

УДК: 159.9

orcid.org/0000-0002-6025-8033

dx.doi.org/10.5281/zenodo.60163

Л.Н. Зотова  
Национальный университет  
имени В.Н. Каразина, г. Харьков

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ОПТИМИЗАЦИИ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ**

В статье проанализированы результаты формирующего эксперимента, направленного на оптимизацию отношения студентов к своему здоровью. В формирующих воздействиях был сделан акцент на усиление жизнестойкости личности.

*Ключевые слова:* жизнестойкость, самооценка здоровья, предикторы самооценки здоровья, оптимизация отношения к здоровью у студентов,

**Л.М. Зотова**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОГРАМИ ОПТИМІЗАЦІЇ СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я**

У статті проаналізовані результати формуючого експерименту, спрямованого на оптимізацію ставлення студентів до свого здоров'я. У формуючих впливах був зроблений акцент на посилення життєстійкості особистості.

*Ключові слова:* життєстійкість, самооцінка здоров'я, предиктори самооцінки здоров'я, оптимізація ставлення до здоров'я в студентів.

**L.N. Zotova**

## **EFFICIENCY OF THE PROGRAM OF OPTIMIZATION OF THE ATTITUDE OF STUDENTS TOWARDS OWN HEALTH**

In article are analysed the results of creating experiment directed to optimization of the attitude of students towards their health. In the creating impacts has been placed the emphasis on strengthening of resilience of the personality.

*Keywords:* hardiness, a health self-assessment, health self-assessment predictors, optimization of the attitude towards health at students.

**Актуальность исследования и постановка проблемы.** Полисистемность здоровья, его многоуровневость, многокачественность, а также приверженность того, или иного исследователя определенной объяснительной парадигме, привели к появлению и разработке множества понятий, которые в настоящее время используются для раскрытия

сущности психологического здоровья и его механизмов. Это – выживание, устойчивость личности, ее гармония, субъективное благополучие, забота о себе, психологические защиты, стратегии и стили совладания со стрессом, адаптационный и личностный потенциал, ресурсы, восприятие социальной поддержки, атрибутивный стиль, саногенные аспекты Я, здоровьесберегающие личностные качества, внутренняя картина здоровья, жизнестойкость личности и др. [1; 8; 15; 16; 18 – 20].

Жизнестойкость, которая проявляется как способность человека выдерживать ситуацию острого или хронического стресса, сохранять внутреннюю сбалансированность, не снижая при этом качества и успешности деятельности, является общей мерой психического здоровья человека [10; 17; 21]. И жизнестойкость в целом, и отдельные ее компоненты (вовлеченность, контроль и принятие риска) у студентов – ключевой фактор сохранения работоспособности и здоровья в условиях переживания разного рода трудностей в учебной деятельности. Несмотря на этот многократно доказанный факт, исследований, в которых жизнестойкость студентов рассматривалась бы как системный фактор, преломляющий воздействие на образ собственного здоровья разнообразных переменных (личностных, мотивационных, поведенческих, интерактивных), проведено недостаточно.

Трудности в учебной деятельности, подверженность разного рода стрессам в условиях учебы в вузе отмечают у себя, прежде всего, студенты со сниженной жизнестойкостью. Они также сообщают о хронической напряженности во время учебы в вузе, дефиците саногенных навыков, непереносимости умеренных по интенсивности и частоте стрессов учебной деятельности, а также стрессов, вызванных повышенными учебными нагрузками [14]. Вместе с тем, при обилии эмпирических данных и теоретических умозаключений все же ощущается нехватка исследований, в которых жизнестойкость студентов рассматривалась бы как системный фактор, преломляющий воздействие на образ собственного здоровья личностных, мотивационных, поведенческих и интерактивных переменных. В отечественной психологии пока еще выполнено немного работ прикладного характера, в которых рассматривались бы возможности оптимизации внутренней картины здоровья у студентов посредством стимуляции жизнестойкостных качеств личности.

**Обзор работ по проблеме.** В ряде наших работ, а также в исследованиях многих авторов было показано, что чем выше жизнестойкость у студентов (как общая, так и по отдельным компонентам), тем более здоровыми себя они чувствуют [3; 10 – 12]. В

наших работах как суммарный, так и парциальные показатели жизнестойкости (а они измерялись с помощью опросника С. Мадди в модификации Д.А. Леонтьева, Е.И. Расказовой [10]) положительно связаны с самооценками здоровья в разных сферах, которые мы определяли с помощью опросника ВОЗКЖ-100 [2]. Это сферы: 1) физическая, 2) психологическая, 3) уровень независимости, 4) социальных взаимоотношений, 5) средовая (т.е. восприятие внешней среды как здоровой), 6) духовная. Наиболее тесные связи обнаружены с оценками психологического, а наименее тесные – духовного здоровья. Наименьшее количество корреляций с самооценками здоровья – у показателя «Принятие риска», наибольшее – у «Вовлеченности». Для духовной сферы, а также сфер «Окружающая среда», «Уровень независимости» и отчасти – психологической и физической сфер проявилась тенденция к U-образной взаимосвязи самооценок здоровья с показателями жизнестойкости: наименее высоко оценили свое здоровье студенты со средними показателями жизнестойкости. Вклад разных компонентов жизнестойкости (вовлеченности, контроля, принятия риска) в хорошее самочувствие и переживание здоровья в разные субсферы различен [11; 12].

Невротические наклонности организуют апперцептивную тенденцию, влияющую на внутреннюю картину здоровья у студентов. Наиболее благополучной является картина собственного здоровья у студентов с минимально выраженными невротическими наклонностями, а наименее благополучной – у испытуемых с сильно выраженными невротическими наклонностями [4 – 6].

По мере усиления в структуре личности невротических наклонностей во внутренней картине здоровья 1) снижается роль духовно-мировоззренческого компонента и рефлексии релевантных ему проблем, 2) акцентируется проблематика сексуального здоровья, 3) происходит прагматизация оценок внешней среды, и 4) трансформируются стратегии и тактики противостояния физической боли и дискомфорту (они смещаются из когнитивно-регулятивной плоскости в защитно-эмоциональную).

Высокие самооценки здоровья в разных сферах и субсферах чаще всего встречаются у студентов, использующих конструктивные копинги. Приверженность неконструктивным копингам (особенно «Самообвинению» и «Поиску виновных») тесно коррелирует со сниженными самооценками здоровья.

Самооценки здоровья у студентов положительно коррелируют с показателями оптимистического атрибутивного стиля, особенно в психологической и духовной сферах. В наименьшей степени показатели

атрибутивного стиля оказались связанными с самооценками физического, и особенно – социального здоровья. Оптимизм связан с высокими самооценками когнитивных процессов, важен для проявления способности к работе, для физического здоровья, восприятия окружающей среды как здоровой.

Психологические условия общего хорошего самочувствия и качества жизни студентов – эмоциональная стабильность (4-й фактор Большой Пятерки) и экстраверсия (1-й фактор Большой Пятерки) [8].

Высокие самооценки здоровья почти во всех сферах характерны для студентов, которые способны к восприятию разных видов социальной поддержки (исключая такой источник, как «Общественные организации»). При этом лишь в духовной сфере и в сфере «Уровень независимости» студенты не опираются на поддержку извне. Из всех источников социальной поддержки самым влиятельным оказался Значимый Другой [7].

Показатели чувствительности к прессингам, вызывающим напряжение в процессе учебной деятельности в пяти проблемных областях (взаимоотношения со студентами, взаимоотношения с преподавателями, организация учебного процесса, условия обучения, собственные личностные качества) отрицательно связаны с самооценками здоровья в разных сферах и субсферах. Наиболее тесно с самооценками здоровья коррелировал показатель внутреннего прессинга (недовольство своими личностными качествами). Наличие проблем во взаимоотношениях с преподавателями не коррелируют с самооценками здоровья ни в одной из сфер. Самооценка духовного здоровья не коррелирует ни с одним из показателей чувствительности к прессингам в какой-либо проблемной области учебной деятельности студентов.

Жизнестойкость выступает в роли модератора воздействий ряда психологических факторов на внутреннюю картину здоровья у студентов.

Посредством регрессионного анализа мы выделили предикторы, влияющие на показатели самооценок студентами здоровья в разных сферах. Наиболее влиятельными, присутствующими в качестве компонентов регрессионных уравнений для большинства сфер здоровья предикторами оказались четвертый фактор Большой Пятерки (эмоциональная устойчивость), стабильность (как параметр атрибутивного стиля) и толерантность по отношению к внутреннему прессингу (т.е. способность студента избегать стрессового состояния, не снижать качества учебной деятельности при обнаружении недостатков в самом себе).

Наиболее важными психологическими условиями здоровья студентов являются: 1) в физической сфере – толерантность по

отношению к недостаткам собственной личности, 2) в психологической сфере – эмоциональная устойчивость личности, 3) в сфере «Уровень независимости» – импульсивность (понимаемая как свобода от избыточного самоконтроля), 4) в сфере социальных взаимоотношений – экспрессивность, 5) при восприятии внешней среды как здоровой – эмоциональная устойчивость личности, 6) в духовной сфере – предпочтение анализа проблемы, как стратегии совладания со стрессами и жизненными трудностями. Уровень жизнестойкости опосредует конкретный ассортимент, направление и степень влиятельности предикторов в отношении внутренней картины здоровья студентов.

**Цель** статьи – привести и проанализировать данные, подтверждающие эффективность разработанной нами программы.

**Изложение основного материала статьи.** На основе всего этого массива эмпирических данных была создана корректировочно-развивающая программа, предназначенная для оптимизации отношения студентов к собственному здоровью.

Разработка и проверка эффективности коррекционно-развивающей программы осуществлялись в несколько этапов. На первом этапе были разработаны структура и содержание программы. В основу программы были положены выявленные в констатирующем исследовании факторы внутренней картины здоровья у студентов. Их проявление тесно связано с уровнем жизнестойкости личности студентов, поэтому усиление жизнестойкостных личностных характеристик стало основной целью формирующего эксперимента.

На втором этапе проводилась апробация программы в формирующем эксперименте. В проверке эффективности коррекционно-развивающей программы принимали участие 25 студентов экспериментальной группы (11 юношей и 14 девушек в возрасте от 18 до 28 лет, студенты II – V курсов стационара и заочного отделения психологического факультета ХНУ имени В.Н. Каразина) и 25 студентов контрольной группы (10 юношей и 15 девушек в возрасте от 18 до 27 лет, студенты тех же курсов, того же вуза и факультета). Все 50 студентов – участники эмпирического исследования, результаты которого отражены во 2-й главе диссертации. Распределение испытуемых по группам (экспериментальной и контрольной) осуществлялось посредством рандомизации. Испытуемые контрольной группы в тренинге не участвовали. Объем программы составил 36 академических часов. Работа проводилась во время как плановых (нормативных) занятий, так и во внеучебное время на протяжении 9 недель (в среднем по 4 часа в неделю). Тренинговая работа включала в себя, кроме участия в выполнении упражнений с их последующим обсуждением, также прослушивание и обсуждение

теоретических материалов по конкретным проблемам (в форме мини-лекций). Участники тренинга выполняли также определенные домашние задания, результаты которых также обсуждались в процессе групповой работы.

Программа включала в себя блоки: 1) самопознания, самопринятия, самооодобрения; 2) ситуационный; 3) антивиктимный; 4) саморегуляции эмоций; 5) мотивационный.

*Блок «Самопознания, самопринятия, самооодобрения»* содержал упражнения, предназначенные для пробуждения интереса участников тренинга к самим себе, к своим личностным качествам и особенностям (особенно к таким, от которых зависит отношение к собственному здоровью и с которыми связана принимаемая концепция здоровья). Примеры упражнений: «Мой образ»; «Соматограмма, или мои позитивные и негативные соматические маркеры»; «Кто я?»; «Судно, на котором я плыву»; «Процедура ревизии ощущений»; «Марионетка»; «Знакомство с собой» и др.

*«Ситуационный» блок* упражнений имел целью сформировать у участников тренинга навыки и умения точного распознавания типа ситуации, в которую они попадают, и оптимального выбора формы взаимодействия с ней (т.е. выбор, ведущий к усилению жизнестойкости личности). Студенты усваивали признаки и учились различать: 1) обычные, повседневные ситуации, 2) трудные повседневные ситуации (четыре вида нормативных ситуаций – ситуации аномии, ситуации социальной энтропии, проблемные повседневные ситуации, повседневные стрессы), и 3) ситуации неповседневности (т.е. трудные жизненные ситуации, выходящие за рамки повседневности – экстремальная, критическая, кризисная, стресс, фрустрация, конфликт). Примеры упражнений: «Мои ресурсы»; «Позитивный анализ проблемной ситуации»; «Я существую – Я ухожу...»; «Интроспекция “Кто Я?”, “Куда Я иду?”»; «Подарок жизни» и др.

*«Антивиктимный» блок* упражнений был предназначен для идентификации проявлений виктимности в собственном поведении и обучение основам жизнестойкостного стиля совладания с трудностями. Примеры упражнений: «Расширение внутреннего пространства»; «Установление личной дистанции»; «Контур человека»; «Хозяин желаний»; «Разожми кулак»; «Взаимодействие»; «Мои права»; «Сон героя»; «Совладающие образы» и др.

*Блок «Саморегуляция эмоций»* был предназначен для формирования способности превращать эмоциональное отреагирование (особенно, отреагирование отрицательных эмоций – гнева, горя, печали, страха, тревоги и др.) в созидательной деятельности и для личностного роста.

Примеры упражнений: «Выражение и отражение чувств»; «Скрытые чувства»; «Позитивное истолкование»; «Прослеживание старых чувств»; «Иррациональные и рациональные идеи»; «Я злюсь... на меня злятся...»; «Принятие критики»; «Декатастрофизация»; «Да здравствует Депрессия!»; «Осознание стыда, вины, обиды»; «Оживление приятных воспоминаний» и т.д.

«Мотивационный» блок включал в себя упражнения и техники, предназначенные для развития способностей и умений самомотивирования к конструктивной деятельности (в основном – учебной), эффективного целеполагания, противостояния прокрастинации проявлению безволия. Примеры упражнений: «Новая постановка старых вопросов “Кто виноват?”, “Что делать?”, или “Вижу цель!”»; «Образ потребности»; «Труд и профессия»; «Постановка целей»; «Достижение целей»; «Удовольствия»; «Увлечения»; «Ответственность»; «Что я хочу на самом деле?» и др.

Для проверки эффективности развивающее-коррекционной программы, направленной на стимуляцию интереса студентов к собственному здоровью, модификаций поведения в сторону более здорового образа жизни посредством усиления жизнестойкости личности, был использован опросник С. Дерябо и В. Ясвина «Индекс отношения к здоровью» [2]. Изначально данная методика была создана для проверки эффективности проводимой в средней и высшей школе работы в области валеологии. Шкалы данного опросника (эмоциональная, познавательная, практическая и шкала поступков) позволяют оценить масштаб изменений, которые происходят у участников формирующего эксперимента в основных сферах личности и в поведении.

1) «*Эмоциональная Шкала*» – отражает степень чувствительности испытуемого к различным проявлениям своего организма; она диагностирует восприимчивость к эстетическим аспектам здоровья, способность получать наслаждение от своего здоровья и заботы о нем;

2) «*Познавательная Шкала*» – отражает готовность к восприятию информации по проблемам здоровья, поступающей из разных источников, стремление получать эту информацию;

3) «*Практическая Шкала*» – диагностирует степень готовности к практическим действиям, направленным на заботу о своем здоровье;

4) «*Шкала Поступков*» – отражает стремление испытуемого изменить свое окружение (микро- и макросоциум), повлиять на него в направлении своих убеждений относительно здорового образа жизни.

Перед прохождением процедуры тренинга экспериментальная и контрольная группы были протестированы с помощью опросника С. Дерябо и В. Ясвина. Этот же опросник был использован еще раз как в

экспериментальной группе (после того, как она поучаствовала в тренинговой коррекционно-развивающей программе), так и в контрольной группе (спустя промежуток времени, во время которого в экспериментальной группе был проведен тренинг). Тем самым нам удалось обеспечить контроль независимой переменной «Участие в тренинге / Неучастие в тренинге» для исследования ее влияния на зависимые переменные, которые были зафиксированы с помощью четырех шкал опросника. Следовательно, если тренинговая программа эффективна и участие в ней действительно способствует стимуляции развития компонентов отношения к своему здоровью у студентов, то в контрольной серии диагностики можно ожидать статистически значимое повышение показателей.

Полученные эмпирические данные были обработаны в двух направлениях:

1. *В направлении сравнения показателей отношения к здоровью у испытуемых экспериментальной и контрольной групп* (см. табл. 1 и 2). Это делалось до тренинга с целью обеспечения эквивалентности групп испытуемых, а также для того, чтобы можно было трактовать возможные изменения в показателях отношения к здоровью как обусловленные именно влиянием корректировочно-развивающей программы. Сравнение двух групп испытуемых (экспериментальной и контрольной) происходило также и после тренинга – для выявления особенностей изменений в системе компонентов отношения к здоровью, а также масштабов, направленности и специфики этих изменений.

2. *В направлении сравнения показателей отношения к здоровью, выявленных до и после формирующего эксперимента* (см. табл. 3 и 4). В экспериментальной группе это делалось для выявления особенностей сдвигов в показателях, для определения тех компонентов отношения к здоровью, которые оказались наиболее (или, наоборот, наименее) чувствительными к формирующим воздействиям. В контрольной группе констатирующее и контрольное исследования были разделены периодом, во время которого испытуемые другой, – экспериментальной, – группы участвовали в тренинге конструктивного отношения к здоровью. В беседе с испытуемыми контрольной группы мы выяснили, что никто из них за этот период не участвовал в каких-либо систематических психологических программах, направленных на формирование каких-либо личностных качеств, свойств, умений.

Данные таблицы 1 говорят о том, что экспериментальная и контрольная группы укомплектованы достаточно удачно. Существенных различий между группами ни по одному из показателей не зафиксировано. Это позволяет корректно связывать причинно-



следственной связью различия между данными группами, которые возникли после проведения коррективно-развивающей программы, с фактом целенаправленного формирования у испытуемых экспериментальной группы конструктивного отношения к здоровью.

Таблица 1

Сопоставление (в процентилях) показателей отношения к здоровью в экспериментальной и контрольной группах перед началом формирующего эксперимента (констатирующая диагностика)

Шкалы отношения к здоровью	Группы испытуемых		U	p
	Экспер. (n = 25)	Контр. (n = 25)		
Эмоциональная	24,32±21,61	27,24±15,53	254,5	-
Познавательная	33,92±26,13	37,80±25,64	278,5	-
Практическая	23,60±21,80	24,92±21,06	279,0	-
Шкала поступков	24,32±21,61	22,12±13,06	302,5	-

После участия испытуемых в реализации коррективно-развивающей программы различия в пользу экспериментальной группы возникли по всем четырем показателям, причем по трем из них – на статистически значимом уровне (см. табл. 2). Наиболее существенные изменения произошли по параметру «Практическая Шкала». Если в контрольной группе данный показатель равен в среднем 25,52±23,07 процентилям, то в экспериментальной он вырос до 45,40±28,40 процентилей в среднем на группу ( $U = 196,5$ ;  $p < 0,02$ ). Следовательно, формирующие воздействия заметно усилили готовность студентов к разного рода практическим действиям, направленным на заботу о своем здоровье.

В беседе с испытуемыми выяснилось, что некоторые студенты приняли окончательное решение записаться в спортивные секции и фактически начали их посещать. Испытуемые утверждали, что стали строже руководствоваться принципами здорового питания, отказались от «нездоровой» пищи, курения, алкоголя. У многих возник интерес к практикам укрепления ментального здоровья (медитация, аутогенная тренировка, поведенческий самоконтроль и оптимизация паттернов когнитивной обработки информации, дыхательные практики, освоение техник противостояния стрессам, возникающим в процессе учебной деятельности и общения и т.п.). Один из участников серьезно увлекся борьбой с прокрастинацией в собственной учебной деятельности. Как минимум у четырех испытуемых констатированы последовательные

попытки самоорганизации учебной деятельности с учетом принципов научной организации труда.

Таблица 2

Сопоставление (в процентилях) показателей отношения к здоровью у испытуемых экспериментальной и контрольной групп после проведения формирующего эксперимента (контрольная диагностика)

Шкалы отношения к здоровью	Группы испытуемых		U	p
	Экспер. (n = 25)	Контр. (n = 25)		
Эмоциональная	45,76±31,66	26,44±16,80	209,5	0,04
Познавательная	44,88±26,66	28,48±18,43	204,5	0,04
Практическая	45,40±28,40	25,52±23,07	196,5	0,02
Шкала поступков	42,72±34,94	24,04±23,04	225,0	-*

Примечание: «\*» – сильная тенденция к значимости различий ( $p < 0,1$ ).

Прохождение программы развития жизнестойкости привела к появлению и усилению интереса испытуемых к различной (как популярной, так и строго научной) информации по проблемам здоровья. По «Познавательной Шкале» различия между экспериментальной и контрольной группами также стали статистически значимыми (соответственно, 44,88±26,66 и 28,48±18,43 процентилей;  $U = 204,5$ ;  $p < 0,04$ ). Студенты отмечали, что они «с интересом и много читают о здоровье, о способах его поддержания». У ряда студентов пробудился интерес к работам таких ученых, врачей и популяризаторов здорового образа жизни, как Л. Хэй, А. Эрет, А. Менегетти, С. Бубновский, М. Норбеков, И. Неумывакин, П. Брэгг, И. Мечников, Р. Шэлдрейк и др. В беседе выяснилось, что студентам «стали интересны собственные тело и душа», т.е. испытуемые стали чаще обращать внимание на различные повседневные телесные ощущения и психологические явления, которые раньше игнорировали. Эти «внутренние сигналы» стали предметом изучения и интерпретации. Для многих изменился характер занятий спортом: теперь испытуемые стали уделять больше внимания «психологической составляющей» физических упражнений, которые, говоря словами одного из участников эксперимента, «стали более одухотворенными».

В экспериментальной группе заметно усилился «эмоциональный контакт» с собственным организмом, развилась способность эстетически переживать свое здоровье, наслаждаться им. По «Эмоциональной шкале»

преимущество – также на стороне экспериментальной группы (45,76±31,66 и 26,44±16,80 процентилей;  $U = 209,5$ ;  $p < 0,04$ ).

Обнаружена сильная (на уровне  $p < 0,1$ ) тенденция в пользу испытуемых экспериментальной группы также и по «Шкале поступков». (соответственно, 42,72±34,94 и 24,04±23,04 процентилей). Участники тренинга проявляют заметную тенденцию влиять на отношение к здоровью также и окружающих людей, пропагандировать здоровый образ жизни.

Испытуемые, прошедшие программу тренинга, сообщали об отсутствии, или меньшей выраженности различных болезненных симптомов, которые ранее свидетельствовали о наличии разного рода психологических проблем. Понятие внутренней картины здоровья появилось в психологии в связи с постепенной переориентацией глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на саноцентрическую [9].

Внутренняя картина здоровья – это особое семиотическое пространство сознания личности, которое может быть фактором, мотивирующим здоровый образ жизни, действия, ведущие к оздоровлению. Овладение навыками поддержания динамической устойчивости психики – одна из важнейших форм самооздоровления. Нам удалось доказать саму возможность влияния на это семиотическое пространство средствами предложенной нами коррективно-развивающей программы.

Таблица 3

Сдвиги в показателях отношения к здоровью у испытуемых экспериментальной группы, произошедшие под влиянием формирующего эксперимента (процентили)

Шкалы отношения к здоровью	Стадии диагностики		T	p
	Констатир.	Контрольн.		
Эмоциональная	24,32±21,61	45,76±31,66	10,0	0,003
Познавательная	33,92±26,13	44,88±26,66	8,0	0,05
Практическая	23,60±21,80	45,40±28,40	1,5	0,002
Шкала поступков	24,32±21,61	42,72±34,94	60,5	-*

Примечание: «\*» – сильная тенденция к значимости различий ( $p < 0,1$ ).

В таблице 3 представлены данные, свидетельствующие о направленности и величине сдвигов по четырем шкалам опросника С. Дерябо и В. Ясвина, произошедших в экспериментальной группе под

влиянием корректировочно-развивающей программы. Все показатели изменились в сторону улучшения отношения к здоровью. В трех случаях – по «Эмоциональной», «Познавательной» и «Практической» шкалам они достигли уровня статистической значимости.

Таблица 4

Сопоставление показателей отношения к здоровью у испытуемых контрольной группы, зафиксированных на констатирующей и контрольной стадиях эксперимента (процентили)

Шкалы отношения к здоровью	Стадии диагностики		Т	р
	Констатир.	Контрольн.		
Эмоциональная	27,24±15,53	26,44±16,80	67,0	-
Познавательная	37,80±25,64	28,48±18,43	59,5	-
Практическая	24,92±21,06	25,52±23,07	35,5	-
Шкала поступков	22,12±13,06	24,04±23,04	31,0	-

Изменение показателя отношения к здоровью по «Шкале Поступков» зафиксировано на уровне сильной тенденции.

Наиболее значительными сдвиги оказались по «Практической Шкале» (подъем с 23,60±21,80 до 45,40±28,40 процентилей;  $T = 1,5$ ,  $p < 0,002$ ), что свидетельствует специфике созданной нами корректировочно-развивающей программы. Она способствует, прежде всего, изменению поведенческих приоритетов студентов. Изменения в экспериментальной группе существенно затронули эмоциональный компонент отношения студентов к собственному здоровью – произошел рост показателя «Эмоциональной Шкалы» с 24,32±21,61 до 45,76±31,66 процентилей ( $T = 10,0$ ;  $p < 0,003$ ). Несколько менее масштабные, но при этом статистически значимые изменения произошли и в познавательном компоненте отношения к здоровью (подъем с 33,92±26,13 до 44,88±26,66 процентилей;  $T = 8,0$ ,  $p < 0,05$ ).

Данные таблицы 4, отражающие результаты сопоставления констатирующего и контрольного замеров в контрольной группе, не свидетельствуют о каких-либо существенных изменениях (даже на уровне тенденции).

**Вывод.** Полученные данные являются достаточно убедительным свидетельством эффективности разработанной нами программы коррекционно-развивающих воздействий компонентов системы отношения к своему здоровью у студентов.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1.Ананьев В.А. Психология здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. — СПб.: Речь, 2006. — 384 с.
- 2.Диагностика здоровья. Психологический практикум / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Речь, 2007. — 950 с.
- 3.Зотова Л.Н. Фактори душевного здоров'я студентів / Л.Н. Зотова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 33.. — Х.: ХНПУ, 2010. — С. 109-121.
- 4.Зотова Л.Н. Особенности психического здоровья студентов в связи с выраженными в различной степени невротическими наклонностями / Л.Н. Зотова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 43. Частина 2. — Х.: ХНПУ, 2012. — С. 115-129.
- 5.Зотова Л.Н. Профиль невротических наклонностей как личностный фактор, определяющий внутреннюю картину здоровья у студентов / Л.Н. Зотова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 44. Частина 1. — Х.: ХНПУ, 2012. — С. 79-95.
- 6.Зотова Л.Н. Структура самооенок здоровья у студентов с невротическими наклонностями, выраженными в различной степени / Л.Н. Зотова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 44. Частина 2. — Х.: ХНПУ, 2012. — С. 79-95.
- 7.Зотова Л.Н. Самооценки здоровья студентов, использующих разные источники социальной поддержки / Л.Н. Зотова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 46. Частина 2. — Х.: ХНПУ, 2013. — С. 99-116.
- 8.Зотова Л.Н. Взаимосвязь между личностными особенностями студентов и их подверженностью заболеваниям / Л.Н. Зотова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 52. — Х.: ХНПУ, 2016. — С. 37-44.
- 9.Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. — 1993. — №1. — С. 86-88
10. Леонтьев Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. — М.: Смысл, 2006. — 63 с.
11. Кузнецов М.А. Самооценка здоровья у студентов в связи с их жизнестойкостью и уровнем невротизации / М.А. Кузнецов, Л.Н. Зотова // Психологія у суспільстві, що трансформується: матеріали VI Харківських Міжнародних психологічних Читань, присвячених пам'яті О.К. Лактіонова. Квітень, 2010 року. — Х.: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2010. — С. 142-147.
12. Кузнецов М.А. Взаимосвязи показателей жизнестойкости и самооенок здоровья в разных сферах у студентов / М.А. Кузнецов, Л.Н. Зотова // Наука і освіта. Науково-практичний журнал Південного наукового Центру НАНП України. Педагогіка і психологія. Тематичний спецвипуск: «Актуальні проблеми рекреаційної психології дитинства». — №10 / СVХІ, грудень. — 2012. — С. 133-138.

13. Кузнецов М.А. Предикторы уровня независимости, физического, психологического, социального и духовного здоровья у студентов-психологов / М.А. Кузнецов, Л.Н. Зотова // Практична психологія XXI століття: проблеми та перспективи: зб. наукових статей за матеріалами I Міжнародної науково-практичної конференції (24-25 жовтня 2013 року, м. Горлівка). — Горлівка – Алчевськ: Центр планування кар'єри, 2013. — С. 61-65.

14. Кузнецов М.А. Психічні стани студентів у процесі навчально-пізнавальної діяльності / М.А. Кузнецов, К.І. Фоменко, О.І. Кузнецов. — Х.: ХНПУ, 2015. — 338 с.

15. Кузнецов М.А. Психологические механизмы и детерминанты поддержания здоровья человека / М.А. Кузнецов, Л.Н. Зотова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 53. — Х.: ХНПУ, 2016. — С. 102-125.

16. Максименко С.Д. Людина і здоров'я / С.Д. Максименко, Т.Б. Хомуленко // Психологія: підручник для студентів вищих навчальних закладів / Кол. авторів; за ред. І.Ф. Прокопенка. — Х.: Фоліо, 2012. — С. 824-846.

17. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости: учеб. пособие / М.А. Одинцова. — М.: ФЛИНТА; Наука, 2015. — 296 с.

18. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. Навчальний посібник / [М.С. Корольчук, М.В. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І. Кочергина]. Заг. ред. М.С. Корольчука. — К.: Фірма «ІНКОС», 2002. — 272 с.

19. Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2003. — 607 с.

20. Хомуленко Т.Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід: Навч.-метод. посіб. / Т.Б.Хомуленко, І.О.Філенко, К.І.Фоменко, О.С.Шукалова, М.В.Коваленко. — Х.: Диска плюс, 2015. — 264 с.

21. Maddi S. Hardiness and Mental Health / S. Maddi, D. Khoshaba // Journal of Personality Assessment. — 1994. — Vol. 63. — № 2. — P. 265-274.

*Надійшла до редколегії 04.04.2016*