

**АКАДЕМИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
И ПЕРЕПОДГОТОВКИ РАБОТНИКОВ ОБРАЗОВАНИЯ  
МИНИСТЕРСТВА ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**На правах рукописи**

**КАБАЕВА**

**Валентина Михайловна**

**ФОРМИРОВАНИЕ ОСОЗНАННОГО  
ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ  
У ПОДРОСТКОВ**

**Специальность 19.00.07 –  
педагогическая психология (психологические науки)**

**ДИССЕРТАЦИЯ  
на соискание учёной степени  
кандидата психологических наук**

**Научный руководитель:  
доктор педагогических наук,  
профессор Л.М. Фридман**

**Москва - 2002**

**СОДЕРЖАНИЕ**

<b>Введение</b>	4
<b>Глава 1. Анализ состояния разработанности проблемы отношения к здоровью</b>	14
<b>1.1. Понятие здоровья</b>	14
1.1.1. Понятие здоровья в философии и медицине	14
1.1.2. Понятие здоровья в психологии	22
<b>1.2. Состояние здоровья учащихся и факторы, влияющие на его сохранение</b>	41
1.2.1. Исторический аспект проблемы влияния факторов школьной среды на здоровье школьников	41
1.2.2. Состояние здоровья учащихся в современной школе	45
1.2.3. Факторы, влияющие на сохранение здоровья	48
<b>1.3. Отношение учащихся к собственному здоровью как главный психологический фактор здоровьесбережения</b>	60
1.3.1. Категория «отношение» в психологической науке	60
1.3.2. Проблема эмоционально-ценностного отношения к своему здоровью	70
<b>Выводы к главе 1</b>	80
<b>Глава 2. Экспериментальное исследование проблемы осознанного отношения учащихся к своему здоровью</b>	84
<b>2.1. Организация экспериментального исследования</b>	84
2.1.1. Критерии и показатели осознанного отношения к собственному здоровью подростков	86
<b>2.2. Этап констатирующего эксперимента и его результаты</b>	105
2.2.1. Характеристика испытуемых констатирующего эксперимента	105
2.2.2. Анализ структуры отношения к собственному здоровью у учителей	110

2. 3. Организация и проведение формирующего эксперимента	115
2.3.1. Основные положения и схемы	115
2.3.2. Модель эксперимента, обеспечивающего формирование мотивов осознанного отношения к здоровью	120
<b>2.4. Анализ результатов контрольного этапа экспериментального исследования</b>	<b>126</b>
2.4.1. Характеристика мотивационно – потребностного критерия отношения к здоровью	128
2.4.2. Характеристики инструментального и продуктивно-результатирующего уровня осознанного отношения к собственному здоровью	147
2.4.3. Факторы формирования осознанного отношения школьников к собственному здоровью	151
2.4.4. Эффективность работы группы социально-психологического тренинга, располагающего к ценностно-ориентационной деятельности по здоровьесбережению	157
<b>Выводы к главе 2</b>	<b>164</b>
<b>Заключение. Выводы</b>	<b>169</b>
<b>Библиография</b>	<b>172</b>
<b>Приложения</b>	<b>197</b>
<b>Приложение 1.</b> Программа психологического обучения и воспитания школьников «Я – мой образ жизни – моё здоровье»	198
<b>Приложение 2.</b> Программа изучения отношения школьников к своему здоровью	225
<b>Приложение 3.</b> Методы групповой работы	247
<b>Приложение 4.</b> Результаты экспериментальных исследований	254

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность исследования**

Проблема состояния физического и психического здоровья подрастающего поколения приобретает сегодня особую остроту в российских условиях, поскольку современная ситуация отличается высокими показателями детской заболеваемости, снижением уровня жизни, социальными потрясениями, падением качества медицинского обслуживания, ухудшением экологической ситуации.

Согласно данным Министерства образования России, «число детей с недостатком развития и неблагоприятным состоянием здоровья среди новорожденных составляет 85%. Среди детей, поступающих в первый класс, свыше 60% относятся к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации» (Решение Коллегии Минобразования России «Об организации системы реабилитации детей со школьной дезадаптацией», 1997).

По данным Минздрава РФ, из 6 миллионов школьников в возрасте 15 – 17 лет, прошедших профилактические осмотры, у 94,5% зарегистрированы различные заболевания, а наличие болезней, ограничивающих выбор профессии, достигла 30%. Среди 15-летних мальчиков число отстающих по психофизиологическим показателям от своего паспортного возраста на 1 – 2 года составляет 30 – 36%. Почти треть юношей не годна к службе в Вооруженных Силах по медицинским показателям (А.А. Баранов, С. Цымбаленко, С. Щеглова).

Проблема «школьной патологии», т.е. негативного влияния школьной среды на физическое и психическое здоровье учащихся имеет многовековую историю. Среди комплекса факторов, способствующих снижению уровня здоровья школьников, выделяют, с одной стороны, несоблюдение физиолого-гигиенических требований к условиям обучения (И.И. Бецкой, Е.М. Белостоцкая, К.И. Грум-Гржимайло, Ф.Ф. Эрисман), с другой стороны, – большой объем учебной нагрузки (М.В. Антропова, М.М. Безруких, Н.И. Быстров, А.В. Беляев, С.М. Громбах, В.М. Зубкова, В.Г. Нестеров, А.А. Сычев, Л.П. Уфимцева).

Современная система образования наряду с позитивным опытом, традициями и имеющимся педагогическим потенциалом несёт в себе противоречия, которые не обеспечивают её соответствия растущим запросам общества и потребностями каждого его члена. Это непосредственно влияет на результаты социального и экономического развития страны. Результаты исследований показывают несовершенство сложившейся практики в научно-методическом, организационно-управленческом, педагогическом функционировании различных звеньев системы образования в аспекте сохранения и развития здоровья детей и подростков.

Анализ результативности традиционных подходов к сохранению здоровья школьников (посредством сокращения учебной нагрузки, увеличения числа уроков физкультуры в расписании, ужесточения гигиенических требований к условиям обучения) показывает их декларативный характер, который не затрагивает способы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности. Следовательно, сложившаяся в современной общеобразовательной школе ситуация требует новых, нестандартных подходов к решению проблемы сохранения здоровья детей в процессе обучения. Некоторые из них таковы: организация специальных классов «реабилитации здоровья» для соматически ослабленных детей (В.Ф. Базарный, В.А. Гуров, Э.Я. Оладо, Л.П. Уфимцева и др.), создание «школ здоровья» (В.Н. Касаткин, И.В. Кузнецова и др.); нетрадиционные способы организации и осуществления учебной деятельности.

Ряд философов (Дж. Локк, А. Смит, К. Гельвеций, М.В. Ломоносов и др.), психологов (Л.С. Выготский, В.М. Бехтерев, В.Н. Мясищев и др.), медиков (Н.М. Амосов, В.П. Казначеев, Ю.П. Лисицын, М.М. Буянов, И.И. Брехман и др.), педагогов (Л.Г. Татарникова, В.В. Колбанов, В.К. Зайцев и др.) пытались решать проблему здоровья, формирования здорового образа жизни, начиная с раннего возраста.

Среди актуальных проблем реформирования образования сегодня наиболее острой является обеспечение условий сохранения и укрепления здоровья школьников, разработка психопрофилактических и коррекционных программ и

методов работы педагогов и детских практических психологов для обеспечения и поддержки физического и психического здоровья детей на всех этапах онтогенеза.

Но какие бы методы сохранения и укрепления здоровья учащихся не использовались в школе, ожидаемого эффекта не будет, если у самих школьников не сформированы потребности и привычки в осознанном и разумном отношении к собственному здоровью, не выработаны умения и навыки в совершенствовании своего физического и психического здоровья.

Между тем наблюдения и обследования учащихся показывают, что многие подростки не следят за состоянием своего здоровья, не занимаются его укреплением и часто делают то, что разрушает здоровье (курение, наркотики, алкоголь, увлечение технократической музыкой и т.д.).

Актуальность исследования становления субъективного отношения к здоровью у подростков обусловлена рядом обстоятельств.

Во-первых, движение науки без интеграции научных данных из разных областей невозможно, так как современный этап социокультурного развития общества характеризуется расцветом человековедческих наук, в том числе и в области индивидуального здоровья.

Во-вторых, проблемы здоровья особенно актуальны для России. В силу происходящих социальных преобразований, а также низкой культуры отношения к своему здоровью, ухудшается здоровье детей, особенно в период обучения в школе.

В-третьих, необходим поиск эффективных и действенных способов организации школьной образовательной среды, способствующей развитию ценностного отношения к собственному здоровью у подростков.

Таким образом, результаты анализа теоретико-методологических и эмпирических аспектов исследуемой проблемы дают основание сделать вывод о том, что проблема формирования осознанного отношения к собственному здоровью у подростков является весьма актуальной.

**Целью исследования** является разработка и апробация психолого-

педагогической модели формирования осознанного отношения к собственному здоровью у подростков.

**Объектом исследования** выступает процесс формирования ценностного отношения к собственному здоровью у подростков 8 класса средней общеобразовательной школы № 1240 г. Москвы.

**Предметом исследования** являются психологические особенности ценностного отношения подростков к собственному здоровью и механизмы формирования установки на здоровый образ жизни.

**Основные гипотезы исследования:**

1. Субъективное отношение к здоровью в различные возрастные периоды имеет разную выраженность эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов отношения. Вероятно, у подростков будет более выражен практический компонент отношения к здоровью, у взрослых – эмоциональный.

2. Психологическим механизмом формирования отношения личности к собственному здоровью как ценности является выявление и разрешение противоречия между иницируемой ценностью и реальным поведением.

3. Общественное мнение, формируемое школой и семьей, способствует получению научно обоснованной информации подростком, расширяет представление о здоровье и здоровом образе жизни и делает более значимой ценность здоровья.

В соответствии с целью и гипотезами были сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Провести теоретический анализ существующей психолого-педагогической и философской литературы по проблеме исследования.

2. На основании выделенного в структуре теоретического конструкта субъективного отношения к здоровью эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов разработать комплекс взаимодополняющих методик психологической диагностики субъективного отношения к здоровью и провести диагностику структуры отношения подростков к собственному здоровью.

3. Разработать критерии уровней осознанного отношения учащихся к сво-

ему физическому и психическому здоровью.

4. Провести экспериментальное исследование возможностей формирования у подростков потребности и привычки осознанного отношения к своему здоровью.

5. На основе полученной модели разработать учебные курсы для учащихся и программу семинарских занятий для родителей и педагогов по формированию общественного мнения, направленного на сохранение, укрепление и развитие здоровья как личностной и общественной ценности.

**Теоретико-методологическую основу диссертационного исследования** составляют:

- Совокупность *общеметодологических принципов и методов познания*, в том числе принципы детерминизма, системного анализа исследования психических явлений, предполагающего рассмотрение структурного, функционального и генетического аспектов изучаемого феномена в их взаимосвязи, а также фундаментальные принципы психологии – системности, принцип целостности, принцип развития, единства и взаимодетерминированности внешнего и внутреннего, единства сознания и деятельности, личностно ориентированный подход к развитию личности и организации психологической работы с ней, основанной на идеях гуманистической психологии.

- Методологический подход исследования опирается на *общенаучные и прикладные достижения*: системный подход изучения личности и деятельности (Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов) и культурно-историческая теория развития высших психических функций Л.С. Выготского. На частно-научном уровне были использованы фундаментальные положения, которые составили теория деятельности (А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, А.В. Петровский, К.К. Платонов, С.Л. Рубинштейн, Л.И. Уманский и др.); общепсихологические основы развития личности (А.В. Брушлинский, И.С. Кон, А.М. Матюшкин, И.Н. Семенов, Я.А. Понамарев, Б.М. Теплов, Д.И. Фельдштейн и др.); психологические концепции ценностей и других смысловых образований личности (Б.С. Братусь, Е.И. Головаха, Ю.М. Забродин, Н.И.Непомнящая, А.Е. Подольская, Я. Мусек, М. Рокич,

В. Франкл и др.); системный подход к мотивационной структуре личности (Б.Г. Ананьев, Л.И. Божович, И.С. Кон, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн и др.); положения теории осознанной психической саморегуляции (О.А. Конопкин, Г.Г. Кравцов).

- Использование следующих **методических принципов**: адекватности, предусматривающий использование полученных результатов для личностного роста испытуемых, а поэтому – информирование их в обобщенном виде и обсуждение с ними полученных данных; принцип комплексности, требующий сопоставления данных всей группы методов (принцип операциональной дополнителности); принцип релевантности цели, задачам и этапам исследования, контингенту испытуемых.

Для реализации поставленных задач был использован комплекс **научных методов**:

- теоретические (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных);
- эмпирические (формирующий эксперимент, реализуемый средствами социально-психологического тренинга; абсерваторные методы – метод наблюдения, в том числе - включенное и самонаблюдение; анкетирование; разнообразные варианты опроса (беседы, открытые и стандартизированные анкеты); метод парного ранжирования).

**Методы обработки экспериментальных данных** объединили:

- количественные методы (статистическая обработка данных: корреляционный анализ);
- качественные методы (дифференцирование и обобщение материала по качественным параметрам, анализ продуктов деятельности; метод экспертных оценок).

Обработка полученных данных проводилась с применением пакета прикладных компьютерных программ SPSS 10.0. Эта программа (SPSS) является международным стандартом обработки статистических данных в области социологии и психологии [42].

Данные группы методов дополнены теоретическими методами, такими как логический анализ различных аспектов исследуемой проблемы; общая теория систем; системный анализ и синтез.

**Достоверность** полученных данных обеспечивалась разнообразием исследовательских процедур и приемов, их взаимосвязью, взаимодополняемостью, а также математическими методами обработки и анализа данных.

**Надежность** результатов исследования обеспечивалась опорой на фундаментальные психологические исследования, сопоставлением всех результатов, полученных в данном исследовании, а также экспериментальной проверкой основных теоретических выводов и апробацией материалов в соответствующих учебных курсах.

**Эмпирическая база исследования.** Основную выборку для проведения экспериментального исследования на первом этапе составили учащиеся 7-х, 9-х, 10-11-х классов, студенты 3 курса технологического института, 2 курса медицинского училища города Коврова Владимирской области, учителя четырёх школ г. Коврова и шести школ г. Москвы Центрального Административного Округа. Всего в исследовании приняло участие 575 человек.

Пилотажное исследование проведено с группами учащихся школы с углубленным изучением иностранного языка № 1240 (ЦОУО) и общеобразовательной школы № 1159 (СВОУО) г. Москвы (всего около 150 человек).

Формирующий эксперимент проведен на базе средней общеобразовательной школы № 1240 с углубленным изучением иностранных языков Центрального административного округа г. Москвы. В эксперименте приняли участие 19 человек 8-б класса. Контрольная группа – это ученики 8-а класса средней общеобразовательной школы № 817 ЮОВОУ г. Москвы.

#### **Основные этапы работы:**

**I этап:** анализ литературы по проблемам здоровьесбережения детей и подростков, разработка теоретических положений, постановка целей и задач исследования (1998 – 1999 г.г.);

**II этап:** построение обобщенной модели и конструирование эксперимен-

тальных ситуаций, располагающих субъекта к деятельности по осознанию отношения к собственному здоровью, разработка общей схемы исследования и модели эксперимента (1999 – 2000 г.г.); пилотажное исследование (2000 г.);

**III этап:** проведение формирующего экспериментального исследования, обобщение, обработка и анализ результатов (2001 – 2002 г.г.).

**Научная новизна и теоретическая значимость** проведенного исследования заключается в следующем:

1. Определена структура и смысловое содержание субъективного отношения подростков к собственному здоровью (эмоциональный, когнитивный, практический и поступочный компоненты отношения).

2. Выявлено предметное содержание мотивов отношения подростков к своему здоровью и ведению здорового образа жизни (по полноте осознания структуры мотива, по направленности мотива, по ориентированности на внешние либо внутренние факторы, способствующие сохранению и развитию физического, социального и психического здоровья).

3. Разработана прогностическая модель формирования психолого-педагогических условий и методов, побуждающих подростков к ценностно-ориентационной деятельности по здоровьесбережению (социально - психологический тренинг для подростков по формированию осознанного отношения к собственному здоровью).

#### **Практическое значение результатов исследования.**

Изученные в исследовании вопросы непосредственно связаны с совершенствованием системы воспитания подростков. Разработано методическое обеспечение процесса развития у подростков ценностного отношения к собственному здоровью.

Предложена система критериев оценки сформированности осознанного отношения к здоровью, осуществлено комплектование блока диагностических методик, позволяющих определять тип актуального отношения к здоровью. Выявленные данные о психологических особенностях и динамике формирования отношения подростков к собственному здоровью могут быть использованы

педагогами для анализа становления отношения подростка к своему здоровью, степени значимости здоровья в жизнедеятельности подростка, а также в оценке эффективности профессиональной деятельности педагога в сфере здоровьесбережения подрастающего поколения. В работе представлены психолого-педагогическая программа тренинга для подростков «Я – мой образ жизни – моё здоровье», программа психолого-педагогических семинаров для родителей и педагогов «Культура здоровья в образовательном пространстве». Кроме того, практическая значимость материалов исследования состоит в возможности их использования для самостоятельного построения программ работы педагогом-психологом с детским коллективом и родителями по формированию мотивов отношения к здоровью и привычки ведения здорового образа жизни.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. В различные возрастные периоды качественно меняется структура отношения к своему здоровью. Наибольшие отличия характерны для поступочного и эмоционального компонентов отношения к здоровью. При развитии отношения к собственному здоровью растет степень согласованности всех компонентов.

2. Личностное влияние учителя на процесс становление отношения к здоровью у подростков предполагает когерентность структуры интенсивности отношения к здоровью самого учителя.

3. Фактором, влияющим на повышение значимости ценности здоровья, является общественное мнение, формируемое школой и семьей, которое способствует получению научно обоснованной информации подростком и расширяет представление о здоровье и здоровом образе жизни.

4. Психолого-педагогической моделью формирования осознанного отношения к здоровью у подростков может служить ценностно-ориентированный социально-психологический тренинг, направленный на осознание психологического и духовного компонентов здоровья, приводящий к расширению мотивационной составляющей отношения человека к собственному здоровью.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Результаты исследо-

вания на отдельных его этапах докладывались на заседаниях кафедры педагогики и психологии АПКИПРО (г. Москва, 1998-2002 г.г.), междисциплинарных научно-практических конференциях аспирантов и соискателей АПКИПРО (г. Москва, 2000 – 2002 г.г.), на научно-практической конференции МКО «Здоровьесберегающие основы деятельности школы» (г. Москва, декабрь 2000 г.), на секции «Здоровье детей столицы» Августовских педагогических чтений 2001 года (г. Москва), на научно-практическом семинаре «Развивающее обучение как условие сохранения здоровья детей» (г. Ковров, Владимирской обл., 1999).

По материалам исследования разработана программа психолого-педагогического семинара для родителей и педагогов «Культура здоровья в образовательном пространстве» и читается курс лекций для учителей и родителей «Здоровье семьи и ребенка» в средней общеобразовательной школе с углубленным изучением иностранных языков № 1240 ЦОУО г. Москвы. Результаты исследования внедрены в практику работы городского методического кабинета и средних общеобразовательных школ № 7, 19, 21 г. Коврова Владимирской области.

#### **Структура и объем диссертации.**

Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы (305 наименований, в том числе на иностранных языках - 20) и 4 приложений. В работе имеется 13 таблиц и 8 рисунков. Общий объем работы 196 страниц.

## ГЛАВА 1

### Анализ состояния разработанности проблемы отношения к здоровью

#### 1.1. Понятие здоровья

##### 1.1.1. Понятие здоровья в философии и медицине

Здоровье является одним из феноменов, наиболее остро определяющих специфику современного состояния общества в его движении к исторически новому состоянию. И дело не только в том, что в ситуации глобальных кризисов — экологического, демографического, геополитического, этнического и нравственного, с одной стороны; и беспрецедентных темпов изменений и развития новых структур и элементов, в частности, за счет технико-технологических достижений, значительно усложняющих условия жизни людей, с другой, осуществляется сильный прессинг на человека многих и разных сил, вызывающих психические напряжения, стрессы, и, в результате, - увеличение специфических заболеваний.

В настоящее время приходится констатировать отсутствие общепринятой трактовки понятия здоровья. Многообразие взглядов на сущность понятия здоровья и безуспешность попыток выработать единое, согласованное мнение в значительной степени объясняется тем, что здоровье представляет собой весьма сложное явление, характерные и значимые стороны которого трудно выразить кратко и однозначно.

Мы остановимся на некоторых определениях и существующих принципиальных подходах к трактовке этого понятия.

Большая Советская Энциклопедия даёт следующее определение: «Здоровье — естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений. Здоровье человека определяется комплексом биологических (наследственных и приобретенных) и социальных факторов; последние имеют столь важное значение в поддержания состояния здоровья или в возникновении и развитии болезни, что в Уставе Всемирной организации здравоохранения записано: «Здоровье

- это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [35, С. 442].

Определение это не представляется исчерпывающим и достаточно удовлетворительным. Во-первых, потому, что оно слишком общо и основывается на имеющем относительный характер понятии, как «благополучие». Во-вторых, в рамках данного определения здоровый человек рассматривается по существу как статичная система. Между тем человеческий организм находится в постоянном изменении и развитии, причем эта динамика — одно из необходимых условий физического и душевного здоровья [183]. По мнению С.В. Попова определение, данное ВОЗ изначально исключает людей, имеющих какие-либо (врождённые или приобретённые) физические дефекты, даже в стадии компенсации. Г.Л. Билич, Л.В. Назарова дополняют определение ВОЗ двумя факторами: «здоровье – это состояние полного, физического, душевного и социального благополучия и способность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям внешней окружающей среды и естественному процессу сохранения, а также отсутствие болезней и физических дефектов».

Столь широкое определение здоровья является несколько спорным, так как социальная полноценность человека не всегда совпадает с его биологическим состоянием. Вообще, понятие «здоровье» является несколько условным и объективно устанавливается по совокупности антропологических, клинических, физиологических и биологических показателей, определяемых с учетом поло – возрастных факторов, а также климатических и географических условий.

Здоровье характеризуют не только качественно, но и количественно, так как существует понятие о степени здоровья, определяемой шириной адаптационных возможностей организма. Хотя здоровье представляет собой состояние противоположное болезни, оно может быть связано с ней различными переходными состояниями и не иметь четких границ.

Академик В.П. Казначеев определяет здоровье индивида как «процесс (динамическое состояние) сохранения и развития психических, физиологических, биологических способностей человека, его оптимальной трудоспособности, со-

циальной активности при максимальной продолжительности жизни» [103, С. 160]. Включенное в определение понятие оптимальной трудоспособности не предполагает автоматически соответствующего высокого уровня реализации этого вида способности человека, его экономической, в том числе производственной, дееспособности и, более того — активности в аспекте поискового поведения в сфере общественного производства.

Академик Н.М. Амосов полагает, что здоровье организма определяется количеством его, которое можно оценить максимальной продолжительностью органов при сохранении качественных пределов их функций.

Конкретная направленность индивидуального смысла жизни всегда приобретает форму идеалов и долга, сколь бы ни было индивидуально их конкретное содержание, всегда выражающие общие аксиологические черты культуры, которую вынужден ассимилировать индивид. Между смыслом жизни, выраженным в идеалах и определенном понимании долга, с одной стороны, и витальной структурой, с другой стороны, вклинивается в качестве опосредующего еще одно структурное звено всякого человеческого характера, которое названо концепцией индивидуальности. Концепция индивидуальности включает в себя определенное решение проблемы бессмертия, модель здоровья и понимание соотношения души и тела [160, С. 212 – 231].

Рассмотрим основные моменты **личностной модели здоровья**, предложенной В.Ф. Сержантовым и А.А. Корольковым [234].

Структура данной модели здоровья представлена как: а) отношение к собственному телу; б) личностное понимание существа здоровья и целей его сохранения; в) знание законов функционирования организма и степень волевой регуляции; г) индивидуальное отношение к болезням (степень развития способности к поиску, активному выходу из состояния болезни); д) выраженность личностных установок (мотивов) в ходе выздоровления.

Все эти моменты взаимосвязаны и характеризуют личностную модель здоровья в совокупности некоторых основных ее проявлений. Прежде всего, в отношении к своему собственному телу. Чем оно определяется? Число факторов

такого отношения многообразно и характер их у разных людей несколько различен, но одной из главных детерминант этого отношения является определенное понимание проблемы смерти и бессмертия, и индивидуальная структура интенции бессмертия. Проблема смерти и бессмертия имеет много разных решений, однако все они могут быть разделены на два основных способа. Первый способ решения данной проблемы основан на разделении человека на тело и дух, что в психологии получило название психофизиологической проблемы. Такое решение проблемы обычно обозначается как идеалистическое, религиозное. Второй способ решения проблемы смерти и бессмертия – это материалистическое решение.

Интенция бессмертия есть не что иное, как проявление особой целеустремленности человека и тем самым его высокой жизнестойкости вообще. Феноменологически интенция бессмертия находит свое выражение в такой презумпции поведения и жизни человека, когда последняя мыслится как бесконечно во времени длящаяся.

Стратегия и тактика отношения к своему телу не безразличны к действительному его функционированию, т. е. к тому, что выражается в понятиях здоровья и болезни. Само отношение человека к своему телу имеет существенное мировоззренческое – философское или религиозное опосредование. Существенный момент рассматриваемого отношения есть манифестация (выявление) индивидуальной интенции бессмертия. Но интенция бессмертия приходит в противоречие с тем фактом, что человеческий индивид есть конечное, смертное существо. Поэтому для разрешения этого противоречия создаются человеческой культурой концепции бессмертия. Наиболее доступной сознанию человека является концепция индивидуального бессмертия как бессмертия души и ее обособленной, но благополучной жизни после смерти, связанной с разрушением тела. Эта концепция составляет содержание первобытного анимизма, всех религий и части идеалистических философских систем. Данное представление в качестве своей предпосылки имеет психофизиологический дуализм.

Материализм исключает концепцию индивидуального бессмертия. Лич-

ность, поднимающаяся на уровень сущностных сил человека, т.е. таких функций, как познание мира и себя, преобразовательная творческая деятельность, всечеловеческая социальность (альтруизм, братство, справедливость, любовь), не может иметь в качестве доминирующей интенции стремление к самосохранению любой ценой и при любых условиях. Доминирующим моментом в интенции бессмертия такой личности будет направленность, исходящая из высшего развития когнитивно-праксеологической и социальной функций. Такой человек видит личное бессмертие в своих социально значимых делах и в своей бессмертной славе среди людей, в памяти поколений своего народа (духовное бессмертие) и в своих потомках (физическое бессмертие). Атеистическая концепция бессмертия состоит в признании когнитивно-праксеологической и социальной функций человека, признании их сущностными силами человека, в котором представлено высшее развитие природы человека; и истинное бессмертие – это бессмертие его дел, его духа, понимаемое как социальная преемственность бесконечного ряда поколений человечества.

Отношение человека к своему телу, особенно отчетливо проявляющееся в экстремальных ситуациях, является не частным моментом, не случайной и ни с чем не связанной чертой, а существенным проявлением структуры личности, чертой, которая мировоззренчески опосредована. Эта существенная личностная особенность индивида с учетом знаний человека о своем теле и способности к волевой регуляции своей жизнедеятельности определяет и другие особенности, которые включены в понятие личностной модели здоровья, т.е. выраженность личностных мотивов выздоровления и способность к активному выходу из состояния болезни [160, 233, 234, 235].

Иную трактовку понятия здоровья предлагают С.Я. Чикин и Г.И. Царегородцев. «Здоровье как «состояние полного физического и социального благополучия» (Устав Всемирной организации здравоохранения, 1949) зависит от сложного взаимодействия между организмом человека и социально-экономическими, биологическими, природно-экономическими и рядом других факторов. Здоровье - это такое состояние, когда человек, может оптимально

осуществлять все общественные и биологические функции, присущие ему как социально-биологическому существу. Здоровье является выражением и проявлением целостности индивида. Это не сводится лишь к физическому состоянию, а предполагает одновременно психоэмоциональную уравновешенность, т.е. психическое здоровье. В этой связи уместно подчеркнуть, что английское слово «здоровье» (health) происходит от англо-саксонского слова «whole» - целый. Состояние здоровья населения врачи оценивают по ряду основных комплексных показателей: заболеваемости, нетрудоспособности, смертности, физическому и психическому развитию и др.». В связи с определением понятия «здоровье» указанные авторы рассматривают также содержание понятий «норма» и «болезнь» [268].

В работе П. Пенчу, З. Павдид и Ю. Дорованту «Санитарное просвещение как комплексная научная дисциплина» в основе трактовки понятия «здоровье» лежит определение, содержащееся в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения. В понимании данных авторов здоровье считается качеством жизни, предполагающим диалектическое взаимодействие и взаимозависимость между физическим состоянием индивидуума, его психическими проявлениями, эмоциональными реакциями и социальной средой, в которой он живет. В этом смысле три компонента здоровья относятся, с физической точки зрения, и к структуре и хорошему функционированию организма, а с психической и социальной точки зрения - к модели поведения личности, приспособленной к гармонично интегрированному комплексу отношений и влияний между личностью и обществом. Как здоровье и гармоничное развитие организма, так и заболевание зависит от эндогенных и экзогенных факторов [269,272].

Понятием, противоположным здоровью, является понятие «болезнь», которое определяется как «процесс, возникающий в результате воздействия на организм вредоносного (чрезвычайного) раздражителя внешней или внутренней среды, характеризующееся понижением приспособленности живого организма к внешней среде при одновременной мобилизации его защитных сил. Болезнь проявляется нарушением равновесия организма с окружающей средой, сниже-

нием на время болезни трудоспособности человека и выражается в возникновении побочных (неадекватных) реакций» [35, С. 509].

Из этих определений, которые мы привели почти в полном объеме с целью сохранить как можно больше содержательно-смысловых нюансов каждого из них, видно, насколько они различны. Но вместе с тем, в каждом из них содержатся общие для всех положения. Первое - это то, что здоровье характеризуется как состояние. Второе - подчеркивается обусловленность здоровья внутренними и внешними факторами и в первую очередь, социальными. И третье - отмечается качественно-количественная степень здоровья как состояние уравновешенности организма со средой.

Таким образом, в отечественных исследованиях преобладает либо имплицитное определение здоровья как отсутствие объективной болезни, прямо вытекающее из биомедицинской модели, либо ориентация на определение ВОЗ, в центре которого находится понятие субъективного благополучия, т.е. отсутствие субъективной болезни [262, С. 12 – 16].

Здоровье и способы его сохранения (и развития) небезразличны к структуре личности. По-другому и не может быть, ибо структура личности есть система высших уровней интеграции индивида. Поскольку такие уровни связаны с общественно значимыми ценностями, то само здоровье оказывается ценностью [266, 269, 270, 272, 276]. Ценностью в том смысле, что всякий человек рассматривает его как наиболее желаемое и ни с чем не сравнимое состояние, но и в том смысле, что здоровье как ценность принимает надличностную форму, зависящую от функционирующих в данном обществе систем ценностей, основу которых составляет мировоззрение. Этим определяется еще одна функция философии здоровья – быть интегрирующим началом в структуре личности, обуславливая все ее направления.

Отечественные авторы ориентированы в определении и болезни, и здоровья на модель адаптации (Ю.А. Александровский употребляет термин «психическая дезадаптация», Ф.Б. Алмазов – «психическая средовая адаптация», Ф.В. Березин – «психофизиологическая адаптация», Г.А. Балл - «психическая адапта-

ция», П.С. Граве, Н.Л. Коновалова, А.А. Начальджан – «социально-психологическая адаптация» и др.). Адаптация соотносится с реакциями или структурными изменениями в организме, через расстройство вновь приходящего к внутреннему равновесию и равновесию со средой. Адаптированные реакции или изменения направлены на выживание организма и эффективное функционирование в конкретном окружении. Поскольку адаптация может быть определена в терминах объективных характеристик среды, эта концепция имеет биологическую основу.

Под психической адаптацией следует понимать процессы и явления, происходящие на уровне психической деятельности, возникающие в процессе решения задач, связанных с проблемными психическими ситуациями. «Изучения феномена психической средовой дезадаптации, исходят из известного предположения, что в многомерном пространстве многообразных факторов, определяющих взаимодействие личности и среды, полностью адаптирован может быть лишь абстрактный человек, тогда как реальные люди вынуждены постоянно тратить силы на преодоление разного рода затруднений, угрожающих их стабильному состоянию» [10, С. 17]. С позиции экзистенциального подхода, никто не может принуждать человека к трате сил, а «стабильное состояние» для него обозначает прекращение духовного роста и развития личности.

Попытка человека адаптироваться к социальному окружению может быть связана с флуктуациями в состоянии здоровья. Однако многие нежелательные виды поведения, имеющие и определенную конституционально-биологическую основу - переедание, алкоголизация и наркотизация, даже ювенильная делинквентность и различные невротические проявления - вполне могут рассматриваться как вид адаптированных реакций в современном мире.

«Здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта, - считает Ю.П. Лисицын. – Оно – состояние, которое позволяет человеку вести неестественную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, то есть испытывать душевное, физическое и

социальное благополучие» [134, 135].

Подход к здоровью как состоянию, не сводящемуся к отсутствию болезни, получил название **позитивной концепции здоровья** (Г.И. Царегородцев, 1989; А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев, 1980 и др.). Ее развивают А.В. Сахно (1992), О.И. Даниленко (1988), В.В. Горинов (1993) и др. Концепция А.В. Сахно основана на аксеологическом подходе и характеризуется выделением наряду с психическим здоровьем, здоровья морального. Последнее определяется как иммунитет к различным видам социального зла, нравственная чистота поступков и помыслов и т.п. О.И. Даниленко говорит о душевном здоровье как не о медицинском, а философско-психическом понятии. Он основывается на представлении о душевных заболеваниях, называя их противоположным полюсом континуума невроз, а промежуточной точкой - депрессивные состояния. Психические болезни, за исключением истерических психозов, исключаются из понятия душевных болезней, однако включают в себя задержки психического развития и расстройства личности. Обе концепции содержат культурально-историческую «ось» рассмотрения здоровья, а концепция О.И. Даниленко - ещё и «ось» жизненного цикла. В.В. Горинов, основываясь на психодинамических моделях, выделяет в качестве признаков психики здорового человека свободу, независимость, активность личности в различных социально-психологических ситуациях.

Из приведённых определений видно, что понятие здоровья отражает качество приспособления организма к условиям внешней среды и представляет итог процесса взаимодействия человека и среды обитания; само состояние здоровья формируется в результате взаимодействия внешних (природных, социальных) и внутренних (наследственность, пол, возраст) факторов.

### **1.1.2. Понятие здоровья в психологии**

Понимание здоровья в психологии сейчас значительно расширяется. Оно привязывается не только к физиологическому и психофизиологическому пространству, но воспринимается как сложный феномен, включающий новые смыслы и значения в процессе социальной эволюции.

Здоровье изменило свой статус в обществе как явление социума. И выражается это изменение глубинно и комплексно как в индивидуальном понимании, так и в оценке всего человечества. Здоровье сохраняет свое значение для индивида как определенная ценность и соответствующее состояние (отсутствие боли, недуга), обеспечивающее возможность работать. Оно приобретает новые измерения: формируется новое отношение к нему как особому социальному феномену.

Здоровье (как особое социальное отношение) во все большей степени становится структурообразующим фактором социального бытия, реализуемого в субъектной жизнедеятельности конкретных индивидов. Меняются содержание, емкость, смысловые показатели физического, психического, духовного здоровья человека и изменяются требования к здоровью.

Рассматривая здоровье как особый социальный феномен, необходимо выделить следующие аспекты. Первый — это здоровье как надиндивидуальное состояние в соотношении к сообществу как субъекту истории. Второй — это особое субъектное отношение к здоровью и здоровье в субъектных отношениях индивидов, индивидов и общества в их сложном взаимодействии. Наконец, третье — это здоровье как основание самоопределения и мера свободы индивида в качестве субъекта истории [226, С. 4].

В осмыслении здоровья происходит переход от «суммарности» в оценке состояния здоровья и его ценности к пониманию *интегральной целостности здоровья* как сложно конструированной и многопланово представленной константы. Социальный смысл здоровья заключается в отношении к здоровью как особого проявления связей между индивидами, предполагающих проективную, целеполагающую деятельность по фиксации состояния индивидов и реализации нормы здоровья.

Начало реального отношения к здоровью как особой общественно значимой ценности трудно установить. Однако определенное отношение к болезни фиксируется достаточно рано в процессе становления человека.

В настоящее время здоровье приобретает ценность для индивида не только

в плане здоровье – болезнь и не только в плане сохранения возможности своей действительности, когда ценность здоровья имеет своего рода рыночный характер, но и как личностно необходимый компонент, обеспечивающий личную представленность человека в обществе. Здоровье в качестве особой формы проявления природной сущности человека приобретает реальную всеобщность. Не просто общественно-значимым становится здоровье, когда человек заботится о своем здоровье, а общество о его здоровье, но и объективно вводится такое направление, как изучение здоровья здорового человека.

Исходя из этих положений и отталкиваясь от психологической трактовки понятия «отношение», сформулировано понятие «отношение к здоровью». **Отношение к здоровью** представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния и организованную самим человеком жизнедеятельность, способствующую сохранению здоровья, личностному росту, творческому функционированию или наоборот (И.В. Журавлёва, Н.Л. Коновалова, В.Н. Мясичев, А.А. Реан и др.).

Будучи обусловлено объективными обстоятельствами и определено движущими силами деятельности и поведения личности, отношение к здоровью проявляется в действиях и поступках, переживаниях и вербально реализуемых суждениях людей относительно факторов, влияющих на их физическое и психическое благополучие, при этом само поведение и высказываемые суждения о здоровье могут быть адекватными или неадекватными.

Дифференцируя отношение к здоровью на адекватное, разумное и неадекватное, неразумное или беспечное, условно выделяют два диаметрально противоположных типа поведения индивида по отношению к факторам, способствующим или угрожающим здоровью. Но поскольку в реальной действительности подобная полярная альтернатива практически исключена, следует говорить о степени адекватности или неадекватности отношения к здоровью.

Эмпирически фиксируемым критерием меры адекватности отношения к здоровью может служить (в поведении) степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены. В высказываемых людьми мнениях и суждениях относительно факторов сохранения и укрепления здоровья в качестве таких критериев может выступать уровень осведомленности индивида.

Касаясь вопроса о критериях адекватности отношения к здоровью, следует иметь в виду обстоятельство соответствия или несоответствия самооценки индивида его физическому и психическому состоянию здоровья. В предметно-практическом плане вполне достаточно представление о здоровье как понятии, используемом для описания влияния болезни и нетрудоспособности на повседневное функционирование индивида в физическом, психическом и социальном аспектах [290].

Для социально-психологического анализа феномена здоровье центральным является **аспект психического здоровья**, причем именно развитие социальной психологии способствовало выведению понятия «норм» за рамки медико-физиологической дихотомии «норма-патология» [149, С. 46 – 59].

С общепсихологических позиций понятие «нормы» является более широким, чем понятие «здоровье». Offer D., Sabshin M. выделяют четыре основных подхода:

а) Нормальность как здоровье подразумевает континуальную модель “болезни - здоровья”, где норма - один из полюсов континуума.

б) Нормальность как относительное состояние, гармоничная и оптимальная связь различных элементов психического аппарата, достигающая кульминации в оптимальном функционировании; присуще психодинамической традиции.

в) Нормальность как модальный паттерн поведения в данной общности.

г) Нормальность как результирующая переменная взаимодействия различных систем, изменяющегося во времени [298].

Следует отметить, что в этих подходах психическое здоровье рассматрива-

ется как нечто большее, чем просто отсутствие болезни.

Для зарубежных эмпирических исследований психического здоровья принципиальное значение имела работа М. Jahoda (M. Jahoda, 1958). Обсуждая различные подходы к психическому здоровью, автор предлагает шесть критериев позитивного психического здоровья, три из которых отражают “Я” – концепцию, а три – отношение к реальности. Это: 1) анти tyd к “Я”; 2) рост, развитие и самоактуализация; 3) личностная интеграция; 4) автономия; 5) восприятие реальности; 6) мастерство и компетентность в отношении окружения.

Имеются различные «типы» психического здоровья в соответствии с ситуацией, генетическим фоном и т.д., причем каждый тип может быть измерен комбинацией индикаторов и по различным критериям.

Концепция М. Jahoda подвергалась критике по трем основным направлениям. Первое связано с акцентом на ценностном характере самого понятия позитивного психического здоровья. Показано, что за этим понятием скрывается определенная этическая система, отражающая американскую культуру середины XX века. Позитивное психическое здоровье, в конечном счете, означает приспособление к конкретному набору социальных институтов.

Второе направление критики связано с феноменом так называемой позитивной иллюзии в восприятии себя и окружающего, обнаруженного S. Taylor в исследовании онкологических больных. Большинство больных имеют позитивные иллюзии в трех направлениях: а) оценивают себя в нереалистических позитивных требованиях; б) убеждены, что имеют больший контроль над окружением, чем на самом деле; в) рассматривают свое будущее более позитивно, чем позволяют говорить объективные данные о состоянии здоровья.

Отсюда возник термин “депрессивного реализма” означающий, что только депрессивные больные демонстрируют те точные перцепции, которые в концепции Jahoda характеризуют функции здорового индивида [305].

Третье направление критики исходит из того, что предложенные Jahoda индикаторы каждого из сформулированных ею критериев позитивного психического здоровья оказались практически не реализуемыми в эмпирических исследова-

дованиях.

Обобщив такие исследования, S. Kasl предложил четыре группы индикаторов психического здоровья:

1. Отражающие социологическую ориентацию и показывающие функциональную эффективность и выполнение индивидуумом требований социальной роли (госпитализация, отсутствие на работе, развод).

2. Показывающие субъективное благополучие, и включающие аффективные переменные (депрессивная окраска настроения, чувство обиды), симптоматические переменные («чувство напряжения», «нервность»), а также отражающие самооценку и удовлетворенность (самооценка, удовлетворенность работой и жизнью в целом, оценка удовлетворения потребностей).

3. Отражающие гуманистическую ориентацию, и показывающие мастерство, компетентность, т.е. позитивные критерии, включающие рост и самоактуализацию личности, адекватность преодоления жизненных трудностей, использование ценных навыков и достижение ценностей – целей.

4. Психиатрические симптомы и проявления, которые нельзя классифицировать в других категориях, и которые имеют клиническое значение в психиатрии [292, pp. 171 – 196].

Эта система индикаторов образует рабочее определение психического здоровья. Автор подчеркивает, что единичный индекс психического здоровья построить нельзя, а связи между индикаторами представляют вполне самостоятельный научный интерес.

В отечественной литературе попытку сформулировать критерии психического здоровья предприняли Н.Е. Водопьянова и Н.В. Кодырева [55, С. 50 – 58]. В качестве первичных индикаторов нездоровья предлагаются показатели дезадаптации, конфликтность, противоречивость в системе отношений личности с окружающей средой, снижение социальной активности. Показатели дальнейшего снижения здоровья – пассивность жизненной позиции, зависимость от вредных привычек, уход от ответственности. Еще более низкое здоровье и переход в болезнь отражаются в появлении невротизации и деформации лично-

сти, психосоматических заболеваниях.

Все приводимые индикаторы, конечно, индикаторы болезни, а не здоровья. Главный недостаток предлагаемой системы индикаторов - в их несоответствии требованию операциональности. Состояние должно быть прежде классифицировано нозологически по своей тяжести, чтобы выяснить, какие критерии нездоровья к нему применимы.

В нашей стране *подход социальной компетентности* (близкий функциональному подходу) развивает П.А. Пономаренко, определяющий профессиональное здоровье как «способность к сохранению компенсаторных и защитных свойств, обеспечивающих готовность ко всем условиям профессиональной деятельности» [197, С. 54 – 57].

Во всех рассматриваемых подходах к болезни и здоровью скрыто или явно присутствуют **4 аспекта социально-психического анализа**:

1. Культуральный, где исследуются взаимоотношения между культуральным контекстом и жизненным стилем с одной стороны, определения здоровья и реакции на болезнь - с другой.

2. Социальный, где внимание сосредотачивается непосредственно на семье, работе и общей социальной активности личности. В центре рассмотрения здесь способы, которыми человеческие качества и реакции приспособляются к социальным требованиям, физическому и экономическому окружению.

3. Интеракционный, где изучается влияние на индивидов процессов коммуникации, межличностного взаимодействия, и напротив, как интрапсихическое состояние индивидов и их личные особенности влияют на социальные процессы в непосредственном окружении.

4. Социетальный, где рассматривается взаимодействие между здоровьем и другими социальными институтами [297, pp. 52 – 75].

В силу сложности и многогранности феномена здоровья человека особое значение приобретает связь наук: социальной психологии, общей психологии, психобиологии, психологии развития, психологии труда, медициной, военной и спортивной психологии, акмеологии и др. (Кузьмин Е.С.). Появляются новые

направления – социальная психология здоровья (И.Н. Гурвич), антропософия здоровья (И.А. Серова) и др. [66, 185, 233].

Б.Ф. Ломов справедливо подчеркивает, что социально-психологические явления могут выступать в роли опосредующего звена и непосредственной причины, а чтобы понять их сущность и законы нужно выйти за пределы этих явлений, рассмотреть их в контексте протекающих в обществе процессов [141]. Из этого положения следует непосредственная связь социальной психологии здоровья с социологией.

В области психологического здоровья социология, социальная психология предлагают свои подходы и концепции. R. Lane связывает с социологическим подходом исследовательские направления ролевой социализации и социальной дезорганизации как причины девиантного поведения [294]. В нашей стране социологические аспекты психологической болезни длительное время исключались даже из сферы социальной психиатрии, под которой понимались лишь вопросы трудоспособности и социального приспособления больных.

Психология здоровья - научное и клиническое направление внутри современной психологии, уходящее своими корнями в психоаналитическое движение и психосоматическую медицину (Пезешкиан Н., Prokop С.К, Bradley, Burish Т.). Ее характерной особенностью является использование теорий, развитых для психологического здоровья, в целях понимания и укрепления физического здоровья (Adler и др.) [185, 286, 299].

Психология здоровья рассматривает здоровье с системных позиций, причем болезнь выступает только как специальный случай здоровья. Наряду с механизмами влияния психосоциальных факторов, психология здоровья по мнению Schwarz включает в свой предмет психо-физиологические и психонейроиммунологические закономерности, биологическую обратную связь и регуляцию гомеостаза [66, 303].

Как важный раздел психология здоровья включает в себя превентивную психологию - концептуальные программы и эмпирические характеристики профилактических усилий в сфере психического здоровья [109, С. 85 – 96].

Содержание социально-психологической области исследования здоровья можно определить как совокупность социально - психологических, т.е. исходящих из непосредственного социального взаимодействия индивидов, феноменов (структурный аспект) и процессов (динамический аспект), «окружающих» здоровье и болезнь.

Сведение проблем здоровья исключительно к их социально-психологической стороне было бы ошибочно, поскольку понимание человека с позиций целостности подразумевает и определенную автономность его функционирования от социальных условий [108, С. 122 – 125].

Наиболее теоретически обоснованным и продуктивным для эмпирических исследований выступает сегодня **обще эволюционный подход к здоровью**, который предлагает функциональное определение здоровья на основе совокупности клинических и поведенческих индикаторов. Социально-психологические явления и процессы детерминируют состояние здоровья индивида двумя основными путями: 1) как факторы социальной этиологии болезни; 2) как регулятор поведения, связанного со здоровьем и болезнью.

Объяснительная модель влияния социально-психологических факторов на здоровье D.Gentry, A.S.Kovusa основана на подходе с позиций баланса между человеком и его окружением. При дисбалансе возникает высокая нагрузка на чувствительность со снижением резистенции. Резистентность представлена тремя видами переменных, - твердостью, опытом преодоления и социальной поддержкой, - выполняющими функции медиаторов для вероятности развития болезни при воздействии дистресса [288, 289].

На уровне индивида модель включает в себя биологическую чувствительность и резистентность, например, конституциональную predisposition и физические упражнения. Действие социальных факторов не прямое, и заключается в усилении или облегчении использования психологических ресурсов.

Описание современных представлений о механизмах влияния социально-психологических факторов на здоровье позволяет рассматривать их в соответствии с системными представлениями о детерминации здоровья, как иерархи-

чески организованные и локализованные на уровнях индивида, первичных социальных групп, социальных организаций, общностей и общества в целом (социетальный уровень).

**В современных концепциях психического здоровья** предпринимаются попытки его позитивного определения. В частности, Г.С. Никифоров рассматривает три специфических уровня психического здоровья: биологический, психологический и социальный. Здоровье на биологическом уровне предполагает динамическое равновесие функций всех внутренних органов и их адекватное реагирование на влияние окружающей среды. Вопросы здоровья на психологическом уровне связаны с личностным аспектом рассмотрения, в рамках которого человек предстает как психическое целое. Чем более гармонично объединены все существенные свойства, составляющие личность, тем более устойчива, уравновешена и способна противодействовать влияниям, стремящимся нарушить ее целостность. Переход от психологического к социальному уровню достаточно условен. Психологические свойства личности просто не существуют вне системы общественных отношений, в которую она включена [208].

«Аномалии развития личности наиболее ярко заявляют о себе в проявлениях ее дисгармонии, утрате равновесия с социальным окружением, т.е. в нарушении процессов социальной адаптации, сопряженных с социумом. Этот критерий органично связан с двумя другими: гармоничностью организации психики и ее адаптивными возможностями» [208, С. 455]. Адаптивные возможности психики также рассматриваются как важнейший критерий психического здоровья (Е.В. Будыка, И.В. Ефимова, Н.Л. Коновалова, Е.Д. Хомская и др.).

А. Маслоу рассматривал главным образом две составляющие психического здоровья. Это, во-первых, стремление людей быть всем, чем они могут, развивать весь свой потенциал через самоактуализацию. Необходимое условие самоактуализации, по мнению А. Маслоу, - нахождение человеком верного представления о самом себе. И, во-вторых, психическое здоровье определяется стремлением к гуманистическим ценностям, т.е. приятием других, чувствительностью к прекрасному, альтруизмом, желанием улучшить человечество

[295].

Идеи В. Франкла состоят в том, что степень самоисполненности зависит от способности индивида ставить такие цели, которые наиболее адекватны его внутренней сути. Чем понятнее человеку его призвание, смысл его жизни, т.е. чем отчетливее выражено самоопределение, тем вероятнее самоосуществление. Именно обладание такими жизненными целями является условием сохранения психического здоровья. Смысл - это всякий раз смысл конкретной ситуации, и нет такого человека, для которого жизнь не держала бы наготове какое-нибудь дело. Надо найти это дело, этот смысл, а у ребенка надо воспитывать готовность к нахождению смысла жизни. Возможность осуществить смысл всегда уникальна, и человек, который может ее реализовать, всегда неповторим.

Значение «смысла», мотивационного компонента и направленности личности в формировании психического здоровья обсуждалось в работах русских философов. В частности, в работе П. Флоренского «Столп и утверждение истины» содержатся идеи для понимания психологией смысла человеческого существования, обращенного к «истине». П. Флоренский проповедовал самую современную логику познания человеком человека, проникновения в его сущность «не слепую интуицией, направленною на эмпирические отдельности, и не дискурсивным рассудком, прикладывающим к одному элементу другой, третий и т.д., пытаясь таким образом получить из частей целое; истина может вступить в сознание лишь путем разумной интуиции, которая сочетает в себе дискурсивную расчлененность (дифференцированность) до бесконечности с интуитивной интегрированностью до единства» (Цит.: по Лосский Н.О. История русской философии. - М., 1994. - С. 194).

Для современной психологии важен не только сам факт участия смыслообразующей функции в развитии здоровой личности, но и возможность позитивного влияния на формирование её направленности и мотивов поведения. Поэтому концепция психического здоровья или здоровой личности нуждается в дальнейшей разработке.

Американский психотерапевт Р. Мэй следующим образом определил сла-

гаемые личности: «...свобода, индивидуальность, социальная интегрированность и глубина религиозности» [162, С. 12]. Последовательно раскрывая содержание указанных составляющих личности, Р. Мэй трансформирует эти категории для целей позитивной психотерапии.

Рассмотрим данные аспекты личности с позиции психического здоровья.

«**Свобода** - это основной принцип, обязательное условие существования личности. Именно свобода отличает человеческое существо от животного, потому что человек обладает способностью разорвать прочную цепь стимулов и реакций на них, которым подчиняются животные. Здоровый разум может сдерживать различные импульсы, поддерживая их в состоянии неразрешенного равновесия, пока не будет принято окончательное решение в пользу одного из импульсов... Свобода - первая составляющая понятия личности и первый принцип психологического консультирования. Задача консультанта - подвести клиента к принятию ответственности за свои поступки» [Там же, С.18]. С самоограничением свободы, с «бегством» от нее К. Хорни связывает нарушения психического здоровья невротического плана [260]. Р. Байярд и Д. Байярд многие отклонения в развитии личности детей и подростков объясняют несвоевременной передачей им ответственности за собственную судьбу [19].

Взгляды психологов гуманистического направления на свободу личности хорошо согласуются с мировоззрением русской философии. Н. Бердяев противопоставляет свободу объективации и детерминации. «Животный состав человека, как и социальный его состав, есть объективация и отчуждение, а не Existenz, которая раскрывается в активности и индивидуальности... человек не детерминирован природой и обществом, в нем есть свобода. Эта экзистенциальная глубина может быть закрыта, придавлена, не осознана человеком, но она была источником всего великого, сотворенного человеком в его истории. Исключительно природный и социальный человек не мог бы быть творцом... Человек есть существо, принадлежащее к двум мирам. Он есть существо, исключительно приспособленное к природно-социальному миру, он всегда выходит за его пределы и обращен к другому своему составу в своих творческих актах... Чело-

век есть трагическое существо именно потому, что он находится на границе двух миров, высшего и низшего, и заключает в себе оба мира» [26, С. 12]. Свободного человека, который скрывается за природным и социальным человеком, автор называет трансцендентальным. Трансцендентальный человек, утверждает Н. Бердяев, есть внутренний человек, существование которого находится вне объективации. Тем не менее, в отличие от кантовской «вещи в себе», трансцендентальность прорывается вовне творческим актом, обнаруживая себя как самому человеку, так и окружающим его людям.

Материалистическая философия и психология детерминизма неоднократно пытались опровергнуть «богочеловеческую» природу личности, каковой она выглядит в трудах С. Франка, Н. Бердяева, И. Ильина и других отечественных философов [26, 98, 99, 251].

Картину детерминированности личности дает психоанализ. З. Фрейд установил, что регулирующие функции разума могут быть приведены в хаотическое состояние неосознаваемыми психологическими защитами «подавления», «вытеснения», которые часто заставляют человека быть неискренним с самим собой [253, 254]. В таком случае сам акт трансцендентального прорыва у человека можно объяснить сексуальным побуждением, по Фрейду, или инстинктивным стремлением к превосходству, по Адлеру [5, 286]. Цель психоаналитической терапии в конечном счете сводится к устранению путаницы в мыслях пациента, освобождению его от «комплекса», и таким образом достигается восстановление функционального единства его разума и приближение к свободе.

Н. Бердяев хорошо представил трудности в обретении свободы. Он считал, что возможно и ложное утверждение свободы, когда она понимается статически, формально и представляется легкой, а не трудной. Свобода человека со всех сторон ограничена. Она ограничена и внутри его. И человек все время должен вести борьбу за свободу, иногда героическую борьбу. Свобода встречает сопротивление, и человек должен преодолевать сопротивление. Когда свобода не встречает сопротивления, то она начинает «разлагаться».

Итак, с позиции психического здоровья следует согласиться, что свобода -

это основной принцип, обязательное условие существования личности. Неумение ребенка в раннем детстве или в школьном возрасте пользоваться свободой неизбежно ограничивает его психическое здоровье и сужает диапазон адаптивности.

Рассмотрим следующую составляющую личности - *индивидуальность*. В определение понятия индивидуальности значительный вклад внес швейцарский психолог Карл Юнг. Его терминология, связанная с разделением людей на «экстравертов» и «интровертов», вошла в обиходный язык. Но система К. Юнга гораздо сложнее и является осью координат с весьма приблизительными точками отсчета. Сам Юнг настаивал на индивидуальности личности. Он утверждал, что создание классификации помогает в работе психотерапевта, но каждый индивидуум представляет собой единственную и неповторимую категорию [281].

Оценка индивидуальности является сложной задачей. Самая опасная ошибка – это стремление «втиснуть» клиента в одну из известных категорий и, тем самым, вторгнуться в его автономию. Говоря словами Р. Мэя, с помощью консультанта клиент должен отыскать то, что Аристотель определил как «энтелехию», т.е. «ту единственную форму в желуде, из которой неизбежно разовьется дуб». Аналогичны рассуждения Юнга о том, что каждый из нас несет в себе свою форму жизни, которую невозможно вытеснить другой. Эта форма жизни, истинное Я, охватывает глубины человеческого разума, выходя далеко за пределы обиходного сознания. Отыскать самого себя можно только соединив сознательное Я с различными уровнями подсознания.

В функциональном плане подсознание представляется как огромный склад, хранящий разнообразное психическое содержимое: страхи, надежды, желания и разного рода инстинктивные побуждения. Но на деле это скорее динамо-машина, вырабатывающая желания и побуждения, направляемые сознанием. Подсознание можно рассматривать как ряд уровней. Такой подход соответствует реальному опыту, так как детские впечатления, например, кажутся нам глубже, чем переживания вчерашнего дня. Чем глубже мы проникаем в знание,

тем больше мы обнаруживаем материала, общего для многих индивидуумов. Для этих более глубоких уровней К. Юнг ввёл термин «коллективное подсознание». Это то, что в определенной степени связано с национальной историей и культурой человека, но попало в подсознание каким-то более сокровенным путем, чем через школьные классы и учебники. Известно, что в примитивных обществах, в которых коллективное сознание сильнее, весьма сложно определить, где кончается опыт предков, и начинаются вновь приобретенные индивидуальные навыки.

В индивидуальном подсознании К. Юнг выделяет определенные структуры, общие для всего человечества («архетипы» или «изначальные образы»). Это мыслительные структуры, которыми люди владеют в силу того, что они просто человеческие существа. Архетипы имеют отношение к структурной основе разума.

Связь психического здоровья с индивидуальностью становится очевидной, когда человек не умеет быть самим собой, когда он не может выразить свою индивидуальность. Невротический тип страдает оттого, что не может принять себя, не может выносить самого себя и хочет чего-то иного. В процессе возрастного развития самосознание ребенка часто искажается неверным представлением родителей и других значимых взрослых о его индивидуальности - это ограничивает его психическое здоровье. Проникновение в собственную индивидуальность и адекватное принятие себя со всеми психофизическими особенностями расширяют адаптивный диапазон личности.

***Социальная интегрированность*** является третьей составляющей устойчивой личности. Этот аспект настолько значим, что люди имеют обыкновение полагать, что если личность испытывает сложности, то они непременно связаны с социальным окружением, а если человек достиг успеха в обществе, то и никаких проблем у него не может быть.

В исследовании вопроса социальной интегрированности большая заслуга принадлежит А. Адлеру. Он отмечал, что для невротика особенно характерна неспособность устанавливать связи с людьми и окружающим миром. Адлер ут-

верждал, что нельзя сохранить душевное здоровье, отгораживаясь от своей социальной группы, поскольку сама структура личности зависит от общества. Даже рождение ребенка зависит от определенного социального акта со стороны его родителей, а его выживание полностью зависит от семьи. В каждый данный момент любой индивидуум зависим от множества других людей, будь то в его настоящей или прошлой жизни. Адлер называл эту взаимозависимость «любовью и логикой, которые связывают всех нас в одно целое».

Адлер считал движущей силой развития индивидуума «волю к достижению престижа» или стремление к превосходству над другими. Это сходно, но не идентично понятию «воля к власти» Ницше и Шопенгауэра. Нам представляется, что в философском плане стремление личности к социальной интегрированности в большей мере можно связать с такими понятиями, как причастность, приобщение и общение в самом широком смысле этих слов. Ведь общение с другими людьми является основополагающей потребностью человека, которую он не всегда способен удовлетворить. Подтверждение этого содержится в работах Э. Берна [29].

В связи с категорией психического здоровья о людях с неполноценной социальной интеграцией можно сказать то же самое, что К. Шнайдер говорил о психопатических личностях, которые страдают сами и заставляют страдать других [275]. Ограничение здоровья бывает двух планов. С одной стороны, из-за выраженного чувства неполноценности, неудовлетворенности своим социальным, материальным положением может формироваться невротический характер со страхами, робостью, избыточной сенситивностью и низкой социальной активностью. С другой — то же чувство неполноценности может порождать агрессию, ненависть, тщеславие, зависть, честолюбие, стремление унижить другого для сохранения в своем самосознании собственного социального статуса. Та и другая формы социального поведения в конечном итоге оказываются дезадаптивными.

А. Адлер считал высочайшими добродетелями общественные интерес и сотрудничество, которые присущи здоровым индивидуумам, осознающим и с го-

товностью принимающим на себя социальную ответственность. Находя социально конструктивные способы самовыражения, душевно здоровые люди способны к социальной интеграции, в то время как невротики своим эгоцентрическим стремлением спасти свою жизнь практически разрушают ее. Здоровый индивидуум становится социально интегрированным, т.е. в буквальном смысле добивается целостности. Только тот способен пройти по жизни без тревожных волнений, - считал Адлер, - кто осознает свою принадлежность к человеческому братству.

Четвертую слагаемую личности – *глубинную религиозность* – Р. Мэй рассматривает как *источник духовности*. Он считает, что предельная целостность человеческой личности не только невозможна, но и нежелательна. Безделие в райских кущах или небесное блаженство, по его словам, означает гибель для личности. Личность динамична, а не статична, ее стихия – творчество, а не прозябание. Цель психотерапевта – новое, конструктивное перераспределение напряжений, а не абсолютная гармония. Полное устранение конфликтов приведет к застою, поэтому задачей психотерапии является превращение деструктивных конфликтов в конструктивные.

Духовность и творчество личности также идентифицируются Н. Бердяевым. Исходом духовного творческого акта, по его мнению, является откровение. Однако откровение истины не считается венцом человеческой жизни и соединением с благодатью. Человек находится в пути, а не в «окончательном достижении» цели пути. Таким образом, сама по себе духовная жизнь человека и его творчество тесным образом связаны с необходимостью решения психологической проблемы, с колоссальным психоэмоциональным напряжением и, в конечном итоге, со способностью человека перевоплотиться из одной целостной личности в другую целостную личность, при этом обогащая свою свободу, индивидуальность и социальную интегрированность.

Итак, психическое здоровье невозможно определить в терминах «благополучие», «комфорт», «отсутствие болезни» и др. Переживание человеком горя, страданий, мучений поиска вместе с моментами радостного откровения, про-

зрения и нахождения себя для других, по-видимому, есть главное свойство здоровой психики. В соответствии с общей концепцией психического здоровья для его оценки необходимо анализировать личность в единстве и взаимосвязи аспектов свободы, индивидуальности, социальной интегрированности и потенциальной творческой способности к перевоплощению и духовному росту. Иными словами, психологу или психотерапевту требуется воссоздать в своем сознании некую модель личности клиента, которая может быть более или менее близка к оригиналу.

Практика психологического консультирования учащихся убеждает, что подобные модели личности вполне реальны, если реальность и действительность понимать как непосредственное бытие человека, как область объективного психологического познания (Г. Абрамова, Н.Р. Битянова, И.В. Вачков, С.В. Кривцова, Е.А. Лещинская, А.Г. Лидерс, Б.М. Мастеров, Р. Смид, Г.А. Цукерман). «Это непосредственное первичное бытие есть реальность, в лице которой человек выходит за пределы «мира» - в широком общем смысле всей объективной действительности - и открывает совершенно иное измерение бытия — то измерение, в котором он наталкивается на его последние глубины и непосредственно имеет их в себе» [251, С. 38].

Термин «**психологическое здоровье**», предложенный И.В. Дубровиной, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и выделяет собственно психологический аспект проблемы психического здоровья [201, С. 6]. «Психологическое здоровье делает личность самодостаточной. ...Мы вооружаем ребенка – в соответствии с возрастом – средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими его людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира» [Там же].

Психологическое здоровье неразрывно связано с духовностью человека, его стремлением к постижению смысла собственной жизни, ориентацией на высшие этические ценности, с поиском и осознанием путей достижения душевного покоя, а также способностью сочетать согласие с самим собой и активную позицию в

жизни. Психологическое здоровье взрослого человека предполагает осознанную потребность в духовном развитии.

Иногда психологическое здоровье описывается в терминах состояния, как баланс между различными аспектами личности человека (Р. Ассаджиоли), между потребностями индивида и общества, который поддерживается постоянными усилиями (С. Фрайберг). Некоторые исследователи рассматривают психологическое здоровье как процесс жизни личности, в котором сбалансированы рефлексивные, эмоциональные, интеллектуальные, коммуникативные, поведенческие аспекты (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова). Многие авторы делают акцент на его функциях: поддержании равновесия между личностью и средой, адекватной регуляции поведения и деятельности человека, способности противостоять жизненным трудностям без отрицательных последствий для здоровья (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, П. Бейкер). Нередко для обозначения психологического здоровья используются синонимичные понятия «сила Я», «духовное здоровье».

Определение психологического здоровья как «динамической совокупности психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества и являющихся предпосылкой ориентации индивида на выполнение своей жизненной задачи, самоактуализации», приводит О.В. Хухлаева в программе формирования психологического здоровья у младших школьников [261, С. 12].

Итак, в психологии понятие «здоровье» рассматривается как «психическое здоровье». Несмотря на многочисленные теоретические и практические разработки категории здоровья, ее статус сегодня неоднозначен. Нам импонирует понимание психического здоровья, сложившееся в русле феноменологического, гуманистического и экзистенциального направлений (А. Маслоу, К. Роджерс, Р. Мэй и др.), и созвучное с ними толкование этого явления представителями российской психологической школы – Б.С. Братусем, И.В. Дубровиной, О.И. Мотковым, А.М. Прихожан и др. Названные ученые приходят к следующим выводам:

1. Психическое здоровье – это идеальное понятие, основанное на принципах

свободы, духовности, индивидуальности. Это не конечный пункт, а направление, в котором человек движется, следуя своей истинной природе. А самая сущность природы человека конструктивна, разумна, активна и заслуживает доверие.

2. Нарушения психического здоровья – это лишь количественные отклонения от нормального процесса психического развития.

3. Причиной нарушений психического здоровья является неправильное распределение напряжений во внутренней структуре личности. Наиболее значительным из них является напряжение между тем, что человек собой представляет, и тем, чем ему, по его мнению, следует быть.

4. Показателями психического здоровья являются принятие ответственности за свою жизнь, принятие себя, осмысленность индивидуального бытия и способность к пониманию и принятию других.

## **1.2. Состояние здоровья учащихся и факторы, влияющие на его сохранение**

### **1.2.1. Исторический аспект проблемы влияния факторов школьной среды на здоровье школьников**

Проблема сохранения здоровья ребенка в процессе школьного обучения возникла с момента организации систематического обучения детей и имеет многовековую историю. В конце XVIII века И.И. Бецкой, основоположник и руководитель закрытых детских учреждений, отмечая неблагополучие со здоровьем своих воспитанников, видел в этом порочность системы обучения, которая не учитывала элементарных правил гигиены и физического воспитания детей.

Начиная с середины XIX века ряд врачей, физиологов и педагогов в России посвящают свои работы изучению состояния здоровья школьников, разработке рекомендаций по его сохранению и укреплению. С этого времени начинает накапливаться большой фактический материал, включающий результаты не только наблюдений, но и специальных экспериментальных исследований. Его анализ позволяет выделить два традиционных подхода к решению данной пробле-

мы.

Представители одного из них видели основную причину в ухудшении здоровья школьников в несоблюдении гигиенических требований к условиям обучения. Так Ф.Ф. Эрисман (1870), изучая состояние остроты зрения у учащихся школ и констатируя его ухудшение с каждым последующим годом обучения, главную причину этого видел в плохой освещенности. Этому мнению придерживались Е.М. Белостоцкая (1960). А.Г. Цейтлинн, Г.К. Торопова (1959), указывая на возрастание случаев нарушений осанки у школьников от младших к старшим классам, связывали это с низким уровнем освещенности учебных помещений и несоответствием парт росту учащихся.

Представители другого традиционного подхода главной причиной в ухудшении здоровья школьников считали несоблюдение гигиенических требований к режиму обучения, в частности, в большом объеме учебной нагрузки. Еще в 1882 г. В.Г. Нестеров отмечал прогрессивное нарастание нервных расстройств от младших к старшим классам в 3-9 раз, связывая это с чрезмерным обременением учащихся учебной работой. Н.И. Быстров (1886) также считал, что существовавшие учебные программы не соответствовали «условиям детской природы и основам гигиены». В исследованиях М.В. Антроповой (1969), посвященных изучению работоспособности учащихся и поиску средств ее повышения, значительная роль в предупреждении умственного утомления отводится приведению в соответствие учебной нагрузки и возрастных психофизиологических возможностей учащихся. Подобные рекомендации содержатся и в работах С.М. Громбаха, М.М. Безруких и др. [25, 45, 46, 58, 79, 80, 83, 128, 148, 153, 182, 238]

В связи с многочисленными фактами негативного влияния школы на здоровье детей многими передовыми общественными деятелями России высказывалась идея необходимости осуществления коренной реформы в учебно-воспитательном деле с целью оздоровления подрастающего поколения. В начале XX века В.И. Формаковский писал: «Мы продолжаем наблюдать пергаментные физиономии и согбенные станы учащихся юношей... Такое положение дела приводит к мысли, что применяемыми до сих пор частичными мерами нельзя

достигнуть улучшения положения дела в целом. Полное оздоровление школы может произойти только после полной реорганизации ее во всех отношениях, исключая все факторы, отрицательно влияющие на здоровье учащихся».

С первых лет Советской власти охране здоровья школьников в процессе обучения была придана государственная значимость. При Комиссариате по просвещению начал работать руководимый В.М. Бонч-Бруевичем школьно-гигиенический отдел. В это же время открывается ряд воспитательно-оздоровительных учреждений: детские оздоровительные трудовые колонии, лесные школы, школы для детей с дефектами развития.

В начале тридцатых годов было введено всеобщее обязательное начальное обучение детей. В этой связи принято специальное постановление, направленное на охрану здоровья школьников и регламентирующее продолжительность учебных занятий, перемен, каникул.

После Великой Отечественной войны в нашей стране были возобновлены и интенсифицированы исследования по изучению состояния здоровья школьников, в частности, сектором школьной гигиены НИИ возрастной физиологии и физического воспитания АПН СССР, руководимым М.В. Антроповой. Проведенные исследования свидетельствовали о том, что учебная нагрузка, обусловленная действующим учебным планом и программами, в силу несоответствия силам и возможностям даже здоровых детей и подростков, способствует возникновению стойких отклонений в состоянии здоровья (развитию близорукости, нарушений осанки, повышению артериального давления, различным невротическим состояниям).

В этой связи особую актуальность приобрело постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах дальнейшего улучшения работы средней общеобразовательной школы» (ноябрь 1966 г.). В нем обращалось особое внимание на необходимость преодоления перегрузки учащихся учебными занятиями, посредством перехода на новые учебные планы и программы, регламентирующие количество обязательных учебных часов.

Однако перевод школы на новые учебные планы, который бы завершён к

1971 году, не улучшил положение дел со здоровьем школьников в той степени, как это ожидалось. В медицинской и педагогической литературе продолжали появляться сведения о неблагоприятном влиянии учебных занятий и по новым учебным планам на состояние здоровья учащихся (В.И. Агарков, Э. Гринене, В.М. Зубкова, Г.М. Сапожникова).

В 1984 г. было принято очередное постановление «Основные направления реформы общеобразовательной и профессиональной школы», в котором предписывалось устранение чрезмерной усложненности учебного материала и перегрузки учащихся. В этой связи предполагался более ранний срок начала систематического обучения детей в школе - с 6-летнего возраста - с целью продления обучения в начальном звене с 3 до 4 лет.

Как показало время, переход детей на более ранний срок обучения, напротив, усугубил проблему сохранения их здоровья. В педагогической и медицинской литературе появился ряд тревожных сообщений, указывающих на неблагоприятное физическое и психическое здоровье школьников [20, 25, 31, 41, 45, 46, 57, 60, 70, 75, 77, 86, 87, 113, 115, 128, 213, 238, 274, 277]. Более раннее начало систематического обучения детей в школе способствовало увеличению числа отклонений в состоянии и развитии ведущих органов и систем организма (нервной, сердечно-сосудистой, органов зрения, опорно-двигательного аппарата).

В 1992 году выходит в свет Закон Российской Федерации об образовании. Впервые были узаконены образовательные стандарты, в рамках которых стало возможным обучение по индивидуальным планам, введение дополнительных образовательных услуг, новых форм обучения и т.д. Как показывает анализ публикаций, появившихся в педагогической и медицинской литературе, все эти нововведения в очередной раз привели к отрицательной динамике в состоянии здоровья школьников (М.В. Антропова, В.Н. Безгодков, В.И. Макарова, М.И. Чубирко). В 1995 г. состоялась Коллегия Министерства образования Российской Федерации, посвященная здоровью школьников, где было констатировано крайне неблагоприятное его состояние.

В 1997 г. в нашей стране предпринята новая попытка реформирования общеобразовательной школы, которая началась опять-таки с регламентирования учебной нагрузки и ужесточения санитарных правил и гигиенических требований к условиям обучения школьников с целью сохранения их здоровья.

Таким образом, среди комплекса факторов, способствующих снижению уровня здоровья школьников, ведущая роль традиционно отводилась, с одной стороны, несоблюдению физиолого-гигиенических требований к условиям обучения (Е.М. Белостоцкая, И.И. Бецкой, К.И. Грум-Гржимайло, Ф.Ф. Эрисман, В.И. Формаковский и др.), с другой стороны – большому объему учебной нагрузки (М.В. Антропова, Н.И. Быстров, А.В. Беляев, С.М. Громбах, В.М. Зубкова, В.Г. Нестеров, Ф.К. Телятник, А.А. Сычев и др.).

Неоднократно принимаемые меры по реформированию общеобразовательной и специальной школы в плане регламентации учебной нагрузки и требований неукоснительного соблюдения гигиенических норм и правил (начало 30-х годов; 1966; 1984; 1992; 1997 г.г.) не привели к улучшению здоровья школьников.

В 2000 году Министерствами образования и здравоохранения России, президентами РАО, РАМН утверждена Междисциплинарная программа «Здоровье» для средних образовательных учреждений, разработанная группой авторов под руководством Касаткина В.Н. при финансовой поддержке Института Открытое Общество Фонда Сороса. Апробация программы проходит в ряде школ Ивановской области, Республики Татарстан, г. Москвы [51, С. 22 – 43].

### **1.2.2. Состояние здоровья учащихся в современной школе**

В современных российских условиях высокие показатели детской заболеваемости и смертности приобрели характер устойчивой и прогрессирующей тенденции.

Детская смертность – реальный показатель благосостояния населения. Смертность на первом году жизни, занимая ведущее место в структуре общей смертности, существенно сокращает среднюю продолжительность жизни, отрицательно сказывается на закономерностях воспроизводства, приводит к из-

менению демографической ситуации. Факторы, влияющие на детскую смертность, таковы: медико-организационные, социально-гигиенические и биологические. Факторы I группы заложены в системе мероприятий по охране материнства и детства. Ко II группе отнесены факторы, определяемые отношением к ребенку в семье, что зависит от уровня гигиенической и общей культуры семьи, числа детей в семье, ее материальных возможностей. В III группу вошли эндогенные факторы, связанные с наследственностью, с течением беременности и родов, которые действуют до рождения ребенка. Ведущими причинами детской смертности являются инфекционные и паразитарные заболевания, затем следуют заболевания органов дыхания и некоторые виды перинатальной патологии (Т.Р. Климблей, Д.М. Тен, Г.З. Атабаев и др.).

Согласно данным Министерства образования России, «число детей с недостатком развития и неблагоприятным состоянием здоровья среди новорожденных составляет 85%. Среди детей, поступающих в первый класс, свыше 60% относятся к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации» [213].

По данным Министерства здравоохранения, за последние 5 лет ухудшился стартовый уровень здоровья новорожденных: возросла их заболеваемость, а число нормальных родов составляло лишь 32%. В дошкольном возрасте у значительной части детей (68%) возникают множественные нарушения функционального состояния. 17% детей приобретают хронические заболевания, и только один ребенок из трех остается здоровым. Наибольший удельный вес составляют заболевания органов дыхания - 62,2%, болезни органов пищеварения - 6% и т. д. Высок процент детей группы риска по формированию хронической патологии.

За последние годы изменилась структура выявляемой патологии. В настоящее время наиболее часто встречаются расстройства и болезни опорно-двигательного аппарата, нервно-психические и кардиоваскулярные нарушения, эндокринные расстройства и аллергические болезни, патология органов системы пищеварения. Частота встречаемости этих классов и групп болезней за по-

следние годы возросла в 2-6 раз.

За время обучения в школе 70% сформировавшихся в начальных классах функциональных расстройств трансформируются и к моменту окончания школы перерастают в стойкую хроническую патологию: в 4 – 5 раз возрастает заболеваемость органов зрения, в 3 раза - органов пищеварения и опорно-двигательного аппарата, в 2 раза увеличивается число нервно-психических расстройств и функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы. Наиболее значительное увеличение частоты патологических состояний отмечается в возрастные периоды в 7, 10 и 12 – 17 лет, т. е. в критические периоды, характеризующиеся наиболее интенсивной перестройкой систем организма и снижением его адаптивных возможностей. За последние 10 лет число школьников с хронической патологией возросло в 1,5 раза. Распространенность хронических болезней среди учащихся начальной школы увеличилась в 1,4, а среди подростков-школьников - в 2,1 раза.

По данным государственной статистической отчетности общая заболеваемость детей от 0 до 14 лет в РФ составляет 1000 – 1500 заболеваний на 1000 детей, уровень общей заболеваемости детей существенно меняется в зависимости от возраста. Согласно данным А.Г. Сухарева, самая высокая заболеваемость у детей дошкольного возраста (на 2-3-м году жизни), затем в 6-7 лет, т.е. в начале обучения в школе, и в 12-14 лет – в период полового созревания [241]. Вообще за время обучения число абсолютно здоровых детей снижается в 4-5 раз, особенно в 4-5 классах, то есть в периоды интенсивной перестройки систем организма и снижением его адаптивных возможностей и повышением учебной нагрузки. В настоящее время 53% учащихся имеют ослабленное здоровье. Сохраняется высокий уровень острой заболеваемости: здоровье школьников ухудшается при переходе из класса в класс, в результате чего к моменту окончания школы у 40% учащихся выявляются те или иные хронические заболевания, а у 36% — морфофункциональные отклонения.

По данным государственной статистической отчетности общая заболеваемость детей от 0 до 14 лет в РФ составляет 1000 – 1500 заболеваний на 1000 де-

тей, уровень общей заболеваемости детей существенно меняется в зависимости от возраста. Согласно данным А.Г. Сухарева, самая высокая заболеваемость у детей дошкольного возраста (на 2-3-м году жизни), затем в 6-7 лет, т.е. в начале обучения в школе, и в 12-14 лет – в период полового созревания. За пятилетний период в Москве (с 1991 по 95 г.г.) увеличился на 2,9% удельный вес болезней нервной системы, на 2,1% - костно-мышечной системы и на 1,4% органов пищеварения [241].

В отделении профилактики, эпидемиологии и координации НИР Центрального НИИ гастроэнтерологии проделан анализ показателей (по материалам Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г. Москвы), отражающих состояние здоровья подростков. Так в 1995 г. всего был зарегистрирован среди подростков 39621 случай (в 1994 г.— 38125); из них юноши составили 19542 (в 1994 г.— 18387) случая заболевания органов пищеварения.

Ряд сообщений указывает на то, что у соматически ослабленных детей и подростков снижен ряд функциональных показателей, определяющих в той или иной степени успешность обучения: выносливость к физическим и умственным нагрузкам, двигательные возможности, состояние произвольного внимания и кратковременной памяти (М.В. Антропова, Т.Ю. Вишнецкая, Э.И. Жук, В.Н. Кардашенко, С.И. Крапивинцева, И.А. Минский, Н.А. Матвеева и др.).

За 30 лет (1960 – 1993 г.г.) численность практически здоровых школьников (1 и 2 групп здоровья) снизилась в первых классах с 61 до 46%, в восьмых классах – с 60 до 48%. В последние годы данная динамика имеет тенденцию к нарастанию.

Социологические исследования показывают, что около 50% детей дошкольного и школьного возраста подвержены хроническим заболеваниям; 50% юношей и девушек – заядлые курильщики. 10% учащихся старшей школы близко знакомы с наркотиками [150, 152, 155, 186, 241, 271, 273, 274 и др.].

### **1.2.3. Факторы, влияющие на сохранение здоровья**

Сравнивая результаты наблюдений с начала XX века до его конца, можно сделать вывод, что ухудшение здоровья школьников является объективным

процессом. На состояние здоровья детей и подростков, в частности заболеваемость, влияет комплекс факторов, которые находятся в сложной взаимосвязи друг с другом. Условно все факторы можно сгруппировать по их происхождению на 4 группы: 1) биологические, включая наследственность; 2) социальные, включая образ жизни, который во многом социально обусловлен; 3) экологические, т.е. состояние природной среды; 4) факторы внутренней среды, т.е. условия и методы воспитания и обучения детей и подростков.

В рамках нашего исследования мы остановимся на социальных факторах и факторах внутренней среды сохранения здоровья детей и подростков.

Какие же **социальные факторы** наиболее значимы в негативном влиянии на здоровье? Материальное и бытовое неблагополучие, неблагоприятный климат в семье, школе, обществе. Снижение санитарно-эпидемиологической работы, неполноценность питания, невозможность для многих вовремя получить квалифицированную медицинскую помощь и приобрести необходимые медикаменты, избегание «больничных листов» из-за страха потерять работу, все это приводит к появлению хронических заболеваний и распространению инфекционных.

Снижение уровня жизни, социальные потрясения, падение качества медицинского обслуживания, ухудшение экологической ситуации дают основание полагать, что и в будущем эта негативная ситуация может сохраняться.

На этом фоне наблюдается резкий всплеск заболеваний, во многом имеющих социальную этиологию. К их числу принадлежит туберкулез. В апреле 1993 года ВОЗ объявила туберкулез проблемой безотлагательных действий в глобальных масштабах. По прогнозам ВОЗ до 2000 года почти 2 млн. жителей Восточной Европы могут подвергнуться риску инфицирования, а в ближайшие 10 лет в мире заразятся туберкулезом 300 млн. человек, из них 90 млн. заболеют и 30 млн. умрут (А.А. Визель, М.Э. Гурылева).

За 1991 – 97 г.г. заболеваемость туберкулезом в России возросла на 117,4%, что соответствует показателям 1970 года. Смертность от туберкулеза в 1996 г. достигла уровня 1977 г. По данным ВОЗ в России ежегодно заболевают 145600

граждан. Заболеваемость детей в России за 5 лет возросла более, чем на 60%. Инфицированность по РФ в целом достигает у детей – 16,5% и у подростков – 32% (С.Э.Басангова), а по данным С.В. Бурлакова 47,612 случаев на 100 тысяч человек, что уже представляет угрозу для выживания популяции.

Вызывает опасение стремительное нарастание в человеческом обществе иммунодефицитной прослойки людей, что открывает ворота для различных заболеваний, неконтролируемых ни средствами иммунопрофилактики, ни антибиотико - и химиотерапии. Это позволяет предположить, что при увеличении иммунодефицитной прослойки до уровня 15-20% возможно распространение антропозоонозов (заболеваний одинаковых для людей и животных).

Анализ литературных, статистических данных, официальных докладов России на «Комиссии по правам ребенка» в ООН за последние 10 лет позволил сделать выводы о том, что современное общество (в том числе и российское) оказывает на детей «отдаляющее и обособляющее» воздействие, т.е. активно устраняет детей из области наиболее важного и ценимого ребёнком.

В течение последнего десятилетия в России появилось качественно новое явление - так называемое «скрытое» социальное сиротство, которое проявляется в изменении отношения к детям, вплоть до полного вытеснения их из семьи. Социальное сиротство является прямым результатом социального отчуждения ребенка от семьи, общества, условий жизни, наиболее для него значимых. Чувство отчужденности (прекращение или отсутствие близости между кем-либо, отдаление, обособленность) связано с глубокими эмоциональными переживаниями и значительно влияет на формирование психических процессов ребенка. Отчуждение возникает у ребенка, потому что он эмоционально не понят и не принят другими людьми и, прежде всего, взрослыми. Отчужденность формируется по разным основаниям: отказ от ребенка родителей, телесные наказания, пренебрежение интересами ребенка, физическое и психическое насилие, равнодушное отношение, отсутствие нормальных условий для жизни и развития ребенка. Независимо от оснований отчужденность разрушает неокрепшую личность, тормозит ее развитие, ведет к психическим нарушениям и болезням.

Феноменологическими признаками отчуждения считают «чувство бессилия; представление о бессмысленности существования; восприятие окружающего мира как утратившего необходимые социальные предписания; ощущение одиночества; чувство утраты «Я» [142, С. 27].

Отчуждение ребенка от близкой ему социальной общности, отношение к нему, как не принадлежащему к этой общности, является особым видом насилия. Насилие, отчуждение и социальное сиротство представляют собой единое взаимообусловленное целое. Любые факты насилия в отношении ребенка провоцируют процесс отчуждения его от общества, результатом которого является социальное сиротство, захлестнувшее Россию конца второго тысячелетия. Как жить в такой сложной ситуации? Поиск ответа на этот вопрос начинают с представления об образе жизни.

Под **образом жизни** понимаются устойчивый, сложившийся в определенных общественно-экономических условиях способ жизнедеятельности людей, удовлетворения материальных и духовных потребностей, норм общения и поведения.

Образ жизни относят к социально-биологическим факторам, компонентами которого служит триада показателей: уровень, качество и стиль жизни.

Уровень жизни обусловлен экономическими возможностями человека.

Качество жизни определяется степенью запроса и комфортабельность удовлетворения человеческих потребностей. Уровень и качество жизни человека зависят от материально-экономических условий жизни общества и каждой семьи.

Стиль жизни складывается на основе психологических и психофизиологических особенностей поведения личности.

Совокупность внешних и внутренних условий жизнедеятельности человеческого организма, при которых все его системы работают долговечно, а также совокупность рациональных методов, способствующих укреплению здоровья, гармоничного развития личности, методов труда и отдыха называют **здоровым образом жизни (ЗОЖ)**. ЗОЖ — это «гармоническое сочетание и оптимальное соответствие разных способов жизнедеятельности людей: производственной,

потребительской, культурно-психологической, социально-биологической и др.» [96, С. 136-137]. В нем обнаруживается относительное единство и согласованность трех уровней жизни человека: социального, психологического, социобиологического.

ЗОЖ обеспечивается развитием тех же систем отношений, в которых проявляется и здоровье, а именно “человек — общество”, “человек — природа”. Данные системы едины, они взаимосвязаны и отличны друг от друга. Научно-практической основой причинно-следственной зависимости между здоровьем и образом жизни человека служит концепция академика Ю.П. Лисицина о наибольшем вкладе в индивидуальное здоровье человека образа жизни (50—55%) и значительно меньшем вкладе других факторов: экологических — 20—25%, наследственной предрасположенности — 20%, медицинского обслуживания — 10% [134, 135].

Здоровый образ жизни — общественная потребность. Это обусловлено рядом обстоятельств: во-первых, ЗОЖ является способом адаптации человека к нервно-психическим, эмоциональным, информационным и др. перегрузкам, во-вторых, ЗОЖ является средством активизации неспецифических защитных сил организма, то есть средством, повышающим общую сопротивляемость организма всем болезням, в-третьих, концепция ЗОЖ — теоретическое обоснование принципа профилактики.

Д.А. Изуткин, А.Д. Степанов «здоровый образ жизни» определяют как способности активной биосоциальной жизнедеятельности людей, которые в максимальной степени укрепляют индивидуальное и общественное здоровье при наличии благоприятных социальных и природных условий. Как деятельность, направленную на сохранение и укрепление здоровья людей, как аспект образа жизни, проявление медицинской активности определяет Ю.П. Лисицын [134, С. 150 – 151].

Понимание «осознанно строящейся самим человеком или совместно с наставником системы адаптивно необходимых здоровых интересов и видов деятельности, позволяющих поддерживать и развивать физическое, психическое,

социальное и духовное здоровье и успешно осуществлять свое жизненное предназначение», О.И. Мотков предлагает рассматривать как **гармоничный образ жизни** [161]. Это оптимально организованный самим человеком процесс жизнедеятельности, который способствует сохранению здоровья, личностному росту и творческому функционированию.

Здоровый, гармоничный образ жизни, психическое здоровье должны стать естественной, органичной потребностью человека, восприняв которую он будет следовать ей без принуждения на протяжении всей своей жизни. Формирование психического здоровья предполагает не только гигиену тела, но и психогигиену, самовоспитание духовной сферы, нравственной жизненной позиции, чистоты помыслов (М.Р. Битянова, М.И. Буянов, Н.Л. Кряжева, М.И. Чистякова). Уже с самого раннего возраста детей следует настраивать на здоровый образ жизни. У них надо формировать установку на долгую и здоровую жизнь. [122; 207, С. 454 – 462 и др.].

Гармония как динамичное состояние личности требует от человека ежедневных усилий для своего достижения и эффективного поддержания.

Исследования, проведенные О.И. Мотковым и др. показывают, что наиболее частыми минусами в образе жизни являются недостаток физических нагрузок и общения с природой, размышлений над «вечными» вопросами и творческой деятельности.

Процесс развития общей культуры жизни человека, процесс приближения к гармоническому состоянию и функционированию по своей сути бесконечен.

Рассмотрим влияние **факторов школьной среды** на здоровье учащихся.

Статистика московских городских школ за 1911 – 12 учебный год показала, что количество слабых детей непрерывно растет с первого класса к старшим группам; в первых классах слабые дети составляли 35%, в средних – 39,8% и в старших – 44,2%.

В исследовании более 8000 школьников профессором И.А. Арямовым в конце 20-х годов указывалось, что в возрасте 11-13 лет школьными болезнями страдало 30 – 40% учащихся, а в 16 – 17 –летнем – 60 – 70%. Всевозможные

нервные страдания в подготовительном классе наблюдались в 8 % случаев, в шестом классе – 44% и в восьмом – 69%.

К концу века ситуация принципиально не изменилась – негативное влияние школы на здоровье является одной из важнейших психолого-медико-педагогических проблем конца века.

Специалисты НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи Н.Н. Куинджи и М.А. Поленова констатировали, что «признавая роль экономических и политических причин в возникновении многих наших социальных проблем...», необходимо сосредоточиться «на учебных заведениях, поскольку подсчитано, что вклад *факторов школьной среды* в неблагоприятную динамику здоровья школьников составляет не менее 20%» [123].

Многие наблюдения врачей-гигиенистов убедительно показали связь между условиями воспитания и обучения детей и подростков и показателями их физического развития, острой и хронической заболеваемости (М.В. Антропова, С.М. Громбах, Н.Н. Куинджи, Л.Я. Каневская, О.А. Шелонина и др.).

Санитарно-эпидемиологическое благополучие — интегральный показатель, который, с одной стороны, определяется многообразными факторами окружающей и внутрижилищной среды, а с другой — технологией воспитания и обучения в образовательном учреждении. Из общего количества факторов ведущее значение имеют следующие:

- экологическая ситуация на территории размещения школы,
- размер и благоустройство земельного участка,
- архитектурно-планировочное решение и площади основных помещений,
- санитарное благоустройство здания,
- физиолого-гигиенические условия (состояние воздушной среды и светового режима),
- условия и организация питания и физического воспитания,
- режим учебно-воспитательного процесса,
- медицинское обеспечение учащихся.

Факторы школьной среды действуют комплексно и практически постоянно

в течение всего периода обучения, поэтому даже в случае минимального влияния каждого из факторов, их суммарное воздействие велико. Кроме того, негативные влияния школьных факторов приходится на наиболее чувствительный к любым неблагоприятным воздействиям период интенсивного роста и развития организма ребенка.

Опасность влияния усиливается и тем, что воздействия на рост, развитие и состояние здоровья детей проявляются не сразу, а накапливаются в течение нескольких лет. К тому же, микросимптоматика этих нарушений не привлекает внимание педагогов и родителей до тех пор, пока они не переходят в выраженную патологию.

Многолетние исследования Института возрастной физиологии РАО позволили выявить и проранжировать по значимости и силе влияния школьные факторы риска, которые негативно сказываются на росте, развитии и здоровье детей. Это: 1. стрессовая педагогическая тактика; 2. интенсификация учебного процесса; 3. несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников; 4. нерациональная организация учебной деятельности; 5. функциональная неграмотность педагога в вопросах охраны и укрепления здоровья; 6. отсутствие системы работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни (в том числе профилактики вредных привычек, полового воспитания и сексуального просвещения, недостаточное использование средств физического воспитания и спорта и т. п.) [25, С. 86 – 87].

Важным показателем здоровья человека является его *физическое развитие*. Мониторинг физического развития школьников Москвы в 90-е годы выявил негативные изменения в физическом статусе детей, в том числе из социально наиболее благополучных семей, обучающихся в гимназиях, лицеях и др.

Педологи 20-х годов одну из причин ухудшения здоровья искали в самом укладе школьной жизни: «Если принять во внимание, что обмен веществ происходит преимущественно в мышцах, то станет понятным, что одну из причин отмеченного явления нужно искать в пассивном школьном обучении, который

принуждает учащихся большую часть дня проводить в сидячем положении, нарушающем обмен веществ, имеющий у детей более энергичный характер и требующий более интенсивных движений».

В 90-ые годы чаще стали выявляться дети с общей задержкой физического развития. Отмечается дисгармоничность вследствие избытка или дефицита массы тела. Такие физические параметры, как мышечная сила и выносливость подростков 90-х годов на 10 - 18% ниже, чем у их сверстников 60-х. Здесь мы сталкиваемся с нарастающим противоречием между усложнением школьной программы и снижением физических возможностей детей. Практически весь традиционный уклад школьной жизни сориентирован на закрепощение детской активности, фундаментальной нейрофизиологической основы, из которой берет свои истоки вся телесно-моторная и духовно-психическая жизнь ребенка. Кроме того, сенсорно-стимульное разнообразие, существующее только в природе, не реализуемое в школе приводит к отчуждению органов чувств. Далее следуют: эффект закрепощения свободы ориентировочно-поисковой деятельности, возникающий в результате доминирования книжных технологий познания жизни; эффект закрепощения произвольно-моторной сферы, возникающий на фоне незрелости зрительно-ручного чувства координации; эффект информационно-психогенного напряжения, возникающий на фоне скоростных установок в технике чтения, на фоне незрелости правополушарной образной сферы, и т.д.

Установлено, что в таких условиях дети хронически пребывают в состоянии сенсомоторного, нейро-вегетативного и психогенного напряжения (стресса по Г. Селье). Это состояние истощает симпатико-адреналовую систему, обеспечивающую основы иммунологической, нейрогуморальной и психической жизнедеятельности (В.Ф. Базарный). Более того, установлено, что именно психо - моторная аномалия является первичной основой, из которой вырастают психосоматические болезни напряжения не только школьного периода, но и так называемые болезни цивилизации (сердца, зрения, позвоночника, нервной и психической сферы) (В.Ф. Базарный, Н.И. Венсловене, Т.В. Горячева, В.А. Гуров, Н.Н. Казачкова, Э.Я. Оладо, Т.П. Трубачева, Л.П. Уфимцева, В.П. Щербинина и

др.). «Раннее обучение детей на информационно-вербальной основе ведет к «шизоидной интоксикации», к формированию шизоидной конституции» (В.И. Гарбузов).

Определенная коррекция организации учебного процесса способна принести ощутимые позитивные результаты в состоянии здоровья и развития детей и подростков. Исследования показали, что отклонения и заболевания, характерные для младших школьников, встречаются значительно реже у первоклассников, обучающихся в условиях детского сада.

По данным НИИ гигиены и профилактики детей, подростков и молодежи нервно-психические отклонения у школьников чаще всего формируются у первоклассников (в период адаптации к школе) и старшеклассников в связи с увеличением объема учебной нагрузки. 80% шестилетних школьников жалуются на утомление и головные боли (Сердюковская Г.Н.). Анализ индивидуальных данных показал, что снижение адаптационных возможностей организма чаще встречается у 6-летних первоклассников, которые, кроме учебных занятий, имеют дополнительные нагрузки в виде занятий музыкой, иностранным языком, рисованием, спортом.

По результатам исследований Института возрастной физиологии РАО в школу приходит около 20% детей, имеющих нарушения психического здоровья пограничного характера. К концу первого класса их число увеличивается до 60-70%. За 8-9 месяцев обучения существенно не меняется влияние социальных и экологических факторов, но резко ухудшается состояние здоровья, что свидетельствует о том отрицательном влиянии, которое оказывает именно школа.

Важной составляющей феномена «здоровье» выступает *психическое развитие* человека. Изучая проблему здоровья детей всех стран мира, специалисты Всемирной организации здравоохранения пришли к выводу об особой роли психического развития. Они ввели термин «психическое здоровье». И в докладе Комитета экспертов ВОЗ «Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей» (1979 г.) было показано, что нарушения психического здоровья связаны как с соматическими заболеваниями или дефектами физического развития, так

и с различными, неблагоприятными факторами и стрессами, воздействующими на психику.

В основе психического здоровья ребенка лежит его полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза. Потому что в каждом возрастном периоде жизни у ребенка возникают определенные потребности в деятельности, общении, познании. Нарушения психического здоровья, а, следовательно, и необходимость в коррекционной работе возникают тогда, когда своевременно не реализуются возрастные и индивидуальные возможности, не создаются условия для формирования возрастных психологических новообразований и индивидуальных особенностей у всех детей и школьников, находящихся на том или ином этапе онтогенеза (Э.М. Александровская, В.М. Астапов, В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Е.Е. Кравцова, Л.И. Переслени, Л.Ф. Чупров, Г. Эберлейн и др.).

Решающая роль в плане здоровья и психического развития принадлежит нравственной атмосфере, которая существует дома и в школе, и характеру взаимоотношений между взрослыми и детьми (Р. и Дж. Байярт, К. Бютнер, Н.И. Гуткина, Ф. Дольто, А.И. Захаров, В.Е. Каган, В.Г. Семёнов, А.С. Спиваковская, М. Снайдер, М. Раггер, Г. Эберлейн, Э.Г. Эйдемиллер, Л.М. Фридман, И.Е. Шварц и др.). Материальная база школы (оборудование, размеры школьных помещений и т.д.) имеет второстепенное значение.

Интересен вывод экспертов ВОЗ о том, что повышение уровня благосостояния не обязательно способствует психосоциальному развитию, а, следовательно, и здоровью детей. Необходимы специальные усилия, чтобы социально-экономические достижения приводили к улучшению психосоциального развития, а не к возникновению новых проблем.

Не существует «универсальных» профилактических средств, позволяющих одним и тем же способом ликвидировать неблагоприятные последствия отрицательных состояний во всем многообразии ситуаций в школе. Школа сегодня не готова отчитываться перед родителями своих учеников и нести ответственность за их здоровье и психическое состояние. Между тем, в статье 32 Закона РФ «Об образовании» указано, что «...образовательное учреждение несет в ус-

тановленном порядке ответственность за... жизнь и здоровье учащихся...».

Специалисты одного профиля (будь то гигиенисты, физиологи, медики, педагоги, психологи) не могут предотвратить неблагоприятное воздействие на организм школьников вредных факторов, сопровождающих их учебную деятельность (В.Н. Касаткин, И.В. Кузнецова, Е.Е. Чепурных и др.). Организм человека — это совокупность его телесных и душевных свойств. Занимаясь умственным, психическим и физическим развитием ребенка, беспокоясь о здоровье и гигиене тела, мы подчас забываем о его духовном развитии, нарушая тем самым его целостное взаимоотношение с миром. «Духовное — это то, что присуще только человеку и ему одному» [252].

Здоровье человека зависит от стиля жизни, который в большей степени носит персонифицированный характер и определяется историческими и национальными традициями и личностными наклонностями (**образом жизни**). Поведение человека направлено на удовлетворение потребностей. Каждая личность характеризуется своим, индивидуальным способом их удовлетворения, поэтому поведение людей разное и зависит в первую очередь от воспитания.

**Здоровый образ жизни** на уровне мировоззрения необходимо рассматривать как сложную функциональную динамическую систему, характеризующуюся семейно-бытовой, коммуникативной, общественно трудовой деятельностью, проявлением духовных и физических способностей человека в единстве и гармонии с окружающей природой и социальной средой. Поэтому сегодня в условиях, когда происходит переосмысление духовного и нравственного богатства отечественной педагогики и психологии, каждый учитель стремится не только иначе посмотреть на себя, свои задачи, перспективы, но точно определить свое место в общей системе образования.

В настоящее время все больше специалистов в области здравоохранения и образования приходят к убеждению, что необходим перенос превентивных мероприятий по охране здоровья детей и подростков с системы *здравоохранения* на систему *образования*. Дети и подростки - это наиболее чувствительная и наименее защищенная часть нашего общества. И они первыми реагируют на

неблагоприятные социальные изменения в обществе. Они не могут нести полную ответственность за состояние своего здоровья. Эту ответственность должны нести совместно и родители и школа.

Общей целью оздоровительных мероприятий, проводимых в школе, должно являться полноценное раскрытие у детей их личного потенциала здоровья, формирование нравственного, физического, психического и соматического здоровья. Образование становится процессом формирования здоровья человека как совокупности сообразностей природе, обществу и самому себе. Здоровье выступает критерием образования.

### **1.3. Отношение учащихся к собственному здоровью как главный психологический фактор здоровьесбережения**

#### **1.3.1. Категория «отношение» в психологической науке**

Понятие «отношение» имеет в науке несколько толкований, что обусловлено сложностью и многогранностью данного явления. Наиболее широкое его определение - философское, в котором отношения характеризуются как необходимый момент взаимосвязи всех явлений, обусловленный материальным единством мира. В отношениях проявляются свойства, присущие тому или иному процессу или вещи. Отношения так же объективны, как и сами вещи. Человек, вступая в такие объективные (предметные) отношения, отражает их в своем сознании в виде отношений субъективных (психологических), которые показывают какова субъективная позиция человека в его объективных связях, какой психологический отклик вызывают окружающие его предметы, люди, явления.

Изучению сущности отношений, их места в структуре личности, особенностей их формирования и проявления посвящены многочисленные работы философов, психологов, педагогов (А.А. Бодалев, Л.И. Божович, А.М. Василевская, В.В. Давыдов, Л.В. Занков, И.Д. Зверева, А.Г. Здравомыслов, Т.Н. Козинцева, К.И. Корегин, А.А. Люблинская, А.С. Макаренко, С.Д. Максименко, В.С. Мерлин, В.Н. Мясищев, В.К. Павловская, Л.П. Салеева, В.А. Сухомлинский, А.И. Щербаков, В.А. Ядов, С.Г. Якобсон и др.).

В отечественной психологии проблема отношений впервые была затронута А.Ф. Лазурским, который выделял эндопсихику (мышление, воображение, способность к волевому усилию) и экзопсихику, содержание которой определено отношением человека. Отношение понимается как основа всех характеристик личности и используется в качестве основания для классификации личностей [125].

Особенности становления и развития отношений человека, как его индивидуальной характеристики, рассматриваются в рамках психологии личности, где отношения изучаются в качестве компонента структуры личности. Так С.Л. Рубинштейн рассматривает сознание как единство отражения и отношения к отражаемому [220]. Им подчеркивалось огромное значение отношений в становлении личности: «Личностью является лишь человек, который относится определенным образом к окружающему» [221, С. 676]. Действия человека трактуются не только как технические операции, но и как поступки, выражающие отношение. Анализ человеческого поведения с такой точки зрения позволяет раскрыть содержание и историю духовной жизни. В.Н. Мясищев отмечает, что «... психика и сознание, как высшая ступень, представляют единство отражения человеком действительности и его отношения к этой действительности» [164, С. 129]. Он считал, что «психологические отношения человека в развитом виде представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Эта система вытекает из всей истории развития человека: она выражает его опыт и внутренне определяет его действия, его переживания» [165, С. 111]. Так как свойства объекта, существующие для всех, вызывают у людей различные переживания и действия, то, очевидно, что причина этих различий заключена в самом человеке как субъекте отношений, в накопленном им социально-историческом и индивидуальном опыте. Отношение приобретает характер мотива, непосредственно связанного с деятельностью, с поведением человека: «... мотив ...является не чем иным как выражением отношения к объекту действия» [Там же, С. 117].

На эту связь указывал и В.С. Мерлин: «в мотивах деятельности выражается отношение человека к предметам и явлениям окружающего мира», «... всякий мотив характеризует определенное направление и содержание отношения» [158, С. 11 – 12]. Однако В.Н. Мясищев подчеркивает, что «... отношение имеет характер потенциальный, выражающий вероятность реализации избирательной активности», в связи с чем отношение не всегда реализуется в деятельности и может иметь индифферентно-пассивный характер [167].

Процесс развития человека неразрывно связан с формированием его отношений, которые затем сами являются условием развития личности, а с опытом «... отношения становятся упроченными, начинают характеризовать личность, становятся чертами характера» [164, С. 67]. В.Н. Мясищев указывает на существование различных видов отношений, являющихся сторонами единого предметного отношения, определяемых многосторонней возможностью реакций человека и многосторонностью объектов. Выделяется две стороны отношения, обусловленные филогенетическим и историческим прошлым человека. Они представляют основу положительных или отрицательных тенденций активности человека. Предметом отношения могут быть не только объекты и явления внешнего мира, но и различные виды деятельности человека.

Отношения характеризуются степенью выраженности, избирательностью, сознательностью, устойчивостью, широтой или узостью, глубиной, систематичностью, содержательностью, целостностью, действенностью, уровнем обобщенности и обоснованности. В системе отношений выделяют доминирующие, определяющие всю деятельность человека. Неосознанное отношение в процессе своего развития может приобрести такое качество как осознанность [167].

Согласно Б.Ф. Ломову, в процессе жизни в обществе у каждого индивида формируется многоуровневая система субъективно-личностных отношений. Ее можно описать как многомерное «субъективное пространство», каждое измерение которого соответствует определенному отношению (к труду, к собственности, к здоровью и т.д.). «Не все отношения, в которые включена личность объ-

ективно, приобретают для нее «субъективную окраску» [139, С. 333]. Иными словами, из всей совокупности объективных отношений с миром, в которые включена личность, ею особо выделяются те, что связаны с удовлетворением тех или иных ее потребностей и, следовательно, являются для нее значимыми. Именно отражение этой связи придает отношениям к объектам и явлениям мира «субъективную окраску», т.е. объективные отношения приобретают характер субъективных отношений личности.

Таким образом, основой субъективного отношения является запечатленность потребностей личности в объектах или явлениях мира. Если же в данном объекте (или явлении) не запечатлена ни одна потребность, то личность относится к нему «никак», он не охвачен её субъективным отношением. Именно поэтому «субъективное пространство» личности не совпадает с ее «объективным пространством».

Поэтому запечатленность потребностей личности в объектах или явлениях мира - основа субъективного отношения - может характеризоваться тремя параметрами:

- 1) структурно-содержательным - *широтой*: в каких объектах и явлениях запечатлены потребности;
- 2) структурно-динамическим - *интенсивностью*: в каких сферах и в какой степени проявляется субъективное отношение;
- 3) степенью *осознанности*: в какой мере личностью осознается эта запечатленность потребностей в объектах и явлениях мира (насколько она отдает себе в этом отчет).

Эти три параметра: широта, интенсивность и осознанность – являются хотя и связанными, но достаточно независимыми друг от друга. Их можно назвать базовыми параметрами субъективного отношения личности. Они задают своего рода объем или, в терминологии Б.Ф. Ломова, «субъективное пространство» данного конкретного отношения. Чем больше «субъективное пространство» данного отношения, тем большую роль оно играет в жизни человека.

*Интенсивность* субъективного отношения показывает, в каких сферах и в

какой степени проявляется это отношение. Именно через свое проявление субъективное отношение данной личности к какому-либо объекту становится фактом жизненной ситуации других людей. Процесс развития того или иного субъективного отношения личности связан с изменениями, которые затрагивают ее аффективную, познавательную сферы, касаются осуществляемой личностью практической деятельности и - самое главное - совершаемых ею поступков.

В.А. Ясвиним было выделено четыре компонента – параметра интенсивности: перцептивно - аффективный, когнитивный, практический и поступочный [285].

На более высоком уровне анализа при рассмотрении данного отношения в контексте всего внутреннего мира личности, оно может быть охарактеризовано целым рядом других - второго порядка - параметров, разработанных в концепции отношений личности В.Н. Мясищева: эмоциональностью, обобщенностью, доминантностью, когерентностью, принципиальностью, сознательностью.

Если широта, интенсивность и осознанность характеризуют запечатленность потребностей в объектах и явлениях мира саму по себе, то остальные параметры описывают ее во взаимосвязи с другими характеристиками.

С.Д. Дерябо предложил разбить их на пары [73]. Два параметра: эмоциональность и обобщенность связаны с когнитивной сферой личности.

Параметр *эмоциональности* характеризует субъективное отношение по оси "эмоциональное – рациональное". Субъективное отношение может быть проанализировано по удельному весу в нем эмоционального и рационального компонентов, иными словами, насколько данное отношение может быть рационально контролируемо.

Параметр *обобщенности* характеризует субъективное отношение по оси «частное – общее». Потребности личности могут быть запечатлены как в конкретном объекте (явлении), так и в целой их категории. Обобщенность возникает как следствие когнитивной переработки личностью своего субъективного отношения в аспекте избирательности на основе абстрагирования, в результате

чего формируется отношение к целым группам, классам, категориям объектов и явлений мира.

Вторая пара - доминантность и когерентность. Эти параметры характеризуют субъективное отношение во взаимосвязи с другими субъективными отношениями личности.

**Доминантность** описывает субъективное отношение по оси «значимое – незначимое». Это показатель места данного отношения в системе, иерархии других: чем большую роль играет определенное отношение в жизни человека, чем более высокое, «центральное» место оно занимает во внутреннем мире, тем более оно доминантно.

**Когерентность** характеризует субъективное отношение по оси «гармоничное – негармоничное». Это показатель степени согласованности всех отношений личности. Когерентность показывает, является ли данное субъективное отношение чем-то обособленным во внутреннем мире личности или оно тесно с ним связано, высоко интегрировано в него.

Третья пара параметров: принципиальность и сознательность, - характеризует субъективное отношение через связь с социумом.

**Принципиальность** характеризует субъективное отношение по оси «зависимое – независимое». Это показатель взаимосвязи отношения со всем комплексом норм и принципов, принятых личностью, и готовности отстаивать его при оказании давления.

Принципиальность субъективного отношения имеет прямую связь с такой чертой личности как конформизм, т.е. податливостью человека давлению группы. Можно предположить, что проявление конформизма или отсутствие его будет зависеть и от того, какое субъективное отношение затрагивается в данной ситуации, насколько оно является принципиальным. Даже «отъявленный» конформист может иметь субъективные отношения с высоким уровнем принципиальности и в ситуациях, когда затрагиваются именно они, не проявлять конформного поведения.

**Сознательность** - показатель сформированности позиции личности как

общественного субъекта. Сознательность подразумевает интеграцию данного отношения со всеми другими и проявление его в активной сознательной социальной избирательности поведения личности. Субъективное отношение может быть охарактеризовано как сознательное тогда, когда личность сознательно ставит перед собой социально направленную задачу, связанную с этим отношением, и проявляет активность по ее решению.

Очевидно, что параметры осознанности и сознательности не дублируют друг друга, а охватывают собой достаточно различающиеся аспекты субъективного отношения. Первый из них - это характеристика отношения по оси «сознание – бессознательное», а второй - по оси «сознательность - несознательность». Осознанность отношения вовсе не обязательно предполагает его сознательность, хотя сознательность, конечно, подразумевает определенную степень осознанности.

Параметр активности, используемый В.Н. Мясищевым и Б.Ф. Ломовым, отдельно не выделяется, а рассматривается как составляющая часть параметра интенсивности, отвечающего на вопрос о том, в каких сферах и в какой степени проявляется данное отношение.

Особое положение занимают параметры устойчивости и модальности.

Параметр *устойчивости* - это показатель стабильности субъективного отношения во времени. Перечисленные ранее параметры дают характеристику субъективного отношения лишь на конкретный момент, иными словами, его синхроническое описание. Параметр устойчивости субъективного отношения позволяет осуществить его диахроническое описание.

Все описанные до сих пор параметры дают формально-количественную характеристику субъективного отношения, по принципу «больше - меньше», т.е. вне зависимости от содержания отношения. *Модальность* же является именно качественно-содержательной его характеристикой

Устойчивость и модальность рассматриваются также в качестве базовых параметров отношения.

В силу сложности и многогранности понятия «отношения человека» и близ-

ких к нему категорий, а также некоторого различия в позициях исследователей существует несколько их определений и трактовок. Так, К.А. Абульханова – Славская считает, что «Отношения личности - это не только ее субъективные мотивы, цели, стремления и т.д. Они характеризуют ее способ включения себя в общий ход жизни с учетом и объективной логики этой жизни и своих ... возможностей» [3, С. 27]. Отношения пронизывают сознание, мировоззрение, дееспособность и выступают как логика организации и управления личностью своей жизнью. Автор анализирует отношения в связи с развитием личности и считает, что личность развивается через объективирование и воспроизводство своих основных отношений.

Л.И. Божович определяет субъективные отношения человека как «... систему его потребностей и стремлений (субъективно представленных в соответствующих переживаниях), которая, преломляя и опосредуя воздействия среды, становится непосредственно движущей силой развития у него новых психических качеств» [33, С. 176]. Она считает, что объективные отношения, в которых находится ребенок, постепенно приобретают для него личностный смысл.

Н.И. Непомнящая в связи с системным подходом к изучению психики, в качестве одного из основных компонентов психологической структуры личности выделяют ценностность, которая характеризуется «единством общей направленности личности и её представлением о себе» [174, С. 29]. Сложное переплетение и взаимопроникновение объективного и субъективного начал в личности позволяет авторам рассматривать ценностность в качестве «ядра» личности, которое определяет целостность.

А.Н. Леонтьев связывает отношения с категорией смысла. В своих работах он выделяет понятия «значение» и «личностный смысл», первое из которых трактуется как обобщенное отражение действительности; выработанное человеком, и не зависящее от отношения к ней человека. Личностный смысл представляет собой сторону движения значения, выражающуюся в приобретении им «пристрастности», «... личностный смысл выражает именно его отношение к осознаваемым объективным явлениям» [131, С. 293]. Автор называет

«значение» и «смысл» одними из «образующих» сознание.

К.К. Платонов в структуре индивидуального сознания выделяет ряд подструктур, к первой из которых (атрибуты сознания) он относит отношение, познание, переживание. Под отношением понимается «... активный компонент индивидуального сознания и его объективная связь с отражаемым миром, объективизирующаяся в психомоторике» [194, С. 94].

В зарубежной психологии исследование отношений осуществляется в основном в связи с понятием установки. Так, Кислат Г. и Кюн Х. в коллективной монографии «Психологические основы формирования личности в педагогическом процессе» отмечают, что установки являются отражением возникающих в деятельности отношений человека. Установки, связанные с мировоззрением, авторы называют убеждениями.

Рассмотрение установок как отношений, вполне правомерно, так еще у В.Н. Мясищева было отмечено: «Установки» можно рассматривать как неосознанное отношение, а «отношение» как неосознанные установки» [169, С. 134].

Так, Б.Ф. Ломов считает, что понятие «субъективные отношения» является родовым по отношению к таким понятиям как «установка», «личностный смысл», «аттитюд». При этом, понятие установка, раскрываемое, как центральная модификация личности (Д.Н. Узнадзе), подчеркивает интегральный характер субъективно-личностных отношений; личностный смысл их связь с общественно выработанными значениями; аттитюд - их субъективность [246].

Вопрос о соотношении данной группы понятий рассматривается Д.А. Леонтьевым [132], который также отмечает различие подходов разных авторов к этой проблеме. Во-первых, в ряде работ понятия установки и отношения сосуществуют, характеризуя разные психологические структуры (А.Е. Шерозия, Н.И. Сарджвеладзе). Во-вторых, аттитюды понимаются как фиксированные социальные установки (А.С. Прангишвили, Ш.Е. Надирашвили). В-третьих, сближение аттитюдов и отношений, но резкое разведение их с установками (В.В. Григолава). Наконец, в-четвертых, осознанное отношение и неосознанная установка рассматриваются как стороны одного целого - аттитюда или соци-

альной установки (Ш.Е. Надирашвили).

Само понятие «отношение» является как научным, так и житейским, и может быть использовано как для описания психологической реальности, так и для ее объяснения. Категория «отношение» дает возможность максимально расширить шкалу уровня обобщенности при анализе психического: от уровня конкретно-психологических проявлений (например, легко устанавливаемого обыденным наблюдением факта избирательного эмоционального отношения к воспринимаемому объекту) до самых высоких уровней абстракции (например, уровня общей теории систем).

Мы можем говорить о целостном психологическом механизме, который с содержательной стороны описывается понятием отношения, «с динамической стороны - понятием фиксированной установки, а со стороны своей природы и роли в человеческой жизнедеятельности - понятием смысловой регуляции» [73, С. 58 – 59].

С.Д. Дерябо предлагает рассматривать отношение как субъективно окрашенное отражение личностью взаимосвязей своих потребностей с объектами и явлениями мира, являющееся фактором, обуславливающим поведение [Там же].

Субъективные отношения выступают в роли своего рода костяка субъективного мира личности [139]. Как считал А.Н. Леонтьев: «Подлинно содержательная, а не формальная характеристика психического развития ребенка не может отвлекаться от развития его реальных отношений к миру, от содержания его отношений. Она должна исходить из их анализа, ибо иначе невозможно понять особенностей его сознания» [131, С. 517].

Таким образом, субъективное отношение - это, прежде всего, оценка того личностного смысла, который несет для субъекта объективный образ или явление. Можно сказать, что предметом субъективного отношения выступают не сами объекты или их образы, а личностные смыслы объектов или явлений. Каждый смысл или ценность, представленные в сознании субъекта, имеют эмоциональную оценку, выраженную ведущим эмоциональным переживанием

(удовольствие - неудовольствие). Чем более значим в системе ценностей данный личностный смысл объекта, тем сильнее эмоционально будет окрашен сам объект, тем чаще и наглядней (интенсивней) будет проявляться отношение к этому объекту.

Интенсивность и сознательность являются одними из ведущих показателей, характеризующих субъективное отношение с точки зрения его проявленности вовне. Это положение легло в основу нашего экспериментального исследования субъективного отношения к здоровью у подростков.

### **1.3.2. Проблема эмоционально-ценностного отношения к своему здоровью**

Жизнедеятельность человека как сложной живой системы обеспечивается на разных, но взаимосвязанных между собой уровнях функционирования (биологическом, социальном, психологическом). Вопросы здоровья на психологическом уровне связаны с личностным контекстом рассмотрения, в рамках которого человек предстает как психическое целое.

Важнейшей психологической характеристикой поведения человека является характер мотивов, побуждающих его к тому или иному поступку, действию. Следовательно, существенно важным при изучении уровня культуры является выявление мотивационной основы поведения людей в природе и социуме.

Ведущими мотивами поведения человека являются осознанные мотивы, среди которых центральное место занимают убеждения, как побуждения к деятельности, непосредственно связанные с мировоззрением человека. «Взгляды и убеждения составляют основные структурные единицы целостного мировоззрения». Мировоззрение представляет собой сложное образование, связанное с самыми разнообразными сторонами личности человека (Б.С. Братусь, Б.В. Зейгарник, А.Г. Здравомыслов, Е.В. Золотухина-Аболина, Т.В. Кудрявцев, Я.В. Леверовская, В.М. Лейбин, Л.М. Митина и др.). Так Н.А. Менчинская считает, что мировоззрение является системообразующим компонентом структуры личности, а основная закономерность его формирования заключается в устремленности ко всё более и более широкому синтезу, органическому слиянию различ-

ных компонентов мировоззрения - знаний, отношений, готовности действовать. Стержень мировоззрения, его главный элемент составляют убеждения.

Одним из важнейших качеств убеждения является глубокая уверенность человека в истинности своих знаний, отношений, идеалов, на основании которой строится вся система его поведения (Б.С. Братусь, П.П. Гайденок, А.Г. Здравомыслов, Е.А. Климов, Т.В. Кудрявцев, А.В. Сухарев, В.А. Ядов и др.). Так Г.Е. Залесский определяет убеждение как «...устойчивое свойство личности, выражающее ее готовность к применению знаний (понятий, норм, оценок) в качестве регуляторов своего сознания и поведения» [202, С. 9]. Убеждения могут находиться на различных уровнях сформированности: житейские и научные (эмпирические и теоретические) убеждения.

В большинстве исследований убеждение рассматривается как сложное системно-структурное образование, в котором выделяют интеллектуальный, эмоционально-чувственный и действенно-практический элементы (А.Г. Здравомыслов, Е.В. Золотухина - Аболина, В.М. Лейбин, А.В. Сухарев, В.А. Ядов и др.). Элементы убеждения тесно взаимосвязаны, и их исследование должно быть построено на основании системно-структурного подхода. Его основным требованием является рассмотрение целостного предмета как единства взаимосвязанных компонентов и как элемента структуры более высокого порядка. Такой подход к анализу явлений признан в психологии (П.С. Гуревич, О.Г. Дробницкий, М.В. Каневская, И.Ф. Клименко, И.С. Кон, Д.А. Леонтьев, Н. И. Непомнящая, О.Н. Пахомова и др.). В соответствии с ним личность рассматривается как совокупность различных подсистем (О.Г. Дробницкий, И.С. Кон).

Несмотря на некоторое различие в подходах к системному исследованию личности общим мнением является представление о неразрывной связи и иерархической зависимости всех подструктур личности и их элементов.

Для нашего исследования это положение является принципиально важным, так как ценностное отношение мы рассматриваем как элемент убеждений, которые в свою очередь входят в систему потребностно-мотивационной сферы личности. Специфика убеждений определяется путем анализа особенностей,

составляющих их элементов: интеллектуального, эмоционально-чувственного и практически-действенного, а также характера сочетания этих особенностей. Как отмечалось выше, психологическим показателем поведения человека является то, какие мотивы побуждают его к тем или иным поступкам.

Итак, предметом данного исследования являются психологические особенности ценностного отношения к здоровью и механизмы формирования установки на здоровый образ жизни. В подходе к изучению этого предмета мы базировались на основных положениях современной психологии о развитии психики и на теории отношений.

Формирование отношения человека к природе, окружающему миру, к себе является одним из аспектов развития личности. В отечественной психологии духовное, психическое развитие трактуется как процесс превращения индивида в социальное существо, в личность. Л.С. Выготский называл этот процесс культурным развитием ребенка, вращением в цивилизацию. Он считал, что «... при вхождении в культуру ребенок не только берет нечто от культуры, усваивает нечто, прививает себе что-то извне, но и сама культура глубоко перерабатывает природный состав поведения ребенка и перекраивает совершенно по-новому весь ход его развития» [59, С. 294].

Формирование отношения к миру постоянных вещей начинается с раннего детства путем овладения ребенком функциональным значением созданных предметов и становления понимания необходимости бережного обращения с ними. В результате, у ребенка вырабатывается ценностное отношение к окружающему его миру.

Признано, что целостная система отношений человека включает в себя целый ряд составляющих: отношение к труду, к другим людям, к самому себе и т.д. (Б.Г. Ананьев, А.С. Асмолов, Б.С. Братусь, В.В. Барцалкина, И.С. Кон, А.А. Леонтьев, Д. Лотон, Н. И. Непомнящая, О.Н. Пахомова и др.).

В обозначении аспекта, связанного с отношением к себе, в литературе нет терминологической определенности и концептуальной общности исследований. В отечественной психологии это и самоуважение (Ю.Е. Алёшина., Л.Я. Гозман,

И.С. Кон, В.В. Столин, И.И. Чеснокова и др.), и самопринятие (Ю.Е. Алёшина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская, М.В. Кроз, В.В. Столин, С.Р. Пантилеев, М.А. Хазанова и др.), и самооценку (М.С. Каган, А.М. Эткинд, С.Р. Пантилеев, В.В. Столин), и эмоционально-ценностное отношение к себе (В.В. Столин, И.И. Чеснокова, А.М. Эткинд), и самовосприятие (Ю.Е. Алёшина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская, М.В. Кроз), и аутосимпатия (В.В. Столин), и самопривязанность (С.Р. Пантилеев, В.В. Столин), и самоотношение (М.В. Лукин, С.Р. Пантилеев, В.В. Столин), и самолюбие (К.А. Абульханова-Славская). В англоязычной литературе используются такие термины, как self-regard (самоотношение), self-esteem (самоуважение, обобщённая самооценка), self-feeling (самоощущение, самочувствие), self-love (любовь к себе), self-acceptance (самопринятие), self-attitude (самоотношение, установка на себя), self-evaluation (декларируемая, публичная самооценка), self-identity (самоидентичность) и т.п.

Проблема эмоционально-ценностного отношения к себе, своему здоровью является значимой для современной психологии. В нашей культуре длительное время существовал запрет на себялюбие, когда любить других - добродетельно, а себя - грешно. И эти два смысла – любовь к себе и любовь к другим довольно долго противопоставлялись, когда «интересы каждого подчинены интересам всех», а «общественное мнение выше личного». «Если добродетельно – любить ближнего как человеческое существо, то добродетельной, а не порочной должна быть и моя любовь к самому себе, раз я тоже человеческое существо. Идея, выраженная в библейской заповеди «люби ближнего как самого себя», подразумевает, что уважение к своей собственной целостности и уникальности, любовь к себе и понимание своего Я неотделимы от уважения, любви и понимания другого человека» [256, С. 126].

Ряд авторов утверждает, что лишь высокий уровень самопринятия обуславливает положительное отношение к другим (Алёшина Ю.Е., Гозман Л.Я., В. Сатир, Хазанова М.А., Rogers К. и др.). Самолюбие, как считает К. А. Абульханова-Славская, выступает как некоторое интегральное личностное образование, которое одновременно выражает движущую силу «Я», его активную сторону,

но не замкнутую «в себе» и «для себя», а как способ соотнесения личности с социальным миром, другими людьми. Самолюбие как индикатор, критерий взаимодействия с миром играет важную роль в развитии ценностно-нравственной сферы личности. Это один из действенных источников повышения (понижения) мотивации, приобретения (утраты) смысла жизни [3, С. 104 – 108].

Фрейд З., исходя из представления об ограниченности запасов либидо, приходит к выводу, что положительное отношение к себе отрицательно связано с положительным отношением к людям. То есть, чем больше любви Я отдаёт миру вне себя, тем меньше ему остаётся любви к самому себе и наоборот [253]. В противовес этой позиции К. Хорни, Э. Фромм, Х. Салливан и другие представители неопрейдистского направления, считая способность к любви способностью развивающейся, утверждают, что положительное отношение к себе не только не препятствует положительному отношению к другим людям, но и является его необходимым условием. Отношение к самому себе является той базой, на которой строится отношение к другим людям. Кроме того, отсутствие самоуважения, проявляющееся в конформности человека, его зависимости от оценок окружающих, потере чувства собственного достоинства, тревожности, ощущении себя обиженным, пренебрегаемым, оскорбляемым, незащищённым, незначительным, переживании чувства вины и сожаления (застревания на них) является признаком невротической личности [260]. Готовность к общению, выбор партнёра, да и сам характер общения во многом зависят от того, относится человек к себе со спокойным достоинством, или преисполнен сознанием своей исключительности, или чувствует себя никчемным и жалким (М.С. Каган, В.В. Столин, А.М. Эткинд). Очевидно, что для каждой личности чрезвычайно важно ощущать себя самоценной, «...находиться в согласии с собой, для чего человек должен быть тем, чем он может быть» [295, р. 91]. Именно высокий уровень самопринятия создаёт хорошие условия для общения, делая человека более сензитивным к достоинствам других людей и толерантным к их недостаткам [88].

Вслед за Сатир В., Пантилеевым С.Г., Столиным В.В. и др. можно определить самоценность как ощущение ценности собственной личности, чувство собственного достоинства, силы своего «Я», характеризующееся доверием своим собственным чувствам, верой в себя и свои возможности, открытостью.

Анализируя взаимосвязь самопринятия и самооценки, Л.Я. Гозман отмечает, что в деятельности субъект с высоким уровнем самопринятия не боится выбирать для сравнения со своими собственными достижениями группу достаточно успешных людей [62].

Безусловное принятие является важнейшим условием развития личности в обучении, оно также способствует и гармонизации отношений человека с собственным «Я» (А.Б. Орлов, К. Роджерс, М.А. Хазанова). Это связано с тем, что в систему ценностей, по мнению К. Роджерса, входят убежденность в личностном достоинстве каждого человека, в значимости для каждой личности способности к свободному выбору и ответственности за его последствия. И такой тип учения, который направлен на усвоение смыслов как элементов личностного опыта, К. Роджерс называет свободным в отличие от принудительного, безличностного, интеллектуализированного [300].

А.В. Мудрик, анализируя значение проблемы отношения к себе, утверждает, что наравне с отношением к окружающему миру, а также с аспектами и способами самореализации, оно является главным результатом воспитательного процесса. Отношение к себе и отношение к другому взаимно влияют друг на друга. Причём, отношение к себе по мере взросления становится ведущим. Так выстраивается логическая цепочка: для оптимального развития ребёнка необходимо его позитивное отношение к себе, предполагающее чувство собственного достоинства, ощущение ценности своего «Я», вера в свои силы и возможности (то есть самопринятие). А процесс самопринятия ребёнка обусловлен принятием его личности взрослым – родителем, педагогом. Но принятие ученика учителем детерминировано самопринятием педагога. Внутренняя возможность предоставления себе права быть таким, как есть, позволяет и способствует искреннему предоставлению другому «быть» без каких-либо условий.

Проблеме позитивного эмоционально-ценностного отношения к себе уделяли внимание многие авторы. Сложность феномена эмоционально-ценностного отношения к себе объясняет В.В. Столин, выделяя следующие аспекты:

- это интегральная характеристика личности, интегральный личностный смысл,

- оно имеет важное значение для поддержки психологического комфорта и здоровья личности, следовательно, чрезвычайно велик риск осознания своего негативного отношения к себе,

- оно связано с познанием других людей и взаимоотношений с ними, причём, с возрастом степень развития самосознания определяет содержание познания других. Как говорят, "не познать нам в других того, что в себе не познали",

- это отношение связано с оценками, отношениями окружающих - как конкретных людей, так и обобщённых "других" в виде общественных норм и ценностей,

- оно проявляется не только непосредственно как переживание своего "Я", но и опосредованно - в виде отношения к другим и ожидаемых отношений других к себе [240].

В связи с проблемой генезиса эмоционально-ценностного отношения личности к себе рассматриваются вопросы обусловленности этого явления различными факторами. Исследователями выделены следующие факторы:

- социальная ситуация развития личности (объективные обстоятельства жизни, социальные роли, реализующие социальную позицию человека) (Эткинд А.М.);

- условия воспитания, положение ребёнка в семье (К Роджерс);

- отношение других людей к данному человеку (Ю.Е. Алёшина, Л.Я. Гозман, Э. Бернс, А.В. Мудрик, В.В. Столин, М.А.Хазанова, И.И.Чеснокова и др.);

- степень открытости своему опыту переживаний, способность "услышать" и назвать для себя переживаемые чувства (Л.Я. Гозман., К. Rogers);

- познание себя, самоанализ, осмысление себя (в том числе собственных интересов и способов их удовлетворения) (М.В. Лукин, В.В. Столин, Э. Фромм);

- познание других людей и взаимоотношений с ними (Э.В. Ильенков, В.В. Столин, И.И. Чеснокова);
- способность к саморегуляции (снятию внутреннего напряжения) (М.В. Лукин, С.Р. Пантилеев);
- собственные достижения личности, её успешность в самореализации (Л.Н. Захарова, И.С.Кон, К. Хорни, И.И. Чеснокова);
- атмосфера принятия, доверия, открытости в микросоциуме (Л.Н. Лесохина, В. Сатир, К. Роджерс);
- открытое диалогическое общение (Л.А. Петровская, А.У. Хараш).

Если все вышеназванные факторы в зависимости от степени выраженности и своей позитивной направленности могут оказывать различное - как негативное, так и позитивное влияние на эмоционально-ценностное отношение личности к себе, то выделенный Хорни К. фактор - тревожность (не ситуативная, а как личностная характеристика) влияет на это отношение только разрушающе, негативно.

К характеристикам динамики процесса формирования эмоционально-ценностного отношения личности к себе можно отнести различную степень осознанности, стабильности и устойчивости, интенсивности переживаний, побудительно-мотивационной силы и длительности ценностного процесса (Р.С. Пантилеев, К. Роджерс, И.И. Чеснокова).

В литературе встречаются отдельные попытки охарактеризовать основные проявления здоровой психики с помощью совокупности критериев (идея *комплексного подхода в оценке психического здоровья*). Относительно них можно сделать два общих вывода. Во-первых, наряду с очевидным разбросом мнений просматривается определенная повторяемость в выборе ряда критериев психического здоровья. Во-вторых, трактовать приведенные перечни критериев следует как некоторую совокупность, так как в них не заложен какой-либо классифицирующий признак, который позволил бы придать им возможную внутреннюю организацию. Критерии психического здоровья, распределенные в соответствии с видами проявления психического (свойства, состояния, процессы)

приводит А.Л. Крылов [207].

Среди *свойств здоровой личности* – это оптимизм, сосредоточенность (отсутствие суетливости), уравновешенность, нравственность (честность, совесть и др.), адекватный уровень притязания, чувство долга; уверенность в себе, необидчивость (умение освобождаться от затаенных обид), не леность, независимость, непосредственность (естественность), ответственность, чувство юмора, доброжелательность, терпеливость, самоуважение, самоконтроль.

В сфере *психических состояний* в их число обычно включают: эмоциональную устойчивость (самообладание); зрелость чувств соответственно возрасту, совладание с негативными эмоциями (страх, гнев, жадность, зависть и др.); свободное, естественное проявление чувств и эмоций; способность радоваться; сохранность привычного (оптимального) самочувствия.

Из *психических процессов* чаще упоминаются: максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности (адекватность психического отражения); адекватное восприятие самого себя; способность концентрации внимания на предмете; удержание информации в памяти; способность к логической обработке информации; критичность мышления; креативность (способность к творчеству, умение пользоваться интеллектом); знание себя; дисциплина (управление мыслями).

Особое значение среди *критериев психического здоровья* личности придает степени ее интегрированности, гармоничности, консолидированности, уравновешенности, а также таким составляющим ее направленности, как духовность (познание, стремление к истине); приоритет гуманистических ценностей (доброта, справедливость и др.); ориентация на саморазвитие, обогащение своей личности.

С *позиций самоуправления* здоровая личность характеризуется выраженностью целеустремленности (обретением смысла жизни), энергичности, активности, самоконтроля, адекватной самооценки.

Социальное здоровье личности находит отражение в адекватном восприятии социальной действительности, интересе к окружающему миру, адаптации

(равновесие) к физической и общественной среде, направленности на общественно полезное дело, культуре потребления, альтруизме, эмпатии, ответственности перед другими, бескорыстии, демократизме в поведении.

С другой стороны, можно говорить и о характерных признаках психического нездоровья, неблагополучия. Среди них есть наиболее типичные и их тоже можно упорядочить в соответствии с приведенной выше логикой рассуждения.

Подобными свойствами личности являются: зависимость от вредных привычек; уход от ответственности за себя; утрата веры в себя, свои возможности; пассивность ("духовное нездоровье"). К психическим состояниям обычно относятся чувственную тупость; беспричинную злость; враждебность; ослабление как высших, так и низших инстинктивных чувств; повышенную тревожность. В сфере психических процессов чаще упоминаются: неадекватное восприятие самого себя, своего "Я"; нелогичность; снижение когнитивной активности; хаотичность (неорганизованность) мышления; категоричность (стереотипность) мышления; повышенная внушаемость; некритичность мышления.

В целом такая личность достаточно дезинтегрирована; ей присущи утрата интереса, любви по отношению к близким; пассивная жизненная позиция. В плане самоуправления она отмечается неадекватностью самооценки; ослабленным (вплоть до утраты) или, напротив, неоправданно гипертрофированным самоконтролем; ослаблением воли. Ее социальное неблагополучие проявляется в неадекватном восприятии (отражении) окружающего мира; дезадаптивном поведении; конфликтности; враждебности; эгоцентризме (выливающимся в жестокость и бессердечность); стремлении к власти (как самоцель); вещизме и др.

Здоровье подрастающего человека – проблема не только социальная, но и нравственная. Приобщение школьников к проблеме сохранения своего здоровья – это прежде всего процесс социализации - воспитания. Здоровый образ жизни объединяет всё, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и выражает ориентированность деятельности личности в направлении сохранения, укрепления и формирования как индивидуального, так и обществен-

ного здоровья. Поэтому важно понимание того, что активное отношение к собственному здоровью воспитывается с раннего возраста, что здоровье – величайшая ценность, дарованная человеку природой.

Одной из главных проблем педагогики является задача инициирования в растущем человеке понимания необходимости выработки устойчивых культурных ориентаций и форм поведения для его конструктивной, т.е. успешной и одновременно гармоничной, жизнедеятельности. При таком понимании и реальном ощущении преимуществ культурных способов жизни у подростка может произойти внутреннее принятие и активизация стремлений к их освоению. Поэтому воспитание и самовоспитание должны представлять собой в идеале процесс гармонизации всех компонентов личности и её культурологических тенденций.

### **Выводы к главе 1**

Анализ теоретической разработанности феномена здоровья и проблемы здоровьесбережения детей и подростков и подходов к их исследованию позволяет сделать следующие выводы:

1. Здоровье не является естественным феноменом, это социальный факт, неразрывно связанный с социальными (медицинскими) технологиями. Подтверждает этот вывод и то обстоятельство, что человек и его здоровье так же, как и нездоровье, задаются в рамках культурных семиотических представлений (картин мира).

Здоровье и отношение к здоровью в медицине не совмещаются. При огромной роли, которую играют медицинские учреждения в сохранении и обеспечении здоровья, индивид, обращаясь к медицине, отделен от нее проблемами своего здоровья многочисленными общественно опосредованными связями.

Акцентирование внимания на здоровье здорового человека — это один из моментов и одновременно показателей принципиально нового состояния *здоровья как социокультурного феномена*. Здоровье человека выступает в качестве индикатора устойчивого развития нации, а с психологической точки зрения — психолого-педагогическим фактором саморазвития общества.

2. На основе психологической трактовки понятия «отношение» сформулировано понятие «отношение к здоровью». **Отношение к здоровью** представляет собой *систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидуальным своим физическим и психическим состоянием, оптимально организованную самим человеком жизнедеятельность, способствующую сохранению здоровья, личностному росту, творческому функционированию.*

Будучи обусловлено объективными обстоятельствами и определено движущими силами деятельности и поведения личности, отношение к здоровью конкретно проявляется в действиях и поступках, переживаниях и вербально реализуемых мнениях и суждениях людей относительно факторов, влияющих на их физическое и психическое благополучие.

3. Психическое здоровье – это идеальное понятие, основанное на принципах свободы, духовности, индивидуальности. Это не конечный пункт, а направление, в котором человек движется, следуя своей истинной природе. А самая сущность природы человека конструктивна, разумна, активна и заслуживает доверия. Нарушения психического здоровья – это лишь количественные отклонения от нормального процесса психического развития. Причиной нарушений психического здоровья может быть неправильное распределение напряжений во внутренней структуре личности (например, напряжение между тем, что человек собой представляет, и тем, чем ему, по его мнению, следует быть). *Показателями психического здоровья* являются принятие ответственности за свою жизнь, принятие себя, осмысленность индивидуального бытия и способность к пониманию и принятию других.

4. Говоря о формах проявления отношения человека к здоровью, следует иметь в виду, что поведение и высказываемые людьми суждения о здоровье могут быть адекватными или неадекватными. Перед каждым человеком встают проблемы конечности жизни и проблема бессмертия. Они должны решаться рационально в том смысле, что человеку отведено достаточно времени для са-

моосуществления и выполнения своих функций перед человечеством. Человек должен рассматривать себя как единицу человечества, которое бессмертно.

5. Для нашего исследования принципиально важным является положение о неразрывной связи и иерархической зависимости всех подструктур личности и их элементов, так как ценностное отношение мы рассматриваем как элемент убеждений, которые в свою очередь входят в систему потребностно-мотивационной сферы личности. Специфика убеждений определяется путем анализа особенностей, составляющих их элементов: интеллектуального, эмоционально-чувственного и практически-действенного, а также характера сочетания этих особенностей. Психологическим показателем поведения человека является то, какие мотивы побуждают его к тем или иным поступкам, сохраняющим или разрушающим его здоровье.

6. В школьном возрасте четко прослеживается ухудшение здоровья от начала обучения в школе к его концу. Улучшения положения дела в целом частичными мерами нельзя достигнуть. Полное оздоровление школы может произойти только после полной реорганизации ее во всех отношениях: реорганизации, исключаящей все факторы, отрицательно влияющие на здоровье учащихся. Однако неоднократно принимаемые меры по реформированию школы в плане регламентации учебной нагрузки и требований неукоснительного соблюдения гигиенических норм и правил не привели к улучшению здоровья школьников.

Современная школа, преследуя цель – развитие детей, ориентируется на создание условий для достижения учащимися базового и повышенного уровня образования при сохранении здоровья школьников и активного включения их в образовательную и социальную среду.

Решающая роль в плане здоровья и психического развития принадлежит нравственной атмосфере, которая существует дома и в школе, и характеру взаимоотношений между взрослыми и детьми.

7. Деятельность, ориентированная на сохранение здоровья школьников, требует комплексного подхода: и медицинского, и социального, и педагогического, и психологического. Специалисты одного профиля (будь то гигиенисты,

физиологи, медики, педагоги или психологи) не могут предотвратить неблагоприятное воздействие на организм школьников вредных факторов, сопровождающих их учебную деятельность; ведь организм человека — это совокупность его телесных и душевных свойств. Занимаясь умственным, психическим и физическим развитием ребенка, беспокоясь о здоровье и гигиене тела, мы подчас забываем о его духовном развитии, нарушая тем самым его целостное взаимоотношение с миром.

Современная школа ориентируется на здоровый образ жизни, стремится формировать у учащихся новое экологическое мышление, направленное на бережение здоровья, гуманистических, нравственных, национальных ценностей, подготовку здоровой социально адаптированной личности.

Здоровье, здоровый образ жизни должен стать непосредственным содержанием образа «Я». Готовность творить собственное здоровье должна пронизывать всю жизнь ребенка и школы.

Ориентация на здоровье как ценность — это не отдельная разовая задача, а научное обоснование тех практических действий, которые должны и могут привести к последовательному улучшению состояния здоровья отдельных людей и нации в целом.

## ГЛАВА 2

### Экспериментальное исследование проблемы осознанного отношения учащихся к своему здоровью

#### 2.1. Организация экспериментального исследования

**Цель экспериментального исследования** - разработка психолого-педагогической модели формирования осознанного отношения к собственному здоровью у подростков.

**Задачи экспериментального исследования:**

1. Провести диагностику структуры отношения подростков к собственному здоровью.
2. Разработать критерии осознанного отношения учащихся к своему физическому и психическому здоровью.
3. Провести экспериментальное исследование возможности формирования у учащихся – подростков потребности и привычки осознанного и привычки осознанного и разумного отношения к своему здоровью.
4. На основе полученной модели составить программу по формированию в школе и семье общественного мнения, направленного на сохранение, укрепление и развитие здоровья учащихся, как личной и общественной ценности.

**Предметом нашего исследования** является выявление психологических особенностей ценностного отношения подростков к собственному здоровью и механизмов формирования установки на здоровый образ жизни.

Соответственно, **объект исследования** – процесс формирования ценностного отношения к собственному здоровью подростков 8 класса, как самоопределяющихся субъектов.

Исследование проводилось в течение 1998 – 2002 г.г.

**Первый этап** исследования проходил в течение одного года (1998-1999 учебный год). Исследовалась интенсивность отношения к собственному здоровью обучающихся и преподавателей различных учебных заведений. Участниками исследования на первом этапе были учащиеся 7-х, 9-х, 10-11-х классов,

студенты 3 курса технологического института, 2 курса медицинского училища, учителя четырёх школ города Коврова Владимирской области (№ 5, 7, 11, 21) и шести школ ЦОУО г. Москвы. Всего 575 человек.

Подбор участников исследования – учителей был разнородным по возрасту, полу, образованию, занимаемой должности в школе.

Такая гетерогенная выборка связана, с одной стороны, с задачами исследования, предусматривающими анализ структуры интенсивности отношения к здоровью и выявление критерия осознанности данного отношения, с другой стороны, с тем, что предполагается существование достаточно динамических тенденций в структуре интенсивности отношения к здоровью. Степень осознанности меняется с возрастом и по мере перехода общественных ценностей в разряд лично значимых при их насыщении или трансформации содержания.

**На втором этапе** с 1999 по 2000 г. в соответствии с выдвинутыми целями и задачами были разработаны подход, программа и методическое обеспечение исследования. Согласно предложенным критериям и показателям проведено оценивание структуры отношения к здоровью учащихся 8 – 9 классов общеобразовательных школ №№ 1240(ЦОУО), 1159(СВОУО), 817(ЮОВОУО) г. Москвы.

Основные результаты второго этапа исследования помогли выявить значимые факторы, способствующие формированию осознанности отношения к здоровью. Была апробирована модель эксперимента (социально-психологический тренинг) и общая схема исследования.

**На этапе формирующего эксперимента** проведена работа с группой учащихся 8-го класса общеобразовательной школы № 1240 с углубленным изучением иностранных языков (ЦОУО) г. Москвы. Сравнение проводилось с результатами диагностики контрольной группы учащихся 8-а класса общеобразовательной школы № 817 (ЮОВОУО).

**На третьем этапе** с 2000 г. по 2002 год завершена исследовательско-экспериментальная работа, которая подтвердила правильность предположений,

выбор направления и методов работы с подростками по воспитанию у них мотивов здорового образа жизни.

### **2.1.1. Критерии и показатели осознанного отношения подростков к собственному здоровью**

Исследование отношения к здоровью строится, исходя из предположения, что здоровье – сложный феномен, что осознанное, творческое отношение к собственному здоровью может привести к формированию устойчивой потребности в здоровом образе жизни. Феномен здоровья связан не только с физиологическим, психофизиологическим пространством, но и фактором социальности.

Теоретическое обоснование выбора критериев приведено в приложение 2.

Итак, разработанные и описываемые ниже, критерии и показатели субъективного отношения к собственному здоровью у подростков выступают критериальным основанием для оценивания его реального уровня и моделью для ориентирования в оптимизации определяющих характеристик. Исследование показало, что их использование возможно только при наличии адекватного инструментария и организационно-методического обеспечения.

Целостный подход предполагает изучение человека как индивида, личности, субъекта деятельности. Поэтому частными критериями могут стать индивидуальные, личностные, субъектно-деятельностные детерминанты.

За разным отношением стоят разные представления об искомом результате, разная степень осознанности отношения к здоровью, владение разными способами и методами оздоровления. Имея дело с приоритетными показателями, элементы множества показателей ранжируются по степени важности, т.е. между показателями устанавливаются отношения предпочтения.

Как индивид, подросток рассматривается нами как сложный живой организм, существо материальное, телесное, природное с его индивидуально-типическими свойствами, разными ценностными ориентациями. Среди множества детерминант, характеризующих потенциальные возможности и индивидуальные проявления субъективного отношения к здоровью, существенными, на наш взгляд, являются *психодинамический, потребностно-мотивационный ком-*

*поненты*, выступающие конкретными критериями исследуемого явления. Показателями данных критериев, относящихся к качественным и количественным сферам исследуемого объекта, нами приняты следующие: общие психофизиологические ресурсы индивида, тип темперамента, уровень тревожности, ценностные ориентиры, уровень самооценки собственного здоровья, готовность к саморазвитию, структура и осознанность мотивов отношения к здоровью и здоровому образу жизни, познавательная активность, ценность «здоровья» в системе ценностей личности.

Приведем таблицу, отражающую соотнесенность критериев и показателей отношения к здоровью (табл. 1).

**Таблица 1**

**Критерии и показатели осознанного отношения  
к собственному здоровью**

<b>Критерии:</b>	<b>Показатели:</b>
<b>1. Психодинамический:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Личностная тревожность</li> <li>– Астеническое состояние</li> <li>– Тип темперамента</li> </ul>
<b>2. Потребностно - мотивационный:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Самооценка собственного здоровья</li> <li>– Готовность к саморазвитию</li> <li>– Структура мотивов отношения к здоровью и здоровому образу жизни</li> <li>– Аксиологический: Ценности собственного «я» человека, «собственного здоровья» и ценности «я» других</li> </ul>
<b>3. Инструментальный:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Владение рефлексией как средством самопознания</li> </ul>
<b>4. Когнитивный:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Познавательная активность</li> </ul>
<b>5. Продуктивно - результирующий:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Субъективная оценка эффективности сохранения и развития собственного здоровья</li> <li>– Индивидуальная успешность в физическом и духовном совершенствовании</li> <li>– Интенсивность поступков и практических действий, направленных на заботу о своем здоровье</li> </ul>

Опишем более развёрнуто характеристики критериев и показателей отношения к собственному здоровью.

Для психолого-педагогической характеристики субъективного отношения

наибольшее значение имеют показатели таких его параметров как интенсивность и доминантность, осознанность и сознательность.

**Интенсивность** субъективного отношения показывает, в каких сферах и в какой степени проявляется это отношение. Именно через свое проявление субъективное отношение данной личности к какому-либо объекту становится фактом жизненной ситуации других людей.

Процесс развития того или иного субъективного отношения личности связан с изменениями, которые затрагивают ее аффективную, познавательную сферы, касаются осуществляемой личностью практической деятельности и совершаемых ею поступков. В.А. Ясвин выделил четыре компонента – параметра интенсивности отношения: эмоциональный, когнитивный, практический и поступочный [73].

Если три компонента: эмоциональный, когнитивный и практический, достаточно очевидны, поскольку они соответствуют классической, используемой еще со времен античности, триаде: эмоциональная, познавательная, практическая сферы (*affectus*, *cognitio* и *practikos*), то выделение как самостоятельного поступочного компонента требует некоторого объяснения.

Каждый поступок является тем или иным практическим действием и, как правило, вплетен в ткань определенной практической деятельности. Поступок это всегда единица социального поведения. Можно даже сказать, что в поступке особенно явно присутствует Другой (даже, когда человек совершает поступок в полном уединении). Поступок - это «демонстрация» личностью своего субъективного отношения [139]. В практическом компоненте взаимодействие с объектом отношения самоценно, а изменения окружения - лишь непринципиальное следствие; в поступочном - такое изменение становится как раз целью деятельности. В конечном итоге, практический компонент - это «для себя», поступочный – «для других». При определенном внешнем сходстве это психологически принципиально различные стратегии. Как подчеркивает А.А. Вербицкий: «Поступок является гораздо более адекватным для понимания процессов формирования личности, ее экологической культуры и нравственности... Толь-

ко взяв поступок за единицу деятельности и соответственно организуя образовательный процесс, можно добиться формирования ответственного отношения к природе...» (1996, с. 124).

**Интенсивность отношения** к здоровью как количественная характеристика отношения измерялась по результатам субтеста «Индекс отношения к здоровью» С.Д. Дерябо, В.А. Ясвина (Приложение 2.1), построенного по принципу альтернативных полюсов.

*Опросник «Индекс отношения к здоровью»* включает 4 шкалы, соответствующие четырем теоретически выделенным компонентам интенсивности: эмоциональному, когнитивному, практическому и поступочному. Испытуемому дается 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 обычно ведет себя в них.

*Эмоциональная шкала (Э)* направлена на диагностику степени изменений в системе аффективно окрашенных «эталонов» личности эстетического, этического и витального характера, обусловленных отношением к своему здоровью, которые проявляются в уровне эстетического и этического наслаждения от здорового организма, повышенной восприимчивости к чувственно-выразительным элементам, свободе от неадекватных социальных эстетических стереотипов, отзывчивости на собственные витальные проявления и других людей, которая реализуется через эмпатию и идентификацию и т.д.

*Когнитивная шкала (К)* направлена на диагностику степени изменений в мотивации и направленности познавательной активности, связанной с отношением к собственному здоровью, которые проявляются в готовности (более низкий уровень) и стремлении (более высокий) получать, искать и перерабатывать информацию по вопросам здоровья и здорового образа жизни, в особой «информационной сензитивности» к данной теме.

*Практическая шкала (П)* направлена на диагностику степени изменений в мотивации и направленности практической деятельности, обусловленных отношением к собственному состоянию, которые проявляются в готовности и

стремлении к реальной практической деятельности над собой.

*Поступочная шкала (Пс)* направлена на диагностику изменений в поступках личности, обусловленных отношением к здоровью, проявляющихся в активности личности по изменению окружения в соответствии с этим отношением.

Показатель интенсивности получается путем суммирования баллов по четырём названным шкалам. Он диагностирует, насколько в целом сформировано отношение к здоровью у данного человека, насколько сильно оно проявляется (уровень сформированности субъективного отношения личности к здоровью и здоровому образу жизни в целом и составляющих его компонентов).

Приведём **характеристику количественно-качественных показателей отношения** выше названных критериев.

1. Необходимость введения **психодинамического критерия** обусловлена тем, что психодинамические свойства значительно шире, чем эмоционально-волевые свойства личности. Мы придерживаемся взглядов В.С. Мерлина, что психодинамические свойства – это «индивидуальные свойства, определяющие динамику психической деятельности со стороны скорости, интенсивности, «вектора» и образующие типы, гомоморфные общим типам нервной системы человека» [159, С. 83]. Направленность на специфическую ситуацию (например экстраверсия – интроверсия, понимаемые как субъективирующая или объективирующая направленность, тревожность – как ожидание угрожающей ситуации) отличается от отношений личности тем, что ситуация, на которую направлены эти свойства, не имеет «специфического социального значения... В этом смысле направленность экстраверсии – интроверсии, тревожности имеет формальный характер» [Там же, с. 82].

В нашем исследовании **показателями психодинамического критерия** субъективного отношения к здоровью выступали темперамент и тревожность.

**1.1.** В поступках человека в различных социально значимых ситуациях существуют и проявляются свойства темперамента. **Темперамент** выступает связующим звеном между организмом, личностью и познавательными процессами.

Мы исходили из положения, что темперамент, как совокупность свойств, характеризует динамические особенности протекания психических процессов и поведения человека. Свойства темперамента к числу собственно личных качеств человека можно отнести только условно, они составляют индивидуальные его особенности, так как в основном биологически обусловлены. Тем не менее, являясь предпосылкой и основой личностных образований более высокого порядка, темперамент оказывает существенное влияние на формирование характера и поведения человека, определяя его поступки, индивидуальность. Темперамент входит в ткань многих высших интегральных характеристик личности (А.Н. Леонтьев, В.С. Мерлин). Привычки поведения во многом определяются темпераментом и характером человека. Причем темперамент определяет динамическую сторону стиля поведения личности, а сами привычки поведения в большей степени определяют характер человека. Различные типы темперамента предоставляют одинаковые возможности для продуктивной психической деятельности, но в то же время «разностильность» путей и средств, с помощью которых достигаются результаты (Е.А. Климов, Н.С. Лейтес, В.С. Мерлин, В.М. Теплов и др.).

Для изучения показателей психодинамического критерия использовалась методика экспресс-диагностики характерологических особенностей личности, которая содержит «Личностный опросник» Г. Айзенка (подростковый вариант), классификацию в зависимости от соотношения результатов шкалы нейротизма и шкалы интроверсии, вербальное описание особенностей каждого типа и основное направление тактики взаимодействия с подростками каждого типа. Автор методики Маталина Т.В. (Приложение 2.2).

Применение личностного опросника позволило оценить два базисных параметра индивидуальности: «экстраверсия – интроверсия», «нейротизм» – эмоциональная стабильность, а так же определить тенденцию обследуемого представить себя в лучшем свете («шкала лжи» или «социальной желательности»).

От темперамента зависят такие свойства личности, как впечатлительность, эмоциональность, импульсивность, тревожность. Тревожный человек отличает-

ся от малотревожного тем, что у него слишком часто возникают связанные с беспокойством эмоциональные переживания: боязнь, опасения, страхи. Ему кажется, что много из того, что окружает его, несёт в себе угрозу для собственного «Я». Поэтому вторым показателем психодинамического критерия выбрана тревожность.

**1.2. Тревожность** как переживание эмоционального дискомфорта, предчувствие грядущей опасности является выражением неудовлетворения значимых потребностей человека: актуальных при ситуативном переживании тревоги и устойчиво доминирующих по гипертрофированному типу при устойчивой тревожности. Имея ярко выраженную возрастную специфику, возрастные пики тревожности являются отражением наиболее значимых социогенных потребностей. С предпубертального возраста тревожность все более опосредуется особенностями «Я - концепции». В подростковом возрасте тревожность может стать устойчивым личностным образованием.

Фактор - тревожность (не ситуативная, а как личностная характеристика) влияет на эмоционально-ценностное отношение личности к себе только разрушающе, негативно (Хорни К.). С целью компенсации и преодоления этого феномена, мы сочли необходимым выявлять уровни тревожности.

Для выявления оценки определенных типов ситуаций, в которых проявляется устойчивая тревожность («симптоматичный» показатель) использовался опросник видов социальной тревожности – школьной, самооценочной, межличностной (Шкала А.М. Прихожан), к которому добавлялась субшкала «классические фобии» шкалы О. Кондаша (условное название этого показателя «ситуационный») (Приложение 2.3). Испытуемые определяли или степень выраженности у себя симптомов тревожности или то, насколько ситуации определенных типов вызывают тревогу.

Особенность шкал такого типа в том, что в них тревожность определяется по оценке человеком тревогичности тех или иных ситуаций обыденной жизни. Достоинствами шкал такого типа является то, что, во-первых, они позволяют выделить области действительности, вызывающие тревогу и, во-вторых, в

меньшей степени зависят от умения школьников распознавать свои переживания, чувства, т. е. от развитости интроспекции и наличия определенного словаря переживаний.

Методика относится к числу бланковых, что позволяет проводить ее коллективно. Бланк содержит необходимые сведения об испытуемом, инструкцию и содержание методики.

При обработке ответ на каждый из пунктов шкалы оценивается количеством баллов, соответствующим округленной при ответе на него цифре. Подсчитывается общая сумма баллов по шкале в целом и отдельно по каждой субшкале (школьная тревожность, связанную со школьными ситуациями; самооценочная тревожность, связанную с отношением к себе; межличностная тревожность, связанную с ситуациями общения; магическая тревожность – мистические, магические страхи). Первичная оценка переводится в шкальную. В качестве шкальной оценки используется стандартная десятка (стены). Для этого данные испытуемого сопоставляются с нормативными показателями группы учащихся соответствующего возраста и пола. Результат, полученный по всей шкале, интерпретируется как показатель общего уровня тревожности, по отдельным субшкалам — отдельных видов тревожности. На основании полученной шкальной оценки делается вывод об уровне тревожности испытуемого:

1 – состояние тревожности испытуемому не свойственно (подобное «чрезмерное спокойствие» может иметь и не иметь защитного характера).

2 – нормальный уровень тревожности (необходимый для адаптации и продуктивной деятельности).

3 – несколько повышенная тревожность (часто бывает связана с ограниченным кругом ситуаций, определённой сферой жизни).

4 – явно повышенная тревожность (обычно носит «разлитой», генерализованный характер).

5 – очень высокая тревожность (группа риска).

В сводной таблице результатов изучения отношения подростков к здоровью мы фиксировали три уровня тревожности, дав условные название: «низкий» -

это 1-ый по приведенной классификации, «умеренный» - 2-ой, «высокий» - 3-й, 4-й и 5-й.

**1.3.** Измерение *выраженности астенического состояния* проводилось по шкале Т.Г. Чертовой, разработанной на основании клинической методики ММРІ, содержащей 30 пунктов – утверждений, которые отражают характеристики астенического состояния (Приложение 2.4). Диагностика проводится индивидуально. По количеству набранных баллов определяется диапазон – уровень астении. Весь объем шкалы делится на четыре диапазона:

1 уровень - "отсутствие астении"; 2 уровень - "слабая астения"; 3 уровень - "умеренная астения"; 4 уровень - "выраженная астения".

**2.** Для описания **интегративно-личностного уровня** информации об отношении к собственному здоровью используем ***потребностно-мотивационный и инструментальный критерии отношения.***

При этом **инструментальный критерий** предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать свое сознание на себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими.

***Отношение к здоровью, представленное в самосознании*** (Я – концепции), изучалось при помощи нескольких методик. Выявлялась самооценка готовности к саморазвитию учащихся (Г.М. Коджеспирова). Изучение особенностей самовосприятия и самоотношения детей, связанных со здоровьем, осуществлялось с помощью методики «20 определений «Я» М. Кума и Т. Мак – Портленда [175].

**2.1.** Участникам предлагалось в течение 12 минут дать примерно двадцать разных ответов на вопрос **«Кто Я?»**. По полученным ответам можно оценить масштабы и содержание «Я – концепции» каждого участника.

Анализ 20 определений «Я» дает информацию о внутренней структуре образа «Я», основных социально принятых опорных моментах самовосприятия. Отдельно рассматривается вопрос о том, какое место в структуре образа «Я» занимает здоровье и здоровый образ жизни. Анализ 20 определений «Я» проис-

ходит по стандартной схеме, включающей отнесение суждений к определенным категориям, анализ суждений молодых людей группы. По результатам теста выделяются наиболее значимые категории для группы. В их составе выделяются суждения о здоровье и здоровом образе жизни, которые подразделяются на три категории: а) констатация наличия или отсутствия качеств здоровой личности; б) критический анализ данных качеств в себе; в) описание эмоциональных переживаний, связанных с ощущением своего активного здорового образа жизни. Определяется сравнительная частота встречаемости данных типов суждений в самоописаниях подростков. Далее выделенные характеристики суждений сопоставляются по группам испытуемых, выделенных на предыдущем этапе исследования и характеризующихся определенным сочетанием уровня развития трех компонентов субъективного отношения.

В литературе подчёркивается неоднозначное отношение к интерпретации результатов теста (там же), отмечая, что психологические закономерности, лежащие в основе ответов на вопрос, недостаточно ясны. Мы использовали этот метод как дополнительный в общей схеме исследования. Такую же роль играли и еще два метода, используемые в течение работы группы. Это метод неоконченных предложений и метод проективного рисунка. «Принципиальная приемлемость проективной техники для исследования эмоционально-ценностного отношения к себе обусловлена её соответствием сложной структуре этого отношения и множественности форм её проявления» [240, С. 105]. В.С. Мерлин добавляет, что «целесообразность прожективных методов обосновывается тем, что выразительные и изобразительные действия, в отличие от продуктивных, всегда символичны. Роль или образ фантазии испытуемого имеет не прямое, а переносное, метафорическое значение» [159, С. 422]. Это особенно важно для нас в контексте изучения не только действий подростков, но и переживаний и осознания своих мотивов здоровьесберегающей деятельности.

**2.2.** Тест «Кто Я?» использовался в сочетании с одноимённым **спонтанным рисунком**. Рисунок инициируется и контролируется самим человеком, способствуя тем самым укреплению целостности его личности. В спонтанном творче-

ском рисунке происходит еще и моделирование социальной действительности. Являясь органической частью занятия, обогащает коммуникацию и социальный репертуар участников группы, помогает им реализовать тот внутренний потенциал, который и составляет основу позитивных изменений личности в будущем.

По мнению Яценко Т.С., «преимущество метода психорисунка над другими состоит не только в том, что при помощи его можно менее опосредованно, чем при тестовых методиках, судить о происходящих процессах в группе и с каждым отдельным человеком, но и в том, что... рисунок является хорошим стимулом к осмыслению всех процессов самими участниками группы» (Т.С. Яценко, 1993, С. 109).

**2.3. Анализ исследования методики «Самооценка готовности к развитию»** Г.М. Коджеспировой [111] дает возможность подробнее разобрать ситуацию самосовершенствования и установить существующую зависимость с уровнем осознанного отношения к собственному здоровью (Приложение 2.5). Методика позволяет выявить уровень готовности к развитию, условно обозначенные следующим образом:

<i>ГМС</i>		А	Б
		В	Г
			<i>ГЗС</i>

- 1 - могу совершенствоваться, но не хочу себя знать (квадрат А);
- 2 - хочу знать себя и могу изменить себя (квадрат Б);
- 3 - не хочу себя знать и не хочу изменяться (квадрат В);
- 4 - хочу знать себя, но не могу изменить себя пока (квадрат Г).

**3. Потребностно-мотивационный критерий** позволяет анализировать динамические факторы личности. Конкретными показателями здесь выступают структура мотивов отношения к здоровью и здоровому образу жизни, самоконтроль, готовность к восприятию новых идей, саморазвитию, адекватность само-

оценки (объективность в оценке собственного здоровья).

Мотивационный компонент отношения выполняет роль связующего звена между когнитивным и поведенческим компонентом отношения к здоровью. Благодаря сформированности мотивации усвоенное содержание понятий «здоровья», «здорового образа жизни» и компонентов их составляющих реализуется в поведении. Но 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.

Мотивы не отделены от сознания, но представлены в нём в особой форме – эмоциональной окраски действия (А.Н. Леонтьев). М.В. Матюхина утверждает, что мотивационные явления могут иметь разный уровень сознания, от глубоко осознанных до неосознаваемых произвольных побуждений.

Между развитием мотива и овладением деятельностью могут возникать рассогласования: одно опережает или отстаёт от другого. Так как мотивационная сфера личности в целом динамична и развивается в зависимости от обстоятельств, то это развитие рассматривается не как процесс «изнутри» индивида, а в плане развития его связей с разными общностями людей. То есть переход от одного уровня мотивации к другому определяется не законами спонтанного развития индивида, а развитием его отношений и связей с другими людьми, с обществом в целом.

Сознательное отношение к себе и своей деятельности формирует пространство выбора активного поведения, углубляя действие и значение мотивационно-потребностной сферы личности растущего человека. Через осознаваемые школьниками отдельные компоненты мотива отношения к здоровью, причины их поведения (различной степени активности), то есть через мотивировки, выявлялся мотивационный компонент отношения к здоровью.

Для выявления *особенностей мотивационного показателя субъективно-го отношения к здоровью* мы использовали методический прием, позволяющий исследовать содержательные характеристики мотивации здорового образа

жизни, особенности ее структуры.

**3.1.** С целью изучения *особенностей мотивации отношения к здоровью и здоровому образу жизни* подростка использовалась **атрибутивная методика**. Она заключается в написании всех известных причин, по которым люди ведут здоровый образ жизни; с последующим оцениванием значимости каждой из причин для себя и соотнесением с разными собственными поступками, направленными на изменение поведения членов своей семьи, друзей (Приложение 2.6).

По результатам данной методики каждая из приписанных причин-мотивов получает оценки в баллах от 0 до 20. Далее причины-мотивы относим к типологии мотивов осознанности отношения к здоровью, суммируем результаты по причинам, входящим в один тип, и делаем окончательное заключение о доминирующих мотивах осознанности отношения.

**3.2.** Инструментом, направленным на *изучение осознанности различных компонентов мотива*, была модифицированная методика А.В. Ермолина и Е.П. Ильина (Приложение 2.7). Методика состоит из неоконченных предложений и вопросов-сюжетов [97, С. 363 – 365].

В своих опросных листах испытуемые дают самые разные ответы, затрагивающие различные компоненты структуры мотива. Предложена классификационная матрица, состоящая из четырех групп (категорий) ответов-компонентов, которые могут входить в структуру того или иного мотива:

- Ответы, не затрагивающие структуру мотива (обозначение действий, ориентация на внешние обстоятельства);
- Ответы, относящиеся к «потребностному блоку»: (потребности, интересы, установки, долженствования);
- Ответы, относящиеся к «внутреннему фильтру»: (нравственный контроль декларируемый и недекларируемый, предпочтение по внешним либо внутренним признакам, оценка своих возможностей, оценка собственных физиологических и психических состояний и состояний других людей, прогнозирование последствий);

- Ответы, относящиеся к целевому блоку: (смысловая цель, определенные действия, процесс удовлетворения потребности).

Анализируя ответы каждого опрошенного, можно узнать, насколько полно он учитывает все обстоятельства (мотиваторы) или же ориентируется только на одно из них. Склонен ли испытуемый ориентироваться на внешние обстоятельства в большей степени или на внутренние факторы. Насколько глубоко он пытается проникнуть в основание своих поступков и действий, т.е. насколько полно отражается в его сознании структура мотива сохранения и развития здоровья, насколько решения, принимаемые им, подчинены принципам здорового образа жизни.

**3.3. Аксиологический показатель** мотивационно-потребностного критерия отношения к собственному здоровью.

Проблема ценности напрямую связана с проблемами бытия человека, с поиском оснований мотивационной активности индивида. Ценностное отношение мы рассматриваем как элемент убеждений, которые в свою очередь входят в систему потребностно-мотивационной сферы личности.

Ценности как объекты, явления, идеи воплощают в себе общественные идеалы и выступают эталоном долженствования. Они имеют объективный и трансцендентный характер по отношению к индивидуальному сознанию и деятельности. Социальные ценности, преломляясь через призму индивидуальной жизнедеятельности, входят в психологическую структуру личности в форме личностных ценностей и являются одним из источников поведения. Личностные ценности служат связующим звеном между духовной культурой общества и духовным миром личности. Им, как правило, характерна высокая осознанность. Ценности являются регулятором человеческой деятельности как нормы (В. Виндельбанд), как идеалы, как критерии выбора и оценки нравственных действий (П. Сорокин, Т. Парсонс, В. Томас, Э. Дюркгейм и др.). В рамках подхода натуралистического психологизма впервые здоровье человека стало выделяться как ценность (Дж. Дьюи, И. Льюис, Р. Перри и др.).

Измерение аксиологического показателя мотивационно-потребностного

критерия отношения к здоровью возможно с помощью субтеста доминантности методики «Индекс отношения к здоровью» (см. выше).

Экспресс-методика диагностики доминантности субъективного отношения к здоровью базируется на классификации отношений личности, разработанной А.Ф. Лазурским и С.Л. Франком. Ими выделялось 15 групп отношений к различным объектам (явлениям природы, общества, к себе и т.д.). Для упрощения процедуры тестирования доминантности отношения к здоровью эти группы были объединены в семь категорий - ценностей: материальные ценности, природа и животные, окружающие люди (друзья, счастье других людей), любовь (семейная жизнь), здоровье (физическое, психическое), труд (учеба, профессия, интересная работа), духовность (нравственность, саморазвитие).

Испытуемому предлагается проранжировать названные ценности, выбрать три "наиболее важных" и три "наименее важных" для него понятия из предлагаемого списка. Им присваиваются соответственно ранги 1, 2, 3 и 7, 6, 5; одной невыбранной - средний ранг 4. Такая процедура ранжирования существенно облегчает задачу испытуемым и, в целом, повышает валидность методики, поскольку именно эти три противоположные позиции являются наиболее значимыми и достаточно четко дифференцируются личностью.

Следует отметить, что, строго говоря, данная методика не позволяет определить точный ранг того или иного отношения. Корректно рассматривать только принадлежность данного отношения к трем наиболее доминантным, средним и трем наименее доминантным в системе субъективных отношений личности. Соответственно, если анализируемое отношение попадает в верхнюю тройку, то речь может идти о высокой его доминантности; если в середину - о средней; если в нижнюю - это отношение с низкой доминантностью.

Возможно использование методики «Ценностных ориентаций» М. Рокича, основанной на прямом ранжировании списка терминальных (ценности-цели) и инструментальных (ценности-средства) ценностей (Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации: Описание и рук-во к испол-ю / Отв. ред-р А.Ф. Кудряшов – Петрозаводск: Изд-во «Петроком», 1992. – с.112 - 114).

4. При изучении **когнитивного критерия** отношения к собственному здоровью методическим приемом, позволяющим выявить уровень знания учащимися сущности здоровья, было определено понятие «здоровье» и «здоровый образ жизни» и второй субтест методики «Индекс отношения к здоровью».

**4.1. Определение понятий «здоровье» и «здоровый образ жизни».** Испытуемым предлагалась следующая инструкция: «Объясните, пожалуйста, как вы понимаете содержание таких понятий, как здоровье и здоровый образ жизни». При обработке данных первоначально определялись основные признаки здоровья, выделяемые растущими людьми в своих определениях. Затем была разработана специальная шкала для оценки ответов испытуемых, которая включала три группы признаков: 1) когнитивные признаки, связанные с усвоением и осознанием подростком информации по проблемам здорового образа жизни, предвидением активного поведения, осознанием необходимости самостоятельного поиска информации по этой теме; 2) мотивационные признаки, отражающие личностно значимые мотивы деятельности по сохранению и развитию здоровья; 3) поведенческие признаки, характеризующие выбор линии активного поведения в сфере здоровьесбережения.

Все испытуемые за свои определения набирали определенную сумму баллов. Далее проводился количественный анализ определений, направленный на выделение групп испытуемых, различающихся уровнем осознания отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни. На основе суммы баллов по процентильной шкале были выделены группы молодых людей с высоким и низким уровнем развития когнитивного компонента.

Качественный анализ особенностей осознания испытуемыми сущности субъективного отношения к здоровью, их отношения к данной проблеме проводился по материалам сочинений. Использование сочинений позволило получить дополнительный содержательный материал для оценки знания испытуемыми содержания эмоциональной компоненты отношения и степени осознания важности активной позиции в поддержании и развитии собственного здоровья. Кроме того, использование сочинений по заранее заданному плану позволило

заранее преодолеть трудности вербализации собственных представлений при определении понятия здоровья, частично «снять» фактор уровня интеллектуальных различий.

**4.2. Познавательная шкала субтеста «Индекс отношения к здоровью»** 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»).

**5. Продуктивно-результатирующий критерий** осознанного отношения к собственному здоровью включает следующие показатели:

- субъективные критерии эффективности сохранения и развития собственного здоровья;
- интенсивность поступков и практических действий, направленных на заботу о своем здоровье;
- индивидуальная успешность в физическом и духовном совершенствовании;
- интенсивность отношения к собственному здоровью, проявленная в практической сфере.

Изучение проводилось по субъективной оценке подростка и мнению экспертов, в роли которых выступали родители и учителя подростка. Использовались метод экспертных оценок, методика «Парное сравнение» Е.С. Кузьмина (Приложение 2.8), наблюдение, беседа, анализ независимых характеристик, опросник «Мой образ жизни» (Приложение 2.9), анкета для родителей (Приложение 2.10).

Субъективная оценка подростком своей деятельности, направленной на поддержание и развитие собственного здоровья, строится из высказываний, описаний, ответов на вопросы анкет, тестов. Она включает:

- уровень сформированности практической сферы в структуре субъектив-

ного отношения к здоровью (по тесту «Индекс отношения к здоровью»);

– представленность суждений о здоровье и здоровом образе жизни в «Я - концепции» подростков (ответы на опросник «Мой образ жизни», «Кто Я?»);

– субъективные критерии успешности деятельности по здоровьесбережению и продуктивности (интенсивность поступков, направленных на заботу о своем здоровье).

Степень **проявления отношения** подростка к здоровью, здоровому образу жизни **в практической сфере** определялась по показателю *практической шкалы* теста «Индекс отношения к здоровью», включающей 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.

*Поступочная шкала* этого теста 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 существующим у него отношением. Она включает три группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек стремится повлиять на членов своей семьи, чтобы они заботились о здоровье, вели здоровый образ жизни, вторая — насколько он стремится повлиять на своих знакомых, третья — на других людей, общество в целом. Степень проявленности данного отношения имеет три уровня: низкий, средний, высокий.

*Поведенческий компонент отношения к здоровью* изучался также с помощью экспертной оценки учителей и родителей по принципу парных сравнений (модификация метода парных сравнений Е.С. Кузьмина и анкета для родителей). Нескольким экспертам предлагается матрица, в которой попарно сравниваются все ученики класса по критерию «отношение к здоровью и здоровому образу жизни». В силу того, что здоровье — сложный феномен, предварительно уточнялось содержание понятия «здоровье» и «здоровый образ жизни», оценочного критерия «осознанности и ответственности отношения к собственному

здоровью».

Под осознанностью предлагалось понимать степень проявления данного качества в отношении к своему здоровью. Все психологические явления предстают перед индивидом в той мере, в какой они осознаются (в том числе бессознательное, которое осознаётся либо в результате «доведения до сознания», либо косвенно – в виде искажений сознания).

Сознательность – показатель сформированности позиции личности как общественного субъекта. Сознательность подразумевает интеграцию данного отношения со всеми другими и проявление его в активной социальной избирательности поведения личности. Субъективное отношение может быть охарактеризовано как сознательное тогда, когда личность сознательно ставит перед собой социально направленную задачу (например, мое здоровье – здоровье нации), связанную с этим отношением, и проявляет активность по ее решению.

Близко по смыслу данному понятию понятие ответственности. Ответственность, как качество личности, определяет поведение человека на основе осознания и принятия им необходимой зависимости поведения от общественных целей и ценностей. При чем полнота принятия личностью ответственности как согласование необходимости с желаниями и потребностями личности, то есть возникновением инициатив, выходом за пределы требуемого, является критерием активности личности.

Методика «**Парное сравнение**» позволяет оценивать подростков объективно, в силу того, что эксперты проводят большое количество сравнений, которое равно  $n \cdot (n-1)$ , где  $n$  — число обследуемых в группе. Оценка производится в баллах. Если у обоих сравниваемых учащихся отношение выражено одинаково, то каждый из них получает по 1 баллу; если один из подростков более активен в деятельности по здоровьесбережению, то он получает 2 балла, а второй — 0 баллов. По итогам заполнения матрицы высчитывается индивидуальный результат каждого ученика. Определяется средняя экспертная оценка каждого. Далее — выделяются группы учащихся с высокими и низкими значениями показателя поведенческого компонента активности. (Критерием выступает значе-

ние, равное  $n - 1$ , где  $n$  – число учащихся в группе).

Далее экспертная оценка, отражающая поведенческий компонент отношения к здоровью, сопоставляется со значением показателя поступочной и практических шкал теста «Индекс отношения к здоровью».

По результатам, полученным по всем методикам, составлялись Общая карта группы (Приложение 2.11) и Личная карточка учащегося (Приложение 2.12), которые использовались для типологического анализа данных.

Нам представляется, что уровень развития каждого компонента (когнитивного, мотивационного, поведенческого), а также характера их соотношения между собой позволяет определить общий уровень развития субъективного отношения к здоровью и здоровому образу жизни. Опираясь на данные об особенностях компонентов отношения, можно выделить общие признаки, присущие изучаемому возрасту, групповые характеристики, позволяющие определить специфику той или иной группы растущих людей данного возраста, индивидуальные различия, свидетельствующие о разном уровне развития субъективного отношения к здоровью.

В таблице 2 приведён перечень использованных методов и методик изучения субъективного отношения к здоровью.

## **2. 2. Этап констатирующего эксперимента и его результаты**

Поскольку, в соответствии с теоретическим анализом ведущее значение в формировании отношения в целом имеет формирование такого параметра как интенсивность, то на первом этапе эксперимента мы анализировали зависимость между развитием интенсивности отношения к здоровью и его структурой.

### **2.2.1. Характеристика испытуемых констатирующего эксперимента**

На этапе констатирующего эксперимента исследовалась интенсивность отношения к собственному здоровью обучающихся и преподавателей различных учебных заведений (опросник Дерябо С., Ясвина В.). Участниками исследования на этом этапе были учащиеся 7-х, 9-х, 10-11-х классов четырех общеобразовательных школ, студенты третьего курса технологического института, меди-

**Критерии и показатели осознанного отношения  
к собственному здоровью подростков и методы диагностики уровня их  
выраженности**

<b>Критерии и показатели</b>	<b>Методы и методики</b>
<p><b>1. <u>Психодинамический:</u></b>  1.1. Уровень тревожности  1.2. Астеническое состояние  1.3. Тип темперамента</p> <p><b>2. <u>Потребностно - мотивационный:</u></b>  2.1. Адекватность самооценки собственного здоровья  2.2. Уровень готовности к саморазвитию  2.3. Структура мотивов здорового образа жизни  2.4. Аксиологический (ценности собственного «я» человека, ценность собственного «здоровья» и ценности «я» других)</p> <p><b>3. <u>Инструментальный:</u></b>  3.1. Владение рефлексией как средством самопознания</p> <p><b>4. <u>Когнитивный:</u></b>  4.1 Познавательная активность</p> <p><b>5. <u>Продуктивно- результирующий:</u></b>  5.1. Субъективные критерии эффективности сохранения и развития собственного здоровья  5.2. Индивидуальная успешность в физическом и духовном совершенствовании  5.3. Интенсивность поступков и практических действий, направленных на заботу о своем здоровье</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Личностный опросник Айзенка</li> <li>• Измерение выраженности астенического состояния – шкала Т.Г. Чертовой</li> <li>• Шкала личностной тревожности для учащихся 10-16 лет (А.М. Прихожан)</li> <li>• Методика «Самооценка готовности к развитию» (Коджаспирова Г.М.)</li> <li>• Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича</li> <li>• Психологический тест «Индекс отношения к здоровью» (С. Дерябо, В. Ясвин)</li> <li>• Методика «Выявление осознанности различных компонентов мотива» (модификация методики Ермолина А.В., Ильина Е.П.)</li> <li>• Методика парных сравнений Е.С. Кузьминой</li> <li>• Анализ документов (медицинских карт, личных дел учащихся)</li> <li>• Беседы</li> <li>• Наблюдения</li> <li>• Опросники</li> <li>• Атрибутивная методика причин, по которым люди ведут ЗОЖ</li> <li>• Методика 20 утверждений «Кто Я?» (М. Кун)</li> <li>• Метод экспертных оценок (учителей и родителей)</li> <li>• Анализ независимых характеристик</li> </ul>

цинского училища, учителя четырех школ г. Коврова Владимирской области (№ 7, 11, 15, 21) и шести школ ЦАО г. Москвы. Всего 575 человек.

Подбор участников исследования - учителей был разнородным по возрасту, полу, образованию, занимаемой должности. Это связано, с одной стороны, с задачами исследования, предусматривающими анализ структуры интенсивности отношения к здоровью и выявление критерия осознанности данного отношения. С другой стороны, с тем, что предполагается существование определённых тенденций в структуре отношения к здоровью: степень осознанности меняется с возрастом и по мере перехода общественных ценностей в разряд личностно значимых при их насыщении или трансформации содержания.

В таблице 3 представлена выборка учащихся разных возрастных групп и учителей, преподающие разные предметы.

**Таблица 3**

**Количественная характеристика участников  
констатирующего эксперимента**

Возраст	Девочки	Мальчики	Всего
12-13 лет	57 чел.	58 чел.	115 чел.
14-15 лет	52 чел.	49 чел.	101 чел.
16-17 лет	64 чел.	56 чел.	120 чел.
18-19 лет	57 чел.	49 чел.	106 чел.
Всего обучающихся	230 чел.	212 чел.	442 чел.
Учителя			133 чел.

Из всей выборки по результатам тестирования были составлены три группы: А, В, С.

– В одну группу (А) вошли испытуемые, набравшие по суммарному баллу методики менее 11 баллов, иными словами, имеющие низкое, несформированное отношение к собственному здоровью (условное название – «нигилисты»).

– Во вторую группу (В) вошли те, кто набрал от 12 до 29 баллов (условно «нейтралы»).

– В третью (С) – набравшие более 29 баллов (условно «фанаты»), демонстрирующие высокое, хорошо сформированное отношение к здоровью.

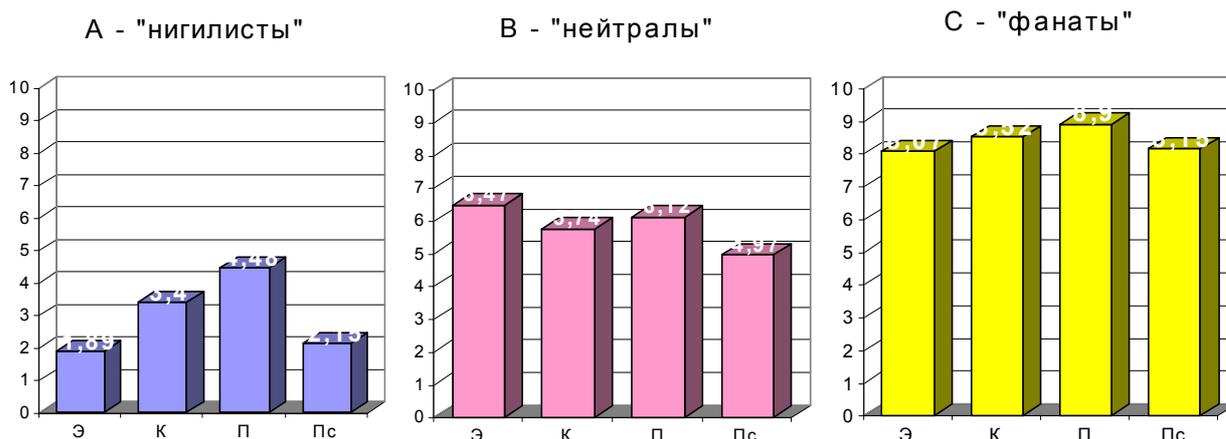
Для выявления структуры отношения к здоровью была проведена оценка

компонентов отношения, и испытуемые всех возрастов были распределены по названным подгруппам А, В, С (табл. 4.1 приложения 4).

Для каждой группы высчитывался средний станайн<sup>1</sup> по всем шкалам, характеризующим структуру интенсивности отношения (рис. 4).

**Рисунок 4**

**Структура параметров субъективного отношения  
в группах с различным уровнем отношения к здоровью**



Для группы А - «нигилистов» характерна «восходящая» структура отношения. Максимальны баллы по практической шкале, то есть практический компонент является ведущим в структуре интенсивности отношения этой группы. Показатели по эмоциональному и поступочному компонентам значительно ниже среднего, а по когнитивному в пределах среднего значения. (К средним отнесены результаты, не расходящиеся со средним по выборке стандартизации более чем на  $\pm 1 \sigma$ ).

В группе В - «нейтралов» структура приближается к скачкообразной линии, хотя в целом можно приписать нисходящий характер: намечается тенденция повышения значения практического компонента, он выходит на второе место после эмоционального. Если в первой группе разброс между высшим и низшим баллами по компонентам равен 2,59 станайна, то во второй группе – 1,5, т.е. структура интенсивности становится более когерентной. Все результаты нахо-

<sup>1</sup> Станайн (сокращение от standard nine – стандартная девятка) - условный показатель нелинейных преобразований, принимающий значения от 1 до 9 (Анастаси А., 1982, С. 80).

дятся в пределах средних значений.

В группе С - «фанатов» структура отношения претерпевает изменения. Ведущим становится практический компонент, превышающий все остальные. Когнитивный (познавательный) выходит на второе место. Эмоциональный и поступочный находясь почти на одном уровне, стоят третьими в структуре интенсивности отношения к здоровью. Когерентность почти не растет (0,83).

Таким образом, данные подтвердили предположение о том, что при развитии отношения качественно меняется его структура, причем наибольшие отличия характерны для поступочного и эмоционального компонентов. Второй особенностью развития интенсивности отношения является повышение степени когерентности (согласованности) его компонентов.

Испытуемые данных трёх групп могут быть охарактеризованы следующим образом.

**К первой группе (А)** относятся школьники, воспринимающие свое здоровье как средство достижения карьерных целей. Эти подростки характеризуются ориентацией на безразлично-потребительское отношение к собственному здоровью, нечувствительны к изменениям в собственном организме и страданиям других людей (у них низкий уровень сформированности эмоционального компонента – 1,3 станайна). Потребность в приобретении новых знаний о здоровье физическом, психологическом отсутствует, в лучшем случае они готовы воспринимать информацию от других людей, не проявляя активности в ее поиске. Интересы к проблемам укрепления здоровья, ведения здорового образа жизни не проявляют (низкий уровень когнитивного компонента).

**Вторая группа (В)** – это школьники, относящиеся к здоровью как к факту. Они заинтересованы в получении знаний о психическом благополучии, физическом совершенстве, методах поддержания и развития здоровья и здорового образа жизни. Они склонны посещать спортивные секции, делать специальные упражнения, одеваться по сезону, поддерживать эмоционально ровное настроение. Но при всем этом подростки нуждаются в поддержке со стороны взрослых (родителей), регулярном контроле.

Показатели по шкалам отношения в этой группе: эмоциональный компонент – 6,47 станайна, когнитивный – 5,74 станайна, практический – 6,12 станайна, и поступочный – 4,97 станайна.

**Группа с высоким уровнем (С)** развития отношения к здоровью воспринимает здоровье как ценность. Эти подростки характеризуются активной позицией, направленной на созидание себя как физически развитой, эмоционально устойчивой личности, уверенной в себе, умеющей свободно и естественно проявлять чувства и эмоции соответственно возрасту; адекватно воспринимающей самого себя, ориентированной на саморазвитие, обогащение своей личности. Они стремятся овладевать разными здоровьесберегающими технологиями, оздоровительными процедурами, стремятся формировать соответствующие навыки и умения, вести здоровый образ жизни.

Показатели по шкалам в группе «фанатов»: эмоциональный компонент – 8,07 станайна, когнитивный – 8,52 станайна, практический – 8,90 станайна и поступочный – 8,15 станайна – существенно выше среднего.

Обобщая, можно сделать вывод о том, что по описательно-поведенческим характеристикам и структурным характеристикам отношения к здоровью и здоровому образу жизни достаточно четко выделяются три группы учащихся в зависимости от их отношения к здоровью.

### **2.2.2. Анализ структуры отношения к собственному здоровью у учителей**

Был поставлен вопрос о том, обладают ли учителя тем «потенциалом» отношения, под воздействием которого могло бы измениться отношение у школьников. Поскольку одним из важнейших факторов отношения к здоровью является личностное влияние учителя, представлялось важным сопоставить структуру интенсивности отношения к здоровью и уровни его развития у школьников и учителей.

Поэтому для исследования были привлечены учителя, преподающие различные школьные предметы (табл. 4).

### Структура выборки группы учителей

Учителя	Количество человек
Начальной школы	43
Словесности	8
Математики	19
Биологии, географии	20
Химии	13
Истории, англ. яз, психологии	16
ОБЖ, трудового обучения (технологии)	8
Физкультуры	6
Всего	133

Рассмотрим структуру отношения к здоровью в группе учителей. Выраженность компонентов структуры отношения к здоровью у учителей вызывает особый интерес (рис. 5). В структуре отношения к здоровью у учителей всей выборки преобладают показатели поступочной шкалы (высокий уровень развития данного компонента отношения – 7,71 станайна) и эмоциональной (уровень – выше среднего – 5,59 станайна). Это свидетельствует о том, что проблемы здоровья, его сохранения, совершенствования эмоционально значимы для учителей.

Рисунок 5



Учителя, а в основном это женщины, способны чутко воспринимать изменения в состояниях, ценят ощущения здорового организма, получают от этого наслаждение. И в силу социальной роли, возложенной обществом на учителя,

они стремятся изменять свое окружение (воспитанников), воздействовать на их отношение к здоровью, стимулировать вести школьников здоровый образ жизни.

В сравнении с гистограммами компонентов отношения у школьников показатель поступочного компонента у учителей находится на первом месте, у школьников на последнем - четвертом. Но практический компонент отношения к здоровью у учителей всех обследованных групп имеет самый низкий ранговый показатель. Он составляет 2,88 станайна у учителей словесников, 3,86 – у учителей физической культуры, доходит до 6,31 станайна – психологов, учителей истории и английского языка, тогда как у школьников 1 группы («нигилисты») – 4,48 станайна, 2-ой группы – 6,12, 3-ей группы («фанаты») – 9,30, что в структуре отношения в данных группах находится на первом – втором месте.

Мы рассматриваем совокупность первых трех компонентов (эмоциональный, когнитивный и практический) в качестве «интраплана» интенсивности отношения. Иными словами - внутреннего «потенциала» отношения к здоровью, как необходимого условия поступочного компонента. А поступочный компонент условно обозначим как «интерплан» отношения к здоровью, поскольку именно деятельность, лежащая в основе этого компонента, приводит к социально значимым изменениям в поведении школьников. Тогда согласованность между «интрапланом» и «интерпланом» можно рассматривать в качестве определенной меры «внутренней обоснованности» поступочного компонента.

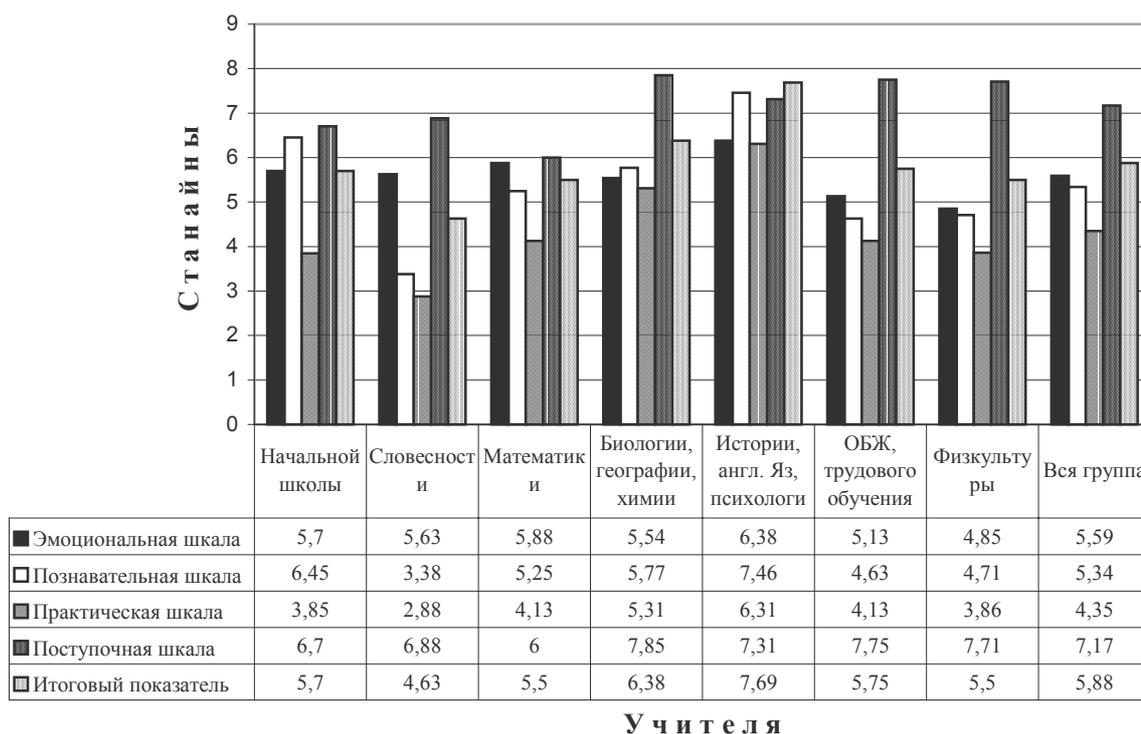
Таким образом, внутренние составляющие отношения к здоровью: стремлением к здоровью ради удовольствия, поиску новой информации о здоровом образе жизни, активному практическому следованию принципам здорового образа жизни, не согласуются с их поступками. Что подтверждается результатами, приведенными в таблице средних значений показателей параметров отношения к здоровью в выборке учителей общеобразовательных школ (табл. 4.2 приложения 4) или отражёнными ниже на рисунке 6.

Как видно из таблицы и рисунка в группе учителей истории, английского языка и психологии существует когерентность в структуре отношения к здоро-

вью (разброс данных составляет 1,15 станайна), во всех остальных группах гистограмма некогерентна. То есть, говорить о согласованности внутреннего («интраплан» - сумма 1-3 показателей) и внешнего планов («интерплан» - показатель поступочной шкалы) нельзя ни в одной из учительских групп.

Рисунок 6

### Структура интенсивности отношения к здоровью у учителей разных специальностей



Например, в группе учителей математики (средний балл по трем компонентам 5,09 и показатель поступочной шкалы 6,0) и учителей начальной школы (5,33 и 6,70 соответственно) разница составляет 0,91 и 1,37 станайна, причем у учителей начальной школы, биологии, истории относительно большая согласованность обеспечивается за счет когнитивной составляющей отношения. В группе учителей словесности, математики, ОБЖ, трудового обучения и физической культуры поступки обоснованы в основном эмоциональной компонентой отношения, не желанием изучать и тем более, практически действовать в плане собственного здоровьесбережения.

Получается, что непропорционально высокое развитие поступочного ком-

понента у учителей является обусловленным их социальной ролью, а не «личностно».

Как отмечают многие авторы, при анализе роли педагогического мастерства учителя в воспитании гармонической личности, отношение к учебе во многом зависит от отношения к учителю. Таким образом, высокий коэффициент поступочной шкалы при низких и средних по другим шкалам, снижает возможности учителя оказывать влияние на отношение к здоровью у учеников. Поступки, неподкрепленные «внутренними» составляющими отношения, ученики хорошо чувствуют, и могут вызывать у них непринятие и недоверие к учителю, восприниматься как «показуха».

В таблице 4.3 и 4.4 приложения 4 приведено распределение учителей по подгруппам А, В и С в зависимости от уровня сформированности параметров отношения к здоровью.

Оценивая общий результат теста, можно выделить две разных группы учителей: одна – имеющие высокий уровень сформированности отношения к здоровью (это учителя биологии и географии – их 40% и учителя химии – их 38,5%), вторая группа – это та, где нет низких результирующих показателей. К ним относится группа учителей трудового обучения и ОБЖ и учителя физической культуры. В этих группах нет ни одного человека с низким итоговым показателем.

В структуре отношения учителей биологии 60% выборки имеет высокий уровень развития поступочного компонента и 40% выборки - когнитивного. Среди учителей физической культуры нет тех, кто имел бы высокий уровень эмоционального и практического компонента отношения, при этом у 50% учителей физической культуры низкий уровень показателя практической шкалы. Учитывая, что 16,7% учителей данной группы имеют низкий показатель эмоциональной шкалы, можно предположить, что эта группа в меньшей степени свободна от отрицательно маркированных стереотипов, существующих в обществе, что в практическую деятельность по заботе о своем здоровье они включаются, если этого требует от них ситуация.

В группе учителей русского языка и литературы нет респондентов с высокими показателями познавательной и практической шкал, так же как нет с низким уровнем эмоциональной составляющей отношения к здоровью. Но 50% опрошенных этой группы имеют высокий показатель поступочной шкалы. Это одна из многочисленных групп по данному параметру после учителей ОБЖ (их – 75% выборки), химии (69,2%), начальной школы (60,5%), биологии, географии (60%).

Подведем предварительные итоги результатов, обсуждавшихся в этом параграфе. Во-первых, при развитии интенсивности отношения к здоровью у учителей и школьников качественно меняется его структура. У учителей и школьников с низкой интенсивностью она имеет «восходящую» структуру, ведущим является практический компонент. При повышении интенсивности продолжает доминировать практический, и на второе место выходит эмоциональный. А у учителей и школьников с высокой интенсивностью ведущим является практический компонент при высоком значении когнитивного параметра.

Во-вторых, учителя биологии, химии и физической культуры не показывают существенно более высоких показателей в целом, чем учителя других специальностей.

В-третьих, учителя не превосходят показателей школьников по компонентным параметрам отношения к здоровью и интенсивности в целом (за исключением значимого различия по поступочной шкале). Их результаты ниже, чем у школьников по когнитивной шкале на 0,68 станайна, по практической – на 2,28 станайна. А поскольку именно практический компонент является ведущим в формировании личностного отношения к здоровью, то возможности формирования учителями осознанного, ответственного отношения к здоровью и здоровому образу жизни у школьников путем личностного влияния, как эталона поведения, весьма ограничены.

## **2. 3. Организация и проведение формирующего эксперимента**

### **2.3.1. Основные положения и схемы**

Сфера внутреннего мира человека является одной из личностно значимых и

внешне проявляется чаще всего опосредованно. Поэтому можно констатировать объективную сложность исследования феномена ценностных ориентаций и психодиагностики динамики ценностных ориентаций отдельной личности в процессе онтогенеза, особенно стандартизированными методиками. Несмотря на то, что общее число ценностей, сравнительно невелико и все люди обладают одними и теми же ценностями, у разных людей они сильно варьируют не только по степени выраженности, но и по конкретному их «набору», своей иерархической структуре [132, 301].

Список ценностей, ценностных ориентаций у разных авторов диагностических процедур различен - от 7 (ценностные сферы - domain; Schwarts, Bilsky) - 9 (понятия - ценности, Kahle, 1988) до 36 (Rokeach) и более.

Исследовательские процедуры различаются в зависимости от диагностического принципа, лежащего в их основе – от стандартизированных методик до проективных техник. Популярным в исследовании ценностно-ориентационной сферы является ранжирование списка ценностей или их оценка по степени значимости для испытуемого и других людей в его представлении (И.Л. Баскакова, З.В. Кузьмина, И.М. Сергиенко, Kahle, Rokeach и др.), метод парных сравнений (Д.А. Леонтьев, Е.Б. Фанталова, Schwarts и др.); оценка различных ценностных утверждений (их может быть 50 - 80 и более), отражающих основные личностные ценности и ценностные сферы жизни человека.

Для построения обобщённой модели экспериментальных ситуаций, активизирующих динамику ценностных ориентаций и формирующих осознанность отношения к собственному здоровью, определим что мы понимаем под динамикой ценностных ориентации и какие факторы активизируют процесс осознания. Динамика ценностных ориентаций есть ход развития, изменение ценностных ориентаций, это особый процесс порождения и трансформации ценностей личности, их смыслового содержания.

Теоретической основой экспериментальной части являются психологические закономерности возникновения, формирования и изменения мотивационной и ценностно-ориентационной сфер личности:

- Если на мотивационном уровне не сформирована потребность в сохранении здоровья и здорового образа жизни, то ценностное отношение осознаётся субъектом лишь в «проблемных» ситуациях, когда происходит рассогласование круга потребностей, интересов личности с реальными возможностями их удовлетворения (Б.С. Братусь, Ф.Е. Василюк, Д.В. Пивоваров, В.В. Столин и др.).

- Субъект прибегает к поисково – ориентировочной деятельности именно тогда, когда в наличной ситуации отсутствуют условия, которые автоматически обеспечивают успех поведения, когда нужно обеспечить этот успех иным путём, иногда вопреки сбивающим влияниям среды или прежде усвоенных привычек (П.Я. Гальперин).

Для построения обобщённой модели экспериментальных ситуаций в условиях СПТ, активизирующих динамику ценностных ориентаций и формирующих осознанность отношения к собственному здоровью, использованы следующие положения:

– Процесс изменения ценностно-ориентационной сферы личности может запускаться особым эмоциональным состоянием, переживанием неудовлетворённости собой (self dissatisfaction) и специфичностью источника этого переживания в сознании индивида (Rokeach M.);

– У участников СПТ существуют представления об эталонных ценностях человека: «самоценность», «ценность здоровья» и «другой человек как ценность»;

– Поведение участников эксперимента в условиях тренинга аутентично и в процессе работы могут быть объективированы не только идеальные ценности, но и ранее принятые личностные ценности, актуализировано их смысловое содержание;

– В ходе тренинговой работы возможно сравнение собственных ценностей с идеальными нормативными ценностями и осознание их рассогласования (по исследованиям Inbar-Saban, Grube, Rokeach, Schwarts, Tallman);

– Активность субъекта по мере выстраивания личной картины мира будет направлена на установление связей между «жизненным смыслом» (субъектной

значимостью), с одной стороны, и между способами и средствами действия - с другой (на основе исследований А.И. Подольского).

При соблюдении данных положений в ходе взаимодействия участников группы тренинга возникало коллективное сопереживание личностно значимых проблем, а так же переход общественных ценностей в личностные.

С учётом вышеназванных характеристик схема эксперимента определилась как ситуация, располагающая личность к ценностной ориентировке, то есть предоставляющая возможность и обеспечивающая необходимым для возникновения, проявления определённой активности, но не обязательно побуждающая или принуждающая личность к этой активности.

При построении общей схемы эксперимента за исходные положения мы принимаем следующие:

1. Главными детерминантами человеческих ценностей является культура, общество, социальные институты. Причём, каждый социальный институт может быть рассмотрен как специализирующийся на передаче определённой группы ценностей от поколения к поколению. Со стороны индивида реализация этих ценностей связана с необходимостью удовлетворения многих потребностей, зависящих от общества. Поэтому, на наш взгляд, будет логично, если ситуация эксперимента естественным образом будет включена в программу учебно-воспитательного процесса школы (факультативные занятия, классные часы в сетке учебно-воспитательной работы либо специально-организованные встречи с психологом).

2. В ходе развития личности ценности претерпевают определённую эволюцию, изменяясь не только по содержанию, но и по своему мотивационному статусу, по месту и роли в структуре жизнедеятельности человека. И если на первых порах ценности существуют только в виде эмоциональных последствий, то после определённых этапов они становятся смыслообразующими мотивами и реально действующими [49]. Соответственно, для того, чтобы ценность заняла в ценностно-ориентационной сфере личности определённое место, нужно время. Поэтому, нам представляется целесообразным проведение эксперимента в

течение достаточно длительного периода – от полугода до года и в то же время с использованием интенсивных форм активизации ценностного развития личности.

3. Развитое полноценное общение объединяет в себе два взаимосвязанных, но существенно различающихся уровня – уровень внешний, поведенческий, операционально-технический и уровень внутренний, глубинный, затрагивающий личностно-смысловые образования [188, С. 103]. Именно открыто – диалогическое общение является одним из стимуляторов созревания смысловых образований и роста личности.

В условиях социально-психологического тренинга оптимальна организация экспериментальных ситуаций, когда открыто-диалогическое общение, переживание жизни и опыта посредством притч-сказок становятся ведущим видом деятельности с целью образования новых ценностных ориентировок.

Основная задача такого СПТ - создать психологические условия, располагающие участников к активизации таких личностных ценностей, как «самоценность», «ценность здоровья» и «другой человек как ценность», формированию установки на укрепление и совершенствование личного и общественного здоровья.

В соответствии с вышесказанным опишем всю стратегию формирующего эксперимента. В течение года через систему классных часов и факультативных занятий проводится специально организованная групповая работа, в процессе которой пополняются представления участников о современных концепциях здоровья и здорового образа жизни на основе систематизации достижений современной науки и практики, раскрываются главные эволюционно-сложившиеся факторы здорового образа жизни (примерно 8 – 10 часов). После чего подростки работают в группе социально-психологического тренинга (СПТ), основной задачей которого является создание психологических условий, располагающих участников к ценностно-ориентационной деятельности, активизируя такие ценности личности, как «самоценность», «ценность здоровья» и «принятие другого человека как ценности» с целью формирования установки

на сохранение, укрепление и развитие здоровья как личной и общественной ценности.

До начала эксперимента диагностируется степень выраженности ценности здоровья (ее доминантность) и структура интенсивности субъективного отношения к здоровью. Испытуемым предлагается несколько открытых вопросов на определение содержательной структуры понятия здоровья и здорового образа жизни (более подробно описано в пункте 2.1.1). Таким образом, возникает картина динамики направленности основных ценностных сфер - как в идеальном, так и в реальном плане. На заключительном этапе работы для выявления корреляционных связей между личностными ценностями (признаваемыми и принятыми), степенью осознанности отношения к здоровью испытуемым предлагается повторно оценить степень выраженности ценности здоровья и структуру интенсивности отношения к здоровью.

Данная общая схема исследования реализуется на втором этапе эксперимента. Для проверки основной гипотезы и решения трех исследовательских задач - разработки характеристики уровней осознанного отношения учащихся к своему физическому и психическому здоровью; психологических условий и факторов, способствующих формированию у подростков установки на сохранение, укрепление и развитие здоровья, как личной и общественной ценности; выстраивания модели процесса самопринятия, осознания ответственности за свое здоровье, используется одна из групп испытуемых, с которой работает автор настоящего исследования. Работа проводится в процессе социально-психологического тренинга с этой группой. По ходу работы фиксируется изменение эмоционального состояния испытуемых, процесс ценностно-ориентационной деятельности и его результат (в том числе и промежуточный).

### **2.3.2. Модель эксперимента, обеспечивающего формирование мотивов осознанного отношения к здоровью**

На основании исследований К. Роджерса и Л.А. Петровской можно утверждать, что социально-психологический тренинг за относительно короткий срок влияет на психическое развитие личности, происходят изменения в самоуваже-

нии, самодетерминации, конгруэнтности между идеальным и реальным «Я», уменьшении диктата в отношениях, большей степени принятия других [188, 189, 300]

Основной целью данного тренинга является создание психологических условий, способствующих формированию у подростков установки на сохранение, укрепление и развитие здоровья, как личной и общественной ценности, располагающих к ценностно-ориентационной деятельности по здоровьесбережению.

На наш взгляд, модель развития группы социально-психологического тренинга (СПТ) с данной ориентацией будет предполагать ряд определённых фаз. **Первая фаза – мотивационно-адаптивная.** Поскольку для начальной стадии работы группы характерен довольно высокий уровень эмоционального напряжения в связи с недостаточным пониманием сути и специфики работы группы СПТ, с определёнными коммуникативными зажимами в сообществе малознакомых людей, то очень важно изначально создать доброжелательную эмоционально-поддерживающую атмосферу в группе. Ещё одной задачей этой стадии является мотивация на продуктивную позицию каждого в группе и поиск личного смысла пребывания «здесь и теперь». Поэтому в процессе традиционного для такого рода групп обмена ожиданиями идёт прояснение и конкретизация различных смыслов, позиций, уяснение некоторого несоответствия, противоречий между субъективными ожиданиями и реальной ситуацией. И, наконец, на этой фазе участники группы начинают вырабатывать, договариваться (когда возникает необходимость, вызванная определённой ситуацией) о приемлемых принципах и правилах взаимодействия. Как результат этой фазы, вследствие начала прояснения участниками субъективных позиций относительно собственного участия в работе группы и желаемого взаимодействия между ними, является *актуализация некоторых, пока идеальных личностных ценностей и их смыслов.*

**Вторая фаза - фрустрации.** Длится она обычно недолго, но чрезвычайно значима в динамике группы и процессе ценностного развития личности. Вслед за очарованием спонтанно возникает разочарование, порой, и раздражение, а

соответственно, недовольство ситуацией, другими людьми и, наконец, собой. Эти чувства могут быть адресованы и ведущему, который не реализует определённых ожиданий человека, и другим участникам группы, неадекватно на его взгляд реагирующим и понимающим его чувства, мысли, действия. Эти переживания обязательно должны быть проявлены, объективированы в группе. Как считает К. Роджерс, на этой стадии проходит проверка свободы в группе и возможности доверять ей, а выражать отрицательные чувства оказывается безопасно (Rogers, 1993). Основной позитивный результат этой фазы состоит в том, что участники группы перестают стараться, играть и начинают вести себя аутентично. Кроме этого каждый участник перестаёт ожидать чего-то от других участников группы, ведущего и берёт ответственность за своё поведение и то, что происходит с ним и с группой на себя. Возникает так называемая ситуация «разделённой ответственности» и атмосфера доверия. Для нашего исследования важно, что именно на этой стадии развития группы *начинается объективирование различных ценностных противоречий личности*, часто основанных на типичных дилеммах: хочу - могу; могу - должен; должен - хочу и др.

**Третья фаза** является собственно *ценностно-ориентационной*. В групповой дискуссии и отдельных монологах - переживаниях начинается самораскрытие, как бы «путешествие в самоё себя». Согласно Роджерсу К., истинное самораскрытие возможно только после того, как группа приобретёт определённый опыт и пройдёт через основные этапы группового процесса: ощущение фрустрации из-за отсутствия структуры; сопротивление раскрытию личности и выражению эмоций; описание прошлых, следовательно, более безопасных жизненных событий и чувств; открытое выражение негативных чувств для проверки групповой сплочённости и первые попытки исследования личностно-значимых тем. Происходит осознание смыслового содержания вступивших в противоречие ценностей, когда человек задается вопросами - что для меня значит та или другая ценность, в чём её смысл? В процессе внутренних переживаний и осмыслений происходит соотнесение данных ценностей друг с другом и с другими ценностями - и собственными (как идеальными, так и реальными), и с

социальными (в данном случае - данной референтной группы), со смыслами аналогичных ценностей других участников группы. В этом каждому помогает открытая обратная связь, которая к этой фазе развития группы налаживается между участниками. Человек пытается понять, что же более всего важно для него, что он больше всего ценит. Совершается как бы «взвешивание», соизмерение, сопоставление, соотнесение ценностей и их смысловых содержаний и оценка каждой из ценностей, вступивших в противоречие. Поскольку острота, интенсивность переживаний, глубина осознания происходящих процессов у каждого человека различны, то, соответственно и процесс ценностно-ориентационной деятельности у каждого занимает по длительности различное время. Иногда выстраивание в иерархию (соподчинение) происходит значительно позже, уже после работы группы. Обычно, размышляя о своих ценностных приоритетах, человек прогнозирует результаты своего ценностного выбора, представляет, что произойдёт, если он примет такое решение и что ему необходимо сделать, чтобы реализовать этот выбор. И если такие размышления объективируются в группе, то остальные её участники своими вопросами, высказываниями - недоумениями, суждениями - размышлениями или просто эмоциональными реакциями могут обеспечить более динамичное и продуктивное движение человека к самому себе, к самым значимым жизненным смыслам и ценностям.

**Заключительная фаза.** Общая её суть сводится к *фиксации и осмыслению участниками своих открытий и приобретений*, причём, в самой различной форме - образов, проективных рисунков, свободных самоописаниях или самоотчётов. Очень важное значение имеет для каждого человека обратная связь от других членов группы, в результате которой человек что-то подтверждает в самом себе, в чём-то начинает сомневаться или получает новый импульс в собственном личностном росте и самопринятии.

В условиях нашего эксперимента вышеописанная модель развития группы в СПТ в таком виде выглядит на этапе формирующего эксперимента.

Во многом эффективность группы зависит от позиции ведущего. «Система

отношений ведущего и участников группы становится важнейшей переменной процесса воздействия. Ядром этого процесса оказывается построение субъект - субъектного общения между всеми включёнными сторонами» [189, С. 176]. Субъект - субъектные отношения предполагают прежде всего отказ ведущего от каких-либо советов, поучений, интерпретаций и его открытую позицию, объединяющую в себе фактически две роли - ведущего и участника. Важно принятие ведущим каждого участника группы и его позиции, и молчаливой в том числе (если за этим не скрывается невысказанная боль и тревога), и группы в целом, которая проявляется в доверительном отношении и внимательном эмпатийном выслушивании каждого и прояснении смысла сказанного.

На основании вышеизложенного, а затем в ходе работы СПТ было установлено, что основными факторами, детерминирующими процесс ценностно-ориентационной деятельности, осознания ответственности за собственное здоровье перед собой и обществом, формирование установки на здоровый образ жизни в СПТ, являются:

- открыто-диалогическое общение, основанное на субъект – субъектных отношениях;
- сказки, притчи как модели, закрывающие промежуток между личным опытом и опытом человеческого бытия; истории, предлагающие структуру перехода к переживанию жизни и опыта;
- позиция ведущего, предполагающая доверие и принятие каждого человека и группы;
- прояснение актуальных чувств и переживаний, личностного смысла сказанного;
- открытая обратная связь между участниками группы;
- объективация участниками и ведущим личностных ценностей и их смыслов.

### **Методы работы в группе социально-психологического тренинга**

Социально-психологический тренинг – это динамическая система, в которой групповые и личностные изменения находятся в тесной связи и взаимоза-

висимости (Л.А. Петровская, Т.С. Яценко). Поэтому многие методы групповой работы, на первый взгляд не обращенные к конкретному человеку, опосредованно через переживание групповой динамики, тем не менее воздействуют на него, помогают ему. Хотя, конечно же, по ходу работы группы имеют место и прямые обращения к тому или иному участнику.

Кроме того, групповой процесс – это целостный процесс. Это проявляется как в определенной спонтанности (непроизвольности) начала и конца его, так и в завершенности любого процедурного фрагмента. Воздействие ведущего при этом на участников группы носит, как правило, высоко опосредованный характер. Как отмечает Л.А. Петровская, «оно никогда не приобретает нормы непосредственного контроля отдельных участников... Групповой процесс живёт той, вызванной с помощью ведущего и многократно взаимно усиленной инициативой ежеминутного творчества общения, той спонтанной пульсацией десятков перекрещивающихся групповых контактов, которые рождаются деятельностью самих участников и которая, в основном, саморазвивается, подвергаясь лишь осторожной периодической коррекции со стороны ведущего» [189, С. 91]. Нельзя не согласиться с К. Рудестамом, что на результаты группового процесса влияют модели поведения руководителя, его личностные особенности [224], как и особенности членов группы и их мотивация.

Группа социально-психологического тренинга насчитывала 19 подростков 8-го класса средней общеобразовательной школы №1240 ЦОУО г. Москвы. Школьники вместе обучаются с первого класса. Некоторые (6 человек) влились в коллектив класса в течение последних двух лет. У подростков не было опыта групповой работы с психологом. Подробная характеристика экспериментальной группы и социальной среды её развития приведена в приложении 4.4.

Особенностью проведения занятий было то, что участники знакомы друг с другом. Они находятся в одном образовательном пространстве, у них сложились определённые отношения, которые продолжаются и вне групповых встреч. Поэтому очень важно было уделять достаточное внимание обеспечению защищенности и конфиденциальности в отношениях с психологом-ведущим и

между самими участниками.

Группа работала по одному занятию в неделю в течение четырёх месяцев (две учебные четверти). Длительность занятий варьировалась от 45 минут до 2,5 часов. Время занятий и длительность зависят от режима учебных занятий (факультативы, зачеты и пр.); от выносливости детей; от темы, ее сложности и интереса со стороны участников; от стадии группового процесса и состояния группы.

Что касается стратегии ведения групповой работы, располагающей к ценностно-ориентировочной деятельности по здоровьесбережению и самопринятию, то это некая компромиссная форма. Она предполагает свободное ведение группы с отдельными структурированными фрагментами. Одним из способов управления временем является план занятия. Программа психологического обучения школьников, краткое содержание занятий приводятся в приложении 1. Любое занятие состоит из трех основных частей: 1. - вводная часть (разминка); 2. – основная часть (рабочая); 3. - завершение. Подробное изложение назначений этих этапов работы группы отражены в приложении 3.1. Для приобретения конкретного опыта «здесь и теперь», для последующей рефлексии его в соответствии с ситуацией, проблемой, проживаемой группой предлагаются соответствующие упражнения и задания (например, рисунок, обыгрывание ситуации и др.).

В контрольную группу вошли 16 учеников 8-а класса средней общеобразовательной школы № 817 Юго – Восточного Административного Округа г. Москвы. 19% подростков этой группы имеют ярко выраженную астению, 25% - средней степени астенизации, 56% подростков без выраженной астении.

#### **2.4. Анализ результатов контрольного этапа экспериментального исследования**

Обработка экспериментальных данных проводилась количественными (статистическая обработка данных: корреляционный анализ) и качественными методами (дифференцирование и обобщение материала по качественным параметрам, анализ продуктов деятельности; метод экспертных оценок).

Данные группы методов дополнены теоретическими методами, такими как

логический анализ различных аспектов исследуемой проблемы; общая теория систем; системный анализ и синтез.

Использовалась специальная компьютерная программа – SPSS 10.0, которая является международным стандартом обработки статистических данных в области социологии и психологии [42].

Расчёты проводились с использованием ранговых коэффициентов корреляции Пирсона, а так же Спирмена и Кендала. Учитывалась достоверность различий с вероятностью ошибки ( $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ ). Расчеты подобных критериев взаимосвязи основаны на формировании парных значений, которые образуются из рассматриваемых ниже зависимых выборок, достоверность которых отмечена значками \*\* и \* соответственно [42, С. 256 – 259].

Нами была проведена статистическая обработка и сравнительный анализ между результатами тестирования детей контрольной и экспериментальной групп. Достоверных корреляционных связей между группами не обнаружено. Это говорит о высоком уровне однородности и сопоставимости исходного уровня экспериментальной и контрольной групп.

#### **2.4.1. Характеристика мотивационно-потребностного критерия отношения к здоровью**

В проведенном исследовании, во-первых, выявлялась общая мотивационная структура отношения к здоровью; во-вторых, анализировалось, как в сфере общения подростков со сверстниками и родителями выражаются и реализуются разные типы мотивов ведения здорового образа жизни.

Согласно атрибутивной методике исследования отношения на первом этапе детям предлагалось записать на бланке все известные им причины, по которым люди ведут здоровый образ жизни. Затем по 5-ти балльной шкале предлагалось оценить значимость каждой из причин для себя. Данные баллы выступали, как весомые коэффициенты в расчетной формуле суммарного балла.

Суммарный балл с учетом весомого коэффициента равен сумме произведений количества выборов данной причины-мотива и весомого коэффициента:

$$C = \sum n_i \cdot i,$$

где  $n_i$  – количество выборов значимой причины,  $i$  – значение весового коэффициента от 1 до 5.

Шкала оценивания имеет следующие значения: 1 балл – затрудняюсь ответить; 2 балла – причина скорее значима, чем незначима; 3 балла – причина значима в средней степени; 4 балла – причина значима; 5 баллов – причина очень значима.

Далее каждую из выписанных причин предлагалось соотнести с разными сферами общения: «Стремишься ли ты повлиять на поведение друзей и родителей по этой причине и если это так, то оцени свое поведение в баллах: 0 баллов – никогда; 1 балл – редко; 2 балла – иногда; 3 балла – часто; 4 балла – всегда».

По результатам обработки анкет выделены три группы причин – мотивов отношения к здоровому образу жизни, в которых нашли отражение причины физического, социального и психологического благополучия. Ниже приводится таблица, содержащая названные группы мотивов отношений, а также количество выборов по каждой из них, суммарный балл, ранг значимости для двух групп подростков – экспериментальной и контрольной (табл. 5).

**Таблица 5**

**Ранговые показатели значимости мотивов отношения**

**к здоровому образу жизни** (экспериментальная группа – 1 и контрольная группа – 2)

Оценка результатов Причины – мотивы	Количество выборов		Суммарный балл данной причины (с учетом весового коэффициента)		Ранг значимости причины	
	1	2	1	2	1	2
физическое здоровье	73	28	333	106	1	1
социальное здоровье	36	14	140	52	2	2
психическое здоровье	16	7	69	26	3	3

В результате обследования можно сделать вывод, что дети данной возрастной группы одинаково позитивно относятся к сохранению своего здоровья, различия наблюдаются в количестве мотивировок, которые могут способствовать здоровому образу жизни.

Наиболее значимыми для подростков являются мотивы, обеспечивающие

физическое здоровье, физическое благополучие людей. На второе место выходят мотивы социального благополучия, что вполне закономерно для этого возраста: развитие и укрепление чувства взрослости, личностной автономии, примеривание различных социальных ролей, формирование умения ставить цели и достигать их – вот лишь некоторые задачи развития подростков.

Среди причин, отражающих физическое благополучие, подростки выделяют: а) знание последствий вредных привычек; б) желание быть здоровыми, активными; в) поддержание себя в хорошей спортивной форме; г) хорошее самочувствие, состояние; д) долголетие; е) готовность родить здоровое потомство и ж) не болеть, не тратить время на лечение. Ранговое распределение данных мотивов, полученное в ходе исследования, приведено в таблице 6.

Вопрос долголетия одинаково волнует ребят обеих групп. Возрастной особенностью младших и средних подростков является страх смерти. Поэтому вполне понятен выход данной причины («долго жить»; «не умереть раньше времени от какой-то болезни») на первое место в ранге значимости.

Приоритетный выбор остальных причин желания физического здоровья у экспериментальной и контрольной групп отличаются. В порядке значимости дети экспериментальной группы выбирают желание быть здоровыми, крепкими, активными; редко уставать; не страдать от болезней, не терять время на их лечение; рождение и воспитание здоровых детей; занятия физической культурой; возможность быть в хорошей спортивной форме; хорошее самочувствие; знание последствий дурных привычек.

Подростки контрольной группы по значимости причин для себя делают другое распределение: желание долго жить; не страдать от болезней; возможность заниматься физической культурой, иметь спортивный вид; быть здоровыми; хорошо себя чувствовать. А такие причины, как «рождение и воспитание здоровых детей» и «знание последствий дурных привычек» детьми контрольной группы не названы.

По пункту знаний последствий дурных привычек большую роль играет проведение информационно-профилактической работы, которая осуществлялась на

занятиях с подростками экспериментальной группы. Такой работой можно защитить часть подростков от увлечения курением, распитием спиртных напитков, употреблением наркотиков и т.п.

Таблица 6

**Ранговые показатели значимости мотивов отношения к ЗОЖ  
(для экспериментальной и контрольной групп)**

Мотивы отношения к здоровому образу жизни	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	Кол-во выборов	Суммарный балл данного мотива (с учетом весомого коэффициента)	Ранг значимости мотива	Кол-во выборов	Суммарный балл данной мотива (с учетом весомого коэффициента)	Ранг значимости мотива
<b>Отражающие физическое благополучие</b>	<b>73</b>	<b>333</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>106</b>	<b>1</b>
Долго жить	26	121	1	12	46	1
Хотят быть здоровыми, крепкими	21	97	2	3	12	4
Не страдать от болезней	13	59	3	6	24	2
Родить здоровых детей	5	23	4	0	0	-
Заниматься физической культурой	3	14	5	3	13	3
Чтобы хорошо себя чувствовать	3	12	6	4	11	5
Знание последствий дурных привычек	2	7	7	0	0	-
<b>Отражающие социальное благополучие</b>	<b>36</b>	<b>140</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>52</b>	<b>2</b>
Хотят выглядеть молодо и красиво, нравиться другим людям	18	75	1	8	30	1
Воспитать здоровых детей	5	23	2	0	0	-
Быть стройной	4	17	3	5	17	2
В старости ни от кого не зависеть	4	8	4	0	0	-
Пример ЗОЖ в семье	2	6	5	0	0	-
Быть способным зарабатывать деньги; получить образование	2	6	5	1	5	
Общественный пример людей, ведущих ЗОЖ	2	5	7	2	5	3
<b>Отражающие психологическое благополучие</b>	<b>16</b>	<b>69</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>3</b>
Быть жизнерадостными, жить счастливо	12	39	1	5	19	1
Уметь справляться с проблемными ситуациями или их избегать	3	11	2	2	7	2
Из-за страха перед будущим	1	2	3	0	0	-

На второе место по значимости среди мотивов отношения к здоровому образу жизни подростки ставят мотивы, обеспечивающие социальное благополучие. Момент социального благополучия подростки понимают как завоевание

определенного статуса и выполнение определенной роли среди людей, в первую очередь среди сверстников.

Для подросткового возраста применима первая часть пословицы «встречают по одежке». Поэтому основной выбор среди мотивов здорового образа жизни с целью обеспечения социального благополучия подростки делают в отношении своей внешности – «хотят выглядеть молодо и красиво». Стремление выглядеть молодо, долго сохранять красоту тела и быть привлекательной для окружающих людей называется подростками как очень значимая причина, ради которой люди ограничивают себя особым питанием, выстраивают специальные комплексы физических нагрузок, систем закаливания и т.п.

В экспериментальной группе на 2 и 3 место выходят мотивы «вырастить здоровых детей»; «быть стройной». Важно отметить, что не просто родить здоровых детей, но и воспитать, то есть жить с ними в соответствии с принципами разумного, здорового образа жизни, привить им потребность в этом. В контрольной группе на 2-ое место подростки ставят - «быть стройной», подразумевая избегание неудобств излишней полноты.

Таким образом, из данных результатов можно сделать вывод, что значимое место в самосознании младшего и среднего подростка занимает его внешность, физическое Я. Внешность, качества собственного тела оцениваются с точки зрения и привлекательности и эффективности его использования для активного действия. У девушек преобладает первое, у мальчиков второе. Это переносится и на окружающих людей.

Среди мотивов социального благополучия школьниками экспериментальной группы названы и примеры родителей и других взрослых, ведущих здоровый образ жизни. Потребность жить в здоровом обществе и быть признанными в нем для подростков оказалась мало значима (18% выборов). Одинаковое количество выборов с данным мотивом получил мотив «быть способным зарабатывать деньги; получить образование».

Третий ранг мотивов отношения к здоровью и здоровому образу жизни принадлежит психологическому благополучию. Невысокий уровень психоло-

гической грамотности нашего общества распространяется и на ребят подросткового возраста.

Оценивая мотивы отношения, обеспечивающие психологическое благополучие, на первое место среди значимых мотивов дети обеих групп ставят «умение быть жизнерадостными, веселыми, добрыми», «жить счастливо» (75% выборов мотивов психологического благополучия экспериментальной группы). Этот выбор стоит в одном ряду после «долголетия», «желания быть активными, крепкими», «выглядеть красиво, молодо». Выделенный нами мотив «умение справляться с проблемными ситуациями или их избегать» (2-й ранг в блоке причин психического здоровья) получил 19% выборов. Это подразумевает овладение способами регуляции поведения, эмоциональных состояний, умение строить равноправные отношения со сверстниками и взрослыми, основанными на взаимопонимании, взаимности. Отсутствие необходимых качеств владения собой, своим поведением может вызывать беспокойство у подростков. Именно умение решать проблемы вопросов второго выбора дает возможность быть жизнерадостным, веселым, счастливым. В контрольной группе подростки также выделили две эти причины, в соответствии с которыми люди могут вести здоровый образ жизни, обеспечивая себе психологическое благополучие. Выбор мотивов этим и ограничивается в контрольной группе. Выбор подростками экспериментальной группы такого мотива отношения к здоровому образу жизни как страх перед будущим перекликается с выбором долголетия и самостоятельности в старости. Дети контрольной группы такого мотива не рассматривают.

Осознавая в той или иной степени причины, по которым люди ведут ЗОЖ, стремятся ли подростки сами оказывать на кого-нибудь влияние, пропагандируя здоровый образ жизни? По ответам испытуемых получается, что эти разговоры, диалоги, беседы ситуативны, чаще со взрослыми, чем с ровесниками. Основные темы касаются ухода за кожей, изменения прически, окраски волос и т.п. Разговоры с ровесниками носят тоже ситуативный характер и в основном выражаются в шутливой форме.

Согласно проведенному исследованию многие подростки не задумываются о своем здоровье, путях его достижения. Они охотно поддерживают разговор на эту тему с психологом, спортсменом, артистом, косметологом, модельером, то есть с теми людьми, которые могут оказать им реальную помощь в улучшении их внешности, которую на данном этапе они считают определяющей их положение в группе сверстников (49% детей). Подростки не любят назидательных нравоучений. Почти половина из них испытывает страх смерти (53% говорят о желании долго жить). Без особого желания посещают лекции врачей. По данным медицинских обследований больше половины подростков имеют хронические заболевания и в то же время только 12% детей готовы прислушиваться к мнению врачей о выработке привычек ЗОЖ. Чтобы не страдать от болезней на некоторые ограничения готовы 40% детей. Реже или чаще они затрагивают темы изменения собственного тела, его пластичности, избыточности или недостатка веса, функциональной слабости.

Реально оценивают последствия вредных привычек только 12% подростков, 6% говорят об этом в ситуациях, затрагивающих их лично (курят, пьют, принимают наркотики друзья, родители или сами). 6% редко затрагивают данные темы. Стремление повлиять на поведение друзей, родителей отражает поступочный компонент отношения к здоровью и выраженность типа мотива в сфере общения со значимыми людьми.

19% подростков считают, что важно уметь избегать проблемные ситуации или справляться с ними, если они возникли. В этом они видят залог здоровья и психологического и физического, а так же социального благополучия. В структуре общения со сверстниками и родителями 65% подростков отражается желание быть крепкими, активными, неутомимыми, выглядеть молодо и красиво. Этого достаточно, чтобы начать вести здоровый образ жизни, по их мнению, и в то же время они жалуются на недостаток силы воли.

Если у подростков возникает желание изменить поведение своих друзей или родителей, они ведут разговоры о том, как быть «жизнерадостным, нежным, добрым» (59% подростков часто и очень часто), как «справляться со своими

проблемами» (18% подростков часто говорят про это). Основной причиной возникновения диалогов о здоровом образе жизни подростков исследуемых групп является опосредованное желание разрешить свои проблемы, получить ответы на интересующие вопросы, напрямую не задавая их.

Изучение **осознанности различных компонентов структуры мотива** проводилось с помощью модифицированной методики А. В. Ермолина и Е.П. Ильина (см. приложение 2.7).

Заканчивая предложение либо отвечая на вопрос, поставленный в сюжете, подросток должен был дать ответ о том, как он поступил бы в данном случае либо оценить поступок другого.

Анализируя ответы подростков, можно узнать, насколько полно каждый опрошенный учитывает все обстоятельства ситуации (мотиваторы) или же ориентируется только на одно из них. Склонен ли он ориентироваться в большей степени на внешние обстоятельства или на внутренние факторы. Насколько глубоко подросток пытается проникнуть в основание своих поступков и действий, т.е. насколько полно отражается в его сознании структура мотива, насколько обоснованно принимаются им решения.

Сравнивая ответы подростков экспериментальной и контрольной групп, можно отметить, что в ответах всех подростков экспериментальной группы есть ссылки, не затрагивающие структуру мотива, тогда как в контрольной группе 63% подростков, принимая решение, ориентируются на внешние обстоятельства, не учитывая собственные потребности, интересы, установки. Например, предложение «Хотя я не дружу с Петей, я согласился навестить его дома, когда он заболел, потому что...» такие подростки заканчивали так: «...потому что меня попросили», «...меня заставили». «Несмотря на то, что вода в озере была холодной, я искупался, так как...» - «...на улице было жарко» и т.д. Либо дают ответ, обозначающий действия (я бы промолчал, извинился, отказался; она не сказала и т.д.). Количество ситуаций приписываемых внешним условиям различно у разных подростков (от 1 до 6). И чем меньше поведение объясняется лишь внешними обстоятельствами, тем более полно подростком

учитываются все мотиваторы с большей ориентацией на внутренние факторы. Объясняют своё поведение только лишь внешними обстоятельствами 7% подростков контрольной группы. Это подростки из подгруппы С. 36% подростков экспериментальной группы учитывают свои потребности (хотел показать себя, проверить себя), 25% ориентируются на свои интересы (заинтересовало, было любопытно узнать, интересен спорт), на чувство долга опираются 42% (было необходимо, должен это сделать, надо получить отличную отметку), имеют мотивационные установки (полезно для других, люблю помогать, это моя обязанность) – 42% испытуемых. При этом включается «внутренний фильтр», к которому относят:

—*нравственный контроль декларируемый* (нельзя отрываться от коллектива; старость надо уважать; потому что все там были; в Библии написано, что «послушание» - первая заповедь и т.д.);

—*нравственный контроль недеклаируемый* (поставил себя на его место; хотел поддержать его; стало ее жалко, она могла упасть; он мой друг и др.);

—*предпочтение по внешним признакам* (некрасиво на мне смотрится; мне так больше идет и т.д.);

—*внутреннее предпочтение – склонности* (мне нравится, я люблю это делать и т.д.);

—*оценка физиологических и психических (эмоциональных) состояний* (мне жарко, мне надоело, скучно, это просто восторг и т.д.);

—*оценка своих возможностей* (я закаленный, сильный, смелый; я могу это сделать, я это умею; хотелось добиться лучших результатов и т.д.);

—*оценка условий и предстоящих усилий, затрат энергии* (привык, это не трудно, мне это не под силу, нет возможности, средств и т.д.);

—*прогнозирование последствий* (могу получить двойку, завтра контрольная работа, это может привести к переутомлению; приносит вред здоровью, в этом нет ничего плохого и т.п.).

Приведём распределение участников экспериментальной группы в зависимости от ориентации в поступках на «внутренние фильтры» (таблица 7).

**Количественная представленность подгрупп экспериментальной группы по оценке компонентов «внутреннего фильтра» (в % от подгруппы)**

«Внутренний фильтр»	Уровень отношения к здоровью			
	А - «нигилисты»	В – «нейтралы»	С – «фанаты»	Вся выборка
нравственный контроль декларируемый	83	75	93	84
нравственный контроль недекла-рируемый	83	83	86	86
предпочтение по внешним признакам	57	60	71	63
склонности	33	38	43	39
оценка физиологических и эмоциональных состояний	17	42	71	44
оценка своих возможностей	85	100	100	89
оценка условий и предстоящих усилий	0	17	0	11
прогнозирование последствий	83	58	71	70

Несмотря на то, что еще в дошкольном возрасте формируются базисные нравственные установки, подростки руководствуются в поступках на декларируемую и на недекла-рируемую нравственность.

Как видно из таблицы подростки всех трех подгрупп, совершая поступки, руководствуются нравственным контролем недекла-рируемым, хотя успешно используют и фильтр «декларируемого нравственного контроля».

В высказываниях 11% ребят отражено оценивание условий и усилий, которые могут потребоваться в разных ситуациях. Более успешно подростки умеют оценивать физиологические и психологические состояния собственные и других людей (в 71%, 42% и 17% случаев подгрупп «фанатов», «нейтралов» и «нигилистов» соответственно).

Возможно, как более прагматичные люди «нигилисты» успешнее других («нейтралов» и «фанатов») прогнозируют последствия действий, либо принимаемых решений (в 83% ситуаций). Рост частоты упоминания мотиватора «прогноз последствий» свидетельствует об увеличении в процессе мотивации интеллектуальной сферы человека: ведь учет последствий возможен при достаточном развитии прогностической способности, базирующейся на когнитивных процессах.

Действия, выполняемые ради какой-либо цели, структурированы на три сферы:

- процесс удовлетворения потребности (отдохнуть, получить деньги, попить и др.) – в 8% случаев;
- опредмеченные действия (чтобы остудиться, купить продукты, помочь сделать уроки и т.д.) – в 26% случаев;
- смысловая цель (получить хорошую отметку; доказать себе, что могу; я сам выбираю и др.) – в 26% случаев.

Число ответов, относящихся к мотиватору «процесс удовлетворения потребности» невысок. Это подтверждается и исследованиями А.В. Ермолина, что с возрастом число ответов этого блока снижается, с увеличением числа ответов, относящихся к мотиватору «опредмеченное действие», что может свидетельствовать о смещении процесса мотивации в сторону более четкого осознания предмета потребности.

Результаты нашего исследования, говорят о том, что четвертая часть подростков выполняет действие ради цели, заранее определенной.

Особенности волевого поведения, саморегуляции в подростковом возрасте таковы, что для подростка характерна не «слабость воли, а слабость цели» (Л.С. Выготский). Подросток уже имеет возможности, обеспечивающие овладение своим поведением ради определенной цели, но еще не имеет цели такой значимости, ради которой следовало бы это осуществлять. Цели, которые он ставит перед собой, часто не имеют личностного смысла, ситуативны, заимствованы. Это обуславливает быструю и неоправданную, с точки зрения наблюдателя, смену целей.

К средствам достижения желаемой цели, организации своего поведения относится умение учитывать последствия совершённых и несовершённых поступков для себя и для других, способность представлять такие последствия не только интеллектуально, но и эмоционально.

Описывая свое отношение к ситуации № 4 (см. Приложение № 4) (про Аню, которая решила стать курящей женщиной), подростки писали:

...Она просто пессимистка. Жизнь прекрасна. И лишь мы сами ее губим. Когда человек стремиться, чего-то хочет, он обязательно этого добьётся.

...У каждого свои причуды. Но Аня права.

...Это ее проблемы. Ей жить и ей умирать.

...Конечно, мы все умрем, но вопрос: сколько и как мы проживём?

Отвечая на вопрос ситуации № 5 (про Максима, который любит пиво), школьники по-разному оценивали пристрастие к выпивке:

...Терпеть не могу, когда пьют.

... В том, что человек пьет пиво, нет ничего плохого.

...Иногда употреблять пиво можно, оно даже полезно, правда, от него полнеют.

...Чтобы получить удовольствие и расслабиться, можно включить любимую музыку, съесть любимое мороженое, а не пить пиво.

Результаты экспериментальной и контрольной групп по оценке осознанности структуры мотивов отношения приведены в таблице 8.

**Таблица 8**

**Осознанность разных компонентов мотивов отношения к здоровому образу жизни подростками экспериментальной и контрольной групп**

№	Компоненты мотива	Экспериментальная группа	Контрольная группа
1	Внешние обстоятельства, не затрагивающие структуру мотива	100%	63%
2	<b>«Потребностный блок»</b>		
	• нет ответов	0%	7%
	• потребности, влечения, интересы	68%	56%
	• долг, мотивационные установки	94%	81%
3	<b>«Внутренние фильтры»</b>		
	• нравственный контроль	85%	90%
	• предпочтения	63%	56%
	• оценка состояний, возможностей, условий	89%	90%
4	<b>«Целевой блок»</b>		
	• опредмеченные действия	26%	13%
	• смысловая цель	26%	13%

Проводя качественный анализ параметров мотивационно-потребностного критерия, предлагаем описывать структуру и содержательные характеристики

мотива отношения к здоровью следующим образом:

А) По полноте осознания структуры мотива выделяем четыре уровня: не выраженные (неосознаваемые), слабо выраженные, выраженные (осознаваемые и проявляемые), ярко выраженные:

**«0» уровень** – *неосознаваемые* – не осознает проблем своего здоровья и необходимости его сохранения;

**«1» уровень (низкий)** – *слабо выраженные* – знает о некоторых отклонениях в собственном здоровье, понимает необходимость ведения здорового образа жизни, но сам ничего не делает для его поддержания: а) имеет вредные привычки; б) не имеет вредных привычек;

**«2» уровень (средний)** – *выраженные (осознаваемые и проявляемые)* – знает о проблемах своего здоровья и изредка занимается улучшением своего физического состояния (соблюдает режим дня, посещает спортивно-оздоровительные занятия, следит за питанием), надеясь при этом на помощь родителей (особенно в период ухудшения состояния);

**«3» уровень (высокий)** – *ярко выраженные* – знает о состоянии своего здоровья, осознает важность его сохранения и активно поддерживает и улучшает его, ведет здоровый образ жизни.

Б) По направленности мотива выделяем личностную и общественную.

В) По ориентированности на внешние или внутренние факторы при объяснении своего поведения:

*Внешние:* здоровье – это красивое тело; привлечение внимания к себе через внешние (физические) данные; использование здоровья для спортивных достижений; использование своего тела для извлечения прибыли (шоу-бизнес) и т.п.

*Внутренние:* осуществление принятого смысла жизни; осознанное построение своей социальной активности; здоровый образ жизни – условие самореализации.

Г) По структуре феномена «здоровье», мотиваторы, направленные на сохранение физического, социального, психического здоровья (таблица 6).

Целенаправленное формирование мотивационной сферы личности – это, по

существу, формирование самой личности, т.е. педагогическая задача по воспитанию нравственности, формированию интересов, привычек.

Подростки в значительной степени способны руководствоваться в своем нравственном поведении теми требованиями, которые сами себе предъявляют, и теми задачами и целями, которые перед собой ставят (Л. И. Божович). Происходит переход от «реактивного» следования требованиям извне к активному построению своего поведения в соответствии со своим собственным идеалом. Становление произвольности, включения воли в психические процессы – есть «главное содержание развития ребенка, процесса раскрытия его индивидуальности» (Г.Г. Кравцов, 1995).

Интересы не ситуативны, они возникают постепенно, по мере накопления знаний. В подростковом возрасте формируется устойчивость ряда мотивов отношения к здоровью и здоровому образу жизни, базирующихся на интересах и целях, поставленных самими учащимися. Увлечения подростка — сильные и часто сменяют друг друга, но иногда принимают «запойный» характер.

В мотивах подростков содержится аргументация и предвидение последствий принятого решения, что свидетельствует о значительно более полном осознании процесса мотивации и структуры мотива, а также о большом участии в формировании мотива блока «внутреннего фильтра», который снижает импульсивность действий и поступков подростков.

Большая осознанность процесса формирования мотивов приводит и к большему проникновению в причины поступков других людей. Поэтому в ходе развития подростка этическая оценка поступка (своего и других людей) смещается с оценки последствий поступка (полученного результата) к оценке причины, импульсов, побудивших человека (в том числе и его самого) к поступку.

Таким образом, чем более социально зрелой становится личность, тем больше в ее сознании находят отражение первый (фаза влечений – появление новых влечений, создающих основу новой системе интересов) и второй (созревание новой системы интересов, надстраивающейся над новым влечением) этапы формирования мотива, тем шире становится мотивационное поле. При этом

больше уделяется внимания прогнозу последствий планируемых действий и поступков, и не только с прагматических, но и нравственных, этических позиций.

Обобщая изложенное, можно констатировать, что структурные и содержательные изменения в мотивах отношения к здоровью и здоровому образу жизни заключаются в следующем:

1) по мере развития личности подростка появляются новые психологические образования, которые усложняют процесс мотивации и структуру мотива, расширяя состав образующих мотив компонентов; это приводит к более обоснованному принятию решений и формированию намерений;

2) происходит развитие ранее возникших компонентов мотива: становится более многосторонней самооценка, увеличивается число интересов, обогащается нравственная сфера и т.д.;

3) доминирующими потребностями, ценностями, идеалами и другими мотиваторами становятся социальные мотивы, в том числе и имеющие общественную направленность;

4) увеличивается осознаваемость структуры мотива, собственное поведение предстает в сознании подростков как внутренне побуждаемое, а не как «реактивное», обусловленное только внешними влияниями (контроль со стороны родителей или других взрослых) и обстоятельствами;

5) увеличивается число случаев блокировки потребностных побуждений (желаний), чаще появляются «отрицательные» мотивы;

6) увеличивается число мотивационных установок на включение в оздоровительную деятельность.

**Осознанность отношения к здоровью, представленная в самосознании (Я - концепции)**, изучалась посредством выяснения самооценки отношения к здоровью, особенностей самовосприятия и самоотношения, связанные с качествами здоровой личности (методики «20 определений «Я» М. Кума и М. Мак-Портлэнда и «Готовность к саморазвитию» Г.М. Коджеспировой).

Анализ 20 определений «Я» дает информацию о внутренней структуре об-

раза «Я».

Оценивая объем «Я - концепции», можно отметить, что для участников тренинга, не выделено четкой закономерности в количественном отношении по подгруппам. В каждой подгруппе подростков есть те, масштаб «Я - концепции» которых можно считать средним (от 11 до 17 высказываний) и высоким (от 18 до 22 высказываний), но нет с малым объемом. В таблице 8 приведено распределение количества высказываний по подгруппам подростков с различной степенью сформированности отношения к здоровью.

**Таблица 8**

**Распределение участников подгрупп в зависимости от объема «Я» - концепции**

Показатель объема «Я - концепции»:	Группы подростков с данным уровнем сформированности отношения к здоровью (в %)			
	А	В	С	Вся группа
Низкий (не более 8 высказываний)	0	0	0	0
Средний (9 -17 высказываний)	80	0	12	25
Высокий (18 –22 высказывания)	20	100	88	75

В проведенном нами эксперименте в самоописаниях участников группы были выделены следующие категории: 1. - социально-ролевые суждения, 2. - самооценка – самоотношение, 3. - нравственно-психологические качества, 4. - компетенция – самоопределение, 5. - формально-биографические сведения, 6. - физическое «я», 7. - склонности. Они названы по степени значимости.

Подсчитывалось количество суждений подростков, приходящихся на каждую их перечисленных категорий, устанавливалась их сравнительная значимость в группах с разным уровнем сформированности отношения к собственному здоровью (табл. 4.5 приложения 4).

Сравнительный анализ показал, что в самоописаниях подростков данной группы на первый план выходят категории «социально-ролевые суждения», «самооценка - самоотношение», «нравственно-психологические качества». В подгруппах с высоким и низким уровнем осознанности отношения к здоровью первые три строки совпадают с результатами всей группы. В группе со средними показателями на третьем месте стоит категория «самоопределение - компетенция»: Я - творческая личность; неплохой математик; неплохой редактор; че-

ловец, который постоянно думает о будущем; Я - воин под женской личиной. Модус социального Я представлен высказываниями: «я – дочка своих родителей», «я – ученица престижной школы», «я – брат моего брата Ивана», «я – подруга» и др.

Для группы С (с высоким уровнем) свойственна констатация качеств здоровой личности: целеустремленный, оптимистичный, честный, ответственный, добрый, умная, сильная. Подростки описывают эмоциональные переживания, связанные с проявлением активности – пассивности в соблюдении принципов здорового образа жизни: я не ленюсь; я страдаю, когда, обидев человека, не могу просить у него прощения.

В группе А (с несформированным отношением к себе как здоровой личности) подростки писали: «я не самостоятельный», «меня легко вывести из себя», «я вспыльчивая», «я неряха», «я толстушка».

Рассмотрение аффективной стороны высказываний подростков о здоровье (констатация наличия или отсутствия качеств здоровой личности; критический анализ данных качеств у себя; описание эмоциональных переживаний, связанных с ощущением следования принципам активного здорового образа жизни) показывает, что подростки отличаются большой критичностью и аффективной окрашенностью суждений. Но в подгруппе с низкой сформированностью отношения к здоровью доминируют суждения «констатирующего» характера.

Между подростками разных подгрупп имеются различия в восприятии себя как здоровой личности, что может быть связано со степенью «обобщенности» представлений о себе. Анализ показывает, что подростки 2 и 3 подгрупп преимущественно используют понятия, отражающие собственные переживания и критически оценивающие себя. Школьники из 1-ой подгруппы чаще констатируют свои физические и личностные особенности, связанные с принятием – неприятием себя, активностью – пассивностью жизни.

Данный тест использовался в сочетании со спонтанным рисунком на тему «Кто Я?» и «Я – счастливый, здоровый, любимый». Отмечалось, что внешний вид рисунка, качество исполнения гораздо менее важны, чем тот символиче-

ский смысл, который поможет рассказать о себе нечто важное.

Рисунок инициируется и контролируется самим человеком, способствуя тем самым укреплению целостности его личности. В спонтанном творческом рисунке происходит еще и моделирование социальной действительности. Являясь органической частью занятия, обогащает коммуникацию и социальный репертуар участников группы, помогает им реализовать тот внутренний потенциал, который и составляет основу позитивных изменений личности в будущем.

Два способа выполнения задания (вербальный и невербальный) позволили выявить взаимодействие сознательных и бессознательных аспектов психической жизни человека. При наблюдении за внешними проявлениями человека в ходе тестирования удается увидеть его субъективные смыслы, ценности, отношения, переживания.

Исходя из того, что «образ Я» представляет собой единство знаний о себе и оценки своих качеств (когнитивная и эмоциональная составляющие), мы изучали особенности самоотношения в подростковый период, выявляя особенности субъективного оценочного критерия эффективности здоровьесбережения, то есть характеристики продуктивно-результатирующего уровня осознанного отношения к собственному здоровью.

Остановимся в начале на результатах исследования **самооценки готовности к развитию**.

Показатель адекватности самооценки изучался с помощью методики "Готовность к саморазвитию" (Коджеспирова Г.М., 1994, С.173). Использование данной методики в исследовании объясняется тем, что, на наш взгляд, осознанная деятельность человека по сохранению и развитию собственного здоровья, знание им своего уровня объективного здоровья и желание самосовершенствоваться зависимы между собой.

Анализ исследования методики «Самооценка готовности к развитию» дает возможность подробнее разобрать ситуацию самосовершенствования и установить существующую зависимость с уровнем осознанного отношения к собственному здоровью (приложение 4.6).

### График – состояние

<b>А</b> – могу совершенствоваться, но не хочу себя знать (условно средний уровень осознанности отношения)	<b>Б</b> – хочу знать себя и могу изменить себя (условно высокий уровень осознанности отношения)
<b>В</b> – не хочу себя знать и не хочу изменяться (условно низкий уровень осознанности отношения)	<b>Г</b> – хочу знать себя, но не могу изменить себя пока (условно средний уровень осознанности отношения)

Итак, анализируя график – состояние для всей выборки подростков, принявших участие в исследовании, получаем следующее распределение по уровням готовности к развитию: А – 11%, Б – 78%, В – 0, Г – 11%. То есть подавляющее большинство опрошенных проявляют активную готовность к саморазвитию. Наиболее предпочитаем подростками квадрат Б («хочу знать себя и могу изменить себя»). Подростки с высоким и средним уровнями осознанности отношения к здоровью попали в этот квадрат - состояние в отношении 75% и 67% (соответственно). В обследованной группе не было подростков, отнесенных по результатам анкеты в квадрат В. В выборке школьников низкого уровня осознанности отношения самая большая часть их (83%) принадлежит квадрату Б (рис. 7).

Рисунок 7



На наш взгляд это является хорошей базой для позитивных зачатков в работе по самосовершенствованию, самопринятию через познание себя, эмоционального вовлечения в процесс формирования и закрепления привычек и прин-

ципов здорового образа жизни. На начало работы тренинговой группы 25% подростков с высоким уровнем отношения к здоровью не могли (или не хотели?) меняться в силу субъективных причин. Пятая часть подгруппы со средним уровнем отношения также хотели себя знать, но изменяться на тот момент не могли. 17% подгруппы с низким уровнем осознанности отношения, попавшим в квадрат - состояние А (могу совершенствоваться, но не хочу себя знать), может говорить о низкой познавательной активности, но сильной воли и умении добиваться целей при желании. В таблице 4.6 приложения 4 приведена характеристика выборочной совокупности по самооценке готовности к саморазвитию.

В нашем исследовании *темперамент* нас интересовал как категория, влияющая на уровень осознания отношения к себе и своему здоровью у подростков, как *показатель психодинамического аспекта критериев субъективного отношения к здоровью*.

Для этого использовалась методика «Личностный опросник» Г. Айзенка (подростковый вариант).

Данная методика дает возможность исследовать темперамент человека. Темпераментом называют совокупность свойств, характеризующих динамические особенности протекания психических процессов и поведения человека. Свойства темперамента к числу собственно личных качеств человека можно отнести только условно, они составляют индивидуальные его особенности, так как в основном биологически обусловлены. Тем не менее, темперамент оказывает существенное влияние на формирование характера и поведения человека, определяя его поступки, индивидуальность. Проведенные Л.М. Митиной сравнительные исследования типологии Г. Айзенка и основных измерений темперамента указывают на связь между параметром экстраверсия – интроверсия и временной характеристикой поведения. Экстраверсии сопутствует большая подвижность в поведении, тогда как интроверсия сочетается с малой подвижностью.

В сводную таблицу результатов были занесены 3 показателя: значение по шкале экстраверсия-интроверсия; значение по шкале нейротизм-эмоциональная

стабильность; значение по шкале "лжи" или "социальная желательность", подробное описание которых приведено в приложении 4.7.

Результаты **исследования личностной тревожности** как одного из показателей психодинамического критерия субъективного отношения к здоровью приведены в приложении 4.8.

#### **2.4.2. Характеристики инструментального и продуктивно-результатирующего уровня осознанного отношения к собственному здоровью**

В структуре психологического здоровья, как отмечалось ранее, выделяют три компонента: аксиологический, инструментальный и потребностно-мотивационный (Хухлаева О.В., Кирилина Т.Ю., Федорова О.В. и др.). При этом инструментальный компонент предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать свое сознание на себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Самоотношение, рефлексия и саморазвитие взаимно обуславливают друг друга, находятся в постоянном взаимодействии.

Продуктивно-результатирующий уровень осознанного отношения к собственному здоровью характеризуется субъективными критериями эффективности сохранения и развития собственного здоровья, интенсивностью поступков и практических действий, направленных на заботу о своем здоровье и индивидуальной успешностью в физическом и духовном совершенствовании. Изучение проводилось по субъективной оценке подростка и мнению экспертов, в роли которых выступали родители и учителя подростка. Использовались: метод экспертных оценок, методика «Парное сравнение», наблюдение, беседа, анализ независимых характеристик.

Применение методики «Парное сравнение» позволило выявить группы с высоким, средним и низким уровнями практической деятельности в сохранении, укреплении и развитии здоровья. К процедуре исследования были привлечены эксперты – учителя физической культуры и классный руководитель. В задачу экспертов входила оценка деятельности учащихся по здоровьесбереже-

нию. Результат деятельности оценивался в баллах, после чего учащиеся распределялись в ранговой последовательности (от меньшего к большему), далее вычислялся процентный ранговый показатель (перцентиль, PR) и согласно его количественным значениям учащиеся распределялись по уровням практического осуществления отношения к здоровью (табл. 4.9 приложения 4).

Сопоставляя процентный ранговый показатель, присвоенный учителями каждому ребенку, с показателем практической шкалы «Индекса отношения к здоровью» и мнением родителей ребенка, выявлялось наличие корреляции между теоретическими знаниями подростка о здоровье и практическими умениями (расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена в приложении 4.16). Оказалось, что корреляция между значениями практического показателя отношения к здоровью, оцененных учителем и самим подростком, не отличается от нуля.

Это может означать, что мнения учителей и подростков не согласованы, они разбросаны от совпадения до противоположности в оценке здоровьесберегающей деятельности. За этим могут стоять разные смыслы, вкладываемые подростками и учителями в понятия «здоровья» и «здоровый образ жизни», отсутствие у учителей информации о детях, их образе жизни. Либо нежелание учителя оценивать подобную информацию, так как для него это лично незначимо. Знание этого аспекта жизни школьника не отражается на профессиональном статусе учителя: никто не спрашивает. Учитель просто не интересуется, какими средствами (физиологическими резервами, психологическим состоянием и т.п.) ребёнок достигает образовательный результат.

Такое положение дел лишь подтверждает, что необходима система целенаправленной воспитательной деятельности по формированию самосознания ценности здоровья как у учащихся (подростков), так и у самих учителей и родителей. Именно с этой целью мы предлагаем психолого-педагогический семинар для педагогов и родителей «Культура здоровья в образовательном пространстве» (Приложение 3.3).

Оценивая свою жизнедеятельность, подростки называют такие факторы:

– *Физическая активность*: занятия физической культурой, ежедневное выполнение комплексов упражнений; посещение бассейна, тренажёрных залов и т.д.

– *Отказ от пагубных пристрастий, профилактика и гигиена*: не пью, не курю, не принимаю наркотики; закаляюсь, принимаю холодный душ; не подвергаю себя неоправданному риску; соблюдаю режим дня.

– *Питание*: правильно и рационально питаюсь, соблюдаю диету; в период эпидемий ем лук и чеснок и т.д. Иногда прибегаю к медицинской помощи: когда болеваю, принимаю лекарства и витамины.

– *Отдых*: чередую время труда и отдыха; гуляю на свежем воздухе; лето провожу за городом; по возможности стараюсь высыпаться.

– *Психоэмоциональные компоненты здоровья*: положительно отношусь к себе; стараюсь быть в хорошем настроении, не ссориться с близкими и друзьями; учусь устанавливать хорошие взаимоотношения в семье; стараюсь разрешать проблемы и преодолевать или избегать неудачи.

В результате получаем: у младшего и среднего подростка отсутствует личная система оздоровления, практически действие большинства носят эпизодический характер. Школьники отмечают высокую роль семьи в формировании привычек сознательного отношения к своему здоровью (см. факторы формирования осознанного отношения к здоровью), но в некоторых случаях выпадение из поля зрения родителей или других взрослых (например, тренеров спортивных секций) меняет отношение подростка к занятиям.

По мнению родителей (табл. 4.10 приложения 4) лишь 4% подростков могут соблюдать режим дня. Отойти ко сну в одно и то же время может только 18% детей опрошенных родителей, так как необходимо выполнить большой объём домашних заданий; 56% восьмиклассников ложатся спать после 23 часов. Поэтому 55% родителей откровенно признаются, что у ребенка нет режима дня, но родители всячески поддерживают соблюдение основных режимных моментов в жизни ребенка.

Самым важным в обеспечении жизнедеятельности растущего организма

подростка родители считают питание, поэтому качество его беспокоит три четверти опрошенных родителей.

Отрадно отметить, что в данной среде культивируются семейные традиции (67% семей): родители стремятся как можно больше проводить времени с детьми (совместный труд или отдых), выезжая за город, на дачу, посещая бассейн, корт, тренажёрный зал.

Активный образ жизни подростков по мнению родителей складывается из занятий в спортивных секциях (33%); туризма в каникулярное время (33%); посещений бассейна, сауны, теннисного корта, тренажёрного зала, а зимой катка, лыжных прогулок (26%); занятий в группе здоровья (4%); занятий хореографией, танцами.

Своевременное обращение к медикам и другим специалистам как важный компонент здоровьесбережения отмечает третья часть родителей. К 12-ти годам некоторые подростки обретают вредные привычки. Причем родителям достаточно трудно говорить открыто об этом, так как они ощущают ответственность за свое творение и промахи в его воспитании, которые осознают. По данным нашего опроса около 70% родителей считает, что у ребёнка нет вредных привычек. 11% родителей отмечают, что ребенок сквернословит, 15% говорят о том, что ребенок грызет ногти.

Важным выводом изучения родительского мнения является то, что лишь часть родителей понимает важность формирования у подростков ответственного отношения к собственному здоровью как условию эффективного и счастливого будущего. Поэтому очень важна помощь школы в осуществлении целенаправленной работы по формированию привычек здорового образа жизни у подрастающего поколения, осознанного отношения к собственному здоровью.

Информация о внешне детерминированном уровне (действие природных и социальных условий и факторов) отношения к здоровью и здоровому образу жизни даёт возможность выявить условия и факторы эффективной деятельности по здоровьесбережению.

### **2.4.3. Факторы формирования осознанного отношения школьников к собственному здоровью**

Влияние различных факторов на становление ценностного отношения школьников к здоровью изучалось методами: беседы, анкетирования, анализа сочинений, ранжирования и др. Их результаты подвергались обобщающему сопоставлению. Осознанное отношение к здоровью формируется под влиянием целого ряда различных факторов. Основные факторы, формирующие ценностное отношение школьников к здоровью, оказались следующие:

- Родители: их жизненный опыт, традиции и уклад семьи, образ жизни семьи.
- Физическая активность, занятия в спортивных секциях, ежедневные физические упражнения, посещение тренажерных залов, бассейнов, кортов.
- Жизненный случай: встреча с интересными людьми на туристических слетах, в спортивных залах, на лекциях.
- Сверстники: мода на определенные привычки, образ жизни, культура отношений в подростковой группе.
- Собственное переживание серьезных недугов, хронические заболевания, вызывающие страдания.
- Болезни родных и близких людей.
- Чтение книг, журналов, просмотр кинофильмов, телепередач.
- Уроки биологии, физической культуры, ОБЖ (организация безопасности и жизнедеятельности школьников): содержание некоторых тем, изучаемых в курсе данных предметов, формы организации уроков (деловые игры, соревнования, походы, тренинги и т.п.).

Влияние этих факторов описывается и оценивается учащимися по-разному. Отмечая огромную роль родителей, они пишут: «На мое отношение к здоровью повлияло то, как относятся к нему мои родители. Мы часто выезжаем за город, чтобы на свежем воздухе среди красоты природы, побегать, поплавать», «...посещаем с папой тренажерный зал», «Мы с мамой занимаемся аэробикой», «В семье традицией стало посещение бани по субботам. И я понимаю на «соб-

ственной шкуре» как это полезно для здоровья». Однако есть случаи, свидетельствующие о том, что родственники оказывают влияние на формирование отношения к собственному здоровью не только положительное, но и отрицательное. Так, один мальчик пишет: «Первую рюмку вина я попробовал на своем дне рождения, когда мне исполнилось 8 лет», другой отмечает: «Мои родители курят». К сожалению, это не единичные ответы в нашем опросе.

Негативные поступки людей, как взрослых, так и сверстников оказывают большое влияние на становление осознанного ценностного отношения к здоровью. Подростки отмечают, что на развитие у них понимания ценности собственного здоровья для счастливой, радостной, активной жизни оказало влияние то, что они видели какой облик приобретает человек, употребляющий алкоголь, каким становится его внешний вид, о чем он способен размышлять, на какие поступки его может подтолкнуть ситуация.

Влияет на осознанное отношение подростков к здоровью их собственная двигательная активность. Она является биологической потребностью, генетически обусловленной, для нормального развития и жизнедеятельности организма. И эта потребность должна удовлетворяться, как и любая другая потребность, например, в пище, воде и т.д. Длительные ограничения двигательной активности (гиподинамия) является опасным антифизиологическим фактором, разрушающим организм и приводящим к увяданию и ранней нетрудоспособности. При этом нарушается высшая нервная деятельность, работоспособность мозга снижается. Физические упражнения являются весьма эффективным средством совершенствования своего тела. Физическая тренированность положительно отражается на работе нервной системы и совершенствовании психических процессов. В своих ответах подростки пишут: «Стараюсь больше двигаться», «Катаюсь на роликах, велосипеде», «Посещаю бассейн», «Занимаюсь в баскетбольной (футбольной, волейбольной) секции», «Играю в теннис», «Ежедневная утренняя зарядка придает мне бодрости, сил, создает радостное настроение, хотя иногда я заставляю себя выполнять упражнения моего утреннего комплекса».

Влияет на осознанное отношение к здоровью и жизненный случай: встреча с интересными людьми на туристических слетах, в спортивных залах, на лекциях, первая влюбленность. «Когда мы повстречались, я был неловкий, неуклюжий толстяк. Я понял, что изменить свою фигуру смогу только сам, занимаясь активно либо дома, либо в секции. И я пошел в группу слаломистов». «Прошлым летом мы с родителями были в горах, тренер по горным лыжам – удивительный человек. Я просто в него влюбился как в Личность и захотел быть на него похожим».

Но бывают и иные встречи: «Мне не приятно видеть, как некоторые пожилые мужчины, потеряв работу, дом, теряют и человеческий облик, позволяя себе жить на помойках, одеваясь во что придётся, питаясь отбросами, напиваясь...».

Отмечают подростки и влияние на их отношение к здоровью дружбы со сверстниками, соревнования с одноклассниками, стремление к самоутверждению, проявлению взрослости в группе сверстников. Подростки достаточно сильно различаются по степени своей «включённости» в группу, и соответственно по степени зависимости от норм данной группы.

Одни основное внимание уделяют внешнему виду и одежде: быть одетым как все, выглядеть как все, использовать косметику той самой фирмы. Для других – это увлечения, мода, разделяемые группой: секция горных лыж, сигареты только «Kamel». Третьи растворяются в группе полностью, без нее их как бы не существует.

Отмечают учащиеся и влияние на их отношение к здоровью собственных переживаний серьезных недугов, хронических заболеваний, вызывающих страдания, болезни родных и близких людей.

Болезни родных и близких людей как пишут школьники, влияют на развитие у них чувства любви, сопереживания, умения различать состояния человека, его настроение, формируют навыки ухаживания за больными. «До болезни я был черствым, не понимал бабушку, когда она жаловалась на головную боль или боль в спине, теперь-то я знаю, что от самочувствия, собственного здоровья

зависит и мое отношение к другим, и мои успехи в школе». Подростки рассказывают, что им приходилось лечить своих братьев и сестер, ухаживать за больной мамой, бабушкой, дедушкой: «Я измерял температуру сестренке, подавал по часам лекарства и даже делал уколы», «Развлекая больного брата, я читал ему сказки и сочинял рассказы о наших приключениях во время путешествия по космическим просторам», «Я молилась за маму, чтобы Бог помог ей пережить эту болезнь». Школьники говорят о своем негодовании по поводу безответственного бессердечного отношения друзей или подруг к своим больным близким. «Я осуждаю свою подругу за то, что когда у мамы был сердечный приступ, она выбрала дискотеку и ушла веселиться».

Чтение книг, журналов, просмотр кинофильмов и телепередач отмечаются учащимися как фактор формирования их отношения к собственному здоровью. Подростки говорят, что они рассматривают картинки в журналах о здоровом образе жизни, изредка читают книги с описанием методов оздоровления (если мама порекомендовала), иногда смотрят телепередачи «Исцели себя сам», «TV аптека», «Здоровье». Но особенности влияния не раскрываются, школьники не описывают, что конкретно им понравилось в книгах или телепередачах.

Отмечают учащиеся и влияние на их отношение к здоровью изучение в школе биологии, ОБЖ, занятия на уроках физической культуры. «На меня повлияло изучение темы «Нервная система человека», «Поведение человека в экстремальных ситуациях», «Стихийные бедствия». Они говорят, что узнают много нового о собственной жизни, особенностях поведения человека в разных ситуациях, о том, что важно и ценно в жизни. Выделяют и роль личности учителя: «Т.Ю. привила интерес к познанию себя, к поискам ответов на вопросы о смысле жизни. Она просто удивительный человек».

В целом, учащимся оказалось достаточно сложно развернуто описать влияние любых факторов. Некоторые их ответы страдают бедностью формулировок, односложностью, неясностью изложения. Часто школьники уходят от ответа, заменяя его описанием жизненного случая.

Описанные факторы характеризуются различной интенсивностью влияния

на формирование осознанного отношения к здоровью. Изучение интенсивности влияния факторов на формирования осознанного отношения подростков к своему здоровью проводилось следующим образом. Предлагалось ответить на вопрос: «Кто повлиял или что повлияло на твое отношение к здоровью? Оцени степень влияния по 5-балльной шкале данные факторы: «5» - очень сильно повлияло; «4» - сильно; «3» - средне; «2» - мало; «1» - не повлияло». В зависимости от величины средней оценки, выставленной учащимися, нами определялось место того или иного фактора по степени его влияния на формирование осознанного отношения подростков к своему здоровью. Интенсивность влияния факторов определялась двумя путями: а) по количеству учащихся, назвавших тот или иной фактор как действенный и б) по величине средних оценок, выставляемых школьниками. Так, степень влияния различных факторов формирования отношения подростков к собственному здоровью, выявляемая вторым путем, оказалась следующей (табл. 9).

Таблица 9

#### Факторы, влияющие на становление отношения к здоровью

Ранг	Кто или что повлияло	Суммарный балл
1	- родители	503
2	- образ жизни семьи	436
3	- занятия в спортивных секциях	332
4	- жизненный случай	261
5	- сверстники	396
6	- собственное переживание серьезных недугов, хронические заболевания	380
7	- болезни родных и близких людей	376
8	- книги, журналы, ТВ	340
9	- уроки биологии, физической культуры, ОБЖ	338

Таким образом, осознанное отношение к здоровью формируется под влиянием целого ряда различных факторов. Наиболее действенными являются факторы, вызывающие глубокие эмоциональные переживания.

Наиболее интенсивное формирующее влияние на становление осознанного отношения к здоровью для опрошенных подростков оказывают родители, традиции семьи, занятия в спортивных секциях, а также факты негативного отно-

шения к себе окружающих людей, их образ жизни, обуславливающий морально-нравственное падение.

Изучение биологии в школе, чтение книг, просмотр кинофильмов и телепередач, как факторы становления осознанного отношения к собственному здоровью, не являются ведущими, но все-таки оказывают влияние на формирование отношения к здоровью и здоровому образу жизни, что несколько выше проявляется в одной из экспериментальных подгрупп.

Описанные особенности факторов формирования осознанного отношения к здоровью дополняются данными опроса и подростков и родителей (табл. 4.11.В приложения 4). Нами проведено локальное изучение представлений учащихся о здоровом образе жизни. Изучением было охвачено 162 школьника: 50 учеников 8-х классов и 112 учеников 9-х классов трех общеобразовательных школ г. Москвы (ЦОУО, ЮВОУО, СВОУО). Сводная таблица результатов приведена в таблице 4.13 приложения 4.

По результатам опроса оказалось, что практически все учащиеся (96-100%) ходят или выезжают гулять в лес, на речку, на дачу, на море. Кто-то отправляется в эти «путешествия» с родителями, кто-то с друзьями, кто-то с туристическими группами.

Ответ на вопрос «Для чего Вы стали бы вести здоровый образ жизни?» предполагал выбор из 10 вариантов (см. Приложение 2.9). Около 70% учащихся считают, что здоровый образ жизни следует вести, чтобы получать от жизни радость и удовольствие, 58% - ради здорового потомства, 40% - для достижения успехов в делах, 30% - чтобы быть сильными и красивыми, 20% - чтобы стать духовно богатой личностью и раскрыть своих способности. 68% подростков экспериментальной группы считают важным вести ЗОЖ, чтобы быть успешным в делах.

А что может заставить учащихся изменить свой образ жизни? Примерно 40% учащихся, считают, что изменить свой образ жизни может заставить тяжелая болезнь либо любовь, 30% - пример авторитетного человека. Чтение литературы, телевидение и другие виды просвещения не оказывают на учащихся

значимого влияния.

Результаты формирующего этапа исследования сведены в таблицу 4.11.А и 4.11.Б для экспериментальной группы и в таблицу 4.12 приложения 4 для контрольной группы.

#### **2.4.4. Эффективность работы группы социально-психологического тренинга, располагающего к ценностно-ориентационной деятельности по здоровьесбережению**

Каковы результаты формирующего эксперимента, работы группы СПТ? Все члены группы отмечают, что у них наступили разного рода положительные изменения. Отрицательных изменений, связанных с участием в тренинге, не отмечалось. Вот как выглядят ответы на вопрос «Какое общее воздействие оказала на вас группа?» (табл. 10).

**Таблица 10**

#### **Эффективность участия в группе СПТ (результаты опроса)**

<b>№</b>	<b>Характер изменений</b>	<b>Итог</b>
1	Возросла уверенность в себе, вера в свои силы и возможности	100%
2	Появилось чувство независимости и самостоятельности	63%
3	Возросло доверие своим чувствам и переживаниям	57%
4	Легче происходит принятие мнения и действий другого человека, отличных от моих собственных	60%
5	Возросло доверие к другим людям	78%
6	Повысилась ответственность за свои выборы и решения	41%
7	Стало естественнее поведение	53%
8	Произошло познание себя	100%
9	Произошло осознание значимого для меня	73%

В течение работы группы СПТ исследовалось отношение подростков к своему здоровью (структура, интенсивность, мотивы ведения здорового образа жизни и др.). Выше говорилось об анализе результатов экспериментальной и контрольной выборок.

Динамика некоторых результатов изучения отношения к здоровью у подростков экспериментальной группы (до и после эксперимента) отражены в таблице 11.

Как видим из таблицы, значительно сократилось число респондентов с низким уровнем развития отношения к собственному здоровью и здоровому образу

жизни по всем параметрам отношения. Особенно это касается уровня эстетического и этического наслаждения от здорового организма, отзывчивости на собственные витальные проявления и других людей (мотивационно-потребностный параметр отношения к здоровью). В подгруппах В и С после всего комплекса мероприятий количество подростков с низким уровнем отношения к здоровью уменьшилось практически до нуля. В подгруппе А выделилась часть подростков с высоким уровнем отношения к здоровью в плане познавательной активности с позитивной мотивацией и практической направленностью деятельности по здоровьесбережению.

Таблица 11

**Динамика параметров отношения к здоровью  
(% к общему числу испытуемых в группе)**

Под- группы		Параметры отношения к здоровью										
		Уровни субъективного отношения к здоровью	Мотивационно-потребностный		Когнитивный		Продуктивно-результатирующий		Аксиологический			
			1	2	1	2	1	2	1	2	Средний ранг «здоровья» в шкале ценностей	
											1	2
1 – до эксперимента; 2 – после эксперимента												
А	Низкий	86	28	71	0	57	14	14	14	3,4	2,6	
	Средний	14	72	29	86	43	72	86	86			
	Высокий	0	0	0	14	0	14	0	0			
В	Низкий	20	0	20	0	20	0	20	0	2,8	2	
	Средний	60	60	60	60	60	80	20	40			
	Высокий	20	40	20	40	20	20	60	60			
С	Низкий	43	0	0	0	14	0	0	0	3,2	2,1	
	Средний	29	82	29	28	14	14	0	0			
	Высокий	28	28	71	72	72	86	100	100			
Вся группа	Низкий	53	11	32	0	32	5	11	5	3,2	2,1	
	Средний	31	67	36	58	36	53	36	42			
	Высокий	16	21	32	42	32	42	53	53			

Аксиологический параметр отношения к здоровью характеризуется тем, что средний ранг «здоровья» в системе ценностей подростков перешёл в личностно значимый (стал равен 2,1).

Существует динамика в принятии себя как ценности, проявленная в ответах на вопрос «Кто я?» (С. Кун и Т. Мак-Портланд) в начале и конце работы группы СПТ. Если при первом опросе встречается значительное количество нега-

тивных характеристик таких, как «я не самостоятельный», «я вспыльчивая», «я неряха», «зануда» и др. Во втором опросе таких характеристик значительно меньше и они мягче по формулировке: «ленивица», «болтушка», «толстушка». Изменения произошли с именами. Если в начале занятий имя называли только пять человек, то в конце – 11, и несколько имен названы в уменьшительно-ласкательной форме (Алёнка, Оленька и др.).

Расширился спектр оснований ответов. Наряду с разными социальными ролями, названы индивидуальные особенности и неформальные роли в межличностных отношениях («любовь», «сердце человека», «утешительница» и т.п.). Внешность, физическое Я подростка занимают значимое место в его самосознании. Оценка качеств собственного тела, внешности идёт по привлекательности и эффективности использования для активного действия. И мотив ведения здорового образа жизни, обеспечивающий физическое благополучие, наполнился большим количеством смыслов.

Важно отметить, что расширился диапазон социальных причин-мотивов отношения к здоровому образу жизни в экспериментальной группе («воспитать здоровых детей», «поддерживать семейные традиции», «брать пример с родителей»). Заронились зёрна потребности жить в здоровом обществе и быть признаваемым в нём. Подростки начинают задумываться над способами регуляции собственного поведения, средствами решения проблемных ситуаций. Одного понимания значимости выполняемых действий конечно недостаточно, чтобы заставить человека бороться с трудностями, преодолевать лень для выполнения утреннего разминочного комплекса, либо сдерживать себя от принятия необдуманного решения. Оно должно подкрепляться острыми переживаниями, внутренней необходимостью так поступить, определённой степенью зрелости личностной позиции, осознанности отношения к себе и своему здоровью. И такая эмоциональная переоценка происходила во время прослушивания и последующей рефлексии сказок, притч, метафор.

Приведем некоторые результаты в динамике развития (до и после формирующего эксперимента) для выявления оценки сдвига значений исследуемого

признака (становления субъективного отношения к здоровью) различий в распределении признака (табл. 4.14 приложения 4). Для установления общего направления сдвига изменений исследуемого признака применим G- критерия<sup>1</sup> знаков. Для этого подсчитаем количество положительных, отрицательных и нулевых сдвигов в экспериментальной группе по трем показателям отношения к здоровью: эмоционального, практического, аксиологического. Расчётные данные экспериментальной группы сведены в таблицу 12.

Таблица 12

### Расчёт G- критерия знаков для экспериментальной группы

Кол-во сдвигов в группах	Шкалы					
	Эмоциональная	Когнитивная	Практическая	Поступочная	Аксиологический	Суммы
а) положительных	13	12	12	10	11	58
б) отрицательных	2	1	3	4	1	11
в) нулевых	4	6	4	5	7	26
Суммы	19	19	19	19	19	95
Критические значения критерия знаков $G_{кр}$ при $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$	$\begin{cases} 3(p \leq 0,05) \\ 1(p \leq 0,01) \end{cases}$	$\begin{cases} 2(p \leq 0,05) \\ 1(p \leq 0,01) \end{cases}$	$\begin{cases} 2(p \leq 0,05) \\ 1(p \leq 0,01) \end{cases}$	$\begin{cases} 1(p \leq 0,05) \\ 0(p \leq 0,01) \end{cases}$	$\begin{cases} 2(p \leq 0,05) \\ 1(p \leq 0,01) \end{cases}$	
Эмпирическое значение критерия знаков $G_{эмп}$	2	1	3	4	1	
Сравнение $G_{эмп}$ с $G_{кр}$	$G_{эмп} \leq G_{кр}$	$G_{эмп} \leq G_{кр}$	$G_{эмп} \geq G_{кр}$	$G_{эмп} \geq G_{кр}$	$G_{эмп} \leq G_{кр}$	
Вывод: сдвиг в сторону более высокого уровня интенсивности отношения к здоровью	неслучаен	неслучаен	является случайным	является случайным	неслучаен	

Из таблицы 12 мы видим, что наиболее типичными являются «положительные» сдвиги, то есть позитивные изменения в сторону повышения интенсивности отношения. Сравнивая эмпирическое и критические значения критерия знаков G можно сделать вывод относительно достоверности сдвигов в пользу повышения интенсивности и доминантности отношения к здоровью и здоровому образу жизни.

Таким образом, ценностно-ориентированный тренинг, направленный на расширение мотивационно-потребностной компоненты отношения к здоровью и здоровому образу жизни, обеспечивает положительные достоверные сдвиги в оценках по эмоциональному ( $G_{эмп} = 2 \leq G_{кр}$  при  $p = 0,05$ ) и когнитивному ( $G_{эмп} = 1 \leq G_{кр}$  при  $p = 0,01$ ) показателям интенсивности отношения и свойству доми-

<sup>1</sup> G-критерий знаков является частным случаем биномиального критерия Z. В некоторых руководствах его называют критерием Мак-Немара. (Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: ООО «Речь», 2000. – С. 77).

нантности ( $G_{эмп} = 1 \leq G_{кр}$  при  $p = 0,01$ ) отношения к здоровью. Сдвиг по практической и поступочной шкалам скорее оказался случайным.

Выраженность изменений показателей, измеренных для сопоставления в условиях до и после формирующего эксперимента (СПТ), измерялась Т-критерием Вилкоксона.

Таблица 13

**Результаты<sup>1</sup> изменения отношения к здоровью у участников экспериментальной группы (1 – до и 2 – после эксперимента)**

Уровни субъективного отношения к здоровью	Мотивационный		Когнитивный		Продуктивно-результатирующий				Аксиологический	
	показатель эмоциональной шкалы		показатель познавательной активности		показатель практической шкалы		показатель поступочной шкалы		"Здоровье" в системе ценностей	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Ср. знач-е подгр. А	2,57	4,43	3,00	5,00	3,57	5,00	3,86	5,00	3,43	2,57
Ср. знач-е подгр. В	5,20	5,80	4,40	5,80	5,00	5,00	6,20	6,80	2,80	2,00
Ср. знач-е подгр. С	4,86	6,00	7,28	7,42	6,71	7,14	8,57	8,29	3,20	2,10
<b>Ср. знач-е группы</b>	<b>4,11</b>	<b>5,37</b>	<b>4,95</b>	<b>6,11</b>	<b>5,11</b>	<b>5,79</b>	<b>6,21</b>	<b>6,68</b>	<b>3,21</b>	<b>2,11</b>

Приведём расчёт выраженности изменений по показателям: эмоциональному, аксиологическому и практическому. В приложении 4.15 приведены значения показателей до и после СПТ, разность значений этих показателей, абсолютное значение разности, ранговый номер разности и расчет Т-критерия Вилкоксона.

Можем констатировать, что сдвиг в сторону повышения ценности отношения к здоровью по интенсивности достоверно преобладает.

Можно сделать вывод, что социально-психологический тренинг, направленный на осознание психологического и духовного компонентов здоровья, приводящий к расширению мотивационно-потребностной составляющей отношения человека к собственному здоровью, создаёт оптимальные психологические условия для ценностно-ориентационной деятельности по здоровьесбережению путём разрешения ценностного противоречия.

Отношения формируются в результате воспитания и жизни в определенных социально-культурных условиях и связаны с индивидуально - психологически-

<sup>1</sup> *Примечание:* чем выше балл по эмоциональной, познавательной, практической и поступочным шкалам, тем выше уровень развития данного компонента отношения. Для аксиологического параметра - обратная зависимость.

ми особенностями личности (темпераментом, характером, способностями). Отношение к здоровью свидетельствует о ведущих потребностях человека и определенным образом указывает на его психологические особенности, некоторые черты характера.

На основе проведенного исследования осознанности отношения к собственному здоровью у подростков предлагаем выделять несколько **типов отношения** к здоровью. Введем систему координат, горизонтальная ось которой выражает степень активности отношения в практической сфере: «пассивное – активное» отношение. Вертикальная ось отражает параметр эмоциональности: «рациональное – эмоциональное» отношение (рис. 8).

Рисунок 8



**Равнодушный** - Личность не включена в оздоровительную деятельность. Может иметь или не иметь вредных привычек. Но обладает определённой осведомленностью в направлениях, способствующих сохранению здоровья. *Здоровье не является ценностью лично значимой.*

**Рациональный** - Ценностная ориентация личности часто остается на вербальном уровне, не выполняет регулятивной функции и установка на самостоятельную деятельность отсутствует. Нуждается в поддержке со стороны значимых людей (друзей, родителей, тренеров и т.п.). *Здоровье как социально значимая ценность.*

**Рационально-деятельный** - потребности в укреплении здоровья сформированы и проявляются в устойчивых знаниях. Все рационально продумано, все

действия, поступки носят плановый характер: нет случайностей в занятиях в оздоровительных группах, посещениях саун, массажей, употреблении пищи и т.д. Практичный, до щепетильности пунктуальный в выполнении режимных моментов, рекомендаций по питанию, двигательной активности и пр. *Здоровье* воспринимается личностью как *социально значимая ценность*.

**Пассивный** – Такое отношение чаще встречается у людей в особых состояниях (горе, депрессии, глубокой погруженности в работу или какие-либо проблемы). Личность начинает действовать бессистемно (стихийно). *Здоровье* воспринимается как *необходимость*.

**Гармоничный** – В жизни таких людей здоровье занимает адекватное место, разумно удовлетворяя совокупность утилитарных, эстетических потребностей, потребности в творческом самовыражении. Такое отношение связано с высокой самооценкой, хорошей адаптацией к социальной среде и уверенностью в себе. Осознанно проявляет себя в оздоровительной деятельности. На уровне убеждения *здоровье* воспринимается как *ценность личностная и общественная*.

**Активно-деятельный** – Желание посещать разные спортивные секции, испытывать на себе новые оздоровительные технологии, пищевые добавки, удовлетворяет потребность в новых впечатлениях. Новые вещи порождают положительные эмоции, посещаются много и часто группы разного направления от тренажерных залов, групп аэробики до эзотерических школ, всё что нравится и доступно. *Здоровье* воспринимается как *лично значимая ценность*.

**Беспечный** - Ярко выраженной потребности в укреплении здоровья отсутствуют. Ценностная ориентация не преобразуется в деятельность и сохраняется лишь как факт сознания, установка на укрепление здоровья не сформирована. Ориентирован на ощущения, несущие эмоциональный заряд. Нет системы и последовательности в оздоровительной деятельности.

**Эстетический (Эмоциональный)** - Отношение к своему здоровью опосредовано аффективно окрашенными «эталоном» личности (эстетического, этического и витального характера). Личность получает эстетическое наслаждение от здорового организма, повышенной восприимчивости к чувственно-

выразительным элементам. Отзывчив на витальные проявления собственные и других людей, реализуется это через эмпатию и идентификацию. *Здоровье как личностно значимая ценность.*

**Эмоционально-одержимый** - Нравится все, что ново, модно, необычно. Как только притупляется ощущение новизны, занятие данным направлением оставляется. Здоровье остаётся на уровне представлений, как желаемое состояние, часто используется как средство решения личностных проблем (например, в сфере общения). Нуждается в поддержке со стороны значимых людей. *Здоровье – личностно значимая ценность.*

Личность, как правило, имеет признаки различных типов отношения к здоровью, однако признаки одного из них ярче и более устойчивы, что позволяет одному типу доминировать над признаками остальных. Изучение проблемы отношения к здоровью показало, что обязательным фактором является формирование особого отношения к здоровью, которое выражается в осознании его ценности, а так же в позитивно-эмоциональном стремлении действовать по его укреплению и совершенствованию.

## **Выводы к главе 2**

1. Данные констатирующего эксперимента подтвердили предположение о том, что при развитии отношения качественно меняется его структура, причем наибольшие отличия характерны для поступочного и эмоционального компонентов. Второй особенностью развития интенсивности отношения является повышение степени когерентности (согласованности) его компонентов.

У людей с низкой интенсивностью структура отношения имеет «восходящую» структуру, ведущим является практический компонент. При повышении интенсивности продолжает доминировать практический, и на второе место выходит эмоциональный. А у людей с высокой интенсивностью ведущим является практический при высоком значении и когнитивного параметра. При росте интенсивности идет увеличение когерентности его компонентов.

2. Учителя не превосходят показателей школьников по компонентным параметрам отношения к здоровью и интенсивности в целом (за исключением

значимого различия по поступочной шкале).

Поступки учителя по отношению к собственному здоровью и здоровому образу жизни продиктованы внутренними составляющими отношения: стремлением к здоровью ради удовольствия, поиску новой информации о здоровом образе жизни, без практического следования принципам здорового образа жизни. А поскольку именно практический компонент является ведущим в формировании личностного отношения к здоровью, то возможности формирования учителями осознанного, ответственного отношения к здоровью у школьников путем личностного влияния весьма ограничены.

Высокий коэффициент поступочной шкалы при низких и средних по другим шкалам, снижает возможности учителя оказывать влияние на отношение к здоровью у учеников. Поступки, неподкрепленные «внутренними» составляющими отношения, ученики хорошо чувствуют, и могут вызывать у них неприятие и недоверие к учителю, восприниматься как «показуха».

Учителя биологии, химии и физической культуры не показывают существенно более высоких показателей в целом, чем учителя других специальностей.

3. По описательно-поведенческим характеристикам и структурным характеристикам интенсивности отношения к здоровью и здоровому образу жизни достаточно четко выделяются три группы учащихся в зависимости от их отношения к здоровью.

К первой группе относятся школьники, воспринимающие свое **здоровье как средство** достижения карьерных целей. Эти подростки характеризуются ориентацией на безразлично-потребительское отношение к собственному здоровью, нечувствительны к изменениям в собственном организме и страданиям других людей (у них низкий уровень сформированности эмоционального компонента – 1,3 станайна). Потребность в приобретении новых знаний о здоровье физическом, психологическом отсутствует, в лучшем случае они готовы воспринимать информацию от других людей, не проявляя активности в ее поиске. Интересы к проблемам укрепления здоровья, ведения здорового образа жизни не проявляют (низкий уровень когнитивного компонента).

Вторая группа – это школьники, относящиеся к *здоровью как к факту*. Они заинтересованы в получении знаний о психическом благополучии, физическом совершенстве, методах поддержания и развития здоровья и здорового образа жизни. Они склонны посещать спортивные секции, делать специальные упражнения, одеваться по сезону, поддерживать эмоционально ровное настроение. Но при всем этом подростки нуждаются в поддержке со стороны взрослых (родителей), регулярном контроле.

Группа с высоким уровнем развития отношения к здоровью относится к *здоровью как ценности*. Эти подростки характеризуются активной позицией, направленной на созидание себя как физически развитой, эмоционально устойчивой личности, уверенной в себе, умеющей свободно и естественно проявлять чувства и эмоции соответственно возрасту; адекватно воспринимающей самого себя, ориентированной на саморазвитие, обогащение своей личности; стремятся овладевать разными здоровьесберегающими технологиями, оздоровительными процедурами, стремятся формировать соответствующие навыки и умения, вести здоровый образ жизни.

4. Общая модель экспериментальных ситуаций, активизирующих динамику ценностных ориентаций и формирующих осознанность отношения к собственному здоровью, рассматривается как ситуация, естественным образом включённая в программу учебно-воспитательного процесса школы и располагающая личность к ценностной ориентировке по здоровьесбережению.

Основные факторы, детерминирующие процесс ценностно-ориентационной деятельности, осознания ответственности за собственное здоровье перед собой и обществом, формирование установки на здоровый образ жизни в СПТ, таковы:

- открыто-диалогическое общение, основанное на субъект-субъектных отношениях;
- сказки, притчи как модели, закрывающие промежуток между личным опытом и опытом человеческого бытия; истории, предлагающие структуру перехода к переживанию жизни и опыта;

- позиция ведущего, предполагающая доверие и принятие каждого участника в отдельности и группы в целом;
- прояснение актуальных чувств и переживаний, личностного смысла сказанного;
- открытая обратная связь между участниками группы;
- объективация участниками и ведущим личностных ценностей и их смыслов.

5. В результате совместной работы семьи, школы (администрации, учителей, психолога), в экспериментальной группе по окончании СПТ количество подростков с низким уровнем отношения к здоровью и здоровому образу жизни значительно сократилось. В подгруппе А выделилась часть подростков с высоким уровнем отношения к здоровью в плане познавательной активности с позитивной мотивацией и практической направленностью деятельности по здоровьесбережению.

Выявлена динамика в принятии себя как ценности. Уменьшилось количество негативных характеристик и стала мягче их формулировка. Расширился спектр оснований ответов. Наряду с разными социальными ролями, названы индивидуальные особенности и неформальные роли в межличностных отношениях. Оценка качеств собственного тела, внешности идёт по привлекательности и эффективности использования для активного действия. И мотивы ведения здорового образа жизни, обеспечивающие физическое, социальное и психологическое благополучие, наполнились большим количеством смыслов.

Эмоциональная переоценка значимости выполняемых действий происходила в условиях СПТ во время прослушивания и последующей рефлексии сказок, притч, метафор.

Таким образом, можно сделать вывод, что социально-психологический тренинг, направленный на осознание психологического и духовного компонентов здоровья, опирающийся на расширение мотивационно-потребностной составляющей отношения человека к собственному здоровью, создаёт оптимальные психологические условия для ценностно-ориентационной деятельности по здо-

ровьесбережению путём разрешения ценностного противоречия.

Главный путь воспитания полноценной мотивации – это не только создание благоприятного климата, атмосферы в ходе учения, но и включения школьника в реальные виды деятельности, способы взаимодействия с окружающими. В целом психологически обоснованный путь формирования мотивации школьников может состоять в следующем: определение задач формирования мотивации с учетом перспектив возраста, ориентируясь на «завтрашний день развития»; выяснение состояния мотивации; организация видов активной деятельности школьника, включение его в специально созданные педагогические ситуации, выполнение заданий, направленных на осознание своей мотивационной сферы, тренировку приемов целеполагания.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ВЫВОДЫ

На основании результатов, полученных в ходе проведенного исследования, мы можем сделать следующие выводы:

1. Проведенный анализ психолого-педагогической, философской и медицинской литературы показал, что педагогическая психология обладает специфическим научно-методическим потенциалом, позволяющим психологам активно включаться в решение проблем оздоровления детей и подростков. Теоретический анализ феномена «здоровье» позволяет охарактеризовать здоровье как личную и общественную ценность, описать ценность здоровья в жизни и деятельности человека, обосновать комплекс мер по формированию установок на здоровье как жизненную ценность и необходимость соблюдения здорового образа жизни.

2. Структурно-содержательный анализ понятия «субъективное отношение» позволил разработать психодиагностический комплекс для психолого-педагогического мониторинга процесса формирования и коррекции отношения к здоровью на основе анализа психологических параметров этого отношения. Установлено, что это отношение может быть рассмотрено на пяти взаимосвязанных уровнях: индивидуальном, интегрально-личностном, аксиологическом, внешне-детерминированном, поведенческом.

3. При развитии отношения к собственному здоровью в разные возрастные периоды качественно меняется его структура, причем наибольшие отличия характерны для поступочного и эмоционального компонентов, при этом растет степень согласованности компонентов. Высокий коэффициент поступочной шкалы отношения к здоровью у учителя при низких и средних показателях по другим шкалам, снижает его возможности оказывать влияние на отношение к здоровью у подростков.

4. По описательно-поведенческим характеристикам личности подростка и структурным характеристикам интенсивности отношения к здоровью и здоровому образу жизни достаточно четко выделяются три группы учащихся в зависимости от их отношения к здоровью: (А) – здоровье как средство достижения

разных целей, (В) – здоровье как наличный факт, (С) – здоровье как личностная и общественная ценность.

5. Результаты диагностики показывают, что в массовых школах первые две группы образуют подавляющее большинство учащихся. Учащиеся третьей группы встречаются редко. При условии систематической целенаправленной совместной воспитательной деятельности семьи и школы возможно формирование у учащихся самосознания личностной и общественной ценности своего здоровья и необходимости ведения здорового образа жизни.

6. Эффективным психолого-педагогическим средством формирования осознанного отношения к здоровью у подростков является ценностно-ориентированный социально-психологический тренинг, направленный на расширение мотивационно-потребностной составляющей отношения человека к собственному здоровью. В процессе взаимодействия у участников тренинга возникает коллективное эмоционально окрашенное сопереживание и заражение значимости личностных проблем здоровья и его сохранения и развития, способствующее переходу понимания общественной ценности в личностно значимое.

7. Механизмами становления осознанного отношения к здоровью как ценности у подростков являются объективация участниками и ведущим личностных ценностей и их смыслов, ясное осознание ценности здоровья, структурирование представлений на основе разрешения ценностного противоречия, рефлексии своего состояния, развитию эмпатии, открыто-диалогического общения, эмоционального переживания ситуаций, связанных с содержанием сказок, притч, прояснение актуальных чувств и переживаний, активное поддержание обратной связи участниками группы.

8. Разрешается ценностное противоречие в процессе особой психической деятельности по актуализации, осознанию, сопоставлению, соизмерению ценностей и их смыслового содержания, наличию адекватных средств реализации в деятельности. Результатом разрешения ценностного противоречия является гармонизация потребностно – мотивационной сферы личности. Гармонизация

ценностных ориентаций предполагает установление связи между личностной ценностью, субъективной её значимостью и реальной позицией личности.

9. Проведённое исследование выявило предметное содержание мотивов субъективного отношения к здоровью и здоровому образу жизни, которое может быть описано по полноте осознания структуры мотива (неосознаваемые, слабо выраженные, выраженные, ярко выраженные); по направленности мотива (личностная и общественная); по ориентированности на внешние и внутренние факторы при объяснении своего поведения; по структуре понимания феномена здоровья, направленные на сохранение и развитие физического, социального и психического здоровья.

10. Выделено девять типов отношения к здоровью и здоровому образу в зависимости эмоциональности отношения и степени активности отношения в практической сфере.

В ходе исследования подтвердилась актуальность и значимость проблемы формирования осознанного отношения к собственному здоровью у подростков. На наш взгляд, исследование раскрывает возможности новых направлений в психологии развития в подростковом возрасте. Разработанные и экспериментально апробированные нами методики диагностики отношения к здоровью и психолого-педагогические методы формирования осознанного отношения к своему здоровью могут быть широко использованы практическими психологами школ и других учебных заведений в своей работе. Использование процедуры диагностики отношения к здоровью может стать своеобразным фактором, формирующим такое отношение. Использование результатов диагностики отношения к здоровью и здоровому образу жизни может служить критерием эффективности системы работы школы по здоровьесбережению. Создание банка данных об отношении всех учащихся к своему здоровью при взаимодействии медико-физиологической и психологической служб школы с целью выявления «кризисных периодов», «групп риска» позволит вести индивидуальную или групповую коррекционно – развивающую работу.

**БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Абульханова К.А. О субъекте психической деятельности. М.: Наука, 1973. – 288 с.
2. Абульханова-Славская К.А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности // Психология формирования и развития личности: [Сб. статей] / АН СССР, Ин-т психологии; Отв. ред. Л.И. Анцыферова. - М.: Наука, 1983. – 365 с.
3. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. - М.: Мысль, 1991. – 299 с.
4. Авдеев А.А. Проблемы изучения структуры самосохранительного поведения// Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни/ Под ред.: И.В. Журавлёвой, Л.С. Шиловой. – М. – ИС АН СССР. – 1989. – С. 25 – 30.
5. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии/ Пер. с нем. и вступ ст. А.М. Боковикова. - М.: Фонд «За экон. грамотность», 1995. – 291 с.
6. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация: (Пограничные нервно-псих. расстройства)/ Ю.А. Александровский; АН СССР, Ин-т психологии. -. М.: «Наука», 1976. – 272 с.
7. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1992. - № 2.
8. Алёшина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений: Спецпрактикум по социал. психологии / Алёшина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М.; МГУ им. М.В. Ломоносова, Фак. психологии. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1987. – 120 с.
9. Аллахвердов В.М. Экспериментальная психологика. – Т. 1: Сознание как парадокс. - СПб.: Изд-во ДНК, 2000. – 517 с. – (Серия «Новые идеи в психологии»).
10. Алмазов Б.Н. Психолого-педагогические основания реабилитации социально дезадаптированных подростков: Научн. докл. докт. дис. – Екатеринбург, 1997. - С. 17.
11. Амосов В.М. Раздумья о человеке. - Свердловск: - Средне-Уральское книжное издательство, 1987. – 174 с.

12. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. - М., 1977. - С. 257.
13. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. - 336 с.
14. Анастаси А. Психологическое тестирование: Книга 1; Пер. с англ./ Под ред. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского; Предисл. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского. - М.: Педагогика, 1982. - 320 с.
15. Андреева Н.Г., Цыганкова И.В. Потребность населения в информации по проблеме здорового образа жизни // Советское здравоохранение. - 1990. - № 2. - С. 50 – 53.
16. Анцыферова Л.И. Психологическое учение о человеке: теория Б.Г. Ананьева, зарубежные концепции, актуальные проблемы // Психологический журнал. - 1998. - Т. 18. - № 5. - С. 3.
17. Асмолов А.Г., Братусь Б.С., Зейгарник Б.В., Петровский В.А., Субботский Е.В., Хараш А.У., Цветкова Л.С. О некоторых перспективах исследования смысловых образований личности // Вопросы психологии. - 1979. - № 4. - С. 35 – 45.
18. Афсахов И.А. Отношение человека к здоровью // Социологические исследования. - 1992. - № 6. - С. 102 – 103.
19. Байярд Р.Т., Байярд Д. Ваш беспокойный подросток: практическое руководство для отчаявшихся родителей: Пер. с англ. - М.: Просвещение, 1991. - 224 с.: ил.
20. Балакшина Ж.А. Типы изменчивости интеллекта и личности в период их становления: (На примере подростков): Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. - СПб., 1995. - 242 с.: ил.
21. Балл Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности // Вопросы психологии. - 1989. - № 1.
22. Балл Г.А. Психологическое содержание личностной свободы: сущность и составляющие // Психологический журнал. - 1997. - Т. 18 - № 5. - С. 7 – 20.
23. Баранова Т.Б. Психологические особенности ценностного отношения

школьников к природе: (на материале 4 – 10-х кл.): Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. – Киев, 1984. – 183 л., ил.

24. Бахарева Н.В. Шкала приемлемости как метод изучения взаимоотношений // Человек и общество. Проблемы социального планирования. – Л., 1970.

25. Безруких М.М., Ефимова С.П. Ребенок идет в школу: Учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений. – 4-е изд., перераб. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 248 с.

26. Бердяев Н.А. Истина и откровение: Прологомены к критике откровения/ [Послесл. В. Безносова]; Рус. христиан. гуманитар. ин-т. – СПб.: Изд-во Рус. христиан. гуманитар. ин-та, 1996. – 383 с. – (Серия «Из архива русской эмиграции»).

27. Бердяев Н.А. О назначении человека. - М.: «Республика», 1993. – 382 с. – (Библиотека этической мысли).

28. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / АН СССР, Дальневост. отд-ние, Ин-т биолог. пробл. Севера, М-во здравоохранения СССР, 1-й Моск. мед. ин-т им. И.М. Сеченова. - Л.: Наука. Ленинград. отд-ние, 1988. – 267 с.: ил.

29. Берн Э. Игры, в которые играют люди: Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры: Психология человеческой судьбы: Пер. с англ./ Общ. ред. М.С. Мацковского; [Послесл. Л.Г. Ионина, М.С. Мацковского] – М.: Прогресс, 1988. – 399 с.

30. Бернс Р. Развитие Я – концепции и воспитание: [Пер. с англ.]/ Общ. ред. и вступит. ст.: [с. 5-24] В.Я. Пилиповского. – М.: Прогресс, 1986. – 420 с.

31. Бетелева Т.Т., Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А.. Сенсорные механизмы развивающегося мозга. - М.: Наука, 1977. - 175 с.

32. Богоявленский Н.А. Древнерусское врачевание в XI – XVII в.в. - М.: Медгиз, 1960. – 326 с.

33. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М.: Просвещение, 1968. – 492 с.

34. Бойко В.В., Немировский Д.Э., Турыгин В.В. Изучение факторов здо-

рового образа жизни на промышленном предприятии // Советское здравоохранение. – 1991. - № 7. - С. 43 – 47.

35. Большая советская энциклопедия. - М., 1972. - Т. 9. – С. 442; 1970. - Т. 3. - С. 509.

36. Боярский А.П., Чернова Т.В. Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качестве медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. - 1993. - № 7. - С. 5 – 7.

37. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. – 1997. - № 5. – С. 5 – 6.

38. Братусь Б.С. Смысловая сфера личности // Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Изд-во МГУ, 1980. – С. 80 – 108.

39. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. - СПб. И др.: Питер Ком, 1999. – 517 с. – (Мастера психологии: Сер.).

40. Бушурова В.Г. Социальная адаптация курсантов к условиям жизни и деятельности в вузе: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. 19.00.05. - Л., 1986. – 16 с.

41. Бюлер Ш., Хетцер Г. Диагностика нервно-психического развития детей раннего возраста (Тесты развития 1-6 года жизни). Пер с нем. Н.И. Касаткина и Е.М. Лахтиной. Под ред. и пред. проф. Н.М. Щелованова. - М.: Учпедгиз, «Образование», 1935. – 126 с.

42. Бююль А., Цёфель П. (Achim Buhl, Peter Zofel). SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: Пер. с нем. / Бююль Ахим, Цёфель Петер - СПб: ООО "ДиаСофтЮП", 2001. – 608 с.

43. Бянь Чжинжун. Секреты молодости и долголетия. – М.: Молодая гвардия, 1989. – 64 с.

44. Вагнер Е.А. Раздумья о врачебном долге. - Пермь: Кн. изд., 1991. – 245 с.

45. Вайзман Н.П., Зарецкий В.В. К вопросу о «детях группы педагогического риска» // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, по-

мощь, возвращение в жизнь: Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. 22-25 сентября 1998 г./ Науч. ред.: Н.В. Вострокнутов, А.А. Северный. – М.: Грааль, 1998. –252 с.: табл.

46. Вакина И.А., Егорова Е.В., КORTE А.Н. и др. Ранняя диагностика - раннее вмешательство: Программа работы с детьми и подростками. - Вып. 2. - СПб., 1998. – С. 5.

47. Варламова Е.П. К человеческому в человеке // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. А.А. Крылова, Л.А. Коростылевой. - СПб.: Изд-во С.-Петербур. гос. ун-та, 1997. – 239 с.: ил.

48. Васильева З.А., Любинская С.М. Резервы здоровья. – М.: Медицина, 1984. – 271 с.

49. Василюк Ф.Е. Психология переживаний (преодоление критических ситуаций). – М., 1984. – 199 с.

50. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе к оценке психической адаптации// Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. - № 3. – С. 16 –26.

51. Вестник образования / Сборник приказов и инструкций Министерства образования России. – № 12. – 2001. – С. 22 – 43.

52. Вернадский В.И. Избранные сочинения: В 6-ти т. Отв. ред. Акад. А.П. Виноградов. Т. 1 – 5. - М., Изд-во АН СССР, 1954 – 1960. – Т 5. – 1960. – 422 с.

53. Витулкас Д. Новая модель здоровья и болезни. - М., 1997, С. 38 – 39.

54. Водогреева Л.В., Андреева Н.Г., Гладышева Н.В. Отношение лиц с высшим образованием к своему здоровью // Советское здравоохранение. - 1989. - № 11. – С. 31 – 34.

55. Водопьянова Н.Е., Кодырева Н.В. Психология здоровья. // Вестник Ленинградского университета. – Сер. 6. – 1991. - Вып. 4 - № 27. – С. 50 – 58.

56. Войтенко В.П. Здоровье здоровых. Введение в санологию. – Киев: Здоровья, 1991. – 248 с.

57. Воробьев В.М., Коновалова Н.Л. Исследования потребностей в сфере общения у детей с задержкой психического развития // Материалы междуна-

родной научно-практической конференции памяти К.С. Лебединской. – М., 1995.

58. Вострокнутов Н.В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков: Материалы Всерос. науч.-практ. конф., 25-27 окт. 1995 г. / Редкол. А.А. Северный и др. – М., 1995. – 111 с.: табл.

59. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах. – М., 1982 - 1984. – Т. 5. С. 261, С. 267, С. 315 - 317, С. 340.

60. Гарбузов В.И. Практическая психология, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. – СПб.: АО «Сфера», 1994. – 160 с.

61. Гласс Дж. Статистические методы в педагогике и психологии. Пер. с англ. Л.И. Хайрусовой. Общ. ред. Ю.П. Адлера. Послеслов. Ю.П. Адлера, А.Н. Ковалёва. - М.: Прогресс, 1976. – 494 с.: с ил.

62. Гозман Л.Я. Психология эмоциональных отношений. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 174 с.

63. Горинов В.В. Понятие психического здоровья и критерии судебно-психиатрических экспертных оценок// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. - № 3. – С. 164 – 170.

64. Граве Л.С. Об адаптации в живых системах // Адаптивные системы/ АН Латв. ССР, Ин-т электроники и вычисл. техники – Рига: Зинатне, 1972. - Вып. 1.

65. Гришина Н.В. Психология межличностного конфликта: Дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.05. - СПб., 1995. – 361 с.: ил.

66. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья: Дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.05. – СПб., 1997. – 392 с.

67. Гуревич А.Я. Проблемы средневековой народной культуры. М.: Искусство, 1981. – 359 с.

68. Гуревич П.С. Человек и его ценности // Человек и его ценности. – М., 1988. – С. 1 – 15.

69. Даниленко О.И. Душевное здоровье как культурно-исторический фе-

номен// Психологический журнал. – 1988. – Т. 9. – № 2 – С. 108 – 117.

70. Данилова Н.Н. Психофизиология. - М.: Аспект Пресс, 1998. - 373 с.

71. Демьянов Ю.Г. Основы психопрофилактики и психотерапии: Пособие – практикум / Ю.Г. Демьянов. - СПб.: МиМ: Паритет, 1999. – 221 с.: ил. – (Для высшей школы).

72. Дерябо С.Д. Диагностика образовательной среды (пособие для учителя)/ Под ред. В.П. Лебедевой, В.И. Пановой. Рецензент В.В. Давыдов. - М., РАО Центр комплексного формирования личности. - Черноголовка, 1997. – 190 с.

73. Дерябо С.Д., Ясвин В.А. Экологическая педагогика и психология: Учеб. Пособие для студентов вузов. – Ростов н/Д. : Феникс, - 1996. – 476 с.:ил.

74. Деятельностный подход в психологии: проблемы и перспективы: Сб. науч. трудов/ АПН СССР, НИИ общ. и пед. психологии; [Редкол.: В.В. Давыдов, Д.А. Леонтьев] – М.: АПН СССР, 1990. – 180 с.

75. Диагностика школьной дезадаптации: Для школьных психологов и учителей начальных классов системы компенсирующего обучения / Под ред. С.А. Беличевой, И.А. Коробейниковой, Г.Ф. Кумариной. - М., 1995. - С. 9.

76. Домострой. Минск: ТПЦ «Полифакт», 1991. - 48 с.

77. Доскин В.А., Куинджи Н.И. Биологические ритмы растущего организма. М., 1989. 219 с.

78. Дробницкий О.Г., Леонтьев Д.А. Ценность// Философский энциклопедический словарь. – М., 1989. – С. 732 – 733.

79. Дубровинская Н.В. Нейрофизиологические механизмы внимания. – Л.: Наука, 1985. - 144 с.

80. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. – 144 с.: ил.

81. Едимская Н.А. Здоровье в системе ценностей личности: Дис. ... канд. филос. Наук: 09.00.01. – Л., 1986. – 203 с.

82. Ермоленко В.Д. Психологические особенности развития ценностных ориентаций детей в периоды перехода в младший школьный и подростковый

возраст: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1984. – 23 с.

83. Жук Г.А., Кожокаръ В.И., Слюсар И.Б. Психолого-педагогические основы обучения, воспитания и здоровья / Отв. ред. д-р психол. наук Н.И. Букун; НИИ педагогики. – Кишенев: «Штиинца». 1989. – 115 с.: ил.

84. Жуков Ю.М., Петровская Л.А., Растянников П.В. Диагностика и развитие компетентности в общении. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. – 96с.

85. Журавлева И.В. Отношение к здоровью как элемент самосохранительного поведения. // Отношение населения к здоровью. / Под ред.: И.В. Журавлевой. М. ИС РАН. 1993. С. 29 – 34.

86. Журба Л.Т., Мастюкова ЕМ. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. - М.: Медицина, 1981. – 271 с., граф.

87. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. - Л.: Медицина, 1988. – 248 с.

88. Захаров В.П., Векилова С.А., Завьялов Е.И., Сидоренко Е.В. Социально-психологический тренинг как фактор социального развития личности// Психологическое обеспечение социального развития человека: Межвузовский сборник. (Экспериментальная и прикладная психология. – Вып. 13). / Под ред.: А.А. Крылова. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1989. – С. 80 – 84.

89. Здоровье как фактор социализации личности. Программа Северного учебного округа // Классный руководитель. – 1977. - № 5. - С. 49 – 59.

90. Здравомыслов А.Г. Потребности. Интересы. Ценности. - М., 1986. – 223 с.

91. Здравомыслов А.Г., Ядов В.А. Отношения к труду и ценностная ориентация личности // Социология в СССР. – М, 1966. – Т. 2. – С. 189 – 209.

92. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб.: Изд-во ООО «Речь», 2000. – 310 с.

93. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. Практикум по креативной терапии. – СПб.: Изд-во «Речь»; «ТЦ Сфера», 2001. – 400 с.: ил.

94. Ибн Сина. Канон врачебной науки. [В 5-ти кн. Предисл. дейст. чл. Академ. наук СССР В.Н. Терновского. Вступит. Статья Б.Д. Петрова. К 1000-летию

со дня рождения Ибн Сины]. Кн.1. – Ташкент, Изд-во Акад. Наук УзССР, 1954. – 550 с.

95. Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. Киев. Здоровья. - 1981. – 184 с.

96. Изуткин А.М., Царегородцев Г.И. Социалистический образ жизни и здоровье населения. - М.: Медицина, 1977. - С. 136 - 137.

97. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).

98. Ильин И.А. Мой врач // Собр. Соч. : В 10 т. - / Сост. и коммент. Ю.Т. Лисицы; Худож. Л.Ф. Шканов. – М.; Русская книга, 1994. – Т. 8. – С. 192 – 499.

99. Ильин И.А. О здоровье // Собр. Соч. : В 10 т. – / Сост. и коммент. Ю.Т. Лисицы; Худож. Л.Ф. Шканов. – М.; Русская книга, 1994. – Т. 3 – С. 264 – 269.

100. Искусство быть здоровым. М.: Физкультура и спорт, 1984. – 375 с.

101. К проблеме формирования ценностных ориентаций и социальной активности личности: Сборник науч. трудов/ Моск. гос. пед. ин-т им. В.И. Ленина. - Под ред. В.М. Мухиной. – М., 1979. – Вып. 1. – 101с.

102. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья - термин или концепция? // Вопросы психологии. – 1993. – №1. – С. 86 – 88.

103. Казначеев В.П. Здоровье нации – феномен экологии XXI века// Материалы I Всероссийского форума «III тысячелетие. Пути к здоровью нации». Москва, 15-17 мая 2001. – 194 с. (С. 160)

104. Камсюк Л.Г. Социально-гигиенические проблемы семьи.// Советское здравоохранение. - 1987. - №3. – С. 20 – 25.

105. Каракатян А.Н. Особенности формирования отношения к своему здоровью работниц промышленности и сельского хозяйства // Советское здравоохранение. – 1990. – № 1. С. 44 - 46.

106. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985. – 303 с.

107. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л.: Медицина, 1980. – 184 с.

108. Китаев П.М. О некоторых проблемах целостного понимания человека //

Вестник Санкт-Петербургского университета. - Сер. 6. - 1992. - Вып. 1. – № 6. - С. 122 – 125.

109. Китаев-Смык Л.А. Проблемы интеграции психологии и медицины // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 1988. - Т. 9. - № 5. - С. 85 - 96.

110. Клименко И.Ф. Психологические особенности отношений к себе и другим как носителям нравственных ценностей на разных этапах онтогенеза личности: Автореф. дис. ... канд. психолог. наук. - М., 1987. – 23 с.

111. Коджаспирова Г.М. Культура профессионального самообразования педагога. Пособие / Под ред. д-ра психол. наук, акад. Ю.М. Забродина. – М., 1994. – 344 с.: 16 ил., С. 173-175.

112. Кон И.С. Ребенок и общество. - М., 1988. – 270 с.

113. Коновалова Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. – СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та. 2000. – 232 с.

114. Коновалова Н.Л. Психическая адаптация как предмет медицинской, возрастной и специальной психологии // Сб. докл. междунар. симпозиума. - СПб., 1993.

115. Коновалова Н.Л. Психологические критерии социальной адаптации детей группы риска // Социальная работа с детьми и подростками группы риска / Под ред. А.А. Реана. - СПб., 2000.

116. Копина О.С., Макалистер А. Подходы к изменению поведения населения в медицинских профилактических программах США // Вопросы психологии. – 1995. – № 5. – С. 128 – 141.

117. Красненков В.Л., Дербенев Д.П., Козлова Т.Д. Некоторые вопросы изучения образа жизни и отношения к своему здоровью работников птицефабрик // Здравоохранение Российской Федерации. - 1986. - № 1. – С. 7 - 10.

118. Кривцова С.В. и др. Подросток на перекрестке эпох / Под ред. С.В. Кривцовой. – М.: Генезис. – 1997. – 288 с.

119. Круглов Б.С. Роль ценностных ориентаций в формировании личности школьника // Психологические особенности формирования личности школьни-

ка / Сборник науч. трудов. – М., 1983. – С. 4 – 11.

120. Крэйг Г. Психология развития. - СПб., 2000. - С. 60 -101.

121. Крюкова С.В., Слободяник Н.П. Удивляюсь, злюсь, боюсь, хвастаюсь и радуюсь. Программы эмоционального развития детей дошкольного и младшего школьного возраста: Практическое пособие. – М.: Генезис, 2000. – 208 с., ил.

122. Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира детей. Популярное пособие для родителей и педагогов. – Ярославль: Академия развития, 1996. – 208 с., ил.

123. Куинджи Н.Н. Валеология: Пути формирования здоровья школьников: Методическое пособие. - М.: Аспект Пресс, 2000. — 139 с.

124. Куренков П. Русский народный лечебник. М.: Палея. Ассоциация Бимпа, 1991. – 190 с.

125. Лазурский А.Ф. Классификация личностей. Изд. 2-е. Под ред. М.Я. Басова и В.Н. Мясичева.– М.-Пг., Гос. изд. -1923. – 368 с.

126. Лазурский А.Ф. Очерк науки о характерах. 2-е доп. Изд. Спб., К.Л. Риккер, (1908). - 354 с.

127. Лакин Г.Ф. Биометрия: Учебное пособие для биологических спец. Вузов. 3-е изд-е, переработ. и дополн. М.: Высшая школа, 1980. – 293 с.

128. Лебединский В.В. Нарушения психологического развития у детей: Учеб. Пособие. - М.: Изд-во МГУ, 1985. – 167 с.

129. Левин В. Психологический анализ понятия душевной болезни // Психологический журнал. – 1988. – Т. 9. - № 3. – С. 148.

130. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.

131. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – М.: Изд-во МГУ, 1972. – 575 с.

132. Леонтьев Д.А. Методика изучения ценностных ориентаций. – М., 1992. – Вып. 5.

133. Линдемман Ханнес, Селье Ганс. Система психофизического саморегулирования. / Х. Линдемман/, перевод с нем. Когда стресс не приносит горя. /Г. Се-

ль/, перевод с англ. - Состав и художественное оформление МНПП «РЭНАР» при участии фирмы «Белая Русь», 1992. - 160 с.

134. Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины: Критический анализ. - 2-е изд. - М.: Медицина, 1982. - 328 с.

135. Лисицын Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. - М.: Мысль, 1989. – 270 с.

136. Литвак А.Г. Путь реабилитации и интеграции инвалидов по зрению: коррекция или профилактика // Дефектология. - 1991. - № 6.

137. Литвак А.Г. Тифлопсихология: Учеб. Пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология». - М.: Просвещение, 1985. – 206 с.

138. Лихачев Д.С. О национальном характере русских // Вопросы философии. - 1990. - № 4. - С. 3 - 7.

139. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1984. – 444 с.

140. Ломов Б.Ф. О системном подходе в психологии // Вопросы психологии. - 1975. - № 2. - С. 31 - 45.

141. Ломов Б.Ф. Система наук о человеке // Психологический журнал. - 1987. – Т. 8 - № 1. - С. 3 - 13.

142. Лопатина В.И. Психолого-педагогическая профилактика и реабилитация социального сиротства детей и подростков: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / ПИ РАО. – М., 2001 – 28 с.

143. Лоранский Д.Н., Бастрыкин 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 (сборник научных трудов) / Под ред.: А.Ф. Сидоренко, О.А. Александровой. - М.: ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. В.Я. Семашко. - 1980. - Т. 2. - С. 101 - 105.

144. Лосев А.Ф. Дерзание духа. – М., 1988. - С. 178.

145. Лубовский Д. В. Диагностика отношений младших подростков к другим людям как показатель развития личности: Автореф. дис. ... канд. психол.

наук. - М., 1990. – 21 с.

146. Лука (Войно – Ясенецкий, Валентин Феликсович; архиепископ Симферопольский и Крымский; 1877 – 1961). Дух, душа, тело. - Брюссель: Жизнь с Богом, 1978. – 183 с.

147. Лукин М.В. Динамика отношения к себе в процессе организаторской деятельности руководителя: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / ЛГУ, Фак. психологии – Л., 1986. – 20 с.

148. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии М.: Изд-во МГУ, 1973. - 192 с.

149. Лучков В.В., Рокитянский С.В. Понятие нормы в психологии // Вестник Московского университета. – Сер. 14. Психология. – 1987. - № 2. – С. 46 – 59.

150. МакКихан И., Кэмпбелл Р., Туманов С.В. Образ жизни, привычки, влияющие на здоровье москвичей и Закон о медицинском страховании 1991-1993 // Социологические исследования. - 1993. - № 3. - С. 45 - 49.

151. Малоизученный медико-философский трактат аль-Фараби // Перевод А.Л. Казибердова // Вопросы философии. – 1978. – № 10. – С. 134 – 145.

152. Маркова А.И. Представление посетителей поликлиники о здоровье и здоровом образе жизни // Здравоохранение Российской Федерации. - 1993. - № 9. - С. 22 - 25.

153. Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю. Введение в психофизиологию. - М.: Московский психолого-социальный институт Флинта, 1997. - 240 с.

154. Мастеров Б.М. Психология саморазвития: психотехника риска и правила безопасности. - М.: Интерпраксис, 1994. – 160 с.

155. Материалы Московской городской конференции «Профессиональное здоровье учителя – стратегическая проблема современной школы» 14 - 15 июня 1999 г. - М., 1999. – 160 с.

156. Медик А.В. Результаты изучения мнения городского населения об организации медицинской помощи и отношении к своему здоровью // Современное здравоохранение. - 1991. - № 10. - С. 20 - 23.

157. Медникова М.В. Древние трепанации Евразии: медицинские и ритуальные аспекты. Монография. Рукопись.

158. Мерлин В.С. Лекции по психологии мотивов человека. – Пермь, 1971. – 120 с.
159. Мерлин В.С. Психология индивидуальности/ Под редакцией Е.А. Климова – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: МПО «МОДЭК», 1996. – 448 с.
160. Москаленко А.Г., Сержантов В.Ф. Личность как предмет философского познания. - Новосибирск, 1984. - С. 212 – 231.
161. Мотков О.И. В гармонии с собой и миром // Школьный психолог. – 1998. – № 21 – 22. – С. 8 – 9.
162. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. – М., 1994.
163. Мягер В.К. Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики // Психогигиена и психопрофилактика / Редкол. В.К. Мягер и др. - Л., 1983. – 143 с. (Сб. науч. тр. / Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, ИССН 0455-6550; т. 103).
164. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 224 с.
165. Мясищев В.Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека // Психологическая наука в СССР. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. - Ч.2. - С. 110 - 125.
166. Мясищев В.Н. Проблема личности и отношений человека // Материалы совещания по психологии. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1957. - С. 71 - 72.
167. Мясищев В.Н. Психология отношений: Под редакцией А.А. Бодалева/ Вступительная статья А.А. Бодалева. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: МПО «МОДЭК», 1995. – 356 с.
168. Мясищев В.Н. Социальная психология и психология отношений // Проблемы общей психологии. - М.: Наука, 1965. – 98 с.
169. Мясищев В.Н., Голиков Н.В. Теория отношений и принцип доминанты в психофизиологической деятельности человека / Нейрофизиологические механизмы психической деятельности человека. – М.: Наука, 1974. – С.130 – 137.
170. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности: (Формы, механизмы и стратегии) / АН АрмССР, Ин-т философии и права. – Ереван: Изд-

во АН АрмССР, 1988. – 262 с.

171. Нарницын Н.Н. Азбука психологической безопасности. – М.: Изд-во «Русский журнал», 2000. – 224с.

172. Непомнящая Н.И. О методике системного изучения психического развития детей / Вопросы психологии. – 1973. № 6. – С.86 – 95.

173. Непомнящая Н.И. О ценности и её роли в структуре личности // Проблемы формирования социогенных потребностей.– Тбилиси, 1974.– С. 124–127.

174. Непомнящая Н.И., Каневская М.В., Пахомова О.Н., Барцалкина В.В., Рубцова С.Н, Музе Э.Н. Ценность как центральный компонент структуры личности // Вопросы психологии. – 1980. - № 1. – С. 22 – 30.

175. Общая психодиагностика: Основы психодиагностики, немед. психотерапии и психол. консультирования: [Учеб. Пособие для ун-тов по спец. «Психология»]; Под ред. А.А. Бодалёва, В.В. Столина. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 303 с.

176. Ожегов С.И. Словарь русского языка. – М.: Советская энциклопедия, 1968. – 900 с.

177. Опыт системного исследования психики ребенка / Под ред. Н.И. Непомнящей – М.: Педагогика, 1975. – 232 с.

178. Основы врачебной науки Тибета. Жуд-ши. - М.: Наука, 1991. – С. 65.

179. Основы здорового образа жизни: Учебное пособие / В.А. Бароненко, В.Н. Люберцев, Л.А. Рапопорт / Екатеринбург: Изд-во УГТУ, 1999, - 410 с.

180. Отношение населения к здоровью: Сб. науч. тр./ Рос. А.Н. Ин-т Социологии / Отв. ред. И.В. Журавлева. - М., 1993.- Программа: «Человек в кризисном обществе». Руководитель: д. ф. н., проф. Ядов В.А.

181. Оуэн Н. Магические метафоры. 77 историй для учителей, терапевтов и думающих людей / Пер. с англ. Е. Рачковой. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с. (Серия «Как стать психологом»).

182. Павленко В.Н. Деятельностный подход к проблеме нормального психического развития // Вопросы психологии. – 1993. - № 3. – С. 94 – 100.

183. Панкратьева Н.В., Попов В.Ф., Шиленко Ю.В. Здоровье — социальная

ценность: Вопросы и ответы. - М.: Мысль, 1989. – 236 с.

184. Пантилеев С.Р., Столин В.В. Методика исследования самооотношения // Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики. – М., 1989. – С. 166 – 172.

185. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.: ил.

186. Перспективы гуманитарного образования в средней школе. Доклады Российско – американской конференции / Под ред. М.С. Мацковецкого (Россия) и Р. Шейермана (США) – М., 1992. - 194с.

187. Петленко В.П., Ананьев В.А. Охрана и укрепление психического здоровья // Военно-медицинский журнал. – 1992. – № 3. – С. 55 – 58.

188. Петровская Л.А. Теоретические и методические основы социально-психологического тренинга: Дис. ... докт. психол. наук: 19.00.05 / Моск. гос.ун-т. – М., 1985.

189. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. – М.: Изд-во МГУ, 1982. – 168 с.

190. Пидкасистый П.И., Фридман Л.М., Гарунов М.Г. Психолого-педагогический справочник преподавателя высшей школы. – М.: Педагогическое общество России, 1999. – 354 с.

191. Пискунов В.А. О смене парадигмы в медицине и здравоохранении// Здравоохранение Российской Федерации. – 1994. - № 1. – С. 33 – 37.

192. Платон. Смерть Сократа // Психология личности. Тексты. - М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1982. - Т. 2. - С. 64 - 68, 73, 79, 96 -114, 244 –257.

193. Платонов К.К. О системе психологии. – М.: Мысль, 1972. – 216 с.

194. Платонов К.К. Способности и характер / Теоретические проблемы психологии личности. – М.: Наука, 1974. – С. 187 – 208.

195. Подольская Е.А. Ценностные ориентации и проблема активности личности. – Харьков: Изд-во «Основа» при Харьк. гос. ун-те, 1991. – 162 с.

196. Подольский А.И. Становление познавательного действия: научная абстракция и реальность. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 173 с.

197. Пономаренко В.А. Профессиональное здоровье личного состава как категория боеготовности и боеспособности войск // Военно-медицинский журнал. – 1991. – № 3. – С. 54 – 57.

198. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной: Учебник для студентов высших и средних специальных учебных заведений. – М.: ТЦ «Сфера», 1997. – 528 с.

199. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: Психологическая природа и возрастная динамика. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с. (Серия «Библиотека психолога»).

200. Прутченков А.С. Социально-психологический тренинг межличностного общения. – М.: О-во «Знание» РСФСР, 1991. – 48 с. – (В помощь лектору. Секция педагогических и психологических знаний).

201. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. – 4-е изд. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 176 с. – (Руководство практического психолога).

202. Психологические аспекты нравственного развития личности. - М., 1977. - 64 с. - С. 9.

203. Психологические основы формирования личности в педагогическом процессе / Под ред. А. Коссаковски и др. – М.: Педагогика, 1981. – 224 с.

204. Психология личности: Тексты / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. - М.: Изд-во МГУ, 1982. - С. 255 - 256.

205. Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / А.Г. Асмолов, Б.С. Братусь, С.Л. Братченко и др.; Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. - М.: Смысл, 1997. – 332 с.: ил. – (Фундаментальная психология).

206. Психология сказки и сказкотерапия (Специальный выпуск) /Журнал практического психолога. – М.– 1999. - № 10 - 11 (октябрь – ноябрь). – 264 с.

207. Психология: Учебник / В.М. Аллахвердов, д-р психол. наук, проф., С.И. Богданова, канд. психол. наук, Л.И. Вансовская, канд. пед. наук и др.; Под

- ред. д-ра психол. наук, проф. А.А. Крылова. - М.: Проспект, 1998. – 583 с.: ил.
208. Психология: Учебник. Никифоров Г.С. - М., 1998. - С. 455.
209. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб., 1998. - С. 78, С. 231, С. 240, С. 401.
210. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. СПб., 2000. С. 240 - 241.
211. Рахманов Р.С., Жук Е.Г. Здоровый образ жизни и здоровье воинского коллектива // Военно-медицинский журнал. - 1994. - № 7. - С. 45 - 47.
212. Реан А.А. Школьная психология: проблемы, теория, практика // Тез. Всерос. конференции «Практическая психология в школе (цели и средства)». - СПб., 1996.
213. Решение Коллегии Минобразования РФ «Об организации системы реабилитации детей со школьной дезадаптации», 1997.
214. Рогов Е.И. Эмоции и воля. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. – 240 с.: ил. – (Азбука психологии).
215. Роджерс К. Вопросы, которые я бы себе задал, если бы был учителем // Семья и школа. – 1987. - № 10. – С. 21 – 24.
216. Родионова Е.А. Социально-психологические факторы здоровья человека в условиях современной научно-технической революции. (В помощь лекторам, пропагандистам и руководителям теоретического семинара «НТП и проблемы здоровья человека»). – Волгоград, 1974. – 20 с.
217. Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии. – 2000. - № 1 (21) – С. 12 – 30.
218. Ротенберг В.С. Проблемы воспитания в свете психосоматической парадигмы // Вопросы психологии. – 1989. – С. 22 – 28.
219. Рохлин Л.Л. Некоторые методологические проблемы отношений социальной психологии и клинической психиатрии // Психология и медицина: Материалы к симпозиуму / Под ред. В.М. Банщикова, В.Ф. Ломова. - М., МЗ РСФСР, АН СССР. 1978. - № 1. - С. 25 - 36.
220. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. О месте психического во всеобщей

взаимосвязи явлений материального мира. – М.: АПН СССР, 1957. – 328 с.

221. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М.: Учпедгиз, 1946. – 704 с.

222. Рубинштейн С.Л. Основы психологии. - Л., 1959. - С. 125 -134.

223. Рубинштейн С.Я. О воспитании привычек у детей. Учебное пособие для студентов. – М.: Институт практической психологии, 1996. – 41 с.

224. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. – М.: Прогресс, 1993. – 365 с.

225. Сайко В.Д. Ценностные ориентации детей при переходе в младший школьный и подростковый возраст // Вопросы психологии. – 1986. - № 2.

226. Сайко Э.В. Здоровье как явление социального бытия и основание действенной силы человека в его эволюции // Мир психологии. – Москва – Воронеж: Московский психолого-социальный институт, НПО «МОДЭК», 2000. - № 1 (21). – С. 3 -11.

227. Сахно А.В. Теоретико-методологические и медико-социальные проблемы общественного здоровья: Автореферат. дис. ... д-ра мед. наук (в форме научного доклада). М. Российский гос. мед. ун-т. 1992. – 45 с.

228. Сборник приказов и инструкций Министерства Образования России / Вестник образования. – 2001. – Июнь. - № 12. – С. 13 – 74.

229. Свенцицкий А.Л. Социальные нормы как регуляторы поведения личности // Промышленная социальная психология. / Под ред.: Е.С. Кузьмина, А.Л. Свенцицкого. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1982. - С. 58 – 63.

230. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. В.И. Кондрора и А.А. Рогова. Ред и вступ статья проф. М.Г. Дурмишьянс. - М.: Медгиз, 1960. – 254 с. с черт.; 8 л. ил.

231. Семичов С.Б. К постановке вопроса о выделении психоневрологии среднего возраста // Психогигиена и психопрофилактика: Сборник научных трудов/ Под ред.: В.Н. Мягер, В.П. Козлова, В.Н. Семеновой-Тян-Шанской. - Л., НИИ им. В.М. Бехтерева. – 1983. – С. 129 – 136.

232. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина Ленингр. отд-ние, 1987. – 181 с.

цина Ленингр. отд-ние, 1987. – 181 с.

233. Серова И.А. Антропософия здоровья: (Тело и дух): Дис. ... д-ра филос. наук: 09.00.11. – Екатеринбург, 1992. – 332 с.

234. Сидельковский А.П. Психологические основы отношений школьников к природе: Учеб пособие/ Моск. гос. пед. ин-т им. В.И. Ленина. - М., Ставрополь: Ставроп. госпединститут, 1987 (1988). – 87 с.

235. Система медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях (Сборник нормативно-правовых документов)// Отв. ред. Л.К. Селявина – М., «Центр инноваций в педагогике», 1999. – 302 с.

236. Соколов Д.Ю. Сказки и сказкотерапия. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 304 с. (Серия «Как стать психологом»).

237. Соколова Е. Т. Особенности самосознания при невротическом развитии личности: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук: (19.00.04) / МГУ им. М.в. Ломоносова. - М.,1991. – 107 с.

238. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. М., 1980.

239. Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни: [Сб. ст.] / Академия Наук СССР, Ин-т социологии; [Редкол. Журавлева И.В. (отв. ред.), Шилова Л.С.]. - М.: ИС, 1989. – 187 с.

240. Столин В.В. Исследование эмоционально – ценностного отношения к себе с помощью методики управляемой роекции // Психологический журнал. – 1981. – № 3 – Т. 2. – С. 104 – 117.

241. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. – М.: Медицина, 1991. – 270 с.

242. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. - Л.: Медицина, 1984. – 192 с.

243. Тейяр де Шарден П. Феномен человека / Пер. с фр.Н.А. Садовского; Предисл., с. 3 – 36, и комент. Б.А. Старостина]; Гос. ком. СССР по науке и технике и др. – М., 1987. – 239 с.

244. Тимофеев Ю.Т. Некоторые вопросы психогигиены и физического здо-

рочья личности в свете теории отношений. // Психология личности и малых групп/ Под ред.: Е.С. Кузьмина, И.П. Волкова, А.В. Ярмоленко. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1977. - С. 33 - 38.

245. Тищенко П.Д. Проблема человека и комплексный подход к феноменам «здоровье» и «болезнь»// Здоровье человека в условиях НТР. - Новосибирск, 1989. - С. 5.

246. Узнадзе Д.Н. Психологические мотивации поведения человека. – М., 1969.

247. Тугаринов В.П. О ценностях жизни и культуры. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 156 с.

248. Тэйлор Э. Первобытная культура. – М., 1939. – С. 270 – 271.

249. Ульенкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. – М.: Педагогика, 1990. – 180 с.: ил. – (ОПН: Образование. Пед. науки. Дефектология).

250. Философия и медицина / Под ред. В.Ф. Сержантова, А.А. Королькова. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1986. - С. 207 – 211.

251. Франк С. Л. Реальность и человек. - СПб., 1997.

252. Франкл В. Человек в поисках смысла: Пер. с англ. И нем./ Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; Вступ ст. Д.А. Леонтьева - М.: Прогресс, 1990. – 366 с.

253. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции/ Изд. Подгот. М.Г. Ярошевский. - М.: Наука, 1989. – 455 с. – (Памятники истории науки АН СССР).

254. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа/ Анна Фрейд; (Пер с англ. и нем. Е. Биневой и др.). - М.: Апрель пресс: ЭКСМО-пресс, 1999. – Т. 1 – 1999. – 382 с.; Т. 2. – 1999. – 398 с.

255. Фридман Л.М. Психопедагогика общего образования. Пособие для студентов и учителей. – М.: Изд-во «Институт практической психологии», 1997. – 288с.

256. Фромм Э. Человек для себя: Исслед. психол. проблем этики / Пер. с англ. – Минск, Коллегиум, 1992. – 253 с.

257. Хайкин В.Л. Активность (характеристики и развитие). – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000. – 448 с. (Серия «Библиотека психолога»).

258. Хомик В.С. Программы предупреждения вредных привычек у школьников США // Вопросы психологии. - 1989. - № 1. - С. 148 - 155.

259. Хомская Е.Д., Будыка Е.В., Ефимова И.В. Межполушарная организация мозга и субъективная оценка здоровья. // Вестник Московского университета. – Сер. 14. Психология. – 1995. - № 2. – С. 20 - 29.

260. Хорни К. Невротическая личность нашего времени; Самоанализ: Пер. с англ./ Общ. ред. Г.В. Бурменской. - М.: Издательская группа «Прогресс» - «Универс», 1993. – 480 с.

261. Хухлаева О.В., Кирилина Т.Ю., Фёдорова О.В, Счастливый подросток. Программа профилактики нарушений психологического здоровья. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 224 с. (Серия «Как стать психологом»).

262. Царегородцев Г.И. Современный пациент // Советское здравоохранение. – 1989. - № 10. – С. 12 – 16.

263. Ценностные ориентации и интересы школьников: Сб. науч. тр. / АПН СССР, НИИ общ. педагогики; Ред. кол.; Т.Н. Мальковская, д-р пед. наук (отв. ред.) и др. – М., 1983. – 126 с.

264. Цукерман Г.А. Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов. - М.: Интерпраксис, 1994. – 160 с.

265. Чазов Е.И., Царегородцев Г.И. Здравоохранение трудящихся и социально-экономический прогресс общества // Здравоохранение Казахстана. – 1984. - № 7. – С. 7.

266. Человек и его ценности. Сборник / Отв. ред. П.С. Гуревич. – М., 1988. – Ч. 1, 139 с. – Ч. 2, 145 с.

267. Чеснова И.Г. Межличностные отношения в семье как фактор формирования эмоционально-ценностного самоотношения подростка: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / – АН СССР, Ин-т психологии. - М., 1987. – 23 с.

268. Чикин С.Я., Царегородцев Г.И. Что такое здоровье. М., 1989.

269. Шадиметов Ю.Ш. Человек: социально-экологические аспекты здоровья. – Т.: Узбекистан, 1990.

270. Шилова Л.С. Здоровье в системе ценностей личности// Отношения населения к здоровью. / Под ред.: И.В. Журавлевой. - М., ИС РАН. - 1993<sup>a</sup>. - С. 51 - 63.

271. Шилова Л.С. Распространенность гигиенических навыков и умений// Отношения населения к здоровью. / Под ред.: И.В. Журавлевой. - М., ИС РАН. - 1993<sup>b</sup>. - С. 159 - 168.

272. Шиняева Г.А. Здоровье человека: (Филос. - методол. анализ): Дис. ... канд. филос. наук,; 09.00.11. – Саратов. - 1994. – 118 с.

273. Шипицына Л.М. Социально-эмоциональные нарушения: школьная дезадаптация, средства диагностики и помощи // Социальное и душевное здоровье ребенка: защита, помощь, возвращение в жизнь: Материалы Всероссийской науч.-практ. конференции. (22 - 25 сентября 1998 г.). - М. - 1998. - С. 19.

274. Школа и психическое здоровье учащихся / [Александровская Э.М. и др. (СССР), Порколаб Л. и др. (ВНР), Гельниц Г. и др. (ГДР) и др.]; Под ред. С.М. Громбаха. – М.: Медицина, 1988. – 271 с.: ил.

275. Шнайдер К. Клиническая психопатология. - Киев, 1999.

276. Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья: Методологические аспекты. - Новосибирск. Наука. - 1989. – 136 с.

277. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психологическая коррекция делинквентного поведения у подростков с отклонениями характера // Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Республиканский сборник научных трудов / Под. ред.: В.А. Рожнова, Б.Д. Карвасарского. – Л. – НИИ им. В.М. Бехтерева. – 1982. – С. 115 – 119.

278. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. - Л.: Медицина. – 1990. – 192 с.

279. Эльконин Д.Б. Психолого-педагогическая диагностика // Психодиагностика и школа/ Под ред. К.М. Гуревича. - Таллинн, 1980.

280. Эриксон Э. Детство и общество/ Перевод, науч. ред. (и прим.) А.А.

Алексеева; (Статьи Д.Элкинда, Сони́на В.А.). - СПб.: Психол. центр «Ленато»: Фонд «Унив. кн.»; Балашиха: ТКО «АСТ», 1996. – 589 с: ил.

281. Юнг К.Г. Психологические типы/ Пер. с нем.. Лорие, перераб. и доп. В Зеленским; Под общ. ред. В Зеленского; [Предисл. Э. Метнера]. - М.: АСТ; СПб.: Унив. кн., 1996. – 715 с.

282. Ядов В.А. Взаимосвязь ценностных ориентаций и социальных установок // Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. – М., 1979. – С. 62 – 70.

283. Яковлева Е.Л. Психология развития творческого потенциала личности. – М.: Изд-во «Флинта», 1997. – 224 с.

284. Яновская М.Г. Эмоциональные аспекты нравственного воспитания: Кн. Для учителя. – М.: Просвещение, 1986. – 160 с.

285. Ясвин В.А. Исследование структурных характеристик личностного отношения к природе // Психологический журнал. – 1995. – Т. 16.- № 3. – С.70 – 73.

286. Adler N. Health psychology: why do some people get sick and some stay well?// Annual review of psychology. No. 45. 1994. pp. 229 – 259.

287. Argyle M., Furnhem A., Graham J. Social situations. Cambridge, 1981.

288. Gentry D.W. Anger management and work stress: health and unhealthy styles // Behavioral medicine: Work, stress and health / Ed. by: D.W. Gentry, H. Benson, C.J. deWolff. Dordrecht. Martinus Nijhoff Publ.1985. pp. 205 – 217.

289. Gentry D.W., Cobasa S.C.Q. Social and psychological recourses mediation stress – illness relationships in humans // Hand-book of behavioral medicine / Ed. by: D.W. Gentry. NY. Guilform Press. 1984. pp. 87 – 116.

290. Kaplan R.M. Social support and social health: is it time to rethink the WHO definition of health // Social support: theory, research and applications / Ed. by: I.G.Sarason, B.R. Sarason. Dordrecht. Martinus Nijhooff Publ. 1985<sup>b</sup>. pp. 96 – 113.

291. Kasl S.V. Strategies of research on economic instability and health // Influence of economic instability on health / Ed. by: J. John, D. Schwefel, H. Zollner. Berlin. Springer-Verlag. 1983. pp. 338 – 370.

292. Kasl S.V. Work and mental health // Work and quality of life: Resource paper for work in America / Ed. by: J.O'Tool. W.E. Upjohn Institute for employment research. 1974. pp. 171 – 196.

293. Kirk S., Kirk W. Psycholinguistic learning disabilities: Diagnosis and remediation. Ur-bana, 1971.

294. Lane R. Sociological aspects of mental well-being.// Mental health in changing community/ Ed. by: R. Brockband, D. Westby – Gibson. NY f. L. Grupe a. Stratton. 1966. pp. 43 – 45.

295. Maslow A.A. Motivation and Personality. N.Y. 1954.

296. Mechanic D. Health and behavior: perspectives on risk prevention// Prevention in health psychology./ Ed. by: J.C. Rosen, L.I. Solomon. Hanover a. L. University Press of New England. 1985. pp. 6 – 17.

297. Mechanic D. Medical sociology: A selective view. L. a. NY. Coller – Macmillan. Free Press. 1968. – VII. 504 p.

298. Offer D., Sabshin M. Normality: Theoretical and clinical concepts of mental health. NY a L. Basic Books. 1966. – XII. 253 p.

299. Prokop C.K., Bradley, Burish T.G., Anderson K.O., Fox J.E. Health psychology: Clinical methods and research. NY. Macmillan Publ. 1991. – XVII. 509 p.

300. Rogers C.R. Freedom to learn for the 80's (with spec. contribution by J.A. Allander e.a. Columbase a.)/ Howell. 1984, 312 p.

301. Rokeach M. The nature of human values. L. 1973.

302. Schwartz G.E. Psychology of health: a new synthesis./ Ed. by: B.L. Hammonds, C.J. Scheirer. Washington. American Psychological Association. 1984. pp. 145 – 193.

303. Schwartz Sh.H., Bilsky W. Toward a universal psychological structure of human values // Journal of Personality and Soc. Ps. – 1987 – V. 53(3) – p. 550 - 562.

304. Strauss A., Lehtinen L. Psychopathology and education of the braininjured child. New York, 1947.

305. Taylor S.S., Brown J.D. Positive illusion and well-being revisited: separating fact from fiction// Psychological bulletin. Vol.116. No. 1. July 1994. pp. 21 – 27.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Содержание приложений:

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Программа психологического обучения и воспитания школьников «Я – мой образ жизни – моё здоровье»**

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Программа изучения отношения к собственному здоровью**

2.1. Тест «Индекс отношения к здоровью. Ценностные ориентации» (Дерябо С.Д., Ясвин В.А.); 2.2. Методика экспресс - диагностики характерологических особенностей личности; 2.3. Шкала личностной тревожности для учащихся 10-16 лет (А.М. Прихожан); 2.4. Измерение выраженности астенического состояния; 2.5. Тест «Готовность к саморазвитию» (Г.М. Коджаспирова); 2.6. Изучение особенностей мотивации здорового образа жизни (атрибутивная методика); 2.7. «Выявление осознанности различных компонентов мотива»; 2.8. Методика «Парное сравнение»; 2.9. Опросник «Мой образ жизни»; 2.10. Анкета для родителей; 2.11. Общая карта группы результатов изучения отношения к здоровью; 2.12. Личная карточка учащегося

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3:**

3.1 Стратегия групповой работы

3.2. Притчи, сказки и методы диагностики, предусмотренные в программе «Я – мой образ жизни – моё здоровье»

3.3. Программа психолого-педагогического семинара для учителей и родителей «Культура здоровья в образовательном пространстве»

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4: Результаты исследования**

Таблица 4.1. Распределение испытуемых констатирующего этапа по группам, набравших соответствующее количество баллов по шкалам

Таблица 4.2. Средние значения показателей параметров отношения к здоровью в выборке учителей общеобразовательных школ (в станаинах)

Таблица 4.3. Распределение выборки учителей по уровням сформированности параметров отношения к здоровью (в % от группы)

Рисунок 4.1. Количественная представленность групп учителей по интенсивности отношения к здоровью и здоровому образу жизни

Приложение 4.4. Характеристика экспериментальной группы и социальной среды ее развития

Таблица 4.5. Ранговые показатели значимости различных категорий суждений в «Я» - концепции подростков экспериментальной группы

Таблица 4.6. Характеристика выборочной совокупности по самооценке готовности к развитию (количественная представленность подгрупп, в %)

Таблица 4.7. Зависимость между уровнем сформированности отношения к здоровью у подростков экспериментальной группы и темпераментом (% к общему числу испытуемых в группах)

Приложение 4.8. Изучение личностной тревожности

Таблица 4.8. Личностная тревожность (шкала тревожности для подростков А.М. Прихожан) (% к общему числу испытуемых в группах)

Таблица 4.9. Ранговая последовательность испытуемых экспериментальной группы (по методике «Парное сравнение»)

Таблица 4.10. Результаты анкетирования родителей

Таблица 4.11. А Соотношение характеристик и уровней осознанности отношения к собственному здоровью подростков экспериментальной группы (в % от выборки данной подгруппы)

Приложение 4.11. В Сводная таблица результатов изучения отношения к здоровью у подростков экспериментальной группы

Приложение 4.12. Сводная таблица результатов изучения отношения к здоровью у подростков контрольной группы

Таблица 4.13. Результаты анкетирования учащихся 8 - 9 классов школ №№ 1159, 1240, 817, НОУ школа «Планета» г. Москвы

Таблица 4.14. Некоторые результаты изучения отношения к здоровью у учащихся экспериментальной группы (1 - до и 2 - после эксперимента)

Таблица 4.15. Оценки интенсивности отношения к здоровью подростков экспериментальной группы до и после проведения СПТ

Таблица 4.16. Расчет  $d^2$  для рангового коэффициента корреляции Спирмена  $r_s$  при сопоставлении показателей практического компонента отношения к здоровью по мнению учителя и самого подростка экспериментальной группы

**ПРОГРАММА**  
**ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ**  
**«Я – МОЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – МОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

**ВВЕДЕНИЕ**

Наиболее серьезные социальные проблемы и проблемы здравоохранения, распространенные в настоящее время, вызваны, как показывают исследования, в большей степени особенностями поведения, образом жизни, сформировавшимися в подростковом возрасте. Медики многих поколений, отмечая, что большинство болезней взрослых уходит корнями в детство, указывали на особую роль школы в формировании как непосредственно здоровья ребенка, так и его отношения к своему здоровью, реальным действиям и поступкам, создающим предпосылки для формирования навыков здорового образа жизни.

Недостаточное внимание к медицинским, гигиеническим и социально-психологическим проблемам детей, подростков и юношества в значительной мере снижает общий уровень здоровья населения, а также, успехи при получении образования и профессии, определяет, в конечном итоге, общий уровень жизни, как индивидуума, так и общества в целом.

На образование как целостную государственную структуру, обеспечивающую социальное развитие личности, ложится ответственная задача - максимально возможного сохранения физического, психического и нравственного здоровья подрастающего поколения. Поэтому, создание программ, направленных на укрепление здоровья обучающихся, составленных с учетом их возрастных, психофизиологических, психологических особенностей и в соответствии с физиолого-гигиеническими нормативами, действительно, задача государственной важности.

Следует, однако, признать, что, к сожалению, современная общеобразовательная школа не улучшает здоровья детей. Результаты научных исследований состояния здоровья школьников свидетельствуют о значительном росте большинства заболеваний и функциональных расстройств именно в период обучения детей в школе. За это время 70% детей переходит из категории здоровых в группу детей, страдающих различного рода функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями.

Ситуация усугубляется еще и тем, что в школу из дошкольного учреждения и семьи приходит не менее 80% детей, имеющих различные отклонения в состоянии здоровья - от функциональных нарушений до хронических заболеваний.

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

Углубляется дифференцированное обучение детей с разными интеллектуальными и материальными возможностями, появляются новые социально востребованные области обучения, формируются новые жизненные приоритеты. Вместе с тем, в учебных заведениях различного типа, в существующей и вновь складывающейся системах образования - факторы формирования здоровья практически не учитываются.

Если существующее положение кардинально не изменится, уже в ближайшее время

можно будет назвать здоровыми не более 4% выпускников образовательных учреждений.

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

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

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

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

Психологическое обучение и воспитание школьников, формирование у них осознанного отношения к своему здоровью, а в дальнейшем – развитие потребности в здоровом образе жизни - должны носить комплексный и непрерывный характер, побуждать их к активным и сознательным действиям в настоящем и будущем.

**Эти действия по обучению школьников должны быть направлены на:**

- улучшение их собственного физического и психического состояния;
- отказ в образе жизни от поведения, наносящего вред как своему здоровью, так и здоровью окружающих;
- сформировать нетерпимое отношение к ухудшению условий окружающей среды, наносящих ущерб здоровью;
- сознательное участие будущих граждан нашего общества в охране здоровья и в формировании среды, способствующей здоровью, особенно условий труда и быта;
- адекватное поведение в случае болезни, особенно хронической, направленной на выздоровление.

Дело в том, что ребенка, конечно, можно заставить «вызубрить» все правила этикета, обучить всем необходимым для этого навыкам и умениям, но, в этом случае, наши усилия сделать его культурным могут разбиться о простое «не хочу».

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

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

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

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

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

Каковы же критерии отбора информации, оказывающей влияние на систему субъективного отношения школьников в области здоровья и здорового образа жизни?

Вот они:

- Вся информация, которая дается ученикам по проблемам в области здоровья и здорового образа жизни, должна иметь непосредственную и очевидную связь с реально существующими потребностями конкретных учеников.

- Информация должна быть ориентирована на то, чтобы открывать взаимосвязь того, о чем говорится, с реальной возможностью школьников осуществить свои потребности.

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

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

**Тема 1. Я и мое здоровье.** Здоровье как социокультурный феномен. Здоровье человека и факторы его определяющие.

**Тема 2. Здоровый образ жизни.** Понятие о резервах здоровья, системе и содержании оздоровительных мероприятий: двигательная активность, закаливание, режим труда и отдыха, питание.

**Тема 3. Психическое здоровье как составная часть здоровья. Слагаемые психического здоровья. Темперамент.** Характеристика типов темперамента. Биологические основы поведения. Учет темперамента в учебной деятельности, общении, будущей трудовой деятельности.

**Тема 4. Эмоции.** Эмоциональное благополучие – основной фактор психологического здоровья. Природа и функции эмоций. Индивидуальные различия в эмоциях и их выражении. Особенности эмоциональных состояний.

**Тема 5. Чувства. Особенности чувственной сферы. Характеристика чувств.** Художественно-эстетическое выражение чувств. Интеллектуальные, эстетические, патриотические чувства.

**Тема 6. Эмоциональное реагирование.** Умение управлять своими чувствами. Психологическая уравновешенность и ее значение для здоровья.

**Тема 7. Стресс и дистресс.** Психологические и физиологические проявления. Общий

адаптационный синдром. Стресс и поисковая активность. Релаксация как источник эмоционального выживания.

**Тема 8. Приемы саморегуляции:** позитивное мышление, самовнушение, переключение и др.

**Тема 9. О мужественности и женственности.** Духовно-нравственное значение любви в человеческих взаимоотношениях.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Настоящее пособие предназначено для работы с подростками. Его цель — помочь взрослым: детскому психологу, воспитателю, учителю, родителям в организации личностного общения с подростками. В ходе бесед и/или занятий в группе социально-психологического тренинга по программе **«Я – мой образ жизни – мое здоровье»** подросток сможет выразить и осознать свой собственный индивидуально сложившийся опыт жизни, получить представление об уникальности и одновременно типичности чувств, мыслей, действий и поступков каждого человека. В условиях организованного взрослым общения сверстников подросток приобретает опыт доверия и доброжелательного принятия группой каждого из ее участников, учится сотрудничать и активно поддерживать партнера по общению, овладевает целым рядом социально-психологических умений.

В центре бесед, развивающих личность и сознание подростка, находятся темы программы «Я – мой образ жизни – мое здоровье». Мы считаем важным создать условия (то есть найти место и время) для организации стихийно сложившихся представлений и понятий о себе, других, о жизни и мире, имеющих место в индивидуальном опыте школьника.

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

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

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

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

Стихийно складывающийся опыт индивидуальной жизни нуждается в организации и осмыслении. Искажение представлений о себе, своих возможностях, о других людях и о мире приводит к трудностям психоэмоционального развития, к ранней детской соматизации.

Плохое самочувствие, сниженный эмоциональный тонус, вегетативные расстройства нервной системы и прочие трудности в развитии во многом определяются психологическими причинами. Ребенок, предоставленный самому себе и остающийся один на один с собственными внутренними переживаниями, легко вступает на путь социальной психопатизации. В обществе каждому ребенку в идеальной форме представлены как позитивные, так и негативные пути развития.

Условия жизни, нравственная и эмоциональная атмосфера, в которой живет ребенок, целиком и полностью зависит от взрослых и они, бесспорно, несут ответственность за счастье и здоровье детей. В их задачу входит также пробудить скрытые в каждом человеке продуктивные силы, тягу к гармонии и красоте — души и тела, чувств и ума. Но необходимо учитывать и тот реальный опыт, который есть у детей с тем, чтобы на его основе (в некоторых случаях и реконструируя, изменяя, перестраивая) включить ребенка в более широкое русло общечеловеческих ценностей, помочь в интеграции личного знания и социокультурного, в обретении ребенком целостности и идентичности. Развитие личностных конструктов сознания сделает возможным разговор с самим собой, поможет образованию внутренней инстанции — советчика, регулятора, арбитра внутри себя. Расширение сознания, осознание различных способов выражения чувств, мыслей и действий в полной мере становится доступным растущему человеку далеко за пределами детства.

Обучение детей психологическим аспектам здоровья актуально и своевременно. Мы рассматриваем программу «Я – мой образ жизни – мое здоровье» как систему личностного развития подростка, которая определяет его способность к самопознанию, самосознанию, саморегуляции.

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

В метафорической форме, используя пословицы, поговорки, сказки, притчи мы включаем подростка в мир образов и чувств, создаем условия для понимания эмоционально-ценностного смысла общекультурных норм и правил. Расширяя пространство сознания подростка за счет философски ориентированного познания обыденного, мы учим детей открывать новое в известном, видеть неизвестное в понятном. Многослойность культурных аналогий, заключенных в метафорической и символической форме, одновременно создает некоторую избыточность в эмоциональном и ментальном пространстве ребенка. И это пространство становится пространством развития!

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

### **Принципы построения программы:**

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

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

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

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

**Задачи воспитания и развития:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Все три уровня обучения присутствуют на каждом занятии и создают для участников пространство возможностей, обогащенную развивающую среду. Однако результативность для каждого из участников может быть разной и в разные сроки.

**Общие рекомендации по проведению занятий:**

- Перед началом работы по программе ведущему имеет смысл провести беседы, консультации или семинары с учителями и обязательно встретиться с родителями детей. Контакты с учителями и родителями желательно поддерживать на протяжении всего курса.

- Занятия включают в себя элементы социально-психологического тренинга, поэтому проводить их лучше в кабинете психолога или в специальном помещении, в котором уча-

стники могут свободно располагаться и передвигаться.

— Продолжительность занятия не должна превышать полутора часов (время двух школьных уроков).

— Оптимальная периодичность встреч участников программы — 1-2 раза в неделю.

— Программа рассчитана на работу в группе из 12-15 человек, поэтому рекомендуется делить учебный класс на подгруппы.

— Ведущий должен специально работать над созданием доверительной обстановки в классе во время занятий, чтобы каждый ребенок имел возможность проявить себя, быть открытым и не бояться ошибок.

— Тематика и планы занятий могут меняться в зависимости от задач и проблем конкретной группы. Но необходимо соблюдать последовательность, взаимную преемственность тем.

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

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

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

#### **Оценка результативности программы**

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

У многих подростков, прошедших курс развивающе-коррекционных занятий, вырабатываются положительные черты характера (уверенность, доброта и др.), им становится легче общаться со сверстниками, они лучше понимают чувства других и легче выражают свои. У школьников изживается неуверенность, агрессивность, страх, формируется чувство сопереживания, сотрудничества, самоуважения, уверенность в своих силах и в себе, повышается самооценка. Подростки изучают приемы и методы психомышечной релаксации и могут их применять.

С подростками, проблемы которых после проведенного курса занятий исчезли не полностью, проводятся дополнительные индивидуальные занятия.

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

- оценку подростками своих эмоционально-личностных качеств, навыков общения (тесты «Дерево», методика «Полярный профиль» и др.);
- оценку подростков учителями, родителями (путем анкетирования);
- обследование подростков психологом (см. приложение 3).

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

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

**Развивающий эффект** занятий проявится в интересе и желании продолжать занятия, в стремлении поговорить со взрослыми или сверстниками об услышанном вне занятия, в том, что поведение станет улучшаться, эти улучшения они заметят сами. Подростки смогут использовать полученные умения в других видах деятельности: в игре, учении, во взаимоотношениях с людьми, в возможности осуществлять саморегуляцию и самоконтроль, стать целостной личностью: физически и психически здоровой.

Отдаленные результаты **могут состоять в:**

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

## СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ КУРСА

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

Курс включает в себя следующие этапы:

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

**Введение в мир тренинга.** Правила взаимодействия в группе.

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

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

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

связь, основанная на доверительном межличностном общении

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

**3. Принцип акцентирования языка чувств.** В соответствии с этим принципом участники группы должны акцентировать внимание на эмоциональных состояниях и проявлениях (своих собственных и своих партнеров по группе) и при обратной связи по возможности использовать язык, фиксирующий указанные состояния. Пример такой формы языка представляет констатация типа: «Твоя манера разговаривать на повышенных тонах вызывает у меня раздражение». Для повседневного общения обращение в подобной эмоционально акцентированной манере не является типичным. Соответствен и перед каждым участником стоит задача определенной перестройки своего общения и, в частности, выработка умений «поймать», четко идентифицировать и по возможности адекватнее выразить свое чувство.

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

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

**6. Принцип конфиденциальности.** Суть этого принципа сводится к рекомендации не выносить содержание общения, развивающегося в процессе тренинга, за пределы группы. Это способствует становлению доверительности, так как участники уверены, что содержание общения останется в рамках данной группы, они легче включаются в открытый, искренний контакт. Участники не боятся, что содержание их общения может стать общеизвестным. Наконец, конфиденциальность позволяет группе сохранить дискуссионный потенциал, так как обсуждение участниками вопросов группы за ее пределами приводит к тому, что готовность и потребность в обсуждении этих вопросов в рамках самой группы уменьшаются, поскольку тема в какой-то степени исчерпывает себя.

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

***Возможные темы и виды заданий 1 части:***

- упражнения на развитие мимических движений;
- игры на определение и передачу эмоциональных состояний человека при по-

мощи жестов и мимики;

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

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

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

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

### **II этап - работа с понятиями**

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

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

### **III этап - самовыражение символическими средствами культуры (ведущим зада-**

ются символические средства рефлексии, работа с личностными переживаниями).

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

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

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

**Каждое занятие** обязательно включает в себя процедуры, способствующие саморегуляции подростков, а именно:

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

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

#### **Обучение приемам расслабления.**

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

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

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

При обучении детей ауторелаксации используется релаксационная музыка, запись

природных звуков — пение птиц, шум моря, водопада и др.

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

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

Во время занятий участники сидят в кругу. Круг — это, прежде всего, возможность открытого общения. Форма круга создает ощущение целостности, завершенности, придает гармонию отношениям, позволяет подросткам ощутить особую общность, облегчает взаимопонимание и взаимодействие. Не каждый взрослый человек способен разобраться во всей гамме своих переживаний, а для ребенка эта задача является еще более трудной. Дети не всегда правильно понимают даже простые эмоции, тем более трудно им осознать те разнообразные переживания, которые возникают по мере расширения их связей с окружающим миром.

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

## **КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЙ**

### **Занятие 1. Вводное. Введение в мир тренинга.**

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

#### **1 часть – разминка.**

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

#### **2 часть – основная часть (рабочая).**

1. Разработка и принятие групповых норм взаимодействия.
2. Знакомство с задачами и программой тренинга.
3. Притчи, метафоры, сказки как нравственные ориентиры.
- Л. Рампа «Притча о притче».

- С. Атласова, А. Атласов «Мы продаем всё».
  - Притча Р. Джалаледдин «О том, как старик жаловался врачу на свои болезни».
  - Притча Р. Джалаледдин «Посещение глухим больного соседа».
4. Диагностика. Тест «Индекс отношения к здоровью», опросник отношения к здоровью и здоровому образу жизни, методика «Ценностные ориентации» М. Рокича.

### **3 часть – завершение.**

1. «Подарок». Сейчас мы будем дарить друг другу подарки. Средствами пантомимы каждый изображает какой-то предмет и передает соседу справа (мороженое, цветок, кошечку и т.д.).

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

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

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

## **Занятие 2. Я и мое здоровье.**

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

### **1 часть – разминка.**

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

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

### **2 часть – основная часть.**

1. «Салернский кодекс здоровья» Арнольда из Виллановы.
2. Притча о нищем (по мотивам Успенского. Новая модель Вселенной).
3. «Сказка о молодильных яблоках и живой воде» (русская народная сказка). Как вы думаете, а в реальной жизни старый человек может продлить молодость? Если может, то как? Что такое молодильные яблоки? А в реальной жизни, что можно назвать «молодильны-

ми яблоками»? Почему никто не хотел ехать за яблоками? Почему старшие братья выбрали дорогу, где «женатому быть», а наш герой дорогу «где коня спасти – себя потерять»? (работа в группах)

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

5. Диагностика. Измерение выраженности астенического состояния – шкала Т.Г. Чертовой. Шкала личностной тревожности для учащихся 10-16 лет (Прихожан А.М.)

### **3 часть – завершение.**

1. «Паровозики». Упражнение выполняется в тройках. Каждая тройка представляет собой поезд. «Паровоз» - идет первым с вытянутыми вперед руками, «вагон» - передает управление, «машинист» - управляет всем поездом. При этом у «вагона» и «паровоза» завязаны глаза. При обсуждении акцент ставится на том, насколько было спокойно в роли паровоза, который идет первым, но не знает, в какую сторону (у него завязаны глаза, как и у вагона), насколько можешь доверять машинисту и «вагону». Как это было - быть в роли паровоза, вагона, машиниста?

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

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

### **Занятие 3. Здоровый образ жизни.**

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

### **1 часть – разминка.**

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

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

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

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

### **2 часть – основная часть.**

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

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

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

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

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

6. Притча «На всех не угодишь».

### **3 часть – завершение.**

1. Диагностика. А) «Выявление осознанности различных компонентов мотива»; Б) атрибутивная методика причин, по которым люди ведут ЗОЖ.

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

**Занятие 4. Психическое здоровье**, как составная часть здоровья. Слагаемые психического здоровья. **Темперамент.** Характеристика типов темперамента.

### **1 часть – разминка.**

1.«Здравствуйте!»

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

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

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

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

### **2 часть – основная часть.**

1. Притча Д.Х. Джебран «Отшельники».
2. Японская сказка «Кувшинный человек».
3. Психическое здоровье, как составная часть здоровья. Слагаемые психического здоровья (психическое равновесие, гармоничная организация психики и ее адаптивные возможности). Темперамент. Характеристика типов темперамента.
4. Сказка Леонардо да Винчи «Упрямый осел».
5. Диагностика. Личностный опросник Айзенка. Обсуждение проблемы темперамента. Холерики, сангвиники, флегматики хвалят свой темперамент, оттеняя его выигрышные стороны. Затем Х хвалят С и Ф, С – Ф и Х, Ф – Х и С. Итог: все темпераменты хороши, обладатели всех темпераментов нужны.
6. Темперамент – медлительность – организованность. Обсуждение: режим дня, организация рабочего места, навыки эффективного обучения.

### **3 часть – завершение.**

1. «Движение наоборот». Выбирается, по желанию, один из участников группы - водящий. Он встает по середине комнаты. Он показывает какое-либо движение, а всем остальным надо будет делать все наоборот. Если водящий поднимет руку, остальные должны ее опустить, если быстро махнет рукой справа налево, остальные должны махнуть медленно слева направо. Главное при этом, чтобы движение отличалось от движения ведущего. Если кто-то ошибется, то есть сделает точно такое же движение, то он становится водящим. Что ты чувствовал, когда делал все наоборот, было ли это приятно? Хотелось ли сделать точно такое же движение? Понравилось ли быть ведущим? Что ты чувствовал, когда все твои движения группой делались не так?

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

Как ты сейчас себя чувствуешь? Как тебе удобнее спорить - произнося слово «да»,

или произносятся слово «нет»? Громко или тихо ты говорил?

### **Занятие 5. Эмоции.**

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

#### **1 часть – разминка.**

1. «Здравствуй!»

2. «Путаница». «С закрытыми глазами подними правую руку перед собой и рукой найди руку партнера. Затем протяни вперед левую руку и найди левую руку другого человека. (Таким образом, подростки держат за руки тех, кто находится не рядом с ними.) Нашли?.. Теперь откройте глаза... Теперь попытайтесь распутаться, не отпуская рук, так, чтобы снова получился круг. Кто-то при этом окажется обращенным лицом в круг, а кто-то - лицом из круга».

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

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

#### **2 часть – основная часть.**

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

2. «Сказка о милостивой Судьбе».

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

4. Рисунок «Я – счастливый».

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

6. Диагностика. «Кто Я?» (М. Куна).

#### **3 часть – завершение.**

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

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

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

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

Где в теле ты чувствуешь свою злость (страх, грусть, радость)? Какое чувство тебе было легче всего представить и ощутить в теле? А какое - труднее? Были ли у кого-нибудь из участников группы похожие ощущения?

### **Занятие 6. Чувства.**

#### **Особенности чувственной сферы. Характеристика чувств. Виды чувств.**

##### **1 часть – разминка.**

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

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

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

##### **2 часть – основная часть.**

1. Притча Абдул-Хамидхан «Полезный и бесполезный».
2. Притча Р. Гарольд «Как избежать глупых ошибок молодости» (из кн. Торговцы грезами).
3. Н. Орёл «Зависть – ключ к просветлению».
4. Особенности чувственной сферы. Характеристика чувств. Виды чувств: настроение, эмоции, аффект, стресс, фрустрация, страсть, высшие чувства (нравственные, интеллек-

туальные, эстетические).

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

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

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

### **3 часть – завершение.**

1. Диагностика. Исследование эмоционального состояния по методике цветорисуночного теста А.О. Прохорова; исследование эмоциональной чувствительности.

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

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

## **Занятие 7. Эмоциональное реагирование. Управление чувствами.**

### **1 часть – разминка.**

1. «Здравствуй!»

2. «Толкалки». Разбейтесь на пары. Встаньте на расстоянии вытянутой руки друг от друга. Поднимите руки на высоту плеч и обопритесь ладонями на своего партнера. По моему сигналу начните толкать своего партнера ладонями. Выигрывает тот, кто сдвинет своего партнера с места. Будьте внимательны, никто никому не должен причинить боль. Не толкайте своего партнера к стене или на какую-нибудь мебель. Когда я крикну "стоп!", все должны остановиться».

Насколько тебе понравилась игра? Кого ты выбирал себе в партнеров? Ты толкался изо всех сил? Когда вы играли, ты больше толкал партнера или больше сопротивлялся? Вы с партнером оба действовали по правилам? Что ты придумал, чтобы победить? Ты толкался изо всех сил или сдерживал себя? Что ты сейчас чувствуешь по отношению к своему партнеру?

Информация для ведущего. Если вы играете в эту игру в помещении, позаботьтесь о том, чтобы свободного места было достаточно. Пусть дети сначала потренируются. Когда

они немного освоятся с игрой и в группе воцарится более открытая атмосфера, можно попросить детей выбрать себе партнера, на которого они когда-либо сердились.

3. «Датский бокс». Эта игра дает детям опыт конструктивной агрессивности, способности сохранять контакт с партнером во время спора. Многим людям это дается с большим трудом, так как они привыкли к тому, что хорошие отношения связаны с дружелюбным поведением, а агрессивность - с большим отдалением. Это упражнение также может служить разрядкой в момент спора между участниками группы.

«Кто может рассказать мне о каком-нибудь своем хорошем споре? Как все происходило? Почему ты считаешь этот спор хорошим? О чем вы спорили? Я хочу показать вам, как с помощью большого пальца руки вы можете провести хороший спор. Хорошим спор бывает до тех пор, пока мы следуем правилам ведения спора и радуемся тому, что и наш партнер выполняет правила. При этом мы не хотим никого обидеть. Разбейтесь на пары и встаньте на расстоянии вытянутой руки друг от друга. Затем сожмите руку в кулак и прижмите его к кулаку своего партнера так, чтобы ваш мизинец был прижат к его мизинцу, ваш безымянный - к его безымянному. Стойте так, словно вы привязаны друг к другу. Тем более что это так и есть: во всяком споре спорящие так или иначе зависят друг от друга. Итак, восемь пальцев прижаты друг к другу, а большие пальцы вступают в бой. Сначала они направлены вертикально вверх. Затем кто-то из вас считает до трех, и на счет "три" начинается бокс. Побеждает тот, чей большой палец окажется сверху, прижав большой палец партнера хотя бы на секунду. После этого вы можете начать следующий раунд. Вы поняли суть игры? Говорят, что эту игру придумали датские мужчины, скучая в долгую темную зиму у себя на севере. Но в нее могут играть и девочки, потому что все зависит не от силы, а от скорости реакции и остроты глаз. Можно выиграть и хитростью. Например, если делать обманные движения и броски, поддаваться на время, чтобы затем воспользоваться движением пальца партнера вниз. Попробовав поиграть в эту игру пару раундов, вы почувствуете, что у вас получается все лучше и лучше, и вам понравится эта игра. После пяти раундов сделайте перерыв, чтобы рука отдохнула, и выберете себе другого партнера. Прощаясь со своим партнером, поблагодарите его за честное ведение борьбы».

## **2 часть – основная часть.**

1. Маламати Мактулу. Сказка о пронизательном Намусе.
2. Притча Дж. Селинджер. Как сделать правильный выбор (из кн. «Выше стропила, плотники»).
3. Притча «Все в твоих руках».
4. О единстве души и тела. Техника релаксации Е. Джекобсона. Самовнушение. Аутогенная тренировка И. Г. Шульца. Саморегуляция и музыка. Волевое усилие как основа саморегуляции.
5. Диагностика. Исследование резервов психики: готовность к саморегуляции; самооценка готовности к саморазвитию.
6. Две стороны чувств: хорошая (её польза), плохая (её вред). «Скульптор и глина». Глина может сообщить творцу, зачем оно (чувство) его посетило. Скульптор, если он хозяин своих чувств, может предусмотреть и предотвратить отрицательные последствия своих эмоций.
7. «Способы выражения чувств». Факт (конкретная ситуация) – мои чувства – Последствия (что с этими чувствами делать)

### **3 часть – завершение.**

1. «Цвета чувств». Выбираем водящего. Водящий закрывает глаза, а остальные участники задумывают какой-нибудь цвет, для начала лучше один из основных: красный, зеленый, синий, желтый. Когда водящий откроет глаза, все участники своим поведением, главным образом эмоциональным состоянием, пытаются изобразить этот цвет, не называя его, а водящий должен отгадать, что это за цвет. Если он отгадал, то выбирается другой водящий, если нет, то остается тот же самый. Итак, по команде один игрок закрывает глаза, а все остальные загадывают цвет. Затем игрок открывает глаза, а все остальные изображают задуманный цвет своим поведением. Водящий должен его отгадать. Все понятно? Внимание! Начали!

2. «Узкий мост». На полу начерчены две линии на некотором расстоянии. Это мост. С разных концов идут два участника. Задача каждого – дойти до конца. Оба торопятся. Обсуждение: как поведут себя участники – разойдутся, столкнут один другого, дойдут ли до конца.

## **Занятие 8. Стресс. Дистресс.**

### **1 часть – разминка.**

1. «Здравствуй!»

2. «Шурум-бурум». Водящий загадывает чувство, а затем с помощью интонации, отвернувшись от круга, произнося только «шурум-бурум», показывает, называет задуманное им чувство.

3. «Считалка». Посмотрим, насколько хорошо вы можете сосредоточить свое внимание. Разделимся по парам и встанем друг против друга. По команде каждая пара начинает считать от одного до ста, причем так, что один член пары произносит одно число, его партнер произносит следующее за этим число. Итак, четное – один, нечетное — другой и т.д. Рядом стоят игроки, которые также считают. Они не должны сбиваться. Побеждает та пара, которая быстрее сосчитает до ста. Итак, по парам считаем от 1 до 100. Начали!

4. «Телевизор». Разобьемся в две шеренги-команды, лицом друг к другу. Кого-то назначаем в жюри. Вне шеренги остается жюри — ведущий или нечетный игрок из команд. Сейчас по сигналу игроки команды, находящейся от экрана, начинают двигаться и говорить. Участники левой стараются повторить все, что делают участники правой команды, в том числе звуки, слова, фразы. Жюри оценит внимание и артистические способности команд. Итак, первый тур: одна команда показывает, другая копирует движения и звуки. Начали! Спасибо, второй тур. Поменялись ролями, начали! Спасибо. Теперь жюри. Пожалуйста! Спасибо.

### **2 часть – основная часть.**

1. Р. Киплинг. Притча о Слоне и Слоночке

2. Притча Идрис Шах. «Исцеление».

3. Притча «Изменение восприятия».

4. Притча Панчатантра «Мудрая Обезьяна».

5. Притча О. Раджниш «Просветленный».

6. Т. Зинкевич-Евстигнеева. «Сказка о волшебнике».

7. В чем мудрость Волшебника? Что Удивительного и Волшебного видел, слышал, чувствовал этот старый человек в каждом из нас? О каком ритме идет речь?

8. Понятие «стресс». Общий адаптационный синдром. «Кривая стресса». Стресс и дистресс. Влияние стресса на здоровье. Стресс и поисковая активность.

9. Диагностика. Модели поведения. Справляетесь ли Вы со стрессом?

10. Мирные пути выражения эмоций. Я – сообщение и Ты – высказывание.

Ситуация 1. Друг взял у меня книгу на три дня. Она мне нужна, чтобы написать реферат. Прошло три дня, а книги нет. Я звоню другу и говорю: «...».

Ситуация 2. Я обещала маме быть дома сразу после уроков или позвонить, если задерживаюсь. Но началась репетиция, мы увлеклись и не заметили, как пролетело два часа. Я возвращаюсь домой, мама открывает дверь и говорит: «...».

Ситуация 3. Задание дано к понедельнику. В понедельник сказали, что последний срок – среда. В среду на уроке учитель спрашивает: «Где твоё задание?» Я сознаюсь, что забыла. Учительница: «...».

### **3 часть – завершение.**

1. «Чувство времени». Участникам предлагается с закрытыми глазами после команды «начали» уловить момент, когда пройдет минута. «Как только, по вашему мнению, минута пройдет, молча поднимите руку и откройте глаза. Продолжайте сидеть молча до тех пор, пока все не откроют глаза».

Участники разделяются на три группы: тех, кто поднимает руку раньше того момента, когда истечет минута, тех, кто поднимает руку позже, и тех, кто достаточно точно поднимает руку. Можно обратить внимание на то, что определенное восприятие времени связано с настроением, состоянием. При проведении нами этого упражнения, дети говорили о том, что скука, тоска, напряженность ожидания связаны с ощущением «тянущегося» времени и тогда кажется, что минута прошла быстрее, чем на самом деле. Радость, интерес, увлеченность, наоборот, способствуют «заигрыванию», тому, что кажется, что время «пролетает».

2. «Распределение времени». Чтобы определить, на что вы тратите время, распределите свои занятия по следующим группам: - занятия, которые вы не любите, но обязаны делать; - дела, которыми вы занимаетесь, потому что они вам нравятся; - праздное времяпровождение; - ежедневные ритуалы; - встречи; - другое.

Распределите окружности на сегменты, отражающие долю каждой группы занятий.

## **Тема 9. О мужественности и женственности.**

### **Духовно-нравственное значение любви в человеческих взаимоотношениях.**

#### **1 часть – разминка.**

1. «Здравствуй!»

2. «Найди пару». Все сидят в круге. По сигналу нужно поменяться с кем-то местами. Для этого предварительно, без слов, нужно установить контакт глазами.

3. «Пустой стул». Это упражнение дети очень любят и часто предлагают поиграть в него. Оно может использоваться и в качестве разминки. Для проведения упражнения необходимо нечетное количество участников. Предварительно все рассчитываются на «первый», «второй». Все вторые номера сидят на стульях, первые стоят за спинками стульев, оставшийся без пары участник группы стоит за спинкой свободного стула. Его задача -пригласить кого-нибудь из сидящих на свой стул. При этом он может пользоваться только невербальными средствами, говорить ничего не надо. Все те, кто сидят на стульях, очень хотят попасть на

свободный стул. Задача тех, кто стоит за спинками стульев - удержать своих «подопечных», для этого надо взять его за плечи в тот момент, когда он собрался пересесть. Ведущий должен следить, чтобы руки не держались все время над «подопечными». Через некоторое время участники меняются местами. При этом один из стоящих участников остается стоять за стулом.

Как приглашали кого-то на свой стул? Как понимали, что вас пригласили на стул? Что больше понравилось, стоять за стулом или сидеть на стуле?

### **2 часть – основная часть.**

1. Какие черты характеризуют мужественность и женственность?

2. Коллаж «Что такое мальчик? Что такое девочка?». Девочки создают коллаж на тему «Что такое девочка», мальчики – «Что такое мальчик». Ребятам предоставляются два больших листа картона, разная бумага – цветная, гофрированная, оберточная, папиросная, газеты, много журналов, старые книги. После создания коллажа, каждая группа рассказывает о своей работе.

3. Какая любовь? Любовь – это добрые пожелания, слова, дела, поступки. Пословицы о любви: «ум истиной просветляется, а любовь сердцем согревается», ... На что похожа любовь, с чем её можно сравнить?

4. Притча О. Уайльд. «Соловей и роза».

5. Притча «Аромат Орхидеи».

6. Притча Джамии «Драгоценный камень».

7. Притча Вьетнамская сказка. «Богатая свадьба».

8. Притча Поль Репс. «Так ли это?».

9. Японская народная сказка «Как муж с женой поссорился».

10. Японская народная сказка «Как жена из дому уходила».

11. Японская народная сказка «Невестка и свекровь».

### **3 часть – завершение.**

1. «Два мира». Группа делится на две части - мужская и женская. Подгруппы встают друг напротив друга «стеной» и по очереди говорят друг другу:

— Мне нравится быть женщиной/мужчиной, потому что...

— Мне хочется быть мужчиной/женщиной, потому что...

— Мне трудно быть женщиной/мужчиной, потому, что...

— Я горжусь, что я мужчина/женщина, потому что...

— Я завидую мужчинам/женщинам, потому что...

— Мне не нравится в мужчинах/женщинах...

— Хорошо быть женщиной/мужчиной, потому, что...

2. Доска объявлений. Для этого упражнения подбираются рекламные издания, в которых есть брачные объявления. Эти объявления рассматриваются вместе с группой, обсуждаются качества, которые упоминаются в объявлениях. Какие объявления понравились? «Состоятельный, но интеллигентный мужчина...», «Познакомятся с двумя симпатичными ласточками два симпатичных... ластва», «Прикольные девчонки познакомятся с прикольными мальчишками, чтобы прикольно приколоться». Какие свои качества для вас являются важными? Какие внешние данные? Какие свои качества упомянули бы в объявлении как ценные? Можно попрактиковаться в составлении объявлений, описании своих качеств и качеств, желаемых у партнера.

3. Анкета с юмором. В тетрадах пишется анкета. Каждый участник подписывает свою анкету и заполняет ее графы. Имя мужа (жены). Возраст. Национальность. Рост. Вес. Цвет глаз. Прическа. Стиль одежды. Где вы познакомились. Как вы познакомились. Где он (она) работает и кем. Его (ее) достоинства. Его (ее) недостатки. Где вы собираетесь жить. С кем вы собираетесь жить. Домашние животные. Какие отношения в вашей семье. Какие традиции и т. п. Дети меняются анкетами и записывают друг другу пожелания молодой семье.

Чьи анкеты вам понравились, что в них вас удивило? Какие пожелания вам показались приятными, ценными?

4. Скульптура семьи. Один участник (доброволец) создает композицию «идеальная семья». Для этого он выбирает нужных ему людей и расставляет их, изображая фрагмент взаимоотношений в семье. Получается застывшая скульптура или «живая картина». Например, можно изобразить семью вокруг обеденного стола или на прогулке. Каждому участнику говорится, кто он и какую позу должен принять. Когда сцена поставлена, «художник» рассказывает о том, кто изображен на картине, чем заняты персонажи. Затем по очереди каждый участник из композиции делится своими чувствами: насколько комфортно в данной позиции, не слишком ли нависают над ним родные, или не слишком ли далеко они стоят, всех ли членов семьи ему видно и т. д. После обсуждения при желании они могут поменять свое местоположение и позу, и, возможно, получится новая картина.

5. Ценности. Участники определяют для себя, что является важным при выборе партнера, что может обеспечить стабильность брака. Возраст, внешность, характер, здоровье, общие друзья, приятные родители, материальная обеспеченность, общие увлечения, совместная работа, сходные цели в жизни, сходные взгляды, идеалы и т. п. Проводится обсуждение.

### **Занятие 10. Итоговое занятие.**

#### **1 часть – разминка.**

1. «Здравствуй!»
2. «Закончи предложения». Участникам предлагается написать окончания предложений (или проговорить):

- Я очень хочу, чтобы в моей жизни было...
- Я пойму, что счастлив, когда...
- Чтобы быть счастливым сегодня, я (делаю)...

3. «Волшебный сундук». Ведущий руками изображает, как он с неба опускает большой сундук и открывает его. Сообщает детям, что в Волшебном сундуке лежат самые разные сокровища и подарки. Каждый по очереди может подойти к сундуку и выбрать для себя понравившийся подарок. Этот подарок он изображает невербально, руками. Остальные могут попробовать догадаться, что он выбрал. После того, как все участники получили подарки, ведущий сообщает, что там осталось еще очень много сокровищ, закрывает его и вся группа вместе поднимает Волшебный сундук в небо.

#### **2 часть – основная часть.**

1. Притча О. Раджниш. Сравнение.
2. Идрис Шах. Притча о пустыне.
3. Диагностика:

А) Исследование резервов психики: готовность к саморегуляции; самооценка готовности к саморазвитию.

Б) Опросник «Индекс отношения к здоровью».

### **3 часть – завершение.**

1. «Дорисовывание портрета». Участники садятся по кругу, у каждого есть лист бумаги и карандаш. Все карандаши при этом разного цвета, таким образом, у каждого участника свой цвет карандаша.

«Сейчас мы с вами будем рисовать необычный портрет. Каждый участник только начинает свой портрет, а дорисовывает его группа. Для этого по моему сигналу вы будете передавать свой портрет участнику, сидящему справа. Получив чужой портрет, вы его подрисовываете, каждый может подрисовать все, что ему хочется. По моему сигналу вы этот рисунок тоже передаете соседу справа. Таким образом, ваш портрет, сделав круг, вернется к вам. Вы получите ваш портрет глазами группы. Так как у каждого из вас определенная цвет карандаша, вы можете понять, кто что нарисовал на вашем портрете. А сейчас возьмите свой лист бумаги и напишите свое имя, по этой надписи вы будете знать чей портрет у вас в руках и у кого какой цвет карандаша... Все написали? Начинайте рисовать свой портрет... Стоп! Передайте рисунок соседу справа». (И так далее).

Вариантом этого упражнения может быть рисование одним и тем же цветом. Его можно провести после предыдущего.

При обсуждении можно обратиться к тому, на каких рисунках более «приличные» портреты, т. е. какие рисунки более «вежливые» - когда знают, каким цветом ты рисуешь или когда не знают.

2. «Чемодан в дорогу». «Наша работа подходит к концу. Мы, конечно, будем встречаться, но не будем больше собираться здесь всей нашей группой и заниматься. Мы провели здесь много времени и многое узнали друг о друге. Сейчас, мы для каждого из нас соберем "чемодан" - соберем качества и особенности, которые проявлялись на наших занятиях. Каждый из нас будет выходить из комнаты, а оставшиеся будут решать, какие качества мы ему соберем: мы возьмем одно качество, которое нам понравилось, из тех, что уже есть у участника и одно качество, которое нам хотелось бы, чтобы он изменил. Выбирать качества будем все вместе, чтобы между нами было согласие по поводу этих выборов. Кто хочет выйти первым?».

Вариант. Каждому участнику на листке пишут, что нравится в этом участнике и что хотелось бы, чтобы было изменено... А для ведущего пишут, что понравилось в занятиях и что хотели бы изменить.

### **3. «10 наставлений на прощание»**

- *Не унывай! Унывающий обречен на неудачи.*
- *Не бойся! Трус обречен на поражение.*
- *Трудись! Другого пути к успеху не дано! Лопата блестит в работе!*
- *Думай! Думай до поступка, думай совершив поступок — и ты научишься не совершать ошибок, накопишь опыт.*
- *Не лги! И ты будешь иметь друзей. Не обманывай и себя, помни о психологической защите!*
- *Научись смотреть на себя и свои поступки как бы со стороны, глазами других. И ты многое поймешь, избежишь многих бед, добьешься уважения людей.*

- *Оставайся всегда и во всём самим собой и иди своим путём. В этом случае ты состоишься как личность и достигнешь желаемого. В противном случае ты всегда будешь лишь попутчиком и придешь к тому, чего хотят другие, а не ты сам.*
  - *Избегай злых людей, ибо зло заразительно.*
  - *Будь благодарен родителям, бабушкам, дедушкам, людям, сделавшим тебе добро. Неблагодарность - тяжкий грех.*
  - *Слушай старших, и ты избежишь многих бед.*
- Успехов тебе, дружок!

### Библиография

1. Алиева М.А., Гришанович Т.В., Лобанова Л.В., Травникова Н.Г., Трошихина Е.Г. Я сам строю свою жизнь / Под ред. Е.Г. Трошихиной. – СПб.: Речь, 2001. – 216 с.
2. Байярд Р.Т., Байярд Д. Ваш беспокойный подросток: практическое руководство для отчаявшихся родителей. - М., 1991.
3. Ветрова В.В. Уроки психологического здоровья. – М.: Педагогическое общество России, 2000. – 192 с.
4. Гарбузов В.И. Практическая психология, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. – СПб.: АО «Сфера», 1994. – 160 с.
5. Заширинская О.В. Сказка в гостях у психологии. Психологические техники: сказкотерапия. – СПб.: Изд-во ДНК, 2001. – 152 с. (Психология и культура).
6. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб.: Изд-во ООО «Речь», 2000. – 310 с.
7. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. Практикум по креативной терапии. – СПб.: Изд-во «Речь»; «ТЦ Сфера», 2001. – 400 с.: ил.
8. Крюкова С.В., Слободяник Н.П. Удивляюсь, злюсь, боюсь, хвастаюсь и радуюсь. Программы эмоционального развития детей дошкольного и младшего школьного возраста: Практическое пособие. – М.: Генезис, 2000. – 208 с.,ил.
9. Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира детей. Популярное пособие для родителей и педагогов. – Ярославль: Академия развития, 1996. – 208 с., ил.
10. Мастеров Б.М. Психология саморазвития: психотехника риска и правила безопасности. - М.: Интерпраксис, 1994. – 160 с.
11. Наричын Н.Н. Азбука психологической безопасности. – М.: Изд-во «Русский журнал», 2000. – 224с.
12. Основы здорового образа жизни: Учебное пособие / В.А. Бароненко, В.Н. Любберцев, Л.А. Рапопорт / Екатеринбург: Изд-во УГТУ, 1999, - 410 с.
13. Оуэн Н. Магические метафоры. 77 историй для учителей, терапевтов и думающих людей / Пер. с англ. Е. Рачковой. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с. (Серия «Как стать психологом»).
14. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной: Учебник для студентов высших и средних специальных учебных заведений. – М.: ТЦ «Сфера», 1997. – 528 с.
15. Прутченков А.С. Социально-психологический тренинг межличностного общения. – М.: О-во «Знание» РСФСР, 1991. – 48 с. – (В помощь лектору. Секция педагогических

и психологических знаний).

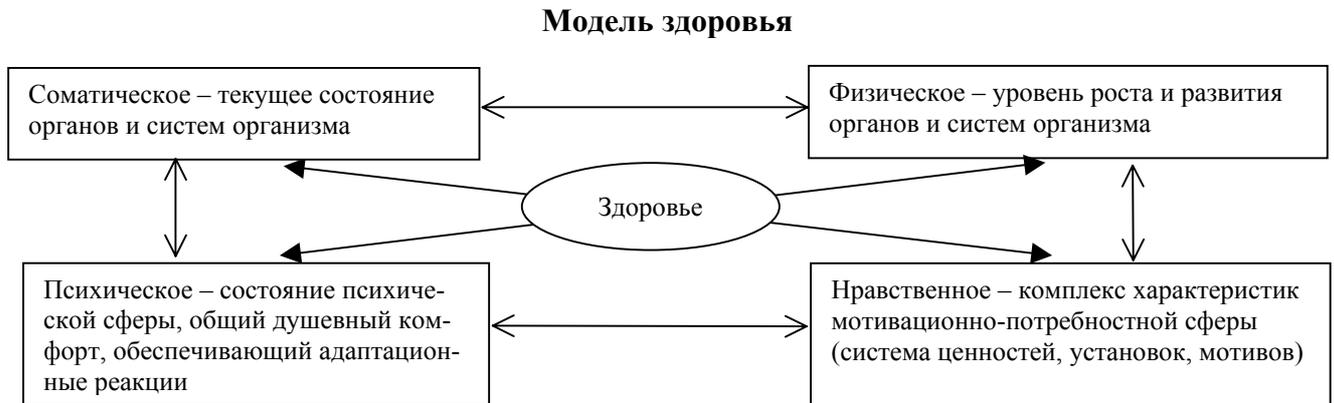
16. Психологические аспекты нравственного развития личности. - М., 1977, С. 9.
17. Психология сказки и сказкотерапия (Специальный выпуск) /Журнал практического психолога. – М.– 1999. - № 10- 11 (октябрь – ноябрь).
18. Рогов Е.И. Эмоции и воля. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999. – 240 с.: ил. – (Азбука психологии).
19. Рубинштейн С.Я. О воспитании привычек у детей. Учебное пособие для студентов. – М.: Институт практической психологии, 1996. – 41 с.
20. Сборник приказов и инструкций Министерства Образования России / Вестник образования. – 2001. – Июнь. - № 12. – С. 13 – 74.
21. Соколов Д.Ю. Сказки и сказкотерапия. - – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 304 с. (Серия «Как стать психологом»).
22. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: практическое пособие / Пер. с нем.; В 4-х томах. – М.: Генезис, 1998.
23. Фопель К. Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие / Пер. с нем. – М.: Генезис, 1999. – 256 с.: ил.
24. Фридман Л.М. Психопедагогика общего образования. Пособие для студентов и учителей. – М.: Изд-во «Институт практической психологии», 1997. – 288 с.
25. Фридман Л.М., Кулагина И.Ю. Психологический справочник учителя. – М.: Просвещение, 1991. – 228 с.: ил. – (Психол. наука - школе).
26. Хухлаева О.В., Кирилина Т.Ю., Фёдорова О.В. Счастливый подросток. Программа профилактики нарушений психологического здоровья. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 224 с. (Серия «Как стать психологом»).
27. Цукерман Г.А. Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов. – М.: Интерпраксис, 1994. – 160 с.
28. Яковлева Е.Л. Психология развития творческого потенциала личности. – М.: Изд-во «Флинта», 1997. – 224 с.

## ПРОГРАММА ИЗУЧЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ

### Критерии и показатели осознанного отношения подростков к собственному здоровью

Взгляд на здоровье представляется нам в виде четырехкомпонентной модели, в которой взаимосвязаны соматический, физический, психический и нравственный компоненты (рис.1).

Рисунок 1



Здоровье человека целесообразно определить как процесс сохранения и развития его биологических, физиологических и психологических возможностей, оптимальной социальной активности при максимальной продолжительности жизни (В.П. Казначеев, Ю.П. Лисицын, А.Г. Щедрин и др.).

Вопросы психического здоровья и здоровья на психологическом уровне связаны с личностным контекстом рассмотрения, в рамках которого человек предстает как психическое целое. Чем более гармонично соединены все существенные свойства, составляющие личность, тем она более устойчива, уравновешена и способна противодействовать влияниям, стремящимся нарушить ее целостность.

На психологическом уровне здоровье можно описать как систему, включающую инструментальный, потребностно-мотивационный и когнитивный компоненты (рис. 2).

Рисунок 2



Как мы определили ранее, *отношение к здоровью* представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния, организован-

ную самим человеком жизнедеятельность, способствующую или препятствующую сохранению здоровья, личностному росту, творческому функционированию.

Хорошо известен факт несоответствия между потребностью человека в здоровье, с одной стороны, и усилиями, направленными на сохранение и укрепление физического и психологического благополучия, с другой стороны. Каждый человек не желает быть больным. Но даже в ситуации болезни люди нередко ведут себя совершенно неадекватно состоянию, не говоря уже о том, что в случае отсутствия болезни далеко не всегда выполняют все необходимые санитарно-гигиенические требования.

Причина несоответствия между потребностью в здоровье и ее действительной повседневной реализацией заключается в том, что здоровье обычно воспринимается людьми как нечто безусловно данное, как само собой разумеющийся факт, потребность в котором, хотя и осознается, но ощущается лишь в ситуации явного дефицита. Иными словами, в состоянии полного физического и умственного благополучия потребность в здоровье не замечается человеком, приобретая характер жизненной необходимости и особую значимость в случае его потери или по мере утраты.

В соответствии с этой гипотетической схемой можно предположить, что актуализация потребности в здоровье, обусловленная его ухудшением или утратой, сразу же активизирует действенную заботу индивида о своем физическом и психологическом благополучии. Типичен факт, когда люди, отягощенные болезнями, остро ощущая их, тем не менее, не предпринимают действенных мер, не проявляют должной активности, направленной на их устранение. Причина неадекватного поведения коренится, во-первых, в противоречивой природе человеческих потребностей, которым присущ пассивно-активный характер. Во-вторых, в широких адаптивно – компенсаторных возможностях организма человека. И, в-третьих, в специфике мотивационной сферы личности в целом, которая как система внутренних побуждений деятельности и поведения определяет и отношение человека к здоровью.

Нам представляется, что именно это последнее обстоятельство, т.е. особенности структуры мотивационной сферы, в частности специфика мотивов поведения, является основным условием адекватного или неадекватного отношения человека к здоровью. Будучи продуктом целенаправленного восприятия и индивидуального опыта, система мотивов отношения к здоровью как элемент мотивационной сферы личности в целом, не только актуализирует потребность в здоровье, но и направляет поведение по пути сохранения и развития здоровья.

В фокусе нашего познания находится ученик – подросток. В ходе исследования можно получить психологические, социально-психологические, социальные данные о его отношении к собственному здоровью на пяти уровнях:

- 1 уровень: индивидуальный (темперамент, тревожность, астенизация);
- 2 уровень: интегративно-личностный (самосознание, самооценка, направленность, структура мотива отношения к здоровью);
- 3 уровень: аксиологический (ценности собственного «я» человека и ценности «я» других);
- 4 уровень: внешне детерминированный (действие совокупности природных и социальных условий и факторов);
- 5 уровень: результативный.

Последующий системный анализ полученных уровневых сведений позволяет воссоздать целостное представление об отношении подростка к собственному здоровью, что даёт возможность осуществления целенаправленной воспитательной деятельности по формированию и коррекции у учащихся процесса становления ценности собственного здоровья и необходимости ведения здорового образа жизни.

В качестве теоретической модели отношения к здоровью предлагаем использовать 4-х компонентную психологическую структуру отношения к здоровью, составленную на основе интегративного подхода к личности. Основные компоненты отношения к здоровью: индивидуально-типологический, потребностно-мотивационный, когнитивный, продуктивно-результатирующий (рис. 3).

Разработанные критерии и показатели субъективного отношения к собственному здоровью у подростков выступают критериальным основанием для оценивания его реального уровня и моделью для ориентирования в оптимизации определяющих характеристик. Исследование показало, что их использование возможно только при наличии адекватного инструментария и организационно-методического обеспечения.

Рисунок 3



Опираясь на общепризнанный факт, что **критерий** (от греческого *kriterion* – средство для суждений) – признак, на основании которого производится оценка, мерило суждения [176, С. 89], при выборе критериев осознанности отношения к своему здоровью мы исходили из сущности оценки.

Критерий выражает сущностные изменения в развитии объекта и представляет собой знание предела, полноты проявления его сущности в конкретном выражении. Критерий объективен, ибо он представляется как обнаруженная сущность. Его формирование происходит на основе результатов анализа диагностики и наблюдений экспертов.

Исследуя предмет, мы обнаруживаем отдельные элементы его содержания, структуры, каждый из которых следует рассматривать, во-первых, как его часть, и тогда обнаружение сущности этой части представляет собой «частный критерий» целостного предмета, и, во-вторых, как самостоятельный предмет, тогда имеет смысл определить его как «общий критерий». Данный самостоятельный предмет имеет свои элементы содержания и структуру, а, следовательно, они могут рассматриваться как критерии более глубокого уровня постижения сущности. Следовательно, образуется много порядковая структура критериев отношения человека к здоровью, рассматриваемых системно. Итак, *критерий представляет собой сред-*

ство, необходимый инструмент оценки, но сам не является оценкой. Функциональная роль критерия заключается в определении или неопределении сущностных признаков предмета. Критерий не только средство обнаружения предмета, но и средство основания для классификации и группировки предметов.

Наиболее **общий критерий**, называемый **интегральным**, синтезирует изменения нескольких элементов системы, без учета которых невозможно составить полное и правильное представление обо всем совокупном объекте.

Критерии, которые синтезированы в интегральный признак, можно по отношению к нему считать частными критериями. Здесь важно отметить, что смысл интегрального или частного критерия не изменяется. Принципиальное значение имеет возможность создания интегрального критерия, как совокупности некоторых частных. Основанием для этого являются системные принципы целостности, структурности, иерархичности, взаимозависимости.

Установим соотношение понятий «критерий» и «показатель». Показатель выступает по отношению к критерию как частное к общему, то есть каждый критерий включает группу показателей, которые качественно его характеризуют.

На каком-то этапе своего развития предмет до такой степени изменяет свое внутреннее содержание. Поэтому выбираемые нами критерии и показатели осознанного отношения к здоровью не являются неизменными.

Показатели осознанного отношения к собственному здоровью подростков наиболее целесообразно классифицировать по следующим основаниям:

1. *По степени общности*: частные (локальные, сублокальные), обобщенные (глобальные).

2. *По уровню достижения цели*: количественные и качественные. Количественные характеризуют факт достижения или не достижения цели. Качественные показатели являются выраженной мерой (числом или функцией) достижения цели.

3. *По соотношению с направленностью развития объекта* (субъекта): возрастающие, убывающие. Возрастающим (убывающим) считается такой показатель, увеличение (уменьшение) которого приводит к улучшению (ухудшению) качества исследуемого объекта (субъекта) или процесса.

4. *По размерности*: размерные или безразмерные. Как правило, множество требуемых для оценки показателей имеют различную размерность. В то же время, например, обобщенный показатель должен включать безразмерные (нормальные) показатели. Их можно получить путем деления исходных показателей на их среднее (требуемое), либо максимально (минимально) допустимое значение.

5. *По значимости*: приоритетные и второстепенные. Имея дело с приоритетными показателями, элементы множества показателей ранжируются по степени важности, т.е. между показателями устанавливаются отношения предпочтения.

Анализ литературных источников позволил выделить содержательные аспекты показателей субъективного отношения к здоровью и представить их в системе. Анализ факторов с позиций системной методологии позволяет выделить среди них общие, особенные и единичные.

Все условия и факторы деятельности по здоровьесбережению мы считаем целесообразно разделить на необходимые и достаточные. Необходимые из них те, без создания которых не представляется возможным формирование осознанного отношения к собственному

здоровью. Достаточными условиями и факторами мы считаем такие, которые обеспечат растущим личностям понимание значимости проблем охраны и развития здоровья. К важнейшим из них можно отнести зрелость общественного мнения о ценности здоровья и здорового образа жизни, создание в обществе атмосферы, способствующей формированию личности, устойчивой и способной противостоять влияниям, стремящимся нарушить ее цельность, активной, высоконравственной, ориентированной на саморазвитие.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.1

### ТЕСТ «ИНДЕКС ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ»

(Дерябо С.Д. Диагностика образовательной среды (пособие для учителя)/ Под ред. В.П. Лебедевой, В.И. Пановой. Рецензент В.В. Давыдов. - М., РАО Центр комплексного формирования личности. - Черногоровка, 1997. – С. 69 – 81).

Тест, разработанный С.Д. Дерябо, В.А. Ясвиным, направлен на диагностику уровня сформированности субъективного отношения личности к здоровью и здоровому образу в целом и составляющих его компонентов. Тест состоит из двух частей (для повышения надежности результатов), проводимых с небольшим интервалом между ними. Каждая часть теста включает в себя по 24 пары альтернативных высказываний.

**Инструкция:** Из двух предлагаемых высказываний (А и Б), которые описывают противоположные мнения, ситуации и т.д., выберите то, которое кажется более подходящим для Вас.

Если Вам полностью подходит вариант А, Вы зачеркиваете квадратик с буквой "А", нарисованный между двумя высказываниями.

1. А...  А  Б Б...

Если Вы скорее склоняетесь к варианту А, но не можете полностью с ним согласиться, то в среднем пустом квадратике Вы рисуете стрелку в сторону квадратика с буквой "А".

1. А...  А  ←  Б Б...

Если Вы скорее склоняетесь к варианту Б, но тоже не можете полностью с ним согласиться, то в среднем пустом квадратике Вы рисуете стрелку в сторону квадратика с буквой "Б".

1. А...  А  →  Б Б...

И наконец, если Вам полностью подходит вариант Б, Вы зачеркиваете квадратик с буквой "Б".

1. А...  А   Б Б...

Если Вы считаете какую-то ситуацию маловероятной для Вас, то все-таки постарайтесь сделать свой выбор. В этом тесте, естественно, не может быть "правильных" и "неправильных" ответов: Ваше мнение ценно для нас именно таким, какое оно есть.

Отвечать лучше быстро, так как первая реакция наиболее точно выражает Ваше мнение.

#### Форма S

- |   |                                                                                                                                           |                                                  |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 | А. Я способен замечать даже небольшие отклонения в работе моих органов.                                                                   | Б. Я реагирую лишь на существенные расстройства. |
| 2 | А. Когда по телевизору начинается очередная передача о профилактике какого-нибудь заболевания, я обычно переключаюсь на другую программу. | Б. Я откладываю свои дела, чтобы ее посмотреть.  |
| 3 | А. Если кто-то из знакомых предложит мне заниматься вместе оздоровительными процедурами, я с удовольствием при-                           | Б. Я найду способ вежливо отказаться             |

- му в этом участие.
- 4 А. Я постоянно слежу за тем, чтобы мои близкие всерьез заботились о своем здоровье. Б. Я не заставляю их это делать
- 5 А. Когда я смотрю на руки другого человека, я, в первую очередь, обращаю внимание на их форму и размер. Б. Я невольно вначале замечаю состояние и чистоту кожи.
- 6 А. Я делаю выписки или вырезки из газет и журналов о здоровом образе жизни. Б. Я никогда этим не занимался.
- 7 А. Если у меня от утомления болит голова, я выхожу немножко погулять или хотя бы открываю окно Б. Чтобы снять эту головную боль, я просто выпиваю таблетку
- 8 А. Я обычно сам не покупаю для членов семьи различные средства ухода за здоровьем. Б. Все это, в основном, покупается по моей инициативе.
- 9 А. После принятия ванны я всегда чувствую себя совсем другим человеком: бодрым и обновленным Б. Приходится признаться, что такое чувство я испытываю очень редко.
- 10 А. Когда в общественном транспорте, очереди и т.д. заводится разговор о способах сохранения здоровья, я совершенно не обращаю на это внимания. Б. Я невольно стараюсь прислушаться к нему.
- 11 А. Я обращаюсь к врачу, только когда мне становится уже невмоготу. Б. Я стараюсь начать лечение при первых же признаках ухудшения своего самочувствия.
- 12 А. Мне приходилось предлагать знакомым рецепты или инструкции различных оздоровительных процедур. Б. Я этого не делал, ведь каждый должен заботиться о своем здоровье сам
- 13 А. С моей точки зрения, всякие моржи, которые наслаждаются купанием в своих прорубях на морозе, просто слегка чокнутые. Б. Я полностью разделяю их стремление получать удовольствие от своего здоровья.
- 14 А. Когда это оказывалось возможным, я посещал лекции, курсы, семинары и т.п. о здоровом образе жизни. Б. Я никогда не ходил на них, потому что эта тема мне безразлична.
- 15 А. Мне кажется странным человек, который вместо того, чтобы досмотреть поздно вечером интересный фильм, соблюдает свое правило "вовремя ложиться спать". Б. Я тоже стараюсь следовать этому правилу, чтобы не наносить вред своему здоровью.
- 16 А. К сожалению, я не могу сказать, что стараюсь как-то улучшить отношение моих знакомых к своему здоровью. Б. Я активно пропагандирую здоровый образ жизни.
- 17 А. Иногда мне кажется, что мой организм как будто даже обижается и упрекает меня, если я обращаюсь с ним необдуманно и жестоко Б. Человеческий организм всего лишь реагирует на отрицательные воздействия.
- 18 А. Просматривая на улице книги у торговцев, я обычно, в первую очередь, обращаю внимание на литературу о сохранении здоровья. Б. Меня привлекают книги на другие темы
- 19 А. Если мне на день рождения подарят лыжи, гантели, массажёр и т.п., я, пожалуй, удивлюсь и растеряюсь такому подарку. Б. Этот подарок был бы очень кстати: он соответствует моему стилю жизни.
- 20 А. Мне приходилось выступать перед людьми и делиться с ними своим успешным опытом укрепления здоровья. Б. Я не готов давать советы людям по этой проблеме.
- 21 А. Мне непонятно состояние людей, которые мучаются за столом оттого, что им не удалось вымыть руки перед едой. Б. Я сам испытываю подобные ощущения.
- 22 А. Я никогда не писал в редакции журнала "Здоровья", телепередач "Исцели себя сам", "ТУ Аптека" и т.п. Б. Мне приходилось задавать им вопросы по интересующим меня темам.
- 23 А. Я трачу значительную часть своих доходов, порой даже в ущерб остальному, специально для поддержания здоровья. Б. Я трачу деньги на свое здоровье только в случае необходимости.
- 24 А. Я никогда не вступал в конфликт с начальством и властями, если их действия наносили вред здоровью людей. Б. У меня бывали подобные конфликты

### Форма V

- 1 А. Если бы у меня на теле появилось какое-либо пятнышко или безболезненное вздутие, то я заметил бы это очень быстро. Б. Я обратил бы на него внимание, когда оно стало бы достаточно большим.
- 2 А. Когда я от нечего делать пролистываю какой-нибудь журнал, различные статьи о здоровье я просто пропускаю. Б. Я их просматриваю более внимательно в первую очередь.
- 3 А. Если мне предложат проводить свои выходные в группе здоровья или спортивном зале, я, конечно, этим воспользуюсь. Б. Я предпочту оставаться дома и заниматься своими делами
- 4 А. Я решительно вмешиваюсь, если кто-то из моих близких начинает совершать поступки, которые вредят его здоровью. Б. Пожалуй, я не всегда прилагаю к этому достаточно усилий и зачастую готов с этим смириться.

- 5 А. Я обычно не обращаю особого внимания, если у моего собеседника не совсем чистые зубы, не подстрижены ногти и т.д.  
Б. Мне это сразу же бросается в глаза.
- 6 А. Я выписываю или покупаю газеты, журналы и книги по проблемам здоровья  
Б. Я не трачу на это свои деньги.
- 7 А. Если позволяет время, я стараюсь пройти куда мне нужно пешком.  
Б. Я всего равно лучше спокойно подъеду на автобусе, троллейбусе и т.д.
- 8 А. Когда я выбираю подарок кому-то из членов своей семьи, мне не приходит в голову купить что-либо из предметов личной гигиены.  
Б. Я часто делаю именно такие подарки, потому что они кажутся мне вполне подходящими.
- 9 А. Когда я выпиваю стакан свежего фруктового сока, я замечаю прилив бодрости, энергии во всем организме.  
Б. Я, прежде всего, просто утоляю жажду.
- 10 А. Когда знакомые в компании начинают говорить о различных процедурах по сохранению здоровья, мне становится просто скучно.  
Б. Я с удовольствием включаюсь в беседу.
- 11 А. Я стараюсь уклоняться от различных обязательных профилактических обследований.  
Б. Они являются хорошим стимулом, чтобы позаботиться о состоянии своего организма.
- 12 А. Мне удалось заинтересовать своих знакомых книгами и статьями о здоровом образе жизни.  
Б. Я не предпринимал таких попыток.
- 13 А. По-моему, те, кто находит удовольствие в том, чтобы в 5 утра бегать в трусах по улице, — это не совсем нормальные люди.  
Б. Я даже завидую им, ведь забота о своем здоровье это радостное и увлекательное занятие.
- 14 А. Я стараюсь знакомиться с людьми, которые много знают о том, как поддерживать свое здоровье на должном уровне.  
Б. Такие люди для меня не более интересны, чем другие.
- 15 А. Я редко задумываюсь о том, правильно ли я питаюсь  
Б. Я в целом, придерживаюсь правил здорового питания.
- 16 А. Я никогда не писал по собственной инициативе заметок о здоровье в журналы, газеты, стенгазеты и т.п.  
Б. В своей жизни я уже делал нечто подобное.
- 17 А. Порой у меня возникает такое ощущение, что организм как будто хочет сказать мне, чем ему помочь, если в нем что-то разладилось.  
Б. Любая боль в организме — это всего лишь определенная реакция нервной системы.
- 18 А. Когда в гостях по предложению хозяев квартиры я просматриваю их библиотеку, мои глаза сами останавливаются на книгах о поддержании здоровья.  
Б. У меня вызывает интерес другая литература.
- 19 А. Когда я покупаю зубные пасты, кремы, жевательные резинки и т.п., я практически не ориентируюсь на их "оздоровительный эффект", подчеркиваемый в рекламе.  
Б. Для меня - это очень важно, потому что во всем стараюсь учитывать, как это повлияет на мое здоровье.
- 20 А. Мне приходилось обучать других людей способам улучшения своего самочувствия.  
Б. У меня недостаточно для этого собственного опыта
- 21 А. У меня не вызывают особой симпатии люди, которые из чувства некой брезгливости никогда не пользуются чужой тарелкой, кружкой и т.п.  
Б. Я полностью разделяю чувства таких людей.
- 22 А. Я никогда специально не разыскивал литературу, в которой описываются редкие методики оздоровления организма.  
Б. Мне приходилось это делать.
- 23 А. Я ежедневно подолгу занимаюсь оздоровлением своего организма, несмотря на другие важные дела.  
Б. Я уделяю время на свое здоровье толь в случае необходимости.
- 24 А. Я никогда не принимал участие в работе различных движений, борющихся за здоровую окружающую среду.  
Б. Я состоял в таких движениях.

### Обработка результатов

Результаты испытуемого определяются с помощью ключа. За полное соответствие ответа испытуемого с ответом в ключе дается 3 балла; за стрелку, направленную в сторону ответа, - 2 балла; за стрелку в противоположную сторону - 1 балл; за ответ, противоположный данному в ключе, - 0.

### Ключ:

1.	А	5.	Б	9.	А	13.	Б	17.	А	21.	Б
2.	Б	6.	А	10.	Б	14.	А	18.	А	22.	Б
3.	А	7.	А	11.	Б	15.	Б	19.	Б	23.	А
4.	А	8.	Б	12.	А	16.	Б	20.	А	24.	Б

Затем подсчитывается сумма баллов по каждой шкале (строке) и вписывается в колонке "Сумма" после знака "=" в соответствующей строчке. Общий показатель определяется как сумма баллов по четырем шкалам и записывается в этой же колонке под чертой.

Результат по каждой шкале и тесту в целом вносится в сводную таблицу в бланке.

Таким образом обрабатывается отдельно каждая часть теста. Итоговые показатели получают путем нахождения среднего арифметического баллов по шкалам и тесту в целом по двум частям (при необходимости средние округляются до целых чисел по стандартным математическим правилам). Полученные средние "сырых" баллов переводятся в станайны с помощью таблицы и записываются в итоговую таблицу в бланке ответов.

### Перевод "сырых" баллов по шкалам теста "Индекс отношения к здоровью" в шкалу станайнов для учащихся 8-х классов

станайны	Шкалы				Общий показатель
	эмоциональная	познавательная	практическая	поступочная	
$\bar{x}$	10,59	5,9	9,26	5,85	31,6
s	2,88	3,42	3,58	3,26	10,43
1	5 и меньше	-	2 и меньше	0	13 и меньше
2	6	0-1	3-4	1	14-18
3	7-8	2-3	5-6	2-3	19-23
4	9	4-5	7-8	4-5	24-28
5	10-11	6	9-10	6	29-34
6	12	7-8	11	7-8	35-39
7	13-14	9-10	12-13	9	40-44
8	15	11	14-15	10-11	45-49
9	16 и больше	12 и больше	16 и больше	12 и больше	50 и больше

### ТЕСТ «ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ЛИЧНОСТИ»

**Инструкция:** Выразите степени значимости (важности) для Вас предложенных ценностей. Для этого выберите три наиболее важных и три наименее важных ценности из предлагаемого списка.

Список ценностей:

- материальные ценности (материальное благополучие);
- природа и животные;
- окружающие люди (друзья, счастье других людей);
- любовь (секс, семейная жизнь);
- здоровье;
- труд (профессия, учеба, интересная работа);
- духовность (нравственность, саморазвитие).

#### Бланк ответов

Имя, Фамилия \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_ Школа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

#### Список ценностей

Наиболее важные для меня		Наименее важные для меня	
1		1	
2		2	
3		3	

## «Индекс отношения к здоровью»

## Форма S

- |                                 |                                 |                                  |                                  |                                  |                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. А <input type="checkbox"/> Б | 5. А <input type="checkbox"/> Б | 9. А <input type="checkbox"/> Б  | 13. А <input type="checkbox"/> Б | 17. А <input type="checkbox"/> Б | 21. А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/> |
| 2. А <input type="checkbox"/> Б | 6. А <input type="checkbox"/> Б | 10. А <input type="checkbox"/> Б | 14. А <input type="checkbox"/> Б | 18. А <input type="checkbox"/> Б | 22. А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/> |
| 3. А <input type="checkbox"/> Б | 7. А <input type="checkbox"/> Б | 11. А <input type="checkbox"/> Б | 15. А <input type="checkbox"/> Б | 19. А <input type="checkbox"/> Б | 23. А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/> |
| 4. А <input type="checkbox"/> Б | 8. А <input type="checkbox"/> Б | 12. А <input type="checkbox"/> Б | 16. А <input type="checkbox"/> Б | 20. А <input type="checkbox"/> Б | 24. А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/> |

## Форма V

- |                                 |                                 |                                  |                                  |                                  |                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. А <input type="checkbox"/> Б | 5. А <input type="checkbox"/> Б | 9. А <input type="checkbox"/> Б  | 13. А <input type="checkbox"/> Б | 17. А <input type="checkbox"/> Б | 21. А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/> |
| 2. А <input type="checkbox"/> Б | 6. А <input type="checkbox"/> Б | 10. А <input type="checkbox"/> Б | 14. А <input type="checkbox"/> Б | 18. А <input type="checkbox"/> Б | 22. А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/> |
| 3. А <input type="checkbox"/> Б | 7. А <input type="checkbox"/> Б | 11. А <input type="checkbox"/> Б | 15. А <input type="checkbox"/> Б | 19. А <input type="checkbox"/> Б | 23. А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/> |
| 4. А <input type="checkbox"/> Б | 8. А <input type="checkbox"/> Б | 12. А <input type="checkbox"/> Б | 16. А <input type="checkbox"/> Б | 20. А <input type="checkbox"/> Б | 24. А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/> |

Благодарим за работу!

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.2

### МЕТОДИКА ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ.

В качестве основного приема психометрического измерения используется тест Айзенка (подростковый вариант), шкала градации результатов и разработанные типологические характеристики и рекомендации по коррекции.

**Инструкция** для психолога (классного руководителя):

На предлагаемые вопросы испытуемый должен отвечать «да» или «нет», не раздумывая. Ответы заносятся в лист ответов под соответствующим номером.

Осмысление содержания вопросов должно быть строго индивидуальным. Недопустимы какие-либо дополнительные разъяснения, так как тем самым дается установка на ответ, что снижает достоверность тестирования.

После окончания этой работы учащимся дается задание:

а) при совпадении ответов на вопросы со шкалами «да» и «нет» ключа теста, выставить по 1 баллу за каждое совпадение;

б) определить отдельно по экстраверсии (Э) и нейротизму (Н) общее количество набранных баллов;

Нормативы для подростков (15-18 лет): экстраверсия (Э) — 11-14 баллов, нейротизм (Н) — 10-15 баллов, ложь — 4-5 баллов. Если ложь более 6 баллов, то ответы неискренни.

#### ОПРОСНИК АЙЗЕНКА

1. Любишь ли ты шум и суету вокруг себя?
2. Часто ли ты нуждаешься в друзьях, которые могли бы тебя поддержать?
3. Ты всегда находишь быстрый ответ, когда тебя о чем-нибудь просят?
4. Бывает ли так, что ты раздражен чем-нибудь?
5. Часто ли у тебя меняется настроение?
6. Верно ли, что тебе легче и приятнее с книгами, чем с ребятами?
7. Часто ли тебе мешают уснуть разные мысли?
8. Ты всегда делаешь так, как тебе говорят?
9. Любишь ли ты подшучивать над кем-нибудь?
10. Ты когда-нибудь чувствовал себя несчастным, хотя для этого не было настоящей причины?
11. Можешь ли ты сказать о себе, что ты веселый, живой человек?
12. Ты когда-нибудь нарушал правила поведения в школе?
13. Верно ли, что ты часто раздражен чем-нибудь?
14. Нравится/ли тебе все делать в быстром темпе (если же наоборот, склонен к неторопливости, ответ «нет»)?
15. Ты переживаешь из-за всяких страшных событий, которые чуть было не произошли, хотя все кончилось хорошо?
16. Тебе можно доверить любую тайну?
17. Можешь ли ты без особого труда внести оживление в скучную компанию сверстников?

18. Бывает ли так, что у тебя без всякой причины (физические нагрузки) сильно бьется сердце?
19. Делаешь ли ты первый шаг для того, чтобы подружиться с кем-нибудь?
20. Ты когда-нибудь говорил- неправду?
21. Ты легко расстраиваешься, когда критикуют тебя и твою работу?
22. Ты часто шутишь и рассказываешь смешные истории своим друзьям?
23. Ты часто чувствуешь себя усталым?
24. Ты всегда сначала делаешь уроки, а все остальное потом?
25. Ты обычно весел и всем доволен?
26. Обидчив ли ты?
27. Ты очень любишь общаться с другими ребятами?
28. Всегда ли ты выполняешь просьбы родных о помощи по хозяйству?
29. У тебя бывают головокружения?
30. Бывает ли так, что твои действия и поступки ставят других людей в неловкое положение?
31. Ты часто чувствуешь, что тебе что-нибудь надоело?
32. Любишь ли ты иногда похвастаться?
33. Ты чаще всего сидишь и молчишь, когда попадаешь в общество незнакомых людей?
34. Волнуешься ли ты иногда так, что не можешь усидеть на месте?
35. Ты обычно быстро принимаешь решения?
36. Ты никогда не шумишь в классе, даже когда нет учителя?
37. Тебе часто снятся страшные сны?
38. Можешь ли ты дать волю чувствам и повеселиться в обществе друзей?
39. Тебя легко огорчить?
40. Случалось ли тебе плохо говорить о ком-нибудь?
41. Верно ли, что ты обычно говоришь и действуешь быстро; не задерживаясь особенно на обдумывание?
42. Если оказываешься в глупом положении, то потом долго переживаешь?
43. Тебе нравятся шумные и веселые игры?
44. Ты всегда ешь то, что тебе подают?
45. Тебе трудно ответить «нет», когда тебя о чем-нибудь просят?
46. Ты любишь часто ходить в гости?
47. Бывают ли такие моменты, когда тебе не хочется жить?
48. Был ли ты когда-нибудь груб с родителями?
49. Считают ли тебя ребята веселым и живым человеком?
50. Ты часто отвлекаешься, когда делаешь уроки?
51. Ты чаще сидишь и смотришь, чем принимаешь активное участие в общем веселье?
52. Тебе, обычно бывает трудно уснуть из-за разных мыслей;
53. Бываешь ли ты совершенно уверен, что сможешь справиться с делом, которое должен выполнить?
54. Бывает ли, что ты чувствуешь себя одиноким?
55. Ты стесняешься заговорить первым с новыми людьми?
56. Ты часто спохватываешься, когда уже поздно что-нибудь исправить?
57. Когда кто-нибудь из ребят кричит на тебя, ты тоже кричишь в ответ?
58. Бывает ли так, что ты иногда чувствуешь себя веселым или печальным без всякой причины?
59. Ты считаешь, что трудно получить настоящее удовольствие от оживленной компании?
60. Тебе часто приходится волноваться из-за того, что ты сделал что-нибудь, не подумав?

**Ключ:**

**I. ЭКСТРАВЕРСИЯ (Э):**

«Да»: 1, 3, 9, 11, 14, 17, 19, 22, 25, 27, 30, 35, 38, 41, 43, 46, 49, 53, 57.

«Нет»: 6, 33, 51, 55, 59.

**II. НЕЙРОТИЗМ (Н):**

«Да»: 2, 5, 7, 10, 13, 15, 18,, 21, 23, 26, 29, 31, 34, 37, 39, 42, 45, 47, 50, 52, 54, 56, 58, 60.

**III. ЛОЖЬ:**

«Да»: 8, 16, 24, 28, 36, 44;

«Нет»: 4, 12, 20, 32, 40, 48.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2.3**

**ШКАЛА ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ ДЛЯ УЧАЩИХСЯ 10-16 ЛЕТ**

(А.М. Прихожан. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с. (Серия «Библиотека педагога-практика»), С. 242-249)

**Инструкция.** Твоя задача — представить себе каждую ситуацию (себя в этой ситуации), определить, насколько она может вызвать у тебя тревогу, беспокойство, страх, опасения, и обвести одну из цифр, определяющих, насколько она для тебя неприятна.

Что означает каждая цифра написано вверху таблицы.

	<b>Текст методики. Форма «А»</b>	<b>Нет</b>	<b>Немно- го</b>	<b>Доста- точно</b>	<b>Значи- тельно</b>	<b>Очень</b>
	<b>Пример.</b> Перейти в новую школу	0	1	2	3	4
1.	Отвечать у доски	0	1	2	3	4
2.	Оказаться среди незнакомых ребят	0	1	2	3	4
3.	Участвовать в соревнованиях, конкурсах, олимпиадах	0	1	2	3	4
4.	Слышать за клятая	0	1	2	3	4
5.	Разговаривать с директором школы	0	1	2	3	4
6.	Сравнивать себя с другими	0	1	2	3	4
7.	Учитель смотрит по журналу, кого спросить	0	1	2	3	4
8.	Тебя критикуют, в чем-то упрекают	0	1	2	3	4
9.	На тебя смотрят, когда ты что-нибудь делаешь (наблюдают за тобой во время работы, решения задачи)	0	1	2	3	4
10.	Видеть плохие сны	0	1	2	3	4
11.	Писать контрольную работу, выполнять тест по какому-нибудь предмету	0	1	2	3	4
12.	После контрольной, теста — учитель называет отметки	0	1	2	3	4
13.	У тебя что-то не получается	0	1	2	3	4
14.	Смотреть на человека, похожего на мага, колдуна	0	1	2	3	4
15.	На тебя не обращают внимания	0	1	2	3	4
16.	Ждешь родителей с родительского собрания	0	1	2	3	4
17.	Тебе грозит неуспех, провал	0	1	2	3	4
18.	Слышать смех за своей спиной.	0	1	2	3	4
19.	Не понимать объяснений учителя	0	1	2	3	4
20.	Думаешь о том, чего ты сможешь добиться в будущем	0	1	2	3	4
21.	Слышать предсказания о космических катастрофах	0	1	2	3	4
22.	Выступать перед зрителями	0	1	2	3	4
23.	Слышать, что какой-то человек «напускает порчу» на других	0	1	2	3	4
24.	С тобой не хотят играть	0	1	2	3	4
25.	Проверяются твои способности	0	1	2	3	4
26.	На тебя смотрят как на маленького	0	1	2	3	4
27.	На экзамене тебе достался 13-й билет	0	1	2	3	4
28.	На уроке учитель неожиданно задает тебе вопрос	0	1	2	3	4
29.	Оценивается твоя работа	0	1	2	3	4
30.	Не можешь справиться с домашним заданием	0	1	2	3	4
31.	Засыпать в темной комнате	0	1	2	3	4
32.	Не соглашаешься с родителями	0	1	2	3	4
33.	Берешься за новое дело	0	1	2	3	4
34.	Разговаривать со школьным психологом	0	1	2	3	4
35.	Думать о том, что тебя могут «сглазить»	0	1	2	3	4
36.	Замолчали, когда ты подошел (подошла)	0	1	2	3	4
37.	Слушать страшные истории	0	1	2	3	4
38.	Спорить со своим другом (подругой)	0	1	2	3	4
39.	Думать о своей внешности	0	1	2	3	4
40.	Думать о призраках, других страшных, «потусторонних» существах	0	1	2	3	4
	<b>Общая</b>	Сырые баллы		Стены		
	Школьная					
	СО					
	МЛ					
	Маг					

### ИЗМЕРЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ АСТЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Шкала разработана Т.Г. Чертовой на основании клинической методики ММРІ. Шкала состоит из 30 пунктов - утверждений, которые отражают характеристики астенического состояния. Диагностика проводится индивидуально, в изолированном от посторонних звуков помещении.

**Инструкция:** Внимательно прочитайте каждое предложение и, оценив его применительно к Вашему состоянию в данный момент, отметьте один из четырех вариантов ответов правой части бланка.

#### Шкала астенического состояния (ШАС)

Варианты ответов: 1 - нет, неверно; 2 – пожалуй, так; 3 - верно; 4 - совершенно верно.

1. Я работаю с большим напряжением	1	2	3	4
2. Мне трудно сосредоточиться на чем-либо	1	2	3	4
3. Моя половая жизнь не удовлетворяет меня	1	2	3	4
4. Ожидание нервирует меня	1	2	3	4
5. Я испытываю мышечную слабость	1	2	3	4
6. Мне не хочется ходить в кино или в театр	1	2	3	4
7. Я забывчив	1	2	3	4
8. Я чувствую себя усталым	1	2	3	4
9. Мои глаза устают при длительном чтении	1	2	3	4
10. Мои руки дрожат	1	2	3	4
11. У меня плохой аппетит	1	2	3	4
12. Мне трудно быть на вечеринке или в шумной компании	1	2	3	4
13. Я уже не так хорошо понимаю прочитанное	1	2	3	4
14. Мои руки и ноги холодные	1	2	3	4
15. Меня легко задеть	1	2	3	4
16. У меня болит голова	1	2	3	4
17. Я посыпаюсь утром усталым и не отдохнувшим.	1	2	3	4
18. У меня бывают головокружения	1	2	3	4
19. У меня бывают подергивания мышц	1	2	3	4
20. У меня шумит в ушах	1	2	3	4
21. Меня беспокоят половые вопросы	1	2	3	4
22. Я испытываю тяжесть в голове	1	2	3	4
23. Я испытываю общую слабость	1	2	3	4
24. Я испытываю боли в темени	1	2	3	4
25. Жизнь для меня связана с напряжением	1	2	3	4
26. Моя голова как бы стянута обручем	1	2	3	4
27. Я легко просыпаюсь от шума	1	2	3	4
28. Меня утомляют люди	1	2	3	4
29. Когда я волнуюсь, то покрываюсь потом	1	2	3	4
30. Мне не дают уснуть беспокойные мысли	1	2	3	4

Подсчитайте сумму выбранных баллов. Весь диапазон шкалы включает от 30 до 120 баллов. Средняя шкала астении равна  $37,22 \pm 6,47$  балла. Результаты исследования здоровых лиц приняты за "отсутствие астении", весь объем шкалы делится на четыре диапазона:

1. от 30 до 50 баллов - "отсутствие астении"
2. от 51 до 75 баллов - "слабая астения"
3. от 76 до 100 баллов - "умеренная астения"
4. от 101 до 120 баллов - "выраженная астения".

#### Тест. ГОТОВНОСТЬ К САМОРАЗВИТИЮ

(Г.М. Коджаспирова. Культура профессионального самообразования педагога. Пособие / Под ред. д-ра психол. наук, акад. Ю.М. Забродина. – М., 1994. – 344 с.: 16 ил., С. 173-175)

**Инструкция:** Внимательно прочитайте каждое предложение и, оценив его применительно к себе в данный момент, ответьте «да» или «нет».

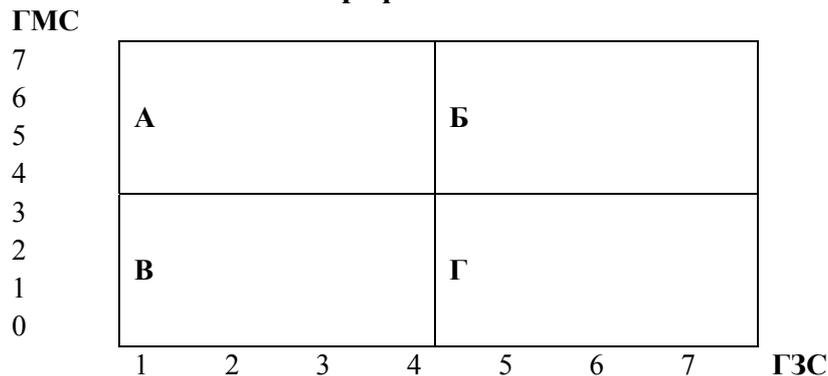
1. У меня часто появляется желание больше узнать о себе.
2. Я считаю, что мне нет необходимости в чем-то меняться.
3. Я уверен(на) в своих силах.
4. Я уверен(на), что все задуманное мною осуществится.
5. У меня нет желания знать свои плюсы и минусы.
6. В моих планах я чаще надеюсь на удачу, чем на себя.
7. Я хочу лучше и эффективнее работать (учиться).
8. Я умею заставить и изменить себя, когда нужно.
9. Мои неудачи во многом связаны с неумением это делать.
10. Я интересуюсь мнением других о моих качествах и возможностях.
11. Мне трудно добиться задуманного и воспитать себя.
12. В любом деле я не боюсь неудач и ошибок.
13. Мои качества и умения соответствуют требованиям моего образа жизни.
14. Обстоятельства сильнее меня, даже если я очень хочу что-то сделать.

**Ключ:** 1) +; 2) —; 3) +; 4) +; 5) —; 6) —; 7) +; 8) +; 9) +; 10) +; 11) -; 12) +; 13) -; 14) -.

Готовность «знать себя» — ГЗС — посчитайте количество совпадений по утверждениям под № 1, 2, 5, 9, 7, 10, 13.

Готовность «могу совершенствоваться» — ГМС — подсчитайте по совпадениям с ключом Ваши ответы по № 3, 4, 6, 8, 11, 12, 14.

#### График - состояние



Отложите свои показатели по осям ГМС, ГЗС. По двум координатам Вы отмечаете точку на графике, которая попадает в один из квадратов.

А — могу совершенствоваться, но не хочу себя знать.

Б — хочу знать себя и могу измениться.

В — не хочу знать себя и не хочу изменяться.

Г — хочу знать себя, но не могу себя изменить.

**Квадрат А** — Ваша величина ГЗС меньше, чем ГМС, т. е. Вы имеете больше возможности к саморазвитию, чем желания познать себя. В этом случае следует поразмышлять о необходимости начинать в освоении профессии с себя. Профессионализм в любой сфере достигается прежде всего через нахождение своего индивидуального стиля деятельности. А это без самопознания невозможно.

**Квадрат В** — обе величины достаточно низки. Ваш анализ должен быть направлен на те утверждения, которые не дали в ответах совпадений с «ключом». Внимательно наблюдайте за собой. Постарайтесь понять, в чем больше трудностей, где большая преграда на пути к саморазвитию.

**Квадрат Г** — такое сочетание означает, что Вы, желая знать больше о себе, еще не владеете хорошо навыками самосовершенствования. Трудности в самосовершенствовании не должны Вас останавливать. Посмотрите внимательно на утверждения по ГМС, которые не

совпали в ответах с «ключом». Анализ подскажет Вам, где и над чем Вам предстоит поработать. В самосовершенствовании, если Вы решились на это, следует помнить слова Сенеки младшего: «Свои способности человек может узнать, только попытавшись приложить их».

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.6

### Изучение особенностей мотивации ЗОЖ (АТРИБУТИВНАЯ МЕТОДИКА)

1. Запишите все причины, по которым люди ведут здоровый образ жизни.
2. По шкале 1 – 5 баллов оцените значимость каждой причины – мотива для себя:  
1 балл – затрудняюсь ответить,  
2 балла – причина скорее значима, чем незначима,  
3 балла – причина значима в средней степени,  
4 балла – причина значима,  
5 баллов – причина очень значима.
3. Соотнесите каждую причину с разными поступками, направленными на изменение отношения к здоровью членов вашей семьи, друзей. Стремитесь ли Вы повлиять на своих друзей, родителей, знакомых по этой причине и если да, то оцени свое поведение в баллах в баллах: 0 – никогда, 1 – редко, 2- иногда, 3 часто, 4 – всегда.
4. Таблица для регистрации ответов:

Причины, по которым люди ведут ЗОЖ	Значимость причины для меня:	Стремление влиять на поведение друзей, родителей. Мое поведение в баллах: 0 – никогда; 1 – редко, 2- иногда, 3 часто, 4 – всегда
	1 балл – затрудняюсь ответить, 2 балла – причина скорее значима, чем незначима, 3 балла – причина значима в средней степени, 4 балла – причина значима, 5 баллов – причина очень значима.	

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.7

### «ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОЗНАННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ МОТИВА» (Модификация методики)

Методика разработана А. В. Ермолиным и Е. П. Ильиным (Ильин Е.П. Мотивация и мотивы – СПб: Питер, 2000. – 512с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»), С.363).

#### Вариант А.

**Инструкция:** Возьмите тетрадный листок (опросный лист) и подпишите его, поставьте дату, возраст, пол. Ваша задача — поставить номер зачитываемого неоконченного предложения и рядом с ним написать его окончание, представив себя в приведенной ситуации. Если вы никогда не попадали в такую ситуацию, то предположите, как бы вы поступили в данном случае.

#### Неоконченные предложения:

1. Хотя я не дружу с Петей, я согласился навестить его дома, когда он заболел, потому что ...
2. Хотя я неважный спортсмен, я участвовал в соревнованиях, потому что...
3. Хотя на улице было холодно, несмотря на уговоры родителей, я не надел шапку, потому что ...
4. Несмотря на то, что вода в озере была холодной, я искупался, так как...
5. Несмотря на то, что я хотел спать, я продолжал решать задачку, потому что...

#### Вариант Б.

**Инструкция.** Вам предлагаются для обдумывания шесть различных жизненных ситуаций. Поставьте номер зачитываемого вопроса-сюжета, представьте себя действующим

лицом каждого сюжета и дайте ответы на вопросы (в письменном виде на обратной стороне того же листка).

### Вопросы-сюжеты:

1. На улице скользко. Ты подошел к старушке и помог ей дойти до магазина. Почему ты это сделал?
2. Ты сидишь на стадионе, где идут соревнования по бегу. Когда побежал твой одноклассник, ты стал кричать: «Леша, давай!» Зачем ты стал кричать?
3. На дискотеке ты познакомился (лась) с девушкой (юношей) старше себя. Ты сказал (а), что тебе больше лет, чем на самом деле. Почему ты это сделал(а)?
4. Аня стала курить, потому что ей так захотелось. Она никому не подражала, не уходила ни от каких проблем. Просто решила, что хочет быть курящей женщиной. Аня выкуривает в день по полпачки (пачке) сигарет и в свои 15 лет по-философски относится к жизни, говоря что «всё равно мы все когда-нибудь умрем». Как ты относишься к этому?
5. Максим не любит крепкие напитки, а то, что он употребляет пиво каждый день, его абсолютно не беспокоит. Ничего нет лучше, чем расслабиться около телевизора с баночкой хорошего пива. Ведь пиво – юридически не алкогольный напиток! Каково твое мнение.
6. Ночной клуб – это отличная музыка, веселье до утра, большое количество друзей, интересные знакомства... Чтобы танцевать всю ночь, Илья принимает таблетку экстази – энергии хватает, настроение отличное, девчонки считают суперменом. Правда денег много приходится тратить, но ведь не свои же он тратит, родители хорошо зарабатывают и постоянно снабжают сына приличными суммами. Как ты к этому относишься?

### Обработка результатов

В своих опросных листах испытуемые дают самые разные ответы, затрагивающие различные компоненты структуры мотива. В результате проведенного анализа была сконструирована классификационная матрица, состоящая из четырех групп (категорий) ответов.

1. Ответы, не затрагивающие структуру мотива
  - ссылка на внешние обстоятельства (на улице было жарко, тепло, холодно; он мешает, отвлекает, он первый начал; попросили, заставили, пригласили и т. д.); обозначение действия (я бы промолчал, ничего не ответил, извинился); шифр— Вне;
2. Ответы, относящиеся к «потребностному блоку»:
  - потребности (хотел показать себя, проверить себя)
  - влечения (влекло, манило, привлекало); шифр – Вл;
  - интересы (заинтересовало, было любопытно узнать, интересно); шифр — Ин;
  - долженствование, необходимость (надо получить зачет, отметку, должен это сделать, было необходимо, не мог отказать); шифр – Д;
  - мотивационная установка (обещал, давно хотел, появился повод, это моя обязанность), шифр — Му.
3. Ответы, относящиеся к «внутреннему фильтру»:
  - нравственный контроль декларируемый (нельзя отрываться от коллектива, не подвести товарищей, переживаю (болею) за свою команду, старость надо уважать и т.д.); шифр-НКд,
  - нравственный контроль недеклаируемый (поставил себя на его место, ему плохо, мог упасть, никто не хотел этого делать, а кому-то надо; он мой товарищ); шифр – Нкн;
  - предпочтение по внешним признакам (некрасиво на мне смотрится; мне так больше идет и т.д.); шифр – Пр внеш;
  - внутреннее предпочтение – склонности (мне нравится, я люблю это делать и т.д.); шифр.— Пр внут.;
  - оценка психических (эмоциональных) состояний (надоело, скучно, страшно, боюсь и т.д.); шифр — Ос;
  - оценка своих возможностей (я закаленный, сильный, смелый; я могу это сделать,

я это умею; мне не доставит это много хлопот); шифр – Ов;

— оценка условий и предстоящих усилий, затрат энергии (привык, это не трудно, мне это не под силу, нет возможности, средств и т.д.); шифр – Оу;

— прогнозирование последствий (могу получить двойку, завтра спросят, могу победить, это может привести к ...); шифр – Пп.

4. Ответы, относящиеся к целевому блоку:

- Определенные действия (купить продукты, помочь сделать уроки и т.д.); шифр – Од;

- Процесс удовлетворения потребности (отдохнуть, получить удовольствие и т.д.); шифр – Пуп;

- Потребностная (смысловая) цель (получить хорошую отметку, заслужить похвалу, утолить жажду; доказать себе, что могу и т.д.); шифр – Цп.

На основании этих категорий ответов полученные данные заносятся в матричную таблицу:

Вне	П	Вл	Ин	Д	Му	НКд	НКн	Пр внеш	Пр внутр	Ос	Ов	Оу	Пп	Од	Пуп	Цп
+	++			+		+		+			+	+		+		+

#### Выводы:

Анализируя ответы каждого опрошенного, можно узнать насколько полно он учитывает все обстоятельства (мотиваторы) или же ориентируется только на одно из них. Склонен ли ориентироваться на внешние обстоятельства или на внутренние факторы, насколько глубоко он пытается проникнуть в основание своих поступков и действий, т.е. насколько полно отражается в его сознании структура мотива, насколько обоснованно принимаются им решения.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.8

### Методика «ПАРНОЕ СРАВНЕНИЕ»

(Кузьмина Н.В. «Основы вузовской педагогики» - Издательство Ленинград. университета, 1972 г.)

Методика парного сравнения заключается в том, что за основу сравнения берется характеристика человека по одному интересующему нас вопросу (отношение к собственному здоровью и здоровому образу жизни). Один человек сравнивается с каждым в данной группе по данному признаку. Это сравнение получает математическое выражение: если подростки проявляют в одинаковой степени интересующее нас качество, то они получают 1 балл. Если одно из сравниваемых лиц проявляется данное качество в большей степени, он получает 2 балла. При этом тот, кто уступает по уровню проявления качества, получает 0. Результатом парного сравнения всегда является шкала сравнительных оценок, выраженных в баллах.

Несмотря на то, что методика строится на выявлении знаний компетентных лиц, она позволяет сделать их мнение объективным в силу большого числа сравнений, которые всегда равно  $n^2-n$ , где  $n$  - число человек в группе, подвергшихся сравнению. Например, если мы сравниваем между собой 8 человек, то сравнение производится  $8^2-8$ , т.е. 56 раз.

Чем более длинный ряд подвергается сравнению, тем больше число сравнений, тем более объективные результаты сравнения. Но этот ряд нельзя увеличить бесконечно, т.к. это очень затрудняет работу эксперта.

Для того чтобы соотнести результаты по одному показанию с другим, необходимо вычислить процентный ранговый показатель.

### Матрица парного сравнения

**Инструкция:** Сравните, пожалуйста, попарно учеников класса по критерию «осознанность, ответственность отношения к собственному здоровью»:

Если у обоих сравниваемых детей отношение выражено одинаково, то каждый получает по 1 баллу; если один из подростков более активен в деятельности по здоровьесбережению, то он получает 2 балла, а второй – 0 баллов.

**Например:**

Фамилия Имя	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Б. Даша	+	0	0	1	1	1	0	0	1
2. Г. Саша	2	+	1	1	1	1	0	1	1
3. Г. Алина	2	1	+	1	1	1	1	1	1
4. Д. Оля	1	1	1	+	1	2	0	2	1
5. Е. Юля	1	1	1	1	+	1	0	1	2
6. К. Оля	1	1	1	0	1	+	1	1	1
7. К. Магомет	2	2	1	2	2	1	+	2	2
8. О. Миша	2	1	1	0	1	1	0	+	1
9. П. Слава	1	1	1	1	0	1	0	1	+

Далее составляем таблицу, распределяя результаты в ранговой последовательности в соответствии с числом полученных баллов от наименьшего к наибольшему.

**Таблица ранговой последовательности**

№ п/п	Фамилия Имя	Количество баллов	Абсолютное ранговое место	Относительное ранговое место, R	Процентный ранговый показатель, PR
1	Б. Даша	9	2	2	7,5
2	П. Слава	15	6	6	27,5
3	К. Оля	17	7	7,5	35
4	О. Миша	17	8	7,5	35
5	Г. Алина	18	10	9,5	45
6	Г. Саша	19	11	11	52,5
7	Д. Оля	20	12	12,5	60
8	Е. Юля	20	13	12,5	60
9	К. Магомет	29	19	19	92,5

Процентный показатель вычисляется по формуле:

$$PR = \frac{2R - 1}{2N} \cdot 100$$

где PR - процентный ранговый показатель (персентиль); R - относительное ранговое место данного испытуемого; N - количество членов данного коллектива.

Для каждого участника сравниваемого ряда и по каждому критерию персентиль вычисляется отдельно. При графическом выражении результатов обсчета один из показателей берется в качестве основного, два других соотносятся с ним.

Объективность методики можно проверить, сопоставляя характеристики, полученные на одних и тех же людей от разных лиц, на основе ранжирования, высчитывая коэффициент ранговой корреляции по формуле Пирсона:

$$r = \frac{\sum xy}{\sqrt{\sum x^2 \sum y^2}}$$

где  $r$  - коэффициент ранговой корреляции;  
 $x$ ,  $y$  - отношения от среднего места ряда по данным разных компетентных лиц.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.9

### ОПРОСНИК «МОЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

1. Насколько успехи в жизни зависят от образа жизни?  
 А. — полностью; Б. — во многом; В. — не очень; Г. — не зависит.
2. Необходим ли, по Вашему мнению, здоровый образ жизни?
3. Ваш образ жизни является здоровым? Оцените его по 10-балльной шкале:  
 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10.
4. Что такое “здоровый образ жизни”?
5. Вы стали бы вести здоровый образ жизни, чтобы ...
  - А. быть сильным;
  - Б. быть красивым;
  - В. быть всегда в форме;
  - Г. быть успешным в делах;
  - Д. раскрыть свои способности;
  - Е. стать духовно богатой личностью;
  - Ж. иметь здоровых детей;
  - З. получать от жизни радость и удовольствие;
  - Другое \_\_\_\_\_
6. Что могло бы побудить Вас изменить образ жизни?
  - А. тяжелая болезнь;
  - Б. жизненный кризис;
  - В. смерть близкого человека;
  - Г. общее неудовлетворительное самочувствие;
  - Д. неудачи в делах;
  - Е. пример авторитетного для вас человека;
  - Ж. влюбленность;
  - З. чтение специальной литературы;
  - И. участие в лекциях или семинарах по данной проблематике;
  - К. другое \_\_\_\_\_
7. Отметьте, пожалуйста, как Вы оцениваете свое здоровье:
  - а) в настоящий момент;  
 0 — 10 — 20 — 30 — 40 — 50 — 60 — 70 — 80 — 90 — 100.
  - б) год назад  
 0 — 10 — 20 — 30 — 40 — 50 — 60 — 70 — 80 — 90 — 100.
8. Как часто Вы болеете?
  - А. не помню, когда болел последний раз;
  - Б. редко (1-2 раза в год);
  - В. не очень часто (1-2 раза в квартал);
  - Г. часто (1-2 раза в месяц);
  - Д. не помню себя здоровым.
9. Есть ли у Вас хронические заболевания? Если да, укажите какие.
10. Что Вы делаете, чтобы быть здоровым?
11. Оцени по 5-балльной системе кто или что в большей степени повлиял на Ваше отношение к здоровью:
  - А. — Родители.
  - Б. — Образ жизни семьи.

- В. — Книги, журналы, телевизионные передачи, фильмы.  
 Г. — Уроки биологии, физкультуры, ОБЖ.  
 Д. — Занятия в спортивных секциях.  
 Е. — Сверстники.  
 Ж. — Жизненный случай.  
 З. — Другое (укажите).

Степень влияния: “5” — очень сильно; “4” — сильно; “3” — средне; “2” — мало; “1” — не повлияло.

12. Что важно для сохранения собственного здоровья?

- А. Знать слабые и сильные стороны своего организма.  
 Б. Изучать методики оздоровления организма.  
 В. Регулярно заниматься оздоровлением своего организма.  
 Г. Посещать спортивные секции, группы здоровья.  
 Д. Придерживаться правил рационального питания.  
 Е. Систематически посещать врачей.  
 Ж. Осознавать красоту своего тела.  
 З. Отслеживать собственное самочувствие.

Оцени по 5-балльной системе: “5” — исключительно важно; “4” — достаточно важно; “3” — важно; “2” — мало важно; “1” — не важно.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2.10

### АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

1. Является ли для Вас важным:

	Да	Пожалуй, да	Трудно сказать	Пожалуй, нет	Нет
1. Здоровье					
2. Общение с природой					
3. Материальное благополучие					
4. Хорошие и верные друзья					
5. Личностный рост					
6. Семья					
7. Карьера					
8. Дети					
9. Любовь					

2. Как Вы оцениваете здоровье своего ребенка?

3. Соблюдает ли Ваш режим дня: сна, отдыха, учебных занятий? (да; нет)

4. Мой ребенок ложится спать:

- в одно и то же время,
- по мере выполнения домашних заданий,
- до 23 часов,
- после 23 часов.

5. У моего ребенка есть вредные привычки:

- грызет ногти,
- ковыряет в носу,
- курит,
- склонен к употреблению крепленых напитков,
- сквернословит.

6. Мой ребенок ведет активный образ жизни:

- занимается в спортивных секциях,
- занимается в группе здоровья,
- посещает бассейн, корт, баню,
- выполняет утренний комплекс (физический, дыхательный и пр.),
- занимается туризмом в каникулярное время (лыжи, байдарки, конные поездки)

- и др.),
- другое (указать конкретно) \_\_\_\_\_
7. Для сохранения и укрепления здоровья ребенка:
- всячески поддерживаем соблюдение им режима дня,
  - тщательно следим за качеством питания,
  - обращаемся к медикам, другим специалистам (какого профиля \_\_\_\_\_),
  - создаем семейные традиции (совместные поездки, бег, посещение бани, сауны, массаж, работа на дачном участке),
  - другое (указать что) \_\_\_\_\_
8. Если ребенок заболел:
- обращаемся к врачам,
  - пытаемся своими силами восстановить здоровье ребенка,
  - не доводим до такого состояния.
9. Чтобы искоренить вредные привычки ребенка, нужно \_\_\_\_\_
10. Считаю, что мой ребенок:
- знает о проблемах своего здоровья, но сам ничего не делает для его поддержания,
  - знает о проблемах своего здоровья, но при этом надеется на помощь родителей (особенно в период ухудшения состояния),
  - знает о проблемах своего здоровья и стремится активно улучшать его,
  - не знает о серьезности проблем своего здоровья и ничего не предпринимает,
  - не осознает проблем своего здоровья, но при этом ведет здоровый образ жизни,
  - знает лишь некоторые отклонения в собственном здоровье и изредка занимается улучшением своего физического состояния.

**ОБЩАЯ КАРТА ГРУППЫ  
РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ**

		Имя Фамилия	Васечкин	Иванов	Петров	Сидоров
Показатели		Уровни				
Темперамент	Экстраверсия	Значительная				
		Умеренная				
	Интроверсия	Значительная				
		Умеренная				
	Эмоциональная стабильность	Высокая				
		Средняя				
Эмоциональная нестабильность	Высокая					
	Оч. высокая					
Тревожность	Общая	Низкий				
		Умеренный				
		Высокий				
	Школьная	Низкий				
		Умеренный				
		Высокий				
	Самооценочная	Низкий				
		Умеренный				
		Высокий				
	Межличностная	Низкий				
		Умеренный				
		Высокий				
Шкала астенического состояния	«отсутствие астении»	1				
	«слабая астения»	2				
	«умеренная астения»	3				
	«выраженная астения»	4				
Ценностные ориентации	«Здоровье» как ценность	(ранг)				
Познавательная активность	Низкая					
	Средняя					
	Высокая					
Структура мотивов отношения к здоровью	Ориентация на внешние обстоятельства					
	«потребностный блок»					
	«внутренние фильтры»					
	«целевой блок»					
Уровень интенсивности поступков и практических действий, направленных на заботу о своем здоровье	Низкий					
	Средний					
	Высокий					
Процентный ранговый показатель, PR	Низкий					
	Средний					
	Высокий					
Отношение к здоровью, представленное в «Я - концепции»						
Готовность к саморазвитию	А. Могу совершенствоваться, но не хочу себя знать					
	Б. Хочу себя знать и могу измениться					
	В. Не хочу себя знать и не хочу меняться					
	Г. Хочу себя знать, но не могу пока измениться					

### ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА УЧАЩЕГОСЯ

Имя Фамилия \_\_\_\_\_

Школа № \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Сформированность отношения к здоровью

#### Психодинамический критерий:

##### 1.1. Темперамент

- Экстраверсия-Интроверсия \_\_\_\_\_
- Нейротизм \_\_\_\_\_

##### 1.2. Тревожность:

- Общая \_\_\_\_\_
- Школьная \_\_\_\_\_
- Самооценочная \_\_\_\_\_
- Межличностная \_\_\_\_\_

##### 1.3. Астеническое состояние:

«отсутствие астении»; «слабая астения»; «умеренная астения»; «выраженная астения»

#### 2. Потребностно-мотивационный критерий:

##### 2.1. Ценностные ориентации: «Здоровье» как ценность (ранг) - \_\_\_\_\_

##### 2.2. Структура мотивов отношения к здоровью:

- Ориентация на внешние обстоятельства \_\_\_\_\_
- «потребностный блок» \_\_\_\_\_
- «внутренние фильтры» \_\_\_\_\_
- «целевой блок» \_\_\_\_\_

##### 2.3. Готовность к саморазвитию:

- А. Могу совершенствоваться, но не хочу себя знать \_\_\_\_\_
- Б. Хочу себя знать и могу измениться \_\_\_\_\_
- В. Не хочу себя знать и не хочу меняться \_\_\_\_\_
- Г. Хочу себя знать, но не могу пока измениться \_\_\_\_\_

##### 2.4. Отношение к здоровью, представленное в «Я - концепции»

(представлено, не представлено) \_\_\_\_\_

#### 3. Инструментальный критерий:

Владение рефлексией как средством самопознания (владеет; не владеет) \_\_\_\_\_

#### 4. Познавательная активность (низкая; средняя; высокая) \_\_\_\_\_

#### 5. Продуктивно-результатирующий критерий:

5.1. Уровень интенсивности поступков и практических действий, направленных на заботу о своем здоровье (низкий; средний; высокий) \_\_\_\_\_

5.2. Процентный ранговый показатель (низкий; средний; высокий) \_\_\_\_\_

**Итоговое заключение об актуальном уровне развития субъективного отношения к здоровью:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Стратегия групповой работы

Вводная часть и завершение обычно занимают примерно по четверти всего времени занятия. Около половины времени чаще всего уделено собственно работе.

Вводная часть занятия включает в себя вопросы о состоянии участников и одно-два разминочных упражнения. В начале каждого занятия важно почувствовать группу, диагностировать состояние детей, чтобы скорректировать план работы на день. В этом могут помочь вопросы к участникам: «Как вы себя чувствуете?», «Что нового (хорошего, необычного) случилось за это время?», «Назовите одно хорошее и одно плохое событие, которые произошли между нашими встречами?», «Что запомнилось с предыдущего занятия?» и т.п. В качестве разминки используются и различные упражнения, которые позволяют участникам переключиться от своих забот к работе в группе, активизироваться настроиться на дальнейшую работу по определенной теме, включиться в ситуацию «здесь и сейчас».

На первом занятии вводная часть занимает больше времени, поскольку необходимо объяснить правила, уделить внимание мотивации участников и рассказать, в чем будет заключаться работа. Первое занятие группы имеет решающее значение для выработки групповых норм, мотивирования и включения детей в работу, а также определения дальнейшего направления движения.

Свободное ведение группы предполагает использование групповой дискуссии как основного метода. Сущностью этого метода является «непроизвольное, формально нерегламентированное вербальное общение между членами группы». Для начала такой дискуссии характерны затягивающиеся паузы, «вязкий» темп группового процесса, чувство неопределённости [84].

Разговор, дискуссия возникают по осмыслению содержания притч, сказок, метафор, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нём (Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, О.В. Защиринская, Н. Оуэн, Д.Ю. Соколов). «Человек не осознающий» часто становится игрушкой в руках обстоятельств. Принцип осознания взаимосвязи смысла сказочной ситуации и реальной жизни становится процессом объективации проблемных ситуаций, активизации ресурсов, потенциала личности.

Особая групповая атмосфера открытости, доброжелательности, взаимного доверия обуславливает процесс ценностно-ориентационной деятельности и, в частности, разрешения ценностного противоречия. «Под открытостью понимается готовность быть самим собой, а не устремлённость к тому, чтобы казаться. Речь идёт о готовности и умении открыто предъявлять собеседнику свою позицию, своё мнение. Другая важная сторона психологической открытости – проницаемость для иного, отличного от собственного мнения. Речь идёт о готовности и умении отнестись к своей позиции не как единственно возможной и единственно истинной – это способность к децентрации» [84, С. 22].

До возникновения описанного выше психологического климата для участников группы характерно: защита собственного «Я», сохранение представления о его значимости в собственных глазах и глазах других, стремление избегать проявления чувств и конфликтов, поиск одобрения у других членов группы, попытки дать совет и принять за них решение [224, С. 76 – 77]. В этот период ведущим может быть использован такой метод, как *блокировка непро-*

*дуктивных форм поведения*, содержание которого составляет введение определённых правил в жизни группы, запретов и соответствующая позиция ведущего.

Если говорить о предметном содержании метода блокировки непродуктивных форм поведения в контексте работы группы, то оно состоит из:

- переориентации контролирующего поведения на совместное решение проблем;
- стимулирования обратной связи, раскрывающей собственные эмоциональные переживания, а не обвинения другого;
- предупреждения поспешных выводов;
- поощрения реальных способов принятия решения и взятия на себя ответственности за него в ответ на запрос прямого внешнего совета;
- отказа от универсальных суждений и обобщений типа «обычно считается», «мы все...» и замена их на личные формы «я полагаю...», «я сомневаюсь...» и т.п. для усиления чувства личной ответственности;
- замены оценивающей, осуждающей коммуникации, направленной на личность человека, на описание конкретной ситуации или поведения;
- запрета на интерпретации действий других участников, их взглядов и поведения;
- запрета на то, чтобы говорить о ком-то из присутствующих в третьем лице.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3.2

**Притчи, сказки и методы диагностики, предусмотренные в программе  
«Я – мой образ жизни – моё здоровье»**

Тема занятия	Название притчи, сказки. Автор	Методы диагностики
<b>Вводное занятие.</b>	Притча о притче. Л. Рампа. О том, как старик жаловался врачу на свои болезни. Р. Джалаледдин. Посещение глухим больного. Р. Джалаледдин. Мы продаем всё. С. и А. Атласовы.	Тест «Индекс отношения к здоровью» (Дерябо С.Д., Ясвин В.А.); Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича; Опросник «Мой образ жизни»
<b>Тема 1. Я и мое здоровье.</b> Здоровье как социокультурный феномен. Здоровье человека и факторы его определяющие.	Сказка о молодильных яблоках. Народная сказка Салернский кодекс здоровья. Арнольд из Вилановы Притча о нищем. По мотивам Успенского. Новая модель Вселенной Легенда о Соломоне. Ветхий Завет.	Измерение выраженности астенического состояния – шкала Т.Г. Чертовой Шкала личностной тревожности для учащихся 10-16 лет (Прихожан А.М.)
<b>Тема 2. Здоровый образ жизни.</b> Понятие о резервах здоровья, системе и содержании оздоровительных мероприятий: двигательная активность, закаливание, режим труда и отдыха, питание.	На всех не угодишь. Народное Спор грамматика с кормчим. Р. Джалаледдин Ученый и поэт. Дж.Х. Джебран Притча о пшеничном зерне. Л. Толстой.	Методика «Выявление осознанности различных компонентов мотива» (модификация методики Ермолина А.В., Ильина Е.П.) Атрибутивная методика причин, по которым люди ведут ЗОЖ
<b>Тема 3. Психическое здоровье как составная часть здоровья. Слагаемые психического здоровья. Темперамент.</b> Характеристика типов темперамента. Биологические основы поведения. Учет темперамента в учебной деятельности, общении, будущей трудовой деятельности.	Кувшинный человек. Японские сказки (из кн. Земляника под снегом) Упрямый Осел. Леонардо да Винчи Отшельник. Дж.Х. Джебран	Личностный опросник Г. Айзенка «Кто Я?» (М.Кун)
<b>Тема 4. Эмоции.</b> Эмоциональное благополучие – основной фактор психологического здоровья. Природа и функции эмоций. Индивидуальные различия в эмоциях и их выражении. Особенности эмоциональных состояний.	Удивительное дерево. По мотивам Чжуан-цзи. Мудрецы Китая. Сказка о милостивой Судьбе.	Тест «Цветопись» (А.Н. Лутошкин). Рисунок «Я – счастливый»

<p><b>Тема 5. Чувства. Особенности чувственной сферы.</b>  <b>Характеристика чувств.</b> Художественно-эстетическое выражение чувств. Интеллектуальные, эстетические, патриотические чувства.</p>	<p>Полезный и бесполезный. Абдул-Хамидхан          Как избежать глупых ошибок молодости. Р.Гарольд.          Торговцы грезами.</p>	
<p><b>Тема 6. Эмоциональное реагирование.</b> Умение управлять своими чувствами. Психологическая уравновешенность и ее значение для здоровья.</p>	<p>Множество выборов.          Сказка о проницательном Намусе. Маламати Мактулу          Как сделать правильный выбор. Дж. Селинджер          «Выше стропила, плотники»          Все в твоих руках.</p>	
<p><b>Тема 7. Стресс и дистресс.</b> Психологические и физиологические проявления. Общий адаптационный синдром. Стресс и поисковая активность. Релаксация как источник эмоционального выживания.</p>	<p>Притча о Слоне и Слобенке. Р. Киплинг          Исцеление. Идрис Шах          Изменение восприятия.          Мудрая Обезьяна. Панчатантра          Просветленный. О. Раджниш</p>	<p>Методика «Самооценка готовности к развитию» (Коджаспирова Г.М.)</p>
<p><b>Тема 8. Приемы саморегуляции:</b> позитивное мышление, самовнушение, переключение и др.</p>		
<p><b>Тема 9. О мужественности и женственности.</b> Духовно-нравственное значение любви в человеческих взаимоотношениях.</p>	<p>Соловей и роза. О. Уайльд          Аромат Орхидеи.          Драгоценный камень. Джами          Богатая свадьба. Вьетнамская сказка          Так ли это. Поль Репс          Как муж с женой поссорился. Японская народная сказка          Как жена из дому уходила. Японская народная сказка          Невестка и свекровь. Японская народная сказка</p>	
<p><b>Итоговое занятие</b></p>	<p>Сравнение. О. Раджниш          Притча о пустыне. Идрис Шах</p>	<p>Тест «Индекс отношения к здоровью» (Дерябо С.Д., Ясвин В.А.);          Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича</p>

## Программа психолого-педагогического семинара для учителей и родителей

### «Культура здоровья в образовательном пространстве»

**Цель семинара** – внедрение здоровьесберегающих технологий в практику профессиональной деятельности педагогов и повышения родительской компетентности с целью формирования у подростков ценностного отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни.

#### **Задачи семинара:**

- Ознакомление с компонентами здоровьесберегающих технологий:
  - а) недирективное межличностное взаимодействие, носящее характер помощи и поддержки;
  - б) благоприятная нравственная атмосфера сотрудничества в школьном коллективе;
  - в) адекватная оценка физического, психического и духовно-нравственного здоровья;
  - г) мотивация у учителей и родителей на сохранение и улучшение собственного здоровья.
- Формирование у учителей и родителей представлений о себе как субъектах образовательного пространства, влияющих на становление ценностного отношения к здоровью у учащихся.

**Представленная программа семинара предназначена для работников средних общеобразовательных школ, лицеев, колледжей, а также для широкого круга специалистов, занимающихся формированием осознанного отношения к здоровью как ценности.**

#### **Тема 1. Психологическая безопасность в учебном заведении.**

**Цель:** Расширить представления о факторах риска и условиях здоровьесбережения в учебно-воспитательном взаимодействии.

**Содержание:** Определение психотравмирующей ситуации. Факторы риска в профессиональной деятельности. Психологические проблемы учителя. Природа поведенческих тупиков. Факторы, способствующие возникновению и развитию конфликта. Особенности личности учителя, затрудняющие и/или способствующие эффективной педагогической деятельности (темперамент, прошлый опыт, установки, внутриличностные конфликты, особенности потребностно-мотивационной сферы, проявления сексуальности и др.)

#### **1.2. Стрессогенные воздействия и функциональные возможности человека.**

**Цель:** Дать представление о стрессе и дистрессе, научить владеть собой, приёмам самоконтроля в экстремальных ситуациях. Расширить картину объективного состояния личностного здоровья средствами психофизиологической, психологической, медицинской диагностики

**Содержание:** Понятие о «стрессе» как общем адаптационном синдроме. Стресс и поисковая активность. Управление и регуляция различными состояниями: психофизиологические и психотерапевтические техники. Реабилитация постстрессовых состояний. Создание условий проявления учителями эмпатии по отношению к партнерам по коммуникации (учащимся, коллегам, родителям), осознания педагогической рефлексии в профессиональном взаимодействии.

#### **1.3. Управляют ли дети чувствами?**

**Цель:** Дать представление об особенностях эмоциональной сферы детей и подростков.

Обучение приёмам саморегуляции, саморасслабления в ситуациях психоэмоционального напряжения.

**Содержание:** Воспитание культуры чувств ребенка. Категория впечатлительности. Восприятие и впечатление. Импринтинг: сила первых впечатлений. Мир ребенка – атмосфера новизны. Характер и уровни тревожности. Механизмы защиты. Агрессия. Повышение чувствительности к процессу взаимодействия.

#### **1.4. Дидактические фрустрации в учебном процессе. Способы предупреждения и снятия дидактогенических состояний.**

**Цель:** Роль гуманистической педагогики и психологии в предупреждении дидактогении.

**Содержание:** Причины и следствия дидактогенических состояний. Формы эмоционального поведения при дидактических фрустрациях. Эмоционально-травматический словарь учителя. Влияние его на возникновение психосоматической дезадаптации. Понятие комфортности обучения и организация взаимодействия взрослых и детей.

#### **Тема 2. Здоровьесберегающая компетентность учителя. Риск профессиональной деятельности педагогов.**

**Цель:** Укрепление личностной и профессиональной самооценки учителя.

**Содержание:** Понятие профессиональной деформации. Влияние личностных особенностей и творческих возможностей на здоровье, личность и внутрисемейные отношения педагога (стереотипность мышления и речи, излишняя прямолинейность, обобщённость восприятия учеников, авторитарность, категоричность в поведении).

#### **2.2. Имидж учителя как фактор здоровьесбережения в учебно-воспитательном процессе.**

**Цель:** Создать условия для самоактуализации личности учителя и учащихся посредством расширения представлений об имидже учителя.

**Содержание:** Понятие имиджа, имидж как средство психологического воздействия. Персональные характеристики индивида (физические, психофизиологические, характер, тип личности). Социальные характеристики (статус, модели ролевого поведения). Символические характеристики (идеология, культурные архетипы). Развития умения самопрезентации. Влияние имиджа на продвижения учащихся к самоактуализации.

#### **Тема 3. Психологическая комфортность: от саморегуляции к самореализации и самоосуществлению.**

##### **3.1. Временная перспектива.**

**Цель:** Познакомить с путями, способами, приёмами осознание жизненных целей.

**Содержание:** Формирование целей во временной перспективе. Осознание личных возможностей для желаемого будущего как фактор сохранения и развития психического здоровья. Место профессиональной деятельности в системе жизненнозначимых ценностей.

##### **3.2. Мотивация достижения успеха.**

**Цель:** Формирование положительных мотивационных установок на включение личности в оздоровительную деятельность. Становление педагогических установок. Природа человеческих потребностей.

**Содержание:** Актуальность потребностей в самосовершенствовании в процессе педагогической деятельности. Осознание персональных результатов, необходимости «популяризации» организации творческой образовательной среды.

##### **3.3. Радость общения – путь к здоровью.**

**Цель:** Условия педагогического взаимодействия как эффективный способ укрепления здоровья. Педагогически целесообразные взаимоотношения в системе «учитель - ученик». Осознавание стратегических ориентиров личностного и профессионального роста, способности к конструктивному анализу личности другого.

**Содержание:** Диагностика персональных стратегий установления и поддержания контактов. Педагогическое воздействие, педагогическое взаимодействие. Эффективные стили взаимодействия (исходные, текущие, итоговые), эффективная направленность личности педагога. Понимание успешности стратегии «подстройки» к партнеру по взаимодействию.

## Результаты исследования

Таблица 4.1

Распределение испытуемых констатирующего этапа по группам, набравших соответствующее количество баллов по шкалам

	Количество человек	Название под-групп	Уровни сформированности отношения	Количество респондентов (в % от соответствующей возрастной выборки), имеющие данный уровень развития отношения по шкалам:				
				Эмоциональная	Когнитивная	Практическая	Поступочная	Итоговый показатель
7-кл.	115	A	низкий	10,4	8,7	10,4	6,1	7,0
		B	средний	75,7	73,9	76,5	75,7	80,9
		C	высокий	13,9	17,4	13,0	18,3	12,2
9-кл.	101	A	низкий	10,9	10,9	13,9	9,9	6,9
		B	средний	78,2	72,3	78,2	72,3	80,2
		C	высокий	10,9	16,8	7,9	17,8	12,9
10-11-кл.	120	A	низкий	15,8	11,7	11,7	14,2	10,8
		B	средний	71,7	78,3	78,3	62,5	78,3
		C	высокий	12,5	10,0	10,0	23,3	10,8
Учителя	133	A	низкий	7,5	8,1	25,6	3,8	5,3
		B	средний	75,9	67,7	68,4	39,1	69,2
		C	высокий	16,5	24,2	6,0	57,1	25,6

Таблица 4.2

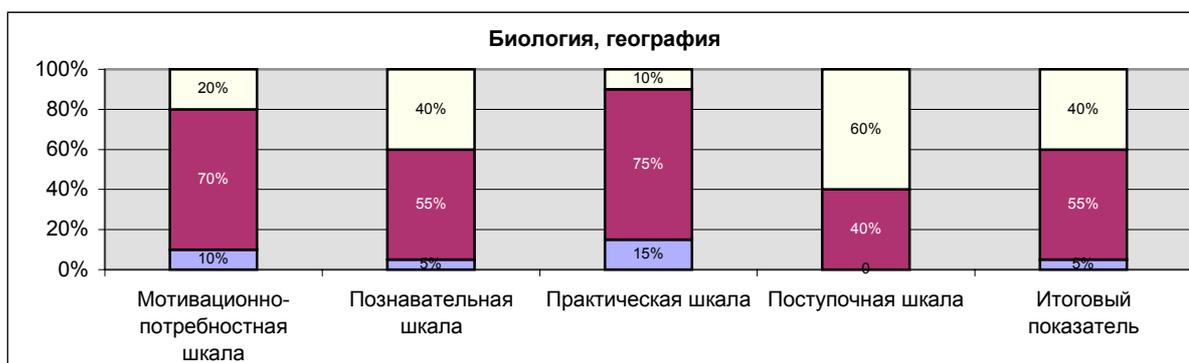
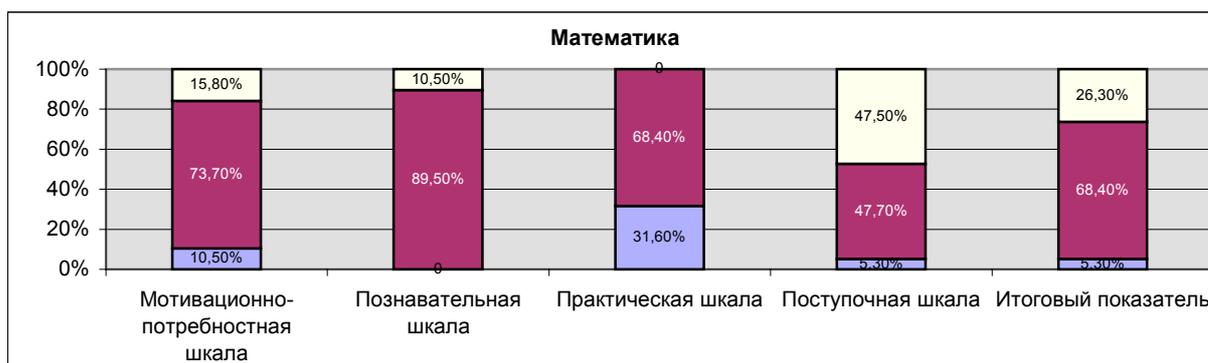
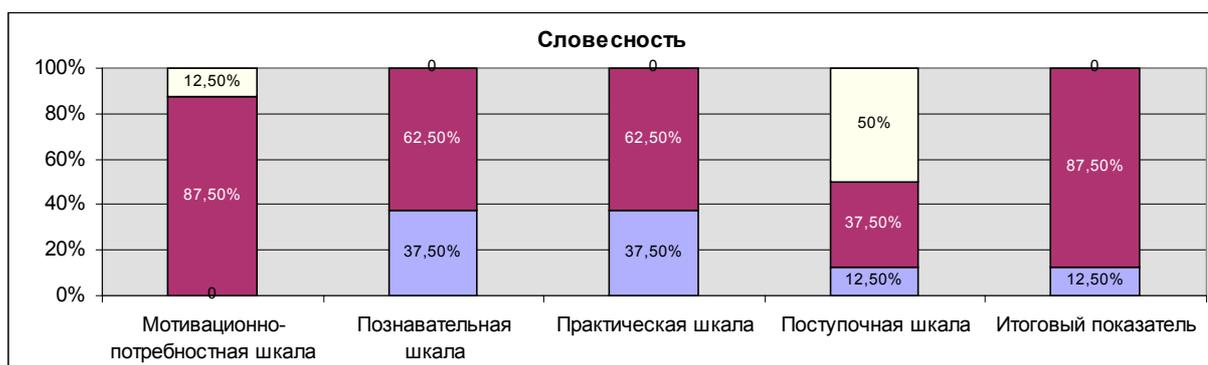
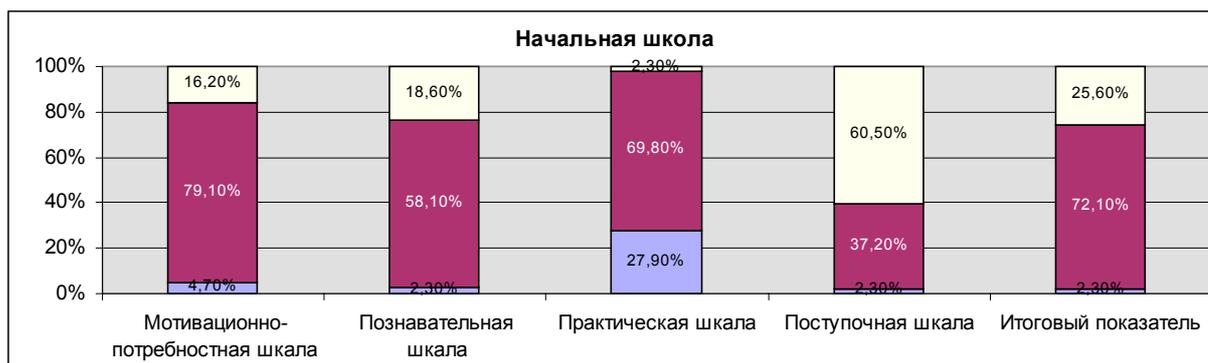
Средние значения показателей параметров отношения к здоровью в выборке учителей общеобразовательных школ (в станайнах)

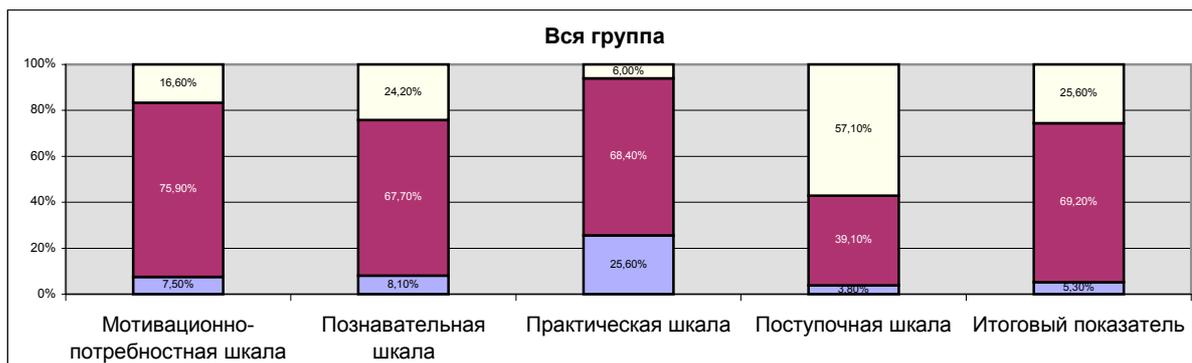
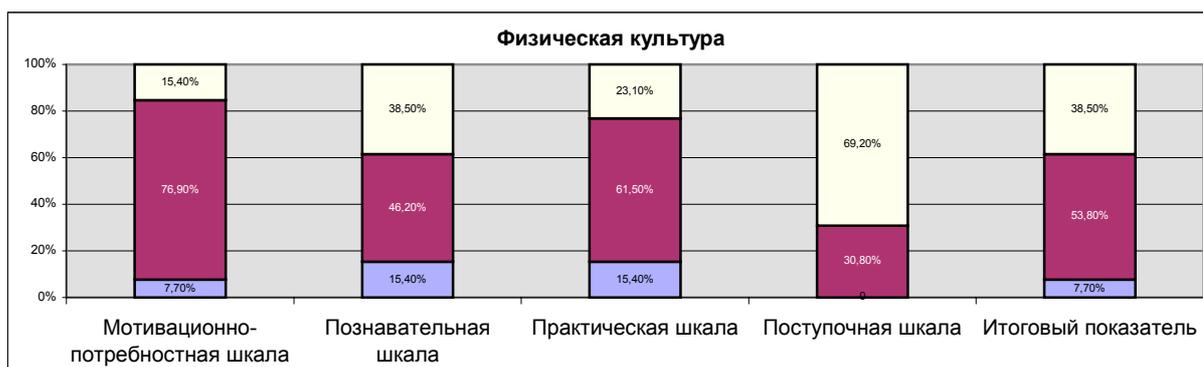
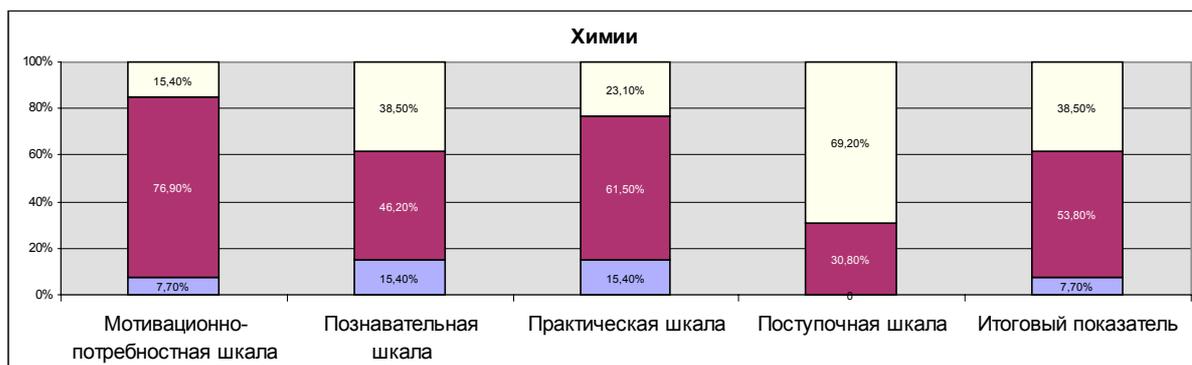
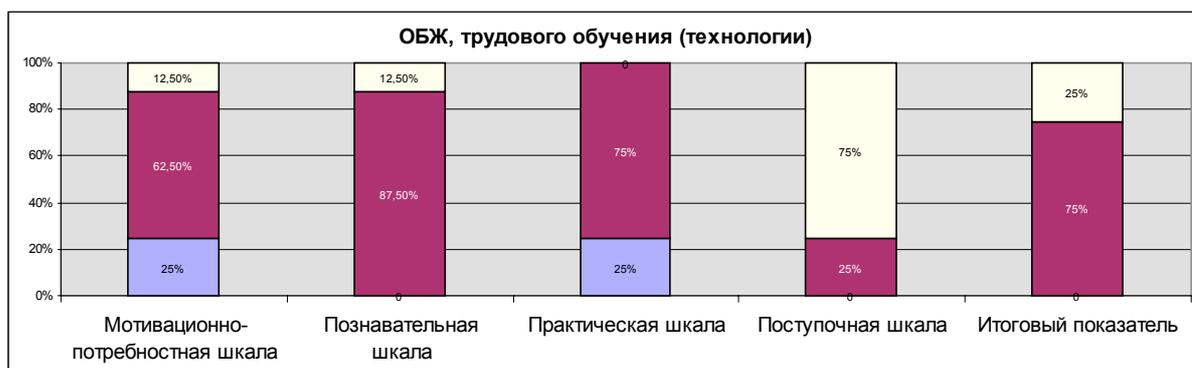
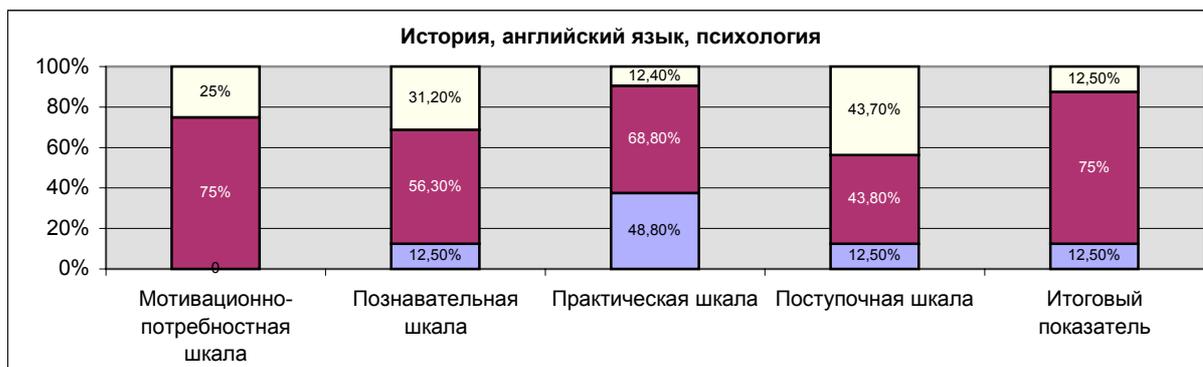
Учителя	Шкалы				Итоговый показатель
	Эмоциональная	Познавательная	Практическая	Поступочная	
Начальной школы	5,7	6,45	3,85	6,7	5,7
Словесности	5,63	3,38	2,88	6,88	4,63
Математики	5,88	5,25	4,13	6	5,5
Биологии, географии, химии	5,54	5,77	5,31	7,85	6,38
Истории, англ. Яз, психологии	6,38	7,46	6,31	7,31	7,19
ОБЖ, трудового обучения (технологии)	5,13	4,63	4,13	7,75	5,75
Физкультуры	4,85	4,71	3,86	7,71	5,5
<b>Вся группа</b>	<b>5,59</b>	<b>5,34</b>	<b>4,35</b>	<b>7,17</b>	<b>5,88</b>

**Распределение выборки учителей по уровням сформированности параметров отношения к здоровью (в % от группы)**

Учителя		Уровни	Шкалы				Итоговый показатель
			Эмоциональная	Познавательная	Практическая	Поступочная	
Начальной школы	A	Низкий	4,7	2,3	27,9	2,3	2,3
	B	Средний	79,1	58,1	69,8	37,2	72,1
	C	Высокий	16,2	18,6	2,3	60,5	25,6
Словесности	A	Низкий	0	37,5	37,5	12,5	12,5
	B	Средний	87,5	62,5	62,5	37,5	87,5
	C	Высокий	12,5	0	0	50	0
Математики	A	Низкий	10,5	0	31,6	5,3	5,3
	B	Средний	73,7	89,5	68,4	47,7	68,4
	C	Высокий	15,8	10,5	0	47,5	26,3
Биологии, географии	A	Низкий	10	5	15	0	5
	B	Средний	70	55	75	40	55
	C	Высокий	20	40	10	60	40
Истории, англ. яз, психологии	A	Низкий	0	12,5	48,8	12,5	12,5
	B	Средний	75	56,3	68,8	43,8	75
	C	Высокий	25	31,2	12,4	43,7	12,5
ОБЖ, трудового обучения	A	Низкий	25	0	25	0	0
	B	Средний	62,5	87,5	75	25	75
	C	Высокий	12,5	12,5	0	75	25
Химии	A	Низкий	7,7	15,4	15,4	0	7,7
	B	Средний	76,9	46,2	61,5	30,8	53,8
	C	Высокий	15,4	38,5	23,1	69,2	38,5
Физкультуры	A	Низкий	16,7	16,7	50	0	0
	B	Средний	83,3	66,6	50	50	83,3
	C	Высокий	0	16,7	0	50	16,7
Вся группа	A	<b>Низкий</b>	<b>7,5</b>	<b>8,1</b>	<b>25,6</b>	<b>3,8</b>	<b>5,3</b>
	B	<b>Средний</b>	<b>75,9</b>	<b>67,7</b>	<b>68,4</b>	<b>39,1</b>	<b>69,2</b>
	C	<b>Высокий</b>	<b>16,6</b>	<b>24,2</b>	<b>6,0</b>	<b>57,1</b>	<b>25,6</b>

**Количественная представленность групп учителей  
по интенсивности отношения к здоровью и здоровому образу жизни**





### Характеристика экспериментальной группы и социальной среды ее развития

Экспериментальная группа (участники тренинга) – это учащиеся 8 класса средней школы № 1240 г. Москвы. Школа № 1240 – одна из старейших школ Москвы. В школе обучается 780 учащихся. Работают 65 учителей. Педагогический коллектив – это специалисты первой и высшей квалификационной категории. Школа является городской экспериментальной площадкой (ГЭП) «Языковое образование» по отработке нового содержания языкового образования, адаптации зарубежных учебно-методических комплектов к условиям и требованиям российской школы, разработке нового формата экспериментальной итоговой аттестации учащихся 9 и 11 классов школ третьей модели по английскому языку. Также ГЭП «Деятельностный подход в построении непрерывного математического образования».

Школа является одной из опорных в Центральном учебном округе г. Москвы по внедрению современных отечественных и зарубежных технологий, имеющих здоровьесберегающий эффект, по созданию оптимальных условий для образования и развития учащихся. Вопросы профилактики здоровья, укрепления защитных сил организма решаются посредством: ежегодных медицинских обследований (диспансеризация); организации необходимого рациона питания для каждой возрастной группы учащихся; саногенетического мониторинга физиологического статуса учащихся с последующей разработкой паспорта здоровья ученика. Унифицированная методическая база сано-генетического мониторинга включает в свой состав как традиционно используемые (антропометрия, спирометрия, кардиоинтервалография), так и относительно новые биофизические подходы (лазерная корреляционная спектроскопия, компьютеризированный измеритель движения - нейро-сенсограф, кардиоартериоритмография). Психологическое сопровождение развития учащихся направлено на сохранение психологического здоровья, формирование у школьников потребности в саморазвитии, содействии самопринятию ребёнком самого себя и окружающих, развитие рефлексии.

В школе созданы условия для возникновения и развития познавательных интересов, активности и любознательности учащихся. Работает клуб «Хочу всё знать», «Литературная гостиная», театральная студия «Русский калорит», хореографическая студия, коллектив балльных танцев, экологический кружок и другие. Развитие интересов определяются общей атмосферой школы, увлеченностью педагогов собственным предметом и наличием у них широких интересов, желанием передать это ученикам.

Много внимания уделяется спорту: учащие посещают плавательный бассейн, работают секции тенниса, баскетбола, каратэ, атлетической гимнастики и русской борьбы.

В школе функционирует Центр здоровья и развития, где работают специалисты разных областей знаний: психологи, логопед - дефектолог, физиолог, детский врач, фито – терапевт. Привлекаются специалисты НИИ гигиены детей и подростков и др. В начальной школе ведутся уроки здоровья по программе «Педагогика здоровья» авторского коллектива под руководством В.Н. Касаткина. В средней школе учащиеся могут стать учителями здоровья, посещая кружок «Юные учителя здоровья».

В экспериментальную группу вошли 19 учеников 8 класса, изъявивших желание заниматься в группе социально-психологического тренинга. Это физически и физиологически зрелые подростки. Без выраженной астении, что подтверждается данными психологических и физиологических исследований (результаты саногенетического мониторинга, результаты тестов Тулуз-Пьерона, Черто-

вой и др.). У школьников богатая эмоциями внешкольная жизнь. 7 человек (37%) учились или продолжают заниматься в музыкальной школе (по классу фортепиано, гитара), 4 человека (21%) посещают художественную школу. Работы выставляются на детско-юношеских конкурсах рисунков и отмечаются как зрительской симпатией, так и авторитетными жюри. 5 человек (26%) занимаются спортивными и бальными танцами. Среди них есть участница коллектива «Балет 21 века», который неоднократно выезжал на гастроли в Чехию, Испанию, Италию и др. страны.

Все подростки, кроме 2-х, имели опыт занятий в спортивных секциях, коллективах, клубах: 6 человек (32%) занимаются теннисом. Остальные участники используют возможности каникулярного времени для занятий теннисом. Одна девочка в течение семи лет занимается фигурным катанием в «Театре на льду». Один мальчик посещает спортивную школу, секцию греко-римской борьбы.

Таблица 4.5

**Ранговые показатели значимости различных категорий суждений в «Я» - концепции подростков экспериментальной группы**

Категории суждений	Уровни сформированности отношения к здоровью			
	Низкий	Средний	Высокий	Вся группа
Социально-ролевые суждения	1	1	2	1
Самооценка – самоотношение	2	4	1	2
Нравственно-психологические качества	3	2	3	3
Формально-биографические сведения	4	5	4	4
Компетенция - самоопределение	5	3	4	4
Физическое «я»	5	6	7	6
Склонности	7	7	6	7

Таблица 4.6

**Характеристика выборочной совокупности по самооценке готовности к развитию (количественная представленность подгрупп, в %)**

Уровень готовности к развитию	Уровень осознанности отношения			
	Низкий	Средний	Высокий	Вся группа
А - могу совершенствоваться, но не хочу себя знать	17	13	0	11
Б - хочу знать себя и могу изменить себя	83	67	75	78
В - не хочу себя знать и не хочу изменяться	0	0	0	0
Г - хочу знать себя, но не могу изменить себя пока	0	20	25	11

Самооценка - констатация личностью качеств, содержательных особенностей своего «Я», своих физических сил, умственных способностей, поступков, своего отношения к окружающим и самому себе. С точки зрения Б.Г. Ананьева, она представляет собой наиболее сложно сконструированный и многогранный компонент самосознания и является прямым выражением оценки других лиц, участвующих в развитии личности. На личностном уровне развития самопознания происходит осознание и оценка субъектом своей социальной ценности, нравственных качеств, степени эмоциональной и социально-психологической зрелости, смысла жизни, занимаемого общественного статуса, оценка себя и своих личных достижений.

Сущность самооценки как сложного личностного образования, благодаря которому осуществляется взаимодействие человека с социальной средой, рассматривается Л.И. Божович, Б.В. Зейгарник, А.И. Липкиной, С.Ф. Спичаком и др.; как важного фактора становления и развития межличностных отношений: И.С. Коном, Е.И. Савонько, Е.М. Никереевым и др. Самооценка зависит от уровня притязаний личности и характеризуется уровнем, адекватностью, устойчивостью.

Самооценка может быть разной в зависимости от степени ее устойчивости, уровня адекватности; ситуативной и общей, завышенной или заниженной. В зависимости от формы и степени устойчивости самооценка уровня здоровья может стимулировать или подавлять развитие личности в плане совершенствования физического и духовно-нравственного.

Низкая самооценка тормозит личностное развитие человека, не позволяет ему перестроиться, сменить однажды выбранную роль. Ему не хватает для этого смелости и уверенности в себе. И наоборот, человек, обладающий позитивной - адекватной самооценкой, считает себя способным справляться с различными жизненными ситуациями и проблемами. Он убежден, что, столкнувшись с трудностями, одолеет их, не теряя присутствия духа. Личность с адекватной самооценкой не склонна воспринимать себя как неудачника, человек чувствует, что он нужен другим людям (родителям, друзьям). Понимание своих слабых сторон, намерения их исправить не разрушают общей положительной самооценки, а усиливают потребность в саморазвитии.

Благодаря мотивационной установке на самосовершенствование у личности имеется предрасположенность (диспозиция) к восприятию и оценке некоторой ситуации самосовершенствования (самовыражения) и готовности действовать в ней соответствующим образом. Формирование положительных установок (установка - результат предшествующего опыта, именно она определяет общее направление активности) на поддержание, сохранение и развитие здоровья создает основу физического и духовного самосовершенствования. Личность отыскивает такое действие, которое соответствует состоянию «я хочу», «я могу», обязательно реализуя мотив самосовершенствования в непосредственной деятельности.

Таблица 4.7

**Зависимость между уровнем сформированности отношения к здоровью у подростков экспериментальной группы и темпераментом (в % от подгруппы)**

Уровень сформированности отношения к здоровью	Экстраверсия - Интроверсия				Эмоциональная стабильность - Эмоциональная нестабильность			
	Экстраверсия		Интроверсия		Эмоциональная стабильность		Эмоциональная нестабильность	
	значительная	умеренная	умеренная	Значительная	высокая	средняя	высокая	очень высокая
Низкий	67	33	0	0	33	33	17	17
Средний	33	34	0	33	8	16	43	33
Высокий	57	29	0	14	71	0	14	15
Вся группа	33	39	22	6	0	11	50	39

Рассмотрим шкалу интроверсия – экстраверсия соотнеся ее с уровнями отношения к здоровью у подростков. Группа с высоким уровнем отношения содержит умеренных интровертов - 14%, умеренных экстравертов - 29%, значительных экстравертов - 57%. В группе со средним уровне сформированности отношения умеренных интровертов - 33%, умеренных экстравертов - 34%, значительных экстравертов - 33%. Группа с низким уровнем сформированности отношения представлена умеренными экстравертами (33%) и значительными экстравертами (67%).

Рассмотрим соответственно уровням сформированности отношения к здоровью шкалу «эмоциональная стабильность – эмоциональная нестабильность». Высокий уровень отношения к здоровью содержит с очень высокой эмоциональной нестабильностью - 15% данной выборки, а высокой эмоциональной нестабильностью - 14%, со средней эмоциональной стабильностью в группе нет представителей и с высокой эмоциональной стабильностью - 71%. Группа со средним уровнем сформированности отношения к здоровью содержит с очень высокой эмоциональной нестабильностью - 33%, а высокой эмоциональной нестабильностью - 43%, со средней эмоциональной стабильностью - 16% и с высокой эмоциональной стабильностью - 8%. В подгруппе с низкой сформированностью отношения к здоровью по 33% подростков с высокой и средней эмоциональной стабильностью и по 17% с высокой и очень высокой эмоциональной нестабильностью.

## Приложение 4.8

### Изучение личностной тревожности

На психологическом уровне тревожность ощущается как напряжение, озабоченность, беспокойство и переживается в виде чувства неопределенности, беспомощности, незащищенности, одиночества, невозможности принять решение и др. Различают тревожность как эмоциональное состояние и как устойчивое свойство, черту личности или темперамента.

Тревожность имеет ярко выраженную возрастную специфику. Возрастные пики тревожности являются отражением наиболее значимых социогенных потребностей. С пред-подросткового возраста тревожность все более опосредуется особенностями «Я - концепции», носящей противоречивый, конфликтный характер. В свою очередь тревожность, становясь своеобразным психологическим барьером на пути достижения успеха и субъективного его восприятия, углубляет и усиливает этот конфликт.

В подростковом возрасте тревожность может стать устойчивым личностным образованием. Период 8-го класса совпадает с «пиком» кризиса 13 лет, характеризующегося, как известно, кардинальной перестройкой личностных характеристик подростка, прежде всего его отношения к себе.

Тревожность порождается напряжениями из-за неудовлетворения потребностей, вызванными нарушением биологического равновесия и нарушениями межличностной надежности (по Г.С. Салливену).

Результаты экспериментальной группы, приведенный в таблице 4.8, показали следующее: разные варианты тревожности, необходимые для адаптации и продуктивной деятельности проявили 10 человек (53% участников опроса). Из них 50% проявили тревожность по обоим показателям, 40% по оценке симптома, 10% - по оценке ситуаций. Лишь 5% от всей экспериментальной группы имеют повышенную тревожность, у остальной части

группы либо нормальный уровень тревожности, обеспечивающий возможности успешной адаптации к ситуации и продуктивной деятельности (47%), либо состояние тревожности испытуемым не свойственно. В контрольной группе картина несколько иная: из 12 человек (75% группы), проявивших тревожность, у 50% она выявилась по обоим показателям и у остальных 50% проявляется тревожность по оценке симптома. 7 чел. (44%) имеют явно повышенную и очень высокую тревожность, 29% которых по оценке ситуации, остальные по оценке симптома.

В экспериментальной и контрольной группах есть подростки, тревожность которых вызвана межличностными отношениями. В экспериментальной группе 37% испытуемых имеют нормальный уровень тревожности, необходимый для адаптации. В контрольной группе таких подростков половина, а 12% от общего числа испытуемых этой группы имеют повышенную и очень высокую межличностную тревожность. Эти подростки входят в группу В (по степени сформированности отношения к здоровью).

На всех этапах жизни опыт общения влияет на тревожность. На протяжении всего школьного возраста влияние тревоги на деятельность опосредуется характеристиками педагогического общения, создаваемой педагогом общей атмосферой класса.

Влияние неблагоприятного опыта общения с учителем в школе для возникновения тревожности, некоторых форм школьной дезадаптации и даже дидактогенных невротозов зафиксировано в работах А.И. Захарова, Е.В. Новиковой, П. Массена, С. Сарасона, Б. Филлипа, Г. Эберлейн и др. И вместе с тем в исследованиях этих ученых показано, что решающая роль принадлежит семье.

Б. Филлипс продемонстрировал связь школьной тревожности детей и переживания ими несоответствия «престижным устремлениям родителей». Именно это делает их особенно чувствительными к двум основным источникам стресса, содержащимся в системе школьного обучения: 1-ое – это особенности социального взаимодействия, а 2-ое – это ориентация на соперничество и соревнование.

Подросткам экспериментальной группы не свойственна повышенная или очень высокая школьная тревожность, в отличие от контрольной группы (13%). Нормальный уровень тревожности, характерный для успешной адаптации в школе, испытывают 26% экспериментальной и 31% школьников контрольной групп. Для половины контрольной и 74% испытуемых экспериментальной группы не свойственна школьная тревожность. С одной стороны это можно объяснить комфортностью условий обучения и развития в данной школе, возможностью самореализации через общение в творческих коллективах: хореографии, балльных танцев, спортивных секциях; участие в традиционных школьных и классных праздниках и т.д. Но возможно это является и «чрезмерным спокойствием» в отношении школьных проблем, за которым может стоять неумение ориентироваться на реальные условия ситуации, игнорирование возможности неуспеха, зависящего от школьника и т.п.

В старшем подростковом возрасте учащиеся во многом «эмансипируются» от школы, но влияние педагогов на их эмоциональное самочувствие всё ещё отмечается, хотя и в более слабой форме. Взаимоотношения с педагогами и характеристики успеваемости опосредовано связаны с тревожностью школьников. Неблагоприятные отношения, конфликты, грубость, нетактичное поведение учителей по отношению к детям часто рассматриваются как одна из основных причин школьной тревожности. Вместе с тем тревожность, оказывая влияние на результаты деятельности, определяет уровень успешности школьника.

Тревожность, первоначально возникающая как реакция на неблагополучие, закрепляется и становится устойчивым образованием, поэтому требует обращения к внутриличностным факторам.

Тревожность часто рассматривается в общем ряду невротических и преневротических образований как порождаемая внутренними конфликтами (А.И. Захаров, Б.И. Кочубей, В.Н. Мясищев, Е.В. Новикова, К. Роджерс, К. Хорни и др.). В.Н. Мясищев определял внутренний, или психологический конфликт как особое сочетание объективных и субъективных факторов, нарушающее значимые отношения личности и способствующее вследствие этого устойчивому переживанию эмоционального напряжения, интенсивность которого определяется субъективной значимостью для личности нарушенных отношений.

Основой для возникновения тревожности оказываются противоречия между имеющимися у личности возможностями и предъявляемыми требованиями действительности, с которыми человек по разным причинам не может справиться (В.Н. Мясищев, М.С. Неймарк, Л.С. Славина).

При исследовании А.М. Прихожан межличностной тревожности подростков [199] было установлено, что достаточно гармоничное представление о себе, характеризующееся оптимальным соотношением характеристик самооценки и уровня притязаний, не связано с тревожностью.

Возможно, это подтверждает, что для 79% экспериментальной и 25% контрольной групп самооценочная тревожность несвойственна (табл. 4.8 приложения 4). Эти дети умеют принимать себя такими, какие они есть, думают и говорят о себе, находя для этого необходимые слова, у них развитая личностная рефлексия. Это подтверждено методикой 20 вопросов «Кто Я?» (см. далее). Можно предположить, что в данной подгруппе подростков сохраняется самооценка, удовлетворяющая их и обеспечивающая стабильное представление о себе. В контрольной группе пятая часть подростков испытывает тревожность, источником которой является отношение к себе, их самооценка, «Я – концепция». Это возможно связано либо с низкой самооценкой, либо неустойчивой самооценкой, либо конфликтной самооценкой, когда за внешними проявлениями, характерными для низкой самооценки, скрываются завышенные притязания, либо это вариант, когда взрослые чрезмерно захваливают ребенка, объясняя успехи его способностями, а неудачи – случайным стечением обстоятельств («аффект неадекватности»). Тревожность обнаруживает связь с неблагоприятными типами самооценки и с неблагополучными вариантами соотношения самооценки и уровня притязаний.

Переживание тревожности оказывается под влиянием защитных механизмов. При ярко выраженном реальном неблагополучии подобный конфликт вел к «неадекватному спокойствию», нечувствительности к реальному неблагополучию и т.п. Конфликт между самооценкой и уровнем притязаний, вызывая одновременно и повышенное стремление к успеху, и затрудненность в оценке этого успеха, ведет к колебаниям, сомнениям, двойственности в оценке и осознании подростком своей успешности в сфере межличностных отношений, что препятствует переживанию удовлетворения потребности в общении. Неудовлетворенность данной потребности и переживается в виде межличностной тревожности.

Тревожность как личностное образование может выполнять в поведении и развитии личности детей и подростков мотивирующую функцию, заменяя и подменяя собой действия по другим мотивам и потребностям. Влияние тревожности на развитие личности, поведение и деятельность ребенка и подростка может носить как негативный, так и до некото-

рой степени позитивный характер, однако и в последнем случае оно имеет жесткие ограничения, обусловленные выраженной адаптивной природой этого образования.

Тревожность как сигнал об опасности привлекает внимание к возможным трудностям, препятствиям для достижения цели, содержащимся в ситуации, позволяет мобилизовать силы и тем самым достичь наилучшего результата. Поэтому нормальный (оптимальный) уровень тревожности рассматривается как необходимый для эффективного приспособления к действительности (адаптивная тревога).

Особое сочетание характера переживания, осознания, вербального и невербального выражения в характеристиках поведения, общения и деятельности понимают как форму тревожности [199, С. 153]. Форма тревожности проявляется в стихийно складывающихся способах ее преодоления и компенсации, а также в отношении подростка к этому переживанию.

Одной из форм открытой тревожности является культивируемая, которая осознаётся и переживается как ценное для личности качество, позволяющее добиваться желаемого. Как разновидность культивируемой тревожности выделена форма, которая условно названа «магической». Она выявлена в 32% и 37% случаев в экспериментальной и контрольных группах. В контрольной группе из названного числа подростков 33% (2 человека) имеют явно повышенную тревожность по магической шкале. У них вызывают сильный страх, беспокойство и опасения такие ситуации, как «смотреть на человека, похожего на мага, колдуна», «слышать, что какой-то человек «напускает порчу» на других», «думать о призраках, «потусторонних» существах». Значительно тревожат предсказания о космических катастрофах, билет с номером 13, который может достаться на экзамене.

В этом случае подростки как бы «заклинают злые силы» с помощью постоянного проигрывания в уме наиболее тревожащих его событий, постоянных разговоров о них, не освобождаясь, однако, от страха перед ними, а еще более усиливая его по механизму «заколдованного психологического круга».

**Личностная тревожность**  
(шкала тревожности для подростков А.М. Прихожан)  
(% к общему числу испытуемых в группах)

Подгруппы	Уровень тревожности	Субшкалы									
		Общая	Школьная	Самооценочная	Межличностная	Магическая	Общая	Школьная	Самооценочная	Межличностная	Магическая
		Экспериментальная группа					Контрольная группа				
А	Низкий	100	100	71	71	86	43	29	14	29	71
	Нормальный	0	0	29	29	14	57	57	57	71	15
	Повыш. и высокий	0	0	0	0	0	0	14	29	0	14
В	Низкий	100	80	100	80	40	50	50	0	25	50
	Нормальный	0	20	0	20	60	25	25	75	25	50
	Повыш. и высокий	0	0	0	0	0	25	25	25	50	0
С	Низкий	43	43	57	43	71	60	100	60	60	60
	Нормальный	57	57	29	57	29	40	0	40	40	20
	Повыш. и высокий	0	0	14	0	0	0	0	0	0	20
Группа в целом	Низкий	79	74	79	63	68	50	56	25	38	63
	Нормальный	21	26	21	37	32	44	31	56	50	25
	Повышен. и высокий	0	0	6	0	0	6	13	19	12	12

Таблица 4.9

**Ранговая последовательность испытуемых экспериментальной группы**  
(по методике «Парное сравнение»)

№ п/п	Фамилия Имя	Количество баллов	Абсолютное ранговое место	Относительное ранговое место, R	Процентный ранговый показатель, PR
1	С. Катя	8	1	1	2,5
2	Б. Даша	9	2	2	7,5
3	Р. Люся	13	3	3,5	15
4	С. Настя	13	4	3,5	15
5	С. Маша	14	5	5	22,5
6	П. Слава	15	6	6	27,5
7	К. Оля	17	7	7,5	35
8	О. Миша	17	8	7,5	35
9	С. Марина	18	9	9,5	45
10	Г. Алина	18	10	9,5	45
11	Г. Саша	19	11	11	52,5
12	Д. Оля	20	12	12,5	60
13	Е. Юлия	20	13	12,5	60
14	Ч. Надя	24	14	14,5	73,68
15	Ш. Вероника	24	15	14,5	73,68
16	Т. Ксения	25	16	16,5	84,21
17	Ц. Руслан	25	17	16,5	84,21
18	К. Магомет	29	18	18	92,1
19	П. Оля	30	19	19	97,36

Примечание:

$$PR = \frac{2R - 1}{2N} \cdot 100,$$

где  $PR$ - процентный ранговый показатель;  $R$  – относительное ранговое место данного испытуемого;  $N$  – количество членов данной группы.

**Таблица 4.10**

**Результаты анкетирования родителей**

(количество ответов в %)

В опросе приняли участие 28 родителей учащихся 8 кл. с.ш. № 1240 г. Москвы

**1. Является ли для Вас важным?**

	Да		Пожалуй, да		Трудно сказать		Пожалуй, нет		Нет	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
1.Здоровье	28	100%								
2.Общение с природой	18	64%	9	32%	1	4%				
3.Материальное благополучие	12	43%	12	43%	2	7%	1	4%	1	4%
4.Хорошие и верные друзья	20	71%	8	29%						
5.Личностный рост	17	61%	7	25%	2	7%	1	4%		
6.Семья	26	93%	1	4%						
7.Карьера	8	29%	10	36%	2	7%	7	25%	2	7%
8.Дети	28	100%		0%						
9.Любовь	18	64%	9	32%	1	4%				

Ответ	Количество ответов	% от выборки
<b>2. Как Вы оцениваете здоровье своего ребенка?</b>		
слабое	1	4%
посредственное	2	7%
удовлетворительное	6	22%
относительно здорова	1	4%
практически здоров	1	4%
хорошее	6	22%
нормальное	4	15%
совершенно здоров	1	4%
<b>3. Соблюдает ли Ваш ребенок режим дня?</b>		
нет	15	55%
не всегда	1	4%
Да	11	41%
<b>4. Мой ребенок ложится спать:</b>		
в одно и то же время,	5	18%
по мере выполнения домашних заданий,	7	25%
до 23 часов	15	56%
после 23 часов	7	25%
<b>5. У моего ребенка есть вредные привычки:</b>		
грызет ногти,	4	15%
ковыряет в носу,	1	4%
курит,	0	0%
склонен к употреблению крепленых напитков,	0	0%
сквернословит,	3	11%
другие,	1	4%

нет таковых	18	67%
-------------	----	-----

Ответ	Количество выборов	%	Ранг
<b>6. Мой ребенок ведет активный образ жизни:</b>			
занимается в спортивных секциях,	9	33%	1
занимается в группе здоровья	1	4%	4
посещает бассейн, корт, баню	7	26%	3
выполняет утренний комплекс (физический, дыхательный и пр.)	1	4%	4
занимается туризмом в каникулярное время (лыжи, байдарки, конные поездки и др.)	9	33%	1
Другое: зимой - лыжные прогулки, коньки, летом - поездки на дачу, теннис, бадминтон, плавание, вело- и пешеходные прогулки, поездки в лес, посещение театра, танцы, музыкальная школа, хореография			
<b>7. Для сохранения и укрепления здоровья ребенка:</b>			
Мы всячески поддерживаем соблюдение им режима дня,	15	56%	3
тщательно следим за качеством питания,	20	74%	1
обращаемся к медикам, другим специалистам (какого профиля),	9	33%	4
создаем семейные традиции (совместные поездки, бег, посещение бани, сауны, массаж, работа на дачном участке и т.д.),	18	67%	2
Другое: закаливание с грудного возраста, бассейн, тренажерный зал			
<b>8. Если ребенок заболел:</b>			
обращаемся к врачам,	25	93%	1
пытаемся своими силами восстановить здоровье ребенка,	7	26%	2
не доводим до такого состояния.	6	22%	3
<b>9. Я считаю, что мой ребенок:</b>			
знает о проблемах своего здоровья, но сам ничего не делает для его поддержания,	3	11%	4
знает о проблемах своего здоровья, но при этом надеется на помощь родителей (особенно в период ухудшения состояния),	16	59%	1
знает о проблемах своего здоровья и стремится активно улучшать его,	3	11%	5
не знает о серьезности проблем своего здоровья и ничего не предпринимает,	0	0%	7
не осознает проблем своего здоровья, но при этом ведет здоровый образ жизни,	4	15%	3
знает лишь некоторые отклонения в собственном здоровье и изредка занимается улучшением своего физического состояния.	6	22%	2
у него нет проблем со здоровьем, главное - чтобы он поменьше думал о болезнях, т.к. мнительные люди чаще болеют	1	4%	6
<b>10. Чтобы искоренить вредные привычки ребенка, нужно:</b>			

- больше времени уделять ребенку, проводить с ним время
- иметь терпение
- объяснять, что это вредно
- ненавязчиво создавать представление о конкретных вредных последствиях этих привычек и отношении других людей к ним
- бить ребенка, а когда избавиться поощрять
- относиться с юмором
- подавать личный пример
- не подавать дурного примера, искоренять их в себе
- следить за ребенком

**Соотношение характеристик и уровней осознанности отношения к собственному здоровью подростков экспериментальной группы  
(в % от выборки данной подгруппы)**

		Уровни осознанности отношения к здоровью (подгруппа)					
		Высокий (А)	Средний (В)	Низкий (С)	Вся группа		
Готовность к саморазвитию	А. Могу совершенствоваться, но не хочу себя знать		0	0	33	17	
	Б. Хочу себя знать и могу измениться		71	80	77	72	
	В. Не хочу себя знать и не хочу меняться		0	0	0	0	
	Г. Хочу себя знать, но не могу пока измениться		29	20	0	11	
Тревожность	Общая	Низкий	43	100	100	79	
		Умеренный	57	0	0	21	
		Высокий	0	0	0	0	
	Школьная	Низкий	43	80	100	74	
		Умеренный	57	20	0	26	
		Высокий	0	0	0	0	
	Самооценочная	Низкий	57	100	71	73	
		Умеренный	29	0	29	22	
		Высокий	14	0	0	5	
	Межличностная	Низкий	43	80	71	63	
		Умеренный	57	20	29	37	
		Высокий	0	0	0	0	
Темперамент							
Экстраверсия-Интроверсия	Экстраверсия	Значительная	57	60	60	59	
		Умеренная	29	40	40	35	
	Интроверсия	Значительная	0	0	0	0	
		Умеренная	14	0	0	6	
Нейротизм	Эмоциональная стабильность	Высокая	71	20	40	47	
		Средняя	0	20	40	18	
	Эмоциональная нестабильность	Высокая	14	20	0	12	
		Очень высокая	15	40	20	23	
Шкала астенического состояния	1. - «отсутствие астении»		100	100	100	100	
	2. - «слабая астения»		0	0	0	0	
	3. - «умеренная астения»		0	0	0	0	
	4. - «выраженная астения»		0	0	0	0	
Ценностные ориентации		«Здоровье» как ценность (ранг)	3,2	2,8	3,4	3,2	
Познавательная активность		Низкая	0	20	71	32	
		Средняя	29	60	29	36	
		Высокая	71	20	0	32	
Уровень мотивации на здоровый образ жизни		Низкий	43	20	86	53	
		Средний	29	60	14	31	
		Высокий	28	20	0	16	
Уровень интенсивности поступков и практических действий, направленных на заботу о своем здоровье		Низкий	14	20	57	32	
		Средний	14	60	43	36	
		Высокий	72	20	0	32	
«Парное сравнение»	Процентный ранговый показатель, PR		Среднее значение	46,43	52,0	48,93	48,82
			Низкий	42	20	29	32
			Средний	29	40	43	37
			Высокий	29	40	28	31

## Приложение 4.11.В

## Сводная таблица результатов изучения отношения к здоровью у подростков экспериментальной группы

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
a1	2,5	3	4	3	3	6	3	1	1	1	1	1	1	10				16		12	
a2	27,5	3	2	5	2	4	2	1	1	2	4	2	1	9			20				
a3	35	6	3	2	3	4	2	1	1	1	1	1	1	9			21				
a4	60	2	1	5	2	4	2	1	1	1	1	1	1	11			24		9		
a5	60	3	2	2	5	1	2	1	2	1	3	3	3	8				18		11	
a6	72,5	2	3	2	4	4	3	1	1	1	1	2	1	10			21		10		
a7	85	5	3	2	6	4	3	1	1	1	1	1	1	8				18		12	
ax	48,9	3,40	2,57	3,00	3,57	3,86	2,57	1,00	1,14	1,14	1,71	1,57	1,29								
b1	35	2	4	7	8	5	6	1	1	1	2	1	1	7			21		9		
b2	45	3	5	4	4	8	5	1	2	1	2	1	3	8				16			10
b3	72,5	1	6	4	3	8	5	1	1	1	1	2	2	7			21			11	
b4	15	4	3	4	5	3	4	1	2	1	1	3	4	7				16			
b5	92,5	4	8	3	5	7	6	1	2	3	2	2	3	6			20				
bx	52,00	2,80	5,20	4,40	5,00	6,20	5,20	1,00	1,60	1,40	1,60	1,80	2,60								
c1	85	2	1	9	3	9	9	1	6	5	8	6	4	7			20		6		
c2	97,5	3	9	7	8	8	9	1	1	2	2	2	1	6		11					
c3	7,5	3	4	9	9	9	9	1	3	4	3	3	2	4			20		9		
c4	15	6	3	7	6	9	7	1	1	2	2	2	1	8				21			10
c5	22,5	2	6	6	7	8	7	1	1	2	1	2	1	6			19		7		
c6	45	1	3	6	7	8	7	1	3	4	3	3	2	10				16	3		
c7	52,5	6	8	7	7	9	8	1	2	2	3	2	3	8			19		5		
cx	46,4	3,20	4,86	7,28	6,71	8,57	8	1	2,43	3,00	3,14	2,86	2,00								
Дх	48,82	3,21	4,21	4,67	3,00	8,50	5,27	1,00	1,74	1,89	2,21	2,11	1,89								

**Примечания:** a<sub>i</sub>, b<sub>i</sub>, c<sub>i</sub> - код имени участника экспериментальной группы; a<sub>x</sub>, b<sub>x</sub>, c<sub>x</sub> - средние значения параметров подгрупп; H<sub>i</sub> - параметры измерения, где H<sub>1</sub> - Процентный ранговый показатель по методике «Парное сравнение», PR; H<sub>2</sub> - Ранг «здоровья» в системе ценностей (субтест по доминантности «Индекса отношения к здоровью»); Показатели интенсивности отношения к здоровью и здоровому образу жизни по тесту «Индекс отношения к здоровью» С.Дерябо, В. Ясвина (H<sub>3</sub> – H<sub>7</sub>): H<sub>3</sub> – Эмоциональный; H<sub>4</sub> – Познавательный; H<sub>5</sub> – Практический; H<sub>6</sub> – Поступочный; H<sub>7</sub> - Общий показатель интенсивности отношения к здоровью; H<sub>8</sub> - Диапазон астенического состояния (по шкале ШАС Чертовой); Показатели личностной тревожности по шкале А.М. Прихожан (H<sub>9</sub> – H<sub>13</sub>): H<sub>9</sub> - Общая тревожность; H<sub>10</sub> – Школьная; H<sub>11</sub> – Самооценочная; H<sub>12</sub> – Межличностная; H<sub>13</sub> – Магическая; Психодинамические показатели по личностному опроснику Г.Айзенка (H<sub>14</sub> – H<sub>22</sub>): H<sub>14</sub> – Социальная желательность (искренность); H<sub>15</sub> – значительная интроверсия; H<sub>16</sub> – умеренная интроверсия; H<sub>17</sub> – значительная экстраверсия; H<sub>18</sub> – умеренная экстраверсия; H<sub>19</sub> – высокая эмо-

циональная стабильность;  $H_{20}$  – средняя эмоциональная стабильность;  $H_{21}$  – высокая эмоциональная нестабильность;  $H_{22}$  – очень высокая эмоциональная нестабильность; Осознанность компонентов мотива  $H_{23}$  –  $H_{31}$  – (по модифицированной методике А.Е. Ермолина, Е.П. Ильина):  $H_{23}$  - Внешние обстоятельства;  $H_{24}$  –  $H_{26}$  – «потребностный блок»:  $H_{24}$  - нет ответов;  $H_{25}$  - потребности, влечения, интересы;  $H_{26}$  - долг, мотивационные установки;  $H_{27}$  –  $H_{29}$  – «внутренние фильтры»:  $H_{27}$  - нравственный контроль;  $H_{28}$  - предпочтения;  $H_{29}$  - оценка состояний, возможностей, условий;  $H_{30}$  –  $H_{31}$  – «целевой блок»:  $H_{30}$  - опредмеченные действия;  $H_{31}$  - смысловая цель;  $H_{32}$  - Способности к саморазвитию (по методике Г. Каджеспировой).

## Приложение 4.12

## Сводная таблица результатов изучения отношения к здоровью у подростков контрольной группы

	Н1	Н2	Н3	Н4	Н5	Н6	Н7	Н8	Н9	Н10	Н11	Н12	Н13	Н14	Н15	Н16	Н17	Н18	Н19	Н20	Н21	Н22	
<b>A1</b>	56	4	1	3	1	3	1	3	1	7	4	3	4	4	2							16	
<b>A2</b>	93	7	2	3	4	2	2	1	1	2	1	2	1	3			16		4				
<b>A3</b>	56	1	5	1	4	1	3	2	2	1	4	6	1	3			15		10				
<b>A4</b>	81	5	1	3	3	5	2	1	5	6	7	5	1	6				21		11			
<b>A5</b>	15	7	2	3	4	4	3	2	4	5	7	5	1	6				21		12			
<b>A6</b>	9	3	4	4	2	4	3	1	5	6	6	2	9	1				21		13			
<b>A7</b>	56	7	5	3	3	3	3	2	3	6	3	3	1	3			13					15	
<b>Ax</b>	<b>51,67</b>	<b>4,5</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,4</b>	<b>1,7</b>	<b>3</b>	<b>4,7</b>	<b>4,6</b>	<b>3,7</b>	<b>2,6</b>										
<b>B1</b>	94	1	8	2	6	3	5	1	1	3	3	1	1	8		10				2			
<b>B2</b>	56	3	8	2	4	6	5	1	10	9	10	10	4	3		8							22
<b>B3</b>	28	1	3	5	5	7	5	1	6	1	6	8	6	2				22		13			
<b>B4</b>	3	1	9	3	8	3	6	1	2	2	4	3	2	1				22		14			
<b>Bx</b>	<b>57,42</b>	<b>1,5</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>5,8</b>	<b>4,8</b>	<b>5,3</b>	<b>1</b>	<b>4,8</b>	<b>3,8</b>	<b>5,8</b>	<b>5,5</b>	<b>3,3</b>										
<b>C1</b>	28	6	9	3	6	7	7	1	1	1	1	1	1	8				19	8				
<b>C2</b>	56	1	6	6	7	8	7	1	1	1	1	2	1	1			12		7				
<b>C3</b>	56	1	7	7	7	6	7	1	1	1	1	1	1	2			15		5				
<b>C4</b>	28	4	5	8	6	6	7	2	3	1	3	5	3	2			17					18	
<b>C5</b>	81	2	5	6	4	9	7	1	6	1	4	6	9	5			18					16	
<b>Cx</b>	<b>45,08</b>	<b>2,8</b>	<b>6,4</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7,2</b>	<b>7</b>	<b>1,2</b>	<b>2,4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>										
<b>Ex</b>	<b>49,11</b>	<b>3,38</b>	<b>5,3</b>	<b>3,97</b>	<b>4,93</b>	<b>5,03</b>	<b>4,93</b>	<b>1,38</b>	<b>3,25</b>	<b>3,31</b>	<b>4,06</b>	<b>3,94</b>	<b>2,86</b>										

Примечания: A<sub>i</sub>, B<sub>i</sub>, C<sub>i</sub> - код имени участника контрольной группы; Н<sub>i</sub> - параметры измерения.

Таблица 4.13

**Результаты анкетирования учащихся 8 - 9 классов  
школ №№ 1159, 1240, 817, НОУ школа «Планета» г. Москвы**

**Вопрос 1. Что такое “здоровый образ жизни”?**

Варианты ответов	Количество уч-ся	% от вы-борки	Ранг
	142	%	
А - не пить	108	76	4
Б - заниматься спортом	123	87	2
В - положительно относиться к себе	28	20	8
Г - не курить	122	86	3
Д - гармоничные отношения в семье	31	22	7
Е - правильно питаться	89	63	5
Ж - жить полноценной духовной жизнью	23	16	9
З - не употреблять наркотики	141	99	1
И - доброжелательное отношение к другим людям	20	14	10
К - саморазвитие и самосовершенствование	36	25	6

**Вопрос 2. Необходим ли, по-вашему мнению, здоровый образ жизни?**

Варианты ответов	Количество уч-ся	
	Всего - 142 чел.	%
Да	137	96
Нет	5	4

**Вопрос 3. Как успехи в жизни зависят от образа жизни?**

Варианты ответов	Кол-во респондентов	
	Всего – 142 чел.	%
А – полностью	24	17
Б – во многом	92	65
В – не очень	24	17
Г – не зависят	5	4

**Вопрос 4. Вы стали бы вести здоровый образ жизни, чтобы ...**

Вариант ответа	Кол-во респондентов	
	142 чел.	%
А – быть сильным	44	31
Б – быть красивым	58	41
В – быть всегда в форме	67	47
Г – быть успешным в делах	52	37
Д - раскрыть свои способности	32	23
Е - стать духовно богатой личностью	30	21
Ж – иметь здоровых детей	82	58
З – получать от жизни радость и удовольствие	95	67

**Вопрос 5. Что могло бы побудить Вас изменить образ жизни?**

Вариант ответа	Кол-во респондентов		Ранг
	142 ч.	%	
А – тяжелая болезнь	57	40	<b>1</b>
Б – жизненный кризис	31	22	<b>4</b>
В - смерть близкого человека	49	35	<b>2</b>
Г - общее неудовлетворительное самочувствие	40	28	<b>3</b>
Д - неудачи в делах	29	20	<b>5</b>
Е - пример авторитетного человека	31	22	<b>4</b>
Ж – влюбленность	58	41	<b>1</b>
З - чтение специальной литературы	8	6	<b>4</b>
И - участие в лекциях или семинарах по данной проблематике	8	6	<b>4</b>
Другое (см. ниже)			

Другое: Мои друзья; нездоровый ОЖ др. людей, их плохое самочувствие; если захочу, то поменяю независимо ни от чего; отчасти все пункты; ничего; не стал бы вести ЗОЖ; разочарование в жизни; переоценка смысла жизни; неудовлетворенность жизнью; переезд в другой город; ничто не заставит.

### Вопрос 6. Как Вы оцениваете свое здоровье? (в процентах от 0 до 100)

Проценты	А) в настоящий момент		Б) год назад	
	141 чел.	%	132	%
0	1	0,7	1	0,8
10	1	0,7	1	0,8
20	3	2	2	1,5
30	0	0	2	1,5
40	6	4	1	0,8
50	9	6	9	6,8
60	10	7	18	13,6
70	26	18	22	16,7
80	32	22,6	28	21,2
90	38	27	29	22
100	15	11	19	14,4

### Изменения в здоровье, произошедшие за год

Как изменилось?	138 человек	%
ухудшилось...	47	34
на 30%	5	3,7
на 20%	16	11,6
на 10%	26	18,8
не изменилось	43	31
улучшилось ...	48	34,8
на 10%	35	25,4
на 20%	11	8
на 30%	1	0,7
на 40%	1	0,7

### Вопрос 7. Как часто Вы болеете?

Варианты ответов	Количество респондентов	
	142	%
А - не помню, когда болел в последний раз	18	13
Б - редко (1-2 раза в год)	66	46
В - не очень часто (1-2 раза в квартал)	24	17
Г - часто (1-2 раза в месяц)	9	6
Д - не помню себя здоровым	1	0,7

### Вопрос 8. Что Вы делаете, чтобы быть здоровыми?

№ п/п	Варианты ответов	Количество респондентов	
		142 чел.	%
<b>I</b>	<b>СПОРТ, ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ:</b>		
1	занимаюсь спортом	60	42,3
2	ежедневно делаю физические упражнения	7	5
3	веду активный образ жизни, стараюсь больше двигаться	2	1
4	Катаюсь на велосипеде	2	1
5	катаюсь на агрессивных роликах	1	0,7
6	Качаюсь в зале	1	0,7
7	хожу на аэробику	2	1
8	занимаюсь на тренажере	2	1
9	Посещаю бассейн	5	4
10	Играю в теннис, футбол, баскетбол	4	3
11	Бегаю	2	1
<b>II.</b>	<b>ГИГИЕНА, ПРОФИЛАКТИКА:</b>		
12	веду ЗОЖ	13	9

13	предпринимаю профилактические меры	1	0,7
14	слежу за режимом	1	0,7
15	принимаю холодный душ	2	1
16	Закаляюсь	2	1
17	Меньше делаю уроки	1	0,7
18	не подвергаюсь неоправданному риску (когда холодно гуляю в шапке, шарфе)	2	1
<b>III.</b>	<b>ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ:</b>		
19	не пью	28	19,7
20	не курю	33	23
21	не употребляю наркотики	13	9
22	старюсь удерживаться от вредных привычек	1	0,7
<b>IV.</b>	<b>ПИТАНИЕ:</b>		
23	правильно питаюсь	27	19
24	соблюдаю диету	1	0,7
25	ем лук, чеснок	2	1
<b>V.</b>	<b>ОТДЫХ:</b>		
26	активный отдых	1	0,7
27	Отдыхаю на природе	1	0,7
28	гуляю на природе, на свежем воздухе	5	4
29	лето провожу за городом или на море	2	1
30	не перегружаю себя	1	0,7
31	старюсь по возможности больше спать	2	1
<b>VI.</b>	<b>ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ:</b>		
32	положительно к себе отношусь	1	0,7
33	старюсь быть в хорошем настроении	1	0,7
34	старюсь не ссориться с близкими	1	0,7
35	устанавливаю хорошие взаимоотношения с семьей	3	2
36	Берегу свои нервы	1	0,7
37	поддерживаю свое настроение на нужной ноте	1	0,7
38	старюсь не обращать внимание на какие-то проблемы и неудачи	1	0,7
<b>VII.</b>	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ:</b>		
39	если чувствую что заболеваю, принимаю лекарства	1	0,7
40	хожу ко врачам	1	0,7
41	лечусь	2	1
42	пью лекарства	3	2
43	ем много витаминов	2	1
<b>VIII.</b>	<b>РАЗНОЕ:</b>		
44	слежу за собой	1	0,7
45	влюбляюсь	1	0,7
46	не знаю	1	0,7
47	ничего	20	14
48	некогда мне этим заниматься	1	0,7
49	старюсь заботиться о своем здоровье	2	1

Вопрос 9. Кто или что повлиял на твоё отношение к здоровью?

(Очень сильно — 5 баллов, сильно — 4 балла, средне — 3 балла, мало — 2 балла, не повлиял — 1 балл)

Вариант ответа	Итого	
	Суммарный балл	ранг
А – родители	503	1
Б - образ жизни семьи	436	2
В - книги, журналы, ТВ	332	6
Г – уроки биологии, физической культуры, ОБЖ	261	7

Д - занятия в спортивных секциях	396	3
Е – сверстники	340	5
Ж – жизненный случай	380	4

Вопрос 12. Что важно знать и делать для сохранения и поддержания собственного здоровья?

(Исключительно важно — 5 баллов, достаточно важно — 4 балла, важно — 3 балла, мало важно — 2 балла, не важно — 1 балл)

Вариант ответа	Суммарный балл	Ранг
А - знать слабые и сильные стороны своего организма	523	1
Б - изучать методики оздоровления организма	342	6
В – регулярно заниматься оздоровлением организма	464	2
Г - посещать спортивные секции, группы здоровья	444	3
Д - придерживаться правил рационального питания	316	8
Е - систематически посещать врачей	332	7
Ж - осознавать красоту своего тела	417	5
З – отслеживать собственное самочувствие	436	4

Таблица 4.14

Некоторые результаты изучения отношения к здоровью у учащихся экспериментальной группы (1 - до и 2 - после эксперимента)

Уровни субъективного отношения к здоровью	Эмоциональный		Когнитивный		Продуктивно-результатирующий				Аксиологический	
	показатель эмоциональной шкалы		показатель познавательной активности		показатель практической шкалы		показатель поступочной шкалы		"Здоровье" в системе ценностей	
Значение показателя в станайнах										
Ранг										
Код имени учащихся	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
a1	4	6	3	5	3	4	6	6	3	3
a2	2	4	5	5	2	3	4	5	3	1
a3	3	3	2	4	3	5	4	5	6	4
a4	1	3	5	7	2	4	4	5	2	3
a5	2	6	2	4	5	6	1	3	3	2
a6	3	5	2	6	4	7	4	6	2	2
a7	3	4	2	4	6	6	4	5	5	3
Ср. знач-е подгр. - ах	2,57	4,43	3,00	5,00	3,57	5,00	3,86	5,00	3,43	2,57
b1	4	4	7	7	8	7	5	6	2	2
b2	5	6	4	7	4	5	8	7	3	2
b3	6	7	4	6	3	4	8	8	1	1
b4	3	5	4	5	5	4	3	5	4	2
b5	8	7	3	4	5	5	7	8	4	3
Ср. знач-е подгр. - вх	5,20	5,80	4,40	5,80	5,00	5,00	6,20	6,80	2,80	2,00
c1	1	4	9	9	3	4	9	8	2	2
c2	9	8	7	8	8	8	8	9	3	2
c3	4	6	9	8	9	8	9	9	3	1
c4	3	5	7	7	6	7	9	9	6	2
c5	6	6	6	7	7	8	8	7	2	2
c6	3	5	6	6	7	7	8	8	1	1
c7	8	8	7	7	7	8	9	8	6	2
Ср. знач-е подгр. - сх	4,86	6,00	7,28	7,42	6,71	7,14	8,57	8,29	3,20	2,10
Ср. знач-е гр. - Дх	4,11	5,37	4,95	6,11	5,11	5,79	6,21	6,68	3,21	2,11

**Оценки интенсивности отношения к здоровью  
подростков экспериментальной группы до и после проведения СПТ**

Критерии отношения к здоровью	Мотивационно-потребностный					Продуктивно-результатирующий					Аксиологический				
	Показатель эмоциональной шкалы					Показатель практической шкалы					"Здоровье" в системе ценностей (ранг)				
Код имени учащихся	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
a1	4	6	2	2	13,5	3	4	1	1	10,5	3	3	0	0	4,0
a2	2	4	2	2	13,5	2	3	1	1	10,5	3	1	-2	2	15,0
a3	3	3	0	0	2,5	3	5	2	2	17,5	6	4	-2	2	15,0
a4	1	3	2	2	13,5	2	4	2	2	17,5	2	3	1	1	10,0
a5	2	6	4	4	19,0	5	6	1	1	10,5	3	2	-1	1	10,0
a6	3	5	2	2	13,5	4	7	3	3	19,0	2	2	0	0	4,0
a7	3	4	1	1	7,0	6	6	0	0	2,5	5	3	-2	2	15,0
b1	4	4	0	0	2,5	8	7	-1	1	10,5	2	2	0	0	4,0
b2	5	6	1	1	7,0	4	5	1	1	10,5	3	2	-1	1	10,0
b3	6	7	1	1	7,0	3	4	1	1	10,5	1	1	0	0	4,0
b4	3	5	2	2	13,5	5	4	-1	1	10,5	4	2	-2	2	15,0
b5	8	7	-1	1	7,0	5	5	0	0	2,5	4	3	-1	1	10,0
c1	1	4	3	3	18,0	3	4	1	1	10,5	2	2	0	0	4,0
c2	9	8	-1	1	7,0	8	8	0	0	2,5	3	2	-1	1	10,0
c3	4	6	2	2	13,5	9	8	-1	1	10,5	3	1	-2	2	15,0
c4	3	5	2	2	13,5	6	7	1	1	10,5	6	2	-4	4	18,5
c5	6	6	0	0	2,5	7	8	1	1	10,5	2	2	0	0	4,0
c6	3	5	2	2	13,5	7	7	0	0	2,5	1	1	0	0	4,0
c7	8	8	0	0	2,5	7	8	1	1	10,5	6	2	-4	4	18,5
Сумма					190,0					190,0					190,0

*Примечание:* 1 – до эксперимента; 2 – после эксперимента; 3 - разность показателей после и до эксперимента (сдвиг); 4 - абсолютное значение разности (сдвига); 5 - ранговый номер разности (сдвига).

На основании приведённых значений получаем, что сумма рангов «нетипичных» (отрицательных) сдвигов составляет эмпирическое значение критерия Т:

$$T = \sum R_r,$$

где  $R_r$  – ранговые значения сдвигов с более редким знаком (в наше случае – отрицательным для показателей эмоциональной, когнитивной, поведенческой шкал, положительным – для аксиологической).

Для эмоционального показателя  $T_{эмп} = 7+7 = 14$  при критическом значении Т для  $n = 19$

$$T_{кр} = \begin{cases} 53(p \leq 0,05) \\ 37(p \leq 0,01) \end{cases}.$$

Значит, «типичный» сдвиг является достоверно преобладающим по эмоциональному показателю отношения к здоровью ( $T_{эмп} = 14 \leq T_{кр}$  при  $p = 0,01$ ).

Для показателя практической шкалы отношения сумма рангов «нетипичных» (отрицательных) сдвигов составляет  $T_{эмп} = 10,5 + 10,5 + 10,5 = 31,5$ .

Значит, «типичный» сдвиг является достоверно преобладающим по практическому показателю отношения к здоровью ( $T_{эмп} = 31,5 \leq T_{кр}$  при  $p = 0,01$ ).

Для аксиологического показателя мотивационно-потребностного критерия отношения сумма рангов «нетипичных» (положительных) сдвигов составляет  $T_{эмп} = 10$ . «Типичный» сдвиг является достоверно преобладающим по аксиологическому показателю отношения к здоровью ( $T_{эмп} = 10 \leq T_{кр}$  при  $p = 0,01$ ).

Рисунок 4.2

**Динамика мотивационно-потребностного компонента отношения к здоровью**

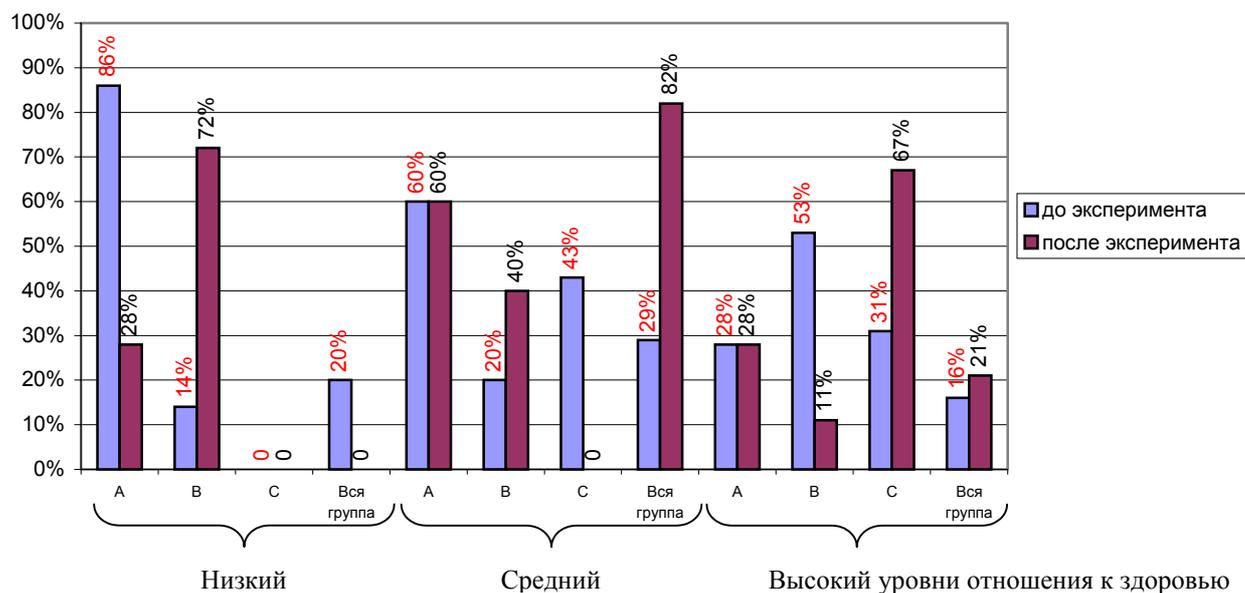
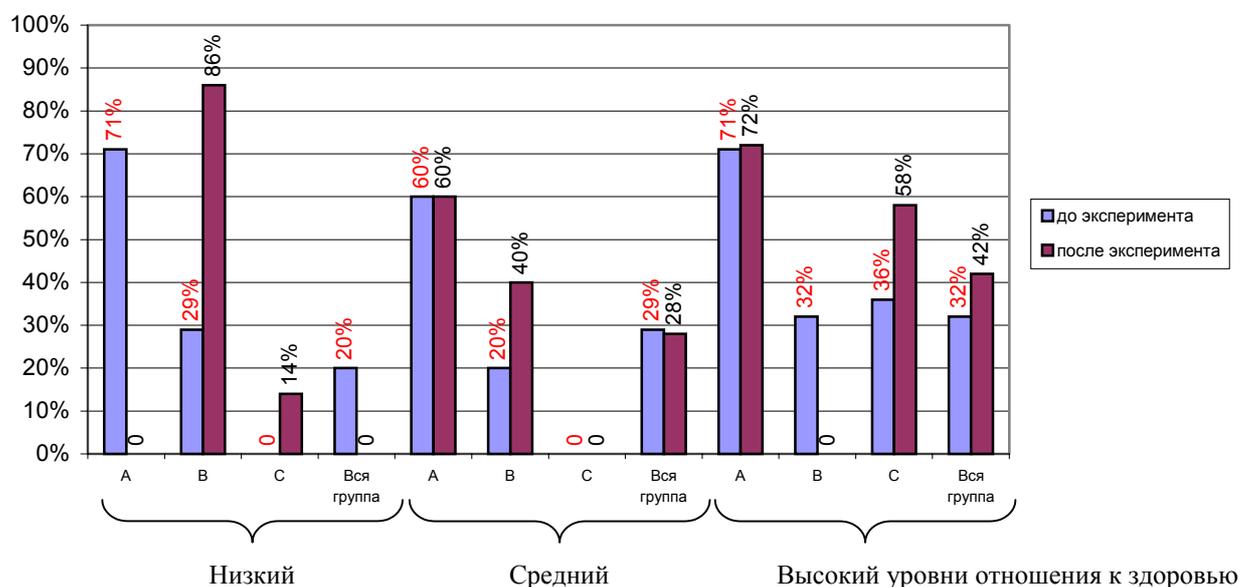


Рисунок 4.3

**Динамика когнитивного параметра отношения к здоровью**



Динамика практического компонента отношения к здоровью

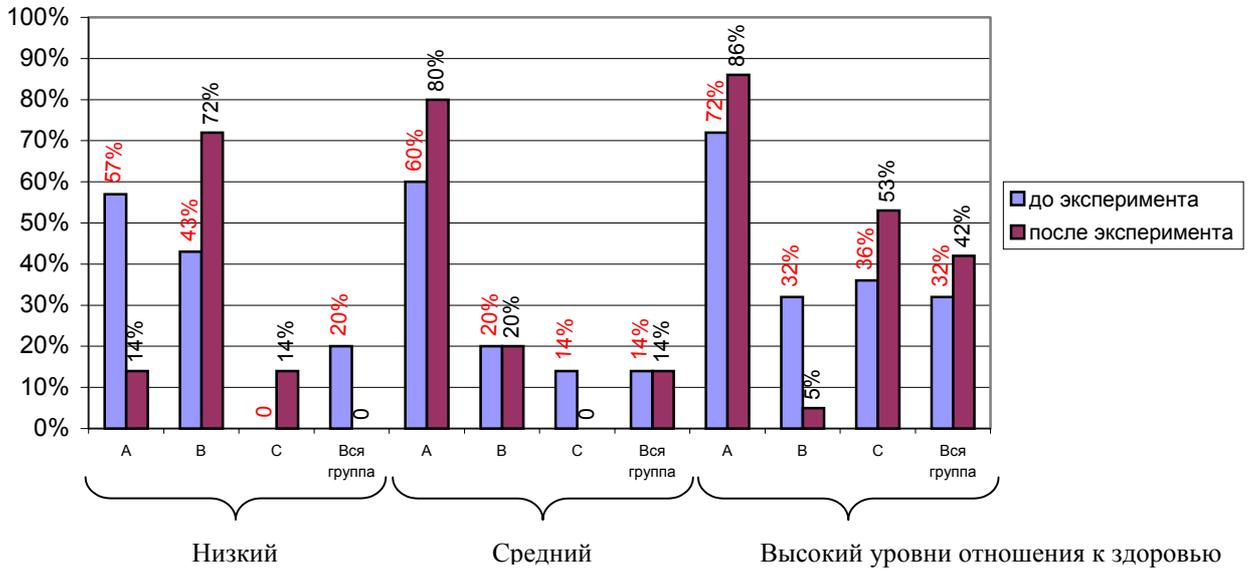


Рисунок 4.5

Динамика поступочного параметра отношения к здоровью

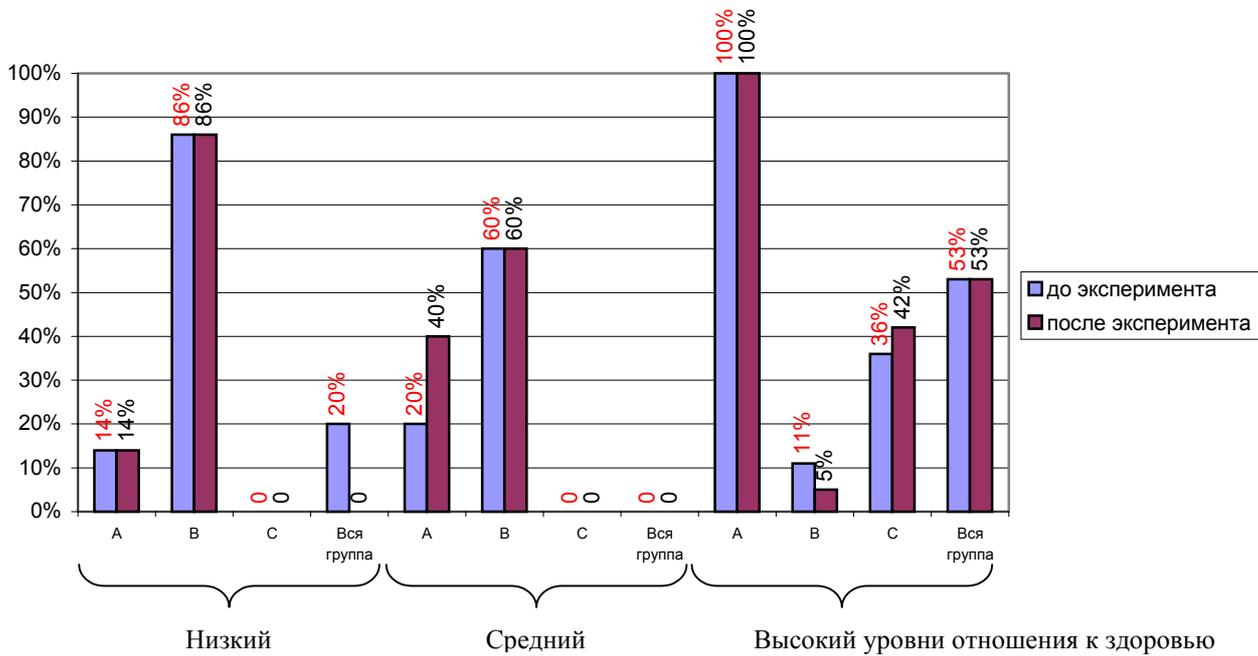


Таблица 4.16

Расчет  $d^2$  для рангового коэффициента корреляции Спирмена  $r_s$  при сопоставлении показателей практического компонента отношения к здоровью по мнению учителя и самого подростка экспериментальной группы

Испытуемый	Оценка учителем практи-ой деят-ти ученика по здоровьесбережению		Знач-е прак-го показателя субъективного отношения подростка к здоровью		d (ранг R <sub>1</sub> – ранг R <sub>2</sub> )	d <sup>2</sup>	
	Индивидуальное значение	Относительное ранговое место, R <sub>1</sub>	Индивидуальное значение	Относительное ранговое место, R <sub>2</sub>			
1	Б. Даша	9	2	9	19	-17	289
2	Г. Саша	19	11	7	15	-4	16
3	Г. Алина	18	9,5	7	15	-5,5	30,25
4	Д. Оля	20	12,5	2	1,5	11	121
5	Е. Юля	20	12,5	5	10	2,5	6,25
6	К. Оля	17	7,5	8	17,5	-10	100
7	К. Магомет	29	18	5	10	8	64
8	О. Миша	17	7,5	3	4,5	3	9
9	П. Слава	15	6	2	1,5	4,5	20,25
10	П. Оля	30	19	8	17,5	1,5	2,25
11	Р. Люся	13	3,5	5	10	-6,5	42,25
12	С. Марина	18	9,5	4	7,5	2	4
13	С. Катя	8	1	3	4,5	-3,5	12,25
14	С. Маша	14	5	7	15	-10	100
15	С. Настя	13	3,5	6	12,5	-9	81
16	Т. Ксения	25	16,5	3	4,5	12	144
17	Ц. Руслан	25	16,5	6	12,5	4	16
18	Ч. Надя	24	14,5	3	4,5	10	100
19	Ш. Вероника	24	14,5	4	7,5	7	49
	<b>Суммы</b>		<b>190</b>		<b>190</b>	<b>0,0</b>	<b>1206,5</b>

Для подсчёта ранговой корреляции между двумя признаками, измеренными в экспериментальной группе, применим формулу коэффициента ранговой корреляции Спирмена:

Для установления наличия или отсутствия значимой ранговой корреляции между двумя признаками (практического компонента отношения к здоровью, оцененного учителем и самим подростком), измеренными в экспериментальной группе, применим формулу коэффициента ранговой корреляции Спирмена:

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum(d^2)}{N \cdot (N^2 - 1)},$$

где  $d$  – разность между рангами по двум переменным для каждого испытуемого;  
 $N$  – количество испытуемых.

Рассчитаем эмпирическое значение  $r_s$ :

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot 1206,5}{19 \cdot (19^2 - 1)} = 1 - \frac{7239}{6840} = -0,058.$$

Критические значения  $r_s$  при  $N = 19$ :

$$r_{SKK.} = \begin{cases} 0,46(p \leq 0.05) \\ 0,58(p \leq 0.01) \end{cases}.$$

Таким образом,  $r_{SЭЭМ} \leq r_{SKK.}$ , то есть корреляция между значениями практического показателя отношения к здоровью, оцененных учителем и самим подростком, не отличается от нуля.