

УДК 159.922+316.64

ОТНОШЕНИЕ К СОМАТИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ (на материале изучения различных возрастных групп испытуемых)

© 2014 г.

О.В. Лебедева, Н.В. Фомина

Нижегородский государственный педагогический университет им. К. Минина

lebedeva-oksana.nn@yandex.ru, fominataly@yandex.ru

Поступила в редакцию 07.11.2014

Рассмотрена проблема соотношения соматического, психического и психологического здоровья человека, выделены некоторые структурные компоненты психологического здоровья, рассмотрены основные положения «психологии отношений», проанализированы результаты изучения отношения к здоровью у представителей разных возрастных групп.

Ключевые слова: психологическое здоровье, психическое здоровье, структура психологического здоровья, психология отношений, отношение к здоровью.

В современном общественном сознании прочно укоренилось представление о гармонично развитой личности как особой целостной системе, которую должно характеризовать не только здоровье физическое и психическое, но и благополучие в познавательной, личностной, социальной сферах жизни. На наш взгляд, данное представление тесно взаимосвязано с понятием «психологическое здоровье» человека, которое «представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи» [1, с. 5].

Актуальность проблемы сохранения, укрепления и развития психологического здоровья человека подчеркивается большим количеством отечественных и зарубежных исследователей (Б.С. Братусь, И.В. Дубровина, А.И. Захаров, В.Э. Пахальян, В.И. Слободчиков, Д.И. Фельдштейн, О.В. Хухлаева, А.В. Шувалов, U. Flick, C. Fischer, M. Diefenbach, H. Leventhal, A.H. Maslow, A. Neuber и др.).

Подчеркивая сложность социально-психологической ситуации развития современного человека, Д.И. Фельдштейн отмечает ее двойственный характер: с одной стороны, сложившаяся ситуация требует мобилизации человека, роста его самостоятельности, самосознания, самоопределения, критического мышления, интеллекта. «С другой – возникшая неустойчивость социальной, экономической, идеологической обстановки, дискредитация многих нравственных ориентиров вызывают массовый пси-

хологический стресс, который сказывается на общем духовном и физическом здоровье, обуславливая, в частности, пассивность, безразличие людей, неуверенность, напряженность, тревожность» [2, с. 187].

В то же время сохраняется неоднозначность подходов к определению сущности исследуемого понятия. Как справедливо подчеркивают В.И. Слободчиков и А.В. Шувалов, «...с одной стороны, психологическое здоровье детей в самом общем, интуитивно понятном значении предложено как смыслообразующая и системообразующая категория профессионализма психологов образования, как существенный критерий эффективности образовательных стратегий; с другой – психологическое здоровье остается метафорой, не имеющей строгого научного определения» [3, с. 92].

По мнению И.В. Дубровиной, термин «психологическое здоровье» позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы здоровья человека в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов. Однако в психологической литературе понятия «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» зачастую отождествляются, что связано, на наш взгляд, с выраженным комплексным характером проблемы здоровья в теоретико-экспериментальных исследованиях.

Термин «психическое здоровье» связывает две относительно самостоятельные области знания – психологию и медицину, и в основе данной связи лежит понимание того, что любое соматическое нарушение всегда, так или иначе, связано с изменениями в психическом состоя-

нии человека. «Психическое здоровье рассматривается как состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических явлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности» [4, с. 48–49].

Использование термина «психологическое здоровье» подчеркивает неразделимость телесного и психического в человеке, необходимость и того, и другого для полноценного функционирования. В последнее время выделилось такое новое научное направление, как психология здоровья – «наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития» (В.А. Ананьев). В рамках этого направления подробно изучается влияние психических факторов на сохранение здоровья и на появление болезни, а само «здоровье осмысливается не только как оптимальное функциональное состояние индивида, но и как определенная социальная ценность, входящая в число ценностных универсалий человеческой культуры» [5]. Следовательно, опираясь на положения психологии здоровья, можно предположить, что именно психологическое здоровье является предпосылкой здоровья физического. В этой связи немаловажно вспомнить положения теории Г. Олпорта, который определял личность как динамическую организацию, имея в виду под «организацией» единство в личности телесного и психического [6].

Рассмотрение здоровья с позиции его субъекта предполагает обращение к теоретической концепции «психологии отношений», широко представленной в отечественной психологической школе трудами В.М. Басова, В.М. Бехтерева, А.Ф. Лазурского, В.Н. Мясищева, Б.Г. Ананьева, Б.Ф. Ломова и др.

Проблема отношений в отечественной психологии была поставлена уже в конце XIX – первой трети XX века в рамках целостного подхода к пониманию личности. Отношения человека В.Н. Мясищев определял как «...сознательную, избирательную, основанную на опыте психологическую связь его с различными сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях» [7, с. 48]. Отношение является важнейшим механизмом саморегуляции деятельности и поведения человека в сфере здоровья.

Опираясь на имеющиеся в данной области исследования, мы рассматриваем понятие «отношение к здоровью» как систему индивидуальных, избирательных связей личности с раз-

личными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния и своих стратегий поведения по поводу здоровья.

Сообразно концепции В.Н. Мясищева, в составе отношения к здоровью выделяют три основных компонента: *когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий*. Когнитивный компонент характеризует знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих как негативное, так и позитивное влияние на здоровье человека. Во многом зависит от психологической компетентности личности, ее желания «вникать», получать знания в этой области. Большую роль играют возрастные особенности людей.

Эмоциональная составляющая отношения к здоровью, подразумевающая переживания своего здоровья или нездоровья, является крайне значимой в контексте общей самооценки личности, в определении ее «линии жизни», «плана жизни», «жизненного стиля». Эмоциональный компонент отражает переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического и психического самочувствия.

Мотивационно-поведенческий компонент определяет место здоровья в индивидуальной иерархии терминальных и инструментальных ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья. При этом все компоненты тесно взаимосвязаны.

По мнению Л.В. Куликова, отношение к здоровью, т.е. предрасположенность к его сохранению или растрачиванию, может рассматриваться как личностное качество, которое у современного человека достаточно противоречиво [8]. К сожалению, приходится констатировать, что «современные люди, достаточно много зная об особенностях здоровья и основных факторах, на него влияющих, имея высокую значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей и сформированную мотивацию на сохранение и укрепление здоровья, мало тревожатся о нем на эмоциональном уровне и, тем более, практически ничего не делают на поведенческом уровне» [5, с. 44]. Причем это свойственно не только здоровым людям, но и

тем, кто уже имеет достаточно серьезные заболевания [9, 10, 11].

Одним из центральных является ценностный аспект отношения к здоровью и здоровому образу жизни, что составляет суть и психического здоровья личности. С психологической точки зрения ценностное отношение к здоровью представляет собой внутренний механизм регуляции поведения, основанный на высокой субъективной значимости здоровья и его осознании в качестве предпосылки реализации своих жизненных задач и сопровождаемый активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению. Р.А. Березовская убедительно доказывает, что отношение человека к своему здоровью формирует психологическое «ядро» здоровой личности. Следовательно, обязательным фактором развития здоровой личности является формирование **особого отношения к здоровью**, которое выражается в осознании его личностной и общественной ценности, а также в осознанном и позитивно-эмоциональном стремлении действовать по его укреплению и совершенствованию. Такой тип отношения называется гармоничным и предполагает оптимальное соотношение активности и эмоциональности [12]. В основе такого отношения лежит автономная мотивация, связанная с внутренним контролем поведения, когда действия, направленные на укрепление и сохранение своего здоровья, вызваны потребностью изнутри, самодетерминированы. Доказано, что автономная мотивация поведения в отношении своего здоровья оказывает позитивное и долговременное влияние на его показатели [13].

Таким образом, можно предположить, что психологическое здоровье личности во многом будет зависеть от изменения отношения к соматическому здоровью. В психологических исследованиях доказывается мысль, что категория «отношение» имеет выраженный временной характер. Безусловно, данное положение касается и отношения к здоровью, которое характеризуется возрастной динамикой, так как отношение к здоровью зависит от возраста индивида.

Проблематикой здоровья и здорового образа жизни занимались многие авторы, но вопрос о том, как меняется это отношение, какими смыслами оно наполняется, что происходит в его развитии у представителей разных возрастных групп людей, изучен еще недостаточно. Между тем развитие ответственного отношения к здоровью должно начинаться уже с детства. С другой стороны, есть возрастные периоды, когда смысловые аспекты отношений сдвигаются, не

подчиняясь логике здравого смысла. В плане отношения к здоровью подобные изменения чреватые необратимыми последствиями. Таким образом, актуально проследить динамику и детерминанты отношения к здоровью в возрастном аспекте, понимание которых позволит внести вклад в развитие психокоррекционной помощи как широкому населению, так и врачам.

Это обусловило цель нашего эмпирического исследования, которая состояла в том, чтобы проанализировать динамику и детерминанты отношения к своему здоровью представителей разных возрастных групп (в рамках данной статьи мы остановились на следующих группах – младший школьный возраст, подростковый возраст, юношеский период и период зрелости). В исследовании приняли участие 164 человека. Выборку испытуемых составили: учащиеся первых классов школ г. Н. Новгорода в возрасте 7–8 лет в количестве 32 человека (группа 1); учащиеся 9–10-х классов школ г. Н. Новгорода в возрасте от 14 до 16 лет в количестве 32 человека (группа 2); студенты пятых курсов очного отделения из разных высших учебных заведений г. Н. Новгорода в возрасте 21–22 лет в количестве 50 человек (группа 3); выбранные случайным образом взрослые люди, занимающиеся разной профессиональной деятельностью и имеющие разные социальные статусы, в возрасте от 35 лет до 55 лет в количестве 50 человек (группа 4). Все респонденты на момент исследования были здоровы. Исключались лица, имеющие тяжелые хронические заболевания.

Были использованы следующие методики исследования: модифицированная в целях исследования методика «Незаконченные предложения»; проективная методика для детей младшего школьного возраста – рисунок «Здоровье – болезнь» (Васильева О.С., Филатов Ф.Р.) и методика «Линейки самооценки» Дембо – Рубинштейн, в других группах применялись методики «Шкалы самооценки» (Manaster G.J., Gorsini R.J.). Математический анализ проводился с помощью компьютерной программы SPSS-12.

С целью изучения отношения к здоровью как социально-психологическому феномену в экспериментальной группе 1 (младший школьный возраст) была проведена проективная методика – рисунок «Здоровье – болезнь». Проанализировав цветовые предпочтения, можно отметить преобладание «позитивных» цветов (голубой, розовый, зеленый, желтый и т.п.) как для рисунка «здоровье», так и для рисунка «болезнь», что позволяет сделать вывод об отсутствии у испытуемых четкой дифференциации в понятиях «здоровье» и «болезнь». В процессе

Таблица 1

Содержание и доля сюжетных линий о здоровье и болезни у младших школьников (%)

	Характер сюжетной линии	%		Характер сюжетной линии	%
З Д О Р О В Ь Е	Прогулки на свежем воздухе	50	Б О Л Е З Н Ь	Ребенок лежит на кровати, диване	57
	Школьные занятия, школа, уроки	22		Прогулки на свежем воздухе	22
	Занятия спортом	14		Просмотр телевизора, лежа на кровати	7
	Витамины, вкусная и полезная еда (фрукты овощи)	14		Процесс лечения – таблетки, градусник	7
				Отсутствие школьных занятий	7

Таблица 2

Показатели самооценки у представителей разных возрастных групп (%)

Шкалы	Группа 2 (подростки)	Группа 3 (юноши)	Достоверность различий	Группа 3 (юноши)	Группа 4 (взрослые)	Достоверность различий
1	54	72	p<0.001	72	61.2	p<0.05
2	53	70	p<0.03	70	69	
3	90	85		85	80	
4	61	85	p<0.001	85	59.5	p<0.001
5	78	90	p<0.05	90	88	

Шкала № 1 – «мое здоровье сейчас», шкала № 2 – «мое здоровье, по мнению окружающих», шкала № 3 – «мой максимальный уровень здоровья», шкала № 4 – «мое здоровье через 5 лет», шкала № 5 – «каким бы мне хотелось видеть свое здоровье уже сейчас».

анализа сюжетной линии, которая имеется у большинства испытуемых (70%), были выделены наиболее часто встречающиеся сюжеты представлений данного феномена (см. табл. 1).

Как представлено в табл. 1, половина испытуемых (50%) изображают здоровье в виде прогулок на свежем воздухе, ассоциируя его с позитивной и активной деятельностью (занятия спортом – 14%, школьные занятия, школа, уроки – 22%, витамины, вкусная и полезная еда (фрукты овощи) – 14%). Что касается рисунка «болезнь», большинство респондентов (57%) не дают определения данного феномена, а связывают его с определенным набором стереотипных действий (лежать на кровати – 57%, быть не в школе, смотреть телевизор – 7%, пить таблетки – 7% и т.д.). Прослеживается логическая цепочка событий, связанных с возникновением болезни, и устойчивая атрибутика здоровья и болезни.

По шкале «самооценка здоровья» у первоклассников выявлены неадекватно завышенные показатели (в среднем 85%), что говорит о том, что дети не могут критично оценить свое здоровье и недооценивают понятие «болезнь» (подчеркнем, что в данной группе не было детей, страдающих серьезными хроническими заболеваниями). Притязания здоровья имеют крайние

оценки (95–100%). Таким образом, полученные данные позволяют говорить о наличии у детей поверхностного и стереотипного представления о здоровье как социально-психологическом феномене, образ которого детерминирован информацией, полученной от взрослых, литературных произведений и т.п. Мы предполагаем, что в данном возрасте преобладает эмоциональное и довольно позитивное восприятие этих феноменов, что может служить свидетельством психологического здоровья детей.

Самооценка здоровья и ее динамика в других группах испытуемых проводилась с помощью методики «Шкалы самооценки» (Manaster G.J., Gorsini R.J.). Для определения значимости различий использовались непараметрические коэффициенты Манна – Уитни и Вилкоксона, которые позволяют сравнивать средние значения без оценки нормальности распределения каждого признака в разных по величине выборках. Данные, полученные в результате обработки, представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, подростки более критично, по сравнению с юношами, относятся к своему здоровью. Возможно, это связано с особенностями возраста, в котором критические оценки различных сторон собственной личности преобладают. Причем мы не наблюдаем

Таблица 3

Сравнительная таблица значений процентных долей выборов у исследуемых выборок по показателям методики «Незаконченные предложения»

Категории	Уровни категорий	У.О.	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 3
1. Определение понятий: «Здоровье» «Болезнь»	Эмоциональные состояния человека	З Б	75% 65%	30 %	10 %
	Выполнение определенной деятельности	З Б	15% 35%	25 %	20 %
	Мотивационно-поведенческая направленность	З Б		65 %	10 %
	Когнитивный акцент определений	З Б		5%	60 %
	Высшая ценность	З Б			
2. Характеристики здорового человека, больного человека	Положительные (отрицательные) характеристики чел. с акцентом на эмоциональное состояние	З Б	100% 100%	20% 10%	30%
	Выполнение определенной деятельности	З Б		80% 80%	70%
3. Значимость здорового образа жизни	Атрибутика ЗОЖ	З Б	75%	100%	90%
	Эмоциональные состояния	З Б	25%		10%
4. Ответственность за состояние своего здоровья	Личная ответственность	З Б		55%	60%
	Значимость внешних обстоятельств	З Б		45%	40%

значительной разницы в самооценке и социальной оценке окружающих. Зато максимальный уровень своего здоровья данная возрастная группа оценивает достаточно высоко (см. табл. 2). Это свидетельствует о важности для данного возраста внешних обстоятельств, влияющих на сохранение здоровья, экстернальности в отношении здоровья. Но по шкале № 4 показатель среднего значения значительно ниже показателя по шкале № 3. Это может говорить о присутствии неуверенности в собственных силах и также о значимости влияния внешних обстоятельств. В группе подростков мы наблюдаем значительную разницу между идеальной и реальной оценкой своего здоровья.

В юношеской группе показатели средних значений самооценки здоровья в целом выше показателей других исследуемых групп. Можно предположить, что в период юношества происходит идеализация своей силы, бодрости, молодости. Самооценка и оценка окружающих совпадают. Разница между показателями по шкале № 1 и № 3 небольшая, а показатели по шкалам № 3 и № 4 одинаковы. Это может говорить о наличии уверенности в себе, в своих силах. Причем респонденты этого возраста сами сознательно готовы «управлять» своим здоровьем, в полной степени используя свои силы и желание. Здоровье принимается как данность, которая будет всегда, следовательно, юноши не все-

гда бережно относятся к своему здоровью в плане его сохранения, но много усилий тратят на физические занятия, укрепление фигуры, повышение физической силы и т.п. Идеальный образ здоровья в этой группе достаточно высокий.

В группе взрослых получен средний уровень самооценки своего здоровья. Люди этого возраста явно уже болели, переживали трудности, связанные со здоровьем, что не позволяет им строить иллюзий по поводу своего здоровья. С другой стороны, это достаточно адекватный (не заниженный показатель). Причем испытуемые данной возрастной группы считают, что окружающие оценивают их здоровье лучше, чем они сами. По шкале интернальности в отношении своего здоровья не выявлено критических оценок, это говорит о том, что, имея желание улучшить здоровье, взрослые люди все же склонны в большей степени полагаться на себя. Поэтому и сдвиг в отношении здоровья через 5 лет выражен незначительно. Однако идеальное представление о своем здоровье достаточно высоко, но не находится в критических пределах. В целом, мы можем наблюдать достаточно адекватную самооценку своего здоровья у представителей данной возрастной группы.

Специфика особенностей отношения к здоровью во всех группах испытуемых была проанализирована с помощью методики «Незакон-

ченные предложения» (см. таблицу 3). При обработке полученных данных использовался метод контент-анализа.

1. Отношение к здоровью и болезни. Полученные данные позволяют предположить, что в младшем школьном возрасте преобладает эмоциональный компонент восприятия и отношения к здоровью, а степень сформированности представлений о здоровье и болезни находится на начальном уровне относительно других возрастных групп. Большинство испытуемых (75%) определяли здоровье как эмоционально окрашенное состояние человека («когда человек счастливый», «веселье», «когда человек радостный» и т.д.). Остальные испытуемые (15%) определяли здоровье как деятельность, связанную с данным феноменом («есть фрукты», «бегать по улице», «есть витамины», «ходить в школу» и т.д.). В определении феномена болезни мы получили следующие данные: большинство испытуемых (65%) определяют болезнь как эмоционально негативное состояние человека («когда грустно», «хочется плакать», «тоскливо и одиноко», «вялый и плохо чувствуешь себя» и т.д.). Остальные же испытуемые (35%) определили болезнь как деятельность, выполняемую в этом состоянии («когда лежишь в постели»).

При анализе ответов 2-й группы испытуемых (подростковый период) можно отметить следующее. Незначительное большинство подростков (60%) в ответах на вопрос «Что такое здоровье» делают акцент на свои ощущения и поведение в отношении к своему здоровью («когда мне не грозит опасность», «когда я слежу за собой» и т.д.). Данный аспект позволяет говорить о появлении мотивационно-поведенческого критерия определений здоровья. Эмоциональный критерий в ответах подростков наблюдается в меньшей степени (30%), присутствуют определения с выполняемой деятельностью (25%).

В 3-й группе испытуемых (период юности) уже практически отсутствует эмоциональный компонент отношения к здоровью (10%), но появляется когнитивный аспект отношения к своему здоровью. Большинство испытуемых (60%) дают определение здоровью с научной точки зрения («физиологическое и психологическое нормальное функционирование организма» и т.д.). Остальные ответы распределились таким образом: 20% испытуемых связывают понятие здоровья с какой-либо деятельностью и 10% испытуемых в ответах акцентировали свое влияние на данный феномен. Таким образом, мы предполагаем, что в данном воз-

расте появляется более глубокое понимание ценности состояния своего здоровья.

В последней экспериментальной группе (период зрелости) большинство испытуемых (70%) определяли здоровье как высшую ценность всей жизни, 30% испытуемых определяли здоровье как различные эмоциональные проявления и состояния. В определении болезни испытуемые также опирались на эмоциональную окраску восприятия (55%). Остальные 45% испытуемых в своих ответах определяли болезнь как следствие своего поведения и образа жизни. Таким образом, мы можем предположить, что на данном возрастном этапе здоровье рассматривается человеком как одна из важнейших жизненных ценностей. Также в ответах испытуемых следует отметить появление эмоциональной окраски, что говорит об эмоциональном восприятии данного феномена.

2. Определение понятий «Здоровый человек», «Больной человек». Младшие школьники (гр. 1) (100%) при определении данных понятий называли положительные или отрицательные качества человека («хороший», «добрый», «плохой», «грубый») и позитивные или негативные состояния («веселый», «грустный», «радостный», «счастливый»). В группе подростков большинство испытуемых (80%) делали акцент на определенную деятельность, выполняемую здоровым и больным человеком («который не курит, занимается спортом, ведет активный образ жизни» и т.д.). Большинство испытуемых в гр. 3 (период юности) (70%) связывали данные понятия с выполнением определенных действий, остальные 30% определяли различные эмоциональные состояния, присущие здоровым и больным людям. Большинство испытуемых в последней группе (100%) определяли здорового человека как «счастливого», «радостного». Понятие «больной человек» 20% испытуемых связывали с невыполнением определенных действий («тот, кто не следит за своим здоровьем», «кто не соблюдает правильный режим дня» и т.д.).

3. Значимость здорового образа жизни. В результате обработки полученных данных мы можем предположить, что отношение к здоровому образу жизни у представителей разных возрастных групп практически не изменяется. Это может быть связано с тем, что в процессе воспитания ребенок получает определенный стереотип представлений о здоровом образе жизни, который сохраняется на всю его жизнь. С приобретением знаний, умений и навыков представления о здоровом образе жизни расширяются и углубляются. Так, в четвертой экспе-

риментальной группе большинство испытуемых (70%) не только перечислили критерии здорового образа жизни, но и отметили эмоциональную составляющую здорового образа жизни (здоровый образ жизни сопровождается эмоционально позитивными состояниями – счастье, радость, хорошее настроение). В остальных экспериментальных выборках преобладает наличие атрибутики здорового образа жизни («занятие спортом», «правильное питание» и т.д.).

4. Готовность нести ответственность за состояние своего здоровья. Проанализировав данные, полученные у испытуемых 2-й группы (подростковый возраст), мы предполагаем, что данная возрастная категория в равной степени возлагает ответственность за состояние своего здоровья как на собственное поведение, так и на внешние обстоятельства (55% испытуемых готовы нести ответственность, а остальные 45% приписывают ответственность внешним обстоятельствам).

В 3-й группе экспериментальной выборки также большинство испытуемых (60%) чувствуют ответственность за состояние своего здоровья, считая, что именно от их образа жизни и поведения зависит уровень здоровья. Остальные испытуемые (40%) возлагают ответственность за состояние своего здоровья на внешние обстоятельства (экологию, продукты питания и т.д.).

Большинство испытуемых в четвертой группе (74%) уверены, что состояние здоровья зависит только от них самих. Это дает возможность предположить, что испытуемые чувствуют ответственность за свое здоровье и опираются на собственные силы, а не на внешние обстоятельства. Остальные испытуемые (26%) считают, что на состояние их здоровья большое влияние оказывают внешние обстоятельства.

Итак, наблюдается динамика в отношении представлений о своем здоровье у представителей всех возрастных исследовательских групп по критерию самооценки, социальной оценки, идеального представления здоровья, в отношении интернальности по поводу здоровья.

Выводы

Таким образом, проведенное эмпирическое исследование показало, что отношение к здоровью как социально-психологическому феномену у представителей разных возрастных групп различно, что подтверждается следующими положениями.

1. Динамику развития можно наблюдать в проявлении эмоционального компонента восприятия здоровья. Эмоциональный компонент отношения к своему здоровью в большей степени проявляется в младшем школьном возрасте. Как показало экспериментальное исследование, ребенок определяет здоровье на уровне проявления эмоций. В дальнейшем этот аспект ослабевает и в подростковом возрасте практически не проявляется, а появляется он в более старшем возрасте (35–55 лет). Следовательно, целенаправленная работа по воспитанию здорового образа жизни уже у детей позволит развивать определенные стереотипы поведения, направленные на сохранение здоровья.

2. Наблюдается динамика развития готовности нести ответственность за состояние своего здоровья у представителей разных возрастных групп. Большинство подростков склонны считать, что болезнь и здоровье являются результатом случая, действия врачей (внешние обстоятельства). У них ответственность за состояние своего организма проявляется на низком уровне. С возрастом человек более осознанно понимает значимость его действий для состояния своего здоровья. Большой процент испытуемых в группе 3 по шкале интернальности в области здоровья имеют высокие показатели. Это позволяет говорить о высокой степени ответственности за свое здоровье у юношей и девушек. В последней возрастной экспериментальной группе значительное число испытуемых чувствуют прежде всего себя ответственными за состояние своего здоровья. В данной группе мы наблюдали самые высокие показатели по интересующей нас шкале.

3. Мотивационно-поведенческий аспект отношения к своему здоровью в большей степени проявляется в экспериментальной группе № 2 (подростковый возраст). Причиной этому могут быть глубокие как физиологические, так и психологические изменения, сопровождающие данный возраст.

4. Когнитивный аспект восприятия здоровья проявляется в большей степени у представителей третьей экспериментальной группы (юноши и девушки в возрасте 21–22 лет), что свидетельствует о более зрелых тенденциях в осмыслении проблем, связанных со здоровьем, переход от подросткового негативизма к психологически здоровым позициям в отношении собственной жизни в целом, а значит, и здоровья.

5. Отношение к здоровому образу жизни у представителей разных возрастных групп практически не изменяется. Это может быть связано с тем, что в процессе воспитания ребенок по-

лучает определенный стереотип представлений о здоровом образе жизни, который сохраняется на всю его жизнь. С приобретением знаний, умений и навыков представления о здоровом образе жизни расширяются и углубляются. Поэтому в четвертой экспериментальной группе большинство испытуемых не только перечислили критерии здорового образа жизни, но и отметили эмоциональную составляющую здорового образа жизни (то есть здоровый образ жизни сопровождается эмоционально позитивными состояниями – счастья, радости, хорошего настроения).

6. Последняя экспериментальная группа определяет здоровье как высшую ценность человека. Также на данном возрастном этапе наблюдается вновь появление эмоционального компонента в восприятии здоровья и болезни. Однако когнитивный компонент отношения выражен слабее, что часто приводит к тому, что здоровье в данной возрастной группе взрослых людей – это не реально действующая, а понимаемая и эмоционально переживаемая ценность, и, как следствие, активная забота о нем в данной возрастной группе не всегда является приоритетной.

Таким образом, выраженная возрастная динамика отношения к здоровью на уровне разных его компонентов показала, что в каждый возрастной период компоненты отношения к здоровью меняются, а значит, меняется и спектр задач, направленных на его развитие в каждом возрастном периоде, решение которых, безусловно, влияет на развитие психического здоровья населения.

Список литературы

1. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие. М.: Издательский центр «Академия», 2001. 208 с.
2. Фельдштейн Д.И. Мир Детства в современном мире (проблемы и задачи исследования. М.: МПСУ; Воронеж: МОДЭК, 2013. 336 с.
3. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4. С. 91–105.
4. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной. СПб.: ТЦ «Сфера», 2004. 592 с.
5. Васильева О.С., Шинкаренко М.В. Внутренняя картина здоровья у представителей разных профессий // Здоровая личность: Материалы международной научно-практической конференции 21–22 июня 2012 года. СПб.: СПбГИПСР, 2012. С. 43–47.
6. Allport G.W. *Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality*. NewHaven: YaleUniversity-Press, – К.: PSYLIB, 2005.
7. Мясищев В.Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии // Мясищев В.Н. Психология отношений. Избранные психологические труды / Под редакцией А.А. Бодалева. Москва – Воронеж, 1995. 356 с. С. 48–53.
8. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики. СПб.: Питер, 2004. 464 с.
9. Фомина Н.В. Самооценка здоровья хроническими соматическими больными и здоровыми людьми пожилого и зрелого возраста // Психология человека в условиях здоровья и болезни: Материалы Второй международной конференции (6 июня 2012 г.). Тамбов, ТГУ, 2012. С. 37–41.
10. Flick U., Fischer C., Neuber A. et al. Health in the context of growing old: social representations of health // *Journal of health psychology*, 2003, vol. 8, No 5.
11. Leventhal H., Diefenbach M. The active side of illness cognition // *Mental representations in health and illness* / Eds. by J.A. Skelton, R.T. Croyle. N.Y., 1991.
12. Березовская Р.А. Отношение к здоровью как психологический механизм самоуправления здоровой личности // *Здоровая личность: Материалы международной научно-практической конференции 21–22 июня 2012 года*. СПб.: СПбГИПСР, 2012. С. 20–23.
13. Лебедева Н.М., Татарко А.Н., Чирков В.И., Лю Ц. Культурно-психологические особенности отношения к здоровью у русских и китайских студентов // *Психологический журнал*. 2007. Т. 28. № 4. С. 64–74.
14. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М.: Академия, 2001. 352 с.
15. Maslow A.H. *Motivation and Personality* (2nd ed.) N.Y.: Harper & Row, 1970. К.: PSYLIB, 2004.

ATTITUDE TO SOMATIC HEALTH AS AN INDICATOR OF THE DEVELOPMENT OF A PERSON'S PSYCHOLOGICAL HEALTH (BASED ON THE STUDY OF DIFFERENT AGE GROUPS OF SUBJECTS)

O.V. Lebedeva, N.V. Fomina

We consider the problem of correlation between somatic, psychical and psychological health. Some structural components of psychological health are identified; key issues of the «attitudes psychology» are discussed. The results of the study of attitude towards health among members of different age groups of subjects are presented.

Keywords: psychological health, psychical health, structure of psychological health, attitudes psychology, attitude towards health.

References

1. Khukhlaeva O.V. Osnovy psikhologicheskogo konsul'tirovaniia i psikhologicheskoi korrektsii: Ucheb. posobie. M.: Izdatel'skii tsentr «Akademiia», 2001. 208 s.
2. Fel'dshtein D.I. Mir Detstva v sovremennom mire (problemy i zadachi issledovaniia. M.: MPSU; Voronezh: MODEK, 2013. 336 s.
3. Slobodchikov V.I., Shuvalov A.V. Antropologicheskii podkhod k resheniiu problemy psikhologicheskogo zdorov'ia detei // Voprosy psikhologii. 2001. № 4. S. 91–105.
4. Prakticheskaia psikhologiya obrazovaniia / Pod red. I.V. Dubrovinoi. SPb.: TTs «Sfera», 2004. 592 s.
5. Vasil'eva O.S., Shinkarenko M.V. Vnutrenniaia kartina zdorov'ia u predstavitelei raznykh professii // Zdoroiaia lichnost': Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii 21–22 iunia 2012 goda. SPb.: SPbGIPSR, 2012. S. 43–47.
6. Allport G.W. Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality. NewHaven: YaleUniversityPress, – K.: PSYLIB, 2005.
7. Miasishchev V.N. Poniatie lichnosti v aspektakh normy i patologii // Miasishchev V.N. Psikhologiya otnoshenii. Izbrannye psikhologicheskie trudy / Pod redaktsiei A.A. Bodaleva. Moskva – Voronezh, 1995. 356 s. S. 48–53.
8. Kulikov L.V. Psikhogigiena lichnosti. Voprosy psikhologicheskoi ustoichivosti i psikhoprofilaktiki. SPb.: Piter, 2004. 464 s.
9. Fomina N.V. Samoosenska zdorov'ia khronicheskimi somaticheskimi bol'nymi i zdorovymi liud'mi pozhilogo i zrelogo vozrasta // Psikhologiya cheloveka v usloviakh zdorov'ia i bolezni: Materialy Vtoroi mezhdunarodnoi konferentsii (6 iunia 2012 g.). Tambov, TGU, 2012. S. 37–41.
10. Flick U., Fischer C., Neuber A. et al. Health in the context of growing old: social representations of health // Journal of health psychology, 2003, vol. 8, No 5.
11. Leventhal H., Diefenbach M. The active side of illness cognition // Mental representations in health and illness / Eds. by J.A. Skelton, R.T. Croyle. N.Y., 1991.
12. Berezovskaia R.A. Otnoshenie k zdorov'iu kak psikhologicheskii mekhanizm samoupravleniia zdorovoi lichnosti // Zdoroiaia lichnost': materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii 21–22 iunia 2012 goda. SPb.: SPbGIPSR, 2012. S. 20–23.
13. Lebedeva N.M., Tatarko A.N., Chirkov V.I., Liu Ts. Kul'turno-psikhologicheskie osobennosti otnosheniia k zdorov'iu u russkikh i kitaiskikh studentov // Psikhologicheskii zhurnal. 2007. T. 28. № 4. S. 64–74.
14. Vasil'eva O.S., Filatov F.R. Psikhologiya zdorov'ia cheloveka. M.: Akademiia, 2001. 352 s.
15. Maslow A.H. Motivation and Personality (2nd ed.) N.Y.: Harper & Row, 1970. K.: PSYLIB, 2004.