

# **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ**

О. Ю. Малоземов

## **СООТНОСИМОСТЬ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ ВАЛЕОУСТАНОВОК УЧАЩИХСЯ И ИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ХОРОШЕМ КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ**

В статье рассматриваются проблемы здоровьесбережения и валеологизации физкультурно-оздоровительной деятельности учащихся, выявляются особенности структурных компонентов валеоустановок учащихся и их связь с представлениями о качестве жизни.

В проблематике здоровьесбережения актуализируется разработка подходов, повышающих активность человека в укреплении собственного здоровья. Тем не менее наблюдается низкий оздоровительный эффект многих предлагаемых программ, опирающихся на существующие представления об индивидуальном здоровье. Некоторые исследователи считают, что до настоящего времени не разработаны методология и методы количественного тестирования здоровья, что существует искусственное разделение здоровья на физическое и психическое [8]. При этом не учитываются личностные, психические особенности, морально-волевые качества, мотивация поведения, приводящие к укреплению или ослаблению здоровья.

Рабочая группа ВОЗ в 1984 г. определила новую концепцию здоровья как степень свободы индивида или группы реализовать свои стремления и удовлетворить свои потребности, а также изменяться или кооперироваться со средой. Поэтому здоровье рассматривается в основном не как цель жизни, а как ресурс на каждый день жизни. И. М. Воронцов считает, что более разумно измерение не самого здоровья, а риска утраты здоровья для здоровых и риска инвалидизации, смерти для больных [6]. Такой взгляд, по мнению В. И. Гордеева, приводит к принятому и стандартизованному в мировой практике компромиссному понятию «качество жизни» [7].

Помимо «объективного здоровья» вводится категория «субъективное здоровье». С. Б. Тихвинский относит к нему субъективные ощущения благополучия или неблагополучия в организме, которые могут не иметь объективного подтверждения [15]. Если к последнему добавить и субъективитет по отноше-

нию к окружающему миру, то мы максимально приблизимся к стандартному понятию качества жизни. Понятие «качество жизни» как субъективная составляющая удовлетворенности персональной жизнью широко используется в зарубежной психологии для определения психического («душевного») благополучия. Качество жизни чаще соотносится с удовлетворенностью самореализацией личности и ее психологическим здоровьем [14].

При самых разнообразных подходах к определению и измерению «здоровья человека» многие ученые (Н. М. Амосов, Г. А. Апанасенко, И. В. Давыдовский, А. Я. Иванюшкин, А. Г. Щедрина и др.) едины во мнении, что один из признаков данного состояния – гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных взаимодействием генотипа и среды, – это всегда индивидуальный способ жизни, соответствующий психофизической конституции человека и его образу жизни (поведению), его воспитанию (культуре) [4].

Г. А. Апанасенко и Л. А. Попова считают, что **человека нужно не столько лечить, сколько учить правильно жить** [2]. Человек – единственное существо на Земле, которое осознает себя, и осознание является элементом его эволюции. Поэтому отношение человека к своей жизни и своему здоровью как необходимому условию самореализации должно быть осознанным. Процесс сохранения и укрепления здоровья подлежит управлению, а тезис об осознанном управлении своим здоровьем – один из основополагающих в валеологии.

Несмотря на многочисленные исследования в области педагогики и психологии, свидетельствующие о том, что наиболее благоприятные возможности для развития личности имеются в детско-юношеском возрасте, педагогический состав до сих пор не включен должным образом в разработку необходимых программ и концепций здоровья человека. Это приводит к тому, что задача сохранения здоровья учащихся считается вторичной по отношению к базовому образовательному процессу. Так, по мнению А. Г. Бусыгина, можно констатировать: работа по сохранению здоровья, как правило, имеет чисто медицинскую основу, поскольку исходит из идеи «лечения болезней» (в лучшем случае – профилактики); педагогической теорией и практикой не разработаны технологии перевода знаний о здоровье и здоровом образе жизни (ЗОЖ) на поведенческий уровень; нет убедительных критериев оценки эффективности процесса оздоровления [4].

Основываясь на идеях целостного и культурологического подходов к организации образовательного процесса, предлагается рассматривать здоровье как символ, задающий образ человека, способного в рамках данной культуры поддерживать ее своей жизнедеятельностью и достигать состояния благополучия [12]. В этом случае «нездоровье» – это образ человека, сознательно или не-

осознанно не принимающего системы ценностей конкретной культурно-исторической общности и не способного быть благополучным «здесь и сейчас». Переживание же субъективного благополучия, психологического комфорта является тончайшим индикатором переходных состояний от здоровья к болезни, поэтому оно становится важным показателем динамики здоровья. Не случайно Н. М. Амосов для оценки здоровья с учетом психологического благополучия предложил понятие «уровень душевного комфорта», складывающийся из приятных и неприятных компонентов всех чувств – биологических и социальных [1].

Таким образом, проблема сохранения и укрепления здоровья переходит из информационно-профилактической в психолого-педагогическую проблему организации системы воспитательной работы с учетом медико-психологических, гендерно-возрастных и социально-культурных факторов.

В нашем исследовании проверялась гипотеза о том, что в структуре валеоустановок учащихся и в их представлениях о качестве жизни доминирующими являются социально-психологические компоненты здоровья, а не соматический статус, физические или двигательные показатели. Исследование проводилось методами анкетирования и ранжирования старших школьников двух гимназий г. Екатеринбурга (132 юноши и 146 девушек 10–11-х классов) в 2005/06 уч. г. Анкета содержала шесть вопросов закрытого типа. Ранжирование вариантов ответов, предложенных на рассмотрение учащихся, предполагало выявление структуры и дефиниций в валеоустановках учащихся, а также представлений о хорошем качестве жизни. Вопросы, касающиеся здоровья и болезни, отражали сущностные стороны валеоустановок: их биполярность (установка по отношению к здоровью и болезни) и трехкомпонентность (когнитивную, эмоционально-оценочную и поведенческую составляющие) [5].

Результаты ранжирования ответов по первым двум вопросам, выявляющим особенности первого (когнитивного) компонента валеоустановок учащихся, представлены в табл. 1.

Принципиальных различий по ранжированию показателей здоровья и болезни между юношами и девушками нет. Юноши, в отличие от девушек, несколько большее значение в здоровье придают фактору дружбы, коммуникативности, уверенности в себе; девушки – привлекательности, хорошим генетическим предпосылкам. В целом же доминирующими показателями здоровья у обеих категорий учащихся являются хорошее самочувствие, отсутствие острых и хронических заболеваний, физическая сила, выносливость и психоэмоциональная устойчивость, занимающие первые четыре места в данной иерархии. Здоровые привычки, принципы ЗОЖ находятся в середине ранжированного списка (6-е место), социальное и материальное благополучие в когнитив-

ном аспекте здоровья учащихся сведено к минимуму (последние места значимости). Таким образом, здоровье воспринимается учащимися, прежде всего, как характеристика соматического, физического состояния и гораздо менее как поведенческая, социально-психологическая категория.

Таблица 1

Ранжирование учащимися ответов, характеризующих показатели здоровья и болезни

Варианты ответов на вопрос о показателях здоровья	Ранги ответов, юноши/девушки	Варианты ответов на вопрос о показателях болезни	Ранги ответов, юноши/девушки
Хорошее самочувствие	1/1	Наличие острых (хронических) недомоганий	1/1
Отсутствие острых и хронических заболеваний	2/2	Плохое самочувствие	2/2
Физическая сила, выносливость	3/4	Физическая слабость, низкая работоспособность	3/3
Психоземotionalная устойчивость	4/3	Повышенная нервозность, тревожность	4/4
Хорошее настроение	5/7	Вредные привычки, отсутствие физической культуры	5/5
Здоровые привычки, выполнение принципов ЗОЖ	6/6	Плохое настроение	6/8
Уверенность в себе	7/9	Слабая наследственность	7/6
Иметь друзей, быть коммуникабельным	8/12	Необщительность, замкнутость	8/9
Быть оптимистом, веселым	9/10	Пессимистичность, мрачность	9/7
Хорошие генетические предпосылки	10/5	Неуверенность в себе	10/ 10–11
Привлекательно, хорошо выглядеть	11/8	Внешняя непривлекательность	11/ 10–11
Социальное благополучие	12/11	Ненужность, незначимость в обществе	12/12
Материальное благополучие	13/13	Материальная малообеспеченность	13/13

В иерархии показателей болезни наблюдается более выраженное единство взглядов у юношей и девушек. Доминирующими показателями учащиеся называют наличие острых (хронических) недомоганий, плохое самочувствие и физическую слабость, низкую работоспособность, то есть снова наблюдается телесно ориентированное понимание болезни. Характерно, что оба списка, характеризующие здоровье и болезнь, у юношей практически совпадают, ес-

ли, разумеется, учесть полюса каждого показателя (хорошо – плохо, много – мало и т. д.). То, что аттитюды в отношении здоровья и болезни полярны – позитивны при здоровье и негативны при болезни, подтверждается и другими исследованиями [3, 17]. Любопытно, что в нашем случае особенности проявляются в оценке таких показателей, как «уверенность (неуверенность) в себе» и «хорошие (плохие) генетические предпосылки», которые поменялись местами (7↔10) при переходе от описания здоровья к описанию болезни. В понимании учащихся болезнь менее всего связывается с психосоциальной сферой.

Таким образом, на когнитивном уровне и здоровье, и болезнь представлены учащимися, прежде всего, как медицинская категория, телесно обусловленный человеческий феномен, причем имеющий в основе статический (здоровье как состояние), а не процессуальный характер. Общий «вектор» направленности в понимании здоровья/болезни ориентирован от физического компонента к психосоциальному. Соотносимые с этими результаты по представлениям о здоровье и болезни в молодежной среде получены в исследовании [3], констатирующем, что основные представления о здоровье (болезни) связаны с физическим благополучием (неблагополучием), активностью (пассивностью). Социальные же проявления (особенно болезни) отходят на второй план.

Вторым компонентом в структуре валеоустановки является эмоционально-оценочное отношение к проблемам здоровья (болезни), их субъективная оценка. Суть его отражена в результатах ранжирования учащимися ответов на вопросы об испытываемых ощущениях в состоянии здоровья и болезни.

Основу ощущений здоровья как у юношей, так и у девушек составляют: активность, разнообразие впечатлений, высокая подвижность и работоспособность. Однако достаточно часто (2–3-е места значимости) данное состояние не замечается, эмоционально-чувственно не выделяется, поскольку считается нормой, фоновой характеристикой, а не чем-то исключительным. У девушек в эмоционально-оценочном аспекте более выражено переживание радости (5-й ранг) в состоянии здоровья, в отличие от юношей (9-й ранг). Менее всего учащиеся боятся, что ощущение здоровья исчезнет. Все это подтверждает сложившееся мнение и позволяет еще раз говорить о том, что здоровый человек, как правило, активен, удовлетворен собой и окружающими, не замечает своего здоровья и не особенно актуализирует это состояние.

В эмоционально-чувственном фоне, характерном для болезни (табл. 2), превалирует характеристика «ничего не хочется делать». Юноши больше сожалеют по поводу собственных недомоганий (2-й ранг), девушки меньше (4-й ранг). Более того, девушки гораздо спокойнее, эмоционально ровнее относятся к заболеваниям, воспринимая болезненное состояние как некоторый своеобразный «релаксационный» фактор – «можно спокойно отдохнуть от дел, расслабиться, никуда не

торопиться» (3-й ранг значимости у девушек, 6-й ранг – у юношей). В целом на данном уровне учащиеся демонстрируют самодостаточный тип валеоустановок, поскольку выражают готовность справляться с недугом сами, не прибегая к посторонней помощи и не обвиняя никого в своих недомоганиях. Они эмоционально ориентированы на собственное оздоровление, и беззаботных по поводу своих болезненных проявлений нет.

Таблица 2

Ранжирование учащимися ответов, характеризующих эмоционально-чувственный фон в состоянии здоровья и болезни

Варианты ответов на вопрос об ощущениях в состоянии здоровья	Ранги ответов, юноши / девушки	Варианты ответов на вопрос об ощущениях в состоянии заболевания	Ранги ответов, юноши / девушки
Хочется много успеть сделать, активен	1/1–2	Ничего не хочется делать	1/1
Чаше не замечаю этого состояния, оно является нормой, а не исключением	2/3	Жалею, что это случилось	2/4
Ощущение полноты жизни, разнообразие впечатлений	3/1–2	Стараюсь не замечать, перебороть себя	3/2
Могу много двигаться, работать не уставая	4/4	Стараюсь справиться сам, не прибегая к медикаментам	4/6
Хочется быть в гуще событий, общаться	5/6	Переживаю, нервничаю	5/5
Появляется много планов на ближайшее будущее	6/8	Можно спокойно отдохнуть от дел, расслабиться, никуда не торопиться	6/3
Хочется продлить это состояние	7/9	Жду советов, помощи от окружающих, врачей	7/7
Все вокруг кажется в светлых тонах	8/7	Не переживаю, считаю это нормальным для всех	8/8
Радуюсь своему состоянию	9/5	Беззаботен, можно и продлить это состояние	9/9
Боюсь, что ощущение здоровья исчезнет	10/10	Обвиняю других в своих болезнях, недомоганиях	10/10

Целью следующего анкетного вопроса было изучение поведенческого компонента валеоустановок, т. е. стереотипов поведения, направленных на поддержание здоровья и преодоление болезни.

В ранжированном списке здоровьесберегающих действий (табл. 3) доминируют отнюдь не выработка положительных привычек (4-й ранг) и не занятия физической культурой (5-й ранг), а социально-психологические поведенче-

ские аспекты: широкий круг общения, коммуникабельность, дружба, избегание конфликтных, стрессовых ситуаций (1, 2-й ранг) и природно-оздоровительные факторы (3-й ранг).

Таблица 3

Ранжирование учащимися ответов, характеризующих их повседневное поведение по сохранению и поддержанию здоровья

Варианты ответов на вопрос о повседневном поведении по поддержанию здоровья: «Обычно я стараюсь...»	Ранги значимости ответов, юноши / девушки
Иметь много друзей, широкий круг общения, быть коммуникабельным	1/2
Избегать излишних конфликтных, стрессовых ситуаций	2/1
Чаще бывать на свежем воздухе, на природе	3/3
Вырабатывать полезные привычки, сохраняющие здоровье	4/4
Регулярно заниматься физической культурой	5/5
Заниматься любимой творческой деятельностью, иметь хобби	6/7
Отказаться от вредных привычек (курение, алкоголь и др.)	7/6
Закалять свой организм (водные процедуры, солнечный загар и др.)	8/10
Не нарушать режим дня, иметь полноценный сон	9/11
Ничего искусственного не делать, все само собой образуется	10/12
Следить за собственным весом, не переедать	11/8
Принимать витамины, биоактивные вещества, делать прививки и т. п.	12/9
Обращаться за помощью, консультациями к врачам, косметологам, др.	13/13

Значимость отказа от вредных привычек, как основы здоровьесохранного поведения, у учащихся не сформирована (6, 7-й ранг), впрочем, как и значимость соблюдения режима дня, полноценного сна (9, 11-й ранги). Однако отрадно то, что в поведенческом плане они не пассивны, не полагаются на случай, не считают, что все само собой образуется. Данный вариант ответа у юношей на 10-м месте, у девушек – на 12-м. Одновременно учащиеся менее всего ориентированы на обращение к медикам по вопросам сохранения здоровья, подтверждая мнение, что для подростково-молодежной среды **здоровье** – не медицинская, а в первую очередь **педагогическая категория**, имеющая дефиниции формирования адекватных валеоустановок и отношения к здоровью.

К гендерным различиям в исследуемом вопросе можно отнести несколько бóльшую значимость у девушек (8, 9-й ранг) культуры питания и медико-профилактических мероприятий (11, 12-й ранг у юношей).

Таким образом, основу повседневного поведения учащихся (по их самооценочным суждениям) составляют действия социально-коммуникативного плана, а не телесно ориентированные. Следовательно, для мотивации к ЗОЖ необходимо переосмысление реальной практики физкультурно-оздоровительных мероприятий. Внешние акценты должны быть смещены с повышения нормативно-кондиционных, двигательных показателей на развитие социально-психологических личностно значимых для учащихся качеств. Если результатом физкультурно-спортивных занятий является улучшение коммуникативности и взаимопонимания, повышение уверенности, расширение круга общения, то сама двигательная деятельность становится действенным инструментом как психофизического, так и психосоциального развития и благополучия учащихся. Здесь можно полностью согласиться с мнением психологов [11] о том, что в общении человек приобретает индивидуальность, находит признание, подтверждает призвание, может повысить или понизить уровень здоровья.

Наконец, обратимся к восприятию учащимися категории «качество жизни», точнее – «хорошее качество жизни», и что необходимо для его достижения. Разумеется, набор используемых признаков, характеризующих качество жизни, в различных исследованиях неодинаков, поэтому и результаты могут значительно отличаться. Например, в исследовании [9] установлено, что у студентов наиболее значимыми в самооценке качества жизни показателями являются: материальные условия, достаточность питания и уровень тревожности.

В рамках нашего исследования (табл. 4) основу хорошего качества жизни в представлении учащихся составляют возможность свободы, независимости и удовлетворение от общения с окружающими (1, 2-й ранг). Для юношей также значимо уважение в группе, для девушек – уверенность в себе и удовлетворенность внутрисемейными отношениями. Материальное благополучие для данной категории учащихся не имеет доминирующего значения (6, 8-й ранг). Это же касается здоровья, отсутствия болезней – влияние данных факторов на воспринимаемое учащимися качество жизни не высоко (7, 8-й ранг из 11). Можно предположить, что влияние соматического здоровья на восприятие качества жизни опосредовано социально-психологическими компонентами здоровья. Интересно отметить, что в данной иерархии снижена значимость возможности отдыхать в соответствии со своими желаниями как у юношей, так и у девушек (10-й ранг). Значимость же получения желаемого уровня образования как одной из составляющих качества жизни в данном случае вообще минимальна. Это обстоятельство в условиях, когда большинство выпускников школ стремятся продолжать обучение в вузе, колледже, заставляет задуматься и актуализирует исследование истинных мотивов получения диплома о высшем образовании.



Таблица 4

Ранжирование учащимися ответов, характеризующих восприятие категории «качество жизни»

Варианты ответов на вопрос, что нужно для хорошего качества жизни	Ранги значимости ответов, юноши / девушки
Иметь возможность свободы, независимости	1/1
Получать удовлетворение от общения с окружающими	2/2
Иметь уважение (на работе, в классе, группе и др.)	3/9
Быть уверенным в себе, иметь позитивный жизненный настрой	4/3
Иметь много друзей, знакомых, широкий круг общения	5/5
Быть материально благополучным	6/8
Быть удовлетворенным отношениями в семье	7/4
Иметь хорошее физическое здоровье, работоспособность, не болеть	8/7
Быть удовлетворенным своей работой (учебой), местом в обществе	9/6
Иметь возможность отдыхать в соответствии со своими желаниями	10/10
Иметь желаемый уровень образования	11/11

Таким образом, в основе представлений о хорошем качестве жизни у старших школьников прослеживается усиление комплекса социально-психологических характеристик: свободы, независимости, уверенности, коммуникабельности. Данные характеристики, определяющие социально-психологическую сторону здоровья, для учащихся явно предпочтительнее, нежели физическая, соматическая сторона проблематики здоровья. Это еще раз доказывает, что для молодежной категории основу жизнедеятельности составляет социально-психологическое развитие, а физическое состояние и развитие выступает лишь фоновой характеристикой, то есть, на поведенческом уровне имеется усиление инструментальной составляющей здоровья [8]: физическое здоровье – это средство для достижения других более значимых (психологических и социально ориентированных) целей.

Восприятие учащимися хорошего качества жизни лучше всего соотносится с эмоционально-оценочным и поведенческим структурными компонентами их валеоустановок. При этом когнитивный уровень проблематики индивидуального здоровья менее всего отражен в категории «хорошее качество жизни». Образно говоря, в восприятии учащихся существует своеобразная «зона бифуркации»: здоровье понимается как соматическая, телесно ориентированная категория,

а оздоровление и хорошее качество жизни больше ассоциируется с социально-психологическими сторонами бытия человека. Следовательно, улучшение физических кондиций – это не самоцель, а лишь своеобразный «пусковой механизм» саморазвития и самореализации учащихся средствами двигательной деятельности, «инструмент» для их социально-психологического оздоровления.

Мы вполне согласны с мнением С. И. Филимоновой, что только при формировании *позитивно-активного* отношения к физической культуре можно надеяться на увеличение количества учащихся с оптимальным типом самореализации [16]. Сама же активизация позитивного отношения к пространству физической культуры и спорта наблюдается при введении учащихся в алгоритм самореализации, непосредственно на физкультурно-спортивных занятиях. В целом поиск путей изменения поведения, особенно превентивного здоровьесохранного, сопряжен с изучением аттитюдов и представлений (с учетом полимотивированности человеческой активности), ориентирующих, оправдывающих те или иные действия, связанные со здоровьем.

#### Литература

1. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. – М.: АСТ, Донецк: Сталкер, 2002. – 590 с.
2. Апанасенко Г. А., Попова Л. А. Медицинская валеология. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2000. – 248 с.
3. Бовина И. Б. Представления о здоровье и болезни в молодежной среде // Вопросы психологии. – 2005. – № 3. – С. 90–97.
4. Бусыгин А. Г. Десмозеология, или теория образования для устойчивого развития. – Ульяновск: Симбирская книга, 2003. – 216 с.
5. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. Учеб. пособие. – М., 2001. – 352 с.
6. Воронцов И. М. К обоснованию некоторых общеметодологических и частных подходов для формирования валеологических концепций в педиатрии и педологии / Методология и социология педиатрии / Под ред. С. С. Сизова, Г. Г. Ершова. – СПб., 1991. – С. 5–27.
7. Гордеев В. И., Александрович Ю. С. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей. – СПб.: Речь, 2001. – 200 с.
8. Журавлева И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Изд-во ин-та социологии РАН, 2002. – 240 с.
9. Картышева С. И. Основные характеристики процесса формирования качества жизни студентов факультета физической культуры // Культура физическая и здоровье. – 2005. – № 4(6). – С. 78–80.

10. Койносов П. Г. и др. Методологические подходы по формированию индивидуального здоровья // Мат-лы 3-й Всерос. науч.-практ. конф. «Совершенствование системы физического воспитания и оздоровления детей, учащейся молодежи и других категорий населения». – Сургут: СурГУ. – 2004. – С. 89–93.
11. Куницына В. Н., Казаринова Н. В., Погольша В. М. Межличностное общение: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2003. – 544 с.
12. Науменко Ю. В. Проектирование здоровьесформирующего образования // Стандарты и мониторинг в образовании. – 2004. – № 5. – С. 46–50.
13. Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи России / Под ред. Л. К. Демина, Н. А. Деминой. – М., 1999.
14. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
15. Тихвинский С. Б. Социальные и медико-биологические проблемы здоровья / Методология и социология педиатрии / Под ред. С. С. Сизова, Г. Г. Ершова. – СПб., 1991. – С. 27–42.
16. Филимонова С. И. Значение отношения студентов к пространству физической культуры и спорта // Культура физическая и здоровье. – 2005. – № 4(6). – С. 12–14.
17. Galli I., Fasanelli R. Health and illness: A contribution to the research in the field of social representations // Papers on Soc. Representations. – 1995. V. 4. – № 1. – P. 1–13.