряд утверждений, которые объединены в пары. Из каждой пары Вам необходимо выбрать одно, которое наиболее характерно для Вас, и отметить его.

Список суждений:

1. а) Я бы предпочел работу, требующую многочисленных разъездов, путешествий.
б) Я бы предпочел работать на одном месте.
2. а) Меня взбадривает свежий, прохладный день.
б) В прохладный день я не могу дождаться, когда попаду домой.
3. а) Мне не нравятся все телесные запахи.
б) Мне нравятся некоторые телесные запахи.
4. а) Мне не хотелось бы попробовать какой-нибудь наркотик, который мог бы оказать на меня незнакомое воздействие.
б) Я бы попробовал какой-нибудь из незнакомых наркотиков, вызывающих галлюцинации.
5. а) Я бы предпочел жить в идеальном обществе, где каждый безопасен, надежен и счастлив.
б) Я бы предпочел жить в неопределенные, смутные дни нашей истории.
6. а) Я не могу вынести езду с человеком, который любит скорость.
б) Иногда я люблю ездить на машине очень быстро, так как нахожу это возбуждающим.

7. а) Если бы я был продавцом—коммивояжером, то предпочел бы твердый оклад, а не сдельную зарплату с риском заработать мало или ничего.

б) Если бы я был продавцом—коммивояжером, то я бы предпочел работать сдельно, так как у меня была бы возможность заработать больше, чем сидя на окладе.

8. а) Я не люблю спорить с людьми, чьи воззрения резко отличаются от моих, поскольку такие споры, всегда неразрешимы.

б) Я считаю, что люди, которые не согласны с моим воззрением больше стимулируют, чем люди, которые согласны со мной.

9. а) Большинство людей тратят в целом слишком много денег на страхование.

б) Страхование — это то, без чего не мог бы позволить себе обойтись ни один человек.

10. а) Я бы не хотел оказаться загипнотизированным.

б) Я бы хотел попробовать оказаться загипнотизированным.

11. а) Наиболее важная цель в жизни — жить на полную катушку и взять от нее столько, сколько возможно.

б) Наиболее важная цель в жизни — обрести спокойствие и счастье.

12. а) В холодную воду я вхожу постепенно, дав себе время привыкнуть к ней.

б) Я люблю сразу нырнуть или прыгнуть в море или холодный бассейн.

13. а) В большинстве видов современной музыки мне не нравятся беспорядочность и дисгармоничность.

б) Я люблю слушать новые и необычные виды музыки.

14. а) Худший социальный недостаток — быть грубым, невоспитанным человеком.

б) Худший социальный недостаток — быть скучным человеком.

15. а) Я предпочитаю эмоционально—выразительных людей, даже если они немного неуравновешенны,

б) Я предпочитаю больше людей спокойных.

16. а) У людей, едущих на мотоциклах, должно быть есть какая-то неосознаваемая потребность причинить себе боль, вред.

б) Мне бы понравилось водить мотоцикл, или ездить на нем.

Ключ

1. а	5. б	9. а	13. б
2. а	6. б	10. б	14. б
3. б	7. б	11. а	15. а
4. б	8. б	12. б	16. б

Каждый ответ, совпавший с ключом, оценивается в один балл. Полученные баллы суммируются. Сумма совпадений и является показателем уровня потребностей в ощущениях. Поиск новых ощущений имеет большое значение для человека, поскольку стимулирует эмоции и воображение, развивает творческий потенциал, что в конечном счете ведет к его личностному росту.

Высокий уровень потребностей в ощущениях (11-16 баллов) обозначает наличие влечения, возможно, бесконтрольного, к новым впечатлениям, что часто может провоцировать испытуемого на участие в рискованных авантюрах и мероприятиях. От 6 до 10 баллов — средний уровень потребностей в ощущениях. Он свидетельствует об умении контролировать такие потребности, об умеренности в их удовлетворении, то есть, с одной стороны — об открытости новому опыту, с другой стороны — о сдержанности и рассудительности в необходимых моментах жизни. Низкий уровень потребностей в ощущениях (от 0 до 5 баллов) обозначает присутствие предусмотрительности и осторожности в ущерб

получению новых впечатлений (и информации) от жизни. Испытуемый с таким показателем предпочитает стабильность и упорядоченность неизвестному и неожиданному в жизни.

Приложение 10

Корреляционные взаимосвязи уровня сформированности
здоровьесозидающей личностной позиции, валеологического типа
личности и гендерной идентификации у юношей

	Уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции	Безответственность Ответственность	Пассивность Активность	Гендерная идентификация
Уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции	0,227743	-0,1215	0,175201	0,175201
Безответственность- Ответственность	0,230977	0,289469	0,280617	0,280617
Пассивность- Активность	-0,16886	0,347717	0,076117	0,076117
Гендерная идентификация	-0,39756	0,280454	0,39823	-0,28523

Приложение 11

Корреляционные взаимосвязи уровня сформированности
здоровьесозидающей личностной позиции, валеологического типа
личности и гендерной идентификации у девушек

	Уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции	Безответственность- Ответственность	Пассивность- Активность	Гендерная идентификация
Уровень сформированности здоровьесозидающей личностной позиции	0,281589	0,227743	0,289469	0,34287
Безответственность- Ответственность	0,102734	0,230977	0,3455617	0,38224
Пассивность- Активность	0,297359	-0,16886	0,28545454	0,005654
Гендерная идентификация	0,39656	0,4095	0,3992	-0,22324