

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тольяттинский государственный университет»
Гуманитарно-педагогический институт
Кафедра «Теоретическая и прикладная психология»
37.04.01 «Психология»
направленность (профиль) «Психология здоровья»

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на тему: **Формирование культуры здоровья менеджера**

Студент(ка) С.В. Токарева _____
(И.О. Фамилия) (личная подпись)

Научный д.м.н., профессор В.Е. Якунин _____
руководитель (И.О. Фамилия) (личная подпись)

Руководитель программы д.м.н., профессор В.Е. Якунин _____
(ученая степень, звание, И.О. Фамилия) (личная подпись)
« _____ » _____ 20 ____ г.

Допустить к защите

Заведующий кафедрой к.псих.н., доцент Е.А. Денисова _____
(ученая степень, звание, И.О. Фамилия) (личная подпись)
« _____ » _____ 20 ____ г.

Тольятти, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СПЕЦИАЛИСТА	
1.1. Проблема формирования здоровья в отечественной и зарубежной литературе	11
1.2. Культуроцентрический подход к психическому здоровью.....	17
1.3. Психологическое здоровье и дыхание.....	19
1.4. Влияние дыхательных упражнений на организм.....	23
1.5. Тренинги и их роль в формировании психофизиологических состояний и психических функций	26
1.6. Психофизиологические механизмы влияния дыхательного тренинга на психологическое здоровье.....	29
Выводы по первой главе	35
ГЛАВА 2. ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ КРАТКОСРОЧНОМ И ДОЛГОВРЕМЕННОМ ДЕЙСТВИИ «ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТЕХНИК»	
2.1. Методы исследования психофизиологических и психологических функций.....	37
2.2. Организация экспериментального исследования.....	39
2.3. Изучение психофизиологических показателей до и после работы.....	45
Выводы по второй главе	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ	73
БИБЛИОГРАФИЯ	84
ПРИЛОЖЕНИЕ	92

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования.

Известно, что в любой стране здоровье – один из важнейших компонентов человеческого благополучия, счастья, одно из неотъемлемых прав человека, одно из условий успешного социального и экономического роста.

Поэтому состояние и негативная динамика здоровья населения в нашей стране активизировали научные исследования в разных областях знаний, связанных с разработкой новых направлений и технологий решения этой проблемы. Одно из основных направлений решения проблемы сохранения и развития здоровья человека связано с повышением грамотности населения в вопросе культуры здоровья.

Отмечая высокую ценность здоровья, общество не предпринимает активных действий по его совершенствованию и развитию. В значительной степени это связано с отсутствием психолого-педагогической компетентности в этой области. Для многих людей необходимо рациональное изменение качества жизни.

В контексте задачи становления психолого-педагогической компетентности в отношении к здоровью и мотивации психологического здоровья существенна разработка индивидуальных стратегий здорового образа жизни и культуры здоровья, базирующихся на принципах гуманистической психологии и личностно - деятельностного подхода, на использовании современных, надежных технологий и средств сохранения, укрепления и развития здоровья.

Здоровье человека одна из ценностей не только для отдельного индивида и субъекта деятельности, но для всего населения, так как оно определяет их благосостояние и процветание государства. Это обусловлено тем, что здоровье отдельной личности и населения в целом является важнейшим условием успешного культурного, социального и экономического развития как страны, так и благосостояния ее граждан.

Состояние и негативная динамика здоровья населения в нашей стране за последние 30 лет активизировали научные поиски в разных областях знаний, связанных с разработкой новых направлений и технологий в естествознании, медицине, педагогике и психологии и направленных на сохранение, укрепление и развитие здоровья.

Одним из способов сохранения и развития здоровья человека является повышение грамотности населения в вопросах культуры телесного, социального и психологического здоровья. Этому способствовало появление новой и сравнительно молодой дисциплины «Психологическое здоровье», которое в настоящее время успешно развивается во многих странах, в том числе и в России.

Отмечая высокую значимость и ценность становления и развития здоровья населения, общество начинает предпринимать активных действий по его совершенствованию. И прежде всего это связано с формированием психолого-педагогической компетентности в этой области, которая не требует существенных материальных «вливаний», но может при ее реализации дать высокий экономический, здоровьесберегающий эффект. В связи с пропагандой здорового образа жизни и формирования психологической компетентности у населения многие осознают, что начинать надо с изменения качества жизни как отдельного субъекта, так и населения страны.

В современных условиях рыночной экономики и жесткой конкуренции, монополизацией большинства производств деятельность частных предпринимателей, менеджеров насыщена множеством экономических, организационных и социально-психологических стрессов. Их работа характеризуется высокой интенсивностью, насыщенностью действий, частым вмешательством внешних факторов, многочисленными социальными контактами разного уровня, преобладанием непосредственного общения с другими людьми. Помимо сугубо производственных функций и перечисленных отношений в работе менеджера, частного предпринимателя

немаловажное значение имеет «человеческий фактор» и неформальные отношения в коллективе. Последние, в свою очередь, характеризуются значительной эмоциональной напряженностью. Такая эмоциональная напряженность может привести не только к отрицательному стрессу, но и сказаться на плодотворности работы менеджера.

За последние годы психологическая, педагогическая и медицинская науки накопили значительный опыт в области здорового образа жизни:

Амосов Н.М., Г.С. Никифоров, Татарникова Л.Г. и др., сохранения и укрепления здоровья: Агаджанян Н.А., Брехман И.И., Виленский М.Я. и др. Сураева Л.М. и соавт., Якунин В.Е. и соавт., раскрыты психолого-педагогические и организационно-педагогические условия, способствующие формированию и развитию психологического здоровья: Г.С. Никифоров, Козин Э.М., Колбанов В.В. и др.

В контексте задачи становления и реализации психолого-педагогической компетентности в отношении к здоровью и формирования мотивации к собственному психологическому здоровью перед учеными и практиками поставлена задача разработки индивидуальных стратегий здорового образа жизни и культуры здоровья, базирующихся на принципах гуманистической психологии и системно - деятельностного подхода.

Наиболее перспективна и продуктивна, на наш взгляд, при формировании у населения психологической компетентности в сохранении, укреплении и развитии здоровья идея становления здорового человека и понимания собственного здоровья посредством освоения собственного внутреннего мира и движения в сторону самоактуализации, самореализации и самосовершенствования.

Наиболее перспективным направлением в укреплении, сохранении и развитии здоровья являются те, в которых обосновывается идея: человек сам ответственен за собственное организменное и психологическое здоровье. Такого подхода придерживаются западные и отечественные психологи, разрабатывающие проблемы нового научного направления в психологии

«Психология здоровья»: Г.С. Никифоров, А.Н. Ананьев и др., заимствовавшие эту идею в восточных техниках саморегуляции.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена необходимостью:

- теоретической разработки программы формирования личностных качеств, характеризующих культуру здоровья частных предпринимателей и менеджеров;

- обоснования, разработки и внедрения наиболее продуктивных форм, методов и средств развития и формирования у менеджеров культуры здоровья и тех профессионально важных качеств личности менеджера, которые способствуют адекватному отношению к собственному здоровью. Среди наиболее перспективных методов оздоровления по простоте освоения и эффективности являются техники психологической саморегуляции: дыхательные упражнения, аутогенный тренинг и др.

В последние годы для психологического оздоровления широко используются тренинги. В настоящей работе нами использован дыхательный тренинг, сочетанный с аутогенной тренировкой и легкими физическими упражнениями с целью изменения физического и психологического состояния и протекания ряда психофизиологических функций. Предположили, что эти изменения будут непосредственно восприняты реципиентами и в дальнейшем повлияют на отношение к собственному здоровью.

Объект исследования: психофизиологические качества, психические состояния менеджера и его отношение к собственному здоровью.

Предмет исследования: психофизиологические качества и психические состояния у менеджеров до и после проведения дыхательного тренинга, а на заключительном этапе – отношение к собственному здоровью.

Цель исследования: изучить влияние дыхательного тренинга, сочетанного с аутогенной тренировкой и легкими физическими упражнениями на психофизиологические функции (эмоциональная

устойчивость, ситуативная тревожность и др.) и степень мотивированности к собственному здоровью у менеджеров.

Гипотеза исследования состоит в том, что процесс формирования отношения и мотивации к здоровью у менеджеров будет эффективным, если оздоравливающий процесс будет связан и обусловлен формированием культуры, в целом, и культуры здоровья, в частности, использованием дыхательного тренинга, сочетанного с аутогенной тренировкой и легкими физическими упражнениями.

Проблема исследования: каковы средства активизации деятельности менеджера, которые могут быть использованы и направлены на сохранение, укрепление и развитие их здоровья и изменение отношения к собственному здоровью.

В настоящей работе были поставлены **задачи исследования:**

1. Обосновать употребление понятий: «здоровье», «культура здоровья», «физическое и психологическое здоровье» с позиции современных психологических, социологических и медицинских подходов, концепций, теорий.

2. Провести анализ психолого-педагогических и организационных условий формирования отношения и мотивации к собственному здоровью у менеджеров.

3. Выявить изменения со стороны психофизиологических качеств и психологических состояний у менеджеров после проведенного дыхательного тренинга, а на конечном этапе исследования определить сформировавшееся отношение к собственному здоровью.

4. Определить адекватность и эффективность избранных средств сохранения и укрепления здоровья и мотивации к собственному здоровью.

Методологической основой работы явились фундаментальные подходы к проблеме психологического здоровья З. Фрейда, А. Маслоу, Г.С. Никифорова, О.С. Васильевой и др., а так же теории культуры здоровья – А.Н. Леонтьева, В. Франкла, К. Роджерса и др.

Методы исследования: анализ, обобщения современной отечественной и зарубежной научной литературы по теме диссертационного исследования, анкетирование, методы оценки отношений к собственному здоровью и эмоциональных состояний, тестирование, организация и проведение эксперимента, статистические методы, анализ результатов деятельности.

Опытно-экспериментальная база исследования.

Исследование проводилось в ООО «Строй Лайт». В исследовании приняли участие 47 человек.

Достоверность выводов: обеспечена методологической обоснованностью теоретических положений, адекватностью избранных методов исследования, а также опорой на принципы психологического исследования и общенаучные принципы, применением методов математической статистики при обработке полученных результатов и репрезентативной выборкой испытуемых.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования.

Теоретический анализ описанных в научной литературе критериев физического, психического и социального здоровья подтверждает гипотезу о том, что каким-то одним критерием не исчерпать сути вопроса. Как указывалось ранее, решение может быть найдено при комплексном и системном подходе к оценке здоровья.

Перечень признаков здоровья представляет собой определенную целостную, на наш взгляд, систему, учитывающую виды и содержательные характеристики здоровья. Таким образом, здоровье подразумевает наличие всех названных или большинства признаков и вместе с тем, определенную относительность проявления данных характеристик.

В эмоциональной сфере, которая наиболее уязвима у менеджера, психическое нездоровье может характеризоваться наличием аффективной тупости; беспричинной злости; враждебности; ослаблении высших и низших инстинктивных чувств; повышенной тревожностью.

В целом нездоровая личность достаточно дезинтегрирована; пассивна, у нее отсутствует интерес и любовь к близким, обладает, как правило, неадекватной самооценкой, слабой волей и неадекватным (ослабленным или гипертрофированным) самоконтролем. Ее социальное неблагополучие проявляется в дезадаптивном поведении; конфликтности; враждебности; эгоцентризме и др.

Установлено, что одним из эффективных способов оптимизации, коррекции физиологических и психофизиологических функций человека являются дыхательные движения в сочетании с аутогенной тренировкой и легкими физическими упражнениями.

Предложенная методика оказывает двоякое воздействие на психофизиологические и психологические функции: кратковременное и долговременное.

Кратковременный эффект выражается в изменении в положительную сторону эмоциональной устойчивости, динамики протекания психофизиологических функций, состояния – активность, самочувствие, настроение, умственная работоспособность.

Долговременный эффект, наблюдавшийся через четыре месяца занятий предложенной технологией, состоял в изменении отношения к собственному здоровью («отставленный эффект биологической обратной связи»), и выразившемся в субъективном отношении к собственному здоровью. Эти результаты подтвердили данные об изменении ценностных ориентаций: отношение к собственному здоровью заняло приоритетное место.

Практическая значимость результатов исследования.

Результаты выполненного исследования могут быть применены в различных областях психологической и профессиональной деятельности:

- при психологическом сопровождении сотрудников в организации;
- при снижении эмоционального напряжения, вызванного стрессорами.

Апробация результатов исследования. Теоретические и экспериментальные результаты исследования на научно-практических конференциях «Дни науки САГА – Самарской негосударственной Академии», «Дни науки института физической культуры и спорта» Тольяттинского государственного университета.

Структура диссертации.

Диссертационная работа состоит из введения, теоретической и практической глав, заключения и выводов, библиографии, приложений. Общий объем диссертации составляет 83 страницы. Список цитируемой литературы включает 54 источника.

Научные положения, выносимые на защиту:

1. Оценка здоровья как системного явления, включающего физическое, психологическое и социальное здоровье, требует всестороннего подхода и выявления системообразующего фактора. В нашем исследовании таковым является отношение к собственному здоровью.
2. Установлено, что одним из эффективных способов оптимизации, коррекции физиологических и психофизиологических функций человека, определяющих состояние здоровья, является комплексная технология, которая включает научно-обоснованные и адекватные дыхательные движения в сочетании с аутогенной тренировкой и легкими физическими упражнениями.
3. Выявлены кратковременный и долговременный эффекты используемой комплексной технологии, направленной на восстановление работоспособности (в первом случае) и отношения к собственному здоровью как ценности (во втором случае).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СПЕЦИАЛИСТА

1.1. Проблема формирования здоровья в отечественной и зарубежной литературе

В контексте задачи становления психолого-педагогической компетентности в отношении к здоровью и мотивации психологического здоровья существенна разработка индивидуальных стратегий здорового образа жизни и культуры здоровья, базирующихся на принципах гуманистической психологии и личностно - деятельностного подхода, на использовании современных, надежных технологий и средств сохранения, укрепления и развития здоровья.

Здоровье человека одна из ценностей не только для отдельного индивида и субъекта деятельности, но для всего населения, так как оно определяет их благосостояние и процветание государства. Это обусловлено тем, что здоровье отдельной личности и населения в целом является важнейшим условием успешного культурного, социального и экономического развития как страны, так и благосостояния ее граждан.

Состояние и негативная динамика здоровья населения в нашей стране за последние 30 лет активизировали научные поиски в разных областях знаний, связанных с разработкой новых направлений и технологий в естествознании, медицине, педагогике и психологии и направленных на сохранение, укрепление и развитие здоровья.

Одним из способов сохранения и развития здоровья человека является повышение грамотности населения в вопросах культуры телесного, социального и психологического здоровья. Этому способствовало появление новой и сравнительно молодой дисциплины «Психологическое здоровье», которое в настоящее время успешно развивается во многих странах, в том числе и в России.

Отмечая высокую значимость и ценность становления и развития здоровья населения, общество начинает предпринимать активных действий по его совершенствованию. И прежде всего это связано с формированием психолого-педагогической компетентности в этой области, которая не требует существенных материальных «вливаний», но может при ее реализации дать высокий экономический, здоровьесберегающий эффект. В связи с пропагандой здорового образа жизни и формирования психологической компетентности у населения многие осознают, что начинать надо с изменения качества жизни как отдельного субъекта, так и населения страны.

В современных условиях рыночной экономики и жесткой конкуренции, монополизацией большинства производств деятельность частных предпринимателей, менеджеров насыщена множеством экономических, организационных и социально-психологических стрессов. Их работа характеризуется высокой интенсивностью, насыщенностью действий, частым вмешательством внешних факторов, многочисленными социальными контактами разного уровня, преобладанием непосредственного общения с другими людьми. Помимо сугубо производственных функций и перечисленных отношений в работе менеджера, частного предпринимателя немаловажное значение имеет «человеческий фактор» и неформальные отношения в коллективе. Последние, в свою очередь, характеризуются значительной эмоциональной напряженностью. Такая эмоциональная напряженность может привести не только к отрицательному стрессу, но и сказаться на плодотворности работы менеджера.

В контексте задачи становления и реализации психолого-педагогической компетентности в отношении к здоровью и формирования мотивации к собственному психологическому здоровью перед учеными и практиками поставлена задача разработки индивидуальных стратегий здорового образа жизни и культуры здоровья, базирующихся на принципах гуманистической психологии и системно - деятельностного подхода.

Наиболее перспективна и продуктивна, на наш взгляд, при формировании у населения психологической компетентности в сохранении, укреплении и развитии здоровья идея становления здорового человека и понимания собственного здоровья посредством освоения собственного внутреннего мира и движения в сторону самоактуализации, самореализации и самосовершенствования.

Наиболее перспективным направлением в укреплении, сохранении и развитии здоровья являются те, в которых обосновывается идея: человек сам ответственен за собственное организменное и психологическое здоровье. Такого подхода придерживаются западные и отечественные психологи, разрабатывающие проблемы нового научного направления в психологии «Психология здоровья»: Г.С. Никифоров, А.Н. Ананьев и др., заимствовавшие эту идею в восточных техниках саморегуляции.

Здоровье оценивается многими естественниками и гуманитариями, учеными и практиками как фундаментальная проблема человечества, как особая категория, которая актуальна на любом этапе его развития. Исключительное положение в исследованиях биологов, медиков, психологов, экологов и педагогов эта категория занимает не только в силу междисциплинарных научных исследований, и, являющейся философской научной категорией в экзистенциализме, но в большей степени из-за ее практической значимости для экономического роста и воспроизводства последующих поколений.

Тесная связь здоровья с общественными науками подчеркивается появлением таких понятий, как «социальное здоровье» и «психологическое здоровье». Такое понимание здоровья делает его системным понятием, при изучении которого необходим глубокий анализ не только философских подходов к здоровью, а также концепций, теорий, положений психического здоровья.

За последние десять лет значительно возрос интерес к психологическим проблемам здоровья в нашей стране. Это обусловлено не

только экологическими проблемами, но и бурным развитием сравнительно молодой психологической дисциплины – «Психология здоровья», имеющей, прежде всего практическое значение.

Каждая третья зарубежная и отечественная публикация касается проблем, связанных с психологическим здоровьем.

И это вызвано тем, что даже среди некоторых медицинских работников бытует представление о важности реабилитации, коррекции и лечения соматических (организменных) заболеваний и недооценки предрасполагающих к соматическим болезням психологических факторов (отрицательный стресс, безразличное отношение к собственному здоровью, непризнание здоровья как ценности, нарушение нравственных норм, морали и др.).

Следует подчеркнуть, что еще в 19 веке отечественными естествоиспытателями, психологами, педагогами и медиками обсуждались и решались вопросы значимости психологических факторов в возникновении и протекании соматических заболеваний (В.С. Мудров, И.М. Сеченов, И.П. Павлов, В.М. Бехтерев и др.).

Известный русский терапевт В.С. Мудров начинал свои беседы с молодыми врачами с предложения, что лечить нужно не болезнь, а больного человека. Согласно И.М. Сеченову, «психика управляет поведением человека», а, следовательно, и поведением во время болезни.

Такой взгляд на проблему - это чрезвычайно важный шаг в углублении понимания человеком феномена здоровья. «Здоровье» - понятие многоплановое, многоаспектное, междисциплинарное. По мнению академика Н. М. Амосова, проблемы здоровья лежат в сфере психологии, подтвердившего мысль В.С. Мудрова о том, что лечить нужно не болезнь, а человека. Такой заповеди придерживаются многие современные врачи, полагая, что если после посещения врача больной не почувствовал облегчения врач не может быть отнесен к специалистам высокого уровня.

Б. Ф. Ломов, разрабатывавший и внедривший системно-функциональный подход П. К. Анохина в психологию, считал, что человек является сложной живой системой, жизнедеятельность которой обеспечивается на разных, но взаимосвязанных между собой уровнях: биологическом, психологическом и социальном. Согласно системно-функциональному подходу, для достижения полезного результата сохранению, укреплению и развитию здоровья населения и отдельного субъекта необходимо тесное взаимодействие между названными уровнями.

А. Н. Леонтьев в фундаментальной работе «Психология развития» выделял в развитии человека биологический уровень, на котором субъект открывается в качестве телесного, природного существа. В этой монографии человек-личность рассматривается на психологическом и социальном уровнях, таким образом, следует различать медицинское, социальное и психологическое здоровье.

В науке существует несколько альтернативных подходов к исследованию этого феномена [4]. Так, при изучении проблемы психологического здоровья и анализа современной зарубежной и отечественной научной литературы по этой проблеме О. С. Васильева и Ф. Р. Филатов выделяют восемь подходов.

Первый (нормоцентрический) подход, оценивающий определенный оптимальный уровень функционирования организма и психики, здоровье рассматривает как совокупность среднестатистических норм показателей соматического и психического состояния здоровья.

Второй (феноменологический) подход, в котором проблемы здоровья и болезни рассматриваются как фундаментальные аспекты индивидуального «способа бытия в мире» (К. Ясперс, Л. Бинсвангер, Р. Лэнг). Однако при таком подходе невозможно строго научно формализовать и верифицировать результаты.

В третьем (холистическом) подходе здоровье понимается с позиции личностной зрелости (Г. Оллпорт) и интеграции жизненного опыта (К. Роджерс).

В четвертом (кросскультурном) подходе: здоровье понимается как категория, определяемая и обусловленная специфическими социальными условиями (З. Фрейд, Э. Фромм, К. Хорни).

Мы не будем останавливаться на анализе дискурсивного (или диспозитивного) подхода, не имеющего ценность для нашей работы, а обратимся к аксиологическому подходу, в котором здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, и соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ценностной иерархии (А. Маслоу) [11].

В седьмом (интегративном, системном) подходе здоровье рассматривается с позиции базовых принципов теории систем, в котором здоровье выступает как системообразующий фактор.

Наиболее привлекателен для нашего исследования наряду с аксиологическим подходом акмеологический подход, предложенный А. А. Бодалевым, А. А. Деркачом и др.).

Существует и другие подходы. Проанализируем культуроцентрический подход, который разрабатывался в европейской и отечественной психологии и медицине, рассматривает его как многоуровневый процесс системного взаимодействия.

1.2. Культуроцентрический подход к психическому здоровью

Такой подход рассматривает здоровье как многоуровневый процесс системного взаимодействия биологических, психических и социальных механизмов целостной личности, обеспечивающих полноценное ее существование и развитие духовного потенциала.

Методологическим принципом в обозначенной проблеме должен быть междисциплинарный подход, который связывает здоровье и развитие, здоровье с воспитанием и обучением, самовоспитанием личности и ориентирует на изучение педагогических и психологических условий, при которых сохраняется и развивается здоровье.

Понятие "культура", согласно большинству исследователей означает совокупность достижений всего человечества в производственной и общественной сфере, совокупность материальных и духовных ценностей, создаваемых человеком.

При определении понятия «культура здоровья» мы отталкиваемся от психологической «платформы», которая была разработана А.Н. Леонтьевым.

При этом под культурой В.Е. Якунин и соавт. (вслед за А.Н. Леонтьевым) понимают распредемечивание и опредмечивание материальных и духовных ценностей. Согласно такому подходу, распредемечивание – это познание предмета, явления.

Опредмечивание – конструирование, созидание продуктов теоретической и практической деятельности.

Распредмечивание и опредмечивание (культура) могут быть рассмотрены и в отношении здоровья. При распредемечивании человек познает и открывает для себя предметный мир здоровья (физического, психологического, социального). Познав себя и собственное здоровье, человек способен к саморазвитию, самоактуализации и самосовершенствованию.

Психология здоровья – область прикладной психологии, становление и значимость которой обусловлены пониманием медицинскими работниками

участия психологических факторов в течение болезни и их роли в сохранении и развитии здоровья человека.

Современные медицинские работники с высшим образованием не оправданно легкомысленно воспринимают психологов и психологический опыт, за исключением психотерапевтов. Общение с врачами демонстрирует отсутствие глубоких знаний и навыков по психологии общения, медицинской психологии, возрастной психологии. Из восточной медицины известны психологические техники – медитация и визуализация, являющиеся весомым инструментом в излечении раковых недугов.

До настоящего времени во многом недостаточно изучены восточные (тибетские, индийские, китайские) техники, и не сложилось единого представления о предмете, целях и задачах молодой дисциплины - психологии здоровья.

С позиции современных теорий личности психическое здоровье может рассматриваться в русле известных психологических направлений: психодинамического, бихевиористского, когнитивного, гуманистического и экзистенциального направлений.

Как альтернатива поведенческой психологии (бихевиоризму) и динамической психологии (психоанализу) появилась третья сила в психологии

– гуманистическая психология, в которой приоритетное направление связано с изучением именно здоровой личности и условий, способствующих ее развитию. Близкими по направленности с широкой ориентацией на здоровую личность представлены в современной психологии направления: человекоцентрированное и экзистенциальное (Маслоу А., Роджерс К., Франкл В., Бьюдженталь Д., Мэй Р. и др.).

Наиболее продуктивна из всех вышеперечисленных концепций психологического здоровья, на наш взгляд, идея формирования и развития здорового человека посредством обращения к самосознанию и формирование самоустановок. При этом перспективно использование

основных положений гуманистической психологии, состоящие в уникальности, целостности, открытости и потенцией к непрерывному самосовершенствованию.

Исследование субъектной активности человека, ее видов, закономерностей, условий ее развития и внедрение в образовательный процесс - одна из фундаментальных задач, которая создает основные предпосылки субъектного и личностного становления специалиста. Лишь средствами развивающейся собственной активности человек формирует качества и способности, преобразующие ее исходные формы, которые приобретают характер осознаваемой произвольной целенаправленности.

Теория развития и становления личности как субъекта самоорганизации и управления изложена в трудах К.А. Абульхановой-Славской, А.В. Брушлинского, Л.М. Попова и др. Идею субъективности как сущности личностного саморазвития рассматривали А.Г. Асмолов, А.А. Бодалев, О.С. Газман, С.В. Кульневич и др., развития педагогической культуры разрабатывалась В.А. Сластениным.

1.3. Психологическое здоровье и дыхание

Термины дыхание и психика имеют давнюю тесную связь, которая заложена в семантике этих слов: «дыхание» и «дух» («душа»). Не только на русском языке эти два понятия имеют общие корни, как в русском, так и в еврейском, западноевропейских языках. Такую же тесную связь между психикой, сознанием и дыханием обнаружили во многих древних текстах, а также в мировой этнографической литературе.

Отмечая глубокую связь между состояниями психики и организменной функцией – дыханием, некоторые ученые описали и отразили эту тесную связь в языке, поговорках, мифологии (Сафонов В.А. и соавт., Якунин В.Е. и соавт.).

У здорового человека естественная вентиляция легких в различных условиях его деятельности протекает, как правило, в оптимальном режиме - как с точки зрения ее объема, так и с точки зрения биомеханики.

Нормальное протекание процессов внутреннего (тканевого) и внешнего дыхания в различных условиях среды, их взаимодействие и координация осуществляются благодаря наличию нервных регуляторных механизмов, являющихся составной частью системы дыхания. Они обеспечивают передачу информации, ее переработку и посылку к эффекторам управляющих воздействий. Именно нервный аппарат соединяет отдельные участки дыхательной системы в единую функциональную систему.

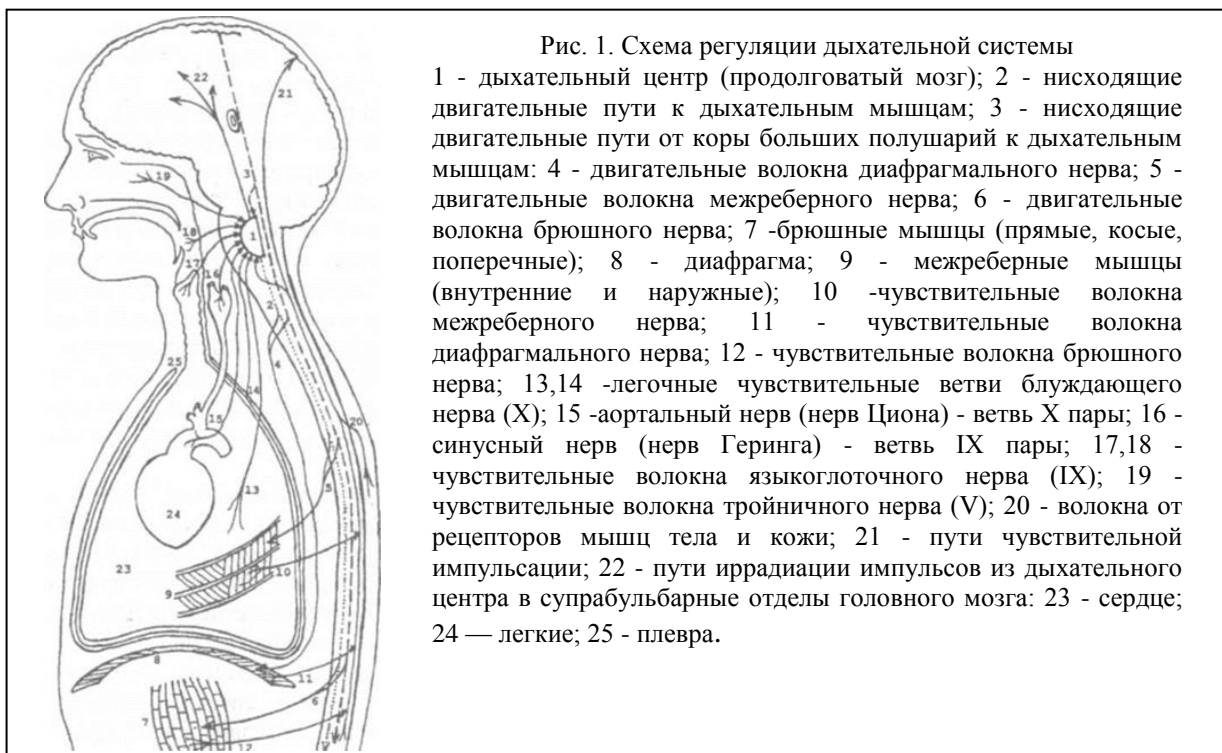


Рис. 1. Схема регуляции дыхательной системы
 1 - дыхательный центр (продолговатый мозг); 2 - нисходящие двигательные пути к дыхательным мышцам; 3 - нисходящие двигательные пути от коры больших полушарий к дыхательным мышцам; 4 - двигательные волокна диафрагмального нерва; 5 - двигательные волокна межреберного нерва; 6 - двигательные волокна брюшного нерва; 7 -брюшные мышцы (прямые, косые, поперечные); 8 - диафрагма; 9 - межреберные мышцы (внутренние и наружные); 10 -чувствительные волокна межреберного нерва; 11 - чувствительные волокна диафрагмального нерва; 12 - чувствительные волокна брюшного нерва; 13,14 -легочные чувствительные ветви блуждающего нерва (X); 15 -аортальный нерв (нерв Циона) - ветвь X пары; 16 - синусный нерв (нерв Геринга) - ветвь IX пары; 17,18 - чувствительные волокна языкоглоточного нерва (IX); 19 - чувствительные волокна тройничного нерва (V); 20 - волокна от рецепторов мышц тела и кожи; 21 - пути чувствительной импульсации; 22 - пути иррадиации импульсов из дыхательного центра в супрабульбарные отделы головного мозга; 23 - сердце; 24 — легкие; 25 - плевра.

Дыхание занимает особое место среди физиологических функций тела: это автономная (непроизвольная) функция, но она также поддается сознательному управлению. Конечно, обычно дыхание осуществляется без участия сознания, т.е. автоматически, вне зависимости от нашей воли. Ни один здоровый человек, как правило, в повседневных условиях жизни не задумывается о своем дыхании, которое непроизвольно и безукоризненно

управляется хорошо работающей системой регуляции: совершенно незаметно для человека, как бы само по себе - так же, как, например, бьется сердце и переваривается пища.

Непроизвольный характер носят и рефлекторные реакции дыхания на такие факторы, как мышечная работа, гипоксия, гиперкапния, возникающие иногда и в обыденной жизни.

Но хотя дыхание в основе своей - непроизвольный процесс, однако на него можно в известных пределах влиять сознательно в отличие от остальных жизненно важных процессов в нашем организме, которые практически совсем не поддаются волевой корректировке: сокращения сердца, температура тела, кровяное давление, потоотделение и др. Этими вегетативными процессами удастся в некоторой степени управлять лишь после длительной специфичной далеко не всегда безвредной тренировки.

Дыхание - единственная вегетативная функция, на которую человек с легкостью воздействует произвольно, тем самым опосредованно влияя на работу различных других физиологических систем.

Автоматическая система дыхания, способная осуществлять протекание дыхательных процессов без непосредственного и детального контроля и управления со стороны вышестоящих по иерархии подсистем, содержит основные исполнительные и регулируемые звенья, а также регулирующие механизмы, локализованные до продолговатого мозга включительно.

Наиболее часто эта связь проявляется и подчеркивается биологами, медиками, психологами.

В нашем исследовании следует подчеркнуть, что биологам, физиологам, медикам хорошо известно, что дыхание одна из немногих вегетативных функций, которая подвержена волевому контролю, т.е. управляется сознанием и в довольно широком диапазоне, особенно при пении, игре на духовых инструментах и других видах деятельности. Известные дыхательные техники, появившиеся в древнетибетской и древнекитайской медицине, в качестве технического инструмента,

изменяющего воздействие, избирали частоту, глубину и задержки дыхательных движений, соотнося это с фазами дыхательного цикла.

Такие особенности произвольного навязанного управления дыхательными движениями широко используется в биологии, медицине, психологии, музыкальной педагогике, а также в учебно-тренировочной и соревновательной практике спортсменами.

В настоящее время и в медицине, и психологии широко используются дыхательные тренировки с целью облегчения протекания физиологических и психологических функций и изменения в положительную сторону организменных и психологических функций.

Изучение психофизиологических процессов, протекающих в организме человека, вызывает интерес, поскольку раскрытие механизмов стабильного функционального состояния организма позволит наиболее эффективно осуществлять согласование физиологических и психофизиологических функций, участвующих в регуляции поведения и деятельности человека. При этом повышается уровень оптимизации психофизиологических ресурсов индивида (Мерлин В.С., 1973; Небылицын В.Д., 1976; Теплов Б.М., 1985; Русалов В.М., 1991).

Важное место среди существующих средств оптимизации функциональных состояний занимают методы саморегуляции. Они направлены на формирование у человека системы адекватных внутренних средств для преодоления утомления и повышения эффективности учебной деятельности школьников (Юркевич В.С., 1972; Леонова А.Б., 1994).

От степени совершенства процессов саморегуляции зависят успешность, надежность, продуктивность, конечный исход любого акта произвольной деятельности (Прохоров А.О., 1996).

При полноценном протекании физиологических и психофизиологических процессов человек наилучшим образом воспринимает и перерабатывает информацию, программирует деятельность, осуществляет контроль, корректирует ошибки.

1.4. Влияние дыхательных упражнений на организм

Произвольные изменения объема и характера внешнего дыхания (соотношение фаз дыхательного цикла, частота дыхания, задержки на вдохе и на выдохе) определяют сущность и особенности дыхательных техник, которые оказывают на организм стимулирующее или облегчающее воздействие.

Физиологические механизмы влияния разнообразных дыхательных техник на изменения в организме, психофизиологических процессов обусловлены либо сдвигами кислотно-щелочного равновесия, приводящих к изменению концентрации углекислого газа в крови, либо нервно-гуморальными влияниями, изменяющими афферентный поток сигналов к нейронам ретикулярной формации или к нейронам дыхательного центра. Так, изменяя объем вдыхаемого воздуха или уменьшая его, можно вызвать нервно-гуморальные сдвиги, состоящие в нарушении кислотно-щелочного равновесия. Известно, что основным раздражителем при этом является в основном углекислый газ.

В свою очередь, ухудшение кровообращения головного мозга, вызванное изменением насыщения углекислого газа в сосудах мозга, изменяет кровоток в мозге и таким образом влияет на психическое состояние человека (Сафонов В.А. и соавт., 2000).

Особенность произвольной коррекции дыхания состоит в том, человек сознательно может усилить или ослабить воздействия различных возмущений в соответствии с поставленными задачами. Такие изменения можно достичь, применяя и используя специальные дыхательные техники.

Дыхательные упражнения и техники широко использовались человеком с древнейших времен: в индийской и китайской медицине. Особо следует отметить, что, несмотря на различное отношение к этим упражнениям и техникам, интерес к ним на протяжении многих столетий никогда не угасал.

У специалистов разных стран при оценке эффективности дыхательных упражнений нередко, к сожалению, возникают гипертрофированные представления об их возможностях: панацея от всех бед. Небезынтересно мнение швейцарского врача Mishel W.(1951), который полагал, что техники дыхания могут оказывать оздоравливающий терапевтический эффект при лечении практически всех болезней.

Нередко можно слышать высказывания о том, что подобные изменения совершаются у человека на определенном уровне и во время произвольного дыхания, и что использование произвольных дыхательных упражнений является панацеей от всех бед. Хотя специалистами, занимающимися этой проблемой, в настоящее время достоверно установлено, что избыток кислорода в организме может оказывать и негативное влияние. Рекомендуют так дышать, чтобы была непродолжительная гипоксия. И именно углекислому газу, его воздействию на организм уделяется большое внимание в научных публикациях. Особенно это касается спорта и медицины.

Поэтому, несмотря на значимость дыхательных техник в регуляции активности многих органов и систем, в том числе и психических функций, преувеличенные представления об эффективности дыхательных упражнений и техник ведут к ложным убеждениям.

Таким образом, для нашей работы важны представления об основных компонентах, из которых формируются дыхательные упражнения.

К ним следует отнести: частоту и глубину дыхания; временные соотношения продолжительности вдоха и выдоха, а также дыхательной паузы. В различных используемых древних и современных техниках обращается внимание на грудное и диафрагмальное дыхание, направление потока вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, искусственное сопротивление воздушному потоку (последнее широко применяется в тренировочном процессе в спорте).

В настоящей работе мы исходили из того, что дыхательные упражнения и техники просты по исполнению и не требуют кропотливой специальной подготовки, поэтому с учетом отведенного времени на выполнение диссертационного исследования нами они использовались в работе.

Особенностью нашего методического воздействия являлось то, что дыхательные упражнения применялись в сочетании с другими физическими упражнениями и проводились совместно с тренингом. Поэтому следующий параграф посвящен описанию содержания тренинга и роли такой работы в формировании психофизиологических состояний и психических функций.

В исследованиях В.В. Горелика, В.Е. Якунина, Л.С. Чемпаловой рассматриваются особенности влияния дыхательных упражнений на физическое и психологическое здоровье взрослого населения и молодежи. В частности, показано, что активность дыхательного центра, выражающаяся не только в формировании дыхательной периодики, частоты и глубины дыхательных движений, способна совместно с активностью нейронов ретикулярной формации повышать энергетический потенциал вышележащих структур головного мозга.

В этом случае мы сталкиваемся с пока еще недостаточно полно изученной функцией – нейрогенной и психогенной функцией. Эта функция состоит в изменении активности ряда психологических явлений: памяти, внимания, ясности сознания и др.

1.5. Тренинги и их роль в формировании психофизиологических состояний и психических функций

В настоящее время пока не сложилось единого взгляда на определение тренинга в различных культурах.

Наиболее часто под тренингом понимают формирование опыта (знаний, умений, навыков и даже привычек) и компетенций, которые необходимы для успешного выполнения той или иной деятельности.

В различных областях психологического знания встречаются определения, несущие специфику отдельных дисциплин. Например, понятие организационного тренинга рассматривается как часть планируемой активности организации, направленной на увеличение профессиональных знаний и умений, профессиональных компетенций, либо «на модификацию аттитудов и социального поведения персонала способами, сочетающимися с целями организации и требованиями деятельности».

В отечественной психологии распространены определения тренинга, как одного из активных методов обучения, широко применяемого в последние годы в образовании, различных отраслях психологии, менеджменте, а в литературе наиболее часто встречается понятие «социально-психологический тренинг».

Л. А. Петровская (одна из первых в России, начавшая применять работу с клиентами в тренинге) рассматривает социально-психологический тренинг, как эффективный прием формирования и развития отдельных психологических качеств и прежде всего недостающего в деятельности опыта и как средство, направленное на развитие межличностного общения.

Г. А. Ковалев, продолжая развивать взгляд Л.А. Петровской, также относит социально-психологический тренинг к эффективным средствам в обучении, воспитании и развитии и методам активного социально-психологического воздействия на личность и субъекта..

Б. Д. Парыгин описывает тренинг как метод группового консультирования, в котором происходит активное групповое обучение навыкам общения в жизни и обществе.

Можно констатировать, что взгляды Л.А. Петровской, Г.А. Ковалева и Б.Д. Парыгина во многом близки и тождественны.

В настоящее время для определения тренинга в содержательном и результативном плане наиболее часто используется термин «психологическое воздействие».

В работах Санкт-Петербургского ученого С. И. Макшанова проявляется сомнение в правильности названия и утверждается, что адекватность тренинга как метода можно признать лишь отчасти и основное назначение этого метода – передача накопленной информации от обучающего к обучаемому.

Этим автором предложен термин «преднамеренное изменение». По мнению автора, это подчеркивает «субъект-субъектный» характер тренинга.

В связи с этим, С.И. Мекшанов определяет тренинг, как многофункциональный метод преднамеренных изменений психологических функций человека, группы и организации посредством передачи информации в процессе организованной деятельности.

Согласно исторической справке и представлениям К. Левина, большинство эффективных и продуктивных изменений в установках и поведении людей, в психологических процессах и состояниях происходит в группе, а не в индивидуальных консультациях.

Преимущество работы в группе, по мнению К. Левина, состоит в том, что человек преодолевает свою аутичность и учится видеть себя так, как его видят другие. И это преимущество в настоящее время подчеркивается не только социальными психологами, но и представителями других отраслей психологического знания.

Из истории американской психологии известно, что американские психологи, учитывающие традиции гуманистической психологии К.

Роджерса, разработали новое направление в тренинговой работе – тренинг социальных и жизненных умений.

Авторы многих исследований подчеркивают высокую эффективность такой работы в совершенствовании психологических и профессиональных качеств у менеджеров. В этом – в успешной профессиональной деятельности американских менеджеров - состояла колоссальная заслуга психологов.

Перечисленные ниже жизненные умения являлись ведущими профессионально важными качествами для достижения успеха в деятельности специалиста-профессионала. Перечислим эти жизненно и профессионально важные умения.

Первая модель опиралась на такие умения, как решение проблем, уверенности в себе, критичности мышления, умения самоуправления и др.

Во второй модели представлены следующие жизненные навыки и умения: межличностное общение, поддержание здоровья, развитие высших познавательных функций – мышления и воображения, способствующих решению проблем и принятию решений.

В третьей модели тренинга жизненных умений усилия были направлены на формирование эмоционально-волевой сферы личности: эмоционального самоконтроля в межличностных отношениях, а также развития самосознания, проявляющегося в самопонимании, финансовой самозащите, самоподдержке.

Позднее в 70-е гг. был разработан метод, названный М. Форвергом социально-психологическим тренингом, который был предназначен для социально-психологической подготовки руководителей промышленного производства.

К особенностям этого направления в тренинговой практике следует отнести использование ролевых игр с элементами драматизации, которые создавали условия для формирования эффективных коммуникативных навыков.

1.6. Психофизиологические механизмы влияния дыхательного тренинга на психологическое здоровье

Ретикулярная формация (РФ) ствола мозга - это совокупность нейронных образований, которые имеют ветвистое сетчатое строение и которые расположены на всем протяжении ствола мозга. В ретикулярной формации различают каудальную и ростральную части. Каудальная (хвостовая) часть расположена в пределах продолговатого мозга и распространяется до среднего мозга.

Ростральная часть ретикулярной формации включает задние ядра гипоталамуса и часть таламических ядер. Каждая из этих частей выполняет разнообразные функции, но преимущественно они оказывают облегчающее действие на вышележащие мозговые образования, поэтому это целостное образование называют возбуждающей активирующей системой мозга или энергетическим блоком (А.Р. Лурия).

Структуры «энергетического блока» в сравнении с другими нейронными образованиями головного мозга имеют анатомические, физиологические и фармакологические особенности, которые в целом и определяют ее функционирование.

Анатомическая особенность состоит в огромном количестве коллатералей у аксонов ретикулярных нейронов. Более того один аксон через свои синаптические связи может взаимодействовать с множеством других ретикулярных нейронов, находящихся на различных уровнях ствола мозга и вышележащих образований.

Эта анатомическая особенность определила особую функцию ретикулярной формации: циркуляцию возбуждений по круговым путям и накопления энергетического потенциала (Френч Д.Д., 1962; Якунин В.Е., 1987 и др.).

Цитоархитектоника (под цитоархитектоникой понимают представленность нейронов, их морфологические и функциональные особенности в той или иной части коры больших полушарий головного

мозга) ретикулярной формации представлена клетками, обладающими различной величиной и формой, различными по величине (от малых до очень крупных) и которые имеют определенную структуру.

В ретикулярной формации выделяют медиальную часть, которая представлена множеством нейронов большого и гигантоклеточного размера, а функционально эта часть связывает ее с выше- и нижележащими структурами центральной нервной системы, и латеральную часть, содержащие нейроны лишь малой и средней величины, а функционально выполняет протекание жизненно важных функций – дыхание, кровообращение (Якунин В.Е., 1987 и др.).

В ретикулярной формации представлены нейроны, относящиеся к чувствительным, двигательным и вставочным нейронам, образующих компактные и ограниченные клеточные скопления – ядра в ней расположены ядра 12, 11, 10, 9 и 8 пар черепно-мозговых нервов, каждое из которых характеризуется различными морфологическими особенностями.

Ретикулярная формация содержит обширную сеть афферентных и эфферентных связей, проецирующихся в другие отделы центральной нервной системы. Поэтому ее функции распространяются и на нейроны спинного мозга (преимущественно тормозная функция), и на нейроны вышележащих отделов центральной нервной системы (преимущественно облегчающая, возбуждающая функция).

Следует особо отметить обилие афферентных путей, которые направлены от спинного мозга, структур иннервируемых черепно-мозговыми нервами, от многих областей коры больших полушарий головного мозга к стволовым структурам (энергетическому блоку). Как отмечено выше это создает благоприятные условия для «накопления» энергии.

Эфферентные пути от нейронов ретикулярной формации, как было отмечено, направляются к спинному мозгу к вставочным нейронам боковых столбов, к нейронам некоторых ядер гипоталамуса и таламуса, к ядрам

гиппокампа, к нейронам различных слоев мозжечка, к сенсорным и моторным ядрам черепно-мозговых нервов (Майский В.А., 1984, Якунин В.Е., 1987 и др.).

Обилие связей у нейронов ретикулярной формации с различными мозговыми образованиями и благодаря этому получение неспецифической и специфической информации, которая поддерживает активность и тонус различных отделов мозга.

В настоящее время проводятся эксперименты, направленные на изучение взаимодействия нейронов этой активирующей системы с нейронами дыхательного центра. Эти исследования очень важны для нейрофизиологов и психологов, так как оба нейронных образования (дыхательный центр и ретикулярная формация) имеют прямое отношение к протеканию ряда психологических функций (внимание, состояние «сон – бодрствование», уровни ясности сознания и др.) (Лурия А.Р., 1977, Бреслав И.С., 1985; Якунин В.Е., Горелик В.А., 2006).

Для выполнения таких функций нейронами ретикулярной формации необходимы нейроанатомические и физиологические исследования их связей с нейронами, прежде всего коры больших полушарий головного мозга. Такие наблюдения, описывающие функциональное состояние коры головного мозга после стимуляции структур ретикулярной формации и регистрации электроэнцефалографических показателей были проведены Г. Моруци и Г. Мэгуном.

Эти авторы впервые обратили на важность в функционировании физиологических процессов ретикулярной формации.

Вышеназванные авторы показали исключительно важную роль ретикулярной формации в физиологической активности и психологической деятельности мозга, благодаря наличию связей нейронов ретикулярной формации со многими образованиями, но в первую очередь с нейронами коры больших полушарий головного мозга.

В настоящее время представление о восходящем неспецифическом активирующем влиянии нейронов ретикулярной формации мало изменилось, но подвергалось некоторым уточнениям.

Выяснилось, что быструю и кратковременную (фазическую) активацию коры в лобной и сенсомоторной областях осуществляют таламические и, возможно, субталамические структуры мозга, причем более выраженную в лобной и сенсомоторной областях.

Получено большое количество данных, свидетельствующих о том, что нейроны ретикулярной формации кроме поддержания состояния «сон – бодрствование» и общей ориентировочной реакции способны оказывать и модулирующее влияние на процессы высшей нервной деятельности (Коган А.Б., 1971, Сафонов В.А. и др.).

Взаимодействуя с нейронами лимбической системы, нейроны ретикулярной формации ствола мозга могут оказывать как активирующее, так и угнетающее влияние на кору больших полушарий головного мозга, и таким образом определяет функциональное состояние центральной нервной системы.

Таким образом, восходящие ретикуло-кортикальные сигналы, повышая возбудимость коры больших полушарий головного мозга, оказывая неспецифическое действие на нейроны коры, обеспечивают более быструю и функционально выверенную переработку сигналов.

Согласно представлениям П.К. Анохина, активирующее влияние, исходящее от нейронов ретикулярной формации РФ при выработке ориентировочно-исследовательских реакций оказывает облегчающий эффект при взаимодействии между отдельными частями коры и обеспечивают стойкое формирование любого условного рефлекса.

Особенностью вышеназванных образований является установленный электрофизиологическими методами факт, что как исходящие от нейронов ретикулярной формации, так и исходящие из коры больших полушарий головного мозга сигналы могут являться и активирующими, и тормозящими,

и более того диффузными и дифференцированными, тоническими и фазическими.

Столь мобильное функциональное взаимодействие, с позиции системно-функционального подхода, обеспечивает достижение полезного результата деятельности.

Для физиологической и психологической практики из проведенных экспериментальных исследований, посвященных кортико-ретикуло-кортикальным взаимодействиям, важны следующие результаты: нейроны ретикулярной формации оказывают неспецифическое активирующее восходящее влияние, а нисходящие сигналы, идущие от коры больших полушарий головного мозга, способны оказывать тормозное нисходящее влияние, благодаря этому, в целом, функционирует регулирующий и контролирующий ретикулярный механизм активности.

В области ствола мозга в ретикулярной формации расположены структуры дыхательного центра. Известно, что дыхательный центр, хотя и автономен (способен без контроля со стороны коры больших полушарий головного мозга совершать ритмичные дыхательные движения – вдох, выдох), но регуляция ритма и глубины дыхательных движений осуществляется произвольно под контролем коры.

Нейроны дыхательного центра, согласованно взаимодействуя между собой, определяют дыхательный ритм – смену фаз; вдоха на выдох и наоборот. Нейроны дыхательного центра имеют прямые связи с нейронами ретикулярной формации.

Наиболее активны нейроны в фазу вдоха, менее активны в фазу выдоха. Совершая регулярные ритмичные вдохи, вдыхательные нейроны постоянно «подпитывают» нейроны ретикулярной формации.

Активирующие влияния из дыхательного центра и от нейронов ретикулярной формации поступают к коре больших полушарий головного постоянно и в исследованиях Сергиевского М.В., 1950, Сергиевского М.В. и соавт., 1975, 1993 показано, что в результате этого изменяется возбудимость

нейронов коры. Поэтому изменение активности дыхательного центра и нейронов ретикулярной формации отражается на функциональном состоянии коры и тех функций, которые она выполняет.

Перечисленные факты свидетельствуют в пользу того, что управление дыхательными движениями в сочетании с аутотренингом и произвольными движениями, согласованно функционирующих, способно изменять активность стволовых образований и прежде всего ретикулярной формации – восходящей активирующей системы мозга, определяющих активность психофизиологических и психологических функций.

Из научной литературы известно, что дыхательные упражнения сочетанные с соматическими движениями сгибателей или разгибателей конечностей оказывают мощный эффект на функциональное состояние коры больших полушарий мозга и соответственно психофизиологические функции (М.В. Сергиевский, В.Е. Якунин и др.).

Это подтверждается данными при использовании дыхательных упражнений в психотерапевтической практике, спортивной, оздоровительной медицинской практике.

К настоящему времени накоплены и применяются десятки, если не сотни, дыхательных техник. Однако, в большинстве случаев авторы предложенных дыхательных упражнений (техник) не описывают физиологические механизмы, приводящие к положительному психофизиологическому эффекту.

Здоровый организм в естественных условиях, обладающий развитыми механизмами произвольной и непроизвольной регуляции, способен благодаря регулирующим механизмам самостоятельно «находить» необходимый режим дыхательных движений (Сафонов В.А. и соавт., 2000, Якунин В.Е. и соавт., 2003).

Однако, при увеличении физической нагрузки человек способен произвольно изменять дыхательный ритм до объемов воздуха необходимого для выполнения этой нагрузки. Следует особо отметить, что эффект от

применения дыхательных техник может быть обусловлен не столько изменениями газообменных процессов в организме, сколько нервнорефлекторным воздействием (нейрогенный и психотерапевтический эффект) (Сафонов В.А. и соавт., Якунин В.Е. и соавт., 2003).

Выводы по первой главе

Среди свойств и качеств личности наиболее ценными для укрепления, развития, сохранения психического здоровья и отношения к здоровью являются: оптимизм, нравственно-этические, чувство юмора, адекватная самооценка, самоконтроль, целеустремленность. Перечисленные личностные качества более, чем 2500 лет назывались практиками тибетской и китайской медицины.

Среди признаков, характерных для психологического нездоровья, как у восточных мыслителей, так и современников, следует выделить следующие. В сфере психических процессов чаще упоминаются: неадекватная самооценка (завышенная или заниженная), нарушенная когнитивной активности, категоричность и некритичность мышления, высокая внушаемость. В эмоциональной сфере психическое нездоровье может характеризоваться наличием аффективной тупости; беспричинной злости; враждебности; ослаблении высших и низших инстинктивных чувств; повышенной тревожностью.

Среди свойств и качеств личности можно отметить: зависимость от вредных привычек; уход от ответственности за себя; утрата веры в себя, свои возможности; пассивность («духовное нездоровье»).

Анализ понятийно – содержательного состава категории позволил дать следующее определение: психологическое здоровье – системный многоуровневый процесс взаимодействия адаптивных и компенсаторных биологических, психических и социальных механизмов целостной личности,

обеспечивающих ее полноценное существование и развитие духовного потенциала.

Таким образом, основной вывод при анализе научной зарубежной и отечественной литературы состоит в следующем.

Дыхательные упражнения, техники отдельно или в сочетании с методикой аутогенной тренировки, которая включает концентрацию внимания, в том числе, и на дыхании, существенно в положительную сторону влияют как на физическое, так и психологическое здоровье. Поэтому в качестве ведущего фактора, формирующего отношение к собственному здоровью, нами использовано сочетанное воздействие дыхательных упражнений и аутогенной тренировки, а также легких физических упражнений.

ГЛАВА 2. ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ КРАТКОСРОЧНОМ И ДОЛГОВРЕМЕННОМ ДЕЙСТВИИ «ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТЕХНИК»

2.1. Методы исследования психофизиологических и психологических функций

Компьютерные методики тестирования свойств ЦНС у менеджеров.

Компьютерные методики тестирования типологических свойств нервной системы были разработаны на базе персонального компьютера "БК-00110" и IBM.PC/AT. Алгоритм программы был составлен преподавателем Северо-Казахстанского Университета кафедры валеологии кандидатом педагогических наук Паленым В.И., (1992) и реализован в исследованиях В.Е. Якунина, В.В. Горелика и др. на алгоритме языка Турбо-Паскаль-70.

При этом были разработаны тесты, позволяющие, в частности, регистрировать психофизиологические показатели, оценивающие лабильность нервной системы, уравновешенность нервных процессов; точность воспроизведения временных интервалов.

Математико-статистический анализ.

Статистическую обработку результатов проводили по методу Стьюдента для зависимых выборок в программе "Diasta", были использованы корреляционный анализ, описательная статистика. За достоверные принимали отличия при $p < 0,05$. Рисунки построены в программе "Excel 7.0"(Microsoft). При анализе полученных данных мы использовали методы математической статистики, которые позволили рассчитать статистические параметры: выборочное среднее (M), ошибку вычисления среднего (m) по предложенным методикам.

Для оценки скорости протекания психофизиологических функций и психофизиологического состояния нами использована широко известная методика "Измерение времени простой сенсомоторной реакции на

звуковой сигнал", позволяющая получить объективные результаты. Для получения более точного результата палец должен после подачи сигнала убрать с клеммы.

Методика определения психоэмоциональных состояний прибором «Активациометром». Методика также широко известная (неоднократно описывалась в научной литературе).

В работе были использованы также методика САН, оценка ситуативной тревожности (Спилбергер). Умственную работоспособность менеджеров определяли по «Таблице Шульте».

На заключительном этапе через четыре месяца нами для оценки отношения к собственному здоровью использовался тест «Индекс отношения к здоровью» (Дерябо, Ясвин) и метод определения ценностных ориентаций Рокича.

При оценке субъективного отношения к природе (С.Д. Дерябо, В. А. Ясвин) выделяют два основных параметра: устойчивости и модальности. Модальность – это параметр субъективного отношения, дающий его качественно-содержательную характеристику. Интенсивность – это показатель того, в какой степени запечатлены в объектах отношения определённые потребности личности и в каких сферах и в какой степени проявляется данное отношение.

Соответственно, в структуре параметра интенсивности выделяются четыре компонента: перцептивно-аффективный, когнитивный, практический и поступочный.

Перцептивно-аффективный компонент интенсивности отношения к природе, характеризует уровень: 1. эстетического освоения объектов природы, 2. Отзывчивости на их витальные проявления, 3. этического освоения.

Когнитивный компонент характеризует уровень изменений в мотивации и изменений в познавательной активности, связанных с природой.

Практический компонент характеризует уровень готовности и стремления к практическому взаимодействию с объектами природы.

Поступочный компонент характеризует уровень активности личности, направленной на изменение её окружения в соответствии субъективным отношением к природе.

2.2. Организация экспериментального исследования

Опытно-экспериментальная работа осуществлялась на базе ООО «Лада Строй» г. Тольятти.

В различных видах исследовательских процедур приняли участие 47 человек, из которых 20 менеджеров составили контрольную группу, а 27 менеджеров - экспериментальную группу. Возраст менеджеров контрольной группы составил 39, 6 года, а экспериментальной группы в среднем 38,9 года. Производственный стаж в контрольной группе составил 13,5 лет, а в экспериментальной – 13,2 года.

В сентябре 2015 года у 27 респондентов экспериментальной группы и 20 респондентов контрольной группы изучены отношения к собственному здоровью и ценностные ориентации при помощи двух методик: «Индекс отношения к здоровью» и методики ценностных ориентаций Рокича. Этими же методиками пользовались через 4 месяца, чтобы выявить динамику изменений отношения к собственному здоровью у менеджеров контрольной и экспериментальной групп. В дальнейшем менеджеры контрольной группы принимали участие при оценке изменившегося или не изменившегося только на заключительном этапе исследования.

В октябре и ноябре 2015 года (1 раз в неделю по 50 мин) с менеджерами экспериментальной группы проведены тренинг-семинары, направленные на приобретение знаний, умений и навыков аутогенной тренировки, сочетанной с комплексом дыхательных упражнений.

Кроме этого, менеджеры обучались пользоваться дыхательной технологией и визуально оценивать актуальное психо-физиологическое состояние. Мы полагали, что визуальный контроль («визуализация») в последствии скажется на отношении к собственному здоровью и здоровью как ценности.

Всего было проведено 6 тренинг-семинаров. Тренинг - семинары проводились по общепринятой методике. Они включали знакомство с группами, постановку цели и задач тренинга в экспериментальной группе, демонстрацию и освоение методик, направленных на диагностику и сохранение и укрепление собственного здоровья, изучение в группе и индивидуально современных техник саморегуляции и известных и малоизвестных дыхательных техник, практическое освоение «дыхательной технологии», разработанной нами совместно с научным руководителем.

Содержание программы тренинга в нашем исследовании опиралось на ряд хорошо известных из научной и практической литературы моментов.

Тренинг был направлен на общее знакомство с дыхательными техниками, технологией их проведения, непосредственное участие в занятиях с целью последующего применения полученных знаний в групповой работе с клиентами.

Тренинг дыхательных психотехнологий способствует повышению удовлетворенности собой, повышает физическое и психологическое здоровье и социальное здоровье.

Предлагаемая программа направлена на получение отдельных навыков оказания самопомощи, взаимопомощи при утомлении, монотонности, помогает личностному росту ее участников, гармонизации их устремлений, желаний и осмыслений собственной жизни, способствует профессиональной и личностной эффективности, повышению работоспособности.

Курс включает теоретическую часть по обучению проведению тренинговых занятий с использованием дыхательных психотехнологий и

практическую часть на формирования отдельных навыков применения дыхательных техник, познания себя, волевой саморегуляции.

Группа тренинга - это искусственно созданная малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения и самораскрытия. Такое взаимодействие организуется по принципу "здесь и теперь", при котором участники изучают происходящие с ними процессы взаимодействия в данный момент и в данном месте.

Наиболее часто под тренингом понимают формирование опыта (знаний, умений, навыков и даже привычек) и компетенций, которые необходимы для успешного выполнения той или иной деятельности.

В различных областях психологического знания встречаются определения, несущие специфику отдельных дисциплин. Например, понятие организационного тренинга рассматривается как часть планируемой активности организации, направленной на увеличение профессиональных знаний и умений, профессиональных компетенций, либо «на модификацию аттитюдов и социального поведения персонала способами, сочетающимися с целями организации и требованиями деятельности».

В отечественной психологии распространены определения тренинга, как одного из активных методов обучения, широко применяемого в последние годы в образовании, различных отраслях психологии, менеджменте, а в литературе наиболее часто встречается понятие «социально-психологический тренинг».

Л. А. Петровская (одна из первых в России, начавшая применять работу с клиентами в тренинге) рассматривает социально-психологический тренинг, как эффективный прием формирования и развития отдельных психологических качеств и прежде всего недостающего в деятельности опыта и как средство, направленное на развитие межличностного общения.

Г. А. Ковалев, продолжая развивать взгляд Л.А. Петровской, также относит социально-психологический тренинг к эффективным средствам в

обучении, воспитании и развитии и методам активного социально-психологического воздействия на личность и субъекта..

Б. Д. Парыгин описывает тренинг как метод группового консультирования, в котором происходит активное групповое обучение навыкам общения в жизни и обществе.

Можно констатировать, что взгляды Л.А. Петровской, Г.А. Ковалева и Б.Д. Парыгина во многом близки и тождественны.

В настоящее время для определения тренинга в содержательном и результативном плане наиболее часто используется термин «психологическое воздействие».

В работах Санкт-Петербургского ученого С. И. Макшанова проявляется сомнение в правильности названия и утверждается, что адекватность тренинга как метода можно признать лишь отчасти и основное назначение этого метода – передача накопленной информации от обучающего к обучаемому.

Тренинговые занятия позволяют ведущему группы, значительно глубже и всесторонне изучить участников, повлиять на их отношение к себе, друг к другу, к ведущему и к миру в целом.

При разработке содержания Программы тренинга мы в качестве методологической основы использовали деятельностный подход: от освоения деятельности к формированию и развитию субъектной активности, самосознания, включающих самоопределение, самореализацию, самоактуализацию и саморегуляцию. Особое внимание обращено к саморегуляции. Организм, рассматриваемая изначально как открытая функциональная система, наделен в большей или меньшей степени надежными, а иногда и совершенными механизмами саморегуляции, которые, возможно объективно (по продуктам деятельности) диагностировать.

По мере созревания эти механизмы все более совершенствуются, и в большей или меньшей степени осознаются субъектом. При этом

совершенствуется не только организменные, но и психические функции: изначально стихийно, а впоследствии осознанно. Мы исходим из тезиса А.Н. Леонтьева: любая психическая функция развивается в деятельности.

Существуют определенные правила работы для участников тренинга. Необходимо подчеркнуть, что в каждой тренинговой группе могут быть особые правила, выработанные самими участниками, группа обсуждает правила и принципы взаимодействия. Окончательно согласованные и принятые правила являются основанием для работы группы, приведенные ниже правила можно взять за основные принципы проведения тренинговых занятий.

1. Доверительный стиль общения, в качестве первого шага к созданию климата доверия ведущий может предложить принять единую форму обращения на "ты", психологически уравнивающую статусно-ролевые позиции.

В структуру тренинга дыхательных психотехнологий необходимо включать упражнения, специально направленные на формирование доверительных отношений между членами группы.

2. Принцип "здесь и теперь" для многих участников характерно стремление уйти в область абстрактных соображений, обсуждения событий, случившихся не с участниками тренинга, т. е. срабатывают механизмы "психологической защиты". Основная идея тренинга - дать возможность каждому участнику лучше понять и осознать свои личностные особенности и выразить себя "здесь и теперь" своими индивидуальными средствами с целью осознания ценности здоровья и его значения в деятельности и быту.

3. Персонификация высказываний: отказ от безличных речевых форм, помогающих людям в повседневном общении, скрывающих собственную позицию и позволяющих уйти от ответственности. Поэтому необходимо рекомендовать высказывания типа: "Я считаю...", "Я думаю...", а не "Большинство людей думает...", "Некоторые считают..."

4. Искренность в обучении: говорить то, что чувствуешь, при этом

следует открыто выражать свои чувства.

5. Недопустимость непосредственных оценок личности: при обсуждении происходящего в группе не следует оценивать участников, нельзя переходить на "личность", необходимо оценивать только мнения.

Оптимальное количество участников тренинга в одной группе было от 15 до 25 человек.

Продолжительность занятий определяется, исходя из задач тренинга и количества участников.

Опыт проведения тренинговых занятий дает основания полагать, что наибольший эффект достигается при работе в режиме "погружения на 5-6 часов".

С декабря 2015 года по март 2016 года менеджеры экспериментальной группы продолжали осваивать «дыхательную технологию». Под «дыхательной технологией» в нашей работе понималось сочетанное во времени действие аутогенной тренировки и дыхательных упражнений. Она включала последовательное выполнение следующих процедур после рабочего дня (два раза в неделю по 15-20 мин): сначала аутогенная тренировка, затем дыхательные упражнения, описанные в начале работы. После их освоения в сочетанном варианте элементы аутотренинга были включены в «дыхательную технологию».

До и после выполнения этих процедур каждый участник, совместно с экспериментатором, проводили оценку психофизиологических качеств (эмоциональной устойчивости, скорости протекания психофизиологических процессов, самочувствия, настроения, активности, ситуативной тревожности и др.), используя описанные выше методики.

Особое внимание обращалось на изменения психофизиологических показателей, регистрируемых приборами и вызванные «дыхательной технологией». Через четыре месяца у менеджеров экспериментальной и контрольной групп исследовали психофизиологические показатели после

дневной работы и в заключении оценивали отношение к собственному здоровью и здоровью как ценности.

Особо следует подчеркнуть, что если выполнение дыхательной технологии осуществлялось ежедневно после работы (в большей части самостоятельно), то оценка показателей психофизиологического состояния, из-за дефицита времени при работе с приборами (Активациомером и компьютером), проводилась только 4 – 5 раз.

2.3. Изучение психофизиологических показателей до и после работы

Здоровье оценивается многими естественниками и гуманитариями, учеными и практиками как фундаментальная проблема человечества, как особая категория, которая актуальна на любом этапе его развития. Исключительное положение в исследованиях биологов, медиков, психологов, экологов и педагогов эта категория занимает не только в силу междисциплинарных научных исследований, и, являющейся философской научной категорией в экзистенциализме, но в большей степени из-за ее практической значимости для экономического роста и воспроизводства последующих поколений.

Тесная связь здоровья с общественными науками подчеркивается появлением таких понятий, как «социальное здоровье» и «психологическое здоровье». Такое понимание здоровья делает его системным понятием, при изучении которого необходим глубокий анализ не только философских подходов к здоровью, а также концепций, теорий, положений психического здоровья.

За последние десять лет значительно возрос интерес к психологическим проблемам здоровья в нашей стране. Это обусловлено не только экологическими проблемами, но и бурным развитием сравнительно

молодой психологической дисциплины – «Психология здоровья», имеющей, прежде всего практическое значение.

Каждая третья зарубежная и отечественная публикация касается проблем, связанных с психологическим здоровьем.

И это вызвано тем, что даже среди некоторых медицинских работников бытует представление о важности реабилитации, коррекции и лечения соматических (организменных) заболеваний и недооценки предрасполагающих к соматическим болезням психологических факторов (отрицательный стресс, безразличное отношение к собственному здоровью, непризнание здоровья как ценности, нарушение нравственных норм, морали и др.).

Особо подчеркнем, что отмечая высокую ценность здоровья, общество не предпринимает активных действий по его совершенствованию и развитию. В значительной степени это связано с отсутствием психолого-педагогической компетентности в этой области. Для многих людей необходимо рациональное изменение качества жизни.

В контексте задачи становления психолого-педагогической компетентности в отношении к здоровью и мотивации психологического здоровья существенна разработка индивидуальных стратегий здорового образа жизни и культуры здоровья, базирующихся на принципах гуманистической психологии и личностно - деятельностного подхода, на использовании современных, надежных технологий и средств сохранения, укрепления и развития здоровья.

Здоровье человека одна из ценностей не только для отдельного индивида и субъекта деятельности, но для всего населения, так как оно определяет их благосостояние и процветание государства. Это обусловлено тем, что здоровье отдельной личности и населения в целом является важнейшим условием успешного культурного, социального и экономического развития как страны, так и благосостояния ее граждан.

Состояние и негативная динамика здоровья населения в нашей стране за последние 30 лет активизировали научные поиски в разных областях знаний, связанных с разработкой новых направлений и технологий в естествознании, медицине, педагогике и психологии и направленных на сохранение, укрепление и развитие здоровья.

Одним из способов сохранения и развития здоровья человека является повышение грамотности населения в вопросах культуры телесного, социального и психологического здоровья. Этому способствовало появление новой и сравнительно молодой дисциплины «Психологическое здоровье», которое в настоящее время успешно развивается во многих странах, в том числе и в России.

Отмечая высокую значимость и ценность становления и развития здоровья населения, общество начинает предпринимать активных действий по его совершенствованию. И прежде всего это связано с формированием психолого-педагогической компетентности в этой области, которая не требует существенных материальных «вливаний», но может при ее реализации дать высокий экономический, здоровьесберегающий эффект. В связи с пропагандой здорового образа жизни и формирования психологической компетентности у населения многие осознают, что начинать надо с изменения качества жизни как отдельного субъекта, так и населения страны.

В современных условиях рыночной экономики и жесткой конкуренции, монополизацией большинства производств деятельность частных предпринимателей, менеджеров насыщена множеством экономических, организационных и социально-психологических стрессов. Их работа характеризуется высокой интенсивностью, насыщенностью действий, частым вмешательством внешних факторов, многочисленными социальными контактами разного уровня, преобладанием непосредственного общения с другими людьми. Помимо сугубо производственных функций и перечисленных отношений в работе менеджера, частного предпринимателя

немаловажное значение имеет «человеческий фактор» и неформальные отношения в коллективе. Последние, в свою очередь, характеризуются значительной эмоциональной напряженностью. Такая эмоциональная напряженность может привести не только к отрицательному стрессу, но и сказаться на плодотворности работы менеджера.

В экспериментальной части исследования нами первоначально изучены психофизиологические показатели до и после работы у менеджеров контрольной и экспериментальной групп. Задача в этой части работы состояла: показать динамику изменений психофизиологических функций после проведенной менеджерами работы. Продуктивность и физические затраты не принимались во внимание.

Результаты этих изменений (времени простой сенсомоторной реакции, точность воспроизведения заданных временных интервалов, выполнение ответных движений на специфический сигнал показатели эмоциональной устойчивости) представлены в таблицах 1 (контрольная группа) и таблице 2 (экспериментальная группа).

После этого с менеджерами экспериментальной группы проводились тренинг-семинары, включавшие первоначально теоретическое ознакомление и освоение дыхательных техник и методики аутогенной тренировки. На последующем этапе проведено практическое освоение и применение названных выше методов.

В дальнейшем через месяц менеджеры экспериментальной группы выполняли аутогенную тренировку в сочетании с дыхательными и физическими упражнениями. Сразу же после этого (примерно через 2-3 мин) определяли эмоциональную устойчивость (прибор «Активациометр») и, пользуясь компьютерными методиками, определяли динамические показатели - время простой сенсомоторной реакции и другие, показатели эмоциональной устойчивости, позволявшие получить наглядные, демонстративные, быстрые ответы, свидетельствовавшие об изменении в положительную сторону психофизиологических функций после работы.

Выбор этих методик был обусловлен наглядностью и информативностью для респондента, наблюдавшихся им результатов, и простотой использования этих методик. Результаты изменений психофизиологических показателей у менеджеров, участвовавших в эксперименте, после проведенного рабочего дня представлены в табл. 3.

Такой подход мы условно назвали: «отставленная биологическая обратная связь». Мы полагали, что многократное повторение положительного результата от проведенной «дыхательной технологии» будет фиксироваться в памяти менеджера и в дальнейшем скажется на отношении к тренингу.

Мы полагали, что наблюдавшиеся положительные эффекты со стороны психофизиологических функций, тотчас после выполнения аутогенной тренировки в сочетании с дыхательными и физическими упражнениями и

полученные после рабочего дня дадут «отставленный эффект» - изменение отношения к собственному здоровью, которое исследовали методикой Дерябо-Ясвина и методикой Рокича через четыре месяца у менеджеров контрольной и экспериментальной групп.

Под наблюдением было 20 менеджеров в контрольной группе и 27 - в экспериментальной группе.

Как явствует из таблиц 1 и 2, после проведенного рабочего дня у менеджеров как контрольной, так и экспериментальной групп возросли показатели времени простой сенсорной реакции на звук, показатели точности воспроизведения заданных временных интервалов, показателей выполнения ответных движений на специфический сигнал. Возросли показатели эмоциональной устойчивости.

Это объясняется развившимся утомлением после проведенного рабочего дня менеджерами. По динамике изменений психофизиологических показателей у отдельных представителей этой профессии можно судить о «непростой доле трудовой деятельности» менеджеров. Изменение

психофизиологических показателей менеджеров экспериментальной группы до и после работы представлены в таблице № 1.

Таблица 1.

Изменение психофизиологических показателей менеджеров экспериментальной группы до и после работы (М+m).

Тестируемые показатели	До работы	После работы
1) Время простой сенсомоторной реакции (с).	0.18±0.02	0.21±0.05 *
2) Точность воспроизведения заданных временных интервалов (с).	0.62±0.04	0,87±0.06 **
3) Выполнение ответных движений на специфический сигнал (в усл.ед.).	1.26±0.05	1.37±0.08 **
4) Эмоциональная устойчивость (в усл.ед.).	94,7±3.16	119,6±8,3 *

Примечание: * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

Изменение психофизиологических показателей менеджеров контрольной группы до и после работы представлены в таблице № 2.

Результаты, представленные в таблицах №1 и №2, близки по своим значениям. Они возростали после напряженного рабочего дня. Это касается и времени простой сенсомоторной реакции, свидетельствующей о появлении признаков утомления, и точности воспроизведения заданных временных интервалов и выполнения ответных движений на специфический сигнал, свидетельствующих о сниженных показателях свойств внимания, а в целом, развившемся утомлении. Также была снижена эмоциональная устойчивость.

Таблица 2.**Изменение психофизиологических показателей менеджеров контрольной группы до и после работы (M+m).**

Тестируемые показатели	До работы	После работы
1) Время простой сенсомоторной реакции (с).	0.18±0.02	0.21±0.05 *
2) Точность воспроизведения заданных временных интервалов (с).	0.62±0.04	0,87±0.06 **
3) Выполнение ответных движений на специфический сигнал (в усл.ед.).	1.26±0.05	1.37±0.08 **
4) Эмоциональная устойчивость (в усл.ед.).	94,7±3.16	119,6±8,3 *

Примечание: * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

Таблица 3.**Изменение психофизиологических показателей менеджеров после работы (экспериментальная группа) до и после выполнения дыхательной гимнастики**

Психофизиологические показатели	До выполнения дыхательной гимнастики	После выполнения дыхательной гимнастики
1) Время простой сенсомоторной реакции (с).	0.18 ± 0.05	0.15 ± 0.03 *
2) Точность воспроизведения заданных временных интервалов (с).	0.68 ± 0.06	0.61 ± 0.02 *
3) Выполнение ответных движений на специфический	1.38 ± 0.04	1.23 ± 0.08 **

Психофизиологические показатели	До выполнения дыхательной гимнастики	После выполнения дыхательной гимнастики
сигнал (в усл.ед.).		
4) Эмоциональная устойчивость (в усл.ед.).	124.4 ± 6.9	84.1 ± 5.7 *

Примечание: * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

Из таблицы 3 следует, что возросшие психофизиологические показатели (время простой сенсомоторной реакции, точность воспроизведения заданных временных интервалов, выполнение ответных движений на специфический сигнал и эмоциональная устойчивость) после выполнения дыхательной гимнастики приблизились к фоновым показателям, полученным до работы.

Через три недели повторно были измерены эти же психофизиологические показатели у менеджеров экспериментальной группы с целью прослеживания продолжительности эффекта от «дыхательной технологии». Как явствует из таблицы, результаты мало чем отличались от результатов, полученных тремя неделями ранее. Это свидетельствует о продолжительном эффекте действия «дыхательной технологии».

Таблица 4.

Изменение психофизиологических показателей после работы у менеджеров до и после выполнения дыхательной технологии (экспериментальная группа)

Тестируемые показатели	До выполнения дыхательной гимнастики	После выполнения дыхательной гимнастики
1) Время простой сенсомоторной реакции (с).	0.22 ± 0.09	0.19 ± 0.07 *

Тестируемые показатели	До выполнения дыхательной гимнастики	После выполнения дыхательной гимнастики
2) Точность воспроизведения заданных временных интервалов (с).	0.89 ± 0.07	0.86 ± 0.08 *
3) Выполнение ответных движений на специфический сигнал (в усл.ед.).	1.38 ± 0.09	1.29 ± 0.07 **
4) Эмоциональная устойчивость (в усл.ед.).	124.7 ± 8.91	94.6 ± 5.23 *

Примечание: * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$

После этого с менеджерами экспериментальной группы проводились тренинг-семинары, включавшие первоначально теоретическое ознакомление и освоение дыхательных техник и методики аутогенной тренировки. На последующем этапе проведено практическое освоение и применение названных выше методов.

Из таблицы 3 следует, что возросшие психофизиологические показатели (время простой сенсомоторной реакции, точность воспроизведения заданных временных интервалов, выполнение ответных движений на специфический сигнал и эмоциональная устойчивость) после выполнения дыхательной гимнастики приблизились к фоновым показателям, полученным до работы.

В дальнейшем через месяц менеджеры экспериментальной группы выполняли аутогенную тренировку в сочетании с дыхательными и физическими упражнениями. Сразу же после этого (примерно через 2-3 мин) определяли эмоциональную устойчивость (прибор «Активациометр») и, пользуясь компьютерными методиками, определяли время простой

сенсомоторной реакции и точность воспроизведения заданных временных интервалов, выполнение ответных движений на специфический сигнал показатели эмоциональной устойчивости, позволявшие получить наглядно положительную сторону психофизиологических функций после работы.

Выбор этих методик был обусловлен наглядностью и информативностью для респондента, наблюдавших им результатов, и простотой использования этих методик.

В связи с научно-техническим прогрессом требования к профессиональной деятельности будут все больше повышаться. Этим определяется настоятельная потребность в широких междисциплинарных исследованиях, которые должны привести к осуществлению таких мероприятий, которые избавили бы менеджеров от перегрузки и стресса.

Разработка и апробирование критериев и способов повышения работоспособности и снятия утомления у менеджеров имеет очень важное значение, поскольку значительное переутомление способствует снижению работоспособности и развитию неблагоприятных состояний вызванных длительной рабочей нагрузкой, большим объемом полученных на работе заданий.

Психофизиологические состояния (ПФС) являются одним из важных факторов, влияющих на деятельность менеджеров.

Актуальность изучения психофизиологических состояния (ПФС) определяется их вкладом в обеспечение эффективности деятельности и надежности человека, а также увеличением количества профессий и изменением условий труда, когда психофизиологические возможности человека становятся определяющими в развитии тех или иных ПФС.

Именно данные психофизиологических исследований в сочетании с психологическими методами обусловили исследования ПФС, выделив их в отдельный предмет изучения.

В русле этих исследований ПФС понимается как системная реакция (от организменного до социально-психологического уровня),

обеспечивающая необходимый уровень ресурсного обеспечения деятельности и компенсации возникающих затруднений.

Поскольку основным критерием изменения состояния является изменение ресурсного обеспечения, именно этот аспект является базовым в исследованиях ПФС и обуславливает применение электрофизиологических методов для их объективной оценки (Александров Ю.И., 1997).

Накоплено большое количество эмпирических данных о различных типах ПФС, а также разработаны методы и критерии их диагностики. Определены и типичные для профессиональной деятельности состояния: монотония, утомление и напряженность.

Нейроны дыхательного центра согласованно взаимодействуя между собой определяют дыхательный ритм – смену фаз; вдоха на выдох и наоборот. Нейроны дыхательного центра имеют прямые связи с нейронами ретикулярной формации.

Наиболее активны нейроны в фазу вдоха, менее активны в фазу выдоха. Совершая регулярные ритмичные вдохи, вдыхательные нейроны постоянно «подпитывают» нейроны ретикулярной формации.

Активирующие влияния из дыхательного центра и от нейронов ретикулярной формации поступают к коре больших полушарий головного постоянно и в исследованиях Сергиевского М.В., 1950, Сергиевского М.В. и соавт., 1975, 1993 показано, что в результате этого изменяется возбудимость нейронов коры. Поэтому изменение активности дыхательного центра и нейронов ретикулярной формации отражается на функциональном состоянии коры и тех функций, которые она выполняет.

Перечисленные факты свидетельствуют в пользу того, что управление дыхательными движениями в сочетании с аутотренингом и произвольными движениями, согласованно функционирующих, способно изменять активность стволовых образований и прежде всего ретикулярной формации – восходящей активирующей системы мозга, определяющих активность психофизиологических и психологических функций.

Из научной литературы известно, что дыхательные упражнения сочетанные с соматическими движениями сгибателей или разгибателей конечностей оказывают мощный эффект на функциональное состояние коры больших полушарий мозга и соответственно психофизиологические функции (М.В. Сергиевский, В.Е. Якунин и др.).

Это подтверждается данными при использовании дыхательных упражнений в психотерапевтической практике, спортивной, оздоровительной медицинской практике и в нашем исследовании.

Характер функционирования обеспечивающих деятельность физиологических и психологических систем организма позволил выделить системные основания для дифференциации состояний напряженности.

Результаты изменений психофизиологических показателей у менеджеров, участвовавших в эксперименте, после проведенного рабочего дня представлены в табл. 3.

Из результатов, представленных в таблице 3 следует, что показатели психоэмоционального состояния, оцениваемые при помощи прибора «Активациометр», оптимизировались после проведения любой дыхательной техники: особенно значительно при частоте 14 – 17 дыхательных движений в одну минуту.

Таблица 5.

Результаты исследования менеджеров экспериментальной группы по методике диагностики самочувствия, активности и настроения (САН).

№	Шкалы методики САН	УРОВЕНЬ				
		очень высокий	высокий	средний	средний с тенденцией к снижению	низкий
1.	Шкала самочувствия					

№	Шкалы	УРОВЕНЬ				
		8 %	13 %	39%	32%	8 %
2.	Шкала активности	6%	9%	24%	50%	11%
3.	Шкала настроения	24%	29%	22%	19%	6%

После выполнения «дыхательной технологии» (аутогенной тренировки в сочетании с дыхательными и физическими упражнениями) у всех менеджеров экспериментальной группы оптимизировались показатели психоэмоционального состояния: возросло количество менеджеров с оптимальным психоэмоциональным состоянием.

У некоторых менеджеров по выбору изучали умственную работоспособность и ситуативную тревожность: у всех повысилась умственная работоспособность и уменьшилась ситуативная тревожность.

Эмоциональная устойчивость, исследованная в условных единицах, дала следующие результаты. Ее показатели до дыхательного тренинга составляли $124,7 \pm 8,91$, а после тренинга $94,6 \pm 5,23$ ($p < 0,05$).

Показатели менеджеров контрольной группы имели следующие результаты: $109,8 \pm 9,7$ и $107,4 \pm 13,2$ усл. ед.

Диагностика самочувствия, активности, настроения проводилась при помощи методики «САН». Показатели, полученные методикой «САН» у менеджеров экспериментальной группы, после рабочего дня представлены в табл. 5.

Как явствует из таблицы, у 39 % менеджеров от общего количества испытуемых самочувствие находилось на среднем уровне - чувствовали себя нормально. И только 21 % чувствовали себя полностью работоспособными, так как имели высокий – 13 % и очень высокий – 8% уровень самочувствия -

шкала активности – половина группы, 50 % менеджеров имели средний уровень с тенденцией к снижению.

У 11 % менеджеров - низкий уровень активности. Отмечалось нарушение внимания, нежелание работать, пассивность. На среднем уровне была активность у 24 % от общего количества испытуемых. Активность была повышена у 6 %.

Шкала настроения – 53 % менеджеров имели очень высокие – 24 % и высокие – 29 % показатели по шкале. У 22 % от общего числа испытуемых настроение было нормальное. На среднем уровне с тенденцией к снижению настроения было 19 % испытуемых. Низкий уровень наблюдался у 6 %: преобладало чувство грусти, печали, пессимизма).

Результаты исследования шкал самочувствия, активности и настроения после проведенной «дыхательной технологии» показаны в табл.5. Отмечается возрастание высоких и очень высоких показателей и уменьшение средних с тенденцией к снижению показателей.

Из литературы известно, что при анализе функционального состояния важны не только значения его отдельных показателей, но и их соотношение. Дело в том, что у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. А вот по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением. Результаты исследования экспериментальной группы менеджеров выявляют нам ту же картину.

При очень высоких и высоких показателях настроения у 46 % менеджеров мы наблюдаем преобладание среднего уровня с тенденцией к снижению в показателях активности и самочувствия.

Диагностика менеджеров контрольной группы по методике «Самочувствие, активность, настроение» также проводилась в групповой форме в специально отведенное время через 3 месяца.

Полученные с помощью методики «САН» данные о психоэмоциональных состояниях менеджеров контрольной группы практически не изменились.

Таблица 6.

Результаты исследования менеджеров экспериментальной группы по методике диагностики самочувствия, активности и настроения (САН).

№	Шкалы методики САН	УРОВЕНЬ				
		очень высокий	высокий	средний	средний с тенденцией к снижению	низкий
1.	Шкала самочувствия	12%	20%	44%	24%	0%
2.	Шкала активности	7%	12%	42%	34%	5%
3.	Шкала настроения	24%	34%	23%	14%	5%

После применения «дыхательной психотехнологии» получены следующие результаты. В экспериментальной группе по шкале самочувствия у менеджеров, имевших очень высокий уровень (14%), обнаруживалось его снижение на 12%. У испытуемых, имевших высокий уровень (26%) на этапе констатации, отмечалось некоторое повышение уровня самочувствия. У менеджеров, имевших средний уровень самочувствия (41%), отмечалось его повышение на 23%. У остальных менеджеров (19%) изменения самочувствия отсутствовали.

Изменения у менеджеров контрольной группы были малозначительными.

Динамика показателей активности в экспериментальной группе: у 4% испытуемых, имевших высокий уровень на этапе констатации, выявлено

снижение активности, у испытуемых со средним уровнем (24), повышение активности отмечено на 16%, у менеджеров, имевших низкий уровень активности на этапе констатации (60%), отмечено повышение активности во всех случаях.

Изменения у менеджеров контрольной группы были малозначительными.

В экспериментальной группе по сравнению с данными первого исследования снизилось количество менеджеров с низким и пониженным настроением, в контрольной группе, напротив, наблюдалось повышение числа менеджеров и некоторое снижение числа менеджеров с высокими и очень высокими показателями настроения.

Показателем сформированности культуры здоровья являлось субъективное отношение к собственному здоровью (методика Дерябо С.Д. и Ясвина В.А.).

Существенные изменения среди диагностических параметров после проведения формирующего эксперимента мы наблюдали по широте, интенсивности, осознаваемости, эмоциональности, доминантности, сознательного отношения к собственному здоровью.

Психологический тест «Индекс отношения к здоровью» направлен на диагностику двух важнейших параметров отношения к здоровью, ЗОЖ, как интенсивность и доминантность.

Существующие у человека отношения к какому-то объекту определяет, что он чувствует, как думает, как действует и как поступает во всех ситуациях связанных, с этим объектом.

Показатели перцептивно-аффектного, когнитивного, практического и поступочного компонентов позволили нам по результатам этой методики оценить сформированность отношения к собственному здоровью и косвенно судить о культуре здоровья.

В процессе «распредмечивания», иными словами познания категории «здоровье», должны были изменяться последовательно показатели

перцептивно-аффективного, когнитивного, практического и поступочного компонентов.

Эмоциональный компонент, отражающий отношение к предмету познания, и выполняющий сигнальную и регулирующую функции, опережает все последующие компоненты и создает фон для появления познавательной мотивации. Нам казался не без интересным вопрос: изменяются ли все показатели процесса распределения.

Наиболее высокие показатели доминантности по методике Дерябо, Ясвина были получены у 76% менеджеров в экспериментальной группе. Показатели доминантности в контрольной группе были значительно ниже (только 49% менеджеров имели высокие показатели).

Результаты субтеста по доминантности показали, что в экспериментальной группе после тренинга возросли в $1,4 \pm 0,1$ раза ($p < 0,05$) показатели высокой доминантности и в $1,3 \pm 0,2$ показатели средней доминантности. В контрольной группе эти показатели не изменялись или изменялись не достоверно.

Показатели интенсивного отношения к собственному здоровью в контрольной практически не изменились, а в экспериментальной группе показатели по эмоциональной шкале состояли в следующем. Существенное повышение показателей наблюдали у менеджеров в экспериментальной группе (61%). А среди менеджеров контрольной группы эти показатели были средними и ниже средних (54%). Только у 2 - х менеджеров они были высокими.

Результаты изменения показателей интенсивности в контрольной и экспериментальной группах по познавательной шкале дали следующие результаты. Высокие и очень высокие показатели наблюдались у менеджеров в экспериментальной группе (58%). А в контрольной группе они соответствовали, в основном, средним (64%) и у одного менеджера были высокие показатели.

Результаты изменения показателей интенсивности в контрольной и экспериментальной группах по практической шкале дали следующие результаты. Высокие и очень высокие показатели наблюдались у менеджеров в экспериментальной группе (69%) . В контрольной группе высокие и очень высокие показатели отмечены у 42% менеджеров.

Результаты изменения показателей интенсивности в контрольной и экспериментальной группах по поступочной шкале состояли в следующем. Высокие и очень высокие показатели наблюдались в экспериментальной группе у 64% менеджеров. А в контрольной группе, в основном, отмечались средние и ниже среднего показатели.

Высокие и очень высокие показатели были у 38% менеджеров этой группы. Дополнительно к исследованиям отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни и культуре здоровья является отношение менеджеров к жизненно важным ценностям (см. табл. № 7, 8).

На табл. 7 и 8 представлено отношение менеджеров к жизненно важным ценностям в порядке значимости для них до и после 8 недельного дыхательного тренинга.

Таблица 7.

Отношение менеджеров к жизненно важным ценностям в порядке значимости для них до тренинга

№ п/п	Ценности	M (X _j)	m (X _{xj})	Ранг
1.	Материальные ценности (материальное благополучие)	2,61	1,43	1
2.	Природа и животные	7,47	3,91	7
3.	Любовь	5,47	2,81	5
4.	Здоровье	4,97	2,56	4
5.	Труд (профессия, учеба)	3,89	1,96	2

№ п/п	Ценности	M (Xj)	m (Xxj)	Ранг
6.	Духовность (нравственность, саморазвитие)	5,64	3,47	6
7.	Окружающие люди (друзья, счастье других людей)	4,88	2,79	3

Таблица 8.

**Отношение менеджеров к жизненно важным ценностям в порядке
значимости для них после дыхательного тренинга**

№ п/п	Ценности	M (Xj)	m (Xxj)	Ранг
1.	Материальные ценности (материальное благополучие)	2,33	1,11	1
2.	Природа и животные	5,32	2,90	5
3.	Любовь	5,54	2,7	6
4.	Здоровье	3,38	1,91	2
5.	Труд (профессия, учеба)	3,67	1,90	3
6.	Духовность (нравственность, саморазвитие)	4,58	2,46	4
7.	Окружающие люди (друзья, счастье других людей)	5,12	2,97	5

Материал таблиц свидетельствует, что при выявлении отношения менеджеров к жизненно важным ценностям в порядке значимости после дыхательного тренинга показатель здоровья с четвертого места переместился на второе.

Эти результаты свидетельствуют о том, что в результате применения дыхательной технологии сочетанной с аутотренингом и легкими физическими упражнениями отношение менеджеров к здоровью как ценности изменилось в положительную сторону.

У менеджеров контрольной группы отношение к здоровью как ценности не изменилось.

Следует отметить, что менеджеры экспериментальной группы изменив отношение к здоровью как ценности стали заботиться о здоровом образе жизни.

С этой целью менеджерам экспериментальной группы было предложено составить индивидуальную программу здорового образа жизни на один месяц, а после выполнения такого задания они должны были по желанию описать программу здорового образа жизни на год, включая отпускные дни. В составленных программах менеджерами особое внимание обращалось на режимные моменты трудового дня, соотношения времени, затраченного на активный отдых и время, проведенное на работе.

В этих же программах оценивалась социальная адаптация, как во время отдыха, так и на работе.

Существенное место в программах уделялось занятиям физической культурой с указанием вида физических упражнений, а также постоянное выполнение дыхательных упражнений, освоенных на тренинг – семинарах.

Также обращалось внимание на режим питания и соотношение калорийности принятой пищи выполняемым нагрузкам на работе и в быту.

Важное место в программах отводилось выполнению упражнений на расслабление скелетной мускулатуры, освоению техник саморегуляции помимо освоенной ранее аутогенной тренировки.

В личных беседах с менеджерами было установлено, что для оценки эффективности формирования здорового образа жизни и собственной культуры здоровья необходимо знать критерии, отражающие результат общей жизнедеятельности менеджера как на работе, так и в быту. Среди этих критериев менеджеры называли:

- обученность оздоровительным технологиям;
- учет состояния физического и психологического здоровья;
- нацеленность на достижение результата как при выполнении правил здорового образа жизни, так и на работе.

Со слов менеджеров обученность проявлялась в положительных результатах на работе и в семье. Учет состояния физического и психологического здоровья помогал дозировать режим дня и физиологические нагрузки.

Менеджеры также отметили, что после проведенной с ними работы, направленной на сохранение, укрепление и развитие здоровья, возросла нацеленность на достижение результата как при выполнении правил здорового образа жизни, так и на работе.

Полученные результаты в этой части работы показывают и подтверждают результаты исследования с определением индекса отношения к собственному здоровью.

Отношение менеджеров к жизненно важным ценностям в порядке значимости для них до тренинга и после тренинга.

После определения отношение менеджеров к жизненно важным ценностям в порядке значимости для них до тренинга и после тренинга нами был изучен индекс отношения к здоровью по методике Дерябо, Ясвина.

Методика изучения индекса отношения к здоровью позволила нам по результатам этой методики оценить сформированность отношения к собственному здоровью и косвенно судить о культуре здоровья.

Нами были сравнены показатели интенсивности и доминантности в динамике в контрольной группе и в этой же группе после проведения дыхательного тренинга у менеджеров экспериментальной группы.

Наиболее высокие показатели доминантности были у 76% респондентов в экспериментальной группе. Показатели доминантности в контрольной группе были значительно ниже (только у 49% менеджеров имели высокие показатели).

Результаты субтеста по доминантности показали, что в экспериментальной группе после тренинга возросли в $1,4 \pm 0,1$ раза ($p < 0,05$) показатели высокой доминантности и в $1,3 \pm 0,2$ показатели средней доминантности. В контрольной группе эти показатели не изменялись или изменялись не достоверно.

Результаты изменения показателей интенсивности в контрольной и экспериментальной группах по эмоциональной шкале состояли в следующем. Высокие и очень высокие показатели наблюдались у менеджеров в экспериментальной группе (61%). А среди менеджеров контрольной группы эти показатели были средними и ниже средних (54%). Только у 2 - х менеджеров они были высокими.

Результаты динамики показателей интенсивности в контрольной и экспериментальной группах по познавательной шкале дали следующие результаты. Высокие и очень высокие показатели наблюдались у менеджеров в экспериментальной группе (58%). А в контрольной группе они соответствовали, в основном, средним (64%) и у одного менеджера были высокие показатели.

Результаты изменения показателей интенсивности в контрольной и экспериментальной группах по практической шкале дали следующие результаты. Высокие и очень высокие показатели наблюдались у менеджеров в экспериментальной группе (69%). В контрольной группе высокие и очень высокие показатели отмечены у 42% менеджеров.

Результаты изменения показателей интенсивности в контрольной и экспериментальной группах по поступочной шкале состояли в следующем. У 64% менеджеров экспериментальной группы динамика изменений возросла.

А в контрольной группе, в основном, отмечались средние и ниже среднего показатели. Высокие и очень высокие показатели были у 38% менеджеров этой группы.

Одним из способов оптимизации, коррекции физиологических и психофизиологических функций человека являются техники дыхательных движений (Сафонов В.А. и соавт., 2000, Якунин В.Е. и соавт., 2005, 2014, и др.).

Предложено множество произвольных дыхательных техник, направленных на реабилитацию здоровья, изменения состояний сознания, коррекцию дыхательного паттерна, однако их реальная результативность и механизмы изменений физиологических и психофизиологических функций недостаточно изучены.

В работе были поставлены следующие задачи:

- 1) выявить влияние общеразвивающих и специальных дыхательных упражнений на повышение функциональных возможностей организма;
- 2) изучить механизмы влияния дыхательных техник на физиологические, психофизиологические функции;
- 3) разработать простую, надежную и физиологически обоснованную дыхательную технику;
- 4) оценить влияние различных техник на физиологические и психофизиологические показатели менеджеров;

Разработанные дыхательные техники могут быть использованы для увеличения функциональных возможностей при умственном и физическом утомлении, а также для коррекции физиологических и психофизиологических показателей здоровья менеджеров.

В течение одного месяца менеджеры осваивали дыхательные техники. Одной из особенностей примененных дыхательных техник являлось

сдавливание нижней части грудной клетки на вдохе (сопротивление вдоху) и во второй половине выдохе (афферентная стимуляция инспираторных ретикулярных нейронов).

Особенности примененных техник состояли в следующем. Одна из дыхательных техник состояла в использовании максимально возможного числа задержек дыхания на вдохе.

Вторая группа техник предлагала менеджерам дышать с частотой дыхания 30-40 в минуту при затрудненном вдохе (сжатие нижней части грудной клетки руками на вдохе).

При выполнении третьей серии техник менеджеры совершали произвольно глубокие вдохи и выдохи, но во второй половине выдоха создавали усиление афферентного потока, сдавливая грудную клетку руками. Предложенные техники чередовались. На выполнение техник отводилось 8-10 мин.

Менеджеры осваивали физиологические механизмы предложенных техник. От понимания механизмов зависела эффективность воздействия тех или иных дыхательных техник.

Критериями оценки наблюдавшихся изменений функционального состояния были: время простой сенсомоторной реакции, а также оценка психоэмоционального состояния, умственной работоспособности и тревожности.

Время простой сенсомоторной реакции на звуковой раздражитель использовали для оценки лабильности нервной системы. Для определения психоэмоционального состояния использовали прибор «Активациометр»: при этом оценивали низкие, оптимальные, высокие уровни психоэмоционального состояния.

Умственная работоспособность менеджеров определяли по «Таблице Шульте», при этом оценивалась устойчивость внимания и динамика работоспособности у испытуемых.

После выполнения разнонаправленных дыхательных техник у всех менеджеров оптимизировались показатели психоэмоционального состояния, возросло количество испытуемых с оптимальным психоэмоциональным состоянием, повысилась умственная работоспособность, уменьшилась ситуативная тревожность.

Проведенный формирующий эксперимент позволил нам выявить роль сочетанных влияний физических упражнений и техник саморегуляции (дыхательные упражнения) в сохранении устойчивости умственных и эмоциональных процессов к продолжительным нагрузкам.

Основными критериями оценки физиологических, психофизиологических состояний менеджеров в нашей работе были свойства нервной системы: лабильность, уравновешенность, а также данные психоэмоционального состояния - эмоциональной устойчивости; изменение координационных свойств ЦНС.

Известно, что от уровня лабильности (скорости протекания процессов возбуждения и торможения и их смены) зависят количественные и качественные характеристики многих психофизиологических и психологических функций.

В процессе исследования было выявлено, что выполнение дыхательного тренинга вызывает изменения свойств нервной системы, и повышение работоспособности менеджеров, характеризующие процесс утомления.

В работе обращалось внимание на обязательное сочетанное взаимодействие мышц сгибателей верхних конечностей с выдохом и мышц разгибателей рук с вдохом. Такая упорядоченность во взаимодействии имеет важное значение: при этом происходит суммация возбуждений в центральной нервной системе (Анохин П.К., Судаков К.В., Якунин В.Е. и др.).

Исходя из полученных результатов исследования, установлено, что при выполнении дыхательного тренинга возрастает поток афферентных

сигналов, направленных к нейронам ретикулярной формации и дыхательного центра, вследствие чего возрастает активность свойств нервной системы: подвижность, скорость возникновения процессов возбуждения и торможения, уравновешенность нервных процессов.

Это, вероятно, можно объяснить тем, что процесс образования сложных систем временных связей, зависит от свойств нервных процессов и их оптимизация приводит к более успешному формированию межнейронных связей, активации процессов в коре головного мозга, и в конечном итоге повышает работоспособность.

Физиологический механизм, объясняющий изменения умственной работоспособности, показателей свойств нервной системы а, в целом, функциональной лабильности ЦНС, включает активность мозговых структур всех трех уровней, важнейшим компонентом, которого является усиление активирующего влияния РФ и структур дыхательного центра на кору больших полушарий головного мозга (Лурия А.Р., Анохин П.К. и др.).

Правомерность такого заключения подтвердилась результатами электроэнцефалографических исследований, которые показали, что после выполнения дыхательной гимнастики и точечного массажа происходит повышение активности клеток коры головного мозга.

Таким образом, использование сочетанных воздействий физических упражнений и дыхательных упражнений, а также техник саморегуляции способствует восстановлению работоспособности у менеджеров после работы. Механизм такого восстановления состоит в том, что в результате физических и дыхательных упражнений возрастает поток афферентных (чувствительных) сигналов к стволовым образованиям головного мозга, где расположен дыхательный центр и нейроны ретикулярной формации. От нейронов ретикулярной формации и дыхательного центра, образующих восходящую активирующую систему мозга, поток сигналов направляется к коре больших полушарий головного мозга и повышает возбудимость и работоспособность ее нейронов, следствием чего является скорое

восстановление « работоспособности» и психофизиологических функций – внимания, активности психики и сознания и др.

Выводы по второй главе

1. Одним из эффективных способов оптимизации, коррекции физиологических и психофизиологических функций человека являются дыхательные движения в сочетании с аутогенной тренировкой и легкими физическими упражнениями.

2. Предложенная методика оказывает двойное воздействие на психофизиологические и психологические функции: кратковременное и долговременное.

3. Кратковременный эффект выражается в изменении в положительную сторону эмоциональной устойчивости, динамики протекания психофизиологических функций, состояния – активность, самочувствие, настроение, умственной работоспособности.

4. Долговременный эффект, наблюдавшийся через четыре месяца занятий предложенной технологией, состоял в изменении отношения к собственному здоровью («отставленный эффект биологической обратной связи»), и выразившемся в субъективном отношении к собственному здоровью. Эти результаты подтвердили данные об изменении ценностных ориентаций: отношение к собственному здоровью заняло приоритетное первое место.

5. Полученные данные указывают, что применение аутогенной тренировки в сочетании с дыхательными и физическими упражнениями положительно сказалось на психоэмоциональном состоянии менеджеров и отношении и мотивации к собственному здоровью.

По результатам исследования были проведены собеседования с группами менеджеров. Объективным показателем становления

положительной мотивации и отношения к собственному здоровью является отношение менеджеров к жизненно важным ценностям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Выявление признаков, психологических факторов и критериев здоровья – один из важных, ключевых вопросов, задающих практическую востребованность психологии здоровья как нового научного направления. Анализ современной отечественной и зарубежной научной литературы по этой проблеме позволил сделать ряд обобщений и определений.

Современная медицина находит решение оценки выраженности здоровья на уровне организма, то есть физического здоровья. Что же касается психического и социального здоровья, то все предлагаемые решения и способы оценки не всегда отражают объективную картину. Это обусловлено, прежде всего, сложной организацией психологического мира человека.

В психологии здоровья наряду с термином «психическое здоровье» рассматривается и понятие «психологическое здоровье», рассмотрим эти понятия и критерии оценки.

Психическое здоровье – это стабильное адекватное функционирование всех основных психических функций человека, составляющих психику человека и возможность адаптироваться к окружающей среде.

Степень психического состояния здоровья человека, оценить сложнее, чем степень физического здоровья. Центральным понятием в психологии здоровья, при оценке психического здоровья, является понятие о норме психического развития, опирающееся на соответствие психологического и биологического возраста человека. Критерии психического, психологического и социального благополучия человека должны определяться специалистом, с учетом жизненного пути клиента и его индивидуального представления о здоровье в данный конкретный период его жизни. Это сложный диагностический процесс, требующий большого профессионального опыта. В практике психологии здоровья, психологам, с целью определения психического здоровья, можно рекомендовать применять

подходы из клинической психологии и, за образец оценки принимать критерии нормы и нормативов.

Обычно, у большинства людей, представления нормы равны наличному здоровью, а категория нормы используется в качестве базового критерия для сравнения актуального (текущего) и обычного (постоянного) состояния людей. Все отклонения от нормы в основном рассматриваются как болезнь.

Для диагностики психического здоровья применяются методы исследования медицинской и клинической психологии.

Психологическое здоровье – это непрерывное развитие личности, как динамическое состояние внутреннего благополучия (согласованности) личности, составляющее ее суть и актуализация индивидуальных, возрастных и психологических возможностей на всех этапах развития (В.Э. Пахальян, 2001г.)

Критерии психологического здоровья рассматриваются большинством авторов по А.Эллису.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности, в зависимости от цели, психологами применяются любые из вышеперечисленных критериев. В арсенале психологов большое разнообразие методов диагностики психологического здоровья и экспресс-опросников, например: самооценка физического, психического и социального здоровья Г. С. Никифоров, Л. И. Августова и многие другие.

На социальном уровне человек рассматривается как общественная единица, исполняющая социальную функцию и реализующая социальную роль на благо обществу. На этом уровне, большое значение приобретает изучение социальных факторов влияющих на здоровье человека. Социальное здоровье определяется количеством и качеством межличностных связей индивида и степенью его участия в жизни общества. Нарушения в сфере социального здоровья могут быть обусловлены доминированием определенных личностных свойств,

например: конфликтностью, эгоцентризмом и т. д. (Г. С. Никифоров, Л. И. Августова).

Критерии социального здоровья – это направленность личности на общественно полезную деятельность, восприятие социальной действительности через призму адекватности, искренний интерес к сообществу и окружающему миру, эффективное самоуправление и самосовершенствование с гармонично сочетающимся альтруизмом, эмпатией, ответственностью перед социумом.

Анализ описанных критериев психического и социального здоровья подтверждает гипотезу о том, что каким-то одним критерием не исчерпать сути вопроса. Как указывалось ранее, решение может быть найдено при комплексном и системном подходе к оценке здоровья.

Перечень признаков здоровья представляет собой определенную целостную, на наш взгляд, систему, учитывающую виды и содержательные характеристики здоровья. Таким образом, здоровье подразумевает наличие всех названных или большинства признаков и вместе с тем, определенную относительность проявления данных характеристик.

В целом, анализируя представленные системы критериев и факторов психического и социального здоровья, можно увидеть определенную повторяемость. Необходимо перечислить те из них, которые наиболее часто характеризуют психическое здоровье. Психически здоровый человек адекватно воспринимает себя, обладает адекватностью психического отражения и способностью концентрации внимания на предмете, удерживает информацию в памяти, способен к логической обработке информации, обладает критичностью мышления, креативностью (способностью к творчеству, умение пользоваться интеллектом) и дисциплиной ума.

Среди признаков, характерных для психического нездоровья, неблагополучия, руководствуясь приведенной выше логикой рассуждения, следует выделить следующие. В сфере психических процессов чаще упоминаются: неадекватная самооценка (завышенная или заниженная);

нелогичность; нарушенная когнитивной активности; хаотичность, категоричность и не критичность мышления; высокая внушаемость.

В эмоциональной сфере психическое нездоровье может характеризоваться наличием аффективной тупости; беспричинной злости; враждебности; ослаблении высших и низших инстинктивных чувств; повышенной тревожностью.

В целом нездоровая личность достаточно дезинтегрирована; пассивна, у нее отсутствует интерес и любовь к близким, обладает, как правило, неадекватной самооценкой, слабой волей и неадекватным (ослабленным или гипертрофированным) самоконтролем. Ее социальное неблагополучие проявляется в дезадаптивном поведении; конфликтности; враждебности; эгоцентризме и др.

Одним из способов оптимизации, коррекции физиологических и психофизиологических функций человека являются техники дыхательных движений (Сафонов В.А. и соавт., 2000, Якунин В.Е. и соавт., 2005, 2014, 2016 и др.).

Предложено множество произвольных дыхательных техник, направленных на реабилитацию здоровья, изменения состояний сознания, коррекцию дыхательного паттерна, однако их реальная результативность и механизмы изменений физиологических и психофизиологических функций недостаточно изучены.

В экспериментальной части исследования нами был проведен формирующий эксперимент, основной целью которого являлось изучение влияния дыхательного тренинга, сочетанного с аутогенной тренировкой и легкими физическими упражнениями на психофизиологические функции (эмоциональную устойчивость, ситуативную тревожность и др.) и степень мотивированности к собственному здоровью у менеджеров.

Формирующий эксперимент проходил в три этапа. Тренинг- семинары проводились по общепринятой методике. Они включали знакомство с группами, постановку цели и задач тренинга в экспериментальной группе,

демонстрацию и освоение методик, направленных на диагностику и сохранение и укрепление собственного здоровья, изучение в группе и индивидуально современных техник саморегуляции и известных и малоизвестных дыхательных техник, практическое освоение «дыхательной технологии», разработанной нами совместно с научным руководителем.

С декабря 2015 года по март 2016 года менеджеры экспериментальной группы продолжали осваивать «дыхательную технологию». Под «дыхательной технологией» в нашей работе понималось сочетанное во времени действие аутогенной тренировки и дыхательных упражнений. Она включала последовательное выполнение следующих процедур после рабочего дня (два раза в неделю по 15-20 мин): сначала аутогенная тренировка, затем дыхательные упражнения, описанные в начале работы. После их освоения в сочетанном варианте элементы аутотренинга были включены в «дыхательную технологию». До и после выполнения этих процедур каждый участник совместно с экспериментатором проводили оценку психофизиологических качеств (эмоциональной устойчивости, скорости протекания психофизиологических процессов, самочувствия, настроения, активности, ситуативной тревожности и др.), используя описанные выше методики. Особое внимание обращалось на изменения психофизиологических показателей, регистрируемых приборами и вызванные «дыхательной технологией». Через четыре месяца у менеджеров экспериментальной и контрольной групп исследовали психофизиологические показатели после дневной работы и в заключении оценивали отношение к собственному здоровью и здоровью как ценности.

На первом этапе были проведены шесть тренинг-семинаров, направленных на формирование знаний, умений и навыков сохранения, укрепления и развития здоровья, а также овладения методами оценки психофизиологического состояния собственного здоровья, физиологического и психофизиологического функционального состояния.

Тренинг - семинары проводились по общепринятой методике. Они включали знакомство с группами, постановку цели и задач тренинга в экспериментальной группе, демонстрацию и освоение методик, направленных на диагностику и сохранение и укрепление собственного здоровья, изучение в группе и индивидуально современных техник саморегуляции и известных и малоизвестных дыхательных техник, практическое освоение «дыхательной технологии», разработанной нами совместно с научным руководителем.

На втором этапе оценивали изменение психофизиологических показателей у менеджеров контрольной и экспериментальной групп сразу после проведенной работы. Менеджеры экспериментальной группы проводили после работы «дыхательный тренинг», под которым мы понимали осуществление дыхательных упражнений в сочетании с аутогенной тренировкой и легкими физическими упражнениями мышц сгибателей и разгибателей рук.

Менеджеры экспериментальной группы при оценке изменений показателей психофизиологических функций осуществляли визуальный контроль на экране компьютера и прибора «Активациометра» и анализировали полученные результаты совместно с экспериментатором. Отчетливые различия в показателях до и после «дыхательного тренинга» у менеджеров должны были изменить в целом отношение к собственному здоровью.

У каждого участника экспериментальной группы работа с приборами занимала четыре занятия, а в остальных двадцати шести занятиях, проведенных в течение четырех месяцев, были проведены только «дыхательные тренинги».

После проведенного рабочего дня у менеджеров как контрольной, так и экспериментальной групп возросли показатели времени простой сенсорной реакции на звук, показатели точности воспроизведения заданных временных

интервалов, показателей выполнения ответных движений на специфический сигнал. Возросли показатели эмоциональной устойчивости.

Это объясняется развившимся утомлением после проведенного рабочего дня менеджерами. По динамике изменений психофизиологических показателей у отдельных представителей этой профессии можно судить о «непростой доле трудовой деятельности» менеджеров.

Возросшие психофизиологические показатели (время простой сенсомоторной реакции, точность воспроизведения заданных временных интервалов, выполнение ответных движений на специфический сигнал и эмоциональная устойчивость) после выполнения дыхательной гимнастики приблизились к фоновым показателям, полученным до работы.

Через три недели повторно были измерены эти же психофизиологические показатели у менеджеров экспериментальной группы с целью прослеживания продолжительности эффекта от «дыхательной технологии». Как явствует из таблицы, результаты мало чем отличались от результатов, полученных тремя неделями ранее. Это свидетельствует о продолжительном эффекте действия «дыхательной технологии».

Диагностика самочувствия, активности, настроения проводилась при помощи методики «САН». Показатели, полученные методикой «САН» у менеджеров экспериментальной группы, после рабочего дня дали следующие результаты.

У 39 % менеджеров от общего количества испытуемых самочувствие находилось на среднем уровне - чувствовали себя нормально. И только 21 % чувствовали себя полностью работоспособными, так как имели высокий – 13 % и очень высокий – 8% уровень самочувствия - шкала активности – половина группы, 50 % менеджеров имели средний уровень с тенденцией к снижению. У 11 % менеджеров - низкий уровень активности.

Отмечалось нарушение внимания, нежелание работать, пассивность. На среднем уровне была активность у 24 % от общего количества испытуемых. Активность была повышена у 6 %.

Шкала настроения – 53 % менеджеров имели очень высокие – 24 % и высокие – 29 % показатели по шкале. У 22 % от общего числа испытуемых настроение было нормальное. На среднем уровне с тенденцией к снижению настроения было 19 % испытуемых. Низкий уровень наблюдался у 6 %: преобладало чувство грусти, печали, пессимизма).

Результаты исследования шкал самочувствия, активности и настроения после проведенной «дыхательной технологии» выявили следующее. Отмечалось возрастание высоких и очень высоких показателей и уменьшение средних с тенденцией к снижению показателей.

Из литературы известно, что при анализе функционального состояния важны не только значения его отдельных показателей, но и их соотношение. Дело в том, что у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны.

А вот по мере нарастания утомления соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением. Результаты исследования экспериментальной группы менеджеров выявляют нам ту же картину.

При очень высоких и высоких показателях настроения у 46 % менеджеров мы наблюдаем преобладание среднего уровня с тенденцией к снижению в показателях активности и самочувствия.

Диагностика менеджеров контрольной группы по методике «Самочувствие, активность, настроение» также проводилась в групповой форме в специально отведенное время .

Полученные с помощью методики «САН» данные о психоэмоциональных состояниях менеджеров контрольной группы практически не изменились.

На третьем заключительном этапе, используя методику Дерябо – Ясвина и методику Рокича, оценивали долговременный эффект «дыхательного тренинга» по результатам изменений отношения к собственному здоровью и оценки здоровья как ценности.

Психологический тест «Индекс отношения к здоровью» направлен на диагностику двух важнейших параметров отношения к здоровью, ЗОЖ, как интенсивность и доминантность. Существующие у человека отношения к какому-то объекту определяет, что он чувствует, как думает, как действует и как поступает во всех ситуациях связанных, с этим объектом.

Показатели перцептивно-аффектного, когнитивного, практического и поступочного компонентов позволили нам по результатам этой методики оценить сформированность отношения к собственному здоровью и косвенно судить о культуре здоровья.

Наиболее высокие показатели доминантности были у 76% менеджеров в экспериментальной группе. Показатели доминантности в контрольной группе были значительно ниже (только 49% менеджеров имели высокие показатели).

Результаты субтеста по доминантности показали, что в экспериментальной группе после проведения «дыхательного тренинга» возросли в $1,4 \pm 0,1$ раза ($p < 0,05$) показатели высокой доминантности и в $1,3 \pm 0,2$ показатели средней доминантности. В контрольной группе эти показатели не изменялись или изменялись не достоверно.

Показатели интенсивного отношения к собственному здоровью в контрольной практически не изменились, а в экспериментальной группе показатели по эмоциональной шкале состояли в следующем.

Существенное повышение показателей наблюдали у менеджеров в экспериментальной группе (61%). А среди менеджеров контрольной группы эти показатели были средними и ниже средних (54%). Только у 2 - х менеджеров они были высокими.

Результаты изменения показателей интенсивности в контрольной и экспериментальной группах по познавательной шкале дали следующие результаты. Высокие и очень высокие показатели наблюдались у менеджеров в экспериментальной группе (58%). А в контрольной группе они

соответствовали, в основном, средним (64%) и у одного менеджера были высокие показатели.

Полученные данные указывают, что применение аутогенной тренировки в сочетании с дыхательными и физическими упражнениями положительно сказалось на психоэмоциональном состоянии менеджеров и отношении и мотивации к собственному здоровью, здоровье после проведенного исследования у менеджеров экспериментальной группы стало признаваться важнейшей ценностью.

Разработанные дыхательные техники могут быть использованы для увеличения функциональных возможностей при умственном и физическом утомлении, а также для коррекции физиологических и психофизиологических показателей здоровья не только менеджеров, но и других слоев населения.

Выводы

1. Одним из эффективных способов оптимизации, коррекции физиологических и психофизиологических функций человека являются дыхательные движения в сочетании с аутогенной тренировкой и легкими физическими упражнениями.

2. Предложенная методика оказывает двоякое воздействие на психофизиологические и психологические функции: кратковременное и долговременное.

3. Кратковременный эффект выражается в изменении в положительную сторону эмоциональной устойчивости, динамики протекания психофизиологических функций, состояния – активность, самочувствие, настроение, умственной работоспособности.

4. Долговременный эффект, наблюдавшийся через четыре месяца занятий предложенной технологией, состоял в изменении отношения к собственному здоровью («отставленный эффект биологической обратной

связи»), и выражавшемся в субъективном отношении к собственному здоровью. Эти результаты подтвердили данные об изменении ценностных ориентаций: отношение к собственному здоровью заняло приоритетное первое место.

5. Полученные данные указывают, что применение аутогенной тренировки в сочетании с дыхательными и физическими упражнениями положительно сказалось на психоэмоциональном состоянии менеджеров и отношении и мотивации к собственному здоровью. По результатам исследования были проведены собеседования с группами менеджеров. Объективным показателем становления положительной мотивации и отношения к собственному здоровью является отношение менеджеров к жизненно важным ценностям.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Агаджанян, Н. А. Экология и здоровье человека [Текст] / Н.А. Агаджанян // Вестник новых медицинских технологий. - Тула, 1996. - № 2. – С. 53-55.
2. Александров, Ю.И. Основы системной психофизиологии [Текст] / Ю.И. Александров // Современная психофизиология. - М.: Инфра, 1997. - С. 36-68.
3. Аминов, Г.А. Новое направление в изучении нейроструктурных основ индивидуальных различий [Текст] / Г.А. Аминов // Вопросы психологии. – 1999. – С. 114-115.
4. Амонашвили, Ш. А. Педагогика здоровья [Текст] / Ш.А. Амонашвили, Алексин А.Г. - М.: Педагогика, 1990. – С. 220-262.
5. Амосов, Н. М. Раздумья о здоровье [Текст] / Н. М. Амосов. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – С. 63-70.
6. Амунц, В.В. Структурные особенности ретикулярной формации ствола мозга [Текст] / В.В. Амунц // Материалы 8-й Всесоюзной конференции по электрофизиологии центральной нервной системы. – Ереван, 1980. - С. 507.
7. Анисимов, С. Ф. Духовные ценности: производство и потребление [Текст] / С.Ф. Анисимов. – М.: Мысль, 1988. – 253 с.
8. Анохин, П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем [Текст] / П.К. Анохин. - М.: Наука, 1987. – 304 с.
9. Анохин, П. К. Философские аспекты теории функциональных систем [Текст] / П.К. Анохин. - М.: Наука, 1978. - С. 35-44.
10. Апанасенко, Г. Л. Физическое развитие детей и подростков [Текст] / Г.Л. Апанасенко. – Киев: Здоров`я, 1985. – 79 с.
11. Аршавский, И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития [Текст] / И.А. Аршавский. – М., 1982. – 250 с.

12. Аугенберг, И.В. Динамика формирования психофизических шкал у школьников [Текст] / И.В. Аугенберг // Вопросы психологии. - 1996. - № 1. - С. 108-114.
13. Баевский, Р. М. Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения теории адаптации [Текст] / Р.М. Баевский // Вестник АМН СССР. - 1989.-№ 8. - С. 73-78.
14. Базарный, В. Ф. О механизме "расчеловечивания" человека в традиционной школе [Текст] / В.Ф. Базарный // Педагогический вестник. - 1997.- № 8. - С. 3.
15. Беленков, Н.Ю. Принцип целостности в деятельности мозга [Текст] / Н.Ю. Беленков. - М.: Медицина, 1980. - 308 с.
16. Бернштейн, Н. А. Очерки по физиологии движения и физиологии активности [Текст] / Н.А. Бернштейн. - М.: Медицина, 1966. - 347 с.
17. Бернс, Р. Развитие Я – концепции и воспитание [Текст] / Р. Бернс. - М.: Прогресс, 1986. - 422 с.
18. Большая советская энциклопедия (БСЭ). – М. 1979. – т.9.
19. Давыдов, В. В. Культура, образование, мышление [Текст] / В.В. Давыдов, Зинченко В.П. – М.: Перспективы. – 1992. - №1. – С.10-11.
20. Дерябо, С. Д. Экологическая педагогика и психология [Текст] / С.Д. Дерябо, Ясвин В.А.– Ростов-на-Дону, 1996. - 256 с.
21. Здравомыслов, А. Г. Потребности, интересы, ценности [Текст] / А.Г. Здравомыслов. – М.: Политиздат, 1986. – 223с.
22. Галеев, А. Р. Использование показателей сердечного ритма для оценки функционального состояния менеджеров с учетом их возрастных особенностей и уровня двигательной активности [Текст] / А.Р. Галеев / Автореф. дис.канд. биол. наук. - Новосибирск, 1999. - 24 с.
23. Глебовский, В. Д. Центральные механизмы, определяющие и регулирующие периодическую деятельность дыхательных мышц [Текст] / В.Д. Глебовский // Физиология дыхания. - 1994. - С. 355-416.

- 24.Глебовский, В. Д. О рефлексах растяжения межреберных мышц [Текст] / В.Д. Глебовский // Физиол. журн. СССР. - 1965. - Т. 51. - С. 1420-1426.
- 25.Горбунов, С. А. Роль физической культуры в совершенствовании умственной готовности к обучению и профессиональной деятельности [Текст] / С.А. Горбунов, А.В. Дубровский // Теор. и практ. физ. культ. – 2002. - №12. - С. 13-14.
- 26.Гурфинкель, В. С. Управление движением [Текст] / В.С. Гурфинкель // Основы психофизиологии. - М., 1997. - С. 93-105.
- 27.Данилова, Н. Н. Функциональные состояния: механизмы и диагностика [Текст] / Н.Н. Данилова. - М.: МГУ, 1985. - С. 287.
- 28.Данько, Ю. И. О механизмах адаптации дыхания к мышечной деятельности человека [Текст] / Ю.И. Данько // Дыхание и спорт. - М., 1971. - С. 84-93.
- 29.Дикая, Л. Г. Исследования индивидуального стиля саморегуляции психофизиологического состояния [Текст] / Л.Г. Дикая // Психологический журн. - 1994. - Т. 15. - №6. - С. 28-33.
- 30.Иваницкий, А. М. Информационные процессы мозга и психическая деятельность [Текст] / А.М. Иваницкий. - М., 1996. - С. 88-104.
- 31.Казин, Э. М. Комплексный подход к оценке функциональных состояний человека [Текст] / Э.М. Казин // Физиология человека. - 2001. - Т.27. - № 2. - С. 112-121.
- 32.Конопкин, А. О. Психическая саморегуляция произвольной активности человека [Текст] / А.О. Конопкин // Вопросы психологии. - 1995. - №1. - С. 5-12.
- 33.Ланда, Б. Х. Методика комплексной оценки показателей здоровья [Текст] / Б.Х. Ланда. – Казань, 1999. – 173 с.
- 34.Леонтьев, А. Н. Деятельность, сознание, личность [Текст] / А.Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1977. – 303 с.

35. Леонтьев, А. Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н. Леонтьев. – М., 1984. – 584 с.
36. Линдеман, Х. Аутотреннинговая тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности [Текст] / Х. Линдеман. – М., 1980. – С.10-15.
37. Лисицын, Ю. П. Здоровье человека – социальная ценность [Текст] / Ю.П. Лисицын. - М.: Мысль, 1988. – 270 с.
38. Ломов, Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии [Текст] / Б.Ф. Ломов. – М., 1984. - 347 с.
39. Маркова, А. К. Формирование мотивации учения [Текст] / А.К. Маркова, Матис Т.А., Орлов А.Б. – М.: Просвещение, 1990. – 192с.
40. Маслоу, А. Технология бытия [Текст] / А. Маслоу – М., "Рефл-бук", "Ваклер", 1997. - 236 с.
41. Медведев, В.И. Взаимодействие физиологических и психологических механизмов в процессе адаптации [Текст] / В.И. Медведев // Физиология человека. - 1998. – Т. 24. - № 4. - С. 7.
42. Медведев, С.В. Динамика биоэлектрической активности [Текст] / С.В. Медведев, Е.Б. Лысков, З.А. Алесаян // Физиология человека. - 1992. - Т. 18. - № 5. - С. 41-47.
43. Мельников, А.Х, Веневцева, Ю.Л. Современные возможности оценки функционального состояния нервной системы спортсмена [Текст] / А.Х. Мельников, Ю.Л. Веневцева. - Тула, 2000. – С. 55-97.
44. Мерлин, В.С. Очерк теории темперамента [Текст] / В.С. Мерлин. - Пермь, 1973. - С. 55-84.
45. Меркулова, Н.А. Зависимость дыхательных реакций от функционального состояния гомотопных структур центральной нервной системы [Текст] / Н.А. Меркулова. - Куйбышев, 1988. - С. 90-91.
46. Мудрик, А. В. Педагогическое влияние на процесс обучения школьников [Текст] / А.В. Мудрик. – М.: МГУ, 1987. – 89с.
47. Мэгун, Г. Бодрствующий мозг [Текст] / Г. Мэгун. - М., 1949.

48. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы [Текст] / В.Н. Мясищев. – Л., 1960. – 263 с.
49. Небылицин, В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий [Текст] / В.Д. Небылицин. - М.: Наука, 1976. – 336 с.
50. Небылицин, В.Д. Основные свойства нервной системы человека [Текст] / В.Д. Небылицин. - М., 1966. - С. 67-76.
51. Никандров, Н. Д. Проблема ценностей в Российском обществе [Текст] / Н.Д. Никандров // Школа. – 1999. - №4. – С. 6-9.
52. Никифоров, Г. С. Психология здоровья [Текст] / Г.С. Никифоров. - СПб.: Речь, 2002. - 256 с.
53. Нортхофф, Г. Психомоторные феномены как примеры функциональной организации и соотношение психики и мозга: системное нейropsychиатрическое рассмотрение нейрофилософской проблемы [Текст] / Г. Нортхофф // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. - N 4. - С. 66-67.
54. Окс, Дж. Основы нейрофизиологии [Текст] / Дж. Окс. - М.: Мир, 1974.
55. Платонов, К. К. Структура и развитие личности [Текст] / К.К. Платонов. - М.: Наука, 1986. - 254 с.
56. Симонов, П. В. Темперамент. Характер. Личность [Текст] / П.В. Симонов, Ершов П.М. – М.: Наука, 1984. – 160 с.
57. Сураева, Л. М. Педагогика и психология здоровья школьников [Текст] / Л.М. Сураева, Якунин В.Е., Иванова В.Е. – Тольятти: «Развитие через образование», 2002. - 155 с.
58. Сафонов, В. А. Дыхание [Текст] / В.А. Сафонов. – М., 2000. – 254 с.
59. Семенова, Н. А. Дыхательная гимнастика [Текст] / Н. А. Семенова. - СПб.: Издательство "Диля", 2003. - С. 128.
60. Сергиевский, М. В., Габдрахманов, Р. Ш., Огородов, А. М., Сафонов, В. А., Якунин, В. Е. Структура и функциональная организация дыхательного центра [Текст] / М.В. Сергиевский, Р.Ш. Габдрахманов,

- А.М. Огородов, В.А. Сафонов, В.Е. Якунин. – Новосибирск: Изд-во НГУ, 1993. – 192 с.
61. Синяков, А. Ф. Гимнастика дыхания [Текст] / А.Ф. Синяков. - М.: Знание, 1991.
62. Сметанкин, А. Учитель здоровья [Текст] / А. Сметанкин. - СПб.: Питер, 2003. – 160 с.
63. Судаков, К. В. Основы функциональной системы [Текст] / К.В. Судаков. - М.: Медицина, 2000. – 234 с.
64. Теплов, Б. М. Избранные труды [Текст] / Б.М. Теплов. - М.: Педагогика, 1985. - Т. 1.329. - с.Т.2. - с. 360.
65. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп [Текст] / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Просвещение, 2002.
66. Фетинский, Н. П. Перцептивная оценка типа стрессоустойчивости [Текст] / Н.П. Фетинский / Социально – психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М.: Институт Психотерапии, 2005. – 490 с.
67. Хухлаева, О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / О. В. Хухлаева. - 2-е изд., стер. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. - 208 с.
68. Ханцеверов, Ф. Этиология гуманитарная [Текст] / Ф. Ханцеверов. – М.: Изд-во: ЭНИО, 2002. - С. 152-164.
69. Чуприкава, Н.И., Ратанова, Т.А. Величина ощущений, объективные реакции организма на стимулы возрастающей интенсивности и сила нервной системы [Текст] / Н.И. Чуприкава, Т.А. Ратанова // Психологический журнал. - 1983. - Т. 4. - № 6. С. 49-53.
70. Швырков, В.Б. Нейрофизиологические изучение системных механизмов поведения [Текст] / В.Б. Швырков. - М., 1978. – С. 230-239.
71. Шик, Л. Л. Основные принципы регуляции дыхания [Текст] / Л.Л. Шик // Физиология дыхания. - Л., 1994. - С. 279-286.

72. Шик, Л. Л. Основные черты управления дыханием [Текст] / Л.Л. Шик, И.С. Бреслав // Управление деятельностью висцеральных систем. - Л.: Наука, 1983. - С.209- 215.
73. Эксакусто, Т. В. Групповая психокоррекция [Текст] / Т. В. Эксакусто. - Ростов н/Д: Феникс, 2015. - 254 с.
74. Юркевич, В.С. Саморегуляции как фактор общей одаренности [Текст] / В.С. Юркевич / Проблемы дифференциальной психофизиологии. - М.: Педагогика. - 1972. - Т.7. - С. 233-249.
75. Якунин, В.Е. Функциональная организация медиальных и латеральных ядер дыхательного центра и нейронные механизмы их взаимодействия [Текст] / В.Е. Якунин // Дис. докт. - Казань, 1987.
76. Якунин, В.Е., Гокин, А.П., Сергиевский, М.В. Коррекция дыхательных расстройств электростимуляцией некоторых структур дыхательного центра [Текст] / В.Е. Якунин, А.П. Гокин, М.В. Сергиевский // Бюлл. exper. биол. и мед. - 1981. - № 3. - С. 286-288.
77. Якунин, В.Е. О роли афферентных сигналов и адренореактивных структур в деятельности нейронов дыхательного центра [Текст] / В.Е. Якунин // Дисс. канд. - Куйбышев, 1972.
78. Якунин, В.Е. Влияние внешнего дыхания на состояние психических функций [Текст] / В.Е. Якунин. – ТФСГПУ, 1996. - С. 130.
79. Якунин, В.Е., Сураева, Л.М., Шклярова, О.А., Горелик, В.В. Психолого-педагогические условия и этапы формирования культуры здоровья школьников [Текст] / В.Е. Якунин, Л.М. Сураева, О.А. Шклярова, В.В. Горелик // Современные проблемы профессионального образования. - Тольятти, 2002. - С. 171-182.
80. Якунин, В. Е., Чемпалова, Л. С. Электрофизиологический анализ поведения и деятельности человека [Текст] / В.Е. Якунин, Л.С. Чемпалова. – Тольятти: ТГУ, 2005. – С. 204-206.

81. Якунин, В. Е. Функциональная организация медиальных и латеральных ядер дыхательного центра и нейронные механизмы их взаимодействия [Текст] / В.Е. Якунин // Дис. докт. - Казань, 1987.
82. Якунин, В. Е. Влияние афферентации с рецепторных полей тройничного нерва и дыхательного аппарата на основные свойства центральной нервной системы менеджеров [Текст] / В.Е. Якунин, В.В. Гарелик // Физическая культура: Воспитание, образование, тренировка. – 2006. - №1. – С. 9-14.
83. Freudenberger, H. J. Staff burn-out / H. J. Freudenberger // *Jornal of Social Issues*. - 1974. - Vol. 30. - P. 159-165.
84. Lazarus, R. S. Psychological Stress and the Coping Process / R. S. Lazarus. -

ПРИЛОЖЕНИЕ

Содержание программы тренинга

Тренинг направлен на общее знакомство с дыхательными техниками, технологией их проведения, непосредственное участие в занятиях с целью последующего применения полученных знаний в групповой работе с клиентами.

Тренинг дыхательных психотехнологий способствует повышению удовлетворенности собой и самоуважения.

Предлагаемая программа направлена на получение отдельных навыков оказания самопомощи, взаимопомощи при утомлении, монотонности, помогает личностному росту ее участников, гармонизации их устремлений, желаний и осмыслений собственной жизни, способствует профессиональной и личностной эффективности, повышению работоспособности.

Курс включает теоретическую часть по обучению проведению тренинговых занятий с использованием дыхательных психотехнологий и практическую часть на формирование отдельных навыков применения дыхательных техник, познания себя, волевой саморегуляции.

ЦЕЛЬ КУРСА:

Коррекция функциональных состояний менеджеров средствами дыхательных психотехнологий, самопознание – раскрытие и правдивое представление о своей личности, о механизмах ее реализации в социальном окружении.

ЗАДАЧИ КУРСА:

– освоение теоретических основ и получение практических навыков проведения тренинговых занятий с использованием дыхательных психотехнологий, направленных на борьбу с негативными функциональными состояниями, повышение работоспособности,

активности менеджеров вуза, саморефлексию;

- ознакомление с различными дыхательными техниками, медитативными, телесноориентированными и другими психотехниками, связанными с измененными состояниями сознания;
- изучение процессов связного дыхания и расширенных состояний сознания на уровнях физиологии, психофизиологии, психологии;
- снятие проблем затрудняющих развитие эмпатии и рефлексии;
- развитие способности адекватного и наиболее полного познания себя и клиентов для организации продуктивного взаимодействия.

Группа может также облегчить процесс самопонимания для того, чтобы попытка самораскрытия стала возможной, необходимо соучастие и принятие группой каждого конкретного человека. Самораскрытие и самоизменение поощряется другими, что усиливает уверенность в себе.

Группа тренинга - это искусственно созданная малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения и самораскрытия. Такое взаимодействие организуется по принципу "здесь и теперь", при котором участники изучают происходящие с ними процессы взаимодействия в данный момент и в данном месте.

Тренинговые занятия позволяют ведущему группы, значительно глубже и всесторонне изучить участников, повлиять на их отношение к себе, друг к другу, к ведущему и к миру в целом.

Существуют определенные правила работы для участников тренинга. Необходимо подчеркнуть, что в каждой тренинговой группе могут быть особые правила, выработанные самими участниками. Группа обсуждает правила и принципы взаимодействия. Окончательно согласованные и принятые правила являются основанием для работы группы. Приведенные ниже правила можно взять за основные принципы проведения тренинговых занятий'

1. Доверительный стиль общения, в качестве первого шага к созданию климата доверия ведущий может предложить принять единую форму

обращения на "ты", психологически уравнивающую статусно-ролевые позиции.

В структуру тренинга дыхательных психотехнологий необходимо включать упражнения, специально направленные на формирование доверительных отношений между членами группы.

6. Принцип "здесь и теперь" для многих участников характерно стремление уйти в область абстрактных соображений, обсуждения событий, случившихся не с участниками тренинга, т. е. срабатывают механизмы "психологической защиты" Основная идея тренинга - дать возможность каждому участнику лучше понять и осознать свои личностные особенности и выразить себя "здесь и теперь" своими индивидуальными средствами.

7. Персонификация высказываний: отказ от безличных речевых форм, помогающих людям в повседневном общении, скрывающих собственную позицию и позволяющих уйти от ответственности. Поэтому необходимо рекомендовать высказывания типа: "Я считаю...", "Я думаю...", а не "Большинство людей думает...", "Некоторые считают..."

8. Искренность в обучении: говорить то, что чувствуешь, при этом следует открыто выражать свои чувства.

9. Недопустимость непосредственных оценок личности: при обсуждении происходящего в группе не следует оценивать участников, нельзя переходить на "личность", необходимо оценивать только мнения.

Оптимальное количество участников тренинга в одной группе 10-15 человек.

Продолжительность занятий определяется, исходя из задач тренинга и количества участников Опыт проведения тренинговых занятий дает основания полагать, что наибольший эффект достигается при работе в режиме "погружения на 5-6 часов".

Психологический тест «Индекс отношения к здоровью».

Психологический тест «Индекс отношения к здоровью» направлен на диагностику таких двух важнейших параметров отношения к здоровью, здоровому образу жизни, как интенсивность и доминантность. (При необходимости в него могут быть включены соответствующие шкалы, измеряющие другие параметры субъективного отношения.)

Параметр интенсивности является показателем того, в какой степени и в каких сферах проявляется субъективное отношение.

Одному человеку просто «хочется быть здоровым» и не больше - низкая интенсивность отношения. Другой, «фанат», занимается в спортивных секциях, следит за своим питанием, делает зарядку, посещает соответствующие лекции о здоровом образе жизни и т.д. - высокий уровень интенсивности. Субъективное отношение к здоровью проявляется и в различных «сферах»: один любит читать литературу в основном о здоровье, другой - заниматься различными оздоровительными процедурами, третий пытается изменять отношение окружающих людей к своему здоровью и т.д., а кто-то делает и то, и другое, и третье.

Существующее у человека отношение к какому-то объекту определяет, что он чувствует, как думает, как действует и как поступает во всех ситуациях, связанных с этим объектом. Соответственно, интенсивность отношения к здоровью также включает четыре компонента: эмоциональный, познавательный поступочный.

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

Человек может заботиться о своем здоровье, но оно в его жизни по значимости стоит после работы, семьи, друзей, какого-то хобби и т.д. - субъективное отношение к здоровью характеризуется низкой

доминантностью. И, наоборот, в заботе о своем здоровье может быть заложен весь смысл жизни человека – максимальное доминантное отношение.

Психологический тест «Индекс отношения к здоровью» состоит из двух субтестов: первый диагностирует интенсивность отношения к здоровью, здоровому образу жизни, второй – доминантность этого отношения.

Субтест по интенсивности.

Первый субтест построен по принципу альтернативных полюсов. Испытуемому даются два высказывания (А и Б) и предлагается выбрать то из них, которое больше соответствует его мнению, тому, что он чувствует, думает в определенных ситуациях, как он обычно себя ведет. Он может выбрать или вариант А, или вариант Б или поставить стрелку в сторону одного из вариантов («скорее А, чем Б» или скорее «Б» чем «А»).

Данный субтест, измеряющий интенсивность отношения к здоровью, состоит из четырех шкал: эмоциональной, познавательной, практической и поступочной.

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

Субтест по доминантности является списком семи жизненных ценностей, которые испытуемому предлагается проранжировать, отметив по три самых важных и наименее важных для него ценности. Ранг, который получает такая ценность, как «здоровье», «здоровый образ жизни», является показателем доминантности отношения испытуемого к здоровью.

Тест «Индекс отношения к здоровью» может проводиться с испытуемыми старше 10-11 лет. Данное возрастное ограничение обусловлено тем, что диагностические ситуации, использованные в тесте, требуют определенного уровня социальной развитости и социального опыта. В случае необходимости может быть разработан специальный детский вариант теста.

Измерения могут проводиться как в индивидуальном, так и в групповом варианте, как устно, так и письменно. Предпочтительнее письменный индивидуальный вариант в неформальной обстановке.

Порядок работ и подсчет результатов

Первым должен проводиться субтест по доминантности, причем обязательно без объявления «истинной» цели тестирования - выявления отношения тестируемого к своему здоровью, поскольку иначе результаты по данному субтесту окажутся существенно завышенными.

Субтест по интенсивности

Результаты испытуемого определяются с помощью приводимого ниже ключа. За полное соответствие ответа испытуемого с ответом в ключе дается 3 балла, за стрелку, направленную в сторону этого ответа 2 балла, за стрелку в противоположную сторону - 1 балл, за ответ, противоположный данному в ключе, - 0.

1.	А	5.	Б	9.	А	1	Б	1	А	2	Б
						3.		7.		1.	
2.	Б	6.	А	1	Б	1	А	1	А	2	Б
				0.		4.		8.		2.	
3.	А	7.	А	1	Б	1	Б	1	Б	2	А
				1.		5.		9.		3.	
4.	А	8.	Б	1	А	1	Б	2	А	2	Б
				2.		6.		0.		4.	

Затем подсчитывается сумма баллов по каждой шкале (строке) и общая сумма, являющаяся показателем интенсивности.

Итоговые показатели получаются путем нахождения среднего арифметического баллов по шкалам и тесту в целом по двум частям (при необходимости средние округляются до целых чисел по стандартным математическим правилам) Полученные средние «сырых» баллов переводятся в станайны с помощью таблиц. В первой строке таблиц

указывается количество испытуемых в выборке стандартизации, во второй – среднее «сырых» баллов, в третьей – стандартное отклонение по «сырым» баллам, в следующих интервал «сырых» баллов соответствующих конкретному станайну.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ШКАЛЫ СТАНАЙНОВ

Станайн	Характеристика результата	Охватываемый процент обследуемых
1	очень низкий	от 0 до 4
2	низкий	от 4 до 11
3	ниже среднего	от 11 до 23
4	средний	от 23 до 40
5	средний	от 40 до 60
6	средний	от 60 до 77
7	выше среднего	от 77 до 89
8	высокий	от 89 до 96
9	очень высокий	от 96 до 100

Субтест по доминантности

Результаты по субтесту доминантности определяются следующим образом:

- первой ценности из трех, которые выбрал испытуемый в качестве наиболее важных для него, присваивается первый ранг, второй – второй ранг, третьей - третий;

- первой ценности из трех, которые выбрал испытуемый в качестве наименее важных для него, присваивается седьмой ранг, второй – шестой ранг, третьей - пятый;

- ценности, не вошедшие ни в первую, ни во вторую группу, присваивается четвертый ранг.

Ранг, полученный такой ценностью, является окончательным показателем субтеста.

Интерпретация результатов

Субтест по интенсивности

Эмоциональная шкала. Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что отношение к здоровью в большой степени проявляется в эмоциональной

сфере этого человека. Он способен наслаждаться своим здоровьем, способен получать эстетическое удовольствие от здорового организма, чутко реагирует на поступающие от него сигналы, свободен от отрицательных эмоционально маркированных стереотипов, существующих в обществе по отношению к здоровому образу жизни, и т.д. «Иными словами, он (заботится о здоровье не только потому, что это необходимо», не под давлением обстоятельств, а ради удовольствия.

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

Познавательная шкала.

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

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

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

Низкие баллы говорят о том, что человек готов лишь в какой-то мере включаться в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, которую организывают другие люди, иногда он может что-то предпринимать, если этого от него потребует ситуация.

Поступочная шкала.

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

Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью остается "личным делом" этого человека, он не стремится как-то изменить свое окружение и т.д.

Параметр интенсивности. Высокие баллы по интенсивности в целом говорят о том, что у человека существует высоко сформированное, "хорошее" отношение к здоровью и здоровому образу жизни.

Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у данного человека сформировано плохо, он находится в "зоне риска": в этом случае высока вероятность того, что он не будет вести здоровый образ жизни, а это рано или поздно приводит к заболеваниям.

Субтест по доминантности

Если такая ценность, как "здоровье, здоровый образ жизни" получила у испытуемого первый или второй ранг, можно сделать вывод о том, что его отношение к здоровью является высоко доминантным; если третий, четвертый или пятый ранг - что оно характеризуется средней доминантностью; если шестой или седьмой - что ему свойственна низкая доминантность отношения к здоровью.

Ценностные ориентации личности

Инструкция:

Выберите степень значимости (важности) для Вас предложенных ценностей. Для этого выберите три наиболее важных и три наименее важных ценности из предлагаемого списка ценностей.

Список ценностей:

1. Материальные ценности (материальное благополучие);
2. природа и животные;
3. окружающие люди (друзья, счастье других людей);
4. любовь (секс, семейная жизнь);
5. здоровье, здоровый образ жизни;
6. труд (профессия, учеба, интересная работа);
7. духовность (нравственность, саморазвитие).

Наиболее важные для меня:

Наименее важные для меня.

- | | |
|----|----|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |

Индекс отношения к здоровью

Инструкция:

Из двух предлагаемых высказываний (А и Б), которые описывают противоположные мнения, ситуации и т.д., выберите то, которое кажется более подходящим для Вас.

Если Вам полностью подходит вариант А, Вы зачеркиваете квадратик с буквой "А", нарисованный между двумя высказываниями,

1...

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

 2..

Если Вы скорее склоняетесь к варианту А, но не можете полностью с ним согласиться, то в среднем пустом квадратике Вы рисуете стрелку в сторону квадратика с буквой "А".

1...

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

 2..

Если Вы скорее склоняетесь к варианту Б, но тоже не можете полностью с ним согласиться, то в среднем пустом квадратике Вы рисуете стрелку сторону квадратика с буквой "Б".

1... А Б 2..

И наконец, если Вам полностью подходит вариант Б, Вы зачеркиваете квадратик с буквой "Б".

1... А Б 2..

Если Вы считаете какую-то ситуацию маловероятной для Вас, то все-таки постарайтесь сделать свой выбор.

В этом тесте, естественно, не может быть "правильных" и "неправильных" ответов: Ваше мнение ценно для нас именно таким, какое оно есть.

Отвечать лучше быстро, так как первая реакция наиболее точно выражает Ваше мнение.

Форма 5

1. А. Я способен замечать даже небольшие отклонения в работе моих органов.		Б. Я реагирую лишь на существенные расстройства.
2. А. Когда по телевизору начинается очередная передача о профилактике какого-нибудь заболевания, я обычно переключаюсь на другую программу.		Б. Я откладываю свои дела, чтобы ее посмотреть.
3. А. Если кто-то из знакомых предложит мне заниматься вместе оздоровительными процедурами, я с удовольствием приму а этом участие.		Б. Я найду способ вежливо отказаться.
4. А. Я постоянно слежу за тем, чтобы мои близкие всерьез заботились о своем здоровье.		Б. Я не заставляю их это делать.
5. А. Когда я смотрю на руки другого человека, я в первую очередь обращаю внимание на их форму и размер.		Б. Я невольно в начале замечаю состояние и чистоту кожи.
6. А. Я делаю выписки или вырезки из газет и журналов о здоровом образе жизни.		Б. Я никогда этим не занимался.
7. А. Если у меня от утомления болит голова, я выхожу немножко погулять или хотя бы открываю окно.		Б. Чтобы снять эту головную боль, я просто выпиваю таблетку.
8. А. Я обычно сам не покупаю для членов семьи различные средства ухода за		Б. Все это, в основном, покупается по моей

здоровьем.		инициативе.
9. А. После принятия ванны я всегда чувствую себя совсем другим человеком: бодрым и обновленным.		Б. Приходится признаться, что такое чувство я испытываю очень редко
10. А. Когда в общественном транспорте, очереди и т.д. заводится разговор о способах сохранения здоровья, я совершенно не обращаю на это внимания.		Б. Я невольно стараюсь прислушаться к нему.
11. А. Я обращаюсь к врачу только когда мне становится уже невмоготу		Б. Я стараюсь начать лечение при первых признаках ухудшения своего самочувствия
12. А. Мне приходилось предлагать знакомым рецепты или инструкции различных оздоровительных процедур.		Б. Я этого не делал, ведь каждый должен заботиться о своем здоровье сам.

Перевод «сырых» баллов по эмоциональной шкале теста «Индекс отношения к здоровью» в шкалу стайнов

Класс	5	6	7	8	9	10	11
n	97	97	99	100	101	81	98
X	10,21	11,1	10,85	10,59	10,33	10,01	10,8
s	3,12	3,12	3	2,88	3,28	3,05	2,79
I	4 и <	5 и <	5 и <	5 и <	4 и <	4 и <	5 и <
2	5-6	6-7	6-7	6	5-6	5-6	6-7
3	7	8	8	7-8	7	7	8
4	8-9	1-10	9-10	9	8-9	8-9	9-10
5	10	11	11	10-11	10-11	10	11
6	11-12	12-13	12-13	12	12	11-12	12
7	13-14	14-15	14	13-14	13-14	13	13-14
8	15	16	15-16	15	15-16	14-15	15
9	16 и >	17 и >	17 и >	16 и >	17 и >	16 и >	16 и >