

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Г.В. Залевский, Ю.В. Кузьмина

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Учебное пособие

*Рекомендовано Советом по психологии УМО
по классическому университетскому образованию
в качестве учебного пособия для студентов
высших учебных заведений, обучающихся
по направлению и специальностям психологии*

Томск
2012

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.4Я73

323

Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В.

323 Психология здоровья студенческой молодежи :
учеб. пособие. – Томск : Томский государственный
университет, 2012. – 144 с.

ISBN 978-5-9462-1396-7

В учебном пособии рассмотрены вопросы психологического анализа состояния здоровья студентов разных специальностей, курсов, вузов и регионов. Теоретико-методологическим основанием выступает целостно-ценностная парадигма в контексте антропологической психологии, в которой представлена биопсихосоциально-этическая модель природы человека, его развития и здоровья. Акцент сделан на выяснении места здоровья в системе ценностей студентов во взаимосвязи с некоторыми личностными ресурсами (флексibilität, самоактуализация) и биосоциальными факторами (возраст, пол, география вуза). Аргументируется необходимость создания вузовских центров «Культура здоровья студенческой молодежи», которые могли бы способствовать организации здорового образа жизни студентов, дается описание модели такого центра.

Для студентов, магистров, аспирантов факультетов психологии, а также для преподавателей психологических дисциплин. Пособие может быть полезно и для студентов непсихологических факультетов, а также для менеджеров вузовского образования.

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.4Я73

ISBN 978-5-9462-1396-7

© Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В., 2012

© Томский государственный университет, 2012

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В последние годы отмечается ухудшение показателей здоровья молодежи, в том числе и студенческой (Будченко Е.А., 2000; Пальцев М.А., 2002; Козина Г.Ю., 2007; Ушакова Я.В., 2007; Васильева О.С., 2010). Это происходит при снижении «качества жизни» на фоне увеличения требований к уровню подготовки специалистов, усиления интенсификации учебного процесса в условиях инновационных преобразований высшего профессионального образования (Деркач А.А., 2003; Der Bologna-Prozess, 2010). В настоящее время во многих странах, в том числе и в России, обеспокоенность состоянием здоровья населения отмечена и на уровне правительств, создаются комплексные программы «Здоровье нации» (Жиляев А.Г., 2010), проводятся Всероссийские форумы (2007) и т.д. «Забота о здоровье нации в целом и каждого конкретного человека всегда была и будет приоритетным направлением в нашей деятельности», – заявил Президент Российской Федерации Д.А. Медведев. В документе «Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ» сформулированы задачи 21-го века, в том числе определена задача № 4 – сохранение здоровья молодежи.

Сохранение здоровья особенно актуально в студенческом возрасте, так как здоровье студентов определяется особенностями этого периода в их жизни, когда формируется будущий профессионал и носитель интеллектуального потенциала нации, из чего следует, что его здоровье приобретает общественное значение. Проблемы состояния здоровья людей сегодня – это и вызов науке, в том числе и психологической (Безруких М.М., 2004; Пономаренко В.А., 2009), поскольку еще очень много проблем теоретического плана и рекомендаций практике по сохранению и укреплению всех аспектов здоровья людей остаются и сегодня нерешенными (Шувалов А.В., 2006; Васильева О.С., Правдина Л.Р., Вартаньянц О.Р., 2010; Филатов Ф.Р., 2010; Вассерман Л.И., 2011).

Неумолимая статистика, противоречивая в цифрах, но единодушная в оценке тенденций, свидетельствует о росте числа «болезней цивилизации» (К.Ясперс), а также и о том, что большинство известных человеку болезней, молодеют, а некоторые из них – это вообще болезни молодых (Тхостов А.Ш., Сурнов Г.К., 2005). В то же время остаются открытыми

вопросы об объяснительных моделях здоровья, эталонах здоровья и здорового человека (личности), здорового образа жизни, места здоровья в иерархии ценностных ориентаций студенчества, представляющих ядро личностных ресурсов здоровья и содержание его духовного составляющего, которая, в конечном итоге, определяет индивидуальную ответственность человека за свое здоровье (Никифоров Г.С., 2006). Иначе говоря, **здоровье начинается со здорового отношения к здоровью.**

Таким образом, становится очевидной актуальность проблемы психологии здоровья и образа жизни студентов во взаимосвязи с биосоциальными факторами и их личностными ресурсами, поскольку анализ научной литературы и эмпирические данные позволили выявить **противоречие** между высокой социальной значимостью здоровья студенчества как интеллектуального потенциала нации и реально фиксируемой тенденцией его ухудшения, с одной стороны, и недостаточной изученностью ее психологических причин, роли биосоциальных факторов и условий активизации личностных ресурсов – с другой.

В связи с обозначенной актуальностью проблемы данного исследования определены его объект, предмет и цель.

Объект исследования. Психологические проблемы здоровья и образа жизни студенчества.

Предмет исследования. Уровень здоровья и образ жизни студентов в их самооценке и во взаимосвязи с биосоциальными факторами (возраст, пол, курс обучения, специальность, география вуза) и личностными ресурсами (мест здоровья в системе ценностей, самоактуализация и флексибельность).

Цель исследования. Выявить особенности уровня здоровья и образа жизни студентов в самооценке и во взаимосвязи с биосоциальными факторами (возрастом, полом, профессиональной направленностью, курсом обучения, регионального положения вуза) и личностными ресурсами (местом здоровья в системе ценностей, самоактуализацией, флексибельностью).

Гипотеза исследования. Мы предположили, что уровень общего здоровья студентов в их самооценке является невысоким и дифференцированным в зависимости от вида здоровья (физического, психологического, социального, духовного), возраста, пола, курса обучения, региона, специальности, что связано с недостаточной активизацией личностных ресурсов (здоровья как ценности, самоактуализации и флексибельности), обуславливающих их образ жизни.

Задачи исследования. Исходя из цели и гипотезы, были определены следующие задачи исследования:

1. Осуществить аналитический обзор литературных источников по теме исследования.

2. Разработать теоретико-методологические основания исследования, опираясь, прежде всего, на холистический и аксиологические подходы к пониманию человека и его здоровья.

3. Разработать научно-исследовательскую программу и дизайн исследования, ориентированных на охват всех составляющих здоровья, образа жизни, биосоциальных факторов и личностных ресурсов здоровья студентов.

4. Осуществить эмпирический сбор материала с учетом репрезентативности выборки (студенты разных курсов, специальностей и географического расположения вуза).

5. Описать полученные результаты, осуществить их количественный и качественный анализ.

6. Предложить проект модели научно-методического координационного вузовского центра «Культура здоровья студентов».

Теоретико-методологические основания исследования. В данном исследовании мы попытались интегрировать ряд подходов в качестве теоретико-методологических оснований. Основными из них являются: биопсихосоциальноэтическая модель развития личности и ее здоровья (Г.В. Залевский, 2007–2010), структурно-уровневый подход (М.С. Роговин, 1977), теория отношений личности В.Н. Мясищева (1960), представления о системе ценностей личности и ее деформации (Рокич, 1969), о самоактуализации как характеристике здоровой личности (Маслоу, 1997; Роджерс, 1994), о флексибельности как личностном ресурсе здоровья (Г.В. Залевский, 2009).

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 502 студента 1–5-го курсов вузов трех регионов России – Урала, Западной Сибири и Дальнего Востока разных специальностей (психологи, клинические психологи, «физкультурники», «естественники»), разных форм обучения (очная и заочная), обоего пола в возрасте 17–40 лет (основную группу составили студенты в возрасте 17–25 лет – всего 446 человек).

В исследовательскую программу вошли следующие методы: теоретический анализ, тест «Оценка уровня здоровья и образа жизни» Р. Страуба, адаптированный и модифицированный Г.В. Залевским (2009),

тест «Оценка системы ценностей личности» М. Рокича, Томский опросник ригидности (шкала актуальной гибкости и шкала лжи) Г.В. Залевского (ТОРЗ), «Краткая шкала измерения самоактуализации» (Джоунс и Крэндел, 1986).

Для структурно-уровневого анализа были использованы количественные оценки полученных данных с помощью следующих методов: «Корреляционный анализ Пирсона», «Многофакторный анализ с варимакс-вращением», «Кластерный анализ», «Метод проверки гипотез «Ано-ва/Манова», «Дискриминантный анализ по Стьюденту», «Дескриптивная статистика».

Организация и этапы и исследования. Исследование проводилось в течение 5 лет (с 2007 по 2011 г.) на базе факультета психологии Томского государственного университета, Алтайской госпедакадемии им. В.М. Шукшина (г. Бийск), Дальневосточного государственного медуниверситета (г. Владивосток), Уральского политехнического университета (г. Екатеринбург).

На начальном этапе (2007–2008 гг.) исследования был проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, разработана исследовательская программа.

На втором этапе (2009–2010 гг.) проведено исследование, в котором приняли участие свыше 700 испытуемых.

На третьем этапе (2011 г.) проведены обработка, описание и анализ полученных данных.

Научная новизна исследования. Впервые подвергнут теоретическому (структурно-уровневому) анализу с использованием факторного и кластерного методов феномен «здоровье» в контексте биопсихосоциально-этической природы человека и модели здоровья.

Получены новые данные об особенностях взаимосвязи уровня здоровья студентов в субъективной оценке с такими личностными ресурсами, как: ценностные ориентации (здоровье как ценность), самоактуализация и гибкость. Так, например, оказалось, что только чуть больше половины студентов (55%) считают здоровьем ценностью высокой значимости, а 10% причисляют его к ценностям вообще малозначимым. Разумеется, что это не может не сказываться на их образе жизни, в свою очередь оказывающего решающее влияние на уровень их здоровья.

Получены новые данные о дифференциально-детерминирующей роли в уровне здоровья и образа жизни студентов таких факторов, как: возраст, пол, курс обучения, специальность, география вуза. Так, например,

различия между полами значимы и достоверны только по шкалам «духовное здоровье», «социальное здоровье» и «экологическое здоровье», при отсутствии таковых по шкалам «физическое здоровье» и «психологическое здоровье»; к третьему курсу понижаются показатели четырех шкал здоровья, за исключением шкалы «физическое здоровье», которая плавно идет вверх к третьему и далее к 4-му и 5-му курсам; согласно кросс-региональным данным, например, показатели шкал здоровья студентов Алтайского края оказались несколько выше по сравнению со студентами Томской области; затем они снижаются, хотя и в разной степени, у студентов Дальнего Востока, за исключением шкалы ПЗ, поднимаясь незначительно у студентов Урала.

Адаптирован и апробирован вопросник «Оценка уровня здоровья и образа жизни» Р. Страуба.

Уточнено, что шкала «экологическое здоровье» теста Страуба отражает, скорее всего, не содержание экологического здоровья как такового, а лишь определенный вид превентивных мер, наиболее тесно связанных с духовным здоровьем, культурой экологического поведения.

Предложена модель вузовского координационного научно-методического центра «Культура здоровья студентов».

Теоретическая значимость исследования. Предложен и осуществлен целостно-ценностный подход к здоровью: человек и его здоровье выступают как целостные образования, в которых духовный аспект – здоровье как ценность – играет интегрирующую и ведущую роль. Расширено представление о биопсихосоционотической/духовной природе человека, интегративной характеристикой которой является здоровье. Показано, что представление о здоровье должно выходить за пределы физических терминов. Здоровье – многоаспектный и многоуровневый феномен, высшим и интегрирующим уровнем которого является духовный уровень (аспект) – духовное здоровье, первым признаком которого предстает здоровье как ценность, занимающее в системе ценностей студентов, к сожалению, не самый высокий и значимый ранг. Теоретически значимыми являются результаты исследования о влиянии биосоциальных факторов на особенности проявления здоровья и образа жизни студенческой молодежи. Расширено представление о возможностях структурно-уровневого подхода при анализе проблемы психологии здоровья.

Практическая значимость исследования. Практически значимостью обладает положенная в основание исследования целостно-ценностная пара-

дигма, на основании которой предложена модель центра «Культура здоровья студентов», ориентированного на оказание профилактической (информационной, просветительной, образовательной) помощи, помощи сохранения, укрепления здоровья, также психоконсультативной и психотерапевтической помощи.

Предложенная психодиагностическая программа может, несомненно, быть полезной при оценке состояния здоровья в процессе мониторинга и своевременного оказания помощи нуждающимся студентам.

Материал исследования может быть использован в образовательной практике – в курсах «Психология здоровья». «Клиническая психология» при подготовке соответствующих специалистов и включен в образовательные программы разных профессиональных направлений.

1. ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

К постановке проблемы. В течение последних 20 лет специалисты, изучающие состояние здоровья населения России, отмечают его резкое ухудшение – от кратковременных до хронических состояний, которые нельзя охарактеризовать как «здоровье» (Паутов И.С., 2011. С. 2–3).

Высокий уровень риска ухудшения здоровья негативно сказывается на социальном развитии общества: снижается экономический потенциал, растет число людей, исключенных из социальных отношений, т.к. ухудшение здоровья тесно связано с проблемами бедности и социальной эксклюзии (Журавлева Е.Б., 2006. С. 46).

С рисками ухудшения здоровья сталкиваются в настоящее время почти все развитые страны. Это связано с процессами демографического перехода, когда в обществе начинает доминировать такой тип воспроизводства населения, при котором снижается рождаемость и увеличивается продолжительность жизни. Такое соотношение неизбежно ведет к старению общества и сопутствующему росту возрастных патологий. Другим условием повышения уровня рисков, связанных со здоровьем, является «эпидемиологический переход» (Журавлева Е.Б., 2006. С. 91), при котором хронические неинфекционные патологии становятся более серьезной угрозой человеку, чем инфекционные заболевания.

Несмотря на общие черты рисков ухудшения здоровья для развитых стран, уровень риска варьируется в различных обществах (Паутов И.С., 2011). В России уровень рисков ухудшения здоровья, по данным официальной статистики, в несколько раз выше, чем в странах Западной Европы (The European. 2007. P. 41). С чем связаны подобные различия? По данным исследований, они в наименьшей степени зависят от уровня развития системы здравоохранения. Она определяет состояние здоровья индивида лишь в пределах 10%.

1.1. Дефиниции понятия «здоровье», его виды, составляющие, аспекты и уровни

Слово *здоровье* – этимологически восходит к представлению о дереве – крепком, здоровом (здоровый, как дуб). Английское слово *health* (здоровый) происходит от англосаксонского слова *whole* – целый, невредимый, что является семантическим определением здоровья.

В настоящее время число определений понятия здоровья перевалило за три сотни и каждое из них отражает концепцию автора. Единого же мнения относительно данной дефиниции ни в отечественной, ни в зарубежной науке нет и, вероятно, не может быть. Так, П.И. Калью (цит. по: Пахальян В., 2006. С. 28) рассмотрел около 80 формулировок сущности здоровья и отметил наиболее часто встречающиеся в них признаки:

1) нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальное течение физических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству;

2) динамическое равновесие организма и его функций и факторов окружающей среды;

3) способность к полноценному выполнению основных функций, участие в социальной деятельности и общественно-полезном труде;

4) способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность;

5) отсутствие болезни, болезненных состояний либо болезненных изменений;

6) полное физическое и духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармонического взаимодействия всех органов.

Здесь же Калью справедливо отмечает, что указанные признаки здоровья не исчерпывают всего разнообразия признаков, используемых разными авторами при характеристике сущности здоровья.

Сегодня известно более 10 тысяч заболеваний и более 100 тысяч их признаков. Современная медицина находится на достаточно высоком уровне, мы хорошо знаем, почему мы болеем, по крайней мере, думаем так, но весьма плохо знаем, а почему же мы здоровы. Известный медик Г.И. Царегородцев (1973) говорил, что мы овладели арифметикой болезни и остановились перед алгеброй здоровья. Мы переступили порог третьего тысячелетия, однако до сих пор ученые не пришли к единому мнению, что же такое здоровье, а поэтому нет единого определения понятия «здоровье», хотя имеется около сотни различных вариантов.

Остаются открытыми вопросы об объяснительных моделях здоровья, эталонах здоровья и здорового человека (личности), здорового образа жизни, места здоровья в иерархии ценностных ориентаций человека и

т.д. Прояснение этих и других вопросов о здоровье современного человека сегодня особенно актуально, поскольку в переживаемую нами эпоху социально-экономических кризисов и инновационных процессов ставится вопрос о той цене – здоровье, которую люди должны заплатить, чтобы преодолеть кризисы, осуществляя инновационную деятельность.

Здоровье – это типично идеальное понятие, которое не поддается общему определению (Перре, Бауман, 2002). Некоторые авторы, рассматривая здоровье как социальную ценность (Попов, Михайлов, 1975; Баевский, 1979 – цит. по А.Г. Щедриной, 1989. С. 45), определяют его как возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, взаимодействуя с ней свободно, на основе биологической, психической и социальной сущности человека. Иначе говоря, можно определить здоровье человека как «не стесненную в своей свободе жизнь».

В науке существует два подхода к определению состояния здоровья: негативный и позитивный.

Негативное определение здоровья рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма – синоним здоровья, а патология – болезни. Однако понятия нормы и патологии более широкие, чем понятия здоровья и болезни. Норма и патология всегда континуальны: они охватывают целое множество взаимопереходящих состояний. Здоровье и болезнь выступают как дискретные, четко очерченные в своих границах состояния. Они связаны не с объективно регистрируемым отклонением от нормы, а с субъективным состоянием хорошего или плохого самочувствия, оказывающего влияние на выполнение человеком повседневных функций в деятельности, общении и поведении.

Характеристика общего самочувствия оказывается центральным звеном разграничения здоровья и болезни. Здоровый человек – это тот, кто благополучно себя чувствует и поэтому может выполнять повседневные социальные функции. Больной человек – это тот, кто имеет плохое самочувствие и поэтому не может выполнять повседневные социальные функции. При этом действительное наличие или отсутствие различных отклонений от нормы на биологическом уровне существования зачастую не является определяющим для отнесения себя к здоровым или больным. Например, люди, употребившие алкоголь на вечеринке, имеют отклонения от «нормальных» параметров психического функционирования (находятся в так называемом «измененном состоянии сознания»), однако они не являются больными до тех пор, пока у

них не нарушается выполнение социальных функций. Получается, что понятие здоровья шире, чем понятие нормы, а понятие болезни по содержанию отличается от понятия патологии. Это обстоятельство привело исследователей к поиску позитивных концепций здоровья, особенно в связи активно дискутируемым в последнее время вопросом о качестве жизни (Вассерман Л.И. и др., 2011).

Позитивное определение здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание. Здоровым человеком является способное к деятельности лицо, которое следует оптимально его ролевым ожиданиям и которому не может быть приписана роль больного.

Общее определение здоровья, которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

- 1) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;
- 2) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;
- 3) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Таким образом, здоровье вообще и отдельные его виды представляют собой динамическое сочетание различных показателей.

В связи с тем, что деление людей на здоровых и больных оказывается недостаточным, рядом авторов, пишет А.Г. Щедрина (1989. С. 44), предложено выделять промежуточные состояния, получившие названиями «донозология». Под донозологией понимается изменение иммунологической резистентности под воздействием производственных и бытовых факторов малой интенсивности. Это не больные люди; их рекомендуют относить к группе с предпатологическими состояниями, из которой могут, но не обязательно, формироваться контингенты больных. Поэтому задача состоит в необходимости своевременного их выявления с целью оказания помощи в повышении устойчивости организма и к неблагоприятным условиям труда и быта.

Интересным в контексте клинической психологии здоровья (Жане), представляется предложение И.И. Брехмана (1987), который, ссылаясь на Галена, выделяет «третье состояние» как неполное здоровье, которое может длиться очень долго и которое нельзя отождествлять с преморбидными состояниями. Причем, по его мнению, в этом состоянии находится до половины всей популяции людей. Таким образом, абсолютное

здоровье и абсолютная болезнь нереальны и между ними существует множество форм.

В одном из самых объемных зарубежных русскоязычных изданий последних лет – «Психологической энциклопедии» (2003. С. 218) выделено понятие «здоровая личность» (healthy personality). В статье, посвященной этому понятию, подчеркивается, что отсутствие эксплицитной теории здоровой личности представляется разительным пробелом в систематической психологии.

Основными причинами такого положения дел здесь признается то, что: общество не требовало от исследователей пристального внимания к здоровью: люди, которые функционируют конструктивно и продуктивно, в отличие от преступников, лиц с эмоциональными нарушениями, страдающих умственными дефектами, или беспомощных индивидов, не угрожают существованию цивилизации; аномальные феномены легче идентифицировать и поставить под контроль исследователя; существует имплицитное убеждение, согласно которому «нормальные» люди имеют право на личную неприкосновенность и на самостоятельное распоряжение собственной судьбой.

Видимо, к причинам следует отнести и то, что «понятие «здоровье» в социальном контексте существенным образом отличается от понимания ценности здоровья индивидом. Личностный смысл здоровья приобретает конкретные очертания только в ситуации болезни или ее угрозы, которая, безусловно, является мощным фрустратором для личности» (Вассерман Л.И. и др., 2011. С. 14).

И именно поэтому мы имеем: гораздо более сильно развитую психологию аномальной, нежели здоровой личности; теории здоровой личности формулируются преимущественно на основе следствий из теорий больной личности. Однако здоровая личность является такой же самостоятельной «диагностической категорией», как и любой другой тип личности.

Виды здоровья и их определение. Большинство людей думают о своем здоровье в физических терминах. Однако, как свидетельствует практика и жизнь, здоровье оказывается в такой же степени психологической, как и физической проблемой. Осознание того, что здоровье в такой же мере психологическая проблема, как и физическая, послужило толчком к развитию новой области психологии – психологии здоровья. Психологические исследования здоровья касаются четырех главных областей: улучшения и поддержания здоровья; профилактики и лечения заболеваний; выявления причин и коррелятов здоровья и болезни и других дис-

функций; улучшения системы здравоохранения и формирование политики по охране здоровья.

Важнейший урок психологии здоровья (Тейлор, 2004. С. 644–645) заключается в том, что здоровье не является уделом одной лишь области физического благополучия, но оказывается также биопсихосоциальным состоянием. В соответствии с этой биопсихосоциальной моделью, состояние здоровья человека обусловлено взаимодействием целого ряда факторов: биологических (генетическая предрасположенность к определенным заболеваниям или воздействие на организм вируса гриппа), психологических (переживание стресса), и социальных (объем социальной поддержки, которую получает человек от своих друзей и семьи). Как только мы признаем, что в поддержании здоровья и в заболевании участвуют, помимо биологических, также психологические и социальные факторы, становится очевидным, что хорошее здоровье обретается, скорее, в ходе сознательных усилий по ведению здорового образа жизни, а не дается нам свыше. Образно говоря, здоровье – это та вершина, на которую человек должен взойти самостоятельно.

То, что физическое здоровье не связывалось с психологическими факторами, по мнению Глейтмана и др.(2001. С. 1001) восходит к концепции Декарта, но она все же уступает дорогу предположению о том, что определенные психосоматические заболевания появляются либо под воздействием бессознательных конфликтов, либо под влиянием кумуляции (накопления) эффектов стресса и других психологических факторов – таких, как поведенческие паттерны, личностные характеристики и т.д.

Вообще можно говорить, по мнению некоторых авторов (Белов В.В., 2003. С. 14–19), о трех видах здоровья: физическом, психическом и нравственном (социальном):

– **физическое здоровье** – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем;

– **психическое здоровье** зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием памяти и внимания, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств;

– **нравственное (социальное) здоровье** определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека.

Вопрос о видах здоровья, его составляющих, аспектах или его уровнях остается не проясненным и сегодня. Если в понимании того, что такое физическое здоровье, специалисты более или менее единодушны, то

в отношении других видов здоровья, его аспектов или уровней такое единодушие явно отсутствует. Особенно это касается здоровья нравственного, духовного, личностного и т.п.

По определению ВОЗ, критериями психического здоровья являются:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего Я;
- 2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- 5) способность управлять своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- 6) способность планировать свою жизнь и реализовывать планы;
- 7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Дополняет этот список критериев экс-директор отдела охраны психического здоровья Всемирной организации здравоохранения Н. Сарториус (1983. С. 4–5), давая следующее определение психическому здоровью:

- во-первых, это отсутствие выраженных психических расстройств;
- во-вторых, определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолеть неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах;
- в-третьих, состояние равновесия между человеком и окружающим миром, гармонии между ним и обществом, сосуществование представленный отдельного человека с представлениями других людей об объективной реальности.

Психическое здоровье «следует рассматривать не как однородное образование, а как образование, имеющее сложное, поуровневое строение. Высший уровень психического здоровья – личностно-смысловой, или уровень личностного здоровья, который определяется качеством смысловых отношений человека. Следующий уровень – уровень индивидуально-психологического здоровья, оценка которого зависит от способностей человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений. Наконец, уровень психофизиологического здоровья, который определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности» (Братусь Б.С., 1988. С. 72).

Проблемы собственно психологического здоровья, как правило, рассматриваются в контексте психологической помощи, недирективной,

немедицинской психотерапии и индивидуального психологического консультирования.

В частности, А. Маслоу констатировал (1997), что «здоровые в психологическом смысле» – это люди с высокой степенью самоактуализации. Психологи, практикующие в рамках гуманистической психологии, активно используют в таком контексте понятие «психологическое здоровье» и выделяют следующие его критерии:

1. Осознанность и осмысленность человеком самого себя, своей жизни в мире.

2. Полнота «включенности», переживания и проживания настоящего.

3. Способность к совершению наилучших выборов в конкретной ситуации и в жизни в целом.

4. Чувство свободы, жизни «в соответствии с самим собой» как состояние осознания и следования своим главным интересам и наилучшему выбору в ситуации.

5. Ощущение собственной дееспособности (Я могу).

6. Социальный интерес, или социальное чувство (в терминологии А. Адлера), т.е. заинтересованный учет интересов, мнений, потребностей и чувств других людей, внимание к тому, что рядом – живые люди.

7. Состояние устойчивости, стабильности, определенности в жизни и оптимистический, жизнерадостный настрой как интегральное следствие всех перечисленных выше качеств и свойств психологически здоровой личности. Это состояние не стоит путать с состоянием ригидности, т.е. зашоренности стереотипами и шаблонами. Наоборот, это состояние гибкого, но устойчивого баланса в динамичном, со значительной степенью неопределенности жизненном мире.

Анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме психического и психологического здоровья показывает, что в применяемом ранее (а в некоторых источниках и до настоящего времени) понятии «психическое здоровье» отражается чаще всего альтернатива состоянию психического нездоровья, нарушений психики. Изучение опыта работы различных специалистов позволяет утверждать, что во многих случаях в основе психологической практики лежит все та же парадигма «нездоровья», «дефекта».

Однако следует отметить (Пахальян В., 2006), что в конце двадцатого столетия представления о психическом и психологическом здоровье в мировой практике в значительной степени основаны на данных о том, что практически в каждом человеке и уж наверняка в каждом новорожден-

ном ребенке заложено активное стремление к здоровью, заложена тяга к развитию, актуализации человеческого потенциала.

Особо необходимо остановиться на понятии «социальное здоровье», которое может быть определено как состояние благополучия, рассматриваемое через призму социальных отношений, систему социальных ценностей, этических, нравственных и правовых норм общественного устройства. Социальное здоровье в определенной степени зависит от «социального ресурса» или «социального капитала» личности. В последнее время существует также понимание здоровья как предмета потребления и товара, т.е. того, что может быть предоставлено индивиду или утрачено им (Калью, цит. по: Пахальян В., 2006. С. 32)

Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются прежде всего сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное непринятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни. Физически и психически здоровый человек может быть нравственным уродом, если он пренебрегает нормами морали. Поэтому социальное здоровье считается высшей мерой человеческого здоровья (Белов В.В., 2003).

Ценностно-социальная модель здоровья считает здоровье основополагающей ценностью, необходимой для удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия во всех сферах жизни. Этой модели в наибольшей степени соответствует определение ВОЗ (Пахальян В., 2006. С. 29). ВОЗ намеренно выбрала это определение, оно характеризует идеальное состояние человека и является социальным ориентиром, к которому необходимо стремиться и обществу, и медицине, и каждому человеку.

В послании Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию «О положении в стране и основных направлениях внутренней и внешней политики государства» отмечается, что здоровье народа сегодня напрямую связано не только с состоянием общественного здравоохранения, но и с самим образом жизни людей.

1.2. Социокультурные эталоны здоровья и здорового человека, модели и теоретические подходы

1.2.1. Социокультурные эталоны здоровья и здорового человека

Стремясь укрепить свое здоровье и вести здоровый образ жизни, каждый человек, часто не осознавая этого, ориентируется на определенные

образцы или эталоны здоровья. Многие авторы выделяют три социокультурных эталона здоровья – античный, адаптационный и антропоцентрический (Филатов Ф.Р., 2010. С. 18–27). Не считая их исчерпывающими сегодня, предпринимаются попытки представить интегративный эталон здоровья (Залевский Г.В., 2010; Правдина Л.Р., 2010).

Античная модель здоровья как внутренняя согласованность, уходящая своими корнями в V век к определению здоровья Алкмеоном (здоровье как гармония противоположно направленных сил), наиболее четкое отображение которой обнаруживается в трудах Платона, охватившего полярные и однобокие определения здоровья (физиологизм) Гиппократ (здоровье «как правильное смешение соков, или гуморов, человеческого организма») и (психологизм) Цицерона (здоровье как правильное соотношение различных душевных состояний») в понятии «калогатия». Оно обобщенно определяется как соразмерность души, соразмерность тела и соразмерность их соединения (Лосев А.Ф., 1993. С. 426) и стоиков (от Зенона до Марка Аврелия, Эпиктета, Ювенала, Сенеки и др.), которыми здоровье трактуется не только как постоянная сонастроенность души и тела, но и, как жизнь в согласии с Природой (по Зенону – конечная цель человека). А здоровый человек – это человек, для которого характерно здравомыслие, или разумение, и духовная независимость. Здоровый дух свободен, тверд, непоколебим и неподвержен чужеродному внешнему влиянию, властвуя над страстями души и телесными вожделениями, проявляя себя в свободном целеполагании и волеизъявлении (раб тот, кто не может владеть собой).

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов, проведя соответствующий анализ (2001. С. 45–47), сводят античную концепцию здоровья к нескольким основным положениям:

1. Здоровье связывается с внутренним устройством человека и в гораздо меньшей степени затрагивает систему его отношений с окружающим миром.

2. Здоровье трактуется как гармония и соразмерность, а здоровое состояние человека базируется на оптимальном соотношении телесных и душевных составляющих человеческого естества и предполагает равновесие противодействующих сил, определяющих жизнедеятельность и активность субъекта.

3. Быть здоровым означает неуклонно следовать собственной природе и общей природе вещей.

4. Здоровая жизнь основывается на руководстве разума. Внутренняя согласованность достигается тогда, когда человек, руководствуясь разу-

мом, живет в полном согласии с собственной природой, не искажая ее (например, чрезмерностью страстей) и не противодействуя ей (в силу неразумия).

5. Основными душевными качествами здорового человека являются здравомыслие и самообладание. Благодаря им человек властвует над собственными страстями, не позволяя им ввергать себя в смятение, стойко переносит лишения и бедствия, не зависит от внешних влияний и благ.

6. Обращение к самому себе есть необходимое условие здорового и полноценного существования. Стремясь к здоровью и уравновешенности, «точку опоры» следует искать (вопреки архимедову принципу) не вовне, а в себе самом, ибо внешние блага преходящи, не принадлежат тебе и могут принести лишь временное удовлетворение или наслаждение, но не обеспечивают постоянного устойчивого положения в мире.

7. Внутреннее устройство здорового человека аналогично построению совершенного устройства мироздания и являет собой воплощение Всеобщего Высшего Порядка.

Однако античность оставила нам не только наиболее общую концептуальную схему и эталон здоровья, но также и основополагающие принципы и конкретные «технологии» оздоровления.

Два главенствующих принципа, на которые опирается античная практика оздоровления, – это здоровая умеренность (атараксия) и забота о себе («культура себя»). Это хорошо отражает совет Ювенала: «Живи скромно, ухаживай за своим садом, желай ровно столько, сколько диктуют тебе голод и жажда, жара и холод; учись состраданию, будь добр к детям, пусть в твоём здоровом теле будет здоровый дух (*mens sana in corpore sano*)». (цит. по: Дюрант В., 1995. С. 480).

Эти два принципа, глубоко укорененные в античном сознании, обнаруживаются и в других культурах, и в другие исторические эпохи, что позволяет говорить об их устойчивости и универсальности.

Адаптационная модель здоровья. Анализ адаптационных теорий и концепций позволил условно выделить три основных аспекта адаптационной проблематики здоровья (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001. С. 101–103):

1. *Экологический аспект* – здоровье как гармоничное сосуществование с природным окружением, в согласии с биологической природой человека; природосообразность человеческого бытия, нарушение которой приводит к болезням и экологическим бедствиям.

2. *Нормативный аспект* – здоровье как соответствие состояния и поведения индивидуума социальным и культурным нормам, принятым в данном сообществе; способность адекватно усваивать эти нормы.

3. *Коммуникативно-интерактивный аспект* – здоровье как полноценное общение и адекватное взаимодействие с человеческим окружением; адекватность и продуктивность социальных отношений личности.

Далее выделяют *четыре основные характеристики здоровья* данного социокультурного эталона. Две из них являются наиболее общими (типичными), тогда как две других характеризуют конкретную личность в ее образе ее адаптивных возможностей:

1. *Приспособленность к природному окружению* – способность не только выживать в биологической среде, но и активно ее преобразовывать (характеристика скорее общевидовая и популяционная, нежели индивидуальная).

2. *Нормальность* – соответствие определенным нормам, устоявшимся в рамках конкретной культуры (также надиндивидуальная, социокультурная характеристика здоровья, общая для всех представителей данного культурного сообщества); в то же время нормальность определяет успешность конкретной личности в усвоении и воспроизводстве социального опыта.

3. *Способность поддерживать функционирование организма и психики на оптимальном уровне*, сохраняя постоянство внутренней среды, – индивидуальная биологическая характеристика, определяющая стрессоустойчивость и стабильность индивида в процессе активного взаимодействия с окружающей средой.

4. *Гармоничная включенность в сообщество людей* – приспособленность личности к ее социальному окружению, непосредственный результат социализации индивида (индивидуальная социально-психологическая характеристика здоровья, определяющая успешность конкретной личности в установлении продуктивных социальных отношений и разрешении актуальных конфликтов, в принятии адекватных социальных ролей и в реализации социально-психологических способностей).

Если античная оздоровительная система выстраивалась вокруг единой ценности – разумной упорядоченности жизни, устремленной к высшему Благу, то адаптационная модель порождает ценностный дуализм (Природа и Социум). Выбор одной из этих ценностей в виде приоритетной ведет к тому, что другая выступает в качестве отрицательно влияющих на здоровье. В одном случае главными причинами нездоровья будут признаны урбанизация, ускоренный темп технического и общественного прогресса

и т.д., а в другом – обвинение природы в том, что она создала человека слабым и плохо приспособленным к природным условиям, и только успешная социальная адаптация даст ему шанс на выживание.

Согласно устоявшемуся западному представлению, у Природы и Цивилизации различные цели; биологические и социальные линии развития пересекаются в человеке, обрекая его на постоянный внутренний конфликт.

Справедливо мнение (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001. С. 130), что подавление человеческой природы в угоду требованиям общества, как и бегство от социальной жизни, препятствуют достижению подлинной целостности; более высокий уровень личностной интеграции достижим лишь при условии синтеза биологических и социальных компонентов адаптации, на котором основано целостное бытие человека в мире.

На наш взгляд, необходим синтез целей, необходимо их совместить, но все же приоритет в данном случае оставить за Природой – познавать ее законы и учитывать, но не стремиться их переделывать. Человек должен смирить свою гордыню по отношению к Природе, если и изменять что-либо, то только то, что человеку подвластно, но не законы природы.

Антропоцентрический эталон. В свете этого эталона здоровье рассматривается как всесторонняя самореализация, раскрытие творческого и духовного потенциала личности. Правда, свет этого эталона высвечивает различные грани понимания этих всеобщих характеристик и измерений здоровья.

Так, теория Э. Эриксона предполагает наличие внутренней связи между личностным ростом и здоровьем (1996), теория Э. Фромма (1998) – между самоопределением, свободой выбора и здоровьем, теория Г. Олпорта – между здоровьем и зрелостью личности, которая обретается в процессе личностного роста и предполагает сформированность проприотических функций (интегративных аспектов Самости), свободу, выражающуюся в ответственности, самоопределении и т.д. (цит. по: Хьел Л., Зиглер Д., 1998. С. 300–303).

К. Роджерс также рассматривал здоровье в аспекте естественного развития, становления открытой (конгруэнтной) новому опыту личности. (1994). Для Роджерса здоровый человек – это полностью функционирующая личность, человек, ведущий «хорошую жизнь», которая характеризуется все возрастающей открытостью опыту; стремлением жить настоящим; доверием к своему организму; процессом более полноценного функционирования; новой перспективой отношения свободы и необхо-

димости; творчеством как элементом хорошей жизни; основополагающим доверием к человеческой природе; более полнокровной жизнью.

Наиболее полной и структурированной гуманистической концепцией здоровья считается концепция А. Маслоу о психически здоровом индивиде (1997). Люди, которые достигли вершин самоактуализации, могут расцениваться как живые эталоны психического здоровья.

К устойчивым характеристикам здоровой личности, согласно гуманистической модели, могут быть отнесены: самоактуализация как направленность личности на раскрытие своего творческого и духовного потенциала; полноценное развитие, динамизм и личностный рост, т.е. готовность к жизненным переменам и внутренней трансформации, способность активно преодолевать трудности и препятствия на пути к целостности, восходя на более высокие уровни осознания и интеграции – качества, прямо противоположные психической ригидности личности (Галажинский Э.В., 2002; Залевский Г.В., 2007).

Признавая значительные достижения гуманистической психологии, следует помнить об ограничениях и недостатках этого подхода. По удачному выражению Дж. Поттера, гуманистическая психология создала «романтический образ Я» (цит. по: Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001. С. 170). Пока нет убедительного ответа на целый ряд вопросов, в том числе и на вопрос: если в каждом человеке заложено активное стремление к здоровью, тяга к самоактуализации, то почему так мало людей ее достигают, а самоактуализация порой приводит к трагедиям в мировом масштабе?

В рамках трансперсональной модификации антропоцентрического эталона о здоровье имеет смысл говорить как о сопутствующем факторе на этапе перехода к новому, более высокому духовному состоянию. В данном случае здоровье выступает лишь как необходимое условие перехода – крепкий и надежный мост, ведущий к Самости, духовной свободе или (как в алхимических практиках) – к бессмертию. Оно может быть также определено как связующее звено, которое обеспечивает оптимальное соединение индивидуальных и трансперсональных составляющих опыта (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001. С. 191).

Как же выделенные социокультурные эталоны проявляются в сфере здоровья отдельной личности и в психологическом пространстве ее отношений с миром? Ответ на этот вопрос предполагает проведение фундаментальных психологических исследований проблем психологии здоровья и здорового образа жизни. Приходится констатировать, что такого рода исследования пока еще в начале своего пути в отечественной психо-

логии (Ананьев В.А., 1998; Васильева О.С., 2001; Никифоров Г.С., 2006; Шувалов А.В., 2004, 2006; Залевский Г.В., 2009 и др.), достаточно большой интерес к данной проблеме заметен в психологии зарубежной (Ogden, 1998; Sarafino, 1998; Straub, 2002 и др.).

1.2.2. Теоретические подходы и попытки построения интегративных моделей здоровья в контексте антропологической психологии

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов, рассматривая здоровье как предмет междисциплинарного исследования, выделяют следующие подходы: комплексный или системный, нормоцентрический, феноменологический, холистический, эволюционистский, социально-ориентированный, кросс-культурный, дискурсивный (или диспозитивный), аксиологический и акмеологический (2001. С. 17–19). Дадим краткую характеристику этих подходов.

1. В рамках *комплексного подхода* здоровье рассматривается как многомерный феномен, сложный и неоднородный по своему составу, сочетающий в себе гетерогенные, качественно различные компоненты, и отражающий фундаментальные аспекты человеческого существования. Такое понимание, в частности, отражено в формулировке, предложенной экспертами Всемирной организации здравоохранения: здоровье – состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов.

Комплексный подход представлен достаточно ярко в *Health Psychology* (М. Мюррей, В. Эванс и др.), где здоровье определяется как благополучие в самом широком смысле – *wellbeing*. «Wellbeing – это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов. Этот сложный продукт – результат влияния генетической предрасположенности, среды и особенностей индивидуального развития» (цит. по: Васильева О.С., Филатов Р.Ф., 2001. С. 16).

2. *Нормоцентрический подход* наиболее ярко представлен в традиционной медицине и психиатрии, где здоровье рассматривается как совокупность среднестатистических норм восприятия, мышления, эмоционального реагирования и поведения в сочетании с нормальными показателями соматического состояния индивида. Это некий оптимальный уровень функционирования организма и психики.

3. *Феноменологический подход* на первое место выдвигает субъективные переживания человека. Здесь здоровье рассматривается через призму

проявления индивидуального, неповторимого способа «бытия-в-мире» (Ясперс К., Ялом И. и др.). К недостаткам данного подхода относят прежде всего то, что полученные в рамках таких исследований данные практически не допускают строго научной формализации и верификации.

4. *Холистический подход* основан на представлении о здоровье как системном качестве, как обретаемой в процессе становления личностной целостности, как определенного уровня интегрированности личности (С. Гроф, Г. Олпорт, К. Роджерс, Э. Эриксон, К.Г. Юнг и др.). В таком контексте интегрированность является одной из основных характеристик здоровой психики.

5. *Эволюционистский подход* отличается тем, что любые явления душевной жизни, любые внутриличностные преобразования оцениваются в широком контексте общевидовой эволюции (В.И. Вернадский, В.П. Казначеев, Е.А. Спирин, К. Лоренц и др.). Согласно такому подходу любое проявление человеческой природы признается здоровым или болезненным в зависимости от его целесообразности для общевидовой адаптации.

6. *Социально-ориентированный и кросс-культурный подходы* акцентируют внимание на влиянии цивилизации или наиболее общих форм социального бытия на здоровье и полноценное развитие отдельного индивида, рассматривают здоровье в контексте различающихся культурно-исторических условий, в рамках определенных национальных групп (Г. Маркузе, Ж.-Ж. Руссо, З. Фрейд, Э. Фромм, К. Хорни и др.).

7. *Дискурсивный (диспозитивный) подход* исходит из того, что любое представление о здоровье может быть исследовано как продукт определенного дискурса, имеющего собственную внутреннюю логику конструирования или концептуализации социальной реальности (В.М. Розин, М. Фуко).

В рамках данного подхода здоровье рассматривается как социальное явление, представляющее собой проекцию и объективацию сложной системы дискурсов. Основной задачей исследователя в связи с этим является дискурсивный анализ структуры устойчивых представлений и схем, регулирующих социальную практику оздоровления и определяющих современное понимание здоровья и болезни. Предполагается, что под действием медицинского дискурса современный человек привыкает решать все проблемы, связанные со здоровьем, исключительно «техническим путем» – употреблением медикаментов, обращением к специалисту-медику; он все неотвратимее затягивается в «воронку медицинского потребления». В поле духовно-экологического дискурса приоритетное зна-

чение приобретают предельные возможности самореализации личности, ее духовные и нравственные детерминанты.

8. В свете *аксиологического подхода* здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ценностной иерархии. Доминирование тех или иных ценностей, как и их переоценка, рассматриваются в качестве факторов, определяющих здоровье индивида (А. Кемпински, А. Маслоу и др.).

9. В *акмеологическом подходе* здоровье выступает в качестве основного и необходимого условия актуализации высших («вершинных») возможностей человеческой природы. В рамках такого видения предполагается наличие «микроакме здоровья» как личностного конструкта, имеющего первостепенное значение для реализации всех видов высших (предельных) возможностей человека, выступающего как критерий его жизнестойкости и в значительной мере определяет вклад отдельной личности в общечеловеческую культуру (Деркач А.А., 2003; Козлова Н.В., 2010 и др.).

И.Б. Бовина и Н.Г. Малышева (2007. С. 476) на основании литературного анализа, выделяют несколько психологических традиций исследования проблем здоровья и болезни: первая сложилась в рамках когнитивной психологии, вторая – в гуманистической, третья – в русле теории социальных представлений.

Когнитивистски ориентированный подход предлагает рассматривать познавательные процессы в качестве основных механизмов, которые направляют поведение человека, связанное с болезнью и здоровьем. Основное внимание исследователей направлено на изучение того, как отдельно взятый индивид перерабатывает информацию, как он ее отбирает с помощью аттитюдов и убеждений, допуская при этом ошибки. Индивид здесь рационален. В качестве примеров этой традиции авторы указывают на теорию причинного действия (Ajzen, Fishbein) и теорию запланированного поведения (Ajzen), модель убеждений о здоровье (Rosenstock) транстеоретическую модель изменения поведения (Prochaska, DiClemente, Norcross).

Совершенно иная традиция исследования проблем здоровья и болезни сложилась в гуманистической психологии. Здесь разрабатывается «целостный подход к здоровью, в котором физическое и психическое здоровье представляются взаимосвязанными, более того, оказываются связанными с высшими ценностями, целями, потребностями человека» (Созонтов А.Е., 2007. С. 93). Таким образом, в рамках этого направления основ-

ное внимание предлагается уделять изучению уникальной и неповторимой личности, а не отдельным ее компонентам, например, таким, как познавательные процессы.

Построение модели здоровья в гуманистической психологии базируется на представлении о базовом стремлении человека к росту, самоактуализации, поскольку потребность в здоровье является компонентом высшего уровня потребностей – потребности в самоактуализации (Маслоу).

Достижение здорового образа жизни связывают с поиском своего аутентичного Я, самопознанием, которое понимается как осознание себя в контексте отношений с миром, другими людьми, обществом в целом. Основным механизмом достижения здоровья считаются выборы, которые человек осуществляет, опираясь на внутренние и внешние ориентиры (Петровская Л.А., 2002). Следует отметить, что последние воспринимаются чаще всего как источник деструктивных влияний на личность. Общество в гуманистической психологии рассматривается с точки зрения тех преград, которые создаются на пути к здоровью, в первую очередь речь идет об искаженном понимании «нормальности» и самого здоровья. Большое внимание этой проблематике уделено в работах Э. Фромма (1998), в которых анализировались такие пагубные для личности социальные влияния, как «патология нормальности» и «социально заданная ущербность».

Однако заблуждением было бы считать, что гуманистические психологи видят единственно возможный способ достижения человеком здоровья в тотальном противостоянии общественным влияниям. Напротив, многие из них подчеркивают необходимость «творческого синтеза», «увязывания» существующих социально-экономических условий жизни и собственной внутренней природы (Петровская Л.А., 2002).

Таким образом, в рамках гуманистически ориентированного подхода подчеркивается необходимость изучения «внешних» и «внутренних» сигналов, определяющих выбор человека в пользу здоровья, однако на уровне эмпирических исследований акцент все же смещается на изучение внутренних, психологических факторов здоровья. Здесь анализируются особенности самоактуализирующейся личности (например, самооценка, стиль родительского воспитания, достижения в учебе и т.п.), а также взаимосвязи между такими параметрами, как осмысленность жизни и проявление тревожных, депрессивных симптомов; самоактуализация и характеристики здорового образа жизни, параметры физического здоровья (Созонтов А.Е., 2007).

В основе третьей, традиции лежит теория социальных представлений (Андреева Г.М., Moscovici С.). С точки зрения этой традиции здоровье и болезнь являются социальными, эмотивными, символическими сущностями, которые невозможно изучать, полагая, что индивид, осуществляющий поведение, связанное со здоровьем или болезнью, рационален. Адекватным способом изучения проблем здоровья и болезни в русле данной традиции становится рассмотрение обыденных представлений о здоровье и болезни, анализ того, как люди придают смысл здоровью и болезни, как эти «смыслы» затем изменяются, как обыденные представления о здоровье и болезни регулируют соответствующее поведение индивидов.

Из своего анализа подходов к проблеме здоровья, авторы делают, на наш взгляд, правильный вывод о необходимости построения комплексной модели здоровья человека (Бовина И.Б., Малышева Н.Г., 2007. С. 62). На наш взгляд, следует в этой связи вести разговор о построении интегративной модели здоровья и здорового человека (личности). Эта мысль, как можно было заметить, пронизывает целый ряд подходов, о которых пишут Васильева и Филатов (2001). К попыткам построения интегративных моделей здоровья можно отнести «ресурсную теорию здоровья» (Правдина Л.Р., Васильева О.С. и др., 2009), «био-психо-социокультурный подход» (Winefield, 2002), «биопсихосоциоэтическую модель здоровья» (Залевский Г.В., 2010).

«Для определения категории психологического здоровья некоторые исследователи использовали понятие «интеграл» (лат. *Integer* – полный, цельный, ненарушенный). Психическое здоровье традиционно интерпретируется как собственная жизнеспособность индивида, обеспеченная полноценным развитием и функционированием психического аппарата. Личностное здоровье свидетельствует об ориентированности на приобщение к родовой человеческой сущности. Человечность индивида понимается как становление и манифестация субъективного духа, поэтапное приобщение к родовой человеческой сущности, следование высшим образцам человеческой культуры, нравственным принципам, утверждение ценностей родового бытия человека, практическое преобразование действительности, основанное на любви к качеству жизни и воле к совершенству во всех ее областях. В христианской культуре человечность находит свое выражение в личностном способе жизни, предполагающем свободный, сознательный и ответственный выбор поведения на основе ценностно-смыслового самоопределения субъекта жизнедеятельности. Соответственно, интеграл жизнеспособности и человечности индивида

есть максима психологического здоровья» (Слободчиков В.И., Шува-лов А.В., 2001. С. 96). Пытаясь ответить на вопрос «Что такое психологическое здоровье?», авторы обращают наше внимание на то, что психологическое здоровье является в такой же степени вопросом структуры и динамики личности, как невроз или любой другой путь развития. Они подчеркивают:

– какими бы разными нам ни казались теории личности, все они так или иначе связаны с определенной комбинацией побуждения, регулирования, осмысления и стиля;

– структуры здоровой личности можно рассматривать как процесс непрерывных изменений, нежели как сложившуюся фиксированную систему. Как общий принцип, личностные структуры стремятся к обретению все большей гармонии, в которой побудительная, регулятивная, понятийная и стилистическая функции сливаются в единое целое.

Следует отметить, что в отечественной психологии последних лет осуществляются попытки преодолеть методологическую и понятийную несогласованность, в том числе и в понимании того, что обозначено нами как «психологическое здоровье», подчеркивается **многоаспектность этого понятия.**

Биопсихосоционоэтическая / духовная модель представляет собой одну из попыток построения интегративной модели здоровья в контексте интегративной антропологической психологии (Залевский Г.В., 2006, 2009; Залевский Г.В., 2010; Залевский Г.В., Залевский В.Г., Кузьмина Ю.В., 2009; Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В., 2010а, 2010б, 2010в). Она отражает сложную, целостную, интегрированную природу человека и его здоровье, со структурно-уровневой организацией, высшей интегративной составляющей которой является духовная – ценностно-смысловая составляющая, или высший – духовный уровень.

На этой модели мы более подробно остановимся во 2-й главе, а завершить этот раздел хотим словами известного дагестанского поэта Расула Гамзатова: «Наш мир болезни тела победит, коль от болезней духа исцелится!».

1.3. Студенчество: его здоровье и образ жизни

Проблема здоровья студентов (а это в подавляющем большинстве молодые люди в возрасте 17–25 лет, т.е. в периоде ранней зрелости) являет-

ся особенно актуальной в характерных для текущего периода сложных социальных и экономических условиях. Студенты высших учебных заведений являются будущим социально-экономическим, интеллектуальным, творческим потенциалом страны. Вместе с тем студенчество можно отнести к группе повышенного риска в плане здоровья, так как на непростые возрастные проблемы современных студентов накладываются негативное влияние кризиса практически всех основных сфер общества и государства.

Современные исследования содержат убедительные доказательства ухудшения здоровья студентов с отрицательной динамикой его за период обучения в вузе, высоких показателей и темпов прироста заболеваемости, распространения негативных тенденций в образе жизни студентов. Студенчество относится к группе повышенного риска, так как условия современной жизни ведут к тому, что студенты в период обучения испытывают воздействие целого комплекса средовых факторов, негативно влияющих на состояние их физического, психического и репродуктивного здоровья. Среди этих факторов не последнюю роль играют постоянное умственное и психоэмоциональное напряжение, информационный стресс (Бохан Т.Г., 2008), недостаточная материальная обеспеченность, необходимость совмещать учебу с работой, частые нарушения режима труда, отдыха и питания. Снижение общего уровня культуры, в том числе санитарно-гигиенической, способствует распространению саморазрушительных видов поведения, таких, как курение, потребление алкоголя, наркотических и психоактивных веществ (Косовский Г.В., 2007. С. 2).

При анализе данных образа жизни студентов Г.В. Косовским (2007) установлено увеличение распространения вредных привычек среди студентов от 1-го курса к последнему: курение – на 29,7%, злоупотребление алкоголем – на 47,6%, прием наркотических веществ – на 32%. Отмечен значительный рост числа злостных курильщиков среди мужчин (в 4,8 раз), выкуривающих 20 и более сигарет в сутки.

Из особенностей образа жизни студентов отмечено: устают после занятий 74,5% из каждых 100, каждый второй студент испытывает стрессы и нервные перегрузки; каждый третий не соблюдает режим питания, с трудом засыпают 35,4% студентов на 100 опрошенных, при этом каждый пятый спит меньше 6 часов, каждый четвертый ощущает свое одиночество. Это свидетельствует о низкой адаптации к изменившимся условиям жизни, а также объясняет низкую мотивацию соблюдения здорового образа жизни.

Снижается физическая активность от младших к старшим курсам: в 3,9 раза увеличивается число студентов, не занимающихся физкультурой и спортом. Оптимальную физическую активность имеет только каждый пятый студент (Косовский Г.В., 2007. С. 5).

За медицинской помощью при всех случаях заболевания обращаются 18,8 из 100. Каждый десятый в случае заболевания не обращается к врачу. Каждый четвертый не выполняет предписания врача.

Студенты приступают к учебе в стадии незавершенного лечения, обуславливая хронизацию процесса уже в студенческом возрасте. Студенты последних курсов, в отличие от первокурсников, оценивают свое здоровье негативно, что обусловлено накоплением патологии за годы обучения в вузе. Показатель оценки собственного здоровья ниже среди студентов, ведущих нездоровый образ жизни.

Наличие хронических заболеваний отмечает каждый третий студент. При этом в студенческой среде преобладает удовлетворенность собственным здоровьем: каждый второй студент считает свое здоровье хорошим (Косовский Г.В., 2007. С. 7).

Результаты исследования, проводимого в течение ряда лет Республиканским центром охраны здоровья подростков и студенческой молодежи совместно с учеными кафедры общественного здоровья и здравоохранения факультета повышения квалификации и последиplomной переподготовки специалистов Дагестанской государственной медицинской академии (Асхабова Л., 2011), свидетельствуют о том, что значительная часть молодежи приходит в студенческую среду с какими-либо отклонениями в состоянии здоровья. Среди студентов вузов Дагестана таких 38,2%; абсолютное большинство (свыше 70%) хотя бы один-два раза в год болеют острыми респираторными заболеваниями. Следует отметить, что среди первокурсников индекс здоровья (удельный вес не болевших в течение года) был выше. За время обучения в вузе уровень заболеваемости повышается. Образ жизни первокурсников вряд ли можно назвать здоровым. Физически активными считают себя лишь 28% опрошенных (среди поступивших в 1988 г. таких было 43%). Почти половина опрошенных занимается в основной физкультурной группе, в спортивных секциях – только 18,4%. В дальнейшем физическая активность студентов заметно снижается.

К сожалению, приходится констатировать, что очень мало времени студенты проводят на свежем воздухе – более половины (около 60%) менее одного часа в день. Этот факт, несомненно, во многом определяется значительной учебной нагрузкой, особенно на первых курсах, длитель-

ной (более 3 часов в день) подготовкой к занятиям, использованием для этого и выходных дней, неумением организовать свой труд, сложностью вузовской программы.

Клиницисты отмечают значительную распространенность болезней органов пищеварения среди студенческой молодежи, хронизацию этой патологии и рост уровня заболеваемости на старших курсах. Несомненно, эта тенденция может быть следствием нерационального питания студентов, как показал опрос респондентов. Лишь каждый третий первокурсник питается регулярно и только 18,4% из них используют обеденный перерыв для приема горячей пищи. В результате 12,5% респондентов оценивают свое питание как неудовлетворительное.

Разработка путей сохранения работоспособности студентов в течение учебного года составляет одну из важнейших проблем педагогики и психологии. Динамика умственной работоспособности отражает функциональное состояние центральной нервной системы человека и является показателем, по которому можно судить о наступлении утомления, определить максимальную длительность восприятия учебного материала и соответствующим образом планировать учебный процесс.

Изучение умственной работоспособности учащихся проводилось по нескольким критериям, одним из которых было определение устойчивости внимания. Достигая максимального значения к 10 часам утра, работоспособность интенсивно снижалась после 4 часов занятий (лекции, семинары). Отмечалось снижение показателя точности работы на 5,4%, показателя интенсивности работы – на 9,2%.

Помимо суточной динамики работоспособности, отчетливо проявилось изменение ее на протяжении рабочей недели. В начале недели, в результате постепенного «втягивания» в работу, показатель работоспособности невысок. Устойчивость внимания, показатели интенсивности и точности работы наивысшего значения достигали ко вторнику и удерживались на таком уровне до четверга. В пятницу у студентов наблюдался спад работоспособности на 7,9%, по сравнению с понедельником. Наиболее неблагоприятным днем недели для усвоения учебного материала оказалась суббота, когда у 70% студентов отмечался наименьший показатель интенсивности работы, а показатель устойчивости внимания составил лишь 30% от исходного уровня. Таким образом, изучение бюджета времени и режима дня студентов показало, что суммарная дневная нагрузка оценивается как значительная, в отдельные дни, при наличии нерационально составленного расписания, общее время пребывания студентов в

вузе составляет 8–10 часов. Интенсивная умственная нагрузка (лекции, семинары, лабораторные занятия), пониженная двигательная активность, недостаточное время для полноценного отдыха способствуют снижению у студентов умственной работоспособности к концу рабочей недели. Интенсивный спад уровня работоспособности отмечался в декабре – 12,8%. Это свидетельствует о развитии утомления в результате учебной нагрузки. Внимание, качество и скорость выполняемой работы возвращаются к исходному уровню (сентябрь) после зимних каникул у 80% обследуемых студентов. Снижение уровня работоспособности у студентов в течение учебного года отражается на качестве их обучения и академической успеваемости. И здесь не лишены смысла рекомендации, на первый взгляд, банальные, но в них истина – чаще бывать в спортивном зале. Двигательная активность снимет утомление в процессе занятий и будет способствовать повышению умственной работоспособности.

В настоящее время становится всё более острой проблема вовлечения молодежи из числа студенчества в процесс приобщения к потреблению наркотиков. Результаты исследований, проводимых на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедакадемии (Асхабова Л., 2011), показали, что распространенность употребления психоактивных веществ (кроме алкоголя и табака) среди молодежи г. Махачкалы составляет 15,9 случая на 100 опрошенных. В основном возраст приобщения молодежи к наркотическим веществам – от 16 до 18 лет. Исследование показало, что сильнодействующие наркотики (героин, гашиш, эфедрин, ЛСД) чаще употребляют в вузах, а употребляющих алкоголь – больше в колледжах, техникумах, училищах. Основными мотивами приобщения молодежи к психоактивным веществам были: любопытство (47,5%), избыток свободного времени (17,0%), подражание (14,1%) и влияние среды (7,2%). Из них более половины (50,2%) попробовали психоактивные вещества с друзьями, а 15,0% – на дискотеке и вечеринке. Около половины респондентов (44,8%), употребляющих психоактивные вещества, получили их от друзей. Наиболее предпочтительным способом считается курение (56,5%) из-за широкой распространенности и доступности марихуаны и гашиша. По мнению опрошенных, основными причинами распространения психоактивных веществ среди молодежи являются: доступность, реклама табака и алкоголя, отрицательный пример взрослых, конфликтные ситуации дома, отсутствие правильно организованного досуга и недостаточное проведение санитарно-просветительной работы в образовательных учреждениях. Более $\frac{3}{4}$ посещающих дискотеки и более

1/3 проживающих в неполных семьях и в семьях с напряженными (конфликтными) взаимоотношениями пробовали хотя бы 1 раз или потребляют периодически наркотически действующие вещества: до 3 раз – 51,2%, до 10 раз – 20,5%, более 10 раз – 2,9%. От педагогов, врачей и работников милиции впервые узнали о вреде здоровью от употребления психоактивных веществ лишь 20,9% респондентов.

Что же касается анализа заболеваемости, то исследования показали: особенно высок уровень заболеваемости среди студентов младших курсов. Так, показатель заболеваемости в различных вузах колеблется от 750,1 до 1803,8 на 1000 студентов в год. В структуре заболеваемости на 1-м месте стоят болезни органов дыхания – 57,8–72,0%, последующие места занимают болезни органов пищеварения, болезни нервной системы и органов чувств, близорукость и т.д.

Анализ научной литературы (Глыбочко П.В., Бугаева И.О., Еругина М.В., 2009), посвященной здоровью студенческой молодежи, показывает, что за время обучения в вузе здоровье студентов не только не улучшается, но и в ряде случаев ухудшается. Так, ко второму курсу обучения количество случаев заболеваний увеличивается на 23%, а к четвертому – на 43%. Четверть студентов переходят в более низкую медицинскую группу здоровья. Анализ функционального состояния здоровья показал: высокий уровень здоровья – 1,8%; средний – 7,7%, низкий – 21,5%, очень низкий – 69%.

Сохранение и укрепление нации во многом определяется отношением каждого индивидуума к своему здоровью. В отличие от стран с традиционными капиталистическими устоями, в сознании российских граждан еще не сформировалось отношение к собственному здоровью как к главному капиталу, который надо создавать, приумножать, готовясь использовать его в процессе жизни (Глыбочко П.В. и др., 2009. С. 10), а потому особенно важно воспитывать готовность студентов к здоровому образу жизни. В монографии «Цена здоровья» (1951) К. Уинслоу, приверженец теории «человеческого капитала», привел расчеты, что средний американец к 60 годам возвращает в 2 раза больше средств, чем на него было затрачено, но это было 60 лет назад.

В одном из зарубежных исследований (Deneke, 2007. S. 1–8) было опрошено 2400 студентов всех курсов обоего пола в возрасте от 19 до 41 года; из них 41% 22 года и моложе, 36% – 23–26 лет и 23% – 27 лет и старше, разных специальностей естественного профиля. Образ жизни студентов оказался преимущественно позитивный. Высокий показатель занятия спортом – 80,4%, но преимущественно за пределами университе-

та. 79% студентов употребляют алкоголь; из них 15% больше чем 15 раз в месяц, третья часть опрошенных – 3 раза в месяц. 15% испытывают довольно сильный стресс, преимущественно студенты биотехнологии, в меньшей степени студенты медико-ориентированных специальностей. Оценки физического и психического здоровья варьируют в зависимости от специальности: свое физическое здоровье выше всех оценивают медики, а ниже других – экологи (Umwelttechnikstudierenden)

1.3.1. Причины общего «нездоровья» студентов

Многие исследователи (Жуланова И.В., Медведев А.Н., 2005) констатируют не только отдельные моменты неблагополучного состояния здоровья студентов (окружающая среда, стиль жизни, наследственность), но и выделяют целый комплекс отрицательных социальных и педагогических факторов:

- отсутствие целенаправленной пропаганды и просвещения в области валеологии и экологии личности в высших учебных заведениях;

- недостаток методик в области обучения и воспитания здорового образа жизни студентов вуза;

- недостаточное внимание к формированию потребностей, мотивации и установок на здоровый образ жизни молодежи в учебных заведениях вообще и в вузах в частности (психологический аспект);

- слабая разработанность критериев и показателей оценки уровня сформированности у студентов вузов потребности и навыков ЗОЖ.

Некоторые ученые (Гундарев И.А., 2001; Паутов И.С., 2011) предлагают различные гипотезы, выделяя те или иные факторы, оказывающие решающее влияние на уровень риска ухудшения здоровья. Одной из таких гипотез, заслуживающей особого внимания, является концепция «духовного неблагополучия», которое сыграло ключевую роль в ухудшении как индивидуального, так и социального здоровья в России. Автор этой концепции, И.А. Гундарев, делает «предположение, что основными факторами, влияющими на индивидуальное и социальное здоровье, являются нравственная атмосфера, эмоциональное состояние общества, т.е. духовные факторы». Под «духовностью» он понимает деятельность сознания, «направленную на поиск смысла жизни и своего места в ней, на определение критериев добра и зла для оценки событий, людей и руководства к действию». С данным тезисом трудно не согласиться – в конечном итоге, такое поведение индивидов, которое характеризуется как «саморазруша-

ющее» (2001. С. 59–67): злоупотребление алкоголем, курение, чрезмерные трудовые нагрузки, игнорирование консультаций врача и т.д. связаны с отсутствием жизненных целей и ценностей.

Доказать влияние духовности на физическое здоровье можно только в ходе многолетних наблюдений (Паутов И.С., 2011). «Если ухудшение или улучшение нравственного и эмоционального состояния сопровождается ростом/снижением заболеваемости и смертности, значит, мы имеем дело с фактором риска», – заключает И.А. Гундарев (2001. С. 60), который в качестве критериев духовного неблагополучия избрал показатели моральной статистики – уровень самоубийств и убийств: «Первые отражают безысходность, потерю смысла жизни, вторые – агрессию, озлобленность. Суммарную величину духовного неблагополучия характеризует общая преступность», считает исследователь (2001. С. 60). Он обнаружил высокую степень корреляции между уровнем убийств, самоубийств и динамикой заболеваемости населения, а также динамикой рождаемости в России, странах Восточной Европы, Прибалтики и СНГ. Его вывод основан на том, что корреляция является не случайной, а закономерной, и демонстрирует решающее влияние духовного неблагополучия на здоровье.

Кроме корреляций с факторами социально-демографического характера выявлена связь с социально-психологическими переменными, в частности с установками респондентов на степень ответственности за свое здоровье. В исследовании «Ваше здоровье» респондентам предлагалось выбрать один из трех возможных факторов («условия жизни», «усилия человека», «наследственность»), который, по их мнению, в наибольшей степени обуславливал состояние их здоровья. В Оренбурге 56% ответивших выбрали «условия жизни», 26% – «усилия самого человека» и 5% – наследственность», 3% – затруднились ответить. Чем хуже состояние здоровья, тем чаще ответственность возлагалась на «условия жизни», чем лучше, тем больше на «собственные усилия». Женщин больше, чем мужчин, выбравших «усилия человека» в группе с «хорошим здоровьем». В группе с «плохим здоровьем» женщин вдвое больше, чем мужчин, но мужчин здесь в 4 раза больше с ориентацией на «усилия человека»; мужчины начинают беспокоиться, когда ухудшается здоровье женщины заботятся о здоровье, когда нет еще болезненных симптомов. По мере ухудшения здоровья люди все больше надеются «на условия жизни», проявляя беспомощность перед лицом болезни, особенно это характерно для мужчин (Гундарев И.А., 2001. С. 54–55).

По мнению Е.А. Будченко (2000), при оценке особенностей здоровья людей следует иметь в виду и их личностные характеристики:

– Люди различаются между собой по тому, как и где они локализируют контроль над значительными для себя событиями. Возможны два полярных типа такой локализации: экстернальный (внешний) и интервальный (внутренний). В первом случае человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом действия внешних сил – случая, других и т. д. Во втором случае человек интерпретирует значимые события как результат своей собственной деятельности. Любому человеку свойственна определенная позиция на пространстве, простирающемся от экстернального к интернальному типу.

– Локус контроля, характерный для индивида, универсален по отношению к любым типам событий и ситуаций, с которыми ему приходится сталкиваться. Один и тот же тип контроля характеризует поведение данной личности и в случае неудач, и в сфере достижений, причем это в различной степени касается различных областей социальной жизни.

У интерналов обнаружена более активная, чем у экстерналов, позиция по отношению к своему здоровью: они лучше информированы о своем состоянии, больше заботятся о своем здоровье и чаще обращаются за профилактической помощью. Экстерналы же, наоборот, более тревожны, подвержены депрессиям, психическими заболеваниями.

Ряд отечественных авторов обращаются к категории «здоровье» в связи с проводимой в России модернизацией образования. Исследователи отмечают (Приходько А.Н., 2011), что оказывается здоровье студентов вузов уже подорвано с самого момента поступления. Около 40% абитуриентов на момент поступления уже имеют отклонения в здоровье.

А.Н. Приходько (2011) констатирует, что за последние 10 лет число школьников с хронической патологией возросло в 1,5 раза, а среди подростков – в 2,1 раза. За время обучения 70% функциональных расстройств переходят теперь в стойкую хроническую патологию к окончанию школы, 4–5 раз возрастает заболеваемость органов зрения, в 3 раза – органов пищеварения, в 2 раза – число нервно-психических расстройств. Наиболее значительный прирост всех нарушений состояния здоровья отмечен в 7 лет и в период от 12 до 17 лет. Считается, что отрицательные влияния внутри школьной среды и, прежде всего, перегрузок в начальной школе составляет 12%, а в старшей – 21%.

В так называемых школах «нового типа» – гимназиях, лицеях – нагрузки настолько велики, что в 5–9-х классах достоверно чаще по

сравнению с массовыми школами отмечаются клинически выраженные вегетативно-сосудистые расстройства (19,3% , в массовых 3,8%), нейроциркуляторная дистония (10,4 против 2,9%), неврологические расстройства (14,0 против 3,2%). До 80% учащихся этих школ имеют множественные и полистемные нарушения состояния здоровья (Стуколова Т.М., цит. по: Приходько А.Н., 2011). В Томской области большинство потребителей наркотиков – 67% – это молодые люди в возрасте до 30 лет, на долю учащихся приходится 7,6%.

Исследования свидетельствуют о том, что значительная часть молодежи приходит в студенческую среду уже с какими-либо отклонениями в состоянии здоровья. Например, среди поступивших в вузы Дагестана таких – 38,2%; абсолютное большинство (свыше 70%) хотя бы один-два раза в год болеют острыми заболеваниями (Асхабова Л., 2011).

Совершенно справедлива мысль (Пахальян В., 2006) о том, что образование, обеспечивающее детям культурно и духовно наполненную среду, полагающее нормой ценность саморазвития, становления индивида субъектом собственной жизни, направленное на актуализацию личностного начала в ребенке, формирующее с необходимостью нравственную позицию человека, является оптимальной (естественной) формой поддержания психологического здоровья детей. Вопрос же реального влияния современного российского образования на психологическое здоровье детей – это повод для специальных исследований и дискуссий. Неутешительные тенденции наблюдаются и в дальнейшие годы обучения. Чем ближе к диплому, тем болезненнее становится студент. Причина такой тенденции кроется как раз в отсутствии здорового образа жизни у наших студентов (Пальцев М.А., 2002; Приходько А.Н., 2011; Асхабова Л., 2011 и др.).

Падение общего здоровья студентов происходит прежде всего потому, что мало кто из них ведет здоровый образ жизни. Чтобы здоровье студентов вузов сохранить в нормальной форме, необходимо планировать специальные оздоровительные мероприятия. Но все эти меры будут работать эффективно только после детального изучения самих причин падения уровня здоровья у студентов.

Исследуя взаимосвязь между образом жизни современной молодежи и ее физической активностью, которая, безусловно, существует, А.А. Аникина и А.Е. Доронина (кафедра физвоспитания МГУ, 2010) выдвинули следующие гипотезы, которые пока не доказаны и не опровергнуты, так как эмпирическая стадия их исследования еще не осуществлена:

– У молодежи недостаточный уровень знаний о здоровом образе жизни (ЗОЖ), следовательно, у нее нет достаточного стимула для занятий физкультурой и спортом (ФиС).

– ЗОЖ не является одной из основных потребностей молодежи, большая часть молодежи уделяет внимание образованию, которое является более важным и главным элементом образа жизни. Как альтернатива – для молодежи важнее может оказаться проведение своего свободного времени, свободное существование без особых обязательств и стремлений в жизни.

– Если молодежь не рассматривает ФиС как одну из потребностей, то занятия физкультурой и спортом – скорее способ развлечения, поднятия престижа и не более того.

– Существенную часть образа жизни современной молодежи занимают, образование, работа, которые занимают почти все время, следовательно, на занятия физкультурой и спортом просто не хватает времени.

– Если молодежь считает здоровье как одну из своих потребностей, то главным компонентом для поддержания здоровья является не ФиС, а другие виды ЗОЖ (здоровое питание, двигательная активность, закаливание и т.д.).

Я.В. Ушакова (2007. С. 197–202) также считает, что здоровье и здоровый образ жизни – качественная предпосылка будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к созданию семьи и деторождению, к сложному учебному и профессиональному труду. Однако, как показали ее исследования, российские студенты не рассматривают свое здоровье как капитал, который нужно сохранять и приумножать, дабы в перспективе он принес свои дивиденды. Молодые люди довольно уверенно ставят здоровье на первые места в иерархии жизненных ценностей и приоритетов, но при этом, как показывают социологические исследования, они не предпринимают должных мер к сохранению и приращению этого капитала. На формирование здоровья студенческой молодежи в процессе обучения влияет множество факторов, которые условно можно разделить на две группы. Первая группа – это объективные факторы, непосредственно связанные с учебным процессом (продолжительность учебного дня, учебная нагрузка, обусловленная расписанием, состояние учебных аудиторий и т.д.). Вторая группа факторов – субъективные, личностные характеристики (режим питания, двигательная активность, организация досуга, наличие или отсутствие вредных привычек и т.д.). В реальных условиях обучения и

быта именно вторая группа факторов, характеризующая образ жизни студентов, в большей степени влияет на здоровье. Исследования показали, что большинство студентов университета считают себя здоровыми: 74% – в 2003 г., 81% – в 2005 и 2007 гг.

Оценки собственного здоровья молодыми людьми показывают, что в большинстве своем они, скорее, не думают о своем здоровье, чем действительно обладают им. Этот момент находит свое подтверждение в том обстоятельстве, что почти половина студентов признаются в том, что они не обладают информацией о своем здоровье. Автор также делает ввод о том, что самооценка здоровья может служить важным индикатором состояния и динамики здоровья студентов в дополнение к объективным медицинским исследованиям. Несмотря на высокую оценку собственного здоровья, у студентов остаются серьезные проблемы со здоровьем. В структуре этих проблем первое место занимают усталость (отметили 50% студентов), легкие недомогания (26%), угнетенное психологическое состояние (25%), головные боли (18%). Не снижается уровень простудных заболеваний (21%), заболеваний сердечно-сосудистой системы (14%) и пищеварительной системы (14%). Практически каждый десятый студент серьезно болен. Что касается мер по поддержанию своего здоровья, то опрошенные студенты : принимают витамины – 41%; стараются быть больше на свежем воздухе – 45%; занимаются спортом – 40%; питаются регулярно и полноценно – 31%; делают утреннюю зарядку – 14%; занимаются фитнесом – 14% и т.д. В то же время : курят 20%, выпивают – подавляющее большинство несколько раз в месяц, более одного раза в неделю – 13%, а 1% – ежедневно.

По мнению Я.В. Ушаковой (2007. С. 198–200), основные требования здорового образа жизни – двигательная активность, рациональное питание, комфортные условия учебы и быта, рациональные режим труда и отдыха, оптимальная физическая нагрузка, отказ от вредных привычек, нормальная интимная жизнь, использование традиционный и нетрадиционных средств оздоровления. Большинство этих требований носит субъективный характер, и их выполнение зависит исключительно от самого человека. Проблема ЗОЖ студентов ННГУ стоит достаточно остро, в студенческой среде ощущается недостаток знаний на эту тему, и многие из них испытывают потребность в получении информации.

Интерес представляют и данные исследования в Ижевской госмедакадемии (Дипломная работа, 2011. С. 11–13), в котором приняли участие более 400 студентов всех курсов в возрасте 18–25 лет. Субъективная оценка здоровья: практически здоров: юноши – 22% девушки – 14,9%;

редко болею – менее 2 раза в год: юноши – 43,2, девушки – 35,7%; часто болею более 2 раз в год: юноши – 17,4%, девушки – 21,1%; имею хронические заболевания: юноши – 17,4%, девушки – 28,4%. Распределение студентов по физкультурной группе: основная: 77 и 38,1%, подготовительная: 12 и 25%; специальная: 10 и 35,9%; освобождены: 1,0 и 1,1%
Вредные привычки: не курят 52,5 юношей и 81,7% девушек. Причины вредных привычек: стрессы от перегруженности учебой: соответственно, 52 и 49,4%; неустроенность быта и досуга: 11 и 10%; нет нормальных механизмов релаксации: 22 и 17,3%; интерес: 11 и 17%; семейные традиции: 4 и 5,9%. Из живущих половой жизнью 68,7% юношей и 84,4% девушек пользуются контрацептивами. Факторы, мешающие заниматься своим здоровьем: отсутствие интереса: 4,1 и 2%; отсутствие условий: 20,6 и 16,4%; недостаток времени: 34% и 35,3%; лень: 14,7 и 17,5%; материальные затруднения: 18,8 и 19,1%; отсутствие силы воли: 7,3 и 9,2%; недостаток знаний о своем ЗОЖ: 0,5 и 0,6%

Исследование самооценки здоровья студентов выявили связь состояния здоровья и уровня жизни. Чем выше оценка уровня жизни, тем выше самооценка собственного здоровья. Студенты, имеющие собственное жилье и оценивающие условия проживания как хорошие, гораздо чаще других считают себя здоровыми (68,9%), проживающие в общежитии здоровыми себя считают в 1,5 раза меньше. По мнению студентов, перво-степенным фактором, неблагоприятно влияющим на здоровье, является постоянное переутомление, связанное с высокой интенсивностью учебной нагрузки и необходимостью работать параллельно с учебой. На втором месте – неудовлетворительные жилищные условия. Затем следуют: безразличное и невнимательное отношение к собственному здоровью, проблемы в семье, несбалансированное питание, вредные привычки. По данным разных авторов, сами студенты не студенты практически не предпринимают никаких мер к укреплению своего здоровья, хотя в рейтинге ценностей ставят здоровье на второе место после образования, вполне понимая, что высокий уровень здоровья дает конкурентные преимущества на рынке труда. Среди неблагоприятных факторов студенческой жизни, кроме указанных, студенты назвали выраженное чувство одиночества (71,5%), которое, возможно, связано со сложным микроклиматом в коллективе, на который указывают 45,7% опрошенных студентов. Больше 50% студентов указали на высокий уровень тревожности, вызванный предстоящей трудовой деятельностью. Около 35% студентов не уверены, что они будут востребованы как специалисты после оконча-

ния учебы. Для снятия хронического стресса, подавления тревожности, молодые люди достаточно легко прибегают к «приему алкоголя» (20%), «курению» (35%), «приему легких психотропных средств» (8,5%). Так, среди первокурсников Нижегородских вузов курит 30% студентов, на четвертом курсе уже 45%. Употребляют алкоголь с разной степенью частотой 87% студентов. Как устойчивая привычка к табакокурению и приему алкоголя сформировалась лишь у 18–19% их потребителей.

Влияние образовательной среды на психологическое здоровье студентов разных специальностей в процессе обучения отмечают Е.С. Дьячкова и М.В. Хватова (2006). Исследовались студенты двух специальностей: физики и физкультурники. Было выявлено, что средовые условия обучения влияют на формирование особенностей личности и поведения студентов. Эти особенности наиболее выражены на 4-м курсе.

1.4. Отношение к здоровью и его место в системе ценностей студентов

Согласно исследованиям ВОЗ, наше здоровье зависит: на 10% от генетических факторов; на 5–10% от экологических условий; на 5–10% от состояния медицины и на 70–80% от питания и образа жизни. Из этой статистики следует, что наше здоровье – в наших руках. Или если выразиться более поэтично, то можно полагать, что «здоровье – вершина, на которую человек должен подняться сам». Отсюда следует также, что «здоровье начинается со здорового отношения к здоровью» (Залевский Г.В., 2010).

Проблема ценностей и ценностных ориентаций является предметом изучения ряда наук о человеке и обществе, в частности, философии, социологии, психологии и педагогики. Система ценностных ориентаций имеет сложную, многоуровневую структуру детерминации. Вершина ее – ценности, связанные с идеалами и жизненными целями личности. Система ценностных ориентаций не является чем-то абсолютно упорядоченным и неподвижным, она противоречива и динамична, отражает как главные, существенные, стержневые изменения взаимозависимости личности с миром, так и смену текущих, мимолетных, в известной мере случайных жизненных ситуаций.

Исследования проблемы ценностей и ценностных ориентаций (Э. Шпрангер, А. Маслоу, Дж. Холанд, М. Рокич, В. Франкл, С. Шварц, В. Билски, А.Г. Здравомыслов, В.Я. Ядов и др.), показали, что ценност-

ные ориентации являются важнейшими компонентами структуры личности. Наряду с другими социально-психологическими образованиями они выполняют функции регуляторов поведения и проявляются во всех областях человеческой деятельности.

Рокич (Rokeach, 1969) определяет ценность как «устойчивое убеждение в том, что определенный способ поведения или конечная цель существования предпочтительнее с личной или социальной точки зрения, чем противоположный или обратный им способ поведения, либо конечная цель существования». Человеческие ценности характеризуются следующими основными признаками:

1) общее число ценностей, являющихся достоянием человека, сравнительно невелико;

2) все люди обладают одними и теми же ценностями, хотя и в разной степени;

3) ценности организованы в системы;

4) истоки человеческих ценностей прослеживаются в культуре, обществе и его институтах и личности;

5) влияние ценностей прослеживается практически во всех социальных феноменах, заслуживающих изучения.

Рокич различает два класса ценностей: терминальные и инструментальные. Терминальные ценности он определяет как убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования с личной и общественной точек зрения заслуживает того, чтобы к ней стремиться; инструментальные ценности – как убеждения в том, что определенный образ действий (например, честность, рационализм) с личной и общественной точек зрения является предпочтительным в любых ситуациях. Инструментальные – ценности-средства, т.е. предпочтительный образ жизни или способ действия в какой-либо ситуации. К инструментальным относятся такие ценности, как «воспитанность», «высокие запросы», «жизнерадостность», «образованность», «ответственность», «терпимость» и др. (Леонтьев Д.А., 1998).

По мнению А.Г. Здравомыслова (1986), ценностные ориентации это важнейший элемент внутренней структуры личности, закрепленный жизненным опытом индивида. Они отграничивают существенное и важное для данного индивида от несущественного, выступают важным связующим звеном между обществом, социальной средой и личностью, ее внутренним миром. Специфика действия ценностных ориентаций состоит в том, что они функционируют не только как способы рационализации поведения, их действия рас-

пространяются не только на высшие структуры сознания, но и на те которые обозначаются обычно как подсознательные структуры. Направленность личности на те или иные ценности составляет ее ценностные ориентации. По мнению М.С. Яницкого и А.В. Серого (2010. С. 8), «система ценностных ориентаций определяет жизненную перспективу, «вектор» развития личности, являясь важнейшим внутренним источником и механизмом».

В.А. Ядов (1999) рассматривает ценностные ориентации как центральное звено личности, определяющее ее отношение к обществу, социальной группе самой себе. Его подход предполагает формирование структуры ценностных ориентаций у человека на протяжении многих лет. По мнению В.А. Ядова, система ценностей позволяет прогнозировать общую направленность поведения. Вместе с тем степень совпадения ценностей и реального поведения может колебаться, то есть ценности не всегда непосредственно управляют поведением и поступками.

М.Б. Кунявский, В.Б. Моин и И.М. Попова (цит. по: Леонтьев Д.А., 1998) отмечают существование расхождения между декларируемыми ценностными конструктами сознания и реально побуждающими деятельность человека ценностями, и называют четыре группы причин:

1. При адекватном осознании и вербальном выражении ценностей их включение в практическую регуляцию деятельности может не происходить из-за отсутствия возможностей реализации, наличия конкурирующих или противоречивых ценностей.

2. Реально действующие ценности не всегда адекватно осознаются и вербализуются субъектом; в силу ограниченности его интеллектуальных возможностей, действия защитных механизмов и др.

3. Адекватно осознаваемые ценности – могут неадекватно вербально репрезентироваться в силу речевых табу и другого рода преград.

4. Рассогласования могут определяться наличием конкурирующих компонентов вербального поведения или сознания.

По мнению некоторых авторов (Войтенко Т.П., 2009. С. 6–7), решая проблемы превентивной психологии развития в контексте концепции психологического здоровья, нельзя обойти те вопросы, которые связаны с активной ролью субъекта в своем собственном становлении. Одним из таких вопросов является отношение личности к своему здоровью. Рассматривая данный аспект проблемы, она исходит из представления о том, что отношение к здоровью – это одна из сторон «Я-концепции» субъекта. В ней, как и во всех других ее составляющих, отражается общее состояние благополучия внутреннего мира человека. На эту сторону развития

личности обращают внимание практически все исследователи, в том числе и В.Э. Пахальян (2006. С. 28–29):

1. В рамках *антропологического подхода* при анализе отклонений в развитии человеческой субъективности отмечается, что характер отношения к жизни и к другим людям является отражением самобытности. Здесь отношение к своему здоровью может рассматриваться как важнейшее условие бытия, как один из аспектов субъекта жизнедеятельности, являющегося распорядителем индивидуальных сил и способностей.

2. Представители *экопсихологического подхода* обращают внимание на «субъективное отношение личности». В структуре субъективного отношения личности они выделяют *перцептивно-аффективный, когнитивный, практический* и *поступочный* компоненты, которые и характеризуют субъективное отношение человека к своему здоровью.

Раскрывая сущность каждого из этих компонентов, авторы данного подхода отмечают следующее.

Перцептивно-аффективный компонент показывает, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в эмоциональной сфере.

Когнитивный компонент показывает, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в познавательной сфере. Он показывает, насколько человек готов воспринимать получаемую от других людей или из литературы информацию по проблемам здорового образа жизни, насколько человек стремится сам получать такую информацию.

Практический компонент показывает, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в практической сфере. Он показывает, насколько человек готов включаться в различные практические действия, направленные на заботу о своем здоровье, когда они предлагаются, организовываются другими людьми, или по собственной инициативе стремится осуществлять эти действия.

Поступочный компонент показывает, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых им поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с существующим у него отношением. Он показывает, насколько человек стремится повлиять на членов своей семьи, чтобы они заботились о здоровье, вели здоровый образ жизни, насколько он стремится повлиять на своих знакомых, на других людей, общество в целом.

С целью изучения и анализа ценностного отношения студенческой молодежи к здоровью и факторам здорового образа жизни в 2006/2007 учеб-

ном году был проведен опрос 1000 студентов Пензенского государственного педагогического университета (Козина Г.Ю., 2007.). Анализ показал, что подавляющая часть студентов считает здоровье определяющим фактором внутреннего состояния человека, необходимым условием счастья, 70,3% опрошенных студентов поставили здоровье в иерархии ценностей на третье место, после «семьи» и «любви». Это не случайно, так как «семья», «любовь» – показатели социального благополучия, которые, как следует из определения ВОЗ, являются компонентами здоровья человека.

Несмотря на то, что здоровье в иерархии ценностей студенческой молодежи занимает доминирующее положение, 49,7% респондентов оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное и плохое. Каждый третий студент имеет 2–3 заболевания. Безусловно, что состояние здоровья студенческой молодежи во многом определяется «школьной патологией». Однако в период обучения в вузе уровень физического здоровья студентов снижается, а число хронических больных из года в год возрастает.

Анализ анкетного опроса показал, что большинство студентов (91,6%) хотели бы улучшить состояние своего здоровья. Для улучшения и сохранения здоровья студенты выбрали бы поведение, соответствующее здоровому стилю жизни. Однако исследование показало, что существует диссонанс между декларируемой, осознаваемой ценностью здоровья и реальным поведением, направленным на его сохранение и укрепление. Что же мешает студенческой молодежи вести здоровый образ жизни? Анализ ответов респондентов показал, что 47,5% опрошенных студентов отметили недостаточную сформированность культуры ЗОЖ, 32,4% признались, что не умеют отдыхать, 15,1% отметили, что им не хватает знаний для занятий физкультурой, 6,4% считают, что у них отсутствует потребность в здоровье.

Можно отметить, что основные ценностные ориентации студентов педагогического вуза (Козина Г.Ю., 2007) прямо или косвенно связаны с различными компонентами здоровья. В связи с этим в профессиональной подготовке учителей необходимо усилить практические навыки по основам здорового образа жизни. Вместе с тем здоровый стиль жизни, являясь необходимой компонентой профессионального статуса учителя, способствует более высокой общей познавательной активности студентов, а также воспитанию убежденности будущих специалистов в необходимости личного участия в решении проблемы здорового образа жизни населения, в частности детей и подростков.

Решение вопроса формирования ценностного отношения студенческой молодежи к здоровью и факторам здорового образа жизни должно быть построено на комплексном подходе, включающим психологическое отслеживание (мониторинг и психодиагностику) уровня здоровья и стиля (образа) ее жизни, а также психологическое сопровождение профилактики, охраны и укрепление ее здоровья, что непосредственно связано с проведением комплекса мероприятий: активизацией социально-профилактической работы в вузе; организацией массовых физкультурно-оздоровительных мероприятий; разработкой механизмов поощрения здорового стиля жизни; оказание социально-медицинской помощи студентам группы риска; повышение уровня подготовленности по профилактике социально значимых заболеваний.

2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ, МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Теоретико-методологические основания исследования

Одной из приоритетных задач психологии вообще и ее отдельных областей можно считать развитие интегральных парадигм, которые способны связать воедино множество «рассеянных» исследовательских данных и частных моделей личности. К этим парадигмам можно отнести ряд глобальных измерений в познании личности, например, духовное, культурное, жизненное, телесное (Старовойтенко Е.Б., 2010. С. 4).

Следуя этой задаче, мы в своем исследовании попытались интегрировать ряд подходов в качестве теоретико-методологических оснований. Основными из них являются: биопсихосоционезическая модель развития личности и ее здоровья (Залевский Г.В., 2008–2010), структурно-уровневый подход (М.С. Роговин, 1977), теория отношений личности В.Н. Мясищева (1960), представления о системе ценностей личности и ее деформации (Rokeach, 1969), о самоактуализации как характеристике здоровой личности (Маслоу, 1997, Роджерс, 1994), гибкости как личностном ресурсе здоровья (Залевский Г.В., 2009).

В последнее десятилетие в теорию и практику понимания детерминант здоровья вошло понятие биопсихосоционезической модели, указывающей на мультифакторную природу и структурно-уровневую организацию феномена здоровья и его носителя – человека. В то же время ученые склоняются к тому, что решающим фактором в этой интегрированной целостной организации с все большей очевидностью доминирующую роль играет именно неэтическая/духовная составляющая, которая, в конечном итоге, определяет «индивидуальную ответственность человека за свое здоровье» (Никифоров Г.С., 2006. С. 275). Иначе говоря, **здоровье начинается со здорового отношения к здоровью.**

Некоторыми авторами (Козина Г.Ю., 2007. С. 37) «отношение к здоровью» определяется как сложившаяся на основе имеющихся у индивида знаний оценка собственного здоровья, осознание его значения, а также действия, направленные на изменение состояния здоровья». Структура понятия «отношение к здоровью» включает в себя: 1) оценку состояния здоровья, 2) отношение к здоровью как к одной из основных жизненных ценностей; 3) деятельность по сохранению здоровья.

Для современного человека болезнь – это вопрос не необходимости, а выбора: природа не навязывает нам бактерии или вирусы, вызывающие сердечные приступы, диабет, рак, артрит или остеохондроз, они являются следствием неверных действий человека (Чопра: цит. по: Никифоров Г.С., 2006. С. 275).

Отношение к здоровью – один из центральных, но пока еще очень слабо разработанных вопросов психологии здоровья и здорового образа жизни. Поиск ответа на него сводится, в сущности, к одному: как добиться того, чтобы здоровье стало ведущей, органичной потребностью человека, ведущей ценностью в его системе ценностей на всем протяжении его жизненного пути, как помочь людям сформировать адекватное отношение к своему здоровью.

Некоторые исследователи сходятся на трехкомпонентном строении понятия отношения вообще и отношения к здоровью в частности. Так, Никифоров (2006. С. 279) выделяет три следующих компонента отношения к здоровью: когнитивный (знание человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, как негативное – повреждающее, так и позитивное – укрепляющее влияние на здоровье человека и т.п.); эмоциональный (переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия человека); мотивационно-поведенческого (определяет место здоровья в индивидуальной иерархии терминальных и инструментальных ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья).

Мы солидарны с В.М. Розиным (2007), который говорит о необходимости «духовной навигации» для каждого человека, в том числе и для тех, кто не религиозен, кто «обходится без этой гипотезы», им определиться с ней труднее, так как она более индивидуальна, не опирается на столь проработанные культурные формы» «Поэтому новый человек – это человек не просто конституирующий себя, т.е. не только личность, а человек, вставший на путь «духовной навигации». Духовная навигация – это наблюдение за собой, продумывание своей жизни, ее смысла и назначения, это стремление реализовать намеченный сценарий жизни (скрипт), отслеживание того, что из этого получается реально, осмысление опыта

своей жизни, собирание себя вновь и вновь, наконец, работа на культуру, **на человека и здоровье** (выделено мной. – Ю.К.), противостояние нежизненности и разрушению».

Л.С. Выготский присоединяется к мнению тех исследователей и докладчиков, выступавших на Первом немецком конгрессе по лечебной педагогике (1922), которые отвергали концепцию *moral insanity* (моральной дефективности, помешательства или безумия) как душевной болезни, но понимали ее как «выпадение тех или иных ценностей или оценок, например мотивов поведения, мотивов ценностей, которые встречаются и у нормальных людей. ...их следует искать не во врожденном дефекте воли или извращении отдельных функций, но в среде и воспитании. Как недостаток нравственного воспитания (1983. С. 151).

В свете этих представлений человек (антропос – устремленный ввысь) и его здоровье понимаются как целостные образования со структурно-уровневым строением, высшим и интегрирующим уровнем которого является духовный уровень (духовность и духовное здоровье).

Эти уровни (человека и его здоровья) отражают уровни «человеческих связей с миром» (Леонтьев А.Н., 1975), «взаимодействия с действительностью» (Брушлинский А.В., 1993), «разные уровни бытия» (Правдина Л.Р., 2010), которые можно мыслить как «миры (пространства), где совершаются развитие и саморазвитие личности, и которые могут быть структурированы следующим образом: мир (пространство) телесности, психологический (функциональный и душевный) мир, общественный (социальный), духовный, культурный» (Старовойтенко Е.Б., 2010).

Ноэтическая проблема, по мнению В.И. Кабрина (2005), может быть обнаружена как фундаментальная, если мы вернем современной психологической науке достойные (релевантные) ее горизонты, т.е. вернем ей изначальную триединую проблему духовно-душевно-телесного соответствия в человеке в экзистенциальной встрече его с универсумом. Можно полагать, что основные парадигмы современной и постнеоклассической психологии (феноменалистическая, гуманистическая, экзистенциальная, трансперсональная, холистическая) в той или иной степени охвачены «ноэтическим ренессансом».

Этим, видимо, можно объяснить и появление исследований по проблемам психологии телесности (Тхостов А.Ш., 2002; Зинченко В.П., Леви Т.С., 2005).

По мнению М. Бахтина, «духовное пространство человека – это вертикаль, включающая возвышенное и земное, земное и небесное, добро и

зло». Согласно Гете, духовность противоположна не плоти, а хаосу возбужденных инстинктов, делающих человека рабом во тьме стихий. Анализируя отличительные особенности поиска психологической природы духовности и выделяя в многообразии современных подходов четыре основных направления. В.В. Знаков (2005) делает заключение, что при подъеме к вершинам духовного бытия в личностном знании, индивидуальном опыте саморазвития у субъекта «возникает нечто большее, чем «приземленный» образ, модель внешних событий: возникает их внутренний смысл – психологическая основа формирования духовной сущности того, что стало предметом интеллектуальной и нравственной основы субъекта».

Согласно метафоре, предложенной Г.В. Залевским (2009, 2010), сущность человека, его жизни, здоровья и развития выражается в движении в указанных выше мирах или пространствах и во времени *от ирридического (земного, телесного) к нозтическому (духовному), ценностно-смысловому*: человеческим идеалам, высшим чувствам, эстетическим, религиозным, интеллектуальным, нравственным ценностям, любви, самопознанию, творчеству, свободе, духовному здоровью) *и обратно*. Мера личности и ее здоровья определяется расстоянием, на которое она поднимается, трансцендирует над ирридическим, устремляясь к нозтическому, и фактом ее возвращения назад к ирридическому, с целью его одухотворения и принятию его энергии для нового взлета. Человек не может быть самим собой, если он не перерастает самого себя (Антоний Сурожский).

О.С. Васильева (2010. С. 13), говоря о критериях духовного здоровья и факторах, на него влияющих, относит к ним «расширение сознания за пределы человеческого тела, за пределы Я; нахождение оптимального индивидуального баланса между сиюминутным и вечным, материальным и духовным». Если же человек не отрывается от земного и телесного, «не перерастает себя» или, оторвавшись, не «возвращается к телесному и земному», то это признаки, прежде всего, духовного нездоровья. «При этом здоровье выступает как показатель, характеризующий личность в ее целостности – как необходимое условие интеграции всех составляющих личности в единую Самость» (Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001. С. 277).

В этой связи справедлива мысль (Старовойтенко Е.Б., 2010. С. 5) о том, что «принципиален поиск интегрального определения личности» и о том, что «личность может быть определена в качестве индивидуального

человека, проживающую глубинную, осознанную и деятельную жизнь, обладающего устойчивым духовно-телесно-психически-практическим единством, развивающегося в ценностных отношениях к миру природы, культуры, общества, другого человека, занимающего единственное место среди людей, соотносящего собственное Я с другими Я, живущего в смысловом и деятельном диалоге с множеством других и открывающего в нем свою индивидуальность».

Созвучно этой мысли и мнение о том (Правдина Л.Р., Васильева О.С., Короткова Е.В., 2009. С. 31), что «психология здоровья рассматривает несколько уровней существования человека и характеризует их соответствующими уровнями здоровья (физического, психологического, социального и духовного), которые в совокупности составляют феномен целостного, интегративного здоровья индивида». Здоровье понимается как системный (скорее, интегративный. – Ю.К.) феномен, характеризующийся не просто комфортным состоянием человека на различных уровнях бытия, но и как обладание потенциалом, запасом определенных сил, возможностей проявления активности, ресурсов на всех этих уровнях.

В рамках преподавания курса «Культура здоровья» авторы раскрывают в этой связи понятие «ресурсная модель здоровья» (хотя сам термин предложен не ими) (Там же. С. 39). Последовательно раскрываются понятие «здоровье» с точки зрения холистических концепций, механизмы формирования здоровья (ресурсная теория здоровья), социокультурные эталоны здоровья, современное понимание феномена здорового образа жизни, факторы и критерии четырех уровней здоровья – физического, психологического, социального и духовного.

В основание нашего исследования положен интегративный – целостно-ценностный подход в рамках антропологической психологии и в контексте биопсихосоциоэтической/духовной природы человека и его здоровья, имеющих структурно-уровневую организацию, высшим интегративным уровнем которой является духовная составляющая человека и его здоровья.

В рамках такого подхода здоровье рассматривается как многомерный феномен, сложный и неоднородный по своему составу, сочетающий в себе гетерогенные, качественно различные компоненты, и отражающий фундаментальные аспекты человеческого существования. Такое понимание здоровья, в частности, отражено в формулировке, предложенной экспертами Всемирной организации здравоохранения: здоровье – состояние полного физического, психического, социального и духовного благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов.

2.2. Материал исследования и описание выборки

В исследовании приняли участие 702 студента 1–5-х курсов обоего пола, в возрасте 17–40 лет (17–25 лет – 70%) и 26–40 лет (30%) очной и заочной форм обучения, разной профессиональной направленности (психологи, клинические психологи, будущие учителя физкультуры и спортсмены и естественники), вузов из разных регионов России (Томска, Алтайского края, Владивостока и Екатеринбурга).

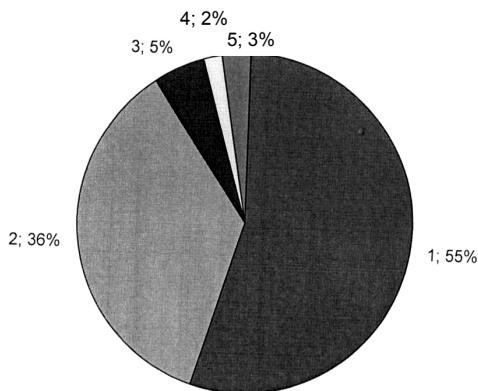


Рис. 1. Распределение испытуемых по возрасту: 1 – 17–20 лет; 2 – 21–25 лет; 3 – 26–30 лет; 4 – 31–35 лет; 5 – 36–40 лет

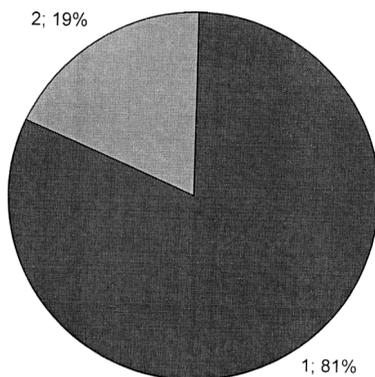


Рис. 2. Распределение испытуемых по полу: 1 – женщины; 2 – мужчины

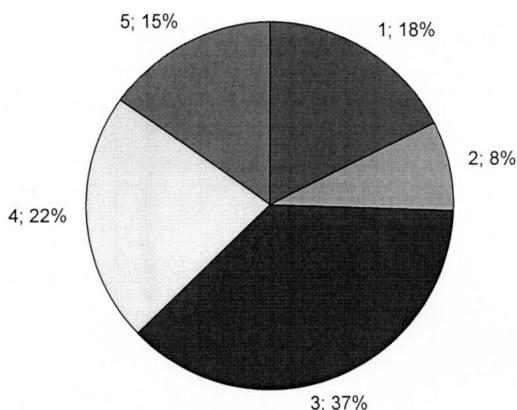


Рис. 3. Распределение испытуемых по курсам обучения

Приведем данные о распределении студентов ФП ТГУ (всего 380 чел.) по медицинским группам в 2009/10 уч. г. (в скобках указан %):

Курс	Группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная	Освобожденная
1-й (68 чел.)	18 (26,5)	24 (35,3)	21 (30,9)	5 (7,3)
2-й (153 чел.)	48 (31,4)	31 (20,3)	51 (33,3)	23 (15)
3-й (59 чел.)	78 (49)	20 (12,7)	33 (20,7)	28 (17,6)

2.3. Методы исследования

Еще Гиппократ определял здоровье как субъективно-психологическое ощущение. Отсюда следует, что самооценка здоровья – физического и психического состояния – выступает в качестве реального показателя здоровья людей. Хотя субъективная оценка априори не может быть полностью надежной при определении истинного состояния здоровья, тем не менее, в ряде исследований обнаружена довольно высокая степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья (например, по данным медицинских карт) – совпадение зафиксировано в 70–80% случаев. Не случайно практически все исследования по проблемам здоровья включают в себя самооценку в качестве точки отсчета при характеристике различных аспектов здоровья (Журавлева И.В., 2011. С. 51–52).

По мнению О.С. Васильевой (2010. С. 13), к которому мы тоже прислушались, среди наиболее подходящих методик, особенно когда речь идет об исследовании духовного здоровья, являются тесты, позволяющие выявить уровень самоактуализации личности, опросник ценностных ориентаций Рокича, выявляющий иерархию ценностей и др. Помимо этого в наше исследование включены десятишкальный тест «Оценка образа жизни и уровня здоровья» (5 шкал здоровья – ШЗ; 5 шкал образа жизни – ШСЖ) Р. Страуба в адаптации и модификации Г.В. Залевского (2009), а также две шкалы (АФ и ШЛ) Томского опросника ригидности Залевского (ТОРЗ), считаясь с мнением А. Маслоу и К. Роджерса о том, что для «самоактуализированной» и «полностью функционирующей» личности – здоровой личности присуща высокая степень флексибельности.

В исследовательскую программу вошли приведенные ниже методики.

**Вопросник жизненного стиля и уровня здоровья (Р. Страуб),
адаптированный Г.В. Залевским**

Степень своего согласия с представленными ситуациями, пожалуйста, выразите, отметив знаком плюс в соответствующей графе. Но перед этим укажите, пожалуйста,

ФИО _____
 Возраст _____ Пол _____ Факультет _____ Группу _____

№ п/п	Физическое здоровье	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я забочусь о своем здоровье				
2	Я стараюсь держать свое тело здоровым и в форме				
3	Я интересуюсь проблемами здоровья людей с подобной мне семейной историей				
4*	Я страдаю хроническими и астеническими расстройствами				
5	Я чувствую, что у меня хорошее здоровье				
6*	У меня бывают аллергические реакции				
7*	Я теряю учебное (рабочее) время из-за болезни				
8	Я сплю 7–8 часов и встаю отдохнувшим и посвежевшим				
Индекс физического здоровья (8–32 балла)					

Примечание. Баллы за пункты, помеченные звездочкой, определяются инверсивно (1→4; 2→3; 3→2; 4→1).

№ п/п	Зарядка и физический фитнес	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я занимаюсь довольно активно физическими упражнениями, например ходьбой, не меньше 30 мин ежедневно				
2	Я занимаюсь бегом, плаванием, скоростной ходьбой или аэробикой от 20 до 30 мин в день не менее трех раз в неделю				
3	Я веду активный образ жизни				
4	По физическим показателям я выше людей моего возраста				
5	Я трачу довольно много времени на спорт: езде на велосипеде, путешествию, плавание, садоводству или игровым видам спорта				
6	Я в хорошей физической форме				
7	Я занимаюсь силовыми видами спорта несколько раз в неделю				
8	У меня достаточно энергии, позволяющей мне чувствовать себя бодро весь день				
Индекс зарядки и физического фитнеса (8–32 балла)					

№ п/п	Алкоголь, курение или иное злоупотребление химическими веществами	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я избегаю курения сигарет				
2	Я вообще избегаю всего, связанного с табаком, включая курение трубки, сигарет				
3*	Я трезвенник, но если требуют обстоятельства, то пью не более 1–2 глотков в день				
4	Я избегаю пить в ситуациях, в которых пить небезопасно				
5	Я избегаю кутежей				
6*	Я пью запрещенные (особо вредные) алкогольные напитки				
7	Я избегаю общения с людьми, которые злоупотребляют алкоголем				
8	Я избегаю приема алкоголя или других напитков в связи с какими-то проблемами или для облегчения общения				
Индекс употребления алкоголя, табака или других хим. веществ (8–32 балла)					

Примечание. Баллы за пункты, помеченные звездочкой, определяются инверсивно (1→4; 2→3; 3→2; 4→1).

№ п/п	Превентивная практика здоровья	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я регулярно посещаю своего врача для рутинного обследования				
2	Я регулярно проверяю свое давление и уровень холестерина				

№ п/п	Превентивная практика здоровья	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
3	Я практически ежемесячно тестирую свои органы дыхания и сердце				
4	При интимных отношениях я практикую безопасный секс				
5	Я избегаю слишком долго быть на солнце/загорать				
6	Я пользуюсь специальным защитным кремом, если приходится быть на солнце более 5 мин				
7	Я всегда мою руки после туалетной комнаты				
8	Я делаю прививки в срок				

Индекс превентивных мер (8–32 балла)

№ п/п	Дополнительные превентивные меры	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	У меня в доме есть детектор курения				
2	У меня в доме есть очиститель воздуха				
3	Вся «химия» дома у меня надежно хранится				
4	Я пристёгиваюсь в автомобиле ремнями безопасности				
5	Я забочусь о том, чтобы дети в автомобиле были пристегнуты ремнями безопасности				
6	Я соблюдаю правила уличного движения				
7	Я надеваю шлем или другие защитные средства при езде на велосипеде или роллерах				
8	Я следую инструкциям по использованию дома чистящих средств, пестицидов, растворителей и электричества				

Индекс дополнительных превенций (8–32 балла)

№ п/п	Питание и контроль веса	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я ограничиваю употребление жира, включая насыщенный жир				
2	Я ограничиваю употребление пищи с высоким содержанием холестерина (яйца, печень, мясо)				
3	Я следую сбалансированной диете				
4	Я съедаю ежедневно пять или больше порций фруктов и овощей				
5	Я ограничиваю употребление соли и(или) сахара				
6	Я предпочитаю пищу парную или тушеную				
7	Я ем несколько раз в день высоковолокнистую пищу				
8	Я стараюсь удержать мой вес в пределах уровня здоровья				

Индекс питания и контроля веса (8–32 балла)					
№ п/п	Психологическое здоровье	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я способен концентрироваться на выполнении задания в школе или на работе				
2	Цели моей жизни мне ясны				
3	В общем я себе правлюсь				
4	Я способен снимать мышечное и эмоциональное напряжение				
5	Я полон надежд относительно будущего				
6	Я получаю удовольствие от преодоления препятствий				
7	Я способен выражать свои чувства				
8	Я способен справляться со стрессами				

Индекс психологического здоровья (8–32 балла)

№ п/п	Духовное здоровье	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я нахожу смысл в жизни				
2	Я вижу смысл в присоединении к чему-то большему, чем я сам (религия, природа или социальные процессы/дела)				
3	Я убежден, что любая жизнь имеет свое предназначение/цель				
4	Я получаю удовольствие от занятия рисованием, скульптурой, танцами или чтением				
5	Я считаю, что я занимаю достойное место в сообществе				
6	Помогая людям, я не жду от них благодарности				
7	Я предпочитаю заниматься значимыми и важными делами				
8	Я чувствую потребность заниматься самыми разными вещами в этой жизни				

Индекс духовного здоровья (8–32 балла)

№ п/п	Социальное здоровье	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	У меня есть близкие друзья				
2	Я способен создавать доверительные отношения с другими людьми				
3	Я могу выражать как чувства симпатии и любви к другим людям, так и чувства разочарования и гнева				
4	Если я не могу решить проблему самостоятельно, то обращаюсь за помощью к другим людям				

№ п/п	Социальное здоровье	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
5	У меня хорошие отношения с членами моей семьи				
6	Я готов оказать поддержку другим				
7	Я способен брать ответственность на себя и не позволяю принимать решения за меня				
8	Я вполне уважаю чувства других людей				
Индекс социального здоровья (8–32 балла)					

№ п/п	Экологическое здоровье	Редко (1 балл)	Иногда (2 балла)	Обычно (3 балла)	Всегда (4 балла)
1	Я стараюсь быть в курсе экологической информации (например, о состоянии и роли озоновых дыр, уничтожении и болезни лесов, кислотных дождях и т.п.)				
2	Я пользуюсь контейнерами для бумаги, бутылок и металлических отходов (не бросаю мусор куда попало и где попало)				
3	Я использую качественную питьевую воду				
4	Я принимаю участие или сотрудничаю с участниками экологических акций				
5	Я правильно распоряжаюсь отходами				
6	Используя пестицидные распылители в доме или в саду, я следую инструкциям				
7	Я мою фрукты и овощи перед употреблением				
8	Я стараюсь экономить воду и электричество				
Индекс экологического здоровья (8–32 балла)					

Итого: Общий индекс ИСЖиУЗ _____

***Инструкция по количественной оценке и интерпретации данных
«Вопросника индивидуального стиля жизни и уровня здоровья»
(Straub, 2002, Залевский, 2009)***

Квартильная оценка:

32–27 баллов – высокий уровень здоровья и образа жизни;

26–21 баллов – умеренный (средний) уровень здоровья и образа жизни;

20–14 баллов – низкий уровень жизни и образа жизни;

13–8 баллов – критически низкий уровень здоровья и образа жизни.

Примечание. Модификация теста заключалась в использовании квартильной градации показателей каждой шкалы, которая показана в инструкции, а также в предложении сопоставлять данные шкал здоровья (ШЗ) с данными шкал образа жизни (ШСЖ) с высчитыванием «Индекса соответствия».

Методика Рокича
«Rokeach Value Survey (RVS) – Исследование ценностей»,
разработанная в 1969–1973 гг.*

Инструкция. Определите ранг каждой указанной ниже ценности в структуре Вашей системы ценностей.

Список А (терминальные ценности)		Ранг
1	Активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни)	
2	Жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом)	
3	Здоровье (физическое и психическое)	
4	Интересная работа	
5	Красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве)	
6	Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)	
7	Материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)	
8	Наличие хороших и верных друзей	
9	Общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей)	
10	Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие)	
11	Продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей)	
12	Развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование)	
13	Развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей)	
14	Свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках)	
15	Счастливая семейная жизнь	
16	Счастье других (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом)	
17	Творчество (возможность творческой деятельности)	
18	Уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений)	
Список Б (инструментальные ценности)		
1	Аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах	
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 слово)	
10	Рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения)	
11	Самоконтроль (сдержанность, самодисциплина)	
12	Смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов	
13	Твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями)	
14	Терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения)	
15	Широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки)	
16	Честность (правдивость, искренность)	
17	Эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе)	
18	Чуткость (заботливость)	

Благодарим за сотрудничество!

Примечание. Мы несколько жестче, чем Рокич, градуировали ранги ценностей: 1–5 ранги – ценности высокой значимости; 6–13 ранги – ценности средней значимости; 14–18 ранги – ценности низкой значимости.

***Краткая шкала измерения самоактуализации
(Джоунс и Крэндел, 1986)***

Инструкция. Пожалуйста, Ваше отношение к каждому утверждению отметьте знаком «+».

1. Я не стыжусь ни одной из своих эмоций.
2. Я чувствую, что должен делать то, что ждут от меня другие. (Ы)
3. Я верю, что по существу люди хорошие и им можно доверять.
4. Я могу сердиться на тех, кого люблю.
5. Всегда необходимо, чтобы другие одобряли то, что я делаю. (Ы)
6. Я не принимаю свои слабости. (Ы)
7. Мне могут нравиться люди, которых я могу не одобрять.
8. Я боюсь неудач. (Ы)
9. Я стараюсь не анализировать и не упрощать сложные сферы. (Ы)
10. Лучше быть самим собой, чем популярным.
11. В моей жизни нет того, чему бы я особо себя посвятил. (Ы)

12. Я могу выразить мои чувства, даже если это приведет к нежелательным последствиям.

13. Я не обязан помогать другим. (Ы)

14. Я устал от страхов и неадекватности. (Ы)

15. Меня любят, потому что я люблю.

Благодарим за сотрудничество!

Примечание. Респонденты отвечают на каждое утверждение, используя 4-значную шкалу: 1 – не согласен, 2 – не согласен отчасти, 3 – согласен отчасти, 4 – согласен.

Значок Ы означает, что при подсчете общих значений оценка по этому пункту будет инверсионной (например, 1↔4, 2↔3, 4↔1). Чем выше общее значение, тем более самоактуализированным считается респондент.

Томский опросник ригидности Г.В. Залевского (ТОРЗ).

Шкалы АР (АФ) и ШЛ

Инструкция. Отметьте, пожалуйста, знаком «+» то, что Вам подходит, против каждого пункта шкалы.

1. Я легко привыкаю к новым условиям.

2. Я легко меняю привычный темп и ритм работы и жизни.

*3. Все мои привычки хороши и желательны.

*4. Я предпочитаю проводить отпуск в привычной обстановке.

5. Если я обещал, что-то сделать, то всегда выполняю свое обещание, независимо от того, удобно мне это или нет.

*6. Я предпочитаю решать свои проблемы привычным способом.

*7. Бывает, что я непроизвольно начинаю считать ступеньки, фонари, окна или какие-то другие предметы.

*8. Мне трудно изменить собственное мнение о себе, даже если оно не совпадает с мнением других.

9. Я всегда плачу за провоз багажа в общественном транспорте.

*10. Мне трудно менять свой привычный маршрут на работу/учебу.

11. Я никогда не опаздывал на свидание или на работу.

12. Меня привлекают путешествия.

*13. Иногда я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.

14. Мне легко избавиться от привычек, которые мне не по душе.

*15. Иногда у меня возникают мысли, которые я хотел бы скрыть от других.

16. Я легко меняю свои планы, если обстоятельства того требуют.

*17. Иногда я «выхожу из себя».

18. Я легко избавляюсь от любых отрицательных переживаний (плохого настроения, беспокойства).

*19. Я иногда сплетничаю.

20. Я легко меняю однажды принятое решение, если этого требуют обстоятельства.

*21. Мне трудно менять работу или место жительства.

*22. Среди моих знакомых есть люди, которые мне явно не нравятся.

23. Я легко меняю свое отношение к людям.

*24. Мне трудно изменить своему вкусу в еде, в одежде.

*25. Мне трудно поставить себя на место другого человека.

26. Я легко меняю свой режим дня, если этого требуют обстоятельства.

Спасибо за сотрудничество!

Примечание. «Да» – 4 балла; «Скорее да» – 3 балла; «Нет» – 0 баллов; «Скорее нет» – 1 балл.

Пункты со значком * считаются в обратном порядке.

Поскольку в качестве личностного ресурса выступает гибкость, то расчет данных по шкале AP осуществлен инверсивно.

2.4. Математико-статистические методы обработки результатов исследования

Использована компьютерная программа Statistica. Применены методы дескриптивного анализа, корреляционного анализа Пирсона, дискриминантного анализа Стьюдента, метод проверки гипотез Анона-Манова, а также факторный и кластерный анализы (Ким и др., 1989).

Нами предложен «Индекс соответствия уровня здоровья и образа жизни» (ИСУЗУСЖ) по данным теста Страуба (2002), адаптированного Г.В. Залевским (2009) «Оценка уровня здоровья и образа жизни». Он высчитывается путем деления – показателей шкал стиля жизни (Индекс ШСЖ) на показатели шкал здоровья (Индекс ШЗ): $ИСУЗУСЖ = ИШСЖ/ИШЗ$.

Помимо шкалы «Актуальной гибкости» (АФ) Томского опросника ригидности Залевского (ТОРЗ), была использована и шкала лжи (8 пунктов с максимальной оценкой в 32 балла). Доверие к результатам может быть при получении по данной шкале менее 50% максимально возможного количества баллов. В нашем исследовании этот балл равен 13,11, что можно считать достаточным основанием для доверия не только к данным по ТОРЗу, но и по другим методикам.

3. УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

3.1. Самооценка состояния здоровья и образа жизни студентов по данным теста Страуба – Залевского (С–З)

В табл. 1 представлены результаты исследования в виде описательной статистики данных по выборке в 502 испытуемых (студенты в возрасте 17–40 лет, средний возраст 21 год, обоего пола) по 15 переменным. В эту группу анализа вошли следующие категории испытуемых: студенты-психологи (психологи и клинические психологи), студенты-психологи заочной формы обучения, студенты, обучающиеся на естественных факультетах, а также студенты, обучающиеся на факультете физической культуры и спорта. Они представляют четыре региона России: Западную Сибирь (Томская область и Алтайский край), Дальний Восток и Урал.

Т а б л и ц а 1

Дескриптивная статистика по результатам исследования

Variable	Descriptive Statistics				
	valid N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev
1	2	3	4	5	6
В	502	21,37251	17,00000	40,00000	4,094039
ФЗ	502	22,81673	8,00000	31,00000	3,202774
ПЗ	502	24,77092	8,00000	32,00000	4,135590
ДЗ	502	24,34263	8,00000	32,00000	4,138584
СЗ	502	25,31673	8,00000	32,00000	3,393854
ЭЗ	502	19,92032	8,00000	32,00000	4,068479
Зар	502	17,37849	8,00000	32,00000	4,915268
Адд	502	24,69124	8,00000	32,00000	5,663403
Прев	502	17,43227	8,00000	29,00000	3,459834
Допр	502	20,06972	8,00000	32,00000	3,984140
Пит	502	16,44024	8,00000	32,00000	4,721740

1	2	3	4	5	6
СА	269	42,71747	15,00000	57,00000	5,581328
АФ	269	43,41264	22,00000	62,00000	8,692336
ШЛ	269	13,30855	3,00000	24,00000	4,438380
РА	448	6,11607	1,00000	18,00000	4,692315

Примечание. В – возраст; ФЗ – физическое здоровье; ПЗ – психологическое (психическое) здоровье; ДЗ – духовное здоровье; СЗ – социальное здоровье; ЭЗ – экологическое здоровье; Зар – зарядка и фитнес; Адд – аддиктивное поведение; Прев – превентивная практика здоровья; Допр – дополнительные превентивные меры; Пит – питание и контроль веса; СА – самоактуализация; АФ – актуальная флексibilität; ШЛ – шкала лжи; РА – Рокич – список А (терминальные ценности – «здоровье»).

Индекс соответствия средних показателей уровней здоровья и стиля (образа) жизни (ИСУЗУСЖ) по данным шкал теста С–3

ИШЗ (индекс шкал здоровья) = 22,23;

ИШСЖ (индекс шкал стиля жизни) = 21,26;

ИСУЗУСЖ = $21,26/22,23 = 0,96$.

ИШЗ (индекс шкал здоровья) = 24,31 (без ЭЗ).

ИШСЖ (индекс шкал стиля жизни) = 21,26.

ИСУЗУСЖ = $21,26/24,31 = 0,87$.

Исходя из средних показателей шкал теста «Оценка уровня здоровья и образа жизни» (С–3) и квартильной оценки данных по каждой шкале, а также индекса соответствия показателей уровней здоровья и стиля (образа) жизни, состояние здоровья и образ жизни студентов (в субъективной оценке) изученной выборки можно предварительно характеризовать следующим образом.

1. «Физическое здоровье» (ФЗ), «психологическое (психическое) здоровье» (ПЗ), «духовное здоровье» (ДЗ), «социальное здоровье» (СЗ) – умеренный (средний) уровень; «экологическое здоровье» (ЭЗ) – «низкий уровень»; хотя физическое, психологическое, духовное и социальное здоровье попадают все в разряд «умеренного (среднего) здоровья», в то же время уровень физического здоровья заметно ниже, чем уровень остальных трёх видов здоровья; по суммарному (всех пяти шкал) среднему показателю шкал здоровья (22,11) уровень здоровья студентов является «умеренным (средним)», в этих пределах он остается, даже если вычесть показатель по шкале ЭЗ.

2. «Зарядка и фитнес», «превентивная практика здоровья», а также «питание и контроль веса» говорят о низком уровне образа жизни, при этом самые низкие показатели по шкале «питание и контроль веса» (16,44 балла). О среднем (умеренном) уровне образа жизни говорят данные по шкалам «аддиктивное поведение» (24,69 баллов – самый высокий показатель среди шкал образа жизни); по суммарному (всех пяти шкал) среднему показателю шкал образа жизни (21,26) уровень образа жизни оказался «умеренным (средним)»; если же вычсть показатель по шкале Адд, то этот уровень опускается до отметки «низкий» (17,83);

3. Выявленный ИСУЗУСЖ говорит о том, во-первых, что при сопоставлении показателей пяти шкал здоровья и пяти шкал образа жизни теста С–3 (индекс равен 0,96) имеет место высокая мера соответствия уровней здоровья и образа жизни студентов – в том и в другом случае они «умеренные или средние», во-вторых, если вычсть из суммарного показателя пяти шкал здоровья (ШЗ) показатель шкалы ЭЗ, то этот индекс снижается до 0,87, если, в-третьих, вычсть из суммарного среднего показателя пяти шкал образа жизни (ШСЖ) показатель шкалы Адд, то этот индекс снижается еще сильнее – до 0,73.

Структурно-уровневый анализ отношений между показателями шкал здоровья теста Страуба – Залевского(С–3) предполагает выявление меры различий между ними. Для этой цели мы применили метод Стьюдента. Значимые и высоко достоверные различия имеют место между показателями шкал ФЗ и СЗ ($t = 12,00$), ПЗ ($t = 8,37$), ДЗ; ($t = 6,53$) при $p \leq 0,001$; шкал ПЗ и СЗ ($t = 2,28$, $p \leq 0,02$), а также шкал ДЗ и СЗ ($t = 4,07$, $p \leq 0,001$). Не выявлено значимых различий между показателями шкал ПЗ и ДЗ.

Характер корреляций между данными шкал здоровья теста С–3 мы выясняли с помощью метода Пирсона и представили эти результаты в табл. 2.

Т а б л и ц а 2

**Корреляции между показателями шкал здоровья (ШЗ)
и образа жизни (ШСЖ) теста С–3**

Variable	В	П	ФЗ	Пз	ДЗ	СЗ	ЭЗ	Зар	АДД	Прев	Допр	Пит
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
В	1,00	-0,08*	0,07*	0,01*	0,13	-0,02*	0,21	-0,02*	0,10	0,12	0,19	0,11
П	-0,08*	1,00	0,01*	-0,01*	-0,20	-0,14	-0,21	0,21	-0,10	-0,22	-0,18	-0,26
ФЗ	0,07*	0,01*	1,00	0,41	0,35	0,23	0,22	0,44	0,21	0,17	0,19	0,32
Пз	0,01*	-0,01	0,41	1,00	0,56	0,51	0,23	0,35	0,15	0,18	0,25	0,28
Дз	0,13	-0,20	0,35	0,56	1,00	0,45	0,37	0,26	0,21	0,26	0,34	0,37

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Сз	-0,02*	-0,14	0,23	0,51	0,45	1,00	0,17	0,22	0,07	0,18	0,21	0,18
Эз	0,21	-0,21	0,22	0,23	0,37	0,17	1,00	0,18	0,28	0,38	0,46	0,38
Зар	-0,02*	0,21	0,44	0,35	0,26	0,22	0,18	1,00	0,12	0,09*	0,15	0,26
Адд	0,10	-0,10	0,21	0,15	0,21	0,07	0,28	0,12	1,00	0,29	0,27	0,28
Прев	0,12	-0,22	0,17	0,18	0,26	0,18	0,38	0,09	0,29	1,00	0,45	0,39
Допр	0,19	-0,13	0,19	0,25	0,34	0,21	0,46	0,15	0,27	0,45	1,00	0,39
Пит	0,11	-0,26	0,32	0,28	0,37	0,18	0,38	0,26	0,28	0,39	0,39	1,00

Примечание. Все корреляции, кроме отмеченных *, значимы при $p \leq 0,05-0,01$.

Результаты корреляционного анализа, представленные в табл. 2, свидетельствуют о достаточно высокой положительной связи между показателями уровня здоровья по всем видам шкал здоровья. При этом самая высокая положительная связь имеет место между шкалами ПЗ и ДЗ (0,56), ПЗ и СЗ (0,51), ПЗ и ФЗ (0,41), ДЗ и СЗ (0,45). Несколько менее тесная положительная связь между шкалами ФЗ и ДЗ (0,35), ДЗ и ЭЗ (0,37); слабее выражена положительная связь между шкалами ФЗ и СЗ (0,21), ФЗ и ЭЗ (0,22), ПЗ и ЭЗ (0,23), СЗ и ЭЗ (0,17) (при $p \leq 0,05-0,01$).

Все показатели шкал уровня образа жизни коррелируют между собой тоже положительно, но в разной степени, а порой и не на достаточном уровне значимости. Самая высокая положительная связь имеет место между шкалами Прев и Допр (0,45), Прев и Пит (0,39), Допр и Пит (0,39) при $p \leq 0,01$; слабее выражена эта связь между шкалами: Зар и Пит (0,26), Адд и Прев (0,29), Адд и Допр (0,27), Адд и Пит (0,28); слабо выражена положительная связь, хотя тоже при $p \leq 0,05$, между шкалами: Зар и Адд (0,12), Адд и Допр (0,15); между шкалами Зар и Прев значимая связь отсутствует (0,09).

Положительная, хотя и в разной степени выраженности, связь обнаружена между шкалами здоровья (ШЗ) и шкалами образа жизни (ШСЖ); не обнаружено таковой связи только в одном случае – между шкалами СЗ и Адд (0,07). Самая тесная связь у шкалы ФЗ со шкалами Зар (0,44) и Пит (0,32), у шкалы ПЗ – со шкалой Зар (0,35), у шкалы ДЗ – со шкалами Пит (0,37) и Допр (0,34), у шкалы СЗ – со шкалой Зар (0,22), у шкалы ЭЗ – со шкалами Допр (0,46), Прев (0,38) и Пит (0,38) при $p \leq 0,05 - 0,01$.

С целью усиления структурно-уровневого анализа полученных данных по тесту Страуба – Залевского были применены двухфакторный, многофакторный и кластерный анализы (табл. 3, рис. 4–6).

В результате компонентного двухфакторного анализа выделили 2 фактора: 1-й фактор – «здоровье» (шкалы: ПЗ, СЗ, ДЗ, ФЗ) и 2-й фактор – «превентивная практика здоровья» (шкалы: Допр, Прев, ЭЗ, Пит, Адд). При более глубоком структурно-уровневом – многофакторном анализе было выделено 3 фактора. В первый фактор, который мы обозначили как «личностное здоровье», вошли шкалы «психологическое здоровье» (ПЗ), «духовное здоровье» (ДЗ) и «социальное здоровье» (СЗ); во второй фактор – «превентивно-экологический» вошли шкалы «превентивная практика здоровья» (Прев), «дополнительные превентивные меры» (Допр), «питание и контроль веса» (Пит) и «экологическое здоровье»; в третий фактор – «физическое здоровье», вошли шкалы «физическое здоровье» (ФЗ) и «зарядка и фитнес» (Зар).

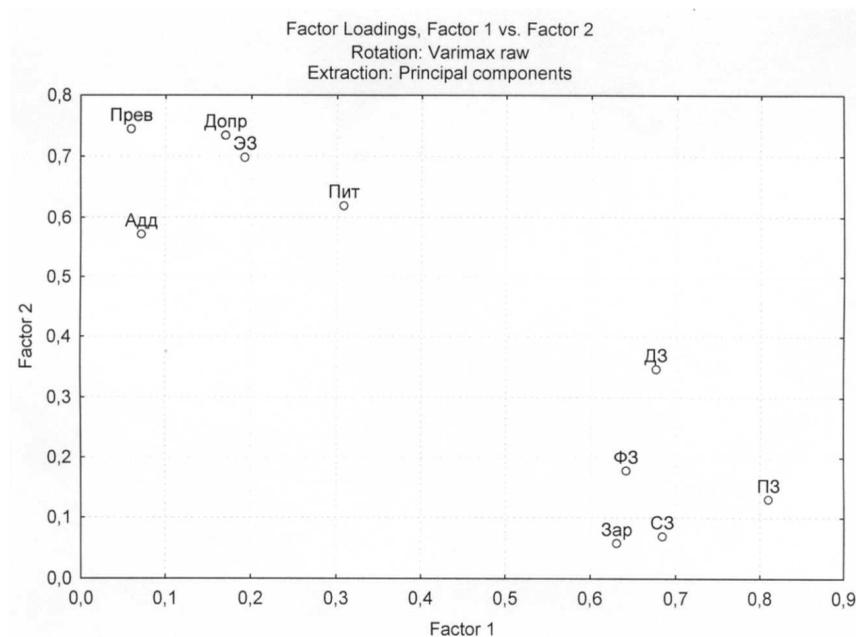


Рис. 4. Графическое представление результатов двухфакторного анализа данных теста С-3

Многофакторный анализ данных шкал теста С-3

Variable	Factor Loadings (Varimax raw) (! Extraction: Principal components Marked loadings are > 0,700000)		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
ФЗ	0,22749	0,135377	0,781451
Пз	0,753413	0,106361	0,357952
Дз	0,699171	0,330421	0,223520
Сз	0,841710	0,061390	0,036084
Эз	0,184134	0,691232	0,119942
Зар	0,182945	0,014018	0,794906
Адд	-0,125381	0,557286	0,314198
Прев	0,129956	0,745974	-0,022993
Допр	0,242607	0,732935	0,010330
Пит	0,138945	0,600079	0,361330
Expl. Var	1,988357	2,384918	1,666235
Prp. Totl	0,198836	0,238492	0,166624

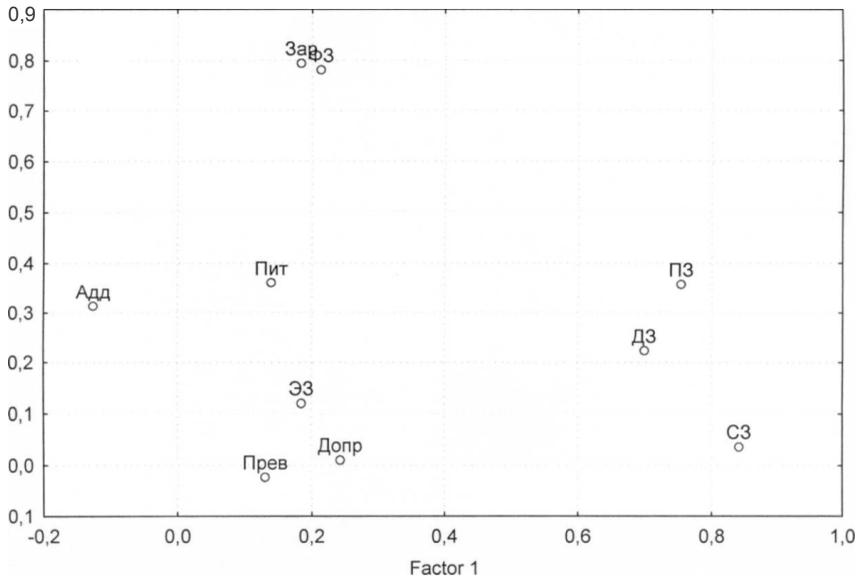


Рис. 5. Графическое представление результатов многофакторного анализа данных теста С-3

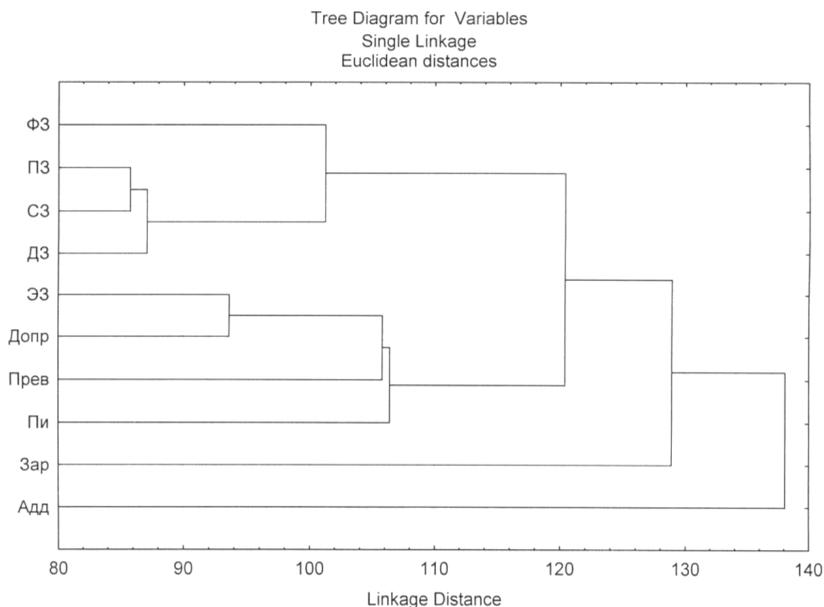


Рис. 6. Кластерный (горизонтальный) анализ данных теста С-3

Из рис. 6 видно, что ближе (эвклидово расстояние) друг другу находятся шкалы ПЗ и СЗ, к ним примыкает шкала ДЗ, а затем – в большем отдалении – шкала ФЗ, образуя как бы один кластер; шкалы ЭЗ, Допр, Прев и Пит – другой кластер, а дальше расстояние между шкалами растёт и их отношения становятся все более опосредованными

При применении метода Анона-Манова было выяснено, что имеет место высокий уровень значимости и достоверности влияния всех видов (шкал) здоровья друг на друга. При некоторых особенностях этого влияния в динамике – росте меры здоровья от «критически низкой» до «высокой», наблюдается некоторая общая тенденция, а именно: при «критически низкой мере» «влияющего» вида здоровья имеют место, во-первых, большие стандартные отклонения по отношению к среднему значению у всех видов здоровья, «подвергшихся» влиянию.

Такой же эффект отмечается у ПЗ, ДЗ и СЗ и при «высокой мере здоровья», когда на них оказывают влияние ФЗ или ЭЗ (рис. 7).

Во-вторых, при «критически низкой мере здоровья» «влияющего» вида здоровья у всех остальных видов здоровья средние значения тоже довольно низкие и повышаются в целом плавно по мере увеличения меры здоровья. Не замечено такого повышения у ЭЗ при «влиянии» ПЗ, СЗ, слабо оно выражено у ФЗ при «влиянии» ДЗ и ПЗ, и ЭЗ, при этом в последнем случае имеет место резкое снижение при «высокой мере здоровья».

В-третьих, особенно заметны в различиях взаимовлияния видов здоровья друг на друга при «критически низкой мере здоровья». Так, если при «влиянии» ФЗ на все остальные виды здоровья профиль плавно идущий вверх – «горообразный», то при «влияющем» ЭЗ кривая профиля круто взлетает вверх, а при «влияющих» ПЗ, ДЗ и СЗ она имеет зигзагообразную форму (рис. 7).

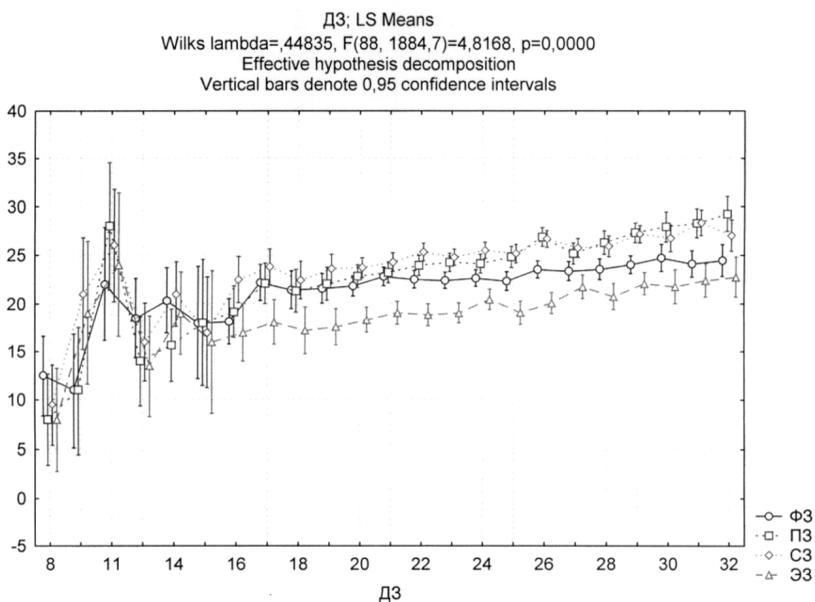


Рис. 7. Графическое представление влияния показателей шкалы ДЗ (без квартильной градуирования) на показатели остальных шкал здоровья

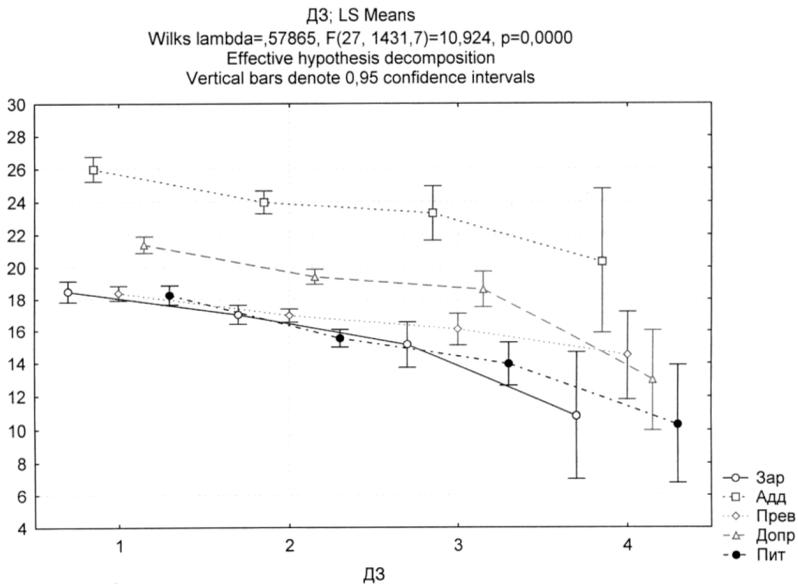


Рис. 8. Графическое представление влияния показателей шкалы Д3 (квартильно градуированных) на показатели шкал образа (С-3): 1 – высокий уровень; 2 – умеренный (средний); 3 – низкий; 4 – критически низкий

Показатели шкалы Д3 оказывают существенное влияние на показатели шкал образа жизни студентов ($p \leq 0,001$). Самые высокие показатели шкал стиля жизни при «высокой мере» духовного здоровья. Они плавно снижаются к более низким двум мерам здоровья – «умеренной» и «низкой» и более резко опускаются к «критически низкой мере», за исключением шкалы Адд, которая продолжает опускаться очень плавно. Более выраженный спад профиля от «низкой меры» к «критически низкой» показателей шкалы Допр (рис. 8).

Таким образом, результаты исследования показывают, что уровень здоровья студентов в исследуемом возрастном диапазоне (17–40 лет) находится в пределах умеренных или средних показателей по всем шкалам здоровья теста С-3, за исключением шкалы «экологическое здоровье», показатели которой оказались в пределах «низкого уровня».

То, что, согласно квартильному анализу (рис. 9), менее 50% испытуемых студентов показали высокий уровень «духовного здоровья», а 10% –

«низкий» и «критически низкий», свидетельствует о слабой представленности духовной компоненты в общем феномене здоровья студентов, что, скорее всего, влияет на уровень их здоровья в целом, поскольку по нашим данным (рис. 7–8), показатели шкалы ДЗ оказывают значительное влияние на показатели других шкал здоровья и образа жизни теста С–3.

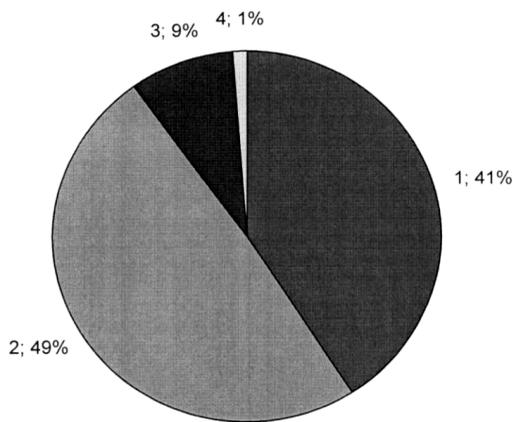


Рис. 9. Распределение испытуемых (502 исп.) по уровню «духовного здоровья» (шкала ДЗ): 1 – высокий; 2 – умеренный (средний); 3 – низкий; 4 – критически низкий

Ученые (Гундаров И.А., 2001; Паутов И.С., 2011) предлагают различные гипотезы, выделяя те или иные факторы, оказывающие решающее влияние на уровень риска ухудшения здоровья. Одной из таких гипотез, заслуживающей особого внимания, является концепция «духовного неблагополучия», которое сыграло ключевую роль в ухудшении как индивидуального, так и социального здоровья в России. Автор этой концепции И.А. Гундаров делает «предположение, что основными факторами, влияющими на индивидуальное и социальное здоровье, являются нравственная атмосфера, эмоциональное состояние общества, т.е. духовные факторы». Под «духовностью» он понимает деятельность сознания, «направленную на поиск смысла жизни и своего места в ней, на определение критериев добра и зла для оценки событий, людей и руководства к действию» (2001. С. 59). С данным тезисом трудно не согласиться – в конечном итоге, такое поведение индивидов, которое характеризуется как «саморазрушающее» (Там же. С. 67): злоупотребление алкоголем, курение,

чрезмерные трудовые нагрузки, игнорирование консультаций врача и т.д., связано с отсутствием жизненных целей и ценностей. Во многом такое поведение является следствием духовного кризиса, нередко вызванного и сопровождаемого внешним социально-экономическим кризисом.

Об этом также свидетельствуют и исследования влияния степени ответственности студентов за свое здоровье (Паутов И.С., 2011. С. 54). В исследовании «Ваше здоровье» респондентам предлагалось выбрать один из трех возможных факторов («условия жизни», «усилия человека», «наследственность»), который, по их мнению, в наибольшей степени обуславливал состояние их здоровья. В Оренбурге 56% ответивших выбрали «условия жизни», 26% – «усилия самого человека» и 5% – «наследственность», 3% – затруднились ответить. Оказалось, что, чем хуже состояние здоровья, тем чаще ответственность возлагается на «условия жизни», чем лучше, тем больше на «собственные усилия».

Среди шкал здоровья в нашем исследовании в пределах «умеренного (среднего) уровня» здоровья самую низкую позицию занимает физическое здоровье, хотя как будет показано ниже, существуют различия показателей теста С–З по биосоциальным факторам (возраст, пол).

Структурно-уровневый анализ отношений между шкалами, который осуществлялся методом выявления корреляционных отношений, факторного и кластерного анализов, а также методом проверки гипотез Анона-Манова, позволяют сделать вывод не только о высокой степени корреляционных отношений между шкалами здоровья и стиля жизни, но и об их влиянии друг на друга. В особо близких структурных отношениях находятся шкалы ПЗ, ДЗ и СЗ (фактор «личностного здоровья»), ФЗ и ЗАР (фактор «физическое здоровье») и ЭЗ, Прев, Допр, Пит и Адд (фактор «превентивной практики здоровья») (рис. 5). При двухфакторном анализе шкалы ФЗ и Зар притягиваются фактором «личностное здоровье» (рис. 4). В связи с этим можно полагать, что «физическое здоровье», отражая биологическую составляющую биопсихосоциодуховной природы человека, в процессе онтогенетической социализации оказывается под влиянием составляющих природы человека более высокого уровня, интегрируясь в структуру «личностного здоровья», т.е. оказывается, что не только желательно, как говорил Ювенал, но и возможно, чтобы в здоровом теле был здоровый дух, и, конечно, наоборот.

Тенденция шкалы ЭЗ, даже при двухфакторном анализе, выходить за пределы фактора «личностное здоровье» и входить в фактор «превентивная практика здоровья» говорит о том, что эта шкала отражает, скорее,

один из вариантов превентивных мер, а не здоровье как таковое. Более же высокие коэффициенты корреляции шкалы ЭЗ со шкалой ДЗ, чем с другими шкалами, говорит, видимо, о том, что превентивное поведение, составляющее содержание этой шкалы, имеют ценностную (духовную) ориентацию, как, на наш взгляд, экологическое здоровье вообще, которое, несомненно, является производным культуры.

Поскольку у шкалы ДЗ в пяти случаях из пяти возможных коэффициенты корреляций с показателями шкал образа жизни (ШСЖ) выше, чем у шкалы СЗ, в четырех из пяти выше, чем у шкалы ПЗ, и в трех из пяти выше, чем у шкалы ФЗ, то можно сделать вывод о более тесной связи «духовного здоровья» с образом жизни студентов (людей в возрасте 17–40 лет).

Дополнительно введенный нами в исследование «Индекс соответствия уровня здоровья и уровня образа жизни», который оказался меньше единицы (0,73–0,96), говорит об имеющихся и неиспользованных возможностях повышения уровня здоровья студентов через ведения более здорового образа жизни. Об этом же говорит и то, что средний показатель уровня образа жизни студентов (17,83) – оказался в черте «низкого уровня» (С–3). Обращает на себя внимание и то, что показатели шкалы Адд («аддиктивное поведение») находятся на нижней точке умеренности близкой к «низкому уровню». Но надо иметь в данном случае в виду, что участвовавшие в исследовании студенты – это 80% девушки и 20% юноши.

Последние данные говорят об особой актуальности вопроса о образе жизни студенческой молодежи, в какой мере этот образ является здоровым – здоровым образом жизни (ЗОЖ). Американский психолог Тейлор (2004. С. 645) заостряет этот вопрос, анализируя проблему здорового образа жизни и ее состояние в США. «В данном случае, – говорит он, – следует вести речь о так называемых «прогнозируемых» заболеваниях, как сердечные болезни, рак и диабет. Эти заболевания называются прогнозируемыми, потому что они, по крайней мере, отчасти являются следствием влияющего на здоровье поведения, которое люди могут контролировать. В частности, количество ежегодных смертей от рака в США могло бы снизиться на 25–30%, если бы люди отказались от курения (Американское общество по борьбе с курением, 1989). Количество смертей в результате сердечных заболеваний могло бы существенно уменьшиться, если бы люди отказались от употребления в пищу продуктов с высоким содержанием холестерина и научились более эффективно противостоять стрессу (Американское общество больных с сердечными заболеваниями, 1984). Количество смертей в результате дорожных аварий

могло бы снизиться на 50%, если бы меньше пьяных водителей садилось за руль (Министерство здравоохранения и социального обеспечения, 1981). Обзор национальных приоритетов в области охраны здоровья, разработанных Министерством здравоохранения и социального обеспечения США, ясно показывает, что большая их часть напрямую связана с факторами, касающимися образа жизни». По Тейлору (2004), здоровый образ жизни (*health behaviors*) выражается в действиях, которые принимают люди с целью сохранить или улучшить свое здоровье. К ним относится употребление полезных для здоровья продуктов; регулярные физические упражнения; отказ от использования таких опасных для здоровья веществ, как табак, алкоголь и наркотики; поддержание нормальной продолжительности сна; использование автомобильных ремней безопасности; использование крема от загара; использование презервативов; контролирование своего веса; и регулярное участие в программах медицинского обследования и профилактики здоровья, таких как прививки против инфекционных заболеваний и проверки на наличие таких сегодня широко распространенных заболеваний, как рак легких и коронарная сердечная недостаточность.

Важность соблюдения элементарных принципов здорового образа жизни (ЗОЖ) была проиллюстрирована в классическом исследовании Бреслоу и Бреслоу (Breslow L. & Breslow N., 1993). Американские ученые выделили семь важных привычек, характеризующих здоровое поведение: спать не менее 7–8 часов, не курить, ежедневно завтракать, употреблять не более 1–2 рюмок алкогольных напитков за день, регулярно делать физическую зарядку, избегать дополнительного питания между обычными приемами пищи и не допускать превышения своего нормального веса более чем на 10%. Затем они проинтервьюировали свыше 6000 жителей округа Аламеда, штат Калифорния, с просьбой указать, каким из этих принципов они регулярно следуют. Респондентов также просили назвать свои заболевания, оценить уровень своей энергии и указать, как часто они болели (в частности, сколько рабочих дней они пропустили по причине болезни) за последние 6–12 месяцев. Чем большего числа принципов здорового поведения придерживались люди, тем меньшее количество различных видов болезней они называли и тем выше оценивали уровень своей энергии. В других исследованиях были получены сходные результаты.

Не трудно заметить, что все упомянутые характеристики здорового образа жизни легли в основу разработанного Страубом (Straub, 2002),

вопросника, который был использован в нашем исследовании, адаптированного Г.В. Залевским (Залевский Г.В., 2009; Кузьмина Ю.В., 2010).

3.2. Биосоциальные факторы (возраст, пол, курс обучения, специальность, география вуза) и личностные ресурсы (здоровье как ценность, самоактуализация, гибкость) здоровья студентов

3.2.1. Биологические факторы (возраст, пол) и их влияние на показатели шкал здоровья и стиля жизни теста С-3

Как показывают полученные данные, возраст (в данном случае в пределах от 17 до 40 лет) и пол оказывают существенное влияние на показатели всех видов здоровья и стиля жизни на высоком уровне значимости и достоверности (соответственно $p \leq 0,003$ и $0,02$), но в разной мере в зависимости от возрастного периода. Графически это влияние, с учетом возрастной подгруппы и пола, представлено на рис. 10–12.

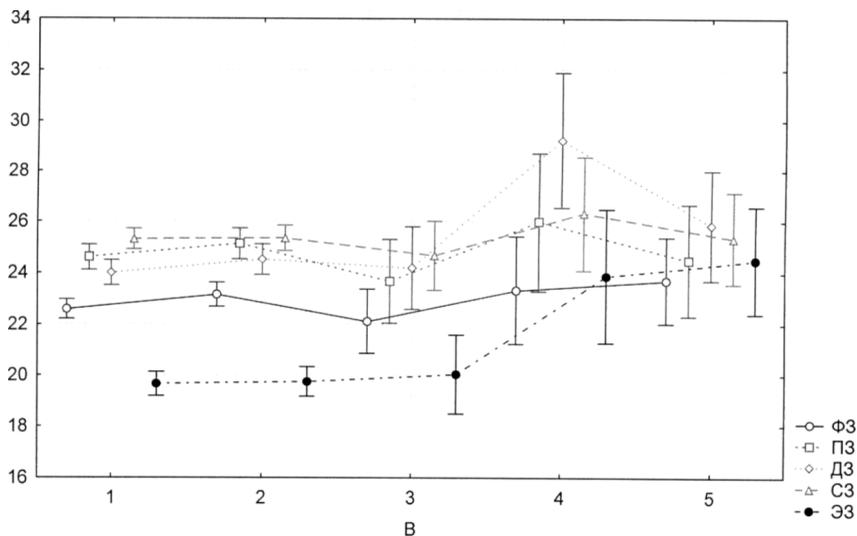


Рис. 10. Графическое представление влияния возраста на показатели шкал здоровья (С-3) в разные возрастные периоды: 1 – 17–20 лет; 2 – 21–25 лет; 3 – 26–30 лет; 4 – 31–35 лет; 5 – 36–40 лет

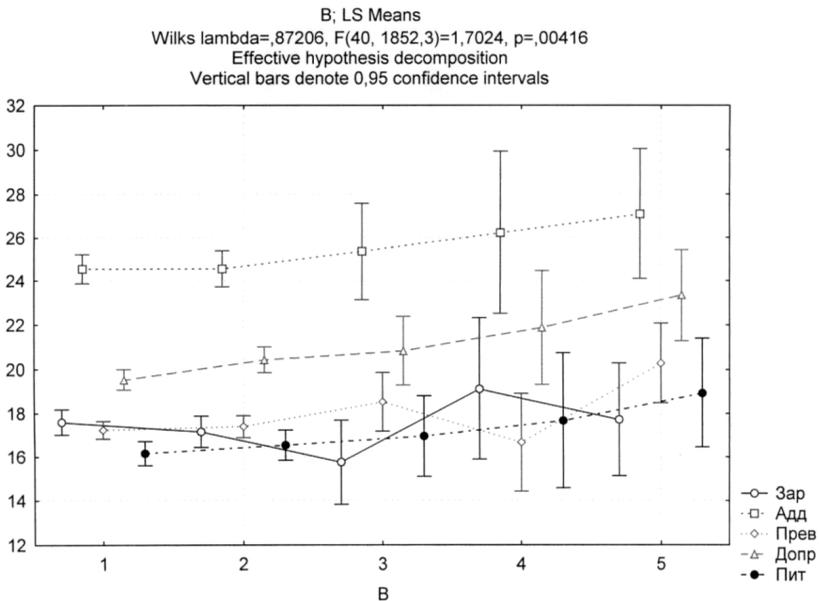


Рис. 11. Графическое представление влияния возраста на показатели шкал образа жизни (С-3) в разные возрастные периоды: 1 – 17–20 лет; 2 – 21–25 лет; 3 – 26–30 лет; 4 – 30–35 лет; 5 – 35–40 лет

Влияние возраста на уровень здоровья начинает сказываться с 3-й возрастной группы (26–30 лет) по всем видам здоровья (по среднему значению и стандартному отклонению), затем довольно резко поднимается на уровне 4-й возрастной группы (30–35 лет) и плавно опускается к 5-й возрастной группе (35–40 лет) по ДЗ и ЭЗ; плавно повышается от 3-й к 4-й возрастной группе и далее также плавно опускается к 5-й возрастной группе по ПЗ и СЗ; отсутствие возрастной динамики отмечается по данным шкалы ФЗ.

Возраст усиливает свое влияние на показатели уровня образа жизни (рис. 12) очень плавно по данным шкал Прев, Допр и Пит от 1-го (17–20 лет) к 5-му (35–40 лет) возрастному периоду. По данным шкалы Зар имеет место вначале понижение влияния от 2-го к 3-му возрастному, а затем повышение к 4-му возрастному периоду и опять понижение к 5-му возрастному периоду. По данным шкалы Адд влияние возраста повышает

ется плавно от 1-го к 3-му возрастному периоду, а затем довольно сильно снижается к 4-му и повышается к 5-му возрастному периоду.

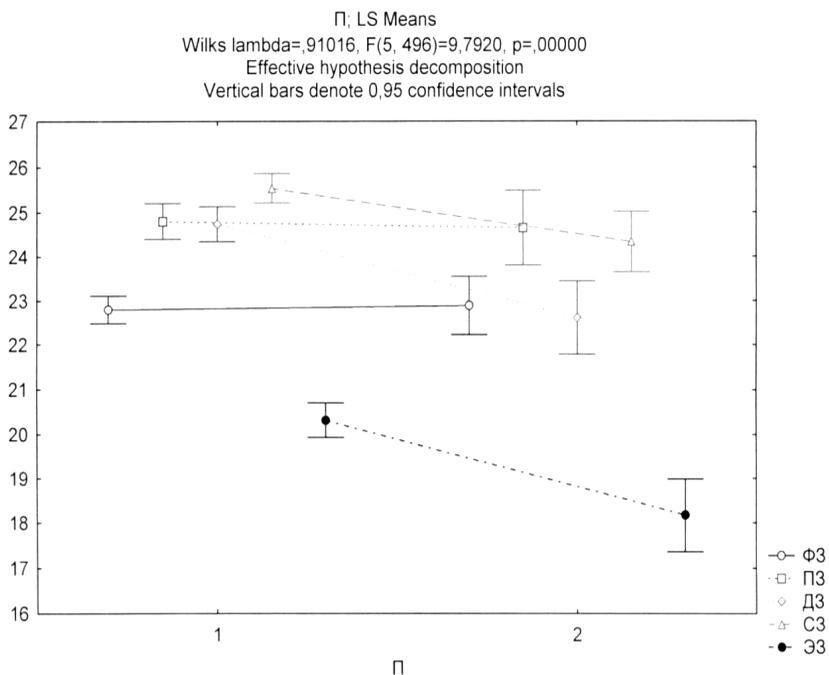


Рис. 12. Графическое представление влияния пола на показатели шкал здоровья (С-3):
 1 – мужской; 2 – женский

Что касается пола, то имеет место более сильное его влияние по данным шкал ЭЗ и ДЗ, слабее это влияние по данным шкалы СЗ (показатели по этим шкалам ниже у мужчин), и отсутствует влияние по данным шкал ФЗ и ПЗ (рис. 12).

Пол оказывает влияние по данным шкалы Зар – выше показатели у мужчин, по данным всех остальных шкал стиля жизни их показатели снижаются, менее выражено по данным шкалы Прев (рис. 13).

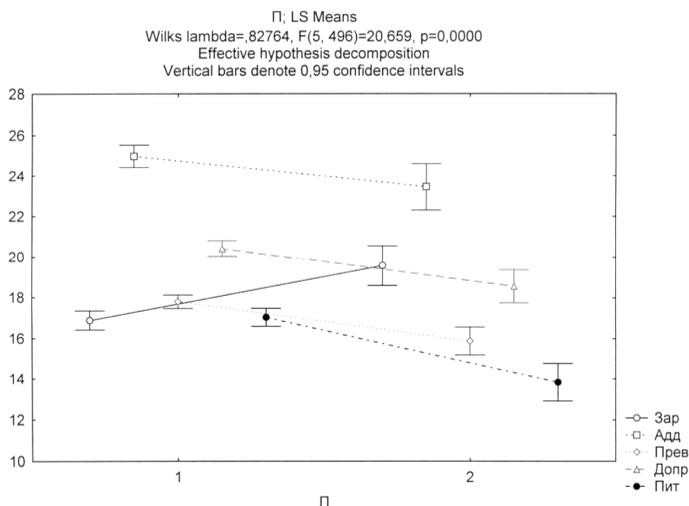


Рис. 13. Графическое представление влияния пола на показатели шкал образа жизни (С-3): 1 – женский; 2 – мужской

Для прояснения вопроса о наличии значимых и достоверных различий между возрастными группами и испытуемыми женского и мужского пола по данным шкал здоровья и образа жизни теста Страуба – Залевского был использован метод Стьюдента.

Значимые и достоверные различия между 1-м и 2-м возрастными периодами (группами) выявлены только по шкале Допр, показатели этой шкалы выше в возрасте 21–25 лет ($t = 2,36$, $p \leq 0,01$). Лишь на уровне тенденции можно говорить о различиях между 1-м и 3-м возрастными периодами по шкале Прев. ($p=0,056$). То же самое наблюдается в различиях между 4-й и 5-й возрастными группами. Что касается остальных возрастных групп, то картина в различиях между ними наблюдается следующая:

- 1-я (17–20 лет) и 4-я (30–35 лет): по шкалам ДЗ и ЭЗ ($p \leq 0,01$);
- 1-я (17–20 лет) и 5-я (35–40 лет): по шкалам ЭЗ, Пре и Допр ($p \leq 0,01$), Пит ($p \leq 0,03$);
- 2-я (25–30 лет) и 5-я (35–40 лет): по шкалам ЭЗ, Прев, Допр ($p \leq 0,04$ – $0,01$);
- 3-я (26–30 лет) и 5-я (35–40 лет): по шкалам ЭЗ ($p \leq 0,01$) и ФЗ и Допр ($p \leq 0,04$);

2-я (21–30 лет) и 4-я (30–35 лет), а также 3-я и 4-я: по шкалам ДЗ и ЭЗ ($p \leq 0,01$).

Т а б л и ц а 4

Различия между полами по данным шкал теста С–3

Variable	T-tests; Grouping: П Group 1: 1 Group 2: 2									
	Mean 1	Mean 2	t-value	df	P	Valid N 1	Valid N 2	Std. Dev. 1	Std. Dev. 2	
ФЗ	2,079951	22,89247	0	25242	500	0,800820	409	93	3,124680	3,543096
ПЗ	24,79951	24,64516	0	32459	500	0,745629	409	93	4,054035	4,497935
ДЗ	24,73594	22,61290	4	55242	500	0,000007	409	93	3,875982	4,789101
Сз	25,54034	24,33333	3	12269	500	0,001896	409	93	3,199105	4,017173
Эз	20,31785	18,17204	4	68607	500	0,000004	409	93	3,824803	4,633582
Зар	16,88264	19,55914	-4	84507	500	0,000002	409	93	4,649575	5,458265
Адд	24,97311	23,45161	2	34905	500	0,019209	409	93	5,482303	6,282336
Прев	17,78729	15,87097	4	93226	500	0,000001	409	93	3,479102	2,912588
Допр	20,41565	18,54839	4	14500	500	0,000040	409	93	3,874673	4,121830
Пит	17,03178	13,83871	6	09520	500	0,000000	409	93	4,589146	4,428883

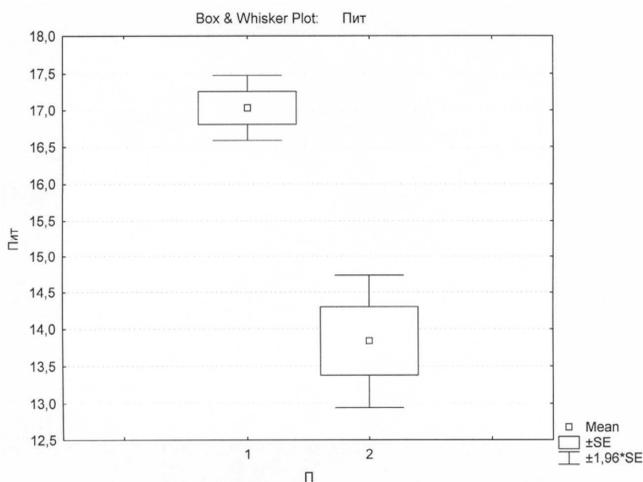


Рис. 14. Графическое представление различий между полами по данным шкалы Пит. (питание и контроль веса): 1 – женский; 2 – мужской

Во всех случаях показатели шкал повышаются, как это уже было показано выше (рис. 10–11), от первого до 4-го периода, несколько снижаясь, но оставаясь в большинстве случаев несколько выше таковых в первых двух возрастных периодах.

Были также выявлены значимые и достоверные различия между полами по данным некоторых шкал теста Страуба – Залевского. Из табл. 4 и рис. 14 видно, что различия между полами по большинству шкал высоко значимы и достоверны; слабее выражена достоверность по шкале Адд ($p \leq 0,02$). Отсутствуют значимые различия между полами по шкалам ФЗ и ПЗ.

3.2.2. Социальные факторы (курс обучения, специальность, географическое расположение вуза) и их влияние на уровень здоровья и образ жизни студентов

Исследование данного раздела базируются не только на общих теоретико-методологических основаниях, обозначенных в главе 2, но и на конкретных социально-ориентированном и кросс-региональном подходах. Социально-ориентированный подход акцентирует внимание на влиянии цивилизации или наиболее общих форм социального бытия на здоровье и полноценное развитие отдельного индивида, рассматривает здоровье в контексте различающихся культурно-исторических условий, в рамках определенных национальных групп (Г. Маркузе, Ж.-Ж. Руссо, З. Фрейд, Э. Фромм, К. Хорни и др.). Кросс-региональный подход подразумевает влияние социальных и климато-географических условий жизнедеятельности людей на их здоровье.

Для проверки гипотезы о влиянии курса обучения, специальности и географии вуза на показатели шкал теста С–3 был применен метод Ано-ва-Манова. Курс обучения оказывает влияние, хотя и в разной степени, на показатели шкал здоровья теста С–3. В целом это влияние высоко достоверно ($p \leq 0,0008$). Что касается влияния каждого конкретного курса, то особенности реагирования показателей шкал отражено на рис. 15. Из данного рисунка видно, что показатели шкал ФЗ и ЭЗ ко второму курсу понижаются, а показатели шкал ПЗ, ДЗ и СЗ повышаются, причем значительней показатели шкалы СЗ. К третьему курсу понижаются показатели четырех шкал, за исключением шкалы ФЗ, которая плавно идет вверх к третьему и далее к 4-му и 5-му курсам. От третьего к четвертому курсу показатели всех шкал идут вверх, наиболее заметно шкалы ДЗ; эта тенденция – движения вверх, хотя и слабо выраженная, сохраняется для

шкал ЭЗ, ФЗ, а для остальных шкал – это плавное движение вниз или сохранение уровня 4-го курса и на 5-м курсе.

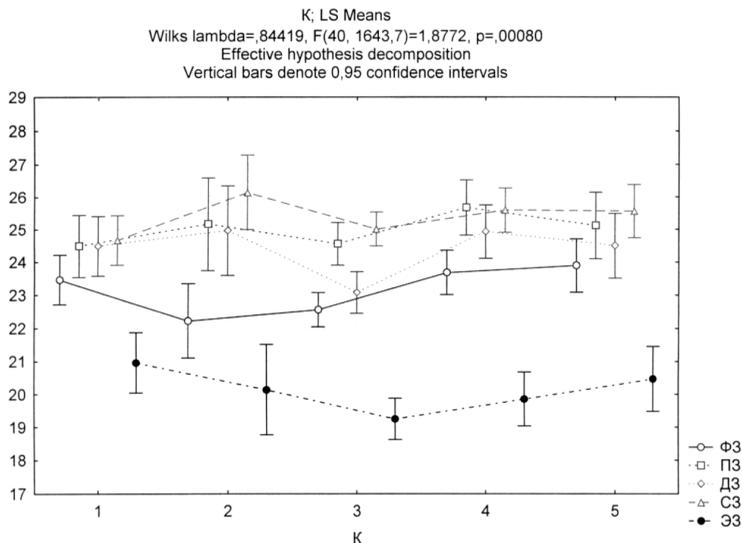


Рис. 15. Влияние курса обучения на показатели шкал здоровьестета С–3

Что касается влияния курса обучения на показатели шкал образа жизни (ШСЖ), то здесь их величина колеблется практически у всех шкал от курса к курсу незначительно; некоторые незначительные спады наблюдаются у показателей шкал Адд и Прев на втором курсе, Допр и Пит – на третьем курсе с плавным подъемом к последующим курсам по всем шкалам (табл. 5 и рис. 16 и 16а).

Таблица 5

Влияние курса обучения на показатели шкал образа жизни

Effect	Multivariate tests of significance Sigma-restricted parameterization Effective hypothesis decomposition					
	Test	Value	F	Effect df	Error df	p
Intercept	Wilks	0,025521	3344,814	5	483,000	0,000000
К	Wilks	0,918109	1,897	20	1453,632	0,009693

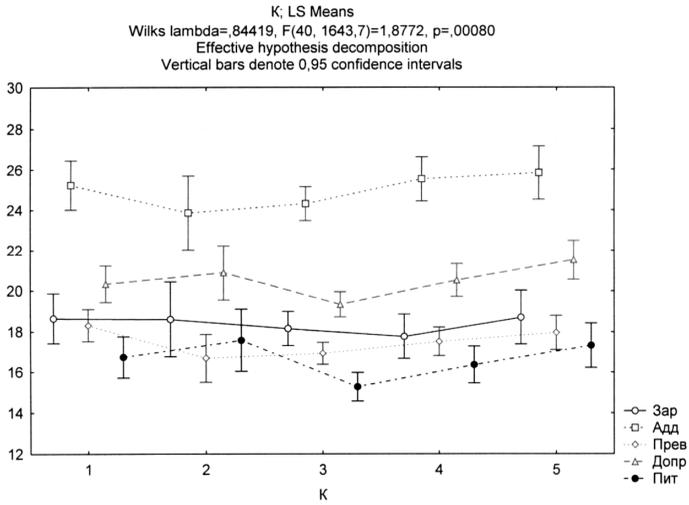


Рис. 16. Графическое представление влияния курса обучения на показатели шкал образа жизни (С-3)

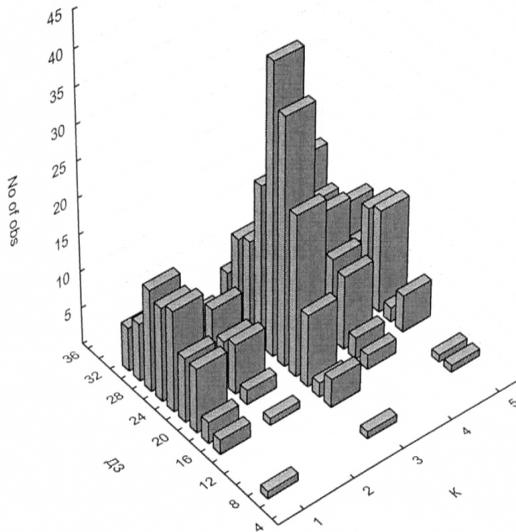


Рис. 16а. Гистограмма показателей шкалы ДЗ по курсам

Влияние фактора «Н» (специальности) на показатели шкал здоровья теста С-3, которое отражено на рис. 17, тоже в целом весьма существенно ($p \leq 0,0001$) с определенной спецификой в зависимости от специальности и шкалы.

Показатели всех шкал здоровья 1-й группы (клинические психологи) и 2-й группы (психологи) оказываются довольно близкими (рис. 18); разница становится заметной между показателями клинических психологов и психологов при сопоставлении с параметрами шкал группы 3 («естественники») по шкале ДЗ, группы 4 (студенты факультета физической культуры) по шкалам ДЗ, ФЗ и ЭЗ, которые заметно тянутся вверх к показателям группы студентов факультета физической культуры.

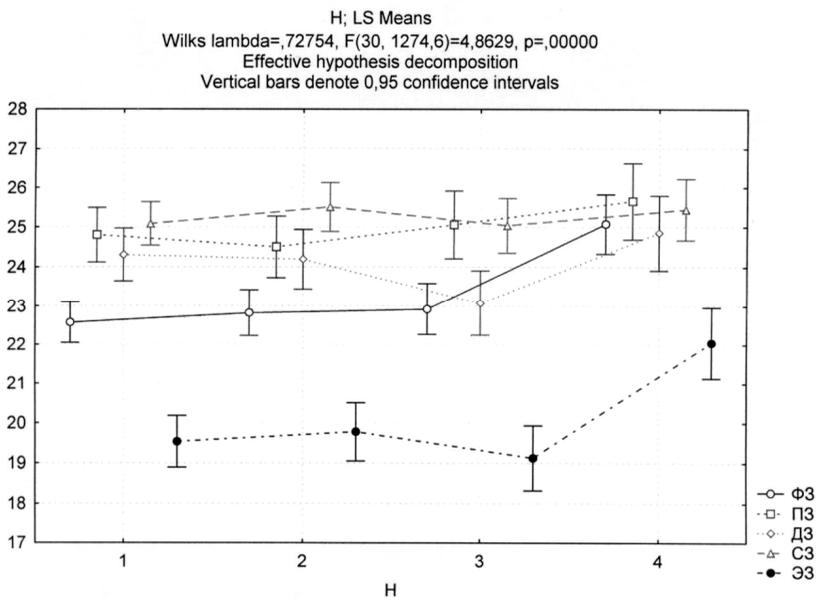


Рис. 17. Графическое представление о влиянии фактора «Н» (специальности) на показатели шкал здоровья (С-3): 1 – клинические психологи; 2 – психологи; 3 – «естественники»; 4 – студенты факультета физической культуры

Столь же высоко значимым в целом является влияние специальности на показатели шкал образа жизни (табл. 6, рис. 18). Но различия показа-

телей 4 из 5 шкал клинических психологов, психологов и естественников оказались не столь значительны, за исключением шкалы Зар. Ее показатели оказались выше у естественников, чем у обеих групп психологов, но ниже, чем у студентов факультета физической культуры. Надо сказать, что и показатели всех остальных шкал оказались несколько выше у этой группы студентов.

Т а б л и ц а 6

**Влияние фактора «Н» (специальности) студентов
на показатели шкал образа жизни (С-3)**

Effect	Multivariate tests of significance Sigma-restricted parameterization Effective hypothesis decomposition					
	Test	Value	F	Effect df	Error df	p
Intercept	Wilks	0,020172	4264,717	5	439,000	0,000000
H	Wilks	0,784874	7,412	15	1212,287	0,000000

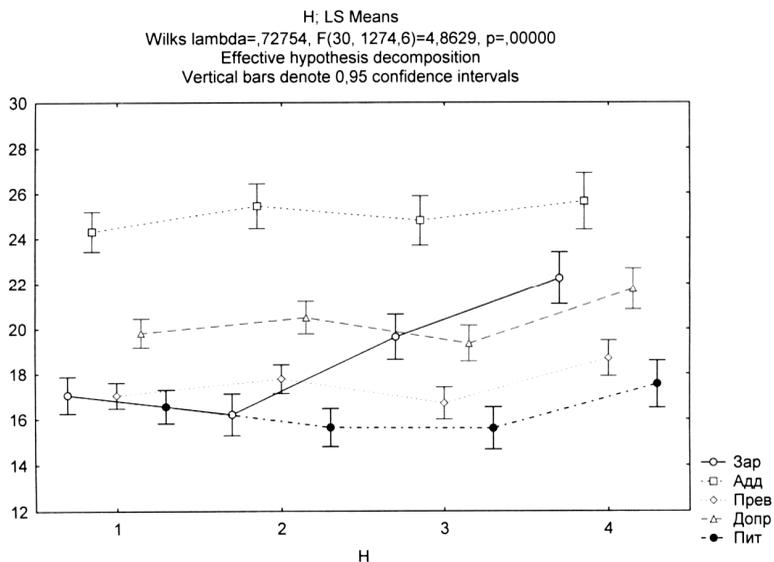


Рис. 18. Графическое представление влияния фактора «Н» (специальности) на показатели шкал образа жизни теста С-3: 1 – клинические психологи; 2 – психологи; 3 – естественники; 4 – студенты факультета физической культуры

Представлял интерес и вопрос о роли географического положения вуза в связи с определением меры здоровья и образа жизни студентов. В табл. 7 и на рис. 19, 20 представлены результаты анализа влияния географического фактора на показатели шкал теста С-3.

Географический фактор – регион, в котором находится вуз – оказывается тоже «влияющим» на показатели шкал теста С-3 фактором ($p \leq 0,0001$) (табл. 7, рис. 19, 20).

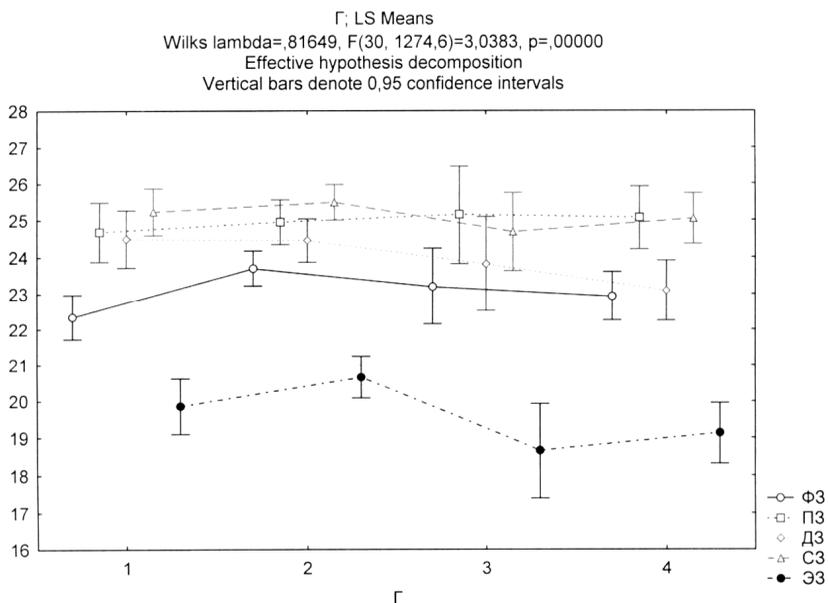


Рис. 19. Графическое представление влияния фактора «Г» (географии вуза) на показатели шкал здоровья (С-3): 1 – Томская обл.; 2 – Алтайский край; 3 – Дальний Восток; 4 – Урал

Показатели шкал здоровья студентов Алтайского края оказались несколько выше по сравнению со студентами Томской области. Затем они снижаются, хотя и в разной степени, у студентов Дальнего Востока, за исключением шкалы ПЗ, поднимаясь незначительно по данным шкал СЗ и ЭЗ у студентов Урала, но не выше показателей студентов из Томска.

Влияние фактора «Г» (география вуза) на показатели шкал образа жизни (С-3)

Effect	Multivariate tests of significance Sigma-restricted parameterization Effective hypothesis decomposition					
	Test	Value	F	Effect df	Error df	p
Intercept	Wilks	0,027765	30,478	5	439,000	0,000000
Г	Wilks	0,867382	4,275	15	1212,287	0,000000

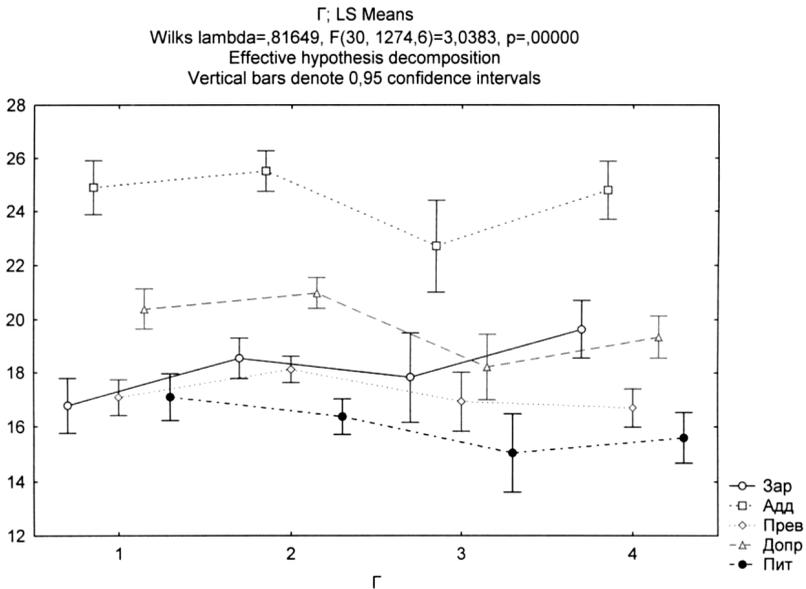


Рис. 20. Графическое представление влияния фактора «Г» (география вуза) на показатели шкал образа жизни (С-3): 1 – Томская обл.; 2 – Алтайский край; 3 – Дальний Восток; 4 – Урал

Образ жизни студентов в разных регионах (фактор «Г») отличается по данным ШСЖ теста С-3, что видно из рис. 20. Он выше (здоровее) у студентов вузов Алтайского края по всем шкалам образа жизни, за исключением шкалы Пит, показатели которой снижаются у и студентов из Дальнего Востока, чуть поднимаясь, но не выше показателей студентов из Алтайского края. Ниже показатели и других ШСЖ у студентов Дальнего Востока, повышаясь у студентов Урала.

С помощью дискриминантного анализа (t-тест Стьюдента) мы попытались уточнить степень различий между курсами обучения, специальностями и географией вуза по показателям шкал теста С–3. Некоторые результаты этого анализа представлены в табл. 8 и 9 и на рис. 21.

Между 2-м и 5-м курсами значимые и достоверные различия выявлены только по шкале ФЗ ($t = 2,210$ $p \leq 0,04$). Между 3 и 5 курсами – по шкалам ФЗ ($t = -2,80$ $p \leq 0,005$), ДЗ ($t = 2,33$ $p \leq 0,02$), ЭЗ ($t = 2,10$ $p \leq 0,04$), Прев ($t = 2,14$ $p \leq 0,03$), Допр ($t=3,63$ $p \leq 0,004$), Пит ($t = 3,15$ $p \leq 0,002$). Между 4-м и 5-м курсами значимых различий не обнаружено. Между 1-м и 2-м значимые различия выявлены по шкалам СЗ ($t = 2,07$ $p \leq 0,04$), Прев ($t = 2,09$ $p \leq 0,04$). Между 1-м и 3-м курсами – по шкалам ФЗ ($t = 1,94$ $p \geq 0,053$), ДЗ ($t = 2,47$ $p \leq 0,01$), ЭЗ ($t = 2,93$ $p \leq 0,003$), Пре ($t = 2,82$ $p \geq 0,005$) и Пит ($t = 2,33$ $p \leq 0,02$). Интересно то, что тех же величин значимости и достоверности и практически по тем же шкалам обнаружены различия между 2-м и 3-м курсами: ФЗ ($p \geq 0,05$), ДЗ ($p \leq 0,014$), ЭЗ ($p \leq 0,003$), Прев ($p \leq 0,005$) и Пит ($p \leq 0,02$). Между 1-м и 4-м курсами значимые различия отсутствуют.

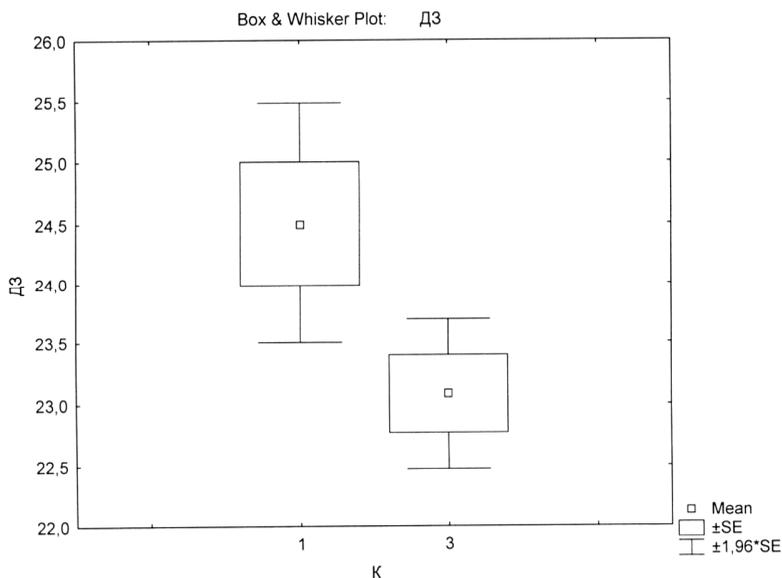


Рис. 21. Дискриминантный анализ данных шкалы ДЗ между 1-м и 3-м курсами

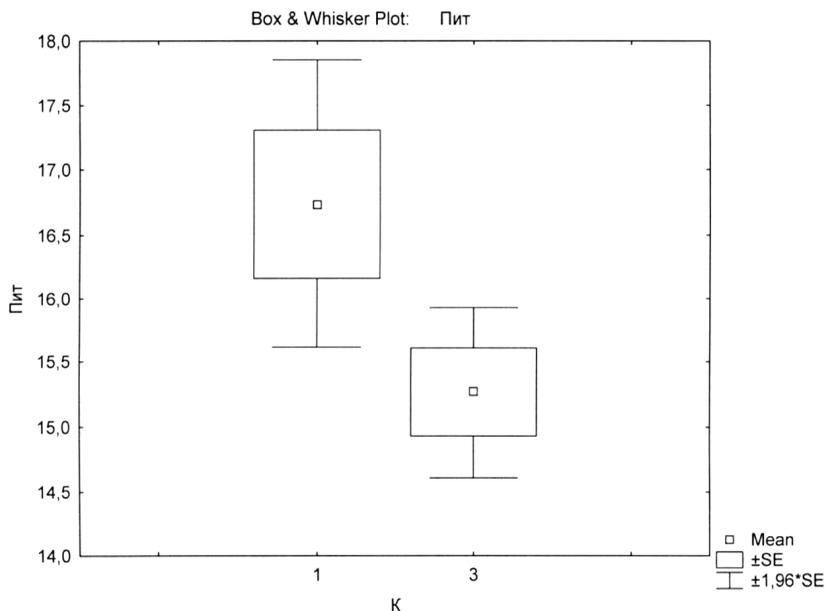


Рис. 22. Дискриминантный анализ данных шкала Пит 1-го и 3-го курсов

Результаты дискриминантного анализа данных шкал С–З по фактору «Н» (специальность) представлены в табл. 8 и на рис. 23. Значимые и достоверные различия выявлены по шкале ФЗ между 1-м и 4-м, 2-м и 4-м, 3-м и 4-м курсами ($p \leq 0,001$); по шкале ПЗ между 2-м и 4-м курсами (при $p \geq 0,05$); по шкале ДЗ между 1 и 3 курсами ($p \leq 0,03$), 2-м и 3-м курсами ($p \leq 0,05$) и 3-м и 4-м курсами ($p \leq 0,01$); по шкале СЗ различий не выявлено; по шкале ЭЗ между 1-м и 4-м, 2-м и 4-м, 3-м и 4-м курсами ($p \leq 0,001$). По стиливым характеристикам значимые и достоверные различия выявлены по шкале Зар между 1-м и 3-м, 1-м и 4-м ($p \leq 0,001$), 3-м и 4-м ($p \leq 0,003$), 2-м и 3-м, 2-м и 4-м ($p \leq 0,001$) курсами. По Адд различия не выявлены. По шкалам Прев и Допр между 1-м и 4-м, 3-м и 4-м ($p \leq 0,001$), 2-м и 3-м ($p \leq 0,05$) курсами, 2-м и 4-м курсами только по Допр ($p \leq 0,02$). По шкале Пит выявлены различия между курсами 3-м и 4-м ($p \leq 0,01$), 2-м и 4-м курсами ($p \leq 0,003$).

**Дискриминантный анализ данных шкал теста С-3
по фактору «Н» (специальность)**

Variable	T-tests; Grouping: Н Group 1: 3 Group 2: 4								
	Mean 3	Mean 4	t-value	df	P	id 3	Valid N 4	Std. Dev. 3	Std. Dev. 4
ФЗ	22,92857	25,07895	-3,70059	172	0,000289	98	76	3,943545	3,610219
ПЗ	25,06122	25,65789	-0,89356	172	0,372804	98	76	4,333557	4,413774
ДЗ	23,08163	24,85526	-2,62281	172	0,009504	98	76	4,562676	4,238566
СЗ	25,04082	25,44737	-0,76996	172	0,442377	98	76	3,632381	3,209963
ЭЗ	19,13265	22,05263	-4,38071	172	0,000021	98	76	4,408609	4,298511
Зар	19,63265	22,23684	-2,97524	172	0,003349	98	76	5,445868	6,070406
Адд	24,78571	25,63158	-1,05306	172	0,293788	98	76	5,496484	4,925693
Прев	16,69388	18,68421	-3,55233	172	0,000493	98	76	3,179860	4,211763
Допр	19,34694	21,76316	-3,90830	172	0,000133	98	76	4,084424	3,992888
Пит	15,60204	17,53947	-2,63563	172	0,009166	98	76	4,811369	4,806775

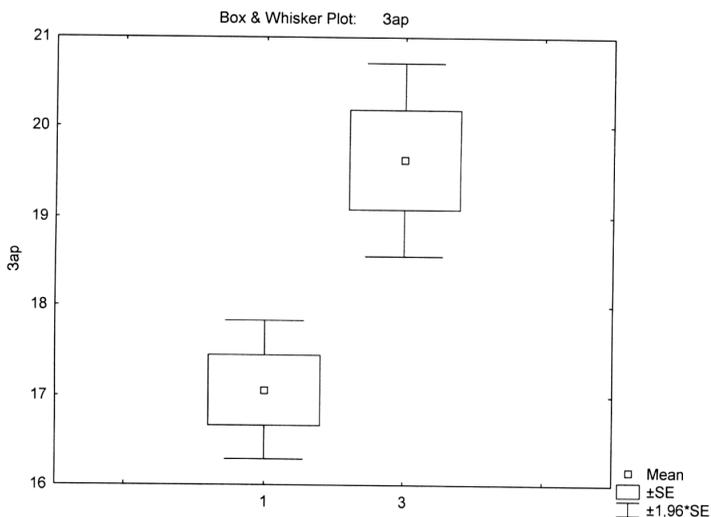


Рис. 23. Графическое представление различий между специальностями по шкале Зар (С-3)

Студенты естественных факультетов, как видно из рис. 23, видимо, значительно охотнее занимаются зарядкой, чем студенты клинические психологи.

Таблица 9

Дискриминантный анализ данных шкал теста С-3 по фактору «Г» (география вуза)

Variable	T-tests; Grouping: Г (Клинипсихол плюс психологи плюс техн плюс физкульт 450 с								
	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2
ФЗ	22,34821	23,69898	-3,54937	306	0,000447	112	196	3,115523	3,266960
ПЗ	24,67857	24,94898	-0,53965	306	0,589830	112	196	4,274825	4,204692
ДЗ	24,49107	24,44898	0,09007	306	0,928287	112	196	4,171969	3,809899
СЗ	25,23214	25,48469	-0,65474	306	0,513126	112	196	3,187764	3,294871
ЭЗ	19,85714	20,66327	-1,71342	306	0,087649	112	196	3,665906	4,136005
Зар	16,77679	18,54082	-2,76889	306	0,005968	112	196	4,465503	5,834765
Адд	24,89286	25,51020	-0,99702	306	0,319542	112	196	5,666969	4,959828
Прев	17,07143	18,11735	-2,40475	306	0,016777	112	196	3,341560	3,847277
Допр	20,39286	20,98469	-1,30529	306	0,192774	112	196	3,696497	3,900660
Пит	17,08929	16,37245	1,34284	306	0,180318	112	196	4,465188	4,530133
РА	6,25000	4,88265	2,57256	306	0,010566	112	196	4,290152	4,595595

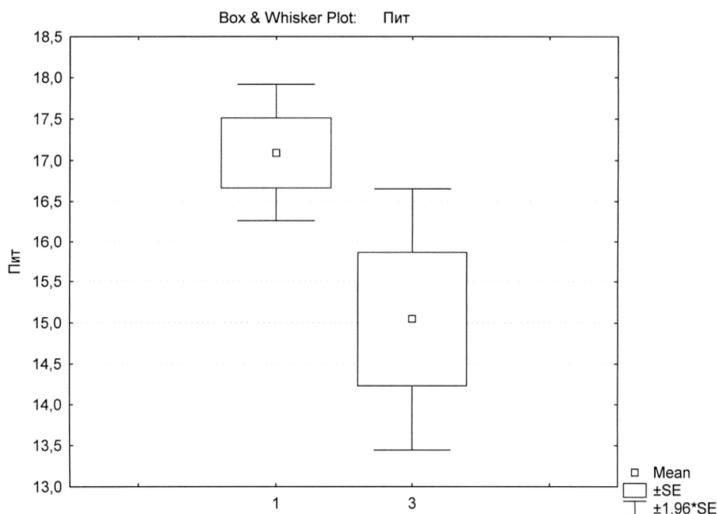


Рис. 24. Дискриминантный анализ данных шкалы Пит по фактору «Г» («география вуза»): 1 – Томская область; 3 – Дальний Восток

Некоторые результаты дискриминантного анализа (Стьюдент) для определения степени различий показателей шкал в зависимости от географического положения вуза представлены в табл. 9 и на рис. 24.

Были получены следующие результаты: 1 (Томская область) и 2 (Алтайский край) отличаются по следующим шкалам: ФЗ и Зар ($p \leq 0,01$), Прев ($p \leq 0,02$) и РА ($p \leq 0,01$); 1 и 3 (Дальний Восток): Адд ($p \geq 0,05$), Допр ($p \leq 0,003$), Пит ($p \geq 0,02$); 1 и 4 (Урал): ДЗ ($p \leq 0,02$), Зар ($p \leq 0,001$), Допр ($p \leq 0,05$), Пит ($p \leq 0,02$); 2 (Алтайский край) и 4 (Урал): ДЗ ($p \leq 0,007$), ЭЗ ($p \leq 0,003$), Прев ($p \leq 0,002$), Допр ($p \leq 0,001$); 3 (Дальний Восток) и 4 (Урал): различий не выявлено.

3.2.3. Личностные ресурсы здоровья (здоровье как ценность, самоактуализация, гибкость) и их влияние на уровень здоровья и образ жизни студентов

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001. С. 17–19), рассматривая здоровье как предмет междисциплинарного исследования, выделяют подходы, которые обращены к личности человека, подчеркивающие ее роль в сохранении и укреплении своего здоровья. Это, прежде всего, аксиологический (ценностный), дискурсивный (диспозитивный) и акмеологический подходы. Мы бы считали возможным, как это отмечено во 2-й главе нашей работы, объединить их понятием диспозитивный подход, поскольку во всех этих случаях речь идет о личностных диспозициях – ресурсах здоровья личности. Именно с этих позиций осуществляется анализ полученных данных.

Герриг и Зимбардо (2004. С. 669) один из разделов своей работы так и озаглавил: «Сказываются ли особенности вашей личности на вашем здоровье?». В качестве аргументов в пользу положительного ответа он приводит известные исследования о типах личности (А, В и С) и их связь с ишемической болезнью сердца, онкологическими болезнями (Friedman and Roseman, 1974; Eysenck, 1994; Temoshok and Dreher, 1992).

В одном из исследований (Будченко Е.А., 2000) было установлено, что у интерналов более активная, чем у экстерналов, позиция по отношению к своему здоровью: они лучше информированы о своем состоянии, больше заботятся о своем здоровье и чаще обращаются за профилактической помощью. Экстерналы же, наоборот, более тревожны, подвержены депрессиям, психическим заболеваниям.

Мы же, прежде всего, пытаемся выявить роль и место здоровья в структуре системы ценностей студентов, поскольку в свете аксиологиче-

ского подхода здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ценностной иерархии. Доминирование тех или иных ценностей, так же как и их переоценка, рассматриваются в качестве факторов, определяющих здоровье индивида (А. Кемпински, А. Маслоу и др.). Есть литературные данные, что проблемы здоровья современной студенческой молодежи во многом определяются низким статусом или рангом здоровья в ее системе ценностей. Это увязывается, разумеется, с образом жизни. На получение новых данных по этому вопросу и направлено наше исследование. Для этих целей был использован тест Рокича (Rokeach, 1969).

Прежде всего, была выявлена структура данных теста РА («уровня значимости здоровья в системе ценностей») студентов; она представлена на рис. 27: 1-й уровень (1–5 ранг) – 55% испытуемых, 2-й уровень (6–13 ранг) – 35% и 3-й уровень (14–18 ранг) – 10%. Оказалось, что только чуть больше половины студентов считают здоровья ценностью высокой значимости, а 10% причисляют его к ценностям вообще малозначимым. Разумеется, что это не может не сказаться на их образе жизни, в свою очередь оказывающего решающее влияние на уровень их здоровья.

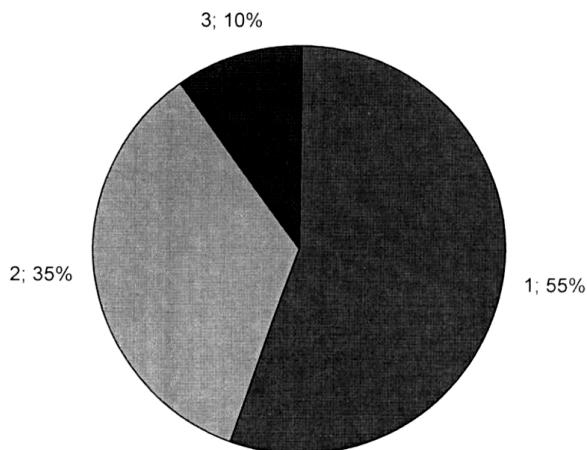


Рис. 25. Распределение испытуемых (446 чел.) по степени значимости и места здоровья в системе ценностей (РА): 1 – высокая (ранг 1–5); 2 – средняя (ранг 6–13); 3 – низкая (ранг 14–18)

В результате многофакторного анализа было выявлено, что здоровье как ценность и занимаемое им место в системе ценностей студентов (РА) является независимым – третьим фактором в структуре отношений между шкалами здоровья и образа жизни теста Страуба – Залевского (С–3). Эти данные представлены на рис. 26. О существовании автономных отношений между тестом РА и шкалами теста С–3 свидетельствует, прежде всего, конечно, отсутствие значимых корреляционных отношений между ними, за исключением очень слабой их выраженности со шкалами Прев и Допр.

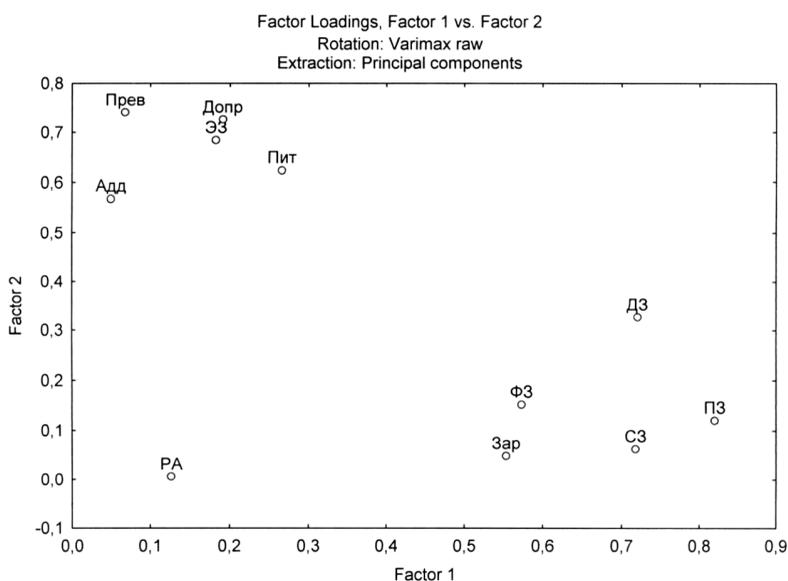


Рис. 26. Графическое представление результатов многофакторного анализа данных тестов С–3 и РА

Кластерный анализ данных теста С–3 и теста РА также свидетельствует о довольно опосредованной структурной связи РА со шкалами здоровья и стиля жизни теста С–3. РА – отдельный кластер ближе всего с кластером Зар и Адд и дальше всего, как ни странно кажется, от кластера (фактора) «здоровье» («физического здоровья» – ФЗ и затем «личностно-го здоровья» – ПЗ, ДЗ, СЗ) (рис. 27).

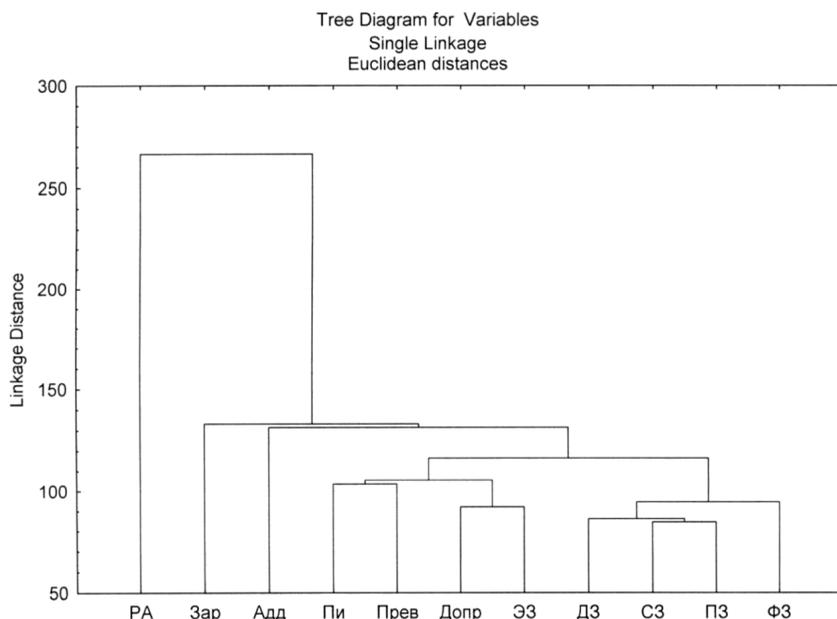


Рис. 27. Кластерный (вертикальный) анализ данных тестов С-3 и РА

Многофакторный анализ данных теста С-3 и теста РА, а также личностных тестов СА и АФ, результаты которого представлены в табл. 10 и на рис. 28, позволил выделить 4 фактора, которые можно обозначить, как 1-й фактор, в который вошли шкалы ПЗ, ДЗ и СЗ, «личностное здоровье»; 2-й фактор, в который вошли шкалы – ЭЗ, Адд, Прев, Допр, Пит, «превентивная практика здоровья»; 3-й фактор, в который вошли шкалы ФЗ и Зар, «физическое здоровье» и 4-й фактор, в который вошла шкала РА.

Что касается шкал СА, АФ, то они не достигли уровня 0,70 и распределились вдали от основных трех факторов, но в то же время близко друг к другу, а в кластерном анализе образовали один кластер (рис. 29).

Эти отношения личностных шкал со шкалами С-3 и между собой, прежде всего, отражены корреляционным анализом, результаты которого представлены в табл. 11.

Многофакторный анализ данных теста С-3 и тестов СА, АФ, РА

Variable	Factor Loadings (Varimax raw) Extraction: Principal components (Marked loadings are > 0,700000)			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
ФЗ	0,25504	0,184498	0,597288	0,159491
ПЗ	0,728865	0,139627	0,330833	-0,035875
ДЗ	0,774420	0,186610	0,112336	-0,152349
СЗ	0,773897	0,073625	-0,021406	0,095694
Эз	0,148459	0,594339	0,170746	0,153313
Зар	0,222467	0,135541	0,645739	0,053183
Адд	0,036271	0,570312	0,241323	-0,125392
Прев	0,173308	0,716471	-0,065619	0,014955
Допр	0,296179	0,622795	0,038629	0,082941
Пит	0,296150	0,536934	0,197161	0,018591
СА	0,275381	-0,286258	0,419317	-0,358447
АФ	0,220098	-0,358752	0,490161	0,198343
ШЛ	-0,238123	0,330430	0,473857	-0,280511
РА	0,048007	-0,026561	-0,062069	-0,851376
Expl.Var	2,261976	2,300684	1,672799	1,079948
Prp.Totl	0,161570	0,164335	0,119486	0,077139

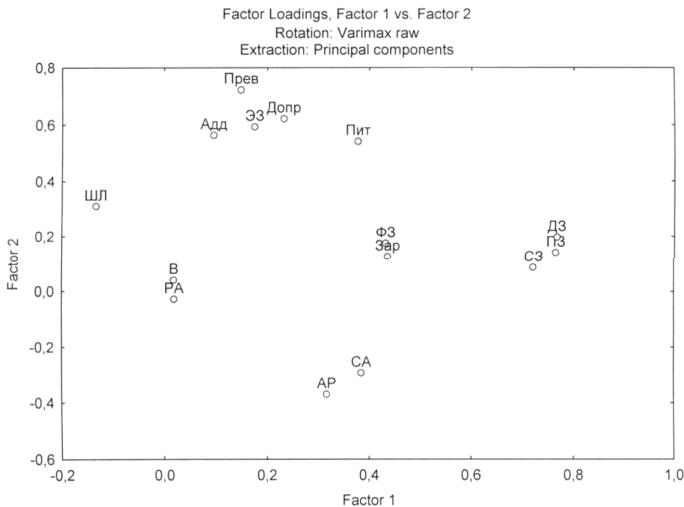


Рис. 28. Графическое представление результатов многофакторного анализа данных теста С-3 и личностных шкал (СА, АФ, РА)

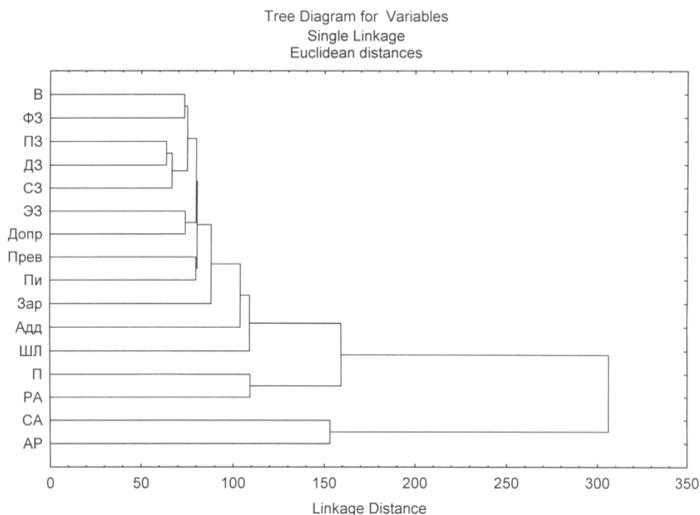


Рис. 29. Кластерный (горизонтальный) анализ данных теста С-3 и личностных шкал (СА, АФ, РА)

Таблица 11

Корреляционные отношения между шкалами теста С-3 и личностными тестами (СА, АФ, РА)

Variable	В	П	Ф3	П3	Д3	С3	Э3	Зар	АдД	Прев	Допр	Пит	СА
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
В	1,00	0,14	0,05	-0,00	-0,03	-0,02	0,13	0,04	-0,00	0,01	0,12	0,02	-0,05
П	0,14	1,00	-0,02	-0,00	-0,10	-0,14	-0,01	0,23	-0,10	-0,12	-0,07	-0,18	-0,06
Ф3	0,05	-0,02	1,00	0,35	0,27	0,23	0,17	0,40	0,18	0,12	0,18	0,25	0,12
П3	-0,00	-0,00	0,35	1,00	0,57	0,48	0,20	0,35	0,17	0,18	0,27	0,27	0,23
Д3	-0,03	-0,10	0,27	0,57	1,00	0,45	0,21	0,25	0,18	0,22	0,26	0,28	0,26
С3	-0,02	-0,14	0,23	0,48	0,45	1,00	0,16	0,18	0,07	0,16	0,17	0,19	0,09
Э3	0,13	-0,01	0,17	0,20	0,21	0,16	1,00	0,18	0,24	0,30	0,36	0,22	-0,03
Зар	0,04	0,23	0,40	0,35	0,25	0,18	0,18	1,00	0,13	0,11	0,14	0,29	0,16
Адд	-0,00	-0,10	0,18	0,17	0,18	0,07	0,24	0,13	1,00	0,25	0,23	0,32	0,02
Прев	0,01	-0,12	0,12	0,18	0,22	0,16	0,30	0,11	0,25	1,00	0,40	0,33	-0,08

Окончание табл. 11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Допр	0,12	-0,07	0,18	0,27	0,26	0,17	0,36	0,14	0,23	0,40	1,00	0,36	-0,03
Пит	0,02	-0,18	0,25	0,27	0,28	0,19	0,22	0,29	0,32	0,33	0,36	1,00	0,02
СА	-0,05	-0,06	0,12	0,23	0,26	0,09	-0,03	0,16	0,02	-0,08	-0,03	0,02	1,00
АФ	0,02	0,05	0,13	0,23	0,10	0,10	-0,03	0,15	-0,06	-0,11	0,03	0,02	0,20
ШЛ	0,17	0,15	0,11	0,12	0,03	-0,01	0,15	0,12	0,18	0,10	0,12	0,07	0,01
РА	0,04	0,03	-0,02	0,01	0,05	-0,04	-0,09	0,02	-0,04	-0,01	-0,05	0,01	0,08

Variable	Correlations (Все ГК Marked correlations N = 269 (Casewise d))		
	АФ	ШЛ	РА
В	0,02	0,17	0,04
П	0,05	0,15	0,03
ФЗ	0,13	0,11	-0,02
ПЗ	0,23	0,12	0,01
ДЗ	0,10	0,03	0,05
СЗ	0,10	-0,01	-0,04
ЭЗ	-0,03	0,15	-0,09
Зар	0,15	0,12	0,02
Адд	-0,06	0,18	-0,04
Прев	-0,11	0,10	-0,01
Допр	0,03	0,12	-0,05
Пит	0,02	0,07	0,01
СА	0,20	0,01	0,08
АФ	1,00	-0,04	-0,02
ШЛ	-0,04	1,00	0,01
РА	-0,02	0,01	1,00

Примечание. $p \leq 0,05-0,01$ – только выделенные полужирным шрифтом.

В этом ключе важным представляется и вопрос о влиянии возраста и пола на личностные характеристики (ресурсы здоровья) студентов.

Что касается влияния возраста на место здоровья в системе ценностей студентов (РА), то, как видно из рис. 30, это влияние начинается только с третьего возрастного периода (25–30 лет) в виде нарастающего стандартного

отклонения по отношению к среднему значению, и затем к резкому его усилению в возрастном периоде 35–40 лет. Иначе говоря, до 35 лет ранг здоровья в системе ценностей студентов остается практически стабильным, резко изменяясь – снижается в пятый возрастной период – с 36 до 40 лет.

Пол, как видно из рис. 31, на ранг здоровья в системе ценностей студентов существенно не влияет, у мужчин он несколько выше и значительно шире диапазон стандартного отклонения от среднего значения.

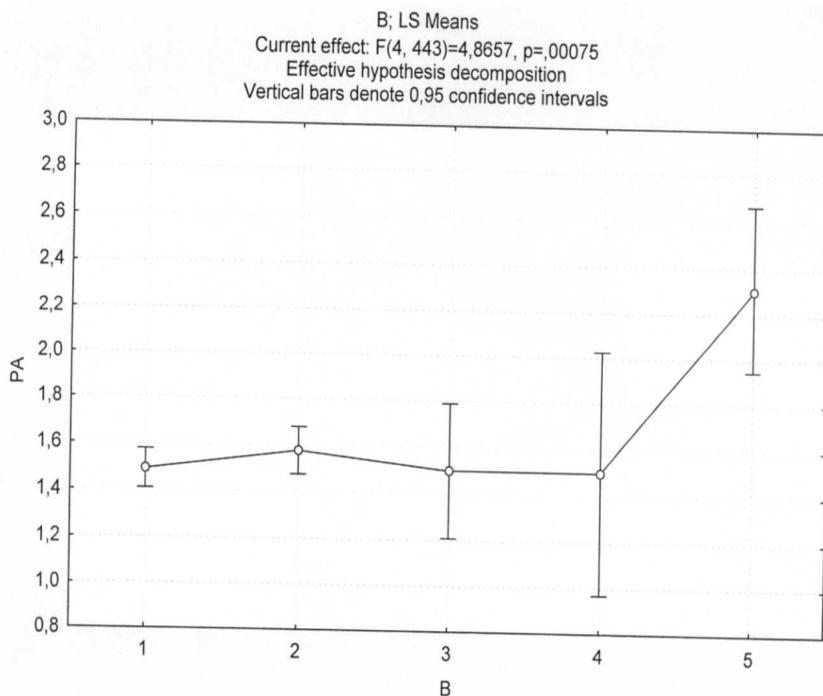


Рис. 30. Графическое представление влияния возраста на показатели теста PA:
1 – 17–20 лет; 2 – 21–25 лет; 3 – 26–30 лет; 4 – 30–35 лет; 5 – 36–40 лет

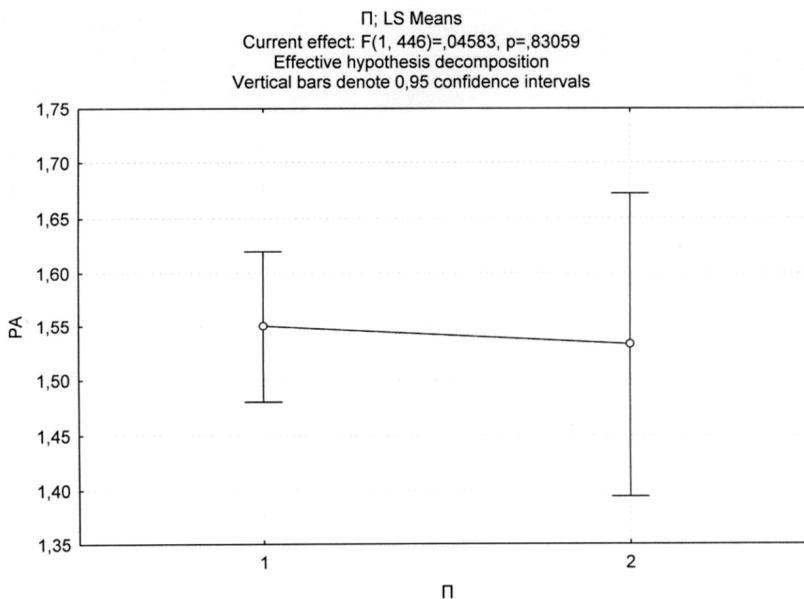


Рис. 31. Графическое представление влияния пола на показатели теста РА:
 1 – женский; 2 – мужской

О существовании отмеченной тенденции относительно влияния возраста и пола на место здоровья в системе ценностей студентов (РА) говорят и данные анализа с применением метода Стьюдента: значимые и достоверные различия по шкале РА выявлены лишь между, так сказать, крайними возрастными группами (1-й и 5-й: $t = 4,58; p \leq 0,001$), а также между 2 и 5 ($t = 3,61; p \leq 0,001$) и 3 и 5 ($t = 3,17; p \leq 0,003$); с возрастом ранг здоровья в системе ценностей остается на одном уровне, хотя и близко, но за пределами первой пятерки ценностей, резко понижаясь в возрасте 36–40 лет.

Значимых различия между полами по шкале РА не обнаруживаются фактически до 10-го ранга, занимаемого здоровьем в системе ценностей студентов. И только с 11-го ранга мужчины преобладают, постепенно уступая женщинам с 15-го ранга.

Если вообще оценивать место здоровья в системе ценностей студентов, то здоровье занимает чуть ниже шестого места (6, 11), поднимаясь в

возрастном диапазоне 17–25 лет чуть выше – до 5,59, все же оставаясь за пределами первой пятерки ценностей, отнесенных Рокичем к «ценностям высшего уровня значимости».

Представляется важным выяснить и влияние таких социальных факторов как курс обучения, специальность и география вуза наших испытуемых на показатели теста РА. Был использован метод Аноva-Манова, результаты которого представлены на рис. 32–34. Из рис. 32 видно, что курс обучения оказывает влияние на ранг здоровья (РА) в системе ценностей студентов: наиболее высокий ранг здоровья у студентов 3-го и 5-го курса, а самый низкий – у студентов 4-го курса; среднее положение занимают студенты 1-го и 2-го курсов.

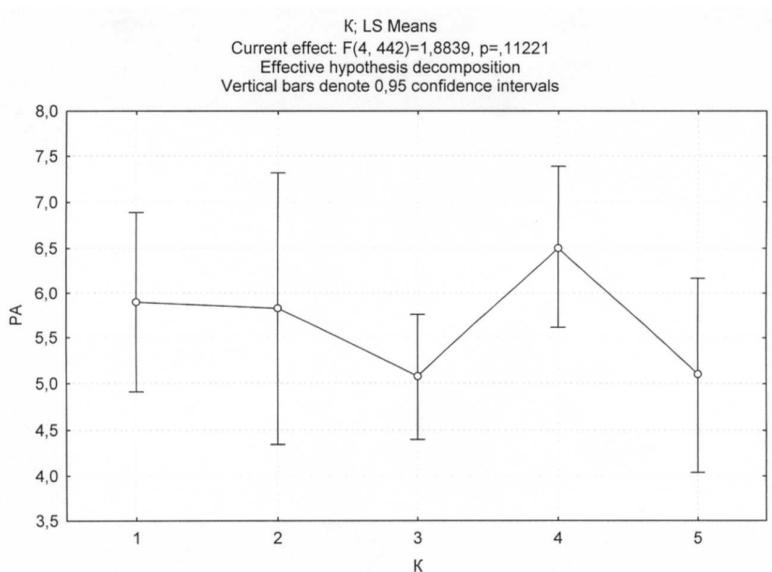


Рис. 32. Графическое представление влияния фактора К(курса обучения) на показатели теста РА

Интересные результаты были получены при оценке места здоровья в структуре системы ценностей студентов клинических психологов в зависимости от курса обучения (1, 3, 5-й курсы). Среднегрупповой ранг (все студенты) – 6,3; 1-й курс – 9; 3-й курс – 6; 5-й курс – 4.

Значительное влияние на ранг здоровья в системе ценностей студентов имеет место в зависимости от специальности: самый высокий ранг здоровья у студентов факультета физической культуры, несколько ниже – у студентов психологов, затем у студентов естественных факультетов, и самый низкий ранг, как ни странно, оказался у студентов клинических психологов (рис. 33).

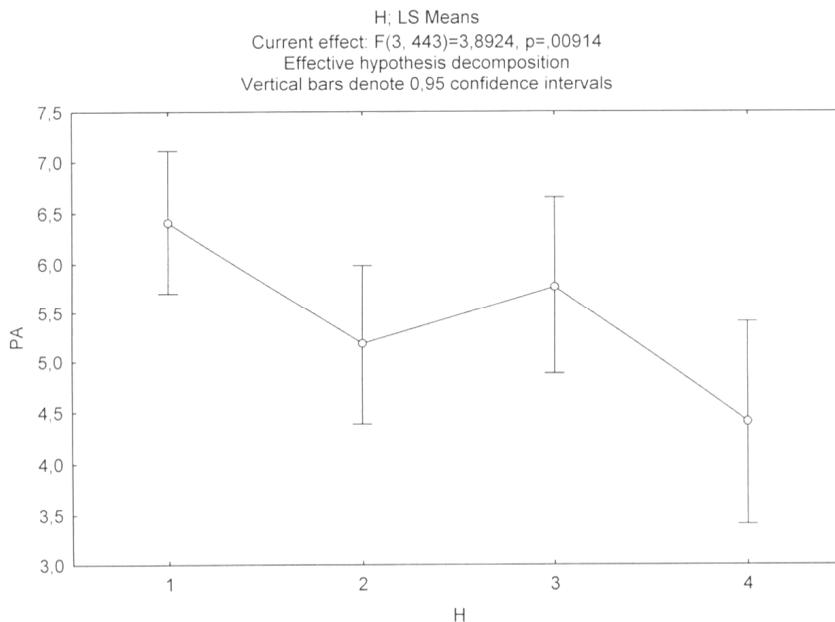


Рис. 33. Графическое представление влияния фактора «Н» (специальности) на показатели теста PA: 1 – клинические психологи; 2 – психологи; 3 – «естественники»; 4 – студенты факультета физической культуры

Что касается фактора Г (география вуза), то он тоже оказывает определенное влияние на ранговое место здоровья в системе ценностей студентов (РА). Из рис. 34 видно, что здоровье в пределах первой пятерки ценностей находится только у студентов 2-й группы (Алтайский край). Все остальные находятся вне этой пятерки: ниже всех ранг у студентов Дальнего Востока вуза, Томской области и Урала.

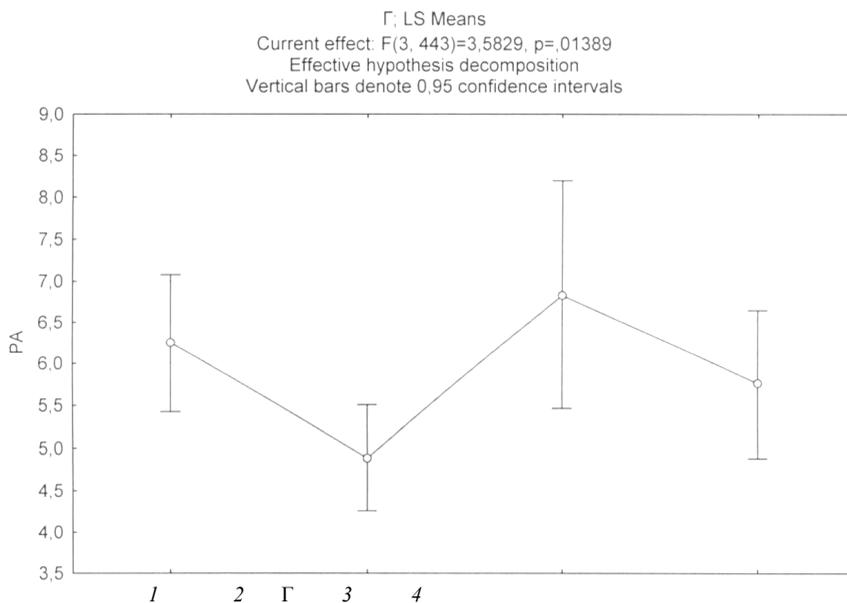


Рис. 34. Графическое представление влияния фактора «Г» (география вуза) на показатели теста РА: 1 – Томская область, 2 – Алтайский край, 3 – Дальний Восток, 4 – Урал

Представляется важным и необходимым определить отношение биологических характеристик студентов – их возраста и пола – с данными личностных шкал СА (самоактуализация) и АФ (флексibilität). Результаты анализа этих отношений с помощью метода Ано́ва-Манова (рис. 35) показали, что пол оказывает не столь существенное влияние на уровень самоактуализации (СА) и актуальной флексibility (АФ), хотя и на уровне достоверности $p \leq 0,04$.

Было также исследовано влияние социальных и кросс-региональных факторов на показатели личностных тестов (РА, СА и АФ).

Не было выявлено значимых и достоверных различий по данным теста РА между курсами обучения. Что касается различий между курсами по личностным шкалам СА, АФ, то они обнаружались только по шкале АФ между 1-м и 4-м курсами ($p \leq 0,004$), между 1-м и 5-м курсами ($p \geq 0,05$), между 2-м и 4-м курсами ($p \leq 0,003$).

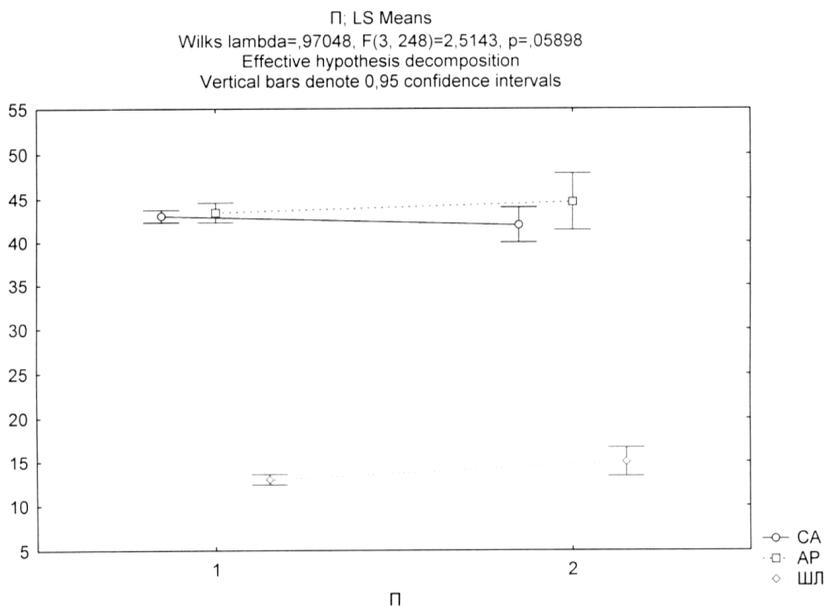


Рис. 35. Графическое представление влияния пола на показатели шкал СА, АФ (АР), ШЛ: 1 – женский, 2 – мужской

Из рис. 36 видно, что клинические психологи и психологи значительно отличаются по рангу здоровья в системе ценностей – он выше у психологов, что кажется, на первый взгляд, странным и требующим разъяснений.

Значимо выше ранг здоровья в системе ценностей студентов факультета физической культуры, чем у клинических психологов (рис. 37).

Что касается географического фактора, то значимые и достоверные различия по данным теста РА были выявлены только между студентами Томска и Бийска: $t = 2,57$ $p \leq 0,01$. Между другими регионами различия по этому данным этого теста оказались не значимыми. Ранг здоровья по данным теста РА в системе ценностей студентов из Алтайского края (Бийск) выше, чем у студентов из Томской области (Томск) ($p \leq 0,01$). Между другими регионами значимых различий выявлено не было.

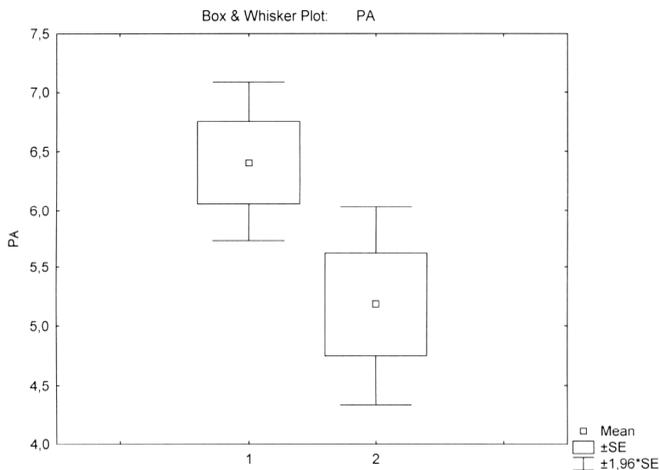


Рис. 36. Графическое представление различий между специальностями по данным теста PA: 1 – клинические психологи, 2 – психологи

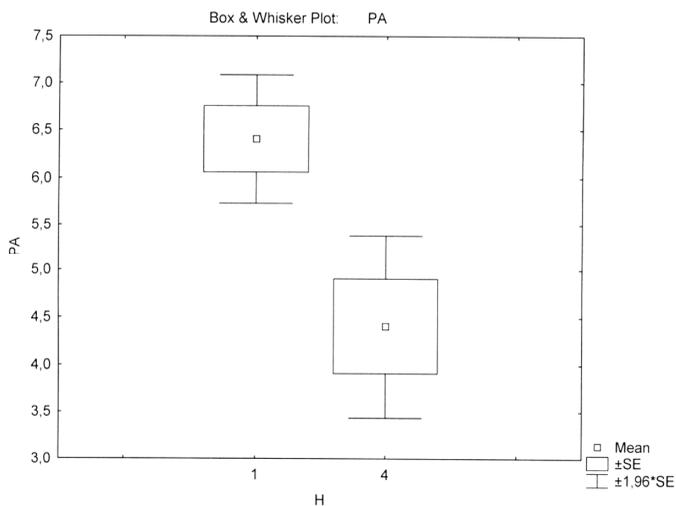


Рис. 37. Графическое представление различий между специальностями по данным теста PA: 1 – клинические психологи, 4 – студенты факультета физической культуры

Обсуждение и выводы по параграфу 3.2

Полученные результаты исследования, представленные и описанные в данном разделе 3-й главы, позволяют высказать следующие соображения и сделать ряд выводов:

Возраст оказывает влияние на показатели шкал здоровья теста С-3, но начиная лишь с 3-го возрастного периода (26–30 лет) с резким поднятием к 4-му возрастному периоду (30–35 лет) только по шкалам ДЗ и ЭЗ, плавным подъемом по шкалам ПЗ и СЗ с плавным их снижением к 35-40 годам; показатели шкалы ФЗ на возрастную динамику не реагируют, как не реагируют на нее в пределах 17–25 лет и остальные шкалы здоровья.

Не очень выражена и реакция шкал стиля (образа) жизни на возрастную динамику; отмечается плавный подъем от 1-го (17–20 лет) к 5-му возрастному периоду (35–40 лет) по шкалам Адд, Допр и Пит, несколько зигзагообразное движение показателей шкал Зар со спуском в 26–30 лет, подъемом в 30–35 лет и опять спуском в 35–40 лет, а также показателей шкалы Прев с обратной тенденцией – подъемом в 26–30 лет, снижением в 30–35 и повышением к 35–40 годам. Различия (метод Стьюдента) по возрасту по шкалам здоровья теста С-3 имеют место, главным образом, между крайними и далекими возрастными периодами: 17–20 и 30–35, 35–40 лет, 21–25, 26–30 и 36–40 лет; слабее они выражены между возрастными периодами 21–25 и 30–35, 30–35 и 36–40 лет.

Что касается влияния возраста на место здоровья в системе ценностей студентов (РА), то, как видно из рис. 30, это влияние начинается только с третьего возрастного периода (25–30 лет) в виде нарастания стандартного отклонения по отношению к среднему значению, и затем к резкому его усилению в возрастном периоде 35–40 лет. Иначе говоря, до 35 лет ранг здоровья в системе ценностей студентов остается практически стабильным, резко изменяясь – снижаясь в пятый возрастной период – с 36 до 40 лет. И в данном случае становится понятной и тенденция снижения самооценки уровня здоровья в этот возрастной период.

В результате анализа литературных данных и собственных исследований И.В. Журавлева (2011. С. 53) приходит к выводу, что в разных странах наблюдается одна и та же тенденция – снижения уровня здоровья с возрастом, а примерно, с 35 лет идет снижение и самооценки здоровья, что обнаружилось и в нашем исследовании.

О существовании «возрастной динамики значимости здоровья» пишет и Г.С. Никифоров (2006. С. 286). Он же считает, что приоритетную роль

здоровью отводят представители среднего и старшего поколения, в то время как молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющего к ним прямого отношения. В их иерархии ценностей доминируют материальные блага и карьера. Если они и уделяют внимание здоровью, то, главным образом, его физической составляющей. В их понимании не находит должного места роль психического и социального здоровья. Основываясь на некоторых данных, он тоже приходит к выводу, что «возраст и самооценка здоровья находятся в обратной зависимости. Так, например, с возрастом увеличивается количество негативных самооценок и уменьшается количество положительных. Причем рубеж, на котором происходит «скачок» в ухудшении состояния здоровья – это примерно 35 лет» (Там же. С. 286).

Пол оказывает влияние на показатели не всех шкал теста С-3, более заметно оно по показателям шкал ДЗ и ЭЗ, слабее – шкалы СЗ, фактически отсутствует у шкал ФЗ и ПЗ. Выше у мужчин показатели шкал Зар и Пре. Хотя и несколько слабее, но ниже, чем у женщин, показатели по остальным шкалам образа жизни.

По данным исследования Журавлевой (2011. С. 53), гендерные различия в самооценке здоровья характеризуются традиционно завышенной самооценкой здоровья мужчинами по сравнению с женщинами практически по всем возрастным категориям. Анализ показателей субъективной оценки здоровья студентов (18–25 лет) Ижевской госмедакадемии (Диплом. работа, 2011. С. 11) дал следующие результаты: практически здоров: юноши – 22%, девушки – 14,9%; редко болею – менее 2 раза в год: юноши – 43,2%, девушки – 35,7%; часто болею – более 2 раз в год: юноши – 17,4%, девушки – 21,1%; имею хронические заболевания: юноши – 17,4%, девушки – 28,4%. Различаются, по тем же источникам (С. 12), юноши и девушки (всего опрошено более 400 человек) по наличию вредных привычек и их причинам: не курю – юноши – 52,5 и девушки – 81,7%; причины вредных привычек: стрессы от перегруженности учебой: юноши – 52 и девушки – 49,4%; неустроенность быта и досуга: юноши – 11 и девушки – 10%; нет нормальных механизмов релаксации: юноши и девушки – 22 и девушки – 17,3%; интерес: юноши – 11 и девушки – 17%; семейные традиции: юноши – 4 и девушки – 5,9%. Выявлены и факторы, мешающие заниматься своим здоровьем: отсутствие интереса: юноши – 4,1 и девушки – 2%; отсутствие условий: 20,6 и 16,4%; недостаток времени: юноши – 34% и девушки – 35,3%; лень: юноши – 14,7 и девушки – 17,5%; материальные затруднения: юноши – 18,8 и девушки – 19,1%; от-

существование силы воли: юноши – 7,3 и девушки – 9,2%; недостаток знаний о своем ЗОЖ: юноши – 0,5 и девушки – 0,6%.

И.С. Паутов (2011. С. 54–55) в исследовании степени ответственности за свое здоровье выявил, что женщин больше, чем мужчин, выбравших «усилия человека» в группе с «хорошим здоровьем», а в группе с «плохим здоровьем» женщин вдвое больше, чем мужчин, но мужчин здесь в 4 раза больше с ориентацией на «усилия человека»; мужчины начинают беспокоиться только тогда, когда ухудшается здоровье, а женщины же заботятся о здоровье, когда нет еще болезненных симптомов. По мере ухудшения здоровья люди все больше надеются «на условия жизни», проявляя беспомощность перед лицом болезни, особенно это характерно для мужчин. В нашем исследовании значимые различия (метод Стьюдента) между полами отмечаются по шкалам ДЗ, СЗ и ЭЗ, отсутствуют такие по шкалам ФЗ и ПЗ.

В исследовании И.В. Корховой (2000. С. 70–79) рассматривались показатели, характеризующие здоровье российских мужчин и женщин на макро- и микроуровне. По статистике, уровень здоровья мужчин ниже. Но если изучать здоровье на микроуровне, используя метод анкетирования, то по всем параметрам субъективных оценок, объективным данным и показателям медицинских осмотров, уровень здоровья женщин оказался ниже, чем у мужчин. По оценкам психологических аспектов самочувствия женщины также уступают мужчинам. 18% женщин в качестве основной причины плохого здоровья назвали «тяжелые переживания, стрессы» (Виткин А., 1996; Залевский Г.В., 1999).

«Можно заключить, – по мнению Г.С. Никифорова (2006. С. 233), – что молодые женщины постепенно утрачивают культуру самосохранения и высокой ценности здоровья, которые были присущи им до того, как начался период экономических изменений».

Здоровье как ценность занимает в системе ценностей студентов чуть ниже 6-го места (6,11), т.е. выходит за пределы первой пятерки самых значимых ценностей; лишь 55% студентов считают здоровье высоко значимой ценностью, 35% – средне значимой ценностью, а 10% – низко значимой ценностью, помещая его в нижней пятерке ценностей (РА).

Но и у тех 55% студентов, у которых здоровье заняло высокий ранг в системе их ценностей, как показывает уровень их здоровья и образа жизни в целом и по отдельным его видам, здоровье, тем не менее, не в полной мере стало практическим регулятором в этом отношении. Так, М.Б. Куньявский, В.Б. Моин и И.М. Попова (цит. по: Леонтьев Д.А., 1998)

отмечают существование расхождения между декларируемыми ценностными конструктами сознания и реально побуждающими деятельность человека ценностями и называют четыре группы причин:

1. При адекватном осознании и вербальном выражении ценностей их включение в практическую регуляцию деятельности может не происходить из-за отсутствия возможностей реализации, наличия конкурирующих или противоречивых ценностей.

2. Реально действующие ценности не всегда адекватно осознаются и вербализуются субъектом; в силу ограниченности его интеллектуальных возможностей, действия защитных механизмов и др.

3. Адекватно осознаваемые ценности – могут неадекватно вербально репрезентироваться в силу речевых табу и другого рода преград.

4. Рассогласования могут определяться наличием конкурирующих компонентов вербального поведения или сознания.

Н.П. Клушина и В.А. Соломонов (2011), на основании исследования ценностного отношения к здоровью у студентов вузов с использованием теста Рокича, пришли к выводу (так как когнитивный и мотивационно-поведенческий компоненты имели отрицательную корреляцию – 0,58), что студенты уверены в неисчерпаемости своих собственных физических и психических ресурсов, и хотя знают о ценности здоровья в студенческий период, не осознают необходимости обеспечивать мотивацию здорового поведения. В этом авторы исследования видят причину парадоксального характера отношения студентов к своему здоровью. Дело еще и в том, по их мнению, что студенческий возраст характеризуется многообразием эмоциональных переживаний, что отражается в стиле жизни, исключая заботу о собственном здоровье, поскольку такая ориентация традиционно приписывается старшему поколению и оценивается молодыми людьми как «непривлекательная и скучная». Корреляционный анализ результатов показал, что студенты: единодушны в своем желании сохранить свое здоровье; но не понимают влияния своего эмоционального состояния на здоровье; свое поведение студенты определяют эмоциональным состоянием, знания о здоровом образе жизни не влияют на поведение.

Многофакторный и кластерный анализы данных шкал теста С–3 и личностных тестов (РА, СА и АФ) выявили независимый фактор и кластер «РА». При это ближе всего к кластеру «РА» шкалы Зар и Адд, что можно понять в том плане, что у студенческой молодежи здоровье как ценность наиболее часто ассоциируется с зарядкой и вообще с физиче-

ской нагрузкой и аддиктивным поведением (курением, алкоголем и пр.), причем первое более выражено у мужчин, а второе – у женщин. Что касается других личностных шкал, то они оказались на периферии основных факторов. В кластерном дереве близко друг к другу оказались СА и АФ (в факторном анализе тоже).

Корреляционные отношения у шкалы СА оказались со шкалами в порядке их убывания: ДЗ, ПЗ, ФЗ; отсутствуют они со шкалами СЗ и ЭЗ. Значимыми и достоверными, хотя и не на высоком уровне, оказались отношения СА с АФ (чем выше самоактуализация, тем выше гибкость, и наоборот). Также справедливо и то, что признаком здорового человека является гибкость. Показатели АФ положительно коррелируют с 4 из 5 шкал здоровья С–З (по мере убывания): ПЗ, ФЗ, ДЗ и СЗ; отсутствует значимая связь со шкалой ЭЗ.

Различия (Стьюдент) по фактору «курс обучения» выявились между 1-м и 3-м курсами по шкалам ФЗ, ДЗ, ЭЗ, Прев и Пит, между 3-м и 5-м курсами по шкалам ФЗ, ДЗ, ЭЗ, Прев, Допр и Пит. Не выявлены различия между 1-м и 4-м, 4-м и 5-м курсами. По данным личностных тестов высоко значимые различия обнаружались между 1-м и 4-м, 2-м и 4-м курсами только по данным теста АФ. Что касается среднего уровня показателей шкал здоровья и образа жизни теста С–З студентов, особенно первокурсников, то можно объяснить, присоединившись к мнению некоторых авторов (Безруких М.М., 2004; Пахальян В., 2006; Кравцова Н.А., 2008), и опираясь на собственные наблюдения, это тем, что в вузы школьники приходят уже с довольно ослабленным здоровьем, а также сниженным представлением о здоровье как ценности. И это касается не только физического здоровья, но всех его составляющих. В отечественных работах последних лет отмечается, что численность абсолютно здоровых детей школьного возраста колеблется от 1,5 до 4,3% (Пахальян В., 2006. С. 18).

В свое время еще Януш Корчак обратил на это внимание, его слова приводят в своей статье Г.В. Залевский и Ю.В. Кузьмина (2010): все современное воспитание направлено на то, чтобы ребенок был удобен; последовательно, шаг за шагом мы стремимся усыпить, подавить, истребить все, что является волей и свободой его духа, силой его требований и намерений; вежлив, послушен, хорош, удобен, а и мысли нет о том, что будет внутренне безволен и жизненно немощен. Эти слова, сказанные более полувека назад, оказываются очень актуальными для нашей школы и сегодня. К сожалению, как показывают исследования, в том числе и

наши, здоровье студентов имеет тенденцию ухудшаться от курса к курсу, а это уже и проблемы высшего профессионального образования.

Подробный анализ данной проблемы в рамках антропологического подхода представлен в одной из работ (Пахальян В., 2006), где автор обращает внимание на принципиально важный момент: «образование, обеспечивающее детям культурно и духовно наполненную среду, полагающее нормой ценность саморазвития, становления индивида субъектом собственной жизни, направленное на актуализацию личностного начала в ребенке, формирующее с необходимостью нравственную позицию человека, является оптимальной (естественной) формой поддержания психологического здоровья детей. Вопрос реальных влияний современного российского образования на психологическое здоровье детей школьников и студентов – это повод для специальных исследований и дискуссий».

Ряд отечественных авторов обращаются к категории «здоровье» в связи с проводимой в России модернизацией образования. Образование, по их мнению, должно быть, по своей сути, здоровое сберегающей средой (Панов В.И., 1997; Безруких М.М., 2004; Дьячкова Е.С., Хватова М.В., 2006), формирующей у молодежи ценности здоровья и здорового образа жизни. Но по данным многих исследователей (Пахальян В., 2006; Приходько А.Н., 2011; Шувалов А.В., 2004, 2006 и др.), таковым оно сегодня для нее не является. За последние 10 лет число школьников с хронической патологией возросло в 1,5 раза, а среди подростков – в 2,1 раза. За время обучения 70% функциональных расстройств переходят теперь в стойкую хроническую патологию к окончанию школы, в 4-5 раз возрастает заболеваемость органов зрения, в 3 раза – органов пищеварения, в 2. раза – число нервно-психических расстройств. Наиболее значительный прирост всех нарушений состояния здоровья отмечен в 7 лет, 20 лет и в период от 12 до 17 лет. При этом считается, что отрицательные влияния внутри школьной среды и, прежде всего, перегрузок в начальной школе составляет 12%, а старшей – 21%.

В так называемых школах «нового типа» – гимназиях, лицеях – нагрузки настолько велики, что в 5–9-х классах достоверно чаще по сравнению с массовыми школами отмечаются клинически выраженные вегетативно-сосудистые расстройства (19,3%, в массовых 3,8%), нейроциркуляторная дистония (10,4 против 2,9%), неврологические расстройства (14,0 против 3,2%). До 80% учащихся этих школ имеют множественные и полистемные нарушения состояния здоровья (Стуколова Т.М., цит. по: Приходько А.Н., 2011).

Таким образом, оказывается, что здоровье студентов вузов уже подорвано с самого момента поступления. Около 40% абитуриентов на момент поступления уже имеют отклонения в здоровье, а почти все остальные хотя бы раз в год постоянно болеют ОРЗ. Неутешительные тенденции наблюдаются и в дальнейшие годы обучения. Чем ближе к диплому, тем болезненнее становится студент. Причина такой тенденции кроется как раз в отсутствии здорового образа жизни у наших студентов (Там же).

Следует признать, что проблемы здоровья школьников во многом обусловлены несовершенством профессиональной подготовки студентов педвузов в этом направлении, да и состоянием здоровья самих будущих учителей. По данным Г.Ю. Козиной (2007), основные ценностные ориентации студентов педагогического вуза прямо или косвенно связаны с различными компонентами здоровья. Вместе с тем знания о доминирующем влиянии стиля жизни на здоровье, о вреде никотина и алкоголя у большинства студентов не перерастают в убеждения, а высокая ценность здоровья в мотивацию его сохранения. В связи с этим в профессиональной подготовке учителей необходимо усилить практические навыки по основам здорового образа жизни. Вместе с тем здоровый стиль жизни, являясь необходимой компонентой профессионального статуса учителя, способствует более высокой общей познавательной активности студентов, а также воспитанию убежденности будущих специалистов в необходимости личного участия в решении проблемы здорового образа жизни населения, в частности детей и подростков.

По фактору «Н» (специальность) значимых различий выявлено много между группами студентов, представляющих разные специальности: выше показатели различий между студентами факультета физического культуры и студентами всех остальных специальностей по шкалам ФЗ и ЭЗ; по показателям шкалы ДЗ значимо отличаются клинические психологи, психологи и естественники, естественники и студенты факультета физической культуры; не выявлено значимых отличий между специальностями по шкалам ПЗ и СЗ. По характеристикам образа жизни значимые отличия почти между всеми специальностями выявлены по шкале Зар, но не выявлены таковые между ними по шкале Адд. Клинические психологи и студенты естественных факультетов значимо отличаются по Прев и Допр от студентов факультета физической культуры. Значимо от последних отличаются психологи и естественники по шкале Пит. По данным теста РА значимые различия выявлены между клиническими психологами и психологами, клиническими психологами и студентами факультета

физической культуры, ранг здоровья как ценности у последних оказался самым высоким, а самый низкий у клинических психологов.

Похожие результаты получили и литовские исследователи, изучая уровень здоровья студентов спортсменов и не спортсменов (Малинаускас Р.К., Думчене А.Л., 2011).

К выводу о том, что (само)оценки физического и психического здоровья варьируют в зависимости от специальности, приходит и Х. Денеке (Deneke Ch., 2007. С. 1–8) в результате исследования 2400 студентов всех курсов обоего пола в возрасте от 19 до 41 года разных специальностей естественного профиля; свое физическое здоровье выше всех оценили студенты медики.

По географическому фактору различий не выявлено между Уралом и Дальним Востоком. Но имеют место значимые различия между: Томском и Бийском по шкалам: ФЗ, Зар, Прев, тесту РА; Томском и Владивостоком по шкалам Допр и Пит; Томском и Екатеринбургом по шкалам ДЗ, Зар, Пит; между Бийском и Екатеринбургом по шкалам ДЗ, Прев, Допр.

В ряде исследований была выявлена связь самооценки здоровья студентов еще с целым рядом биосоциальных факторов (Дипломная работа. Ижевская госмедакадемия, 2011), например, с уровнем жизни. Чем выше оценка уровня жизни, тем выше самооценка собственного здоровья. Студенты, имеющие собственное жилье и оценивающие условия проживания как хорошие, гораздо чаще других считают себя здоровыми (68,9%), проживающие в общежитии здоровыми себя считают в 1,5 раза меньше. По мнению студентов, первостепенным фактором, неблагоприятно влияющим на здоровье, является постоянное переутомление, связанное с высокой интенсивностью учебной нагрузки и необходимостью работать параллельно с учебой. На втором месте – неудовлетворительные жилищные условия. Затем следуют: безразличное и невнимательное отношение к собственному здоровью, проблемы в семье, несбалансированное питание, вредные привычки.

По данным разных авторов, сами студенты практически не предпринимают никаких мер к укреплению своего здоровья, хотя в рейтинге ценностей ставят здоровье на второе место после образования, вполне понимая, что высокий уровень здоровья дает конкурентные преимущества на рынке труда. Среди неблагоприятных факторов студенческой жизни, кроме указанных выше, студенты назвали выраженное чувство одиночества (71,5%), которое, возможно, связано со сложным микроклиматом в коллективе, на который указывают 45,7% опрошенных студентов, Боль-

ше 50% студентов указали на высокий уровень тревожности, вызванный предстоящей трудовой деятельностью. Около 35% студентов не уверены, что они будут востребованы как специалисты после окончания учебы. Для снятия хронического стресса, подавления тревожности, молодые люди достаточно легко прибегают к «приему алкоголя» (20%), «курению» (35%), «приему легких психотропных средств» (8,5%). Так, среди первокурсников Нижегородских вузов курит 30% студентов, на четвертом курсе уже 45%. Употребляют алкоголь с разной степенью частотой 87% студентов; как устойчивая привычка к табакокурению и приему алкоголя сформировалась лишь у 18-19% их потребителей – студентов медицинских вузов.

Выводы по параграфам 3.1 и 3.2

1. Состояние здоровья студенческой молодежи находится далеко не на высоком уровне в целом и по отдельным его составляющим (уровням, видам).

2. Не высокий (преимущественно средний и низкий) уровень здоровья соответствует такому же уровню здорового образа жизни. Падение общего здоровья студентов происходит, прежде всего, потому, что мало кто из них ведет здоровый образ жизни. Ведь именно здоровый образ жизни и является главным профилактическим средством от различных заболеваний. Поэтому, чтобы здоровье студентов вузов сохранить в нормальной форме, необходимо планировать специальные оздоровительные мероприятия. Но все эти меры будут работать эффективно только после детального изучения самих причин падения уровня здоровья у студентов и ведение мониторинга.

3. Можно полагать, что это, во многом, обусловлено тем, что здоровье как ценность занимает в структуре системы ценностей студентов место за пределами пятерки ценностей «высшего уровня значимости» (тест РА).

4. В то же время, наряду с пониманием значения здоровья и приписывания ему в структуре системы ценностей высокого места, имеет место расхождение с практической реализацией этого понимания, переход в практику соответствующего поведения.

5. Духовное здоровье, являясь составляющей (высшим уровнем) здоровья в целом и интегрирующей его силой, оказывает сильное влияние на остальные его составляющие и уровни, а также на образ жизни студентов. К сожалению, уровень духовного здоровья (шкала ДЗ) тоже оказался

средним в целом по всей группе испытуемых, поскольку более половины случаев (59%) оказалось со «средним» и «низким» уровнем.

6. Корреляционные отношения у показателей шкалы «самоактуализация» (СА) со шкалами здоровья (ШЗ) оказались значимыми и достоверными в порядке их убывания: ДЗ, ПЗ, ФЗ; не значимыми они оказались со шкалами СЗ и ЭЗ. Значимыми и достоверными, хотя и не на высоком уровне, оказались отношения СА с АФ (чем выше самоактуализация, тем выше гибкость, и наоборот).

Также справедливо и то, что признаком здорового человека является гибкость. Показатели АФ положительно коррелируют с 4 из 5 шкал здоровья С–З (по мере убывания): ПЗ, ФЗ, ДЗ и СЗ; отсутствует значимая связь со шкалой ЭЗ. Полученные данные подтверждают в основном гипотезу о самоактуализации, гибкости и высоком ранге здоровья в системе ценностей студентов как личностных ресурсах здоровья студентов.

7. Результаты собственного исследования и литературные данные говорят однозначно о необходимости организации комплекса мер, основанных на выдвинутых в нашем исследовании теоретико-методологических подходах, оказания помощи студенчеству на протяжении всех лет обучения в формировании здорового образа жизни и укреплении ее здоровья с акцентом на духовное здоровье.

8. Такой организационно-методической формой помощи мог бы стать вузовский координационный «Центр культуры здоровья студентов», вариант модели которого мы предлагаем ниже.

3.3. Модель Центра «Культура здоровья студентов»

Многие исследователи (Жуланов И.В., Медведев А.Н., 2005) констатируют не только отдельные моменты неблагополучного состояния здоровья студентов (окружающая среда, стиль жизни, наследственность), но и выделяют целый комплекс отрицательных социальных и педагогических факторов:

- отсутствие целенаправленной пропаганды и просвещения в области валеологии и экологии личности в высших учебных заведениях;
- недостаток методик в области обучения и воспитания здорового образа жизни студентов вуза;
- недостаточное внимание к формированию потребностей, мотивации и установок на здоровый образ жизни молодежи в учебных заведениях вообще и в вузах в частности (психологический аспект);

– слабая разработанность критериев и показателей в области оценки уровня сформированности у студентов вузов потребности и навыков ЗОЖ.

Анализ анкетного опроса показал (Козина Г.Ю., 2007), что большинство студентов (91,6%) хотели бы улучшить состояние своего здоровья. Для улучшения и сохранения здоровья студенты выбрали бы поведение, соответствующее здоровому стилю жизни. Однако исследование показало, что существует диссонанс между декларируемой, осознаваемой ценностью здоровья и реальным поведением, направленным на его сохранение и укрепление. Что же мешает студенческой молодежи вести здоровый образ жизни? Анализ ответов респондентов показал, что 47,5% опрошенных студентов отметили недостаточную сформированность культуры здорового образа жизни (ЗОЖ), 32,4% – признались, что не умеют отдыхать, 15,1% – отметили, что им не хватает знаний для занятий физкультурой, 6,4% – считают, что у них отсутствует потребность в здоровье.

Решение вопроса формирования ценностного отношения студенческой молодежи к здоровью и факторам здорового образа жизни, по мнению Г.Ю.Козиной (2007), непосредственно связано с проведением следующих мероприятий: активизацией социально-профилактической работы в вузе; организацией массовых физкультурно-оздоровительных мероприятий; разработкой механизмов поощрения здорового стиля жизни; оказание социально-медицинской помощи студентам группы риска; повышение уровня подготовленности по профилактике социально значимых заболеваний. Только во взаимосвязи всех участников учебно-воспитательного процесса в вузе можно по-настоящему решить проблему приобщения студенческой молодежи к здоровому стилю жизни и соответствующему отношению к здоровью.

Студенты ведут мало активный образ жизни, спортом заниматься мало кто хочет, на свежем воздухе тоже мало бывают, да еще плюс вредные привычки. Конечно, в первую очередь, все это объясняется немалой учебной нагрузкой, которая обрушивается на непривыкшего к этому студента, особенно на первом курсе. Из-за такой насыщенной учебной программы у студентов просто не хватает времени и сил на занятия своим здоровьем. Неправильный режим питания или вообще частичное отсутствие такового приводят к возникновению патологий в пищеварительном тракте. Из-за всех этих причин, здоровье студентов вузов постепенно начинает ухудшаться, наполняя организм различными хроническими заболеваниями. Как результат – общее снижение уровня работоспособно-

сти у студентов, а отсюда следует и все остальное: хромающее качество обучения, академическая неуспеваемость и т.д. (Приходько А.Н., 2011).

Исследуя взаимосвязь между образом жизни современной молодежи и ее физической активностью, которая безусловно существует, А.А. Аникина и Е.А. Доронина (кафедра физвоспитания МГУ, 2010) выдвинули следующие гипотезы, которые пока не доказаны и не опровергнуты, так как эмпирическая стадия их исследования еще не осуществлена:

У молодежи недостаточный уровень знаний о здоровом образе жизни (ЗОЖ), следовательно, у нее нет достаточного стимула для занятий физкультурой и спортом (ФиС). ЗОЖ не является одной из основных потребностей молодежи, большая часть молодежи уделяет внимание образованию, которое является более важным и главным элементом образа жизни. Как альтернатива – для молодежи важнее может оказаться проведение своего свободного времени, свободное существование без особых обязательств и стремлений в жизни. Если молодежь не рассматривает ФиС как одну из потребностей, то занятия физкультурой и спортом – скорее способ развлечения, поднятия престижа и не более того. Существенную часть образа жизни современной молодежи занимают образование, работа, которые занимают почти все время, следовательно, на занятия физкультурой и спортом просто не хватает времени. Если молодежь считает здоровье как одну из своих потребностей, то главным компонентом для поддержания здоровья является не ФиС, а другие виды ЗОЖ (здоровое питание, двигательная активность, закаливание и т.д.). Можно дополнить этот список еще одной, скорее, не гипотезой, а констатацией существующего – в настоящее время единая система гуманитарного воспитания, как в школе, так и в вузе, которая включала бы и воспитание здорового образа жизни, фактически отсутствует. К сожалению, во-первых, все сводится только к занятиям по физкультуре с акцентом на получение зачета на первом и втором курсах, и, во-вторых, преподавательский корпус вузов не ориентирован в этом направлении, да и сам не является зачастую примером для студентов относительно здорового образа жизни.

На основании литературного анализа и результатов собственного исследования мы пришли к выводу о необходимости создания в каждом вузе организационно-методический центра, ориентированного на формирование культуры здоровья и здорового образа жизни студентов. Ниже мы представляем функциональную и координационную модели такого вузовского центра.



Рис. 38. Функциональная модель вузовского координационного Центра «Культура здоровья студентов»

Профилактика нарушения здоровья

При всей важности всех указанных выше функций основной и приоритетной является, несомненно, профилактическая, при этом имеется в виду профилактика, скорее, не медицинская, а психологическая (психогигиеническая), которая преследует цель не только «развитие общих стратегий и специфической тактики устранения или уменьшения риска заболевания» (Герриг и Зимбардо, 2004), но и сохранения здоровья, и его укрепления, развития.

Профилактика заболеваний в XXI в. представляет собой во многом иную задачу, нежели в начале XX в. (Matarazzo, 1984). Если в XX в., особенно в первой его половине, первейшей причиной смерти были инфекционные болезни, то в XXI в. Речь идет о необходимости снизить смертность, «обусловленную повседневными факторами: курение, ожирение, поглощение продуктов с обилием жиров и холестерина, пьянство, вождение без ремней безопасности и постоянные стрессы – все это играет свою

роль в появлении сердечной недостаточности, рака, инсультов, несчастных случаев и случаев самоубийства. Избавление от привычек, обуславливающих эти пороки цивилизации, позволит избежать огромного числа болезней и преждевременных смертей» (Тейлор, 2004. С. 645–646). Там же автор предлагает пятнадцать способов улучшения здоровья, разделив их на: А – «Профилактику здоровья», Б – Сохранения здоровья» и В – «Укрепление здоровья». В «профилактику здоровья» он включает: 1. Обучение людей способам контроля высокого артериального давления. 2. Внедрение эффективных программ планирования семьи. 3. Разработку программ по улучшению медицинского ухода за беременными и новорожденными. 4. Разработку эффективных программ по иммунизации детей и относящихся к группам риска взрослых. 5. Обучение подростков, юношей и взрослых способам контроля над заболеваниями, передающимися половым путем.

Нельзя считать, что список способов профилактики здоровья Тейлора, является, исчерпывающим вообще, во-вторых, вменен в функции вузовского «Центра КЗСМ», и, в-третьих, они должны выходить за пределы понимания здоровья в физическом смысле, имея в виду биопсихосоциноэтическое природу человека, в-четвертых, их эффективность должна сопровождаться мониторингом в течении всего срока обучения; в-пятых, они должны быть специфическими для вуза, вузовской образовательной среды и возможностей.

Мы считаем, что в рамках профилактики Центр должен быть ориентирован в трех направлениях: информировать (о состоянии окружающей среды, о состоянии здоровья студенчества, о правилах и требованиях по здоровому образу жизни и т.д.), просвещать в разной форме: масс-медиа, популярных лекций и консультаций, акции разного рода: фестивали здоровья, конкурсы (о вреде вредных привычках и их последствиях для здоровья, что такое здоровье, его аспекты, здоровый образ жизни, роль здоровья как ценности личности, профессиональное здоровье, стресс и стрессоустойчивость и др.) и образовывать (получать знания, умения и навыки в области психологии здоровья и здорового образа жизни через курсы лекций, практические занятия и тренинги, стресс-менеджмент, мастер-классы, практикумы по составлению индивидуальных планов оздоровления и ведения здорового образа жизни в рамках профессионального, вне профессионального и дополнительного образования, психогигиена умственного труда, профессиональное здоровье и деформация). К этому направлению следует отнести и медиа-

торные мероприятия – работу с кураторами, супервизию, включение студентов в разработку научных проектов (курсовых, дипломных) по проблемам здоровья и здорового образа жизни, организацию научных мероприятий по данной тематике.

Охрана здоровья

Охрана здоровья, по Тейлору (2004. С. 669), включает: 1. Контроль над токсическими химическими веществами и отходами. 2. Разработку и внедрение стандартов техники безопасности и охраны труда. 3. Разработку программы по снижению количества несчастных случаев (в особенности дорожных аварий) и случаев травматизма. 4. Фторирование воды и улучшение профилактики зубных заболеваний. 5. Мониторинг и контроль распространения инфекционных заболеваний.

Понятно, что указанные Тейлором охранные мероприятия относятся, скорее, к компетенции государственных учреждений вне вуза, университета. Но некоторые варианты локального значения должны быть в поле зрения и вузовского Центра, как, например, как соблюдение техники безопасности и охраны труда и учебного процесса, контроль и оценка здоровье сберегающего характера образовательной среды, мониторинг не только инфекционных, но и неинфекционных заболеваний, аддиктивного поведения студенчества, диспансеризация.

Укрепление здоровья

Улучшение здоровья, по Тейлору (2004), подразумевает следующее: 1. Снижение употребления никотина. 2. Уменьшение злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами. 3. Разработку программ здорового питания. 4. Улучшение физической подготовленности и увеличение физической нагрузки. 5. Разработку эффективных методов осуществления контроля над стрессом и агрессивным поведением.

Все, что включает Тейлор в рамки программы улучшения здоровья, несомненно, может быть включено в предполагаемые мероприятия Центра, направленные на улучшение здоровья. Вопрос в том, как, в каких формах конкретно следует делать Центру, чтобы эффективно осуществлять эту свою функцию с учетом студенческой аудитории. Разумеется, что в данном случае, как и при реализации двух указанных выше функций требуется составление определенных программ.

Консультации и терапия групп риска

Нам представляется важным и логичным включение в систему функций Центра и мероприятия психоконсультативно-коррекционного и психотерапевтического плана в виде индивидуальных, групповых консультаций и тренинговых форм помощи: Эта помощь должна быть направлена, главным образом, на группы риска. К ним можно отнести широкий круг студентов, находящихся в состоянии стресса, вызванного разными причинами, с аддиктивным поведением (алкоголизация, курение, злоупотребление наркотиками, нарушением пищевого поведения), а также имеющих другие проблемы – личностные и межличностные (например, семейные, с одноклассниками, с преподавателями) конфликты и т.д.

Поскольку, как показывают исследования и психологическая практика, указанные выше проблемы чаще всего связаны с нарушениями в когнитивной сфере людей (иррациональные убеждения, установки, деформация системы ценностей и смыслов), то наиболее эффективны в данном случае подходы и технологии современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования (Залевский Г.В., 2002, 2006).

В этом смысле полезное указание на роль убеждений, касающихся здоровья. Желание следовать принципам здорового образа жизни стимулируется следующими пятью убеждениями (Hochbaum, 1958; Rogers, 1984; Rosenstock, 1966; Weinstein, 1993, цит. по: Тейлор, 2004. С. 644–649): *Общие ценности, связанные со здоровьем*, включающие в себя заинтересованность в здоровье и заботу о здоровье. Восприятие серьезности угрозы, которую представляют для здоровья раз личные заболевания. Осознание своей личной уязвимости в отношении заболеваний. Убеждение в собственной способности предпринимать необходимые действия, позволяющие снизить такую угрозу (*самоэффективность*) Убеждение, что эти действия окажутся эффективными в предотвращении такой угрозы (*эффективность поведения*).

В целом убеждения, касающиеся здоровья (*health beliefs*), определяют такие формы здорового поведения, как сокращение/отказ от курения (Kaufert, Rabkin, Syrotuik, Boyko & Shane, 1986), физические упражнения (Wurtele, Maddux, 1987), профилактические меры против заболевания раком кожи (например, использование крема от загара) (Leary, Jones, 1993), регулярная чистка зубов зубной щеткой и нитью (Tedesco, Keffer & Fleck-Kandath, 1991), контроль за состоянием своих легких путем периодического прохождения флюорографических обследований.

дований (Champion, Huster, 1995), избегание форм сексуального поведения с высоким риском заболевания СПИДом (Aspinwall, Kemeny, Taylor, Schneider & Dudley, 1991), использование презервативов (Goldman, Harlow, 1993) и контроль над своим весом при помощи диет (Uzark, Becker, Dielman & Rocchini, 1987 (см. для обзора Taylor, 1999).

Убеждения человека во многом определяют его выборы. И поэтому справедливо рассматривать «здоровье как выбор». «Именно совершаемый человеком выбор в конечном итоге определяет его движение к здоровью и благополучию или, напротив, к страданию» (Созонтов А.Е., 2003. С. 94). «Человек – это меньше всего продукт наследственности и окружения, – пишет В. Франкл (1990. С. 109), – человек, в конечном счете, сам решает за себя!»

Интересными представляются «Кодекс здоровья» и «шесть мудрых советов», которые приводит Г.С. Никифоров (ред.) в учебном пособии «Психология здоровья» (2006. С. 259–262). Их мы даем в Приложении.



Рис. 39. Модель кооперирования и сотрудничества вузовского ЦКЗСМ

Герриг и Зимбардо (2004. С. 670–671) предлагают «тост за наше здоровье», считая, что «следующие девять шагов к счастью и крепкому психическому здоровью, представленные в виде направляющих принципов, должны воодушевить активнее контролировать собственную жизнь и создать более позитивную психологическую среду существования для себя и других людей, который мы представляем в Приложении.

Центр КЗСМ может осуществлять свои указанные выше функции при условии тесного кооперирования с заинтересованными службами и организациями как внутри вуза, так и вне вуза. Выше мы приводим модель такого кооперирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В послании Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию «О положении в стране и основных направлениях внутренней и внешней политики государства» отмечается, что «здоровье народа сегодня напрямую связано не только с состоянием общественного здравоохранения, но и с самим образом жизни людей».

По данным медицинской статистики, показатели физического и психического здоровья в России – одни из самых низких в мире, а уровень алкоголизации и число преждевременных смертей – в ряду самых высоких. Россия занимает 1-е место в мире по количеству юных курильщиков (13–15 лет). При этом курящих женщин в России составляет 11,4%, а в Китае – 3,5%. России и Китай, имея сходные культурные характеристики, различаются, прежде всего, по показателям социального капитала, которые влияют на мотивацию поведения в отношении поддержания или разрушения собственного здоровья (Лебедева Н.М., Татарко А.Н., Чирков В.И., Ц. Лю, 2007. С. 64).

Большинство из нас думают о своем здоровье в физических терминах. Однако, как свидетельствует практика и жизнь, здоровье не является делом одной лишь области физического благополучия, но оказывается также биопсихосоциодуховным состоянием. Как только мы признаем, что в поддержании здоровья и в заболевании участвуют, помимо биологических, также психологические, социальные и духовные факторы, становится очевидным, что хорошее здоровье обретается, скорее, в ходе сознательных усилий по ведению здорового образа жизни, а не дается нам свыше (Тейлор, 2004. С. 644–645; Залевский Г.В., 2010).

В одном из самых объемных зарубежных русскоязычных изданий последних лет – «Психологической энциклопедии» (2003. С. 218) – выделено понятие «здоровая личность» (*healthy personality*). В статье, посвященной этому понятию, подчеркивается, что отсутствие эксплицитной теории здоровой личности представляется разительным пробелом в систематической психологии. Основными причинами такого положения дел здесь признается, во-первых, то, что общество не требовало от исследователей пристального внимания к здоровью: люди, которые функционируют конструктивно и продуктивно, в отличие от преступников, лиц с эмоциональными нарушениями, страдающих умственными дефектами, или беспомощных инди-

видов, не угрожают существованию цивилизации; во-вторых, аномальные феномены легче идентифицировать и поставить под контроль исследователя; в-третьих, существует имплицитное убеждение, согласно которому «нормальные» люди имеют право на личную неприкосновенность и на самостоятельное распоряжение собственной судьбой. Именно поэтому мы имеем: гораздо более сильно развитую психологию аномальной, нежели здоровой личности; теории здоровой личности формулируются преимущественно на основе следствий из теорий больной личности.

В нашем исследовании реализован – целостно-ценностный подход в рамках антропологической психологии и в контексте биопсихосоциально-этической / духовной природы человека и его здоровья, имеющую структурно-уровневую организацию, высшим интегративным уровнем которой является духовная составляющая человека и его здоровья. В рамках этого подхода здоровье рассматривается как многомерный феномен, сложный и неоднородный по своему составу, сочетающий в себе гетерогенные, качественно различные компоненты, и отражающий фундаментальные аспекты человеческого существования. Такое понимание, в частности, отражено в формулировке, предложенной экспертами Всемирной организации здравоохранения: здоровье – состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов.

Целостный (холистический) подход основан на представлении о здоровье как качестве, обретаемом в процессе становления личности, как определенном уровне интегрированности личности (С. Гроф, Г. Олпорт, К. Роджерс, Э. Эриксон, К.Г. Юнг и др.). В таком контексте интегрированность является одной из основных характеристик здоровой психики.

В ценностном (аксиологическом) подходе здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ее ценностной иерархии. Доминирование тех или иных ценностей, так же как и их переоценка, рассматриваются в качестве факторов, определяющих здоровье индивида (А. Кемпински, А. Маслоу и др.).

Здоровье и здоровый образ жизни – качественная предпосылка будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к созданию семьи и деторождению, к сложному учебному и профессиональному труду (Ушакова Я.В., 2007. С. 197). Однако российские студенты в большинстве своем не рассматривают свое здоровье как капитал, который нужно сохранять и приумножать, дабы в перспективе он

принес свои дивиденды. Даже те молодые люди, которые довольно уверенно ставят здоровье на первые места в иерархии жизненных ценностей и приоритетов, как показывают исследования, зачастую не предпринимают должных мер к сохранению и приращению этого капитала.

Теоретический анализ литературных данных и результаты собственного исследования позволяют сделать **следующие выводы:**

1. «Физическое здоровье», отражая биологическую составляющую биопсихосоционезитической природы человека, в процессе онтогенетической социализации оказывается под влиянием составляющих природы человека и его здоровья более высокого уровня (прежде всего, духовного) и интегрируется в структуру «личностного здоровья» (которое образуют помимо духовного, психологическое и социальное здоровье), т.е., во-первых, оказывается, что не только желательно, как говорил Ювенал, но и возможно, чтобы в здоровом теле был здоровый дух, и, конечно, наоборот, и, во-вторых, следует перестать думать о здоровье только в физических терминах.

2. Уровень здоровья студентов в исследуемом возрастном диапазоне (17–40 лет) находится в пределах умеренных или средних показателей по всем шкалам здоровья теста С–3, за исключением шкалы «экологическое здоровье» (ЭЗ), показатели которой оказались в пределах «низкого уровня», что обусловлено, во-первых, низким уровнем их образа жизни, что, в свою очередь, связано с тем, что здоровье не занимает одно из ведущих мест в системе ценностей студентов, в-третьих, при том, что «духовное здоровье» оказывается в более тесной связи с образом жизни студентов (людей в возрасте 17–40 лет), оказывает значительное влияние на другие аспекты здоровья, оно в то же время представлено в общем феномене здоровья студентов не в той мере, чтобы «здоровье духа сообщалось телу» (Бальтасар Грасиан).

3. При разной реакции шкал здоровья (ШЗ) на возрастную динамику, в целом наши данные подтверждают отмечаемую исследователями в разных странах тенденцию снижения самооценки здоровья, примерно, с 35–40 лет.

Пол оказывает влияние на показатели на ШЗ по-разному (более заметно на шкалы ДЗ и ЭЗ), а в целом наши данные согласуются с данными некоторых других исследователей о традиционном завышении мужчинами самооценки своего здоровья практически по всем показателям.

4. Низкие показатели шкал здоровья студентов-первокурсников обусловлены тем, что, по некоторым данным, около 40% первокурсников приходят из школы в вуз с уже существующими проблемами здоровья, с

особо низкой оценкой здоровья как ценности, которая может повышаться за время учебы к последующим курсам, если социально-образовательная ситуация в вузе этому способствует, если создана здоровьесберегающая среда, если вуз является для всех участников образовательного процесса страной здоровья с учетом того, что «здоровье так же заразительно, как и болезнь» (Р. Роллан).

5. Специальность оказывает влияние в большей мере на физическое и духовное здоровье; при этом у студентов тех специальностей, у которых показатели по шкалам здоровья выше (факультета физической культуры, естественных факультетов, психологов), выше и ранг здоровья как ценности.

6. География вуза тоже выступает влияющим фактором на показатели самооценки своего здоровья студентами. В целом выше показатели у представителей Алтайского края, за которым следуют студенты Томска, что коррелирует с показателями шкал образа жизни. Несколько более здоровый образ жизни ведут студенты Алтайского края и Томской области, чем других регионов.

7. Личностные диспозиции здоровья студентов – здоровье как ценность, самоактуализация и гибкость, не входя в структуру показателей шкал здоровья, в то же время не только высоко коррелируют с ними, особенно со шкалой «духовное здоровье», но и оказывают на них значительное влияние.

8. Студенты обладают личностными ресурсами здоровья (самоактуализацией, гибкостью), которые следует актуализировать путем создания ценностно-ориентированной образовательной среды и определенных организационных форм профилактики, сохранения и укрепления здоровья студентов. Вне зависимости от курса обучения, специальности и географии вуза, несомненно, может быть востребован и может сыграть важную роль в решении задач профилактики, охраны и укрепления здоровья студентов вузовский координационный Центр «Культура здоровья студентов», функциональную и координационную модель которого мы предложили.

9. Здоровье представляет собой интегративную характеристику человека как целостного биопсихосоциодуховного образования, обладающего структурно-уровневым строением. Решающим фактором в этом интегрированном целостном образовании, которое представляет собой человек, с все большей очевидностью доминирующую роль играет именно ноэтическая / духовная составляющая, которая, в конечном итоге, определяет индивидуальную ответственность человека за свое здоровье. Иначе говоря, здоровье начинается со здорового отношения к здоровью.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья. СПб. : 1998. 146 с.
2. *Аникина А.А., Доронина А.Е.* Физическая культура и спорт в образе жизни молодежи // Электронная библиотека социологического факультета МГУ. М., 2010. URL: <http://lib.socio.msu.ru/library>
3. *Асхабова Л.* Образ жизни и здоровье студентов // Дагестанская правда. 2011. 5 июня.
4. *Безруких М.М.* Здоровьесберегающая школа. М. : МГППИ, 2004. 240 с.
5. *Белов В.В.* Уровень образования и самооценки здоровья населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. М. : Медицина, 2003. С. 14–19.
6. *Бовина И.Б., Малышева Н.Г.* Здоровье и болезнь в представлениях молодежи // Журн. практ. психолога. 2007. № 5. С. 47–64.
7. *Богомаз С.А., Козлова Н.В.* Психологическая безопасность молодежи в социальной среде // Ценностные основания психологии и психология ценностей» : материалы 4-го Сиб. психол. форума. Томск, 2011. С. 241–245.
8. *Бохан Т.Г.* Проблема стресса в психологии: транспективный анализ. Томск : Иван Федоров, 2008. 152 с.
9. *Братусь Б.С.* Аномалии личности. М. : Мысль, 1988. 304 с.
10. *Брехман И.И.* Введение в валеологию – науку о здоровье : учеб. пособие. Л. : Наука, 1987. 123 с.
11. *Брушлинский А.В.* Проблемы субъекта в психологической науке : статья третья // Психологический журнал. 1993. Т. 14, № 6. С. 3–15.
12. *Будченко Е.А.* Основы здорового образа жизни студента. Новосибирск, 2000. 21 с.
13. *Васильева О.С.* Образование в сфере здоровья как стратегическое направление психологии здоровья // Психология в вузе. 2010. № 6. С. 5–17.
14. *Васильева О.С., Филатов Ф.Р.* Психология здоровья человека. М. : Академия, 2001. 352 с.
15. *Васильева О.С., Правдина Л.Р., Вартамянц О.Р.* Различные подходы к осмыслению понятия «здоровый образ жизни» // Психология в вузе. 2010. № 6. С. 28–37.
16. *Вассерман Л.И., Трифонова К.Г., Фоломеева К.Г.* Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание // Ценностные основания психологии и психология ценностей» : материалы 4-го Сиб. психол. форума. Томск, 2011. С. 14–19.
17. *Виткин А.* Женщина и стресс. СПб. : Питер, 1996. 305 с.
18. *Войтенко Т.П.* Специализация «Психология здоровья»: опыт системного проектирования профессиональной образовательной программы // Психология в вузе. 2009. № 6. С. 9–27.
19. *Вьготский Л.С.* Moral insanity // Собр. соч. М., 1983. Т. 5. С. 150–152.
20. *Галажинский Э.В.* Психология самореализации личности : учеб. пособие. Томск : ЦПКЖК, 2002. 104 с.
21. *Герриг Р., Зимбардо Ф.* На пути к биопсихосоциальной модели // Герриг Р. Психология и жизнь. 16-е изд. М., 2004. С. 657–659.
22. *Глазачев О.С.* Современные подходы к анализу понятия «здоровье» в аспекте формирования экологической культуры // Экология. Научные и международные конференции : анонсы, отчеты, материалы. М., Б.г. URL: <http://www.ecogeo.info/publications>
23. *Глейтман Г., Фриндлунд А., Райсберг Д.* Основы психологии. СПб. : Речь, 2001. 1248 с.

24. Глыбочко П.В., Бугаева И.О., Еругина М.В. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи // Саратов. науч.-мед. журнал. 2009. Т. 5, № 1. С. 9–11.
25. Громбах С.М. Школа и психическое здоровье учащихся. М. : Медицина. 1988. 271 с.
26. Гундарев И.А. Духовное неблагополучие и демографическая катастрофа // Общественные науки и современность. 2001. № 5. С. 58–65.
27. Деркач А.А. Идеи А.Н. Леонтьева и акмеология // Мир психологии. 2003. № 2. С. 158–167.
28. Дюрант В. Цезарь и Христос. М. : Крон-Пресс, 1995. 736 с.
29. Дьячкова Е.С., Хватова М.В. Влияние образовательной среды на психологическое здоровье студентов разных специальностей в процессе обучения // Психологическая наука и образование. 2006. № 3. С. 74–88.
30. Жилиев А.Г. Разработка психологического сопровождения национального проекта «Здоровье здоровых» // Психология в вузе. 2010. № 5. С. 128–132.
31. Жуланова И.В., Медведев А.М. Психологическое здоровье студента: социализация, инфантильность и представление о норме // Факультет психологии и социальной работы / Волгоград. гос. социально-пед. ун-т. Волгоград, 2005. URL: [http://pssw.vspu.ru/ other/science/publications/med_jul_105.htm](http://pssw.vspu.ru/other/science/publications/med_jul_105.htm)
32. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М. : Наука, 2006. 238 с.
33. Залевский Г.В. Женский стресс в современных условиях: возможности преодоления // Положение женщин на рынке труда. Проблемы – опыт – решение : материалы регион. науч.-практ. конф. 9–10 декабря 1998 г. Томск, 1999. С. 18–25.
34. Залевский Г.В. Психология здоровья – проблемы образования и культуры // Сиб. психол. журнал. 2005. № 22. С. 153–157.
35. Залевский Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной психотерапии и консультирования. Томск. : Изд-во ЦПКЖК, 2002. 112 с.
36. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. М. : ИП РАН, 2007. 336 с.
37. Залевский Г.В. Фанатизм как основание и характеристика деструкции системы ценностей и духовного нездоровья личности и социальных сообществ // Ценностные основания психологической науки и психология ценностей. М., 2008. С. 314–340.
38. Залевский Г.В. От «демонической» до «био-психосоционезитической» модели психического расстройства // Сиб. психол. журнал. 2009. № 31. С. 57–64.
39. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию : учеб. пособие. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2010. 213 с.
40. Залевский Г.В. Человек и экология: междисциплинарные исследования (проблемы экологического здоровья) // Сиб. психол. журнал. 2010. № 38. С. 6–9.
41. Залевский Г.В. Роль и место «Сибирского психологического журнала» в развитии психологической науки и практики в регионе // Сиб. психол. журнал. 2011. № 40. С. 3–10.
42. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Некоторые проблемы психологии здоровья и здорового образа жизни // Сиб. психол. журнал. 2009. № 35. С. 6–11.
43. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Школа и здоровье учащихся: «школьный невроз» как следствие деструктивного поведения учителя // Сиб. психол. журнал. 2010. № 36. С. 7–14.
44. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Здоровье в структуре системы ценностей студенческой молодежи // Сиб. психол. журнал. 2010. № 38. С. 20–23.
45. Залевский Г.В., Залевский В.Г., Кузьмина Ю.В. Антропологическая психология: био-психосоционезитическая модель развития личности и ее здоровья // Сиб. психол. журнал. 2010. № 33. С. 99–104.

46. *Здоровье* нации – основа процветания России : материалы науч.-практ. конгрессов. 3-го Всерос. форума. М., 2007. Режим доступа: http://znopr.ru/business/forumznopr2011/archive2011/about_forum2007/ (дата обращения: 1.11.2011).
47. *Зеличенко А.И.* Психология духовности / А.И. Зеличенко. М. : Изд-во Трансперсонального ин-та, 1996. 400 с.
48. *Здравомыслов А.Г.* Потребности, интересы, ценности / А.Г. Здравомыслов. М. : Политиздат, 1986. 221 с.
49. *Зинченко В.П.* Психология телесности: между душой и телом / В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М. : АСТ, 2005. 736 с.
50. *Знаков В.В.* Самопонимание субъекта как когнитивная и экзистенциальная проблема // Психол. журнал. 2005. Т. 26, № 1. С. 18–28.
51. *Кабрин В.И.* Коммуникативный мир и транскомуникативный потенциал жизни личности: теория, методы, исследования / В.И. Кабрин. М. : Смысл, 2005. 248 с.
52. *Клушина Н.П.* Исследование ценностного отношения к здоровью у студентов вузов / Н.П. Клушина, В.А. Соломонов // Вестн. Северо-Кавказ. гос. техн. ун-та, 2009. № 2. С. 75–79.
54. *Козина Г.Ю.* Здоровье в системе ценностей современной студенческой молодежи // Институт социологии РАН : официальный сайт. М., 2007. Режим доступа : http://www./Sras.ru_abstract-bevok (дата обращения : 1.11.2011).
55. *Козлова Н.В.* Прогноз стратегий профессиональной направленности студентов / Н.В. Козлова // Сиб. психол. журнал. 2010. № 38. С. 51–54.
56. *Корхова И.В.* Гендерные аспекты здоровья / И.В. Корхова // Народонаселение. 2000. № 2. С. 70–79.
57. *Косовский Г.В.* Состояние здоровья и оптимизация медицинской помощи студентам вузов г. Магнитогорска в новых социально-экономических условиях : дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 157 с.
58. *Кравцова Н.А.* Возрастные аспекты клинической психологии / Н.А. Кравцова // Избранные вопросы клинической психологии. Владивосток, 2008. С. 63–179.
59. *Кузьмина Ю.В.* Проблемы психологии здоровья: методы диагностики / Ю.В. Кузьмина // Сиб. психол. журнал. 2010. № 38. С. 77–79.
60. *Культурно-психологические* особенности отношения к здоровью русских и китайских студентов / Н.М. Лебедева, А.Н. Татарко, В.И. Чирков, Ц. Лю // Психологический журнал. 2007. Т. 24, № 4. С. 64–74.
61. *Лебедева Н.М.* Ценности и отношение к инновациям студентов / Н.М. Лебедева // Психология в экономике и управлении. 2010. № 2. С. 59–68.
62. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев М. : Политиздат, 1975. 303 с.
63. *Леонтьев Д.А.* Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании // Психологическое обозрение. 1998. № 1. С. 34–39.
64. *Леонтьев Д.А.* Абрахам Маслоу в XXI веке // Психология. 2008. Т. 5, № 3. С. 68–87.
65. *Леонтьев Д.А.* Духовность, саморегуляция и ценности // Изв. ПГРТУ. Гуманитарные проблемы современной психологии. 2005. № 7. С. 16–21.
66. *Лоренц К.* Агрессия (так называемое «зло»). М. : Прогресс ; Универс, 1994. 270 с.
67. *Лосев А.Ф.* История античной эстетики: итоги тысячелетнего развития / А.Ф. Лосев. М. : Искусство, 1993. Кн. 2. 604 с.
68. *Малинаускас Р.К.* Психическое здоровье студентов педагогических вузов / Р.К. Малинаускас, А.Л. Думчене // Физическое воспитание студентов. 2010. № 3. С. 45–47.
69. *Маслоу А.* Дальние пределы человеческой психики. М. : Евразия, 1997. 430 с.

70. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. 424 с.
71. *Никифоров Г.С.* Психология здоровья : учебник для вузов. СПб. : Питер, 2006. 607 с.
72. *Пальцев М.А.* Образование и здоровье студентов // Высшее образование сегодня. 2002. № 11. С. 36–39.
73. *Панов В.И.* О проблемах экологической психологии // Психологическое обозрение. 1997. № 1. С. 6–11.
74. *Паутов И.С.* Духовное неблагополучие общества как фактор обострения рисков ухудшения здоровья // Международная онлайн конференция «Ценности в науке, культуре, образовании». URL: <http://cennosti.net/conference/socialno-politicheskaya-realnost-iduhovnyue-cennosti/17-duhovnoe-neblagopoluchie> (дата обращения: 1.11.2011).
75. *Пахальян В.* Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст : учеб. пособие. М. : Питер, 2006. 240 с.
76. *Перре М., Бауман У.* Клиническая психология. СПб. ; М. : Питер, 2002. 1312 с.
77. *Петровская Л.А.* Гуманистический контекст психологической помощи // Социальная психология в современном мире. М., 2002. С. 323–333.
78. *Пономаренко В.А.* С верой в науки о человеке // Психология. 2007. Т. 4, № 2. С. 64–74.
79. *Пономаренко В.А.* Здоровье здорового человека // Мир психологии. 2009. № 2. С. 182–193.
80. *Правдина Л.Р., Васильева О.С., Короткова Е.В.* Психология здоровья в практике преподавания дисциплины «Культура здоровья» // Психология в вузе. 2009. № 6. С. 28–58.
81. *Правдина Л.Р.* Представление о духовном здоровье в контексте курса «Культура здоровья» // Психология в вузе. 2010. № 6. С. 38–67.
82. *Приходько А.Н.* Здоровье молодежи – богатство России : Методические материалы для проведения федеральной акции. Томск, 2011. URL: <http://edu.tomsk.ru/teacher-help> (дата обращения: 1.11.2011).
83. *Психологическое здоровье субъектов педагогического процесса* : Всерос. науч.-практ. конф. 23 октября 2009 г. // Психология в вузе. 2009. № 6. С. 110–124.
84. *Психологическая энциклопедия* / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. СПб. : Питер, 2003. 1094 с.
85. *Роговин М.С.* Структурно-уровневые теории в психологии : Методологические основы. Ярославль : Изд-во ЯрГУ, 1977. 77 с.
86. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М. : Прогресс Универс, 1994. 478 с.
87. *Розин В.М.* Психология и христианство: автономия, объединение или коммуникация // Психология. 2007. Т. 4, № 2. С. 74–89.
88. *Сартorius Н.* Охрана психического здоровья в начале 80-х годов: некоторые перспективы // Бюллетень ВОЗ. 1983. Т. 61, № 1. С. 4–5.
89. *Слободчиков В.И., Шувалов А.В.* Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4. С. 96.
90. *Созонтов А.Е.* Проблема здоровья с позиций гуманистической психологии // Вопросы психологии. 2003. № 3. С. 92–100.
91. *Созонтов А.Е.* Жизненные стратегии современной студенческой молодежи большого города // Журнал практическая психология. 2007. № 5. С. 129–146.
92. *Старовойтенко Е.Б.* Парадигма жизни в персонологии // Психология. 2010. Т. 7, № 1. С. 3–17.
93. *Социальная психология и здоровье* / Ш. Тейлор и др. // Социальная психология и здоровье. 10-е изд. М., 2004. С. 644–652.
94. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М. : Смысл, 2002. 287 с.

95. *Тхостов А.Ш., Сурнов Г.К.* Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации // Психологический журнал. 2005. Т. 26, № 6. С. 16–24.
96. *Ушакова Я.В.* Здоровье студентов и факторы его формирования // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2007. № 4. С. 197–202.
97. *Факторный, дискриминантный и кластерный анализ / Дж.-О. Ким, Ч.У. Мьюллер и др. М. : Финансы и статистика, 1989. 216 с.*
98. *Филатов Ф.Р.* К вопросу о социокультурных эталонах здоровья // Психология в вузе. 2010. № 6. С. 18–27.
99. *Филатов Ф.Р., Трофимова Е.В.* Центр психологического здоровья на базе Южного федерального университета: специфика и направление деятельности // Психология в вузе. 2010. № 6. С. 117–123.
100. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М. : Прогресс, 1990. 366 с.
101. *Фромм Э.* Здоровое общество // Фромм Э. Мужчина и женщина. М., 1998. С. 129–452.
102. *Хьел Л., Зиглер Д.* Теории личности. СПб. : Питер, 1998. 608 с.
103. *Хьюстон М.* Введение в социальную психологию. Европейский подход / под ред. В. Штрёбе. М. : Юнити-Дана, 2004. 594 с.
104. *Царегородцев Г.И.* Общество и здоровье человека. М. : Медицина, 1973. 372 с.
105. *Ценностные основания психологии и психология ценностей : материалы 4-го Сиб. психол. форума / науч. ред. Г.В. Залевский. Томск : Изд-во ТГУ. 2011. 298 с.*
106. *Штрёбе В., Йонас К.* Психология здоровья: социально-психологическая перспектива // Введение в социальную психологию Европейский подход. М. : Юнити, 2004. С. 502–539.
107. *Шувалов А.В.* Гуманитарно-психологические основы теории психологического здоровья // Вопросы психологии. 2004. № 6. С. 18–33.
108. *Шувалов А.В.* Теория и практика обеспечения психологического здоровья детей в образовании (на примере проектов «Здоровьесберегающие и психотерапевтические технологии как средства развития предпосылок к саморегуляции психических состояний у детей 4–9 лет» и «Психологическое здоровье учащихся в условиях модернизации образования»). М. : АПК и ПРО, 2004. 36 с.
109. *Шувалов А.В.* Антропологическая модель психологического здоровья : учеб.-метод. пособие. Калуга : Изд-во КГПУ, 2006. 40 с.
110. *Шувалов А.В.* Служба психологического здоровья в образовании : учеб.-метод. пособие. Калуга, 2006
111. *Щедрина А.Г.* Онтогенез и теория здоровья : методологические аспекты. Новосибирск : Наука, 1989. 135 с.
112. *Эриксон Э.* Идентичность. Юность и кризис / Э. Эриксон. М. : Прогресс, 1996. 340 с.
113. *Яковлева И.А.* Организационно-педагогические условия формирования культуры здоровья студентов : автореф. дис. ... канд. пед. наук. Красноярск, 2007. 29 с.
114. *Яницкий М.С., Серый А.В.* Диагностика уровня ценностно-смысловой сферы личности. Новокузнецк : МАОУ ДПО ИПК, 2010. 102 с.
115. *Ясперс К.* Общая психопатология. М. : Практика, 1997. 1053 с.
116. *Bauml J., Behrendt M.* Psychoedukation bei schizophrenen ErKranKursen. Stuttgart ; N.Y., 2004. 379 p.
117. *Breslow L., Breslow N.* Health practices and disability. Som evidence from Alameda County // Preventive Medicine. 1993. 22. P. 86–95.

118. *Chapman Larry S.* Developing a Useful Perspective on Spiritual Health: Well-Being, Spiritual Potential, and the Search for Meaning // *American Journal of Health Promotion*. 1987. № 1. P. 31–39.
119. *Deneke Ch.* Gesundheit an der HAW – Studienbedingungen und Gesundheit von Studierenden // *Gesundheit Berlin: Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*. Berlin, 2007. S. 1–8.
120. *Der Bologna-Prozess* und seine Folgen fuer Studenten und Schueler. URL: <http://www.die-rechte.info/2009/07/22/05/2010> (дата обращения: 1.11.2011).
121. *Matarazzo J.D.* Behavioral immunogens and pathogens in health and illness // *Psychology and health* / B.L. Hammonds & J.C. Scheirer. Washington, DC : APA, 1984. P. 9–43.
122. *Ogden J.* *Health Psychology* / J. Ogden. Backingham, Philadelphia, 1996. 335 p.
123. *Psychology at the Turn of the Millennium*. Section three: Psychological health / ed. by Clas von Hosten and Lars Baeckman. Stockholm, 2002. Vol. 1. P. 281–319.
124. *Rehulka Ev. et al.* School and Health in 21 century / Ev. Rehulka. Brno : MSD, 2009. 370 p.
125. *Rokeach M.* Beliefs, Attitudes and Values / M. Rokeach. San Francisco, 1968. 214 p.
126. *Rybar R.* Notes on the philosophy of health / R. Rybar // *School and health*. Brno, 2009. P. 15–25.
127. *Samoilova N.* Psychological and valeological methods of forming health culture of young generation / N. Samoilova // *School and health*. Brno, 2009. P. 77–83.
128. *Sarafino E.P.* *Health Psychology. Biopsychosocial Interaction* / E.P. Sarafino. N.Y. : Wiley, 1998. 579 p.
129. *Straub R.* *Health Psychology* / R. Straub. N.Y. : Worth Publishers, 2002. 705 p.
130. *The European Union and Russia*. Statistical comparison. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, Rosstat; Eurostat, 2007. 220 p.
131. *Zalevskiy G.* Internal picture of actual state of person in the total score of his health state / G. Zalevskiy, Y. Kuzmina // *International Journal of Psychology*. 2008. Vol. 43, is. 3/4. P. 80.
132. *Winefield A.H.* A bio-psycho-socio-cultural approach to couple relationships // *Psychology at the Turn of the Millennium* / eds. Claes von Hosten, Lars Baeckman. Stockholm, 2002. Vol. 2. P. 361–393.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Глоссарий

1. **Здоровье** – состояние полного физического, психического, социального и духовного благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов (Всемирная Организация Здравоохранения).

«**Благополучие** (Wellbeing) – это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов. Этот сложный продукт – результат влияния генетической предрасположенности, среды и особенностей индивидуального развития» (Цит. по: Васильева О.С., Филатов Р.Ф., 2001. С. 16).

2. **Здоровый человек (личность)** – это «полностью функционирующая личность», человек, ведущий «хорошую жизнь», которая характеризуется все возрастающей открытостью опыту; стремлением жить настоящим; доверием к своему организму; процессом более полноценного функционирования; новой перспективой отношения свободы и необходимости; творчеством как элементом хорошей жизни; основополагающим доверием к человеческой природе; более полноценной жизнью (Роджерс, 2004).

К устойчивым характеристикам здоровой личности, согласно гуманистической модели (Маслоу, 1997), могут быть отнесены: самоактуализация, как направленность личности на раскрытие своего творческого и духовного потенциала; полноценное развитие, динамизм и личностный рост, т.е. готовность к жизненным переменам и внутренней трансформации, способность активно преодолевать трудности и препятствия на пути к целостности, восходя на более высокие уровни осознания и интеграции.

3. **(Здоровый) образ (стиль) жизни (health behaviors)** выражается в действиях, которые принимают люди с целью сохранить или улучшить свое здоровье. К ним относится употребление полезных для здоровья продуктов; регулярные физические упражнения; отказ от использования таких опасных для здоровья веществ, как табак, алкоголь и наркотики; поддержание нормальной продолжительности сна; использование автомобильных ремней безопасности; использование крема от загара; использование презервативов; контролирование своего веса; и регулярное участие в программах медицинского обследования и профилактики здоровья, таких как прививки против инфекционных заболеваний и проверки на наличие таких сегодня широко распространенных заболеваний, как рак легких и коронарная сердечная недостаточность (Тейлор, 2004).

Важность соблюдения элементарных принципов здорового образа жизни (ЗОЖ) была проиллюстрирована в классическом исследовании Бреслоу и Бреслоу

(Breslow L. & Breslow N., 1993). Американские ученые выделили семь важных привычек, характеризующих здоровое поведение: спать не менее 7–8 часов, не курить, ежедневно завтракать, употреблять не более 1–2 рюмок алкогольных напитков за день, регулярно делать физическую зарядку, избегать дополнительного питания между обычными приемами пищи и не допускать превышения своего нормального веса более чем на 10%.

4. **Культура здоровья** – определяется высоким рангом здоровья в системе ценностей человека и соблюдение им здорового образа жизни.

5. **Личность** может быть определена в качестве индивидуального человека, проживающую глубинную, осознанную и деятельную жизнь, обладающего устойчивым духовно-телесно-психически-практическим единством, развивающегося в ценностных отношениях к миру природы, культуры, общества, другого человека, занимающего единственное место среди людей, соотносящего собственное Я с другими Я, живущего в смысловом и деятельном диалоге с множеством других и открывающего в нем свою индивидуальность (Старовойтенко Е.Б., 2010. С. 5).

6. **Здоровье как ценность.** Рокич (Rokeach, 1969) определяет ценность как «устойчивое убеждение в том, что определенный способ поведения или конечная цель существования предпочтительнее с личной или социальной точки зрения, чем противоположный или обратный им способ поведения, либо конечная цель существования». Человеческие ценности характеризуются следующими основными признаками:

1) общее число ценностей, являющихся достоянием человека, сравнительно невелико;

2) все люди обладают одними и теми же ценностями, хотя и в разной степени;

3) ценности организованы в системы;

4) истоки человеческих ценностей прослеживаются в культуре, обществе и его институтах и личности;

5) влияние ценностей прослеживается практически во всех социальных феноменах, заслуживающих изучения.

Рокич различает два класса ценностей: терминальные и инструментальные. Терминальные ценности он определяет как убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования с личной и общественной точек зрения заслуживает того, чтобы к ней стремиться; инструментальные ценности – как убеждения в том, что определенный образ действий (например, честность, рационализм) с личной и общественной точек зрения является предпочтительным в любых ситуациях. Инструментальные – ценности-средства, т.е. предпочтительный образ жизни или способ действия в какой-либо ситуации. К инструментальным относятся такие ценности, как «воспитанность», «высокие запросы», «жизнерадостность», «образованность», «ответственность», «терпимость» и др. (Леонтьев Д.А., 1998).

7. **Биопсихосоционезитическая модель здоровья.** Это целостно-ценностный понимание природы человека и его здоровья, объединяющий холистический и аксиологические подходы в рамках антропологической психологии, имеющих структурно-уровневую организацию, высшим интегративным уровнем которой

является духовная составляющая человека и его здоровья. В рамках такого подхода здоровье рассматривается как многомерный феномен, сложный и неоднородный по своему составу, сочетающий в себе гетерогенные, качественно различные компоненты, и отражающий фундаментальные аспекты человеческого существования: тело и душа/дух различаются, не надо их смешивать, но и не надо их разделять (Залевский Г.В., 2010).

– *Холистический подход* основан на представлении о здоровье как системном качестве, как обретаемой в процессе становления личностной целостности, как определенного уровня интегрированности личности (С. Гроф, Г. Олпорт, К. Роджерс, Э. Эриксон, К.Г. Юнг). В таком контексте интегрированность является одной из основных характеристик здоровой психики.

– *В свете аксиологического подхода* здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ценностной иерархии. Доминирование тех или иных ценностей, так же как и их переоценка рассматриваются в качестве факторов, определяющих здоровье индивида (А. Кемпински, А. Маслоу и др.).

8. Структурно-уровневый подход. «Психология здоровья рассматривает несколько уровней существования человека и характеризует их соответствующими уровнями здоровья (физического, психологического, социального и духовного), которые в совокупности составляют феномен целостного, интегративного здоровья индивида. Здоровье понимается как системный (скорее, интегративный. – Ю.К.) феномен, характеризующийся не просто комфортным состоянием человека на различных уровнях бытия, но и как обладание потенциалом, запасом определенных сил, возможностей проявления активности, ресурсов на всех этих уровнях» (Правдина Л.Р., Васильева О.С., Короткова Е.В., 2009. С. 31).

Также отмечается, что психическое здоровье «следует рассматривать не как однородное образование, а как образование, имеющее сложное, поуровневое строение. Высший уровень психического здоровья – личностно-смысловой, или уровень личностного здоровья, который определяется качеством смысловых отношений человека. Следующий уровень – уровень индивидуально-психологического здоровья, оценка которого зависит от способностей человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений. Наконец, уровень психофизиологического здоровья, который определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности» (Братусь Б.С., 1988. С. 72).

Следуя представлениям о поуровневом строении здоровья, Г.В. Залевский (2010) предлагает его структурировать следующим образом: физическое здоровье и психологическое здоровье, которое включает здоровье психическое (функциональное, эмоциональное, характерологическое) и личностное (психосоциальное и духовное). Что касается нравственного здоровья, то оно представляет уже компетенцию этики и религии.

9. Самоактуализация – стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей; открытость новому опыту и

изначальное доверие к процессам жизни; сохранение доверия к миру при любых невзгодах и испытаниях; способность к подлинному диалогу, к преодолению защит, к принятию Другого как безусловной ценности и уникальной целостности, к глубинному пониманию, сопереживанию и сотрудничеству; свобода в переживании, самовыражении и самоопределении, без которой невозможно ни подлинное творчество, ни личностная позиция, а, следовательно, ответственность, искренность, конгруэнтность и самопринятие; осмысленность существования, целостность как высшая цель личностного развития и тенденции к интеграции – здоровый человек всегда потенциально целостен, т.е. направлен в своем становлении на обретение цельности и единства (Маслоу, 1997).

10. **Флексибельность** – это способность отказаться от неадекватных объективной действительности (фиксированных) форм поведения – вредных привычек, стереотипов, косности, это отсутствие боязни нового, готовность к признанию и генерации инноваций, открытость новому опыту, способность поставить себя на место другого человека, толерантность (Залевский Г.В., 2007).

Приложение 2

Кодекс здоровья (Никифоров Г.С., 2006)

1. Здоровье – не все, но все без здоровья – ничто!
2. Здоровье – не только физическая сила, но и душевное милосердие.
3. Здоровье нужно не только тебе, но и людям, которым ты обязан помогать защищать.
4. Здоровье – это твоя способность удовлетворить в разумных пределах свои потребности.
5. Человеку нужен не только хлеб, но и духовная пища: не хлебом единым жив человек.
6. Здоровье – это физическая и гигиеническая культура нашего тела: нет ничего красивее человеческого тела.
7. Здоровье – это духовная культура человека: доброта, надежда, вера и любовь к тем, кто тебя окружает.
8. Здоровье – это социальная культура человека, культура человеческих с отношений.
9. Здоровье – это любовь и уважение к человеку: отнесись к другому так, как ты бы хотел, чтобы он относился к тебе.
10. Здоровье – это любовь и бережное отношение к природе: природа не брат, не сестра, а отец и мать человечества.
11. Здоровье – это стиль и образ твоей жизни; образ жизни – источник здоровья и источник всех бед – все зависит от тебя и твоего образа жизни.
12. Хочешь быть здоровым – подружись с физической культурой, чистым воздухом и здоровой пищей: пользуйся всем, но ничем не злоупотребляй.

13. Помни: солнце – нам друг и мы все дети Солнца, но с его лучами не шутят; загорание не должно стать сгоранием на солнце.

14. Периодически ходи по земле босиком – земля дает нам силу и отводит от тела лишнее электричество.

Девять шагов к счастью (Герриг и Зимбардо, 2004)

Следующие девять шагов к счастью и крепкому психическому здоровью представлены в виде направляющих принципов, которые должны воодушевить вас активнее контролировать собственную жизнь и создать более позитивную психологическую среду существования для себя и для других людей. Считайте эти шаги своими обязательствами.

1. Никогда не говорите о себе ничего плохого. Ищите источники своего несчастья в элементах, которые можно изменить будущими действиями. Себя и других подвергайте только конструктивной критике – что в следующий раз можно сделать по-другому, чтобы добиться желаемого?

2. Сравнивайте свою реакцию, свои мысли и чувства с теми, что есть у ваших друзей, товарищей по работе, членов семьи и других людей, чтобы иметь возможность оценить уместность и пригодность своих реакций, сопоставив их с подходящей общественной нормой.

3. Укрепите свои контакты с окружающими, пусть у вас будет несколько близких друзей, с которыми вы сможете поделиться чувствами, радостями и опасениями. Создавайте, поддерживайте и расширяйте структуры своей социальной поддержки!

4. Выработайте у себя чувство уравновешенной перспективы времени, в рамках которой вы сможете гибко сосредоточиваться на требованиях, предъявляемых задачей, ситуацией и вашими потребностями; ориентируйтесь на будущее, когда предстоит что-то сделать, на настоящее, когда цель достигнута и до результата рукой подать, и на прошлое, чтобы не терять связи со своими корнями.

5. Всегда ставьте себе в полную заслугу свои успехи и счастье (и делитесь положительными эмоциями с другими людьми). Опишите и запомните все качества, которые делают вас особенным и неповторимым, – те качества, которые можно с пользой использовать при контактах с другими людьми. Например, застенчивый человек может одарить словоохотливого тем, что внимательно его выслушает. Определите и помните, в чем ваши сильные стороны.

6. Посмотрите со стороны на то положение дел, которое ныне представляется невыносимым, найдите участливого слушателя. Дайте выход своим чувствам.

7. Помните, что за неудачей и несбывшимися надеждами порой скрывается благо. Они могут означать, что поставленные цели вам не подходят, или спасти от еще больших разочарований в будущем. Извлекайте урок из каждой неудачи. Признавайте поражения, говоря: «Я ошибся», – и двигайтесь вперед. Каждый

несчастный случай, каждое злосудное или крушение надежд могут таить в себе чудесную возможность.

8. Обнаружив, что вы не в силах справиться со стрессом сами или помочь другому человеку в угнетенном состоянии, обращайтесь за помощью к квалифицированному специалисту. В некоторых случаях то, что кажется психологической проблемой, на деле оказывается физическим недугом, и наоборот. Ознакомьтесь с видами услуг, предлагаемыми студенческой службой охраны психического здоровья, до того, как они вам понадобятся, и прибегайте к ним, не опасаясь того, что в вас будут тыкать пальцем.

9. Приучайте себя получать удовольствие от здоровых видов деятельности. Не жалейте времени на то, чтобы расслабиться, поразмышлять о чем-то возвышенном, получить массаж, запустить воздушного змея и насладиться делами, которыми можно заняться в одиночку и которые помогут вам лучше понять и больше ценить себя.

Ну, так как вы себя чувствуете? Если неприятности готовы испортить вам настроение, мы надеемся, вы сумеете прибегнуть к когнитивной переоценке, чтобы уменьшить их влияние. Если вы чувствуете себя больным, надеемся, что вы сумеете использовать исцеляющую способность вашего разума, чтобы ускорить выздоровление. Никогда не надо недооценивать способности всех этих разных типов «чувств» влиять на вашу жизнь. Наклейте на эту способность узду и используйте ее!

Приложение 3

Положение о комитете контроля здоровья студентов ГОУ ВПО РГМУ

1. Общие положения.

1.1. Комитет контроля здоровья студентов (далее Комитет) является добровольным объединением сотрудников и обучающихся государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (далее Университет) для выполнения задач, предусмотренных настоящим положением, на безвозмездной основе. Комитет не имеет права заниматься коммерческой деятельностью. Комитет не является структурным подразделением Университета. Состав Комитета определяется на выборном собрании и состоит из активных членов ППОС. В комитет входят: комиссия Оздоровительного спорта, Здоровья и Организационная. Во главе Комитета стоит председатель. Состав комитета утверждается на студенческой конференции.

1.2. Работа Комитета курируется проректором по лечебной работе.

1.3 В своей деятельности Комитет руководствуется законодательством Российской Федерации, в т.ч. Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22.07.1993, Федеральным законом «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» от 22 августа 1996 г., № 125-ФЗ, нормативными актами Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Министерства образования и науки РФ, Уставом Университета, Правилами внутреннего распорядка, настоящим Положением, приказами ректора Университета, иными нормативно-правовыми актами.

1.4. Комитет осуществляет свою деятельность в тесном взаимодействии с кафедрой лечебной физкультуры, спортивной медицины, физического воспитания и профсоюзным комитетом студентов.

2. Цели.

2.1. Целями деятельности Комитета являются:

2.1.1. Создание условий в Университете для обучения и осуществления образовательного процесса, поддерживающих и укрепляющих здоровье студентов.

2.1.2. Организация образовательного процесса, направленного на обучение навыкам здорового образа жизни, пропаганда здорового образа жизни. Организация текущего контроля за состоянием здоровья студентов.

2.1.3. Проведение профилактических и оздоровительных мероприятий.

2.1.4. Обучение и воспитание в области охраны здоровья.

2.1.5. Организация пропаганды борьбы с курением, употреблением алкоголя и наркотических веществ.

2.1.6. Пропаганда и организация донорского движения среди студентов.

3. Задачи

3.1. Создание условий для:

3.1.1. Развития массовых и индивидуальных форм физкультурно-оздоровительной и спортивной работы в Университете, а также занятий физической культурой и спортом.

3.1.2. Укрепления здоровья студентов, профилактики заболеваний.

3.1.3. Укрепления существующей и создания новой материально-технической базы физической культуры и спорта в Университете.

3.2. Создание плана мероприятий для студентов 1–6-х курсов, направленных на улучшение состояния их здоровья.

3.3. Корректировка сетки занятий с целью увеличения часов для занятия физической культурой и спортом.

3.4. Внесение в сетку занятий обязательных лекций по первичной профилактике основных инфекционных заболеваний.

3.5. Организация физкультурно-оздоровительных, спортивно-массовых мероприятий и спортивных соревнований.

3.6. Организация мониторинга заболеваний студентов.

3.7. Организация и проведение ежегодной диспансеризации студентов совместно с медицинскими подразделениями РГМУ.

3.8. Привлечение студентов к участию в донорском движении.

3.9. Организация кампаний, направленных на борьбу с курением, злоупотреблением алкогольными напитками и наркотическими средствами.

4. Деятельность Комитета.

4.1. Цели и задачи Комитета реализуются в следующих основных направлениях деятельности Комитета:

4.1.1. Спортивной, включающей в себя:

4.1.1.1. Организацию массовых и индивидуальных занятий физической культурой спортом.

4.1.1.2. Подбор оптимальной физической нагрузки для студентов в зависимости от их индивидуальных физических возможностей.

4.1.1.3. Организацию спортивных секций для дополнительных внеурочных занятий.

4.1.1.4. Организацию и проведение массовых мероприятий, направленных на борьбу с курением, злоупотреблением алкогольными напитками и наркотическими средствами.

4.1.1.5. Развитие и внедрение среди студентов спортивного туризма.

4.1.1.6. Организацию сдачи нормативов с учетом индивидуальных особенностей и состояния здоровья студентов.

4.1.2. Оздоровительной, включающей в себя:

4.1.2.1. Мониторинг и анализ состояния здоровья студентов.

4.1.2.2. Организацию и проведение диспансеризации, выявление заболеваний, содействие студентам в лечении заболеваний и последующей реабилитации, приобретении дорогостоящих лекарственных препаратов.

4.1.2.3. Улучшение состояния здоровья студентов.

4.1.2.4. Проведение психологических тренингов с целью развития когнитивных возможностей головного мозга.

4.1.3. Организационной, включающей в себя:

4.1.3.1. Организацию и проведение масштабных акций и мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни.

4.1.3.2. Оказание помощи соответствующим структурным подразделениям Университета в организации дополнительных физкультурно-спортивных занятий для студентов Университета.

4.1.3.3. Организацию и проведение межфакультетских и межвузовских спортивных соревнований.

4.1.3.4. Организацию и проведение конференций.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Здоровье студентов: психологические проблемы	9
1.1. Дефиниции понятия «здоровье», его виды, составляющие, аспекты и уровни	9
1.2. Социокультурные эталоны здоровья и здорового человека, модели и теоретические подходы	17
1.2.1. Социокультурные эталоны здоровья и здорового человека	17
1.2.2. Теоретические подходы и попытки построения интегративных моделей здоровья в контексте антропологической психологии	23
1.3. Студенчество: его здоровье и образ жизни	28
1.3.1. Причины общего «нездоровья» студентов	34
1.4. Отношение к здоровью и его место в системе ценностей студентов	41
2. Теоретико-методологические основания, материал и методы исследования	47
2.1. Теоретико-методологические основания исследования	47
2.2. Материал исследования и описание выборки	52
2.3. Методы исследования	53
2.4. Математико-статистические методы обработки результатов исследования	62
3. Уровень здоровья и образ жизни студентов	63
3.1. Самооценка состояния здоровья и образа жизни студентов по данным теста Страуба – Залевского (С–З)	63
3.2. Биосоциальные факторы (курс обучения, специальность, география вуза) и личностные ресурсы (здоровье как ценность, самоактуализация, гибкость) здоровья студентов	76
3.2.1. Биологические факторы (возраст, пол) и их влияние на показатели шкал здоровья и стиля жизни теста С–З	76
3.2.2. Социальные факторы (курс обучения, специальность, географическое расположение вуза) и их влияние на уровень здоровья и образ жизни студентов	81
3.2.3. Личностные ресурсы (здоровье как ценность, самоактуализация, гибкость) и их влияние на уровень здоровья и образ жизни студентов	92
3.3. Модель Центра «Культура здоровья студентов»	115
Заключение	124
Литература	128
Приложения	134

Научное издание

**Залевский Генрих Владиславович
Кузьмина Юлия Викторовна**

**ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ
СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

Редактор К.Г. Шилько
Оригинал-макет А.Н. Мироновой
Дизайн обложки А.В. Бабенко

Подписано к печати 27.12.2012 г. Формат 60x84¹/₁₆.
Бумага офсетная. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 8,37.
Тираж 100 экз. Заказ № 307.

Отпечатано на оборудовании
редакционно-издательского отдела
Томского государственного университета
634050, г. Томск, пр. Ленина, 36. Корп. 4. Оф. 011
Тел. 8+(382-2)-52-98-49

ISBN 978-5-9462-1396-7



9 785946 213967 >