

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	
Глава I Теоретико-методологические основы ценностного отношения к здоровью у студентов.....	
1.1. Подходы к понятию «отношение к здоровью» в отечественной и зарубежной психологии.....	
1.2. Ценностное отношение к здоровью как психологический феномен...	
1.3. Ценностное отношение к здоровью студенческой молодежи.....	
Выводы по первой главе.....	
Глава II Эмпирическое исследование ценностного отношения к здоровью студентов педагогического вуза.....	
2.1 Организация и методы исследования.....	
2.2 Особенности самооценки состояния здоровья юношей и девушек.....	
2.3 Особенности ценностного отношения к здоровью юношей и девушек.....	
2.4. Модель ценностного отношения к здоровью студентов вуза.....	
Выводы по второй главе.....	
Заключение.....	
Список литературы.....	
Приложение.....	

Введение

Сложная социально-экономическая ситуация в стране, неблагоприятная экологическая обстановка, которую некоторые специалисты называют «экологической диктатурой», ускоренная урбанизация и другие факторы приводят к неуклонному ухудшению состояния здоровья населения, сокращению продолжительности активной жизни. Актуальность темы исследования определяется рядом объективных и субъективных причин: низким экономическим уровнем жизни большей части студентов; условиями учебной деятельности; отсутствием механизма стимулирования культуры здорового образа жизни обучающихся; низкой активностью по отношению к своему здоровью; снижением интереса студентов к гармонии духовного и физического развития. Возможно, это обусловлено и тем, что вся наша система образования не рассматривает сохранение и улучшение состояния здоровья как приоритетную задачу, а это в свою очередь приводит к тому, что организация и содержание образования ведут к его ухудшению у всех участников образовательного процесса.

Что касается современной медицины, которая должна проявлять заботу о здоровье человека, в нынешних условиях она не способна как-то повлиять на существующий кризис. У молодежи отсутствует потребность в обеспечении здорового образа жизни, профилактики заболеваний, а следовательно и нет стремления к абсолютному здоровью. Таким образом, данная проблема не просто существует, а как никогда актуальна.

При таких обстоятельствах здоровье молодежи становится одной из приоритетных задач психологии. Статистические данные системы здравоохранения, а также результаты научных наблюдений позволяют утверждать, что снижение уровня здоровья студенческой молодежи приобретает стойкие тенденции. Безусловно, чтобы справиться с негативной тенденцией в состоянии здоровья студентов, нужно сделать всё для

совершенствования системы содержания и технологий обучения в высшей школе. В настоящее время создан общетеоретический фундамент профессиональной подготовки специалистов в высшей школе. Этот фундамент составляют труды А.А. Абульхановой-Славской, Б.Г. Ананьева, А.П. Асмолова, И.В. Бестужева, Л.И. Божович, Е.В. Бондаревской, Л.С. Выготского, В.С. Гершунского, В.В. Давыдова, Э.Д. Днепров, А.Н. Леонтьева, В.Н. Мясищева, А.В. Петровского, В.А. Петровского, П.Т. Щедровицкого.

Теоретический анализ состояния проблемы сохранения и укрепления здоровья позволяет выделить такие ее особенности как всеобъемлющий характер, высокая степень напряженности, непосредственное влияние на будущее России, так как речь идет о формирующихся личностях, будущем генофонде страны. Научное представление о здоровье формируется при изучении работ таких зарубежных исследователей как С. Грофа, А. Маслоу, Г. Оллпорта, К. Роджерса. Разработка темы отношения человека к здоровью в нашей стране берет свое начало в трудах В.М. Бехтерева, Б.Г. Ананьева, М.Я. Басова, Р.А. Березовской, И.Н. Гурвич, И.В. Ежов, Л.В. Куликов, А.Ф. Лазурского, А.Е. Личко, А.Р. Лурия, Г.С. Никифоров, В.П. Озерова, Ю.М. Орлова.

Специфика содержательных основ здоровья определяется в исследованиях М.Я. Мудрова, С.П. Боткина, И.В. Давыдовского. В.П. Казначеева, И.И. Брехмана, И.Н. Смирнова, Н.М. Амосова, А. Разумова, E. Erde, D. Cardus и др. Валеологические концепции в образовании разрабатываются И.И. Брехманом, Г.К. Зайцевым, В.В. Колбановым, В.П. Петленко, Л.Г. Татарниковой, Н.К. Смирновым, Г.А. Кураевым, А.В. Басовым, М.Г. Колесниковой, С.К. Сергеевым, А.Г. Щедриной, Ю.В. Шлеповым и др.

Вопросы ценностного отношения к здоровью изучались в работах Б.С. Братусь, О.С. Васильевой, В.Я. Дорфмана, Л.С. Драгунской, Е.Р. Калитеевской, Д.А. Леонтьева, В.И. Новиков, В.П. Озерова, Ф.Р. Филатова.

Изучению проблемы ценностного отношения к здоровью посвящены исследования Зайцева Г.К. Овчинниковой Л.С. Водневой Е.В., Кучменко В.С., Беленова В.Н. и др.). Вместе с тем накопленный опыт изучения проблемы оставляет открытыми вопросы, касающиеся механизма психологических составляющих (внутриличностных условий и средств) развития ценностного отношения к здоровью. Решение поставленных вопросов является необходимым для эффективного осуществления процесса развития ценностного отношения к здоровью.

Однако несмотря на многообразие исследований ценностного отношения студентов к здоровью, современная ситуация развития характеризуется рядом противоречий **между**:

- возрастающей потребностью общества в формировании студентов вуза ценностного отношения к здоровью и слабо реализуемой аксиологической составляющей отношения к здоровью будущих педагогов;
- декларируемой ценностью здоровья юношей и девушек вуза и отсутствием реализации на практике данной ценности;
- необходимостью формирования осознанного отношения к здоровью, здоровому образу жизни молодого поколения и нарастающей силой стихийного потребительского отношения к своему здоровью и жизни под влиянием современных тенденций культуры.

Обозначенные противоречия определили **ключевую проблему** настоящего исследования: каковы особенности ценностного отношения к здоровью юношей и девушек педагогического вуза?

Отмеченная проблема определяет актуальность **темы** нашего исследования: «Ценностное отношение к здоровью студентов педагогического вуза».

Цель исследования - выявление особенностей ценностного отношения к здоровью студентов педагогического вуза.

Объект исследования - ценностное отношение к здоровью студентов педагогического вуза.

Предмет исследования – ценностное отношение к здоровью юношей и девушек в совокупности его общих черт и различий.

В качестве **гипотезы** исследования выдвинуто предположение о том, что ценностное отношение к здоровью студентов педагогического вуза имеет свои особенности, обусловленные половой принадлежностью.

Объект, предмет, цель и гипотеза исследования позволили нам определить задачи исследования:

В соответствии с поставленной целью сформулированы **задачи** исследования:

1. Изучить основные теоретические подходы к проблеме ценностного отношения к здоровью в отечественной и зарубежной психологии.
2. Выделить основные компоненты ценностного отношения к здоровью студенческой молодежи.
3. Выявить структуру и содержание ценностного отношения к здоровью юношей и девушек.
4. Разработать модель ценностного отношения к здоровью студентов вуза.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

- - системный подход. Положения и принципы системного подхода (О.Г. Дробницкий, А.Г. Здравомыслов, М.Ф. Каган, Г. Риккерт, В.П. Тугаринов и др.);

- - типологический подход. Принцип развития личности, субъекта (С. Л. Рубинштейн, В. С. Мухина, А.А. Иванова)
- - аксиологический подход к исследованию проблемы здоровья (К.С. Хруцкий);
- - фундаментальные работы, рассматривающие категории «ценность» (Л.С. Драгунская, Н.П. Клушина А. Маслоу, В.П. Тугаринов и др), «отношение» (В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, В.С. Мерлин, В.Н. Мясичев, С.П. Франк), «ценностное отношение к здоровью» (И.Н. Гурвич, И.В. Ежов, Л.В. Куликов, Г.С. Никифоров, В.И. Новиков).

Для осуществления поставленной цели и решения задач исследования были использованы следующие методы:

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

эмпирические: тестирование

Методики:

- «Уровень соотношения ценности и ее доступности в различных жизненных сферах» (Е.Б. Фанталова);
- Опросник «Анкета самооценки состояния здоровья» (В.П. Войтенко);
- «Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» (С.Д. Дерябо, В.А. Ясвин).

методы математической статистики: качественный и количественный анализ результатов, определение достоверности изменений, обработка данных при помощи программ электронные таблицы Microsoft Excel 2010, пакеты STATGRAPHICS PLUS 5.0: U –критерий Манна-Уитни с определением уровня значимости различий.

Эмпирическая база исследования. Выборочную совокупность составили 75 студентов очного отделения КГПУ им.В.П.Астафьева. Из них 40 человек – девушки – студенты Института психолого-педагогического

образования и 35 юношей – студенты исторического факультета и Института математики, физики и информатики в возрасте от 18 до 21 года.

Надежность и достоверность результатов исследования обеспечиваются релевантностью теоретико-методологического обоснования и теоретической модели исследования, адекватностью выбранных методов эмпирического исследования, надежностью и верифицируемостью эмпирических данных, достаточной репрезентативностью выборки, валидностью и адекватностью методов статистической обработки и содержательной психологической интерпретацией эмпирических результатов исследования.

Научная новизна исследования:

1. Осуществлена концептуализация понятия «ценностное отношение к здоровью».
2. Охарактеризованы половозрастные особенности ценностного отношения студентов к своему здоровью
3. Обоснованы структурные компоненты, критерии и уровни развития ценностного отношения к здоровью студентов
4. Установлено, что ценностное отношение к здоровью студентов имеет свои особенности, связанные со спецификой мужского и женского пола.
5. Разработана модель ценностного отношения студентов к своему здоровью.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что обобщение и систематизация научных теорий ценностного отношения к здоровью, определение его места в профессиональной позиции студентов, позволили уточнить понятия отношение, ценностное отношение к здоровью; определить содержание и структуру ценностного отношения к здоровью студентов педагогического вуза, что обогащает теорию «Психология

здоровья», «Психология профессиональной деятельности», «Психология труда».

Практическая значимость исследования. Материалы исследования могут широко применяться в лекционных и практических курсах, при организации психологических тренингов по развитию ценностного отношения к здоровью.

Модель ценностного отношения к здоровью, включающая диагностический, деятельностный, оценочный и результативный компоненты, и практические рекомендации для преподавателей по формированию здорового образа жизни студентов, могут быть использованы в профессиональной подготовке студентов педагогического ВУЗа в составе курсов, изучаемых по выбору студента, а так же в практической деятельности преподавателей дисциплин медико-биологического цикла.

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялась в рамках системы высшего образования. Результаты исследования были представлены в виде докладов на научно-практических мероприятиях: на IV Всероссийской научно-практической конференции СФУ, апрель 2013 г., на X Всероссийской научно-практической конференции -Красноярск, апрель 2013; на V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию Победы в Великой Отечественной войне «современное образование: инновации и перспективы» очное участие в секции Духовно-нравственного развитие молодежи (24-25 апреля 2015 года, г. Красноярск), на круглом столе «Ценностное отношение студентов к здоровью» УРАО Красноярский филиал, март 2014 г.

По теме исследования опубликовано 4 научные статьи:

1. Селезнева Н. Т., Купцова К. А. Развитие ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни студентов педагогического

- ВУЗа. //Психологическое здоровье. Журнал кафедры психологии управления. — 2012. - С.16-32.
2. Дроздова Л. Н., Купцова К.А. Формирование ценностно-смыслового отношения к здоровому образу жизни обучающейся молодежи // Профессиональное становление личности в современных условиях. — 2013. - № 6. - С. 89-92.
 3. Петрова Т. И., Купцова К. А., Дмитриева А.П., Сизых В.В., Эренбург С.С. Формирование отношения педагога будущего к здоровму образу жизни как педагогическая задача ВУЗа // Инновации в образовательном пространстве: опыт, проблемы, перспективы. — 2013. С. 121-126.
 4. Купцова К.А., Т. Г. Авдеева, Л.Н. Дроздова. Отношение студентов к здоровью как профессиональная ценность. //Сборник статей студентов, аспирантов «Молодежь и наука XXI века» Материалы научно-практической конференции ИППО КГПУ им. В.П. Астафьева «Феномены и тенденции развития современной психологии, педагогики и менеджмента в образовании», Красноярск, 2015. С.185-187.

Положения, выносимые на защиту:

1. Ценностное отношение к здоровью – внутренний механизм регуляции поведения, основанный на высокой субъективной значимости здоровья и его осознании в качестве предпосылки реализации своих жизненных задач (В. А. Соломонов).
2. Характер отношения к здоровью студентов неоднозначен: несоответствие между потребностью в хорошем здоровье и усилиями, направленными на его сохранение и укрепление (В. А. Попов).
3. Ценностное отношение к здоровью можно определить как психическое образование, включающее три компонента, соответствующие, но не

идентичные таковым по содержанию в структуре сознательного отношения: когнитивный – представления о здоровье (здоровом образе жизни) и о болезни; эмоционально-оценочный – эмоциональное отношение к проблемам здоровья и болезни, их субъективная оценка; поведенческий – стереотипы поведения, направленные на поддержание здоровья и преодоление болезни (О.С. Васильева, Ф.Р.Филатов).

4. В отношении к здоровью у юношей и девушек существуют свои особенности, обусловленные принадлежностью к мужскому и женскому полу. Ценностное отношение к здоровью в группе юношей сформировано слабо, они находятся в «зоне риска»: отношение к здоровью в группе девушек сформированное, занимающее ведущее место в иерархии жизненных сфер с позиции ценности.
5. Образ жизни — определяющий фактор здоровья, рациональная организация жизнедеятельности человека на базе жизненно важных форм поведения. Развитие здорового образа жизни студентов через пропаганду – важная составляющая сохранения и укрепления здоровья молодого поколения (Б. П. Денисов)

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка и приложений. Основной текст ... страница содержит таблицы и графики. Библиография насчитывает 99 наименований, из них 2 на английском языке.

Глава I Теоретико-методологические основы ценностного отношения к здоровью у студентов.

1.1. Подходы к понятию «отношение к здоровью» в отечественной и зарубежной психологии.

Учитывая недостаточное внимание, уделяемо современной образовательной системой категории «отношение», остановимся на ней более подробно. Понятие отношение введено не так уж давно. Как известно, И.П. Павлов говорил о том, что высшая нервная или психическая деятельность устанавливает тончайшие отношения организма к внешнему миру. В.М. Бехтерев рассматривал первичную деятельность и соотношение организма со средой и предложил объективный термин – соотносительная деятельность [13]. В физиологии к тому моменту жизнь организма была поделена на жизнь питания, или вегетативную, и жизнь отношений или жизнь психическую. Так, мы видим, что психология отношений в некотором смысле связана с физиологией. Однако в отечественной психологии понятие «отношение» получило известность лишь со времени трудов А.Ф. Лазурского, развившего учение об экзопсихике как отношении человека к своей среде. Даже в крупнейшем современном труде по психологии С.Л. Рубинштейна «Основы общей психологии», в котором автор широко опирается на понятие отношения, анализа этого понятия нет [67]. Как видим, понятие нужно, но вместе с тем место в системе психологических понятий для него было найдено не сразу [96].

Большой вклад в развитие категории «отношение» внес ученик А.Ф. Лазурского В.Н. Мясищев. По мнению А.А. Яковлевой, в общепсихологической теории отношений В.Н. Мясищев существенно развил понятие отношения, впервые введённое А.Ф. Лазурским. При этом, сохранив его принципиальный подход к психологическому изучению человека, –

интерес к индивидуальности, восприятие психики человека как целого, принцип активности индивида в приспособлении к среде, индуктивный путь получения психологического знания: от практики к теории [52, 63, 96]. В данном аспекте отношения выступают, как внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения человека.

В своём развитии теория отношений А.Ф. Лазурского – В.Н. Мясищева прошла путь от утверждения о существовании психологических отношений как эмпирического факта к постулированию ведущей роли отношений в развитии и функционировании личности [96]. Многие положения вышеупомянутой теории актуальны и на сегодняшний день.

Потребности являются основным видом отношения человека к окружающей действительности, потому что отражают связь организма с жизненно важными объектами и обстоятельствами [63]. Как всякое отношение, потребность подразумевает избирательную связь человека с различными сторонами окружающей действительности. Как всякое отношение, она потенциальна, т. е. выявляется при действии объекта и при известном состоянии субъекта. Как всякое отношение и даже более чем другой вид отношений, она характеризуется активностью. Если можно условно говорить о безразличном или пассивном отношении, то к потребностям этот термин неприменим даже условно, так как потребность или существует как активное отношение или не существует вовсе.

От того, какие у человека потребности, какие из них выражены сильнее, какие слабее, насколько далеко они отстоят друг от друга по содержанию, в большой мере зависит своеобразие системы отношений. Личностные отношения к различным сторонам действительности становятся типичными для человека и проявляются в сделавшихся для него привычными способах поведения. Сами отношения в целом являются своеобразной психологической проекцией ценностно-потребностной сферы человека, сущность которой сильнее всего дает себя знать в его поступках.

«Истинные отношения человека к действительности до определенного момента являются его потенциальными характеристиками и проявляются в полной мере тогда, когда человек начинает действовать в субъективно очень значимых для него ситуациях» [60]. Данный факт представляет дополнительную сложность анализа системы отношений в целом и отношения к здоровью в частности.

Известно, что на 40-50% здоровье человека зависит от его образа жизни. Следовательно, проблема сохранения и укрепления здоровья – это, в первую очередь, проблема изменения поведения личности, а значит психологическая проблема. По утверждению Ю.И. Мельника [61], «... здоровье не объяснить только с точки зрения психологических факторов, но, как показывает практика, сохранение и поддержание здоровья зависит, в конечном итоге, от психологии человека, его специфической активности в решении данной проблемы» [61].

Безусловно, отношение к здоровью может рассматриваться, как одна из основных «мишеней», на которую должно быть направлено психокоррекционное воздействие специалиста, работающего в области психологии здоровья. Впервые, как предмет научного исследования, «отношение к здоровью» появилось в научной литературе в 1980 г. в работе Д. Н. Лоранского с соавторами. Основной вывод ее заключался в том, что интенсивность заботы человека о своем здоровье определяется не столько его объективным состоянием, сколько отношением [57]. Теоретическое обоснование и описание данного феномена было продолжено в ряде социологических исследований под руководством И. В. Журавлевой: отношение к здоровью в них рассматривается как социокультурный феномен, как механизм совершенствования здоровья на уровне индивида, группы и общества [35, 36].

Учитывая низкий уровень культуры самосохранения, а также сложную и многомерную природу феномена здоровья, следует признать недостаточную

разработанность в отечественной психологии теории здоровья, его психологических механизмов и дидактических вопросов обучения эффективным стратегиям здоровьесбережения. Весомый вклад в разработку названной проблемы может внести психология здоровья как наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения и укрепления. Актуальной для развития этой области научных знаний является разработка личностного подхода к проблемам психологического обеспечения здоровья здорового человека на всем протяжении его жизненного пути.

Рассматривая проблему отношения к здоровью, мы неизбежно сталкиваемся с многозначностью этого понятия. Причины ее связаны главным образом с широким спектром его использования. Этот термин встречается в литературе по философии, социологии, педагогике, психологии, и в каждой из сфер знаний он имеет свою трактовку. В психологической литературе чаще всего приводится следующее определение: отношение к здоровью — это «система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния» [35]. Наряду с «отношением к здоровью» встречаются такие термины (концепты), как «внутренняя картина здоровья» (В. А. Ананьев, В. Е. Каган, Е. Ю. Коржова, И. И. Мамайчук); «валеоустановка» (Т. В. Белинская, О. С. Васильева, О. Ю. Малоземов, Ф. Р. Филатов); «социальные представления о здоровье» (И. Б. Бовина, Н. Л. Русинова, Ф. Р. Филатов) и др. Такая ситуация характеризует растущий интерес к данной проблематике, а также многообразие принципов и путей ее исследования. Отметим, что сравнительный анализ названных выше понятий, проведенный на основе сопоставления их основных структурных компонентов, позволяет рассматривать их как синонимичные [12]. Однако, в методологическом плане, с нашей точки зрения, предпочтение следует

отдать категории «отношения» как наиболее обоснованной с позиции теории личности и интегрирующей все психологические категории, в рамках которых анализируются остальные понятия.

В большинстве случаев структура теоретического конструкта «отношение к здоровью» определяется через изучение и описание следующих компонентов:

— когнитивный компонент характеризует знания человека о здоровье, критериях его оценки, основных факторах риска и анти-риска;

— эмоциональный компонент отражает эмоции, чувства и переживания человека, связанные с состоянием здоровья или его изменением, а также особенности функционирования механизмов психологических защит;

— поведенческий компонент характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, а также преобладающие копинг-стратегии в ситуациях, связанных с его ухудшением.

Следует отметить, что многими авторами допускается методологическая и методическая неточность, так как компоненты отношения рассматриваются ими как составные части или элементы отношения к здоровью, в то время как отношение — целостное и нерасчленимое. Понятие «компоненты отношения» фиксирует лишь результат научного психологического анализа, а выделенные В. Н. Мясищевым три компонента любого отношения соответствуют в современной психологии выделению трех сфер психического: когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой [39]. На наш взгляд, поведенческие и ценностно-мотивационные особенности следует рассматривать отдельно. В данном случае мы исходим из того, что ценностно-мотивационный компонент играет роль связующего звена между когнитивным и поведенческим компонентами отношения к здоровью.

Благодаря сформированности мотивации усвоенное содержание понятий «здоровья» и «здорового образа жизни» реализуется в поведении. Однако роль мотивационного компонента значительнее, чем просто регуляция связи «знание» — «поведение», так как связана с внутренним принятием ценности здоровья и определением степени активности в сохранении и развитии собственного здоровья.

Результаты проведенного нами сравнительного анализа эмпирических исследований позволяют говорить о неравномерности изучения, описания и осмысления основных компонентов отношения человека к своему здоровью, которое находит свое выражение в преобладании когнитивно-поведенческих исследований [73, 47, 71], при недостаточной освещенности эмоционального компонента, ценностно-мотивационных и смысловых особенностей отношения. Обзор литературы с очевидностью показывает слабую изученность сущности эмоциональной сферы в рамках психологии здоровья.

Большое количество теоретических подходов, недостаточность и противоречивость научных знаний о роли эмоций, чувств и переживаний в сохранении и укреплении здоровья, отсутствие надежных методов психологической диагностики создают разнобой в трактовке эмоционального компонента отношения. В трудах отечественных психологов обосновывается необходимость изучения эмоциональных процессов человека в единстве отражательного, мотивационного и регулятивного аспектов [25, 33]. Реализация этого подхода характеризуется развитием представлений об эмоциях как важнейших детерминантах поведения и направленности деятельности, как отражение отношений между мотивами, потребностями и возможностями их реализации [38, 49].

Следует также подчеркнуть, что мотивационный аспект отношения к здоровью в отечественной психологии представлен пока недостаточно. Разработка психологических основ формирования и развития положительной мотивации для сохранения здоровья у здоровых людей является одной из

насуточных задач психологии здоровья: при отсутствии мотивации у человека любые программы и мероприятия по сохранению здоровья будут малоэффективны или вообще нерезультативны.

Следует отметить, что содержательный анализ отношения на когнитивном, эмоциональном, поведенческом и ценностно-мотивационном уровнях может быть дополнен рассмотрением отношения к здоровью в проекции на ось времени, которое представляет собой изучение его становления и динамики [82].

Развитие отношения к здоровью — это сложный социально-психологический процесс, обусловленный влиянием внешних (средовые влияния) и внутренних (индивидуально-психологические особенности) факторов, изучение которого предполагает рассмотрение двух основных тем: вопросы формирования отношения на ранних этапах развития человека, в том числе, речь идет и о студенческом возрасте [65].

Здесь, обобщая разрозненные эмпирические данные, можно говорить о том, что отношение человека к своему здоровью не остается неизменным, оно непрерывно изменяется на основе нового жизненного опыта. В идеале общая тенденция заключается в том, что осуществляется постепенный сдвиг от нейтрально-внешнего к эмоционально-внутреннему отношению: растет не столько информированность в области здоровья, сколько происходят изменения в ценностно-мотивационной структуре, трансформируется личностный смысл здоровья, актуализируется потребность в его сохранении и поддержании, осознается личная ответственность. Показано, что основным механизмом развития ценностного отношения к здоровью является активная самостоятельная деятельность субъекта по разрешению противоречия между осознанием ценности здоровья и реальным поведением: важную роль в этом процессе играет рефлексия, дающая возможность осмысливать, оценивать, корректировать имеющийся субъективный опыт сохранения здоровья [26].

Результатом активизации личностной позиции за счет использования

механизмов рефлексии и переживания является разработка и реализация индивидуальных траекторий сохранения и развития здоровья. При этом психологическая помощь, направленная на изменение отношения к здоровью, должна задействовать максимально разносторонний комплекс средств и методов, не ограничиваясь рамками какого-либо одного подхода[34].

И, наконец, следует заметить, что проблема сохранения и укрепления здоровья изучалась и рассматривалась в работах многих отечественных (И. И. Мечников, Г. Л. Апанасенко, Н. М. Амосов, А. С. Залманов, И. И. Брехман, Р. М. Баевский, М. Ф. Гоголан, Н. И. Чусовитина, Д. Н. Давиденко, Т. К. Зайцев, Г. Щедрина, В. В. Марков) и зарубежных (К. Nishi, Z. Vendrovskaja, Z. Pulkkinen, R. Bannister, C. J. Mathius, P. Kempler, L. K. Stevens, D. J. Webb, G. Tamas, J. H. Fuller и др.) ученых. Идеи ценностного подхода к здоровью в образовании освещены в работах И. Андреева, А. В. Бездухова, В. П. Бездухова, Ю. Н. Кулюткина, Г. Б. Корнетова, З. И. Равкина, В. А. Сластенина, Г. И. Чижаковой и др. При рассмотрении существующих теоретических концепций валеологического образования (Р. И. Айзман, Л. Г. Татарникова, Г. К. Зайцев, В. В. Колбанов, Э. Н. Вайнер, М. С. Гончаренко и др.), эколого- валеологического образования (В. Г. Воронцова, З. И. Тюмасева, Б. Ф. Кваца и др.) выявлены положения, определяющие стратегию формирования ценностного отношения к здоровью у будущего педагога.

Таким образом, теоретико-методологический анализ исследований «отношения к здоровью» обнаружил недостаток работ, направленных на теоретическое и методологическое осмысление проблемы. Отметим также, что концепция «психология отношений» в настоящее время не используется в полной мере в отечественной психологии; подавляющее большинство исследований проблем здоровья человека проводится в рамках теории стресса. Однако в последние годы появился ряд работ, характеризующий все

возрастающий интерес к научному наследию В. Н. Мясищева с точки зрения теории и практики социально-психологических исследований [39; 53; 85]. В них обосновывается эффективность применения концепции как в качестве общепсихологической теоретической основы научных исследований в области здоровья и болезни, так и в качестве теоретико-методологического основания решения актуальных проблем социальной, медицинской и педагогической практики. Не вызывает сомнения тот факт, что работы В. Н. Мясищева и представителей его школы оказали плодотворное влияние на развитие отечественной медицинской (клинической) психологии и психотерапии. В психологии здоровья доказанный временем мощный теоретический и практический потенциал теории отношений личности еще только предстоит раскрыть.[1] Отношение человека к своему здоровью формирует психологическое «ядро» здоровой личности, а практическая значимость его изучения состоит в возможности использования полученных данных для разработки и реализации дифференцированного подхода к психологическому консультированию по вопросам сохранения и укрепления здоровья, а также для создания индивидуально-ориентированных оздоровительных программ.

1.2. Ценностное отношение к здоровью как психологический феномен

В настоящее время, особенно среди молодежи, растет интерес к получению знаний, умений и навыков, которые приводят к улучшению материального благосостояния человека. Все больше становится и тех молодых людей, кто пытается выяснить, какое место в их жизни занимают духовные и моральные ценности [76]. Теперь проблемами духовности занимаются не только философы, теологи и историки, но и психологи и валеологи. Система ценностей является краеугольным камнем отношений

между личностью и окружающей средой, согласие между ней и другими людьми, с самой собой. Ценности составляют принципы мировоззрения человека. Личность несет ответственность за реализацию своих ценностей.[80, 92, 93].

В общественном и в индивидуальном сознании ценности выполняют функцию ориентиров, духовного основания для выбора направления деятельности и субординации целей. Именно они, создавая сложную концепцию в рамках личностной структуры, обеспечивают такое системное качество личности, как иерархичность, которая выражается в соподчинении высших и более низких уровней ценностной шкалы. Эти ориентиры органически включены в личностную структуру и обеспечивают соответствие между индивидуальным опытом и универсалиями общечеловеческого культурного опыта. Они непосредственно детерминируют мотивационную сферу личности. Те потребности, которые соотносятся с доминирующими ценностями, приоритетные, удовлетворяются в первую очередь. Когда доминирующим ценностям отвечают аналогичные удовлетворенные потребности, человек достигает согласованности относительно здоровья, физического и духовного [86].

Для молодежи часто конфликтной сферой жизнедеятельности является «самореализация», которая вместе с саморазвитием представляет собой элемент духовности. Можно утверждать, что развитие и самореализация духовного «Я» человека начинается именно тогда, когда она осознает и определяет для себя такие общечеловеческие духовные ценности, как истина, добро, красота. Наличие конфликта иллюстрирует значимость этой сферы и низкую ее доступность. Развитие духовной личности невозможно без ощущения внутренней свободы как духовного состояния и самоощущения человека, когда она сама оценивает разные ситуации и контролирует их действие на собственную жизнь [64].

При формировании личности важнейшим заданием является

осмысленное построение жизненного пути на выполнение тайных целей и жизненных ценностей как неотъемлемого условия полноты духовного роста личности. Потребность в определении смысла жизни входит в состав насущных потребностей человека. Смыслжизненная определенность необходима ему для ощущения прочности, стойкости и направленности жизни.

Так, проблема отношения к сохранению и укреплению здоровья у молодого поколения как одно из условий постепенного физического, морального, нравственного, культурного оздоровления общества - актуальная педагогическая проблема [27].

Конкретные характеристики и закономерности системы ценностного отношения личности определяются действием различных внутренних и внешних факторов: уровнем развития когнитивной и деятельностной сферы, особенностями социальной среды, характером и формой психологического воздействия. Указанные действующие факторы, которые могут быть общими или различными для каждого отдельного человека, составляют в совокупности фон, на котором реализуется та или иная деятельность. При этом описанные факторы оказывают влияние как непосредственно на особенности системы ценностей, так и на характер формирующих ее процессов, воздействуя на выбор механизмов их реализации [15,17, 27].

Рост интереса к измерению ценностей наметился с начала 60-х годов и был связан с консультированием по вопросам образования и выбора профессии, прогнозированием социального поведения индивидов [4,81]. В некоторых странах, прежде всего в США, подобные исследования стали неотъемлемой частью жизни общества.

Как показывает проведенный нами теоретический анализ, с развитием представлений о важности категории «отношение» в поведении человека, определяющем, в том числе и его здоровье, появился ряд терминов, обозначающих то отношение к здоровью, которое следует развивать, которое

«нужно» социуму и самому человеку для преодоления сложившегося кризиса здоровья. Для обозначения вышеуказанного отношения используются такие определения как «ответственное» [48], «осознанное» [41, 30], «ценностное» [37], «позитивное», «рациональное», «грамотное», «правильное». Попробуем разобраться в терминологии.

Термин «ценностное отношение», согласно нашим представлениям, так же, как и термин ответственное ограничивает знак: такое отношение является позитивным. Более того, в данном случае речь однозначно идет о внутренней детерминации поведения, о ценности здоровья для себя, исходя из личной значимости.

Применение любого из вышеперечисленных терминов для обозначения того отношения к здоровью, которое следует развивать, казалось бы, является допустимым, поскольку каждый из них подчеркивает отдельную сторону этого отношения: ответственность перед обществом, осознанность и ценность для себя. И все-таки обществу необходимо такое отношение к здоровью, которое было бы одновременно осознанным, ценностным и ответственным. В таком случае проблема выбора термина сохраняется. На наш взгляд понятие «осознанное отношение» является более общим, чем понятие «ценностное». Осознанность может быть рассмотрена как общее свойство негативного, ценностного, ответственного отношения к здоровью, а при целенаправленном осуществлении процесса развития ценностного отношения к здоровью выступать в роли одного из его важных этапов. Осознанность отношения к здоровью необходима, но недостаточна для преодоления сложившегося кризиса. В свою очередь ответственное отношение есть более чем вероятное следствие ценностного. Таким образом, направив усилия на развитие ценностного отношения к здоровью, одновременно мы обретаем его осознанность и ответственность. Ценностное отношение к здоровью следует рассматривать как центральный элемент валеологической культуры личности. В свою очередь, валеологический

компонент необходимо понимать как составляющую культуры личности в целом [58].

Сказанное выше проливает свет на понимание ценностного отношения как общественно значимого, оставляя в тени аспект рассмотрения его как многоуровневой категории, способной при наличии необходимых условий к совершенствованию и развитию, что является недопустимым, поскольку непосредственно связано с возможностью изменения поведения человека в области здоровья.

Как и любая многоуровневая категория, отношение в целом и отношение к здоровью, в частности, имеет свою структуру. Структура (от лат. Structure – строение, устройство, связь) – это определенная взаимосвязь, взаиморасположение составных частей; строение, устройство чего-либо [18]. По мнению Г.С. Никифорова, к основным составляющим любого отношения к здоровью относятся когнитивная, поведенческая и эмоциональная [72].

Когнитивный аспект отношения к здоровью заключается в осознании собственного состояния. На понимание своего состояния как здорового или болезненного влияют многие факторы социальной и психологической природы, например, психологическая компетентность личности [2, 16].

Поведенческий аспект реализуется в поступках человека, его активности. Присущая человеку активность может быть разделена на два потока – экстраактивность и интроактивность. Когда активность, направленная вовне, встречает какие-либо преграды, она не реализуется полностью. Неудовлетворенность результатами проявления внешней активности приводит к накоплению отрицательных оценок собственных достижений. Это постепенно снижает мотивацию к самореализации себя в делах, в социальном взаимодействии и влиянии. Происходит перераспределение энергии в сторону большей внутренней активности, что проявляется в усилении стремления к самоизменению и самосовершенствованию [72].

Эмоциональная составляющая отношения к здоровью полнее всего раскрывается в доминирующем у личности настроении. Повышенное, бодрое, жизнерадостное настроение приводит к повышению жизненного тонуса и психологической устойчивости, защищает от болезней и создает основу для выздоровления у больных. С другой стороны, ощущения своего здоровья, своих душевных и физических сил, телесного благополучия являются фактором, predisposing к устойчивому, радостному, работоспособному настроению.

Настроение отражает особенности телесного, душевного и духовного бытия человека [72].

Физическое состояние человека всегда так или иначе отражено в настроении. Чувственную основу настроения образуют, согласно С.Л. Рубинштейну, органическое самочувствие, тонус жизнедеятельности организма и те разлитые, слабо локализованные органические ощущения, которые исходят от внутренних органов. Однако это лишь чувственный фон, который у человека редко имеет самодовлеющее значение. Физическое самочувствие человека в значительной мере зависит от того, как складываются взаимоотношения человека с окружающим, как он осознает и расценивает происходящее в его личной и общественной жизни [79].

Когнитивная составляющая отношения к здоровью непосредственно связана с определенными социальными представлениями о здоровье, господствующими в конкретном сообществе [28]. Эмоциональная составляющая предполагает использование внутриличностных ресурсов, доступ к которым может быть в силу различных причин затруднен. [33] Поведенческая составляющая определяется характером включенности субъекта в социальную практику оздоровления. [29] Если в эмоциональном отношении к собственному здоровью и его ресурсам проявляется индивидуально-личностное своеобразие, субъективность, то когнитивный и поведенческий компоненты – это в значительной степени интерперсональные

феномены, поскольку их форма и содержание определяется характером распространенных социальных представлений и выработанных культурой стратегий или практик оздоровления. Иными словами, культура, формируя эталонные представления о здоровье и оздоровительные техники, так или иначе определяет, как следует воспринимать состояние своего здоровья и что предпринимать для его укрепления. [90]

Исходя из представлений о трех взаимосвязанных составляющих, можно предположить, что содержание и согласованность этих составляющих у людей с разным отношением к здоровью будет отличаться.

Исходное отношение личности к здоровью, определяется сложившейся системой потребностей, индивидуальными характеристиками, а также усвоенными традициями, нормами, ценностями и характеризуется использованием привычных для человека способов поведения в области здоровья. [38] Привычному поведению соответствует привычное состояние организма на физическом и эмоциональном уровнях. Под действием внешних (направленное или ненаправленное социальное воздействие, неизвестные ранее явления мира и другие факторы) или внутренних (изменение состояния здоровья) причин может происходить изменение в подструктурах сознания, определяющих поведение. В таком случае человек испытывает ощущение дискомфорта и стремится вернуться к привычному состоянию, поэтому производится поиск причин возникшей ситуации: анализу подвергаются поступившая информация, привычные способы поведения, исходное отношение к здоровью и определяющие его факторы.

В результате определенных действий может измениться отношение личности к здоровью. Однако подструктура отношений чрезвычайно устойчива, поэтому часто отношение остается неизменным, а, следовательно, осуществляется возврат к привычным способам поведения. Устойчивость подструктуры отношений поддерживается действием механизма обесценивания поступающей информации. Если изменение отношения к

здоровью все же произошло, оно приводит к изменению поведения в позитивную или в негативную сторону. Изменяя поведение, человек применяет новые способы поведения. Эти способы могут стать привычными (данная форма поведения может фиксироваться как своя собственная) [54, 50].

Внешние и внутренние причины, изменяющие состояние организма многообразны, поэтому процесс осознания собственного состояния и анализа его причин может протекать у каждого человека бесконечное множество раз. И только совокупный результат многократных повторений данного процесса определяет отношение личности к здоровью в целом. Таким образом, отношение к здоровью складывается постепенно, в течение длительного промежутка времени [59].

Ценностное отношение к здоровью представляет собой сложное психическое новообразование, характеризующееся сформированностью знаний и представлений о здоровье как о ценности, позитивной валеологической активностью, осознанностью отношения к здоровью, терминальным характером ценности здоровья, сформированностью умений и навыков сохранения и укрепления здоровья, способствующее длительным позитивным изменением поведения [88, 91].

Психологическая сущность процесса развития ценностного отношения к здоровью заключается в многократном повторении последовательных изменений на уровне сознания и поведения личности:

- изменения в подструктурах сознания, определяющих поведение;
- изменение состояния организма на эмоциональном уровне;
- осознание собственного состояния и поиск его причин;
- позитивное изменение отношения к здоровью;
- позитивное изменение поведения в области здоровья;
- использование новых позитивных способов поведения;
- превращение новых способов поведения в привычные.

Механизмом развития ценностного отношения к здоровью является целенаправленная активная деятельность субъекта по разрешению противоречия между осознанием ценности здоровья и реальным поведением. Действие указанного механизма опосредовано психологическими составляющими (внутриличностными условиями и средствами) развития ценностного отношения к здоровью[94].

Внутриличностными условиями, влияющими на результат развития ценностного отношения к здоровью, выступают индивидуальные характеристики (уровень субъективного контроля, самооценка, уровень притязаний, мотивация к успеху и избеганию неудач) как основа своеобразия реакции личности на воздействия извне; потребности (в первую очередь, потребность в здоровье) как форма связи организма с внешним миром; усвоенные нормы, ценности и эталоны как составляющие прошлого опыта личности, определяющие специфику исходного отношения к здоровью [79].

Средствами развития ценностного отношения к здоровью, могут быть направленные социальные воздействия, заключающиеся в предоставлении значимой информации о здоровье. Критериями выбора содержания информации являются соответствие специфике потребности в здоровье группы людей, которым она предоставляется и возможность использования в будущей профессиональной деятельности. Способом, повышающим значимость получаемой информации, выступает активизация их деятельности, направленной на самопознание, рефлекссию, расширение представлений о выбранной профессии [55, 56].

Исходя из сказанного выше, общественно значимым является такое отношение к здоровью, которое обеспечит актуализацию потребности в здоровье и устойчивую мотивацию на здоровый образ жизни.

Следует отметить, что современные студенты имеют ряд отличий в характеристиках отношения к здоровью в сравнении с их сверстниками десятью годами раньше. Для современных студентов характерна *большая*

определенность и последовательность представлений о здоровье, складывающихся в индивидуальную концепцию здоровья. Среди нынешних студентов преобладают индивидуальные концепции здоровья, заключающиеся в «способности к развитию», а также наблюдаются «превентивные» факторы, т. е. в понимание здоровья сегодняшних студентов больше включаются психическая и ментальная составляющие. У современных студентов значительно чаще наблюдается убеждение в том, что их здоровье зависит от персональных причин (стиля жизни, поведения, привычек), т. е. внутренний локус здоровья при его определении в сравнении с соответствующими убеждениями студентов десяти годами ранее, у которых преобладает внешний локус контроля здоровья. У нынешних студентов наблюдается преобладание внутреннего локуса контроля здоровья над контролем со стороны «могущественных других» и воли случая при его определении. Для сегодняшних студентов характерна достаточно высокая самооценка здоровья. Их самооценка выше, чем у их сверстников около десяти лет тому назад, в большей степени за счет разницы в показателях у девушек. У современных студентов ценность здоровья и здорового образа жизни является высоко доминантной наряду с ценностью любви и семейной жизни. Кроме того, нынешние студенты в большей степени ценят отношения с людьми в сравнении с материальным благополучием. Ценность общения с природой занимает последний ранг, что признается негативной тенденцией, учитывая здоровьесберегающий потенциал общения с природой [14].

Таким образом, отношение к здоровью, в целом у сегодняшних студентов может быть названо более позитивным, отражая, по нашему мнению, общие тенденции изменения отношения к здоровью в российском обществе.

1.3. Ценностное отношение к здоровью студенческой молодежи

Современное динамично развивающееся общество требует значительной перестройки различных сфер жизни и деятельности человека, в том числе отношение человека к здоровью [68].

Социальная неопределенность, ускорение социальных процессов, спонтанность и нелинейность их характера как основные характеристики трансформирующегося общества, дисфункциональность социального института высшего профессионального образования изменяют «планомерность» формирования ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья, повышают спонтанность и нелинейность процесса, сокращают его институциональное регулирование. В результате системы ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья дифференцируются по степени устойчивости и уровню достижения этой ценности. Сокращается область актуального уровня ценностных предпочтений студентов в отношении здоровья и расширяется область неопределенных и неустойчивых выборов ценности здоровья [51, 60].

Итак, изучение отношения человека к своему здоровью — это сравнительно новая научная проблема, носящая комплексный междисциплинарный характер. В настоящее время большинство работ выполнено в рамках педагогических (В. Н. Беленов, Е. В. Воднева, Е. В. Жданова, В. Е. Иванова, В. С. Кучменко, И. В. Николаева и др.) и психологических наук (Т. В. Белинская, Р. А. Березовская, В. М. Кабаева, Г. И. Муразбеков, С. А. Романова, В. А. Соломонов, Ф. Р. Филатов). При этом отличительной чертой педагогического взгляда на проблему отношения к здоровью является наличие воспитательного и обучающего воздействия (то есть разработка технологий его формирования и развития). Анализ представленных работ позволяет утверждать, что практически все названные выше диссертационные исследования отражают структурно-функциональный подход, так как в них в основном рассматриваются такие

вопросы как определение и описание структуры отношения к здоровью, выделение его основных характеристик, а также его влияние на поведение (то есть регулирующая функция). При этом проблема формирования ценностного и осознанного отношения к здоровью в юношеском возрасте (Т. В. Белинская, В. М. Кабаева, В. А. Соломонов) представлена в психологической литературе довольно широко [8, 9.] Обобщая данные исследований, также следует обратить внимание на парадоксальный характер отношения к своему здоровью современного человека, то есть на то, что существует значительный разрыв между декларацией высокой ценности здоровья и ее практической реализацией на поведенческом уровне. Установлено, что культура самосохранительного поведения у большинства людей сформирована недостаточно: в структуре совладающего поведения преобладают пассивно-выжидательные копинг-стратегии и потребительское отношение к здоровью, а в структуре мотивации здорового образа жизни выявлены многочисленные внешние и внутренние барьеры [11, 12; 35; 36]. Вместе с тем, доказано, что выявление и разрешение названного противоречия может быть рассмотрено как психологический механизм формирования такого отношения личности к собственному здоровью, которое будет способствовать его сохранению и укреплению [41]. Каким же должно быть это отношение? В описании отношения к здоровью, как уже было сказано выше, авторы используют целый ряд определений: осознанное, ответственное [87, 98], ценностное [58], правильное, грамотное, рациональное, позитивное, адекватное и др. [48, 71, 37]

Так, например, механизмы и условия актуализации ответственного отношения личности к определенным аспектам личностного и социального развития, в частности в отношении к здоровью, рассмотрены И.С. Дидук. Она считает, что основным механизмом актуализации ответственного отношения в социальной ситуации является:

- осознание и принятие в соответствии с системой нравственных ценностей интересов своих собственных и других людей, вовлеченных в ответственную ситуацию, и совершение нравственного выбора;
- актуализация собственной самодостаточности, автономности, подкрепленной позитивным самоотношением;
- осознание собственной компетентности как достаточной для решения актуальной задачи [31].

Наиболее перспективным, с нашей точки зрения, является развитие аксиологического (ценностного) подхода к исследованию проблемы здоровья [89]. Сущность аксиологической парадигмы заключается в том, что здоровье трактуется как ценность, которая может диктовать цели, намерения и действия не только отдельных людей, но и целых социальных институтов.

Ценностное отношение к здоровью представляет собой внутренний механизм регуляции поведения, основанный на высокой субъективной значимости здоровья и его осознании в качестве предпосылки реализации своих жизненных задач, оно сопровождается активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению. Сегодня мы можем констатировать, что ценности формируются в результате осознания субъектом своих потребностей в соотнесении с возможностями их удовлетворения. Если на мотивационном уровне не сформирована потребность в сохранении здоровья, то ценностное отношение осознается субъектом лишь в «проблемных» ситуациях, когда происходит рассогласование круга потребностей, интересов личности с реальными возможностями их удовлетворения.

Итак, психология здоровья основывается на тезисе о том, что здоровье человека в определяющей степени зависит от установок, представлений и ценностей личности о природе и причинах здоровья. Их совокупность в отечественной науке обозначается как «отношение к здоровью» (Г.С. Никифоров, Р.А. Березовская), «внутренняя картина здоровья» (В.Е. Каган,

В.А. Ананьев), «социальные представления о здоровье» (О.С. Васильева, В. Р. Филатов) и др. Испанские исследователи Д. Сиерес, В. Гавидия используют для этих целей термин «индивидуальная концепция здоровья» [3, 23,43, 72,83]. В настоящее время достаточно полно исследована структура отношения к здоровью. В ней выделяют когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты (Р.А. Березовская, Л. В. Куликов, В.А. Ананьев, и др.). Содержательное наполнение данного конструкта исследовано в меньшей степени. По нашему мнению, важными составляющими содержания конструкта «отношение к здоровью» являются ценность здоровья, его самооценка, направленность локуса контроля здоровья и представления респондентов о природе и причинах здоровья.

Изучению привычек и отношения к здоровью среди молодежи посвящены работы Е.В. Веселовой, О.С. Копиной, И.В. Журавлевой и др.[36]. Все авторы пришли к выводу о сравнительно низком уровне заботы о здоровье и невысоком уровне знаний о нем у современной российской молодежи. В то же время, в ряде работ отмечается, что здоровый образ жизни является значимым для большинства студентов, имеет определенную жизненную ценность и, в целом, для современной студенческой молодежи характерны установки на профессиональную и личностную самореализацию. Однако, эта ценность является недостаточно осознанной. Об этом свидетельствует тот факт, что многие студенты, считающие, что они ведут здоровый образ жизни, в реальности не придерживаются его норм; практическая реализация принципов здорового образа жизни имеет место не более чем у одной трети студентов [77].

По данным исследования А.А. Пашина, молодежь практически не предпринимает 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. Автор отмечает, что ко второму курсу обучения количество

случаев заболеваний увеличивается на 23%, а к четвертому – на 43%. К специфическим особенностям образа жизни студентов, наряду с низким уровнем двигательной активности, относятся: наличие вредных привычек (45%), недостаточная продолжительность сна (38%) и пребывания на свежем воздухе (85%), нерациональное питание, постоянный и периодический психоэмоциональный стресс (84%). Кроме того, довольно значителен удельный вес студентов с неудовлетворительной медицинской активностью (28%). При этом следует отметить, что, несмотря на довольно высокую распространенность вредных привычек среди студентов, только половина из них пытаются бороться с ними. Регулярную профилактику утомления и ежедневное восстановление после учебы проводят только 23% студентов, рациональный суточный режим соблюдают в среднем 20%, закаливающие процедуры используют 26%, а антистрессовые мероприятия – 18% обучающихся.

Среди неблагоприятных факторов студенческой жизни 40,5% опрошенных указали на выраженное чувство одиночества и высокий уровень тревожности. Основными причинами, вызывающими состояние тревоги, студенты считают:

- неуверенность в завтрашнем дне. Около 65% респондентов не уверены, что они будут востребованы как специалисты после окончания учебы, а 80% не знают, где и кем они будут работать после окончания вуза;
- состояние собственного здоровья волнует 53% опрошенных;
- учеба беспокоит 41% студентов. [70]

Отношение к здоровью будущего педагога играет важную роль не только в его собственной жизни, но и служит специфическим ценностным эталоном для его учеников. Исследования Л.Н. Овчинниковой [71] посвящены формированию ценностного отношения к здоровью у будущих учителей. Поэтому она представляет для нас наибольший интерес, как опыт изучения рассматриваемой проблемы.

Согласно предложению автора, технологическая модель должна предусматривать систему показателей сформированности ценностного отношения к здоровому образу жизни у будущего педагога, распределенных по трем уровням: низкому, среднему и высокому. Показателем высокого уровня сформированности поведенческого компонента, по мнению Л.Н. Овчинниковой, может служить изменение хотя бы одного компонента поведения, зафиксированное по результатам анкетирования (вопрос: «Изменялось ли как-то Ваше поведение?»), а показателем среднего уровня сформированности может выступить неудачная попытка изменения поведения. Оценивая полученные изменения на основании выделенных показателей, автор делает заключение о том, что в большинстве случаев после эксперимента испытуемые обладают средним уровнем сформированности ценностного отношения к здоровью[71].

Т.В.Белинская в своем исследовании отмечает, что формирование – это субкатегория развития, а развитие подразумевает акт развития, который либо совершается (тогда отношение к здоровью становится ценностным), либо не совершается (тогда отношение к здоровью не является ценностным) [9]. А развитие ценностного отношения к здоровью – длительный, сложный процесс, который не может быть столь эффективно осуществлен в результате непродолжительного эксперимента. Поэтому данные, полученные Л.Н. Овчинниковой, возможно несколько «завышены», хотя они несомненно интересны и конечно достоверны, а значит нужны и используются.

В целом, в исследованиях Т.В. Белинской изучаются психологические составляющие ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза. В нем акцентируется внимание на значимости ценностного отношения к здоровью для валеологической культуры личности. Ценностное отношение автор рассматривает не только как внутреннюю детерминацию поведения, ценность здоровья для себя, исходя из личной значимости, но и как общественно значимую, многоуровневую категорию,

способную при наличии необходимых условий к совершенствованию и развитию.

В ходе анализа состояния проблемы отношения к здоровью Т.В. Белинской выявлено:

– в группах учителей и будущих учителей в большинстве случаев здоровье входит в состав главных ценностей, но ценность здоровья преимущественно носит инструментальный характер;

– в повседневной жизни (в состоянии здоровья) преобладает пассивная позиция испытуемых по отношению к здоровью;

– чаще всего соответствие между реальным и предполагаемым образом жизни отсутствует, таким образом, осознанное отношение развито недостаточно;

– знания по проблеме исследования выражены на житейском уровне, центральные понятия по проблеме исследования не сформированы. [9]

Подводя итог анализа современных диссертационных исследований, посвященных проблеме развития ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни, необходимо отметить не освещенность вопроса о психологической сущности указанного процесса, недостаточное раскрытие механизмов и средств развития ценностного отношения к здоровью, неполную экспериментальную изученность условий его развития, что подтверждает актуальность проблемы ценностного отношения к здоровью студентов вузов, а как следствие новые научные исследования и разработки в этой области.

Выводы по первой главе.

Модернизация образования в настоящее время является центральной линией российской образовательной политики. Происходит комплексное, всестороннее обновление всех звеньев образовательной системы и всех сфер образовательной деятельности в соответствии с современными требованиями. Пересмотр претерпевают основные принципы функционирования системы образования. В стране идет активная разработка новых образовательных стандартов, на основе которых происходит корректировка учебных планов и рабочих программ. В то же время очевидно, что реальным двигателем любой инновации всегда является человек. В отношении реформы современного российского образования сказанное означает, что ее успешность в первую очередь связана с личностью будущего педагога, который фактически и будет реализовывать реформу.

Российское общество предъявляет требования к подготовке выпускника вуза как личности, обладающей не только высоким культурным уровнем и профессиональной компетентностью, но и здоровьем. Именно в период обучения в вузе формируется будущий профессионал, состояние здоровья которого непосредственно влияет на успешность его трудовой деятельности и образ жизни в целом. Вместе с тем, студенческая молодежь в большинстве своем ведет нездоровый образ жизни, что свидетельствует о неразвитости в студенческой среде ценностного отношения к здоровью.

В условиях кризиса культуры и общества, сложившихся в современной России, особенно актуальна разработка аксиологического подхода в исследовании здоровья молодого поколения. Ведь оно занимает определенное положение в ценностной иерархии. Переоценка, доминирование или другое, не отвечающее реальному положению вещей отношение к тем или иным ценностям, трактуется как факторы, негативно влияющие на здоровье человека.

Система ценностей существенно влияет на развитие самосознания личности в целом. Она, наряду с убеждениями, установками и принципами, характеризует также отношение человека к здоровью, и, следовательно, оказывает влияние на его поведение.

С точки зрения психологического подхода, проблема сохранения и укрепления здоровья – это проблема развития ценностного отношения личности к собственному здоровью, которое представляет собой сложное психическое новообразование, способствующее длительным позитивным изменениям поведения. Важным звеном развития такого отношения личности к собственному здоровью выступает каждый конкретно взятый учитель как проводник ценностного отношения к здоровью.

Развитие ценностного отношения к здоровью – длительный, сложный процесс, который заключается в многократном последовательном повторении изменений на уровне сознания и поведения личности. Одним из центральных механизмов процесса развития ценностного отношения к здоровью выступает самостоятельная активная деятельность субъекта по преодолению противоречия между осознанием ценности здоровья и реальным поведением.

Психологическими составляющими развития ценностного отношения к здоровью выступают внутриличностные условия: индивидуальные характеристики, система потребностей, усвоенные нормы, ценности и средства развития – направленные социальные воздействия, заключающиеся в предоставлении значимой информации о здоровье.

В проблеме здоровья не только социальные и личностные факторы, от которых зависит формирование образа жизни человека, но, к сожалению, и существующая система образования способствуют ухудшению состояния здоровья. Не вызывает сомнения, что решение основной задачи, связанной с предотвращением негативной тенденции в состоянии здоровья студентов, необходимо связать с совершенствованием системы содержания и

технологий обучения в высшей школе, с разработкой и созданием условий, обеспечивающих ценностное отношение студентов к своему здоровью.

Обобщая вышесказанное можно говорить о том, что отношение к здоровью студентов, особенно будущих учителей, России — важнейший фактор, определяющий жизнь всего общества в ближайшей и отдаленной перспективе, что в очередной раз подтверждает актуальность проблемы ценностного отношения к здоровью юношей и девушек студенческого возраста, а, как следствие, новые научные исследования и разработки в этой области.

Глава II Эмпирическое исследование ценностного отношения к здоровью студентов педагогического вуза

2.1 Организация и методы исследования.

Основным теоретико-методологическим основанием конкретного исследования явились концепции: философских положений о всеобщей связи, целостности и взаимообусловленности явлений и процессов окружающего мира; диалектике единства психической и физической активности человека; положения и принципы системного подхода (Л. фон Берталанфи, Дж. Ван Гиг, В.Г. Афанасьев, И.В. Блауберг и др.), аксиологического подхода (О.Г. Дробницкий, А.Г. Здравомыслов, М.Ф. Каган, Г. Риккерт, В.П. Тугаринов и др.); деятельностного подхода (Л.С. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, и др.), личностно-ориентированного подхода (Е.В. Бондаревская, О.С. Газман, В.В. Сериков, И.С. Якиманская и др.); теории отношений личности (В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, Б.Ф. Ломов, В.Н. Мясищев), концепции валеологического образования и здорового образа жизни (И.И. Брехман, Г.К. Зайцев, В.Н. Касаткин, М.Л. Лазарев, Ю.П. Лисицын, Л.Г. Татарникова и др.).

Методологической основой исследования ценностного отношения к здоровью является концепция субъективных отношений личности (В.Н.Мясищев, 1995), согласно которой действия и поступки человека обусловлены сложившейся у него системой субъективных отношений к объектам и явлениям окружающего мира, обеспечивающей продуктивность какой-либо деятельности.

При изучении ценностного отношения к здоровью объектом исследования психолога является как собственно ценностно-смысловая

сфера, так и особенности психосоматического здоровья и здорового образа жизни личности. Диагностика ценностного отношения к здоровью личности базируется на теоретических основаниях и методологических подходах различных направлений психологии.

В соответствии с задачами настоящего исследования нами изучались уровни самооценки состояния здоровья, структура и содержание ценностных ориентаций и ценностное отношение к здоровью и здоровому образу жизни.

Подбирая, в соответствии с поставленными целями и задачами, экспериментальные методы исследования, мы стремились к тому, чтобы они позволили охарактеризовать основные особенности ценностного отношения к здоровью исследуемой нами группы студентов педагогического вуза. В качестве основных методов сбора информации использовались тестовые опросники в бланковом варианте с последующей компьютерной обработкой.

Методики:

- **«Уровень соотношения ценности и ее доступности в различных жизненных сферах»** (Е.Б. Фанталова) для изучения системы ценностных ориентаций студентов: жизненных сфер с позиции их ценности и доступности для юношей и девушек;
- **Опросник «Анкета самооценки состояния здоровья» В.П.Войтенко** для определения уровня оценки состояния здоровья;
- **«Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» (С.Д.Дерябо, В.А.Ясвин)** для определения отношения к здоровью и субъективной оценке состояния своего здоровья, в которой проявляются элементы внутренней картины.

Ниже мы приводим описание диагностических методов исследования.

«Уровень соотношения ценности и ее доступности в различных жизненных сферах» (Е.Б. Фанталова).

В основу методики положена процедура многомерного шкалирования. Точнее, один из его методов — парное сравнение (см. Приложение 1)

Испытуемому предъявляется список жизненных сфер, бланк для ответов и предоставляется инструкция: вся последующая работа строится в 2 этапа, на каждом из которых необходимо попарно сравнивать между собой те или иные сферы деятельности. На каждом этапе нужно заполнить по одной матрице.

Этап 1 Выполняется парное сравнение жизненных сфер. При этом следует выбрать ту из них, которая для вас более значима, более ценна. Результаты выборов в каждой паре сравнения заносятся в соответствующие поля бланка для ответов (матрицы).

Этап 2 Вновь сопровождается заполнением таблицы. Выполняя парное сравнение, необходимо выбрать ту сферу жизни, которая для вас является более доступной. Свой ответ вновь необходимо занести в матрицу.

- **«Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» (С.Д.Дерябо, В.А.Ясвин** (см. Приложение 2)

Психологический тест «Индекс отношения к здоровью» диагностирует такой важнейший параметр отношения к здоровью, здоровому образу жизни, как интенсивность. Параметр интенсивности показывает, в какой степени и в каких сферах проявляется субъективное отношение. Одному человеку просто «хочется быть здоровым» и не больше — низкая интенсивность отношения. Другой, «фанат», занимается в спортивных секциях, следит за своим питанием, делает зарядку, посещает соответствующие лекции о здоровом образе жизни и т.д. — высокий уровень интенсивности.

Субъективное отношение к здоровью проявляется и в различных сферах: один в основном любит читать литературу о здоровье, другой — заниматься различными оздоровительными процедурами, третий пытается

изменять отношение окружающих людей к своему здоровью и т.д., а кто-то делает и то, и другое, и третье.

Существующее у человека отношение к какому-либо объекту определяет, что он чувствует, как думает, как действует и как поступает во всех ситуациях, связанных с этим объектом. Соответственно, интенсивность отношения к здоровью также включает в себя четыре компонента: эмоциональный, познавательный, практический и поступочный. Тест «Индекс отношения к здоровью» состоит из четырех субтестов, соответствующих четырем компонентам интенсивности субъективного отношения.

Эмоциональная шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в эмоциональной сфере. Она включает вопросы, диагностирующие, насколько человек сенситивен, чувствителен к различным витальным, жизненным проявлениям своего организма, насколько он восприимчив к эстетическим аспектам здоровья, насколько он способен получать наслаждение от своего здоровья и заботы о нем и пр. Вопросы разбиты на две группы: в первой степень выраженности эмоционального компонента определяется по ответам на вопросы о том, что сам испытуемый чувствует в определенных ситуациях, во второй – насколько он разделяет чувства других людей в тех или иных ситуациях.

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что испытуемый способен наслаждаться своим здоровьем, способен получать эстетическое удовольствие от здорового организма, чутко реагирует на поступающие от него сигналы, свободен от отрицательных эмоциональных стереотипов, существующих в обществе по отношению к здоровому образу жизни и пр. Иными словами, он заботится о здоровье не только потому, что это «необходимо», не под давлением обстоятельств, а ради удовольствия.

Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у данного человека носит рассудочный характер, мало затрагивает его эмоциональную сферу, забота о здоровье для него – просто необходимость, но никак не радостное и увлекательное занятие, что он глух к витальным проявлениям своего организма, не видит эстетического аспекта здоровья, находится под властью отрицательных общественных эмоциональных стереотипов по отношению к здоровому образу жизни и т.д.

Познавательная шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в познавательной сфере. Она включает две группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек готов воспринимать получаемую от других людей или из литературы информацию по проблемам здорового образа жизни («пассивные» вопросы), вторая – насколько человек стремится сам получать информацию по этой теме («активные»).

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что испытуемый проявляет большой интерес к проблеме здоровья, сам активно ищет соответствующую информацию в книгах, журналах, газетах, любит общаться с другими людьми на данную тему и т.д.

Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у него мало затрагивает познавательную сферу: он в лучшем случае готов лишь воспринимать поступающую от других людей информацию о здоровье, но сам не проявляет активности в ее поиске.

Практическая шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в практической сфере. Она также включает две группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек готов включаться в различные практические действия, направленные на заботу о своем здоровье, когда они предлагаются, организовываются другими людьми, вторая – насколько

человек сам, по собственной инициативе стремится осуществлять эти действия.

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что обследуемый активно заботится о своем здоровье в практической сфере: склонен посещать различные спортивные секции, делать специальные упражнения, заниматься оздоровительными процедурами, формировать у себя соответствующие умения и навыки, вести здоровый образ жизни в целом.

Низкие баллы говорят о том, что он готов лишь в какой-то мере включаться в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, которую организуют другие люди, в крайнем случае он может что-то предпринять, если этого потребует ситуация.

Поступочная шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых им поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с его отношением. Она включает три группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек стремится повлиять на членов своей семьи, чтобы они вели здоровый образ жизни, вторая – насколько он стремится повлиять на своих знакомых, третья – на других людей, общество в целом.

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что испытуемый активно стремится изменять свое окружение: старается повлиять на отношение к здоровью у окружающих его людей, стимулировать их вести здоровый образ жизни, пропагандирует различные средства оздоровления организма, вообще создает вокруг себя здоровую среду.

Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью остается у него «личным делом», он не стремится как-то изменить свое окружение.

Общая шкала. Показатель интенсивности получается путем суммирования баллов по четырем предыдущим шкалам. Он диагностирует, насколько в целом сформировано отношение к здоровью у данного человека, насколько сильно оно проявляется.

Высокие баллы по тесту в целом говорят о том, что у него существует высокосформированное, «хорошее» отношение к здоровью и здоровому образу жизни. Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у испытуемого сформировано плохо, он находится в «зоне риска»: в этом случае высока вероятность того, что он не будет вести здоровый образ жизни, а это рано или поздно приводит к заболеваниям.

Тест «Индекс отношения к здоровью» состоит из двух частей (вариантов) для повышения надежности результатов, проводимых с небольшим интервалом.

Тест построен по принципу так называемых альтернативных полюсов. Испытуемому даются два высказывания (**А** и **Б**) и предлагается выбрать то из них, которое больше соответствует его мнению, тому, что он чувствует, думает в определенных ситуациях, как он обычно себя в них ведет. Он может выбрать или вариант **А**, или вариант **Б**, или поставить стрелку в сторону одного из вариантов («скорее **А**, чем **Б**» и «скорее **Б**, чем **А**»). Каждая часть теста включает 24 пары альтернативных высказываний. Ситуации, использованные в тесте, требуют определенного уровня социального развития и опыта. Он может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом варианте, как устно, так и письменно. Предпочтителен письменный индивидуальный вариант в неформальной обстановке.

Опросник «Анкета самооценки состояния здоровья» В.П.Войтенко
(см.Приложение 3)

Самооценка состояния здоровья осуществляется с помощью анкетирования по В.П. Войтенко. С этой целью применяется анкета, состоящая из 28 вопросов, на 27 из них предусмотрены ответы «да – нет», последний вопрос требует не только выбора ответа из предложенных, но и его конкретизации. Для самооценки состояния здоровья используются данные анкетирования: подсчитывается число неблагоприятных для испытуемых ответов на 27 вопросов, в дальнейшем прибавляется 1, если на последний вопрос дан ответ «плохое». Итоговая оценка отражает количественную самооценку здоровья - 0 - при «идеальном» и 28 - при «очень плохом» самочувствии.

На первом этапе обработки результатов исследования были применены такие основные статистики как средняя величина, а также ранжирования данных. Их расчет производился по общепринятым формулам, при помощи программ электронные таблицы Microsoft Excel 2010, пакеты STATGRAPHICS PLUS 5.0. При анализе результатов для оценки значимости средних величин использовался U –критерий Манна-Уитни.

Представленное исследование проходило в несколько этапов.

На *первом этапе* изучалось состояние проблемы ценностного отношения студентов к здоровью в психолого-педагогической литературе; определялся научный аппарат диссертации, актуализировались ведущие идеи исследования.

На *втором этапе* происходило углубление теоретического и практического изучения основных аспектов исследуемой проблемы, выявление особенностей ценностного отношения к здоровью юношей и девушек педагогического вуза.

Выделены группы студентов: юноши и девушки Института психолого-педагогического образования и исторического факультета Красноярского

государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. В экспериментальном исследовании приняло участие семьдесят пять студентов университета. Общее распределение участников исследования можно проследить на рисунке 2.1. и 2.2.

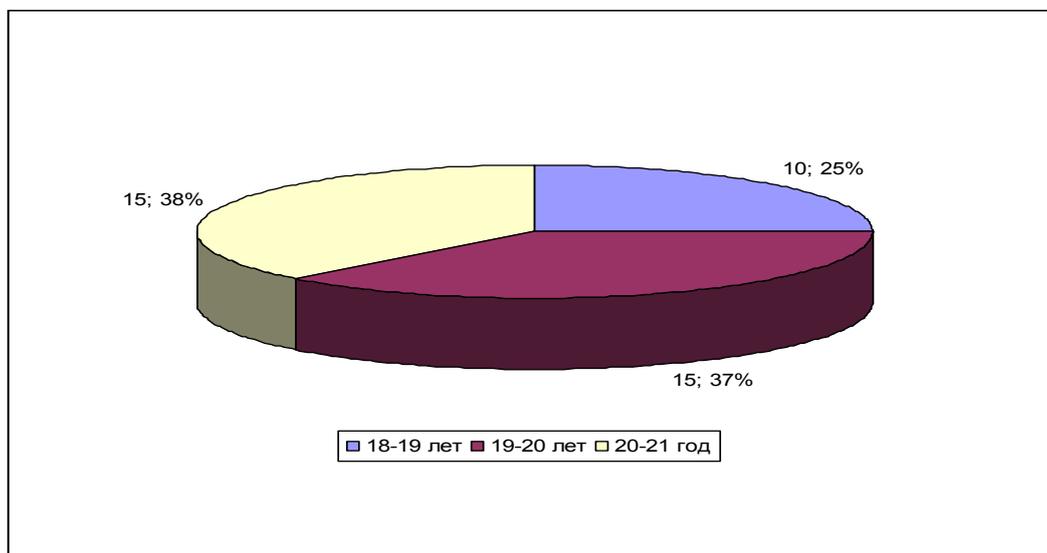


Рис. 2.1 Девушки педагогического вуза

Среди студенток 25% (10 человек) составляют девушки в возрасте 18-19 лет, 37%(15 человек) в возрасте 19-20 лет и 38% (15 человек) в возрасте 20-21 года.

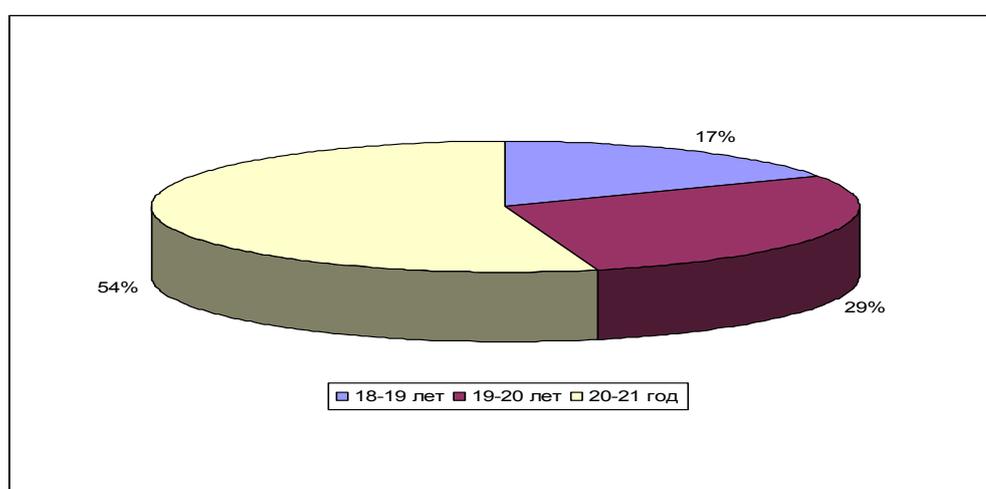


Рис. 2.2 Юноши педагогического вуза

Среди студентов 17%(6 человек) составляют юноши в возрасте 18-19 лет, 29% (10 человек) в возрасте 19-20 лет и 54 % (19 человек) в возрасте 20-21 года.

На *третьем этапе* осуществлялись обобщение диагностических материалов и систематизация данных, полученных практическим и теоретическим путем, обсуждались результаты внедрения в практику учебно-воспитательного процесса вуза, формулировались основные выводы, определялись перспективы исследования

2.2 Особенности самооценки состояния здоровья юношей и девушек

Самооценка здоровья студентами профессиональных учебных заведений является не только отражением субъективного оценивания своего физического и психического благополучия, что в целом отражает уровень текущего психофизического состояния, но и представляет «определенный тип самопереживания человека». В юношеском возрасте особый интерес представляют данные, свидетельствующие об уровне самооценки физического, психического и социального благополучия при сравнении их по полу и типу учебного заведения.

Для изучения самооценки состояния здоровья юношей и девушек педагогического вуза, мы использовали опросник «Анкета самооценки состояния здоровья» В.П.Войтенко. Результаты изучения уровней самооценки психосоматического здоровья девушек и юношей представлены на рисунке 2.3, 2.4.

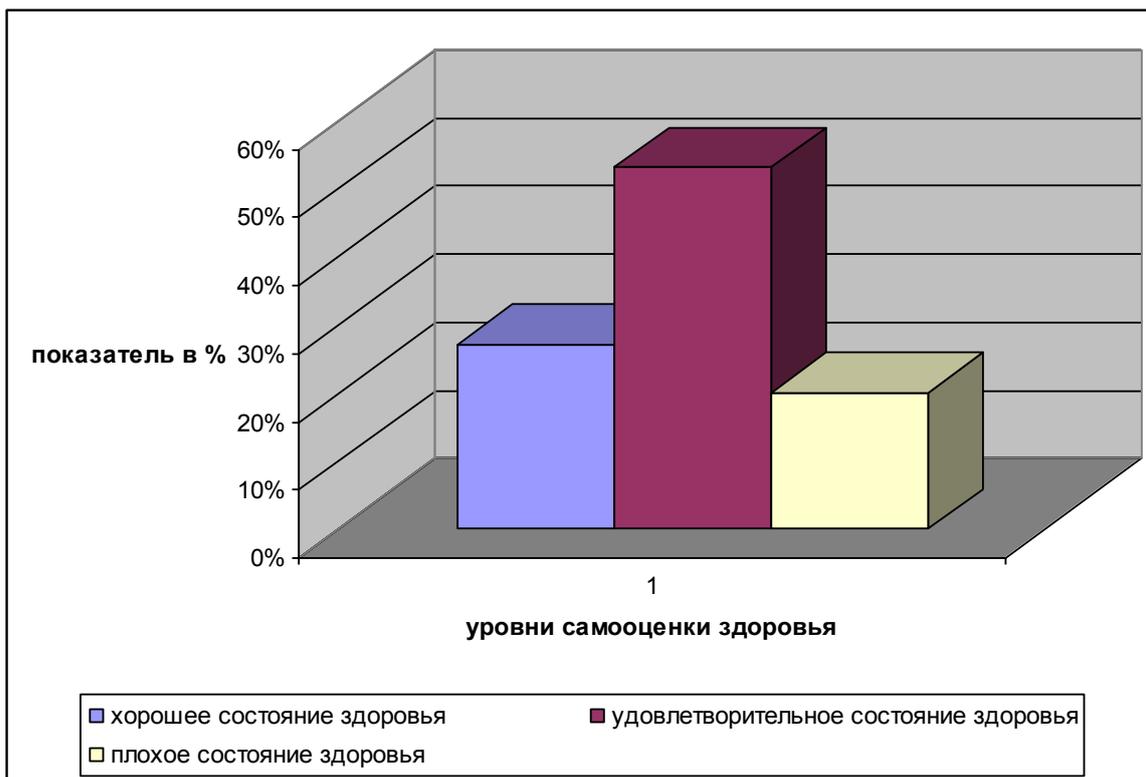


Рис. 2.3 Показатели самооценки здоровья (в %) в группе девушек

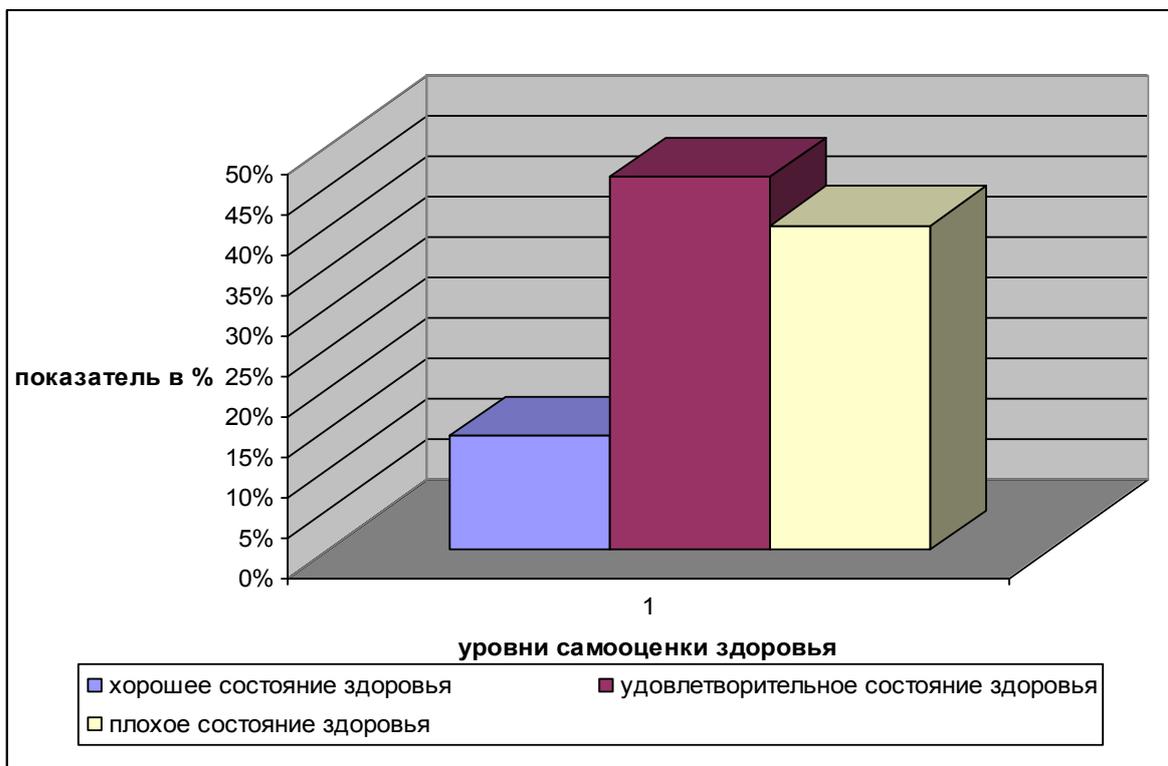


Рис. 2.4 Показатели самооценки здоровья (в %) в группе юношей

Анализ данных представленных на рисунках 2.3 и 2.4 позволил выявить особенности самооценки здоровья в группе девушек и юношей.

В группе девушек – 27% (11 человек) оценивают состояние здоровья как «относительно хорошее»; 53% девушек (21 человек) оценивают состояние здоровья как «удовлетворительное». В ответах на вопросы анкеты студенток первое место занимают: усталость, головная боль, головокружение, ухудшение зрения, снижение работоспособности, отечность нижних конечностей. В этой группе студентов 20% (9 человек) оценили свой уровень психосоматического здоровья как «плохой». Это выражается в угнетенном психологическом состоянии, недовольство своим внешним видом, частые головные боли, иногда ощущение «покалывания», боли в пояснице.

В группе юношей только 14 % (5 человек) оценивают состояние здоровья как «относительно хорошее»; 46 % юношей (16 человек) оценивают состояние здоровья как «удовлетворительное»: усталость, головная боль, ухудшение зрения, снижение работоспособности. В этой группе студентов 40% (14 человек) оценили свой уровень психосоматического здоровья как «плохой».

Для дальнейшего анализа и выделения особенностей психосоматического здоровья студентов мы считаем важным сравнить уровни самооценки состояния здоровья юношей и девушек педагогического вуза. Проанализируем полученные результаты более подробно.

Сравнительный анализ данных показал, что достоверно значимые различия определены по трем показателям опросника «Анкета самооценки состояния здоровья» В.П.Войтенко у юношей и девушек (см. табл.2.1).

Таблица 2.1

Сводная таблица результатов по опроснику «Анкета самооценки состояния здоровья» В.П.Войтенко в группах юношей и девушек педагогического вуза

№ п/п	Уровни состояния здоровья	Средний показатель (в баллах)		U-критерий Манна- Уитни	Уровень достовернос ти различий
		девушки	юноши		
1	I уровень (хорошее состояние здоровья)	8,2	5,3	63,0	0,002
2	II уровень (удовлетворительное состояние здоровья)	14,3	12,7	73,5	0,054
3	III уровень (плохое состояние здоровья)	18,5	20,1	79,5	0,043

Анализируя результаты, представленные в таблице 2.1, мы выделили уровни оценки состояния здоровья юношей и девушек. Первый уровень самооценки психосоматического здоровья девушек и юношей составляет 8,2 балла против 5,3 балла, второй уровень самооценки психосоматического здоровья девушек и юношей составляет 14,3 балла против 12,7 балла и третий уровень самооценки психосоматического здоровья девушек и юношей составляет 18,5 балла против 20,1 балла.

Так, по показателю «хорошее состояние здоровья» степень достоверности составила $p=0,002$, при этом данная самооценка психосоматического здоровья для девушек более значима, чем для юношей.

Степень достоверности различий по показателю «удовлетворительное состояние здоровья» составила $p=0,054$, причем, этот уровень самооценки психосоматического здоровья в большей степени характерен для девушек, чем для юношей.

По показателю «плохое состояние здоровья» также обнаружена значимая степень достоверности различий ($p=0,043$), при этом данная самооценка психосоматического здоровья более свойственна для юношей, чем для девушек.

Исходя из анализа данных, можно констатировать, что групповой «портрет» психосоматического здоровья юношей и девушек имеет свои отличия (см. рис.2.5).

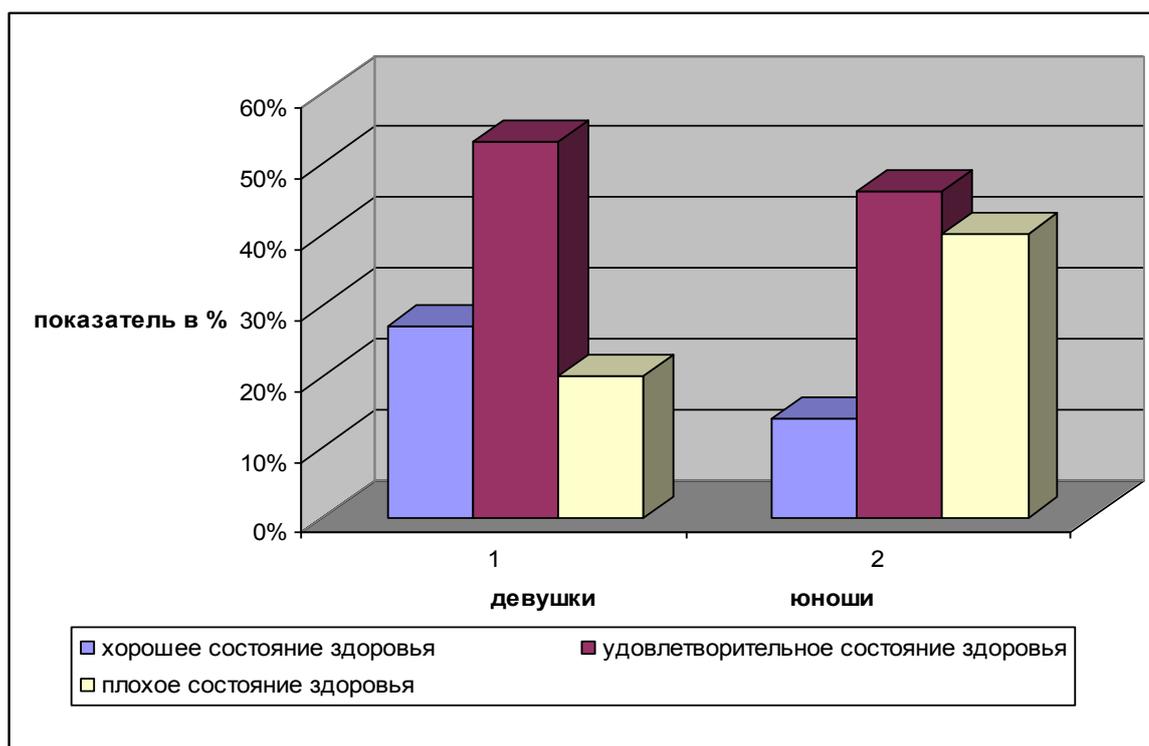


Рис. 2.5 Показатели самооценки здоровья (в %) девушек и юношей

В группе девушек - 80% (32 человека) оценивают свое состояние здоровья как относительно хорошее и удовлетворительное, 20% - плохое. В

группе юношей – только 14% оценивают свое состояние здоровья как относительно хорошее и 86% оценивают свое состояние здоровья как плохое и удовлетворительное.

Мы можем предположить, что спад в состоянии здоровья наблюдается в возрасте 18–21 года, когда только и начинается сложный, самостоятельный период жизни, требующий активности всех внутренних резервов личности, к которому шла подготовка все предыдущие годы. Можно констатировать, что к этому моменту у большинства молодых людей здоровье сильно подорвано, многие из них имеют затяжные, хронические заболевания. Однако образ жизни студенческой молодежи нельзя назвать здоровым. Он характеризуется высокой распространенностью негативных стереотипов поведения и низкой физической активностью, наличием вредных привычек, недостаточной продолжительностью сна и пребывания на свежем воздухе, нерациональным питанием.

Наряду с особенностями самооценки состояния здоровья необходимо рассмотреть отношение к своему здоровью юношей и девушек, которое представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями, окружающей действительности, способствующими или наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом физического и психологического состояния. Систематичное отслеживание ценностного отношения к здоровью современных студентов позволяет установить уровень информированности студентов в области ведения здорового образа жизни, обосновать новые подходы и механизмы формирования здорового образа жизни студенческой молодежи.

Для определения отношения к здоровью и субъективной оценке состояния своего здоровья, в которой проявляются элементы внутренней картины, мы методику использовали методику «Индекс отношения к

здоровью и здоровому образу жизни» (С.Д.Дерябо, В.А.Ясвин). Результаты изучения уровней самооценки психосоматического здоровья девушек и юношей представлены на рисунке 2.6, 2.7.

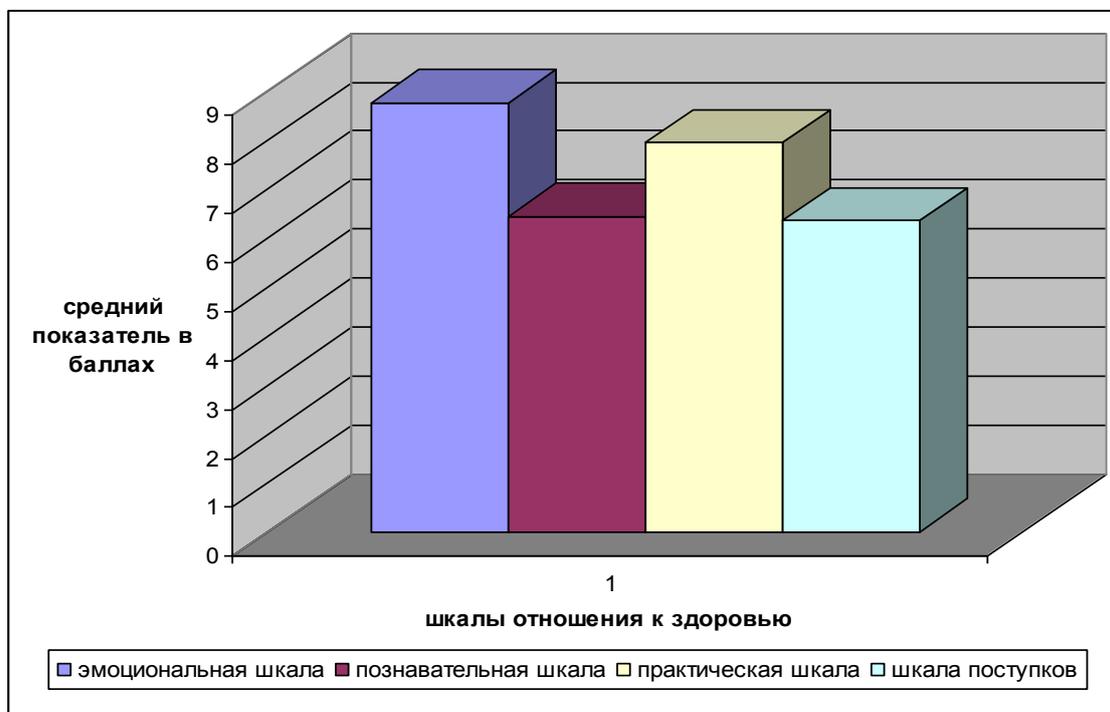


Рис. 2.6. Показатели (в баллах) отношения к здоровью по методике «Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» в группе юношей

Анализ данных представленных на рисунках 2.6 и 2.7 позволил выявить особенности отношения к здоровью в группах девушек и юношей.

В группе юношей показатель по критерию «эмоциональная шкала» (8,76 баллов) – это говорит о том, что отношение к здоровью у данной группы носит рассудочный характер, мало затрагивает его эмоциональную сферу, забота о здоровье для них – просто необходимость, но никак не радостное и увлекательное занятие; они глухи к витальным проявлениям своего организма, не видят эстетического аспекта здоровья, находится под

властью отрицательных общественных эмоциональных стереотипов по отношению к здоровому образу жизни и т.д.

На познавательном уровне – *«познавательная шкала»* (6,44 балла) понимание здорового образа жизни у подростков преимущественно «физиологическое»: отсутствие вредных привычек, занятия физической культурой и спортом, рациональное питание, различные процедуры по поддержанию своего здоровья. Отношение к здоровью у них мало затрагивает познавательную сферу: они в лучшем случае готовы лишь воспринимать поступающую от других людей информацию о здоровье, но сам не проявляет активности в ее поиске.

Практический уровень – *«практическая шкала»* (7,94 балла) в группе юношей характеризуется тем, что они готовы лишь в какой-то мере включаться в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, которую организывают другие люди, в крайнем случае, они могут что-то предпринять, если этого потребует ситуация. Не всегда стремятся проявить готовность и стремление к реальной практической деятельности над собой.

«Поступочная шкала» (6,35 баллов) проявляется отношение юношей к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых им поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с его отношением. Юноши считают отношение к здоровью «личным делом», он не стремятся как-то изменить свое окружение.

Рассмотрим далее особенности отношения к здоровью в группе девушек по выделенным компонентам интенсивности: эмоциональному, когнитивному, практическому и поступочному (см. рис.2.7).

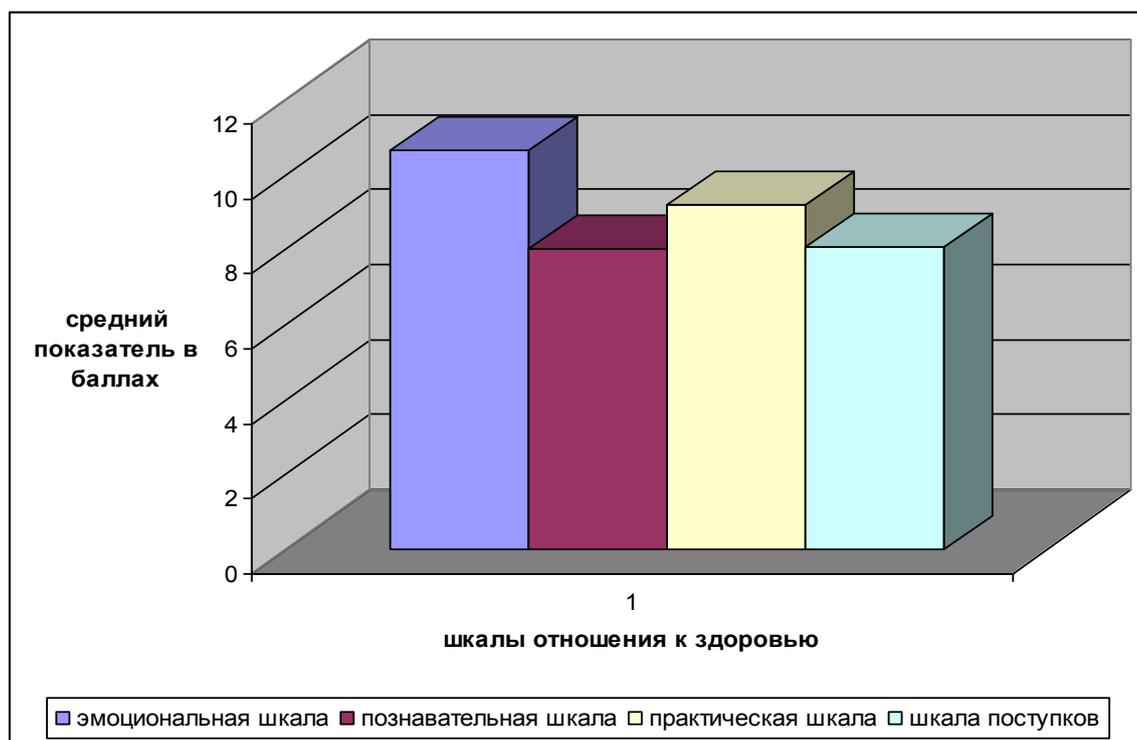


Рис. 2.7. Показатели (в баллах) отношения к здоровью по методике «Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» в группе девушек

В группе девушек показатель по критерию «эмоциональная шкала» (10,61 баллов) – это говорит о том, что девушки способны наслаждаться своим здоровьем, способен получать эстетическое удовольствие от здорового организма, чутко реагирует на поступающие от него сигналы, свободны от отрицательных эмоциональных стереотипов, существующих в обществе по отношению к здоровому образу жизни и пр. Иными словами, они заботятся о здоровье не только потому, что это «необходимо», не под давлением обстоятельств, а ради удовольствия.

На познавательном уровне – «познавательная шкала» (8,01 балла) понимание здорового образа жизни у девушек связано с проявлением большого интереса к проблеме здоровья; они сами активно ищут соответствующую информацию в книгах, журналах, газетах, любят общаться с другими людьми на данную тему и т.д.

Практический уровень – «*практическая шкала*» (9,17 баллов) в группе девушек характеризуется тем, что они активно заботятся о своем здоровье в практической сфере: склоны посещать различные спортивные секции, делать специальные упражнения, заниматься оздоровительными процедурами, формировать у себя соответствующие умения и навыки, вести здоровый образ жизни в целом.

«*Поступочная шкала*»(8,02 балла) проявляется отношение девушек к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых им поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с его отношением. Девушки активно стремятся изменять свое окружение: стараются повлиять на отношение к здоровью у окружающих его людей, стимулировать их вести здоровый образ жизни, пропагандирует различные средства оздоровления организма, вообще создает вокруг себя здоровую среду.

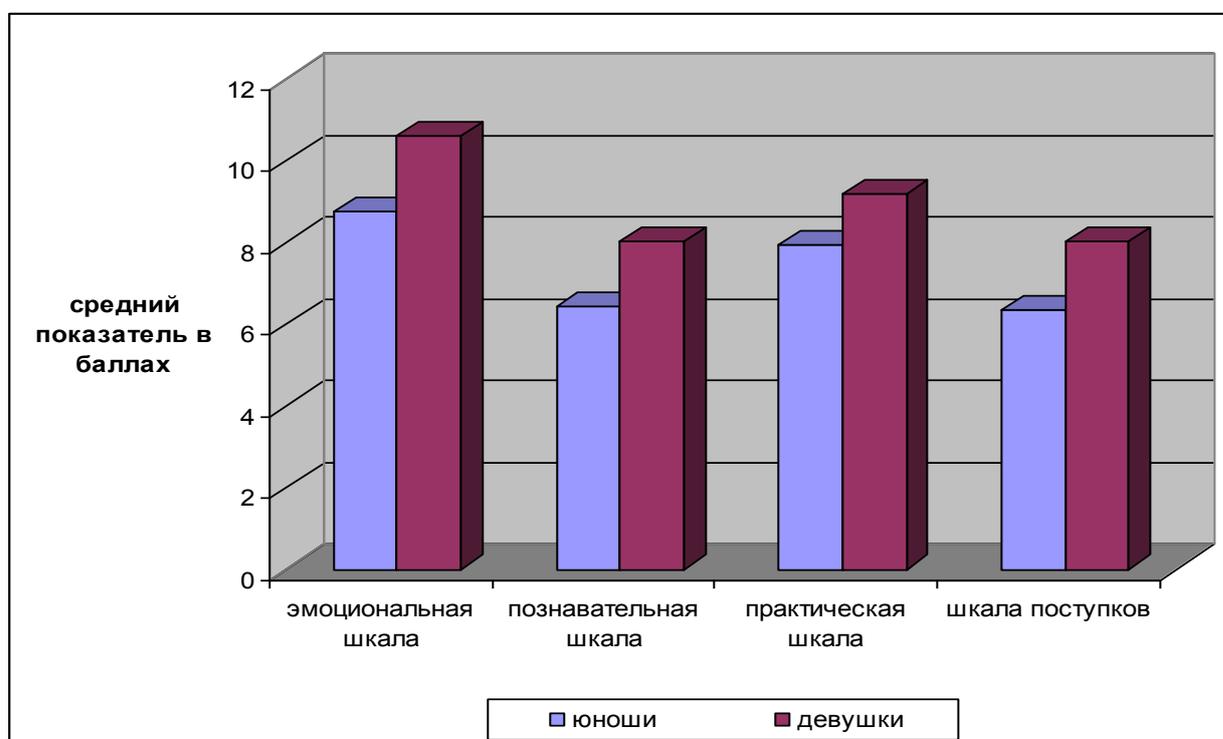


Рис. 2.8 Показатели (в баллах) отношения к здоровью по методике «Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» в группе девушек и юношей

Исходя из выше сказанного, отношение к здоровью в группе юношей сформировано слабо, они находятся в «зоне риска»: в этом случае высока вероятность того, что они не будут вести здоровый образ жизни, а это рано или поздно может привести к заболеваниям. Отношение к здоровью в группе девушек сформированное, «хорошее» отношение к здоровью и здоровому образу жизни.

Для дальнейшего анализа и выделения особенностей отношения к здоровью студентов мы считаем важным сравнить уровни ценностного отношения юношей и девушек педагогического вуза. Проанализируем полученные результаты более подробно. Сравнительный анализ данных показал, что достоверно значимые различия определены по пяти шкалам методики методике «Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» у юношей и девушек (см. табл.2.2).

Анализируя результаты, представленные в таблице 2.2, мы выделили низкие и высокие показатели отношения к здоровью юношей и девушек.

По показателю «*Эмоциональная шкала*» у девушек и юношей составляет 10,61 балла против 8,76 баллов; второй показатель «*Познавательная шкала*» отношения к здоровью у девушек и юношей составляет 8,01 балла против 6,44 балла; третий показатель «*Практическая шкала*» отношения к здоровью девушек и юношей составляет 9,17 баллов против 7,94 балла; четвертый показатель «*Поступочная шкала*» отношения к здоровью девушек и юношей составляет 8,02 балла против 6,35 балла и пятый показатель «*индекс отношения к здоровью*» 38,36 против 35,63.

Так, по показателю «*Эмоциональная шкала*» степень достоверности составила $p=0,005$, при этом сенситивность, чувствительность к различным жизненным проявлениям своего организма, восприимчивость к эстетическим аспектам здоровья, получение наслаждения от своего здоровья и заботы о нем в большей степени свойственно девушкам, чем юношам.

Таблица 2.2

Сводная таблица результатов по методике «Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» (С.Д.Дерябо, В.А.Ясвин) в группах юношей и девушек

№ п/п	Шкалы методики	Средний показатель (в баллах)		U-критерий Манна- Уитни	Уровень достовернос ти различий
		девушки	юноши		
1	Эмоциональная шкала	10,61	8,76	794,0	0,005
2	Познавательная шкала	8,01	6,44	7665,5	0,020
3	Практическая шкала	9,17	7,94	724,5	0,042
4	Поступочная шкала	8,02	6,35	759,5	0,025
5	Общий индекс здоровья	38,36	35,63	296,0	0,023

Степень достоверности различий по показателю «*Познавательная шкала*» составила $p=0,020$, причем насколько человек готов воспринимать получаемую от других людей или из литературы информацию по проблемам здорового образа жизни и стремление к самостоятельному получению информации по этой теме характерны для девушек, чем для юношей.

По показателю «*Практическая шкала*» также обнаружена значимая степень достоверности различий ($p=0,043$), при этом степень проявления в отношении к здоровью, здоровому образу жизни в практической сфере, включенность в различные практические действия, направленные на заботу о своем здоровье более свойственна девушкам, чем юношам.

Степень достоверности различий по показателю «*Поступочная шкала*» составила $p=0,025$, причем степень проявления в отношении к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с его отношением характерна для девушек, чем для юношей.

По показателю «*Общий индекс здоровья*» также обнаружена значимая степень достоверности различий ($p=0,023$), при этом сформированность отношение к своему здоровью более свойственна девушкам, чем юношам.

Далее рассмотрим результаты методики диагностики системы ценностных ориентаций личности Е.Б. Фанталовой. Важно заметить, что исследования проблемы ценностей и ценностных ориентаций, проводившиеся за рубежом (Э.Шпрангером, А.Маслоу, Дж.Холландом, М.Рокичем, В.Франклом, С.Шварцем, В.Билски и др.) и в нашей стране (Б.Г.Ананьев, С.Л.Рубинштейн, В.Н.Мясищев и др.), показали, что ценностные ориентации являются важнейшими компонентами структуры личности. Ценностные ориентации человека являются важнейшей характеристикой его личности, поскольку определяют его отношения и особенности взаимодействия с окружающим миром, детерминируют и регулируют поведение человека. Осознавая собственные ценностные ориентации, человек ищет свое место в мире, размышляет над смыслом и целью жизнедеятельности.

Можно согласиться с мнением М.С.Раитиной (2006) о том, особенности строения и содержания ценностных ориентаций личности обуславливают ее направленность и определяют позицию человека по отношению к тем или иным явлениям действительности.

Результаты проведенного эмпирического исследования сферы личностных ценностей с помощью данной методики дают достаточное

представление о жизненных сферах с позиции их ценности и доступности для юношей и девушек.

Для прикладных целей особое значение приобретает типология ценностей по их месту в статусно-иерархической структуре ценностного сознания студентов.

С учетом результатов эмпирических исследований по этому основанию можно выделить четыре группы ценностей:

- ценности высшего статуса, «ядро» ценностной структуры;
- ценности среднего статуса. Которые могут перемешаться в состав ядра или на периферию, поэтому их можно представить как «структурный резерв»;
- ценности ниже среднего, но не самого низкого статуса, или «периферия» - они также подвижны и могут перемещаться в «резерв» или в «хвост»;
- ценности низшего статуса или упомянутый «хвост» ценностей структуры, состав которого малоподвижен.

Ценностное ядро можно охарактеризовать, как доминирующую в общественном сознании группу ценностей, которые интегрируют общество или другую социальную общность в некоторое целое.

Структурный резерв находится между доминированием и оппозицией, являясь той областью, где наиболее интенсивно проявляются ценностные конфликты между индивидами и социальными группами, а также внутриличностные конфликты. Периферия включает в себя оппозиционные ценности, разделяя членов общности на приверженцев существенно разных, подчас несовместимых ценностей, и поэтому вызывающих наиболее острые конфликты. В хвосте же оказываются ценности явного меньшинства, отличающиеся от остальных ее членов общности большей стабильностью

своих ориентаций, унаследованных от прошлых пластов культуры [Н.И. Лапин, 1996].

В ходе исследования обращалось внимание на выявление не только значимых для испытуемых ценностей (как предпочитаемых, так и отвергаемых), но и на особенности их структурирования у юношей и девушек.

Результаты изучения значимости жизненных сфер с позиции их ценности для студентов данных групп представлены на рис.2.9. Анализ данных, представленных на рисунке 2.9, позволил нам выявить иерархию жизненных сфер с позиции ценности в группе девушек. В иерархии жизненных сфер с позиции ценности абсолютно доминируют следующие ценности: «здоровье»(7,56), «активная, деятельностная жизнь»(6,74), «познание»(6,96), «творчество»(6,73).



Рис. 2.9 Профиль жизненных сфер с позиции их ценности в группе девушек

Примечание

1- активная деятельная жизнь; 2- здоровье;3-интересная работа;4-красота природы и искусства;5- любовь; 6- материально обеспеченная жизнь; 7- наличие хороших и верных друзей; 8- уверенность в себе; 9- познание; 10- свобода, независимость в поступках; 11- счастливая семейная жизнь; 12-творчество.

Выстроив иерархическую структуру ценностей, было выявлено, что доминирующую позицию в иерархии жизненных сфер с позиции их ценности занимает **«здоровье»**. Девушки осознают то, что именно здоровье, причем, как физическое, так и психическое, является главной ценностью жизни, позволяет верить в резервы своего организма, быть уверенным в себе получать, удовольствие от общения в кругу друзей и семьи. Это, в свою очередь позволяет максимально использовать свои профессиональные возможности и постоянно работать над собой. Менее значимыми, чем вышеперечисленные ценности для студентов данной группы являются следующие ценности: *«интересная работа»* (6,48); *«любовь»*(6,25); *«наличие хороших и верных друзей»*(6,08); *«уверенность в себе»*(5,85). Говоря об интересной работе, девушки связывают ее с общением со сверстниками, с теплыми и добрыми отношениями в кругу семьи и друзей, со зрелостью суждений и здравым смыслом. Значительно меньше значение придают таким ценностям: *«красота природы и искусства»*(5,10); *«свобода»*(4,95); *«семейная счастливая жизнь»* (4,85). И малозначительными ценностями в иерархической структуре ценностей являются: *«материально обеспеченная жизнь»*(3,78).

У юношей ценностное «ядро» составляют следующие жизненные ценности с позиции их ценности (см. рис. 2.10): *«любовь»*(7,34), *«материально обеспеченная жизнь»*(7,60), *«уверенность в себе»* (6,10). Ценностями среднего статуса для юношей являются ценности: *«уверенность в себе»* (6,10); *«интересная работа»* (5,89); *«наличие хороших друзей»* (5,42); *«свобода»* (5,34). Можно сказать о том, что уверенность в своих силах определяет цели пути развития, как в личностном плане, так и в профессиональном. Значительно меньшее значение имеют ценности: *«здоровье»*(4,79); *«красота природы»*(4,42); *«творчество»* (4,76).

К ценностям, имеющим самый низкий статус юноши отнести: «активная жизнь» (3,12); «познание» (3,45).

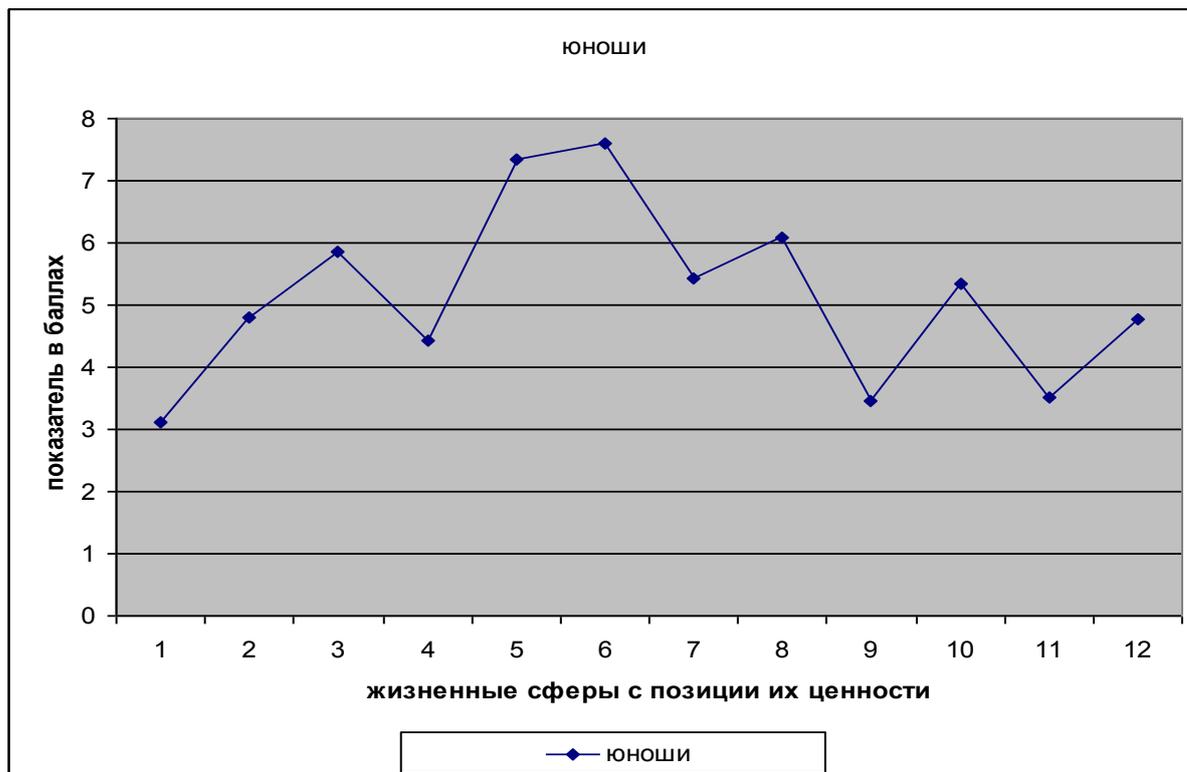


Рис. 2.10 Профиль жизненных сфер с позиции их ценности в группе юношей

Примечание:

1- активная деятельная жизнь; 2- здоровье;3-интересная работа;4-красота природы и искусства;5- любовь; 6- материально обеспеченная жизнь; 7- наличие хороших и верных друзей; 8- уверенность в себе; 9- познание; 10- свобода, независимость в поступках; 11- счастливая семейная жизнь; 12-творчество.

Сравнительный анализ результатов исследования показал, что потребность в здоровье занимает ведущее место в иерархии жизненных сфер с позиции ценности в группе девушек, в группе юношей – здоровье входит в состав ценностей нижнего яруса. Разумеется, ценность человеческого здоровья действительно высока. Возможно, одной из причин данного расположения ценностей является приоритет биологической составляющей смысловых жизненных ориентаций. Еще одной из причин высокого места здоровья может быть его семантическое отождествление с понятием «жизнь». Повышается уровень профессионального развития, и здоровью

отводится менее значимое место. Это не означает, что с повышением уровня профессионального развития человек все меньше хочет быть здоровым.

В данном случае ценность как бы «вытесняется» другой, более актуальной на данном этапе, более важной. В связи с этим, необходима актуализация потребности в здоровье физическом и духовном, обусловленная их ценностью, как средства достижения других жизненно важных ценностей (например, хорошо выглядеть, быть материально обеспеченным, занимать определенное положение в обществе, на работе и т.п.), что будет активизировать действенную заботу о физическом благополучии.

Рассмотрим далее особенности выбора жизненных сфер с позиции их доступности у юношей и девушек. Иерархия жизненных сфер с позиции их доступности в группе девушек представлена на рисунке 2.11.



Рис. 2.11 Профиль жизненных сфер с позиции их доступности в группе девушек

Примечание:

1- активная деятельная жизнь; 2- здоровье; 3-интересная работа; 4-красота природы и искусства; 5- любовь; 6- материально обеспеченная жизнь; 7- наличие хороших и верных друзей; 8- уверенность в себе; 9- познание; 10- свобода, независимость в поступках; 11- счастливая семейная жизнь; 12-творчество

Так, в «ядро» ценностей у девушек входят: «здоровье»(8,32), «активная жизнь»(7,24), «уверенность в себе»(7,26), «познание»(7,13). «наличие хороших и верных друзей»(7,45). Несколько менее значимыми, оказались следующие ценности: «интересная работа» (6,67); «любовь» (6,34); «творчество» (6,82). Доминирующей ценностью является «здоровье». К ценностям среднего статуса относятся «красота природы» (5,72); «свобода» (5,45); «счастливая семейная жизнь» (4,65). К ценностям, имеющий самый низкий статус, девушки отнесли: «материально обеспеченную жизнь» (3,62).

Рассмотрим особенности профиля жизненных сфер с позиции их доступности в группе юношей (см. рис. 2.12).



Рис. 2.12 Профиль жизненных сфер с позиции их доступности в группе юношей

Ведущие ранги в иерархии жизненных сфер с позиции их доступности (см. рис.2.8) принадлежат ценностям: «любовь»(7,45); «Материально обеспеченная жизнь»(7,65); «наличие хороших друзей» (6,56).

Менее значимы в иерархии жизненных сфер такие ценности: «красота природы» (5,21); «уверенность в себе»(6,25); «творчество» (5,23). И завершают иерархию следующие ценности: «активная жизнь» (4,62); «здоровье» (5,15); «интересная работа»(4,75); «познание»(4,53); «свобода» (5,16) и «счастливая семейная жизнь»(3,64).

На основании выше сказанного можно заключить, что в структуре ценностных ориентаций значимое место занимают «любовь», «Материально обеспеченная жизнь» и «наличие хороших друзей», здоровье как ценность занимает нижние ярусы в иерархии жизненных сфер с позиции доступности.

Проанализируем полученные результаты более подробно. Сравнительный анализ данных показал, что существует достоверно значимые различия показателей по пяти жизненным сферам с позиции их ценности в группах юношей и девушек (см. табл.2.3).

Так, по шкале «активная деятельная жизнь» степень достоверности составила $p=0,001$, при этом активное отношение к тому, что происходит в общественной жизни, для девушек более значимо, чем для юношей.

Степень достоверности различий по шкале «здоровье» составила $p=0,013$, при этом ценность отношения к здоровью, как психическому, так и физическому, для девушек более значима на уровне ценности, чем для юношей.

Степень достоверности различий по шкале «материально обеспеченная жизнь» составила ($p=0,001$), причем быть материально обеспеченным человеком более значимо для юношей, чем для девушек.

По шкале «познание» также обнаружена значимая степень достоверности различий ($p=0,001$), при этом максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей в профессиональной деятельности .

Таблица 2.3

Сводная таблица показателей жизненных сфер с позиции их ценности для юношей и девушек

Ценности	Средние показатели значимости типов ценностей		Критерий Манна-Уитни (U)	Степень достоверности различий (p)
	Юноши	Девушки		
Активная, деятельная жизнь	3,12	7,56	552,5	0,001
Здоровье	4,79	6,74	243,5	0,013
Интересная работа	5,89	6,48	447,0	0,366
Красота природы и искусства	4,42	5,10	386,5	0,481
Любовь	7,34	6,25	279,0	0,202
Материально обеспеченная жизнь	7,60	3,78	182,5	0,001
Наличие хороших и верных друзей	5,42	6,08	487,0	0,342
Уверенность в себе	6,10	5,82	456,0	0,245
Познание	3,45	6,96	107,0	0,001
Свобода как независимость в поступках и	5,34	4,95	286,5	0,616

действиях				
Счастливая семейная жизнь	3,52	4,85	442,0	0,102
Творчество	4,76	6,73	220,0	0,016

характерно для девушек, чем для юношей. По остальным жизненным сферам достоверных различий не выявлено

Анализ достоверности различий показателей в иерархии жизненных сфер с позиции доступности выявил наличие степеней различий по семи ценностям (см. табл.2.4).

Так по шкале «любовь» обнаружена значимая степень достоверности различий ($p=0,039$), причем любовь: к своим близким, отцу, матери, в дальнейшем к мужу, жене, детям, более доступно юношам, чем девушкам.

По шкале «интересная работа» также обнаружена значимая степень достоверности различий ($p=0,016$), при этом иметь в жизни интересную работу, которая полностью удовлетворяла бы эмоционально, для девушек более доступна, чем для юношей.

Степень достоверности различий по шкале «материально обеспеченная жизнь» составила $p=0,001$, причем иметь в жизни высокий материальный достаток, уметь зарабатывать деньги и тратить их на полезные для себя и близких вещи, быть материально обеспеченным человеком более ценны для юношей, чем для девушек.

По шкале «здоровье» также обнаружена значимая степень достоверности различий ($p=0,025$), при этом иметь хорошее здоровье и постоянно заботиться о нем, для девушек более доступно, чем для юношей.

Таблица 2.4

Сводная таблица показателей жизненных сфер с позиции их доступности в группах юношей и девушек

Ценности	Средние показатели значимости типов ценностей		Критерий Манна-Уитни (U)	Степень достоверности различий (p)
	Юноши	Девушки		
Активная, деятельная жизнь	4,62	7,24	673,5	0,001
Здоровье	5,15	8,32	212,5	0,025
Интересная работа	4,75	6,67	227,0	0,016
Красота природы и искусства	5,21	5,72	304,5	0,146
Любовь	7,45	6,34	235,5	0,039
Материально обеспеченная жизнь	7,65	3,62	542,5	0,001
Наличие хороших и верных друзей	6,56	7,45	299,0	0,361
Уверенность в себе	6,25	7,26	213,5	0,354
Познание	4,53	7,13	535,0	0,001
Свобода как независимость в	5,16	5,45	357,5	0,889

поступках и действиях				
Счастливая семейная жизнь	3,64	4,65	352,5	0,437
Творчество	5,23	6,82	265,5	0,276

По шкале «творчество» также обнаружена значимая степень достоверности различий ($p=0,027$), при этом ценность более доступна для девушек.

Степень достоверности различий по шкале «активная жизнь» составила $p=0,001$, причем активное отношение к тому, что происходит в общественной жизни, доступно девушкам, чем юношам.

Степень достоверности различий по шкале «познание» составила $p=0,001$, причем возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, а также интеллектуальное развитие более доступно девушкам, чем юношам.

Таким образом, у девушек ценностное отношение к здоровому образу жизни проявляется в заботе о своем здоровье, готовность воспринимать и анализировать информацию по проблемам здорового образа жизни; позитивно менять свое окружение, а также включаться в различные практические действия в данном направлении. У юношей ценностное отношение к здоровому образу жизни проявляется в заботе о здоровье для необходимости, они находятся под властью отрицательных общественных эмоциональных стереотипов по отношению к здоровому образу жизни; не всегда готовы воспринимать поступающую от других людей информацию о

здоровье, но и сами не проявляют активности в ее поиске. Готовы лишь в какой-то мере включаться в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, которую организывают другие; отношение к здоровью остается для них «личным делом», без особого стремления изменить свое окружение.

2.4 Модель ценностного отношения к здоровью студентов вуза.

Проектирование процесса, создание модели способствует планомерному и последовательному его воплощению на практике. При создании представленной ниже модели мы опирались на идеи следующих авторов: Е.П. Пчелкиной, В. А. Соломонова, *О.В. Осипковой*, Т.Ю. Мысиной, Р.М. Давлетшиной и др. На наш взгляд, реализацию ценностных аспектов при развитии здорового образа жизни для студентов вуза обеспечит следующая система принципов:

- принцип аксиологичности, выражающий общую направленность процесса обучения и воспитания студентов на формирование у них ценностных ориентаций при изучении всех дисциплин, проведении воспитательной и досуговой работы;
- принцип системности, направленный на создание условий для формирования системы мировоззренческих знаний и ценностных установок, лежащих в плоскости здоровьесбережения;
- принцип интегративности, который в данном случае предполагает рассмотрение ведущих философско-мировоззренческих категорий, закономерностей, установок с возможно большего числа социальных, психологических, психофизиологических позиций;
- принцип активности, предполагает акцентирование рефлексивной деятельности студентов, так как только в активной

осмысленной деятельности, только при “пропускании через себя самого возможно присвоение человеком взглядов и ценностных установок”;

- принцип личностной значимости здоровья для осмысленного восприятия здоровья как ценности для себя и будущей профессиональной деятельности, для выработки собственного независимого отношения к здоровью и способам его сохранения, собственной системы ценностных ориентаций и предпочтений.

Главным результатом моделирования является модель ценностного отношения студентов вуза к здоровью, то есть научно обоснованное, идеализированное, схематичное его описание как системы со множеством взаимосвязанных структурных и функциональных компонентов, подчиненных целям воспитания и образования. В данной модели мы выделяем следующие модули: мотивационный, содержательный, деятельностный и мониторинговый.

Цель данной подготовки студентов раскрыть содержание целостного видения роли здоровья. Для ее достижения необходимо реализовать следующие задачи:

- развитие представлений о здоровье и способах его сохранения;
- обеспечение синтеза философского, естественнонаучного и психологического знания;
- развитие представлений о причинах ухудшения здоровья на каждом из этапов развития личности (особенно в студенчестве);
- развитие представлений об идеях самоорганизации как нового видения себя и своего здоровья;
- развитие рационального стиля мышления в отношении сохранения здоровья.

Достижение цели обеспечивается через «дерево целей»

Мотивационный модуль позволяет выбрать основания для мотивации процесса развития знаний и установок в области здоровья и его сохранения,

определить требования к знаниям и умениям и с их учетом построить «дерево целей».

Содержательный модуль включает в себя систему знаний и представлений, формирование которых должно быть реализовано при изучении основ здоровьесбережения, а также описывает направления организации деятельности по их изучению. Система знаний усваиваются при организации деятельности студентов в следующих направлениях: развитие ценностного отношения через осмысление событий и явлений реальности на основе анализа их роли в жизни человека, развитие интереса и уважения к здоровью как человеческой ценности.

Деятельностный модуль раскрывает особенности взаимодействия студента и преподавателя, определяет этапы процесса развития ценностного отношения студентов к здоровью. Субъект-субъектные отношения, отношения диалога обучаемого и обучающего и обучаемого с самим собой, должны сочетаться с самостоятельной деятельностью студента. В этом случае в полной мере реализуются условия психического развития личности (в рамках нашего исследования одной из его сторон, а именно, направленности): внешние через обучение, внутренние через мотивы, активность, интересы, волю [1]. Юношеский возраст, на который приходится обучение в вузе, характеризуется следующими важными для развития ценностной сферы психологическими особенностями: достаточно развито логическое и вообще теоретическое мышление, студент способен к связному изложению мысли, к абстрагированию и оперированию моделями, к анализу и оценке реалий окружающего мира; происходит окончательное становление мировоззрения, выбор жизненного пути и профессии отсюда обязательное определение личной значимости изучаемого для дальнейшей жизни; стремление к самоопределению, потребность в общении отсюда вытекает приоритет групповым и коллективным формам организации деятельности с возможностью для студента проявить себя, возможно использование

различной индивидуальной работы, так как общение должно сочетаться с периодами уединения завершается период становления собственного «Я», человек стремится к самопознанию, самостоятельности, самореализации [2].

Мониторинговый модуль описывает критерии, показатели и уровни их сформированности, систему контроля над процессом развития этого отношения, а также создает условия для регулирования этого процесса.

На наш взгляд, в соответствии с психологическими особенностями присвоения ценностей, а также психологическими особенностями студентов развитие ценностного отношения к здоровью должно осуществляться по следующим этапам:

1. *Этап.* Предъявление индивиду побуждений, целей, идеалов, значимых в отношении здоровья знаний, ценностей в «готовом виде», как общепринятых или индивидуально значимых «образцов», с последующей их рефлексией.

По мнению Б.И. Додонова, «для конкретной личности нет такого обязательного движения от потребности к ценностям и ценностному отношению, существующим для человечества в целом. Отдельный субъект может пройти прямо противоположный путь: принимая от окружающих взгляд на нечто, как ценность, достойную того, чтобы на нее ориентироваться в своем поведении и деятельности, человек тем самым может закладывать в себя основы потребности, которой раньше у него не было» [3, с. 111]. Поэтому на первом этапе необходимо показать студентам значение правильного отношения к здоровью. Предъявляя студентам данные ценности, преподаватель создает у них предпосылочное состояние для их формирования и развития.

2. *Этап.* Присвоение индивидом осмысленных через призму собственных (иногда сложившихся стихийно) «внешних» убеждений и ценностей, обусловленных социумом, в процессе интериоризации.

Как считает В.В. Сериков, «самые совершенные ценности человечества должны как бы заново родиться в опыте личности, иначе они не могут быть ею адекватно присвоены, то есть обрести личностный смысл» [4, с. 30]. Для того, чтобы воспринятые ценности стали внутренним регулятором поведения человека в повседневной жизни, необходимо, чтобы эти ценности, существуя в его сознании, заняли там прочное место среди других ценностей, причем ценностям здоровья отводится одно из главных мест в иерархии ценностей. Ценности здоровья, структурируясь в сознании индивида, способствуют развитию целостного представления о будущей жизнедеятельности и созданию внутреннего плана действий в этой «жизнедеятельности». При этом студент должен ощущать личностную потребность и заинтересованность в присвоении этих ценностей и смыслов в целях личностного (и профессионального) развития. Интериоризация знаний и ценностей в области здоровья происходит в активной деятельности при обсуждении различных проблем, представленных в виде дискуссионных вопросов на лекционных и практических занятиях, тренинговых занятиях, внеаудиторной, оздоровительной деятельности. В ходе дискуссии либо самостоятельного осмысления студенты определяют свою позицию, свою точку зрения на решение проблемы.

3. *Этап.* Возникновение у студентов личностных ценностей и целей, то есть собственная жизнь личностных ценностей и смыслов в индивидуальном сознании с последующей их экстериоризацией в виде ценностного отношения и правил поведения по отношению к здоровью и способам его сохранения.

В целом, модель ценностного отношения к здоровью студентов вуза может быть представлена следующим образом (см. табл.2.5)

Модель ценностного отношения к здоровью студентов вуза

<i>Мотивационный модуль</i>	
функции	содержание
<ul style="list-style-type: none"> - мотивирование формирования и развития ценности здоровья. - формирование составляющих системы ценностного отношения к здоровью 	<ul style="list-style-type: none"> - ведущая роль преподавателя. - опора на личностную значимость ценности здоровья
<i>Содержательный модуль</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - определение системы валеологических знаний и представлений; - выделение основных направлений изучения этих знаний и представлений; - разработка системы вопросов и проблем, обеспечивающих формирование ценности здоровья 	<ul style="list-style-type: none"> - опора на содержание изучаемых дисциплин; - преимущество у активных методов обучения, способствующих самореализации и саморефлексии. - поэтапное развитие ценностного отношения
<i>Деятельностный модуль</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - определение форм взаимодействия студента и преподавателя; - определение этапов процесса формирования ценностных ориентаций студентов к здоровью; - разработка методов, форм и средств достижения поставленных целей 	<ul style="list-style-type: none"> - преимущество у активных методов обучения, способствующих самореализации и саморефлексии.
<i>Мониторинговый модуль</i>	

<p>- определение компонентов, показателей и уровней сформированности ценностного отношения к здоровью;</p> <p>-разработка системы контроля процесса формирования ценностного отношения к здоровью</p>	<p>- контроль на качественном уровне.</p> <p>- обратная связь между преподавателем и студентом</p>
---	--

На основе имеющейся информации об объективных ценностях современного общества в сознании студента в процессе их анализа и осмысления должна развиваться собственная система личностных ценностей и смыслов. Принятые обучаемым на базе сформированных представлений и знаний убеждения, ценности, взгляды трансформируются в собственные, приобретают личностную окраску, становятся регулятором поведения человека, а также транслируются учащимся в ходе учебно-профессиональной деятельности. Этот этап демонстрирует результат процесса развития ценностного отношения студентов к здоровью.

Диагностика развития компонентов ценностного отношения к здоровью осуществляется в соответствии с этапами процесса и обеспечивает обратную связь, которая позволяет скорректировать свою деятельность как преподавателю, так и самому студенту, рефлексизирующему «состояние» своего здоровья и отношения к нему.

Практические рекомендации

для преподавателей дисциплин медико-биологического цикла по формированию у студентов педагогического вуза ценностного отношения к здоровью

1. С целью своевременного выявления принадлежности студентов к определенному уровню здоровья необходимо проводить организованный самоконтроль здоровья. Самоанализ состояния здоровья позволит студенту

корректировать свой образ жизни и выбирать необходимые способы самооздоровления и самосовершенствования.

2. В условиях современного профессионального образования для формирования ценностного отношения у студентов к здоровью и здоровому образу жизни, успешной их адаптации к обучению необходимо обеспечение здоровьесберегающего сопровождения учебно-воспитательного процесса в вузе

3. Модификация дисциплин медико-биологического цикла с аксиологическим подходом в процессе обучения воздействует на мотивационную сферу личности студента - повышает значимость здоровья как индивидуализированной ценности и способствует рациональному ведению образа жизни обучающихся.

4. В процессе обучения студентов преподавателю необходимо знать и учитывать морфологические, функциональные и психофизиологические особенности юношеского возраста. Эти знания можно активно использовать при проведении занятий со студентами первого курса (при изучении дисциплины «Возрастная анатомия, физиология и гигиена»), а также применять и закреплять теоретические основы этих знаний при обучении студентов старших курсов (в ходе изучения дисциплин «Основы безопасности жизнедеятельности», «Основы медицинских знаний»)

Выводы по второй главе

На основе проведенного исследования ценностного отношения юношей и девушек к здоровью мы можем предположить, что спад в состоянии здоровья наблюдается в возрасте 18–21 года, когда только и начинается сложный, самостоятельный период жизни, требующий активности всех внутренних резервов личности, к которому шла подготовка все предыдущие годы. Можно констатировать, что к этому моменту у большинства молодых людей здоровье сильно подорвано, многие из них имеют затяжные, хронические заболевания. Однако образ жизни студенческой молодежи нельзя назвать здоровым. Он характеризуется высокой распространенностью негативных стереотипов поведения и низкой физической активностью, наличием вредных привычек, недостаточной продолжительностью сна и пребывания на свежем воздухе, нерациональным питанием.

Если говорить о сравнении ценностного отношения к здоровью по половому признаку, то в группе юношей оно сформировано слабо. Они находятся в «зоне риска»: в этом случае высока вероятность того, что юноши не будут вести здоровый образ жизни, а это рано или поздно может привести к заболеваниям. Отношение к здоровью в группе девушек сформированное, «хорошее» отношение к здоровому образу жизни.

Сравнительный анализ результатов исследования также показал, что потребность в здоровье занимает ведущее место в иерархии жизненных сфер с позиции ценности в группе девушек, в группе юношей – здоровье входит в состав ценностей нижнего яруса. Разумеется, ценность человеческого здоровья действительно высока. Возможно, одной из причин данного расположения ценностей является приоритет биологической составляющей смысложизненных ориентаций. Еще одной из причин высокого места здоровья может быть его семантическое отождествление с понятием

«жизнь». Повышается уровень профессионального развития, и здоровью отводится менее значимое место. Это не означает, что с повышением уровня профессионального развития человек все меньше хочет быть здоровым.

В данном случае ценность как бы «вытесняется» другой, более актуальной на данном этапе, более важной. В связи с этим, необходима актуализация потребности в здоровье физическом и духовном, обусловленная их ценностью, как средства достижения других жизненно важных ценностей (например, хорошо выглядеть, быть материально обеспеченным, занимать определенное положение в обществе, на работе и т.п.), что будет активизировать действенную заботу о физическом благополучии. Что касается особенностей выбора жизненных сфер с позиции их доступности у юношей и девушек, то в структуре ценностных ориентаций значимое место занимают «любовь», «Материально обеспеченная жизнь» и «наличие хороших друзей», здоровье как ценность занимает нижние ярусы в иерархии жизненных сфер с позиции доступности. Так, у девушек ценностное отношение к здоровому образу жизни проявляется в заботе о своем здоровье, готовности воспринимать и анализировать информацию по проблемам здорового образа жизни; позитивно менять свое окружение, а также включаться в различные практические действия в данном направлении. У юношей ценностное отношение к здоровому образу жизни проявляется в заботе о здоровье для необходимости, они находятся под властью отрицательных общественных эмоциональных стереотипов по отношению к здоровому образу жизни; не всегда готовы воспринимать поступающую от других людей информацию о здоровье, но и сами не проявляют активности в ее поиске. Готовы лишь в какой-то мере включаться в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, которую организуют другие; отношение к здоровью остается для них «личным делом», без особого стремления изменить свое окружение.

Разработанная модель ценностного отношения студентов вуза к здоровью на основе имеющейся информации об объективных ценностях современного общества в сознании студента в процессе их анализа и осмысления должна развить собственную систему личностных ценностей и смыслов. Принятые обучаемым на базе сформированных представлений и знаний убеждения, ценности, взгляды трансформируются в собственные, приобретают личностную окраску, становятся регулятором поведения человека, а также транслируются учащимся в ходе учебно-профессиональной деятельности.

Предложены практические рекомендации преподавателям по формированию здорового образа жизни студентов. Пропаганда здорового образа жизни лежит в основе любой профилактической деятельности, многочисленных программ, направленных на повышение здоровья общества. А способствование развитию здорового образа жизни студентов является очень важной задачей государства и общества в целом, так как речь идет о будущем страны. Рекомендации, описанные в данной работе направлены на улучшение жизнедеятельности студентов нашего вуза, поэтому были учтены их мотивы и ценности. И, конечно, они базируются на научно-обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

Заключение

В современных условиях аксиологизации образования, когда направленность на ценностный аспект в подготовке специалиста становится приоритетной, недостаточно средств ценностного развития студентов. Вместе с тем в ряду основных характеристик молодого специалиста, позволяющих судить о развитии его личности как будущего профессионала, находятся культура здоровья, мотивы и ценности здорового образа жизни, уровень здоровьесориентированной направленности личности.

Студенческая молодежь, как возрастная группа подвержена большому риску заболевания в связи с большой психоэмоциональной и умственной нагрузкой. Многим студентам приходится адаптироваться к новым условиям проживания и обучения в вузах, что существенно влияет на состояние здоровья. Вместе с тем, состояние здоровья юношей и девушек студенческого возраста — важнейший фактор, определяющий жизнь всего общества в ближайшей и отдаленной перспективе.

Студенческий возраст признается сенситивным периодом для развития ценностных образований личности. Поэтому именно в студенческие годы происходит закрепление и сознательное формирование жизненно важных привычек, которые в дальнейшем помогут вести здоровый образ жизни, укреплять здоровье, максимально реализовывать свои способности и уменьшить риск возникновения заболеваний.

В отечественной науке нет единого мнения о сущности отношения человека к здоровью. В диссертационном исследовании осуществлено обобщение разнообразных представлений о специфике ценностного отношения к здоровью студентов. Рассмотрены основные отечественные и зарубежные взгляды на развитие ценностной сферы личности, механизмы ее становления. Процесс становления ценностного отношения к здоровью носит длительный и, в силу современных культурных веяний, противоречивый

характер. Он продолжается на протяжении всей жизни человека, имеет неоднозначный характер на каждом этапе. Развитие ценностного отношения к здоровью должно рассматриваться как одно из приоритетных направлений учебно-воспитательной работы в вузе, требующих пристального внимания и разработки средств и технологий его обеспечения. В диссертационном исследовании осуществлен анализ особенностей ценностного отношения к здоровью будущих педагогов.

На основании анализа теоретического материала и полученных эмпирических данных, разработана модель ценностного отношения к здоровью студентов педагогического вуза и методические рекомендации по развитию здорового образа жизни студентов. Целью имеющейся информации об объективных ценностях современного общества в сознании студента в процессе их анализа и осмысления должна развиться собственная система личностных ценностей и смыслов, реализуемая на практике.

В качестве перспектив дальнейшего исследования выступает разработка и реализация программы развития ценностного отношения к здоровью юношей и девушек студенческого возраста, а также выявление основных особенностей и закономерностей развития ценностного отношения к здоровью в высшей школе.

Список использованной литературы

1. Айви А. Е., Айви М. Б., Саймэк-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство: Пер. С англ. - М.: Дрофа, 1999. -487 с.
2. Деркач А.А., Зазыкин В.Г. Акмеология: учебное пособие / А.А. Деркач, В.Г. Зазыкин – СПб.: Питер, 2003.– 256 с.
3. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья [Текст] / В.А. Ананьев – СПб.: Изд-во БПА, 1998. – 365 с.
4. Анастаси А. Психологическое тестирование: монография [Текст]: в 2-х т./ А. Анастаси; Пер. с англ., предисл. К. М. Гуревича. — М.: Педагогика, 2005. - 318 с.- 2 т.
5. Анисимов С. Ф. Единство теоретико-познавательного, социологического и ценностного способов рассмотрения явлений морали // Моральные ценности и личность / Под. ред. А. И. Титаренко, Б. О. Николаичева. - М.: Изд-во МГУ, 2001. - С.4-12.
6. Анисимов С. Ф. Теория ценностей в отечественной философии XX века // Вестник МГУ. - Сер.7. Философия. - 1994. - № 4. - С.34-42.
7. Бахтин ЮК. Факторы формирования здоровья человека и их значение. – М.: Молодой ученый, 2012. 400 с.
8. Беленов В.Н. Формирование ценностного отношения старшеклассников к здоровью в процессе физического воспитания. – Самара: Самара, 2000. – 238 с.
9. Белинская Т. В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза: Автореф... дисс. канд.психол.н. – Калуга:КМА, 2005.- 28 с.
- 10.Беляева Т. Б. Изучение половых и возрастных особенностей в представлениях о ценности человека // Ежегодник РПО. - М., 2002. – №2. - С.202-103.

11. Березовская Р. А. Отношение менеджеров к здоровью // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 6. 2010. Вып. 3 № 13. - С. 61–70.2.
12. Березовская Р. А., Никифоров Г. С. Отношение к здоровью // Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2003.- 359 с.
13. Бехтерев В.М. Мозг и его деятельность / Под ред. А.В. Гервера.– М.– Л.: Гос. изд-во, 1928.– 327 с.
14. Блинова Н.Г. Взаимосвязь образа жизни и культуры здоровья с процессами адаптации к учебной деятельности у студентов. Валеология / Н. Г. Блинова, Н.В. Аверьянова, Э.М. Казин. – М.: Альфа-книга, 2014.–246 с.
15. Бобнева М. И. Социальные нормы и регуляция поведения. - М.: Наука, 1978. -312 с.
16. Богданов Е.Н., Зазыкин В.Г. Введение в акмеологию.– Калуга: КГПУ им. К.Э. Циолковского, 2001.– 145 с.
17. Бодалев А. А. Специфика социально-психологического подхода к пониманию личности // Психология личности в трудах отечественных психологов. - 2000. - №4 - С.336-344.
18. Большая советская энциклопедия. Т.1. Советская энциклопедия[Текст] - М.: Наука, 1976. – т. 24.– 608 с.
19. Будинайте Г. Л., Корнилова Т. В. Личностные ценности и личностные предпосылки субъекта // Вопр. психол. - 2008. - № 5. - С.99-105.
20. Вайнер Э. Н. Валеология. - М.: Наука, 2013. - 448 с.
21. Вардомацкий А. П. Сдвиг в ценностном измерении? // Социологические исследования. - 1993. - №5- С.46-55.
22. Василенко В. А. Ценности и оценка. – Киев: Б.и., 1964. – 362 с.
23. Васильева О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов – М.: Академия, 2001. – 405 с.

- 24.Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки.– М.: Академия, 2001.– 462 с.
- 25.Винарская Е. Н. Ценностный аспект проблемы эмоциональной напряженности (психолингвистическое исследование) // Психол. журн. - 2000. - №5. - С.217-130.
- 26.Виленский М. Я. Социально-психологические детерминанты формирования здорового образа жизни // Теория и практика физической культуры. - 1994. - №9. - С. 9 - 11.
- 27.Войцеховский К. Развитие личности и ценности / К. Войцеховский //Моральные ценности и личность/ Под ред. А. И. Титаренко, Б. О. Николаичева. - М.: Изд-во МГУ, 1994. - С. 154 - 247.
- 28.Выжлецов Г.П. Аксиология культуры. -СПб.: ЛГУ, 1996. -152с.
- 29.Гурова Р.Т. Социологические проблемы воспитания. - М.: Педагогика, 1981. -175с.
- 30.Давлетшина Р.М. Проблема формирования осознанного отношения к своему здоровью у учащихся / Р.М. Давлетшина // Образование и здоровье: сб. материалов Всерос. научной школы здоровья с междунар. участием, Стерлитамак, март 2013 года / СФ БашГУ. – Стерлитамак, 2013. – С. 55 – 57.
- 31.Дидук И.А. Воспитание ответственного отношения младших подростков к здоровью как общественной ценности: Автореф. дис... к. пед. наук. Смоленск, 2007. – 24 с.
- 32.Дмитриева НБ. Психология здоровья личности. - Казань: ТГГПУ, 2010. - 61.
- 33.Додонов Б. И. Эмоция как ценность. - М.: Альфа-книга 2001. - 272 с.
- 34.Донцов А. И. О ценностных отношениях личности / А. И. Донцов // Советская педагогика. - 1984. - №5. - С. 68 - 69. 3.
- 35.Журавлева И. В., Отношение населения к здоровью/ И. В. Журавлева [и д.р.] -М.: Наука, 2000.-263 с.

36. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. - М.: Наука, 2006. - 238 с.
37. Зайцев Г.К., Зайцев А.Г., Хаптанова Т.Г. Половое воспитание подростков: ценностное отношение к здоровью // Вопросы психологии. – 2001. – №3. – С.33-40.
38. Здравомыслов А. Г. Потребности, интересы, ценности. - М.: Политиздат, 1986. - 222 с.
39. Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология.- СПб.: Питер, 2002. 76 с.
40. Кабаева В.М. Организация психолого-педагогического исследования осознанного отношения подростков к собственному здоровью: Методические рекомендации для педагогов-психологов.– М.: АПКИПРО, 2002.– 56 с.
41. Кабаева В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2002. 31 с.
42. Кабачков В.А. Профессиональная физическая культура в системе непрерывного образования молодежи [Текст] /В.А. Кабачков, С.А. Полиевский, А.Э. Буров – М.: ФиС, 2010. – 295 с.
43. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопр. психологии. – 2004. – № 1. – С. 86-88.
44. Казин Э.М., Федоров А.И., Айзман Р. И., Касаткина Н.Э., Семенкова Т.Н., Тарасова О.Л. Социально- педагогические подходы к здоровью как базовой адаптивной и социальной ценности. // Сибирский педагогический журн. – 2012. № 3 – С. 24–29.
45. Казин ЭМ. Региональный опыт создания механизма интеграции, координации, взаимодействия деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся,

- воспитанников. // Здоровьесберегающее образование.- 2014. № 3 - С. 28–31.
- 46.Казин ЭМ. Образование и здоровье: медико-биологические и психолого-педагогические аспекты. - Кемерово: КРИПКиПРО, 2010. - 214 с.
- 47.Клушина Н.П., Соломонов В.А. Исследование ценностного отношения к здоровью у студентов вузов // Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета. – 2009. – № 2 (19). – С. 75–79.
- 48.Колесов Д.В. Здоровье через образование // Биология в школе.– 2000.– №2.– С. 20-22.
- 49.Копытов А. Г. Формирование мотивации и организация личностного самоопределения студентов // Прикладная психология, опыт и перспективы. - Красноярск, 2000. - №3 - С.222-129.
- 50.Корнилов К.Н. Воля и воспитание. -М.: Наука, 1957. -156с.
- 51.Крылова Н.Б. Социокультурный контекст образования // Новые ценности образования. - М., 1995. - №2 - С.67-103.
- 52.Лазурский А.Ф. Классификация личностей. – М.: АСТ, 2002.– 592 с.
- 53.Левченко Е. В. История и теория психологии отношений. СПб.: Питер, 2003. - 312 с.
- 54.Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М.: Политиздат, 1975. -304с.
- 55.Ломов Б.Ф. Проблема социального и биологического в человеке. -М.: Наука, 1977. -96с.
- 56.Ломов Б.Ф. Психологические проблемы социальной регуляции поведения. - М.: Наука, 1986. - 84с.
- 57.Лоранский Д. М., Бастыргин С. В., Водогреева Л. В., Науменко Н. М., Медведь Л. М. Некоторые особенности проявления отношения

- личности к здоровью в условиях города // Социально-гигиенические аспекты научно-технического прогресса. - М., 1980. - № 3 С. 229–235.
- 58.Маджуга А.Г., Мамадияров М.Д., Ткаченко С.В. Формирование валеологической культуры в контексте совместно-диалогической здравотворческой деятельности субъектов образовательного процесса // Валеология.– 2003.– №12.– С. 58-61.
- 59.Малахов Г.П. Создание собственной системы оздоровления. - СПб.: Питер, 1995. - 136с.
- 60.Матвеев А.П. Физическая культура личности как проблема педагогики // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2003. - №2. - С. 10-12.
- 61.Мельник Ю.И. Психология здоровья // Журнал прикладной психологии. – 2000.– №3.– С. 11-14.
- 62.Меньш Е. А. Факторы, влияющие на формирование ценностного отношения студентов к здоровью // Вт. междунар. науч. конф. «Актуальные вопросы современной педагогики» - Уфа, 2012.— С.12-15.
- 63.Мясищев В.Н. Психологические отношения: избранные психологические труды / Под ред. А.А. Бодалева.– М.: Изд-во института практич. психоло-гии, 1995.– 356 с.
- 64.Никифоров Г. С. Самооценка физического, психического и социального здоровья / Г. С. Никифоров, Л. И. Августова // Практикум по психологии здоровья. - Питер, 2005. - С. 35 - 148.
- 65.Обухова Л.Ф. Возрастная психология. - М.: АСТ, 1996. – 297 с.
- 66.Овчинникова Л.Н. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни у будущего педагога: Автореф...дис. канд. пед. наук. – Екатеринбург, 2003. - 24 с.
- 67.Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн.– СПб.: Питер, 1998.– 705 с.

68. Парсонс Т. Человек в современном мире // Пер. с англ. - М.: Прогресс, 2000. - 428 с.
69. Пежемская Ю.С. Педагогика, психология и социология. – Одесса: Черноморье, 2009. – 55-57 с.
70. Пашин А. А. Формирование ценностного отношения к здоровью в физическом воспитании учащейся молодежи : Автореф. дис. ... д-ра пед. наук. – М.: 2011. – 48 с.
71. Плаксина О.А. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни у студентов педагогических специальностей университет // Сибирский педагогический журнал. – 2007. – № 13. – С. 391–396.
72. Психология здоровья [Текст]: учебник для ВУЗов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 606 с.
73. Пчелкина Е.П. Поведенческая составляющая ценности здоровья у студентов вуза // Омский научный вестник. Серия «Общество. История. Современность». – 2008. – № 4 (69). – С. 66–70.
74. Пчелкина Е.П. Самооценка студентами состояния собственного здоровья // Сборник научных трудов по материалам международной научно- практической конференции «Современные направления теоретических и прикладных исследований». – М., 2009. – С.16-19.
75. Ребко ЭМ. Формирование культуры безопасности бакалавров образования. // Здоровьесберегающее образование. – 2013. - № 1 (29). – С. 108–113.
76. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: проблемы становления личности / Пер. с нем. – М.: Прогресс, 2002. - 319 с..
77. Решетников А.В., Шаповалова О.А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины. М.: АСТ, 2008. – 227 с.
78. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии.– М.: Педагогика, 1976.– 308 с.

- 79.Рувинский Л.И. Самовоспитание чувств, интеллекта, воли. -М.: Знание, 1997. -43с.
- 80.Ручка А.А. Ценностный подход в системе социологического знания. - Киев, 1997.-73с.
- 81.Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности /Под ред. В.А.Ядова. М.:АСТ, 1995. – 148 с.
- 82.Серый А. В. Ценностные ориентации как фактор формирования и развития системы личностных смыслов индивида // Вопросы общей и дифференциальной психологии. - 2006.- №4 - С.354-360.
- 83.Сиерес Д. О различных подходах к понятию "здоровье" [Текст]/ Д. Сиерес, В. Гавидия // Школа здоровья. – 1998. –№ 1. – С. 7-16.
- 84.Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека: Развитие субъективной реальности в онтогенезе.– М.: Школьная пресса, 2000.– 416 с.
- 85.Стрельцова В. П. Концепция «психологии отношений личности» В. Н. Мясищева и ее методологическая, научно-теоретическая и практико-психологическая значимость: Автореф. ... дис. канд. пси-хол. наук. Ярославль, 2002. - 21 с.
- 86.Тихонов В. И. Мировоззрение человека как основа физического и духовного здоровья. // Вестник ХНУ. - 2004.- № 640. - С. 18 - 23.
- 87.Торохова Е.Н. Валеология: Словарь.– М.: Наука, 1999.– 248 с.
- 88.Тугаринов В.П. О ценностях жизни и культуры. -М.: Наука, 1985. - 104с.
- 89.Хруцкий К. С. Аксиологический подход в современной валеологии: Автореф...дис. канд. филос. наук.- Великий Новгород, 2000. – 24 с.
- 90.Чавчавадзе Н.Э. Культура и ценности. -Тбилиси, 1984. -118 с.
- 91.Чавчавадзе Н.Э. Человек и его ценности. -М.: Наука, 1988. -136 с.

- 92.Шакеева Ч.А. Ценностные ориентации и самочувствие молодежи в новых общественно-экономических условиях. – М: Прогресс, 2001. - 192 с.
- 93.Шерковин Ю.А. Проблема ценностной ориентации и массовые информационные процессы // Психологический журнал. - 2009, №5.- С.135-146.
- 94.Щербаков Е.П. Функциональная структура воли. – Омск: ОКи, 2003. - 255с.
- 95.Юматов Е.А., Кузьменко В.А., Бадиков В.И., Глазачев О.С., Иванова Л.И. Экзаменационный эмоциональный стресс у студентов // Физиология человека.– 2001.– №2.– С. 104-111.
- 96.Яковлева А.А. Развитие категории отношений в психологических концепциях А.Ф. Лазурского // Материалы VIII Международной конференции студентов и аспирантов по фундаментальным наукам «Ломоносов-2001».– М.: Изд-во МГУ, 2001. – С. 21-24.
- 97.Яцун С. Мотивация – на здоровый образ жизни. Медико-педагогические проблемы здоровья школьников // Учитель.– 2001.– №2.– С. 69-70.
- 98.Bumpus Minnette A., Olberter Sharon, Glover Sandra H. Influences of situ-ational characteristics on intrinsic motivation // J. Psychol.– 1998.– 132, №4.– С. 451-463.
- 99.Essential Readings In Health Psychology. – М.: , 2011. – 536 с.