

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья
(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Исследование отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье»

Обучающийся

Д. Фоменко

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный

руководитель

канд. психол. наук, Е.В. Некрасова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретическое изучение проблемы отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».....	10
1.1 Сущность понятия здоровья.....	10
1.2 Отношение к ценности «собственное здоровье».....	21
1.3 Отношение мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».....	31
Глава 2 Эмпирическое исследование отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».....	44
2.1 Организация эмпирического исследования отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».....	44
2.2 Результаты эмпирического исследования отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье»	52
2.3 Рекомендации мужчинам и женщинам по изменению своего отношения к здоровью.....	63
Заключение.....	68
Список используемой литературы.....	72
Приложение А Социально-демографические характеристики испытуемых.....	77
Приложение Б Результаты диагностики отношения к здоровью.....	79
Приложение В Результаты диагностики валеологического типа личности.....	81
Приложение Г Результаты диагностики ценности «Здоровье».....	83
Приложение Д Результаты диагностики уровня субъективного контроля	84

Введение

Здоровье – это личное богатство и собственность человека. Важным профилактическим фактором укрепления здоровья человека является, естественно, здоровый образ жизни, от которого, по данным Всемирной организации здравоохранения, зависит 50% здоровья. Здоровый образ жизни основан на выборе полезного адаптивного поведения, укреплении привычек, которые делают полезное приятным, и умении отказаться от моды и собственных желаний ради занятий, необходимых организму.

Здоровье человека играет ведущую роль в иерархии системы ценностей личности, поскольку выступает в качестве основного условия, позволяющего удовлетворять ее потребности, достигать своих целей. Здоровье позволяет людям жить и работать с максимальной отдачей. Уровень здоровья человека зависит от многих факторов: генетических, социально-экономических, экологических и системы здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, она зависит от условий и образа жизни на 50-55%. Это означает, что главная роль в поддержании и формировании здоровья принадлежит самому человеку.

Здоровье – актуальная тема нашего времени, тема величайшей национальной важности и интереса, потому что именно здоровье определяет будущее страны, генофонд нации, научный и интеллектуальный потенциал общества. Уровень здоровья во многом определяет возможности профессионального развития, личностного роста, воспринимаемой адекватности и удовлетворенности жизнью, поэтому важнейшей задачей сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека является обеспечение гармоничного физического и психического развития подрастающего поколения, формирование позитивного отношения к жизни и высоких жизненных принципов. Именно поэтому в нашей стране назрела острая необходимость в принятии и реализации во всех регионах национального плана по формированию у каждого человека положительного

отношения к своему здоровью и здоровому образу жизни. Стране нужно здоровое поколение, а этого можно добиться только путем широкого и грамотного распространения принципов здорового образа жизни.

Особое внимание на проблему здоровья обращают психологи, которые изучают его влияние на психику человека. Психология интересуется взаимодействием физического и психического здоровья, а также формированием личностных качеств с точки зрения отечественной и зарубежной литературы. В своих исследованиях и публикациях, многие ученые (И.А. Армеева, Е.Ю. Бахтенко, М.М. Безруких, А.Г. Макеева, Н.К. Смирнов, Е.И. Щербакова) подробно изучили проблемы, связанные со здоровьем человека. Они определили характеристики этого явления, которые касаются как медицинской, так и социальной сферы. Исследования в основном междисциплинарные, что означает, что они включают в себя различные научные подходы и методы.

Изучение формирования здорового образа жизни также является предметом многих исследований (Р.И. Айзман, И.И. Брехман, Е.П. Вайнер, Г.К. Зайцев, Э.М. Казин, В.П. Казначеев, В.В. Колбанов, Г.А. Кураев, Ю.П. Лисицын и другие).

Исследования отношения личности к здоровью начались с работ В.М. Бехтерева и развивались в трудах В.Г. Ананьева, М.Я. Басова, Л.Б. Куликова, А.Ф. Разульского, А.Е. Личко, А.Р. Лурия, В.П. Тугаринова, и других. В настоящее же время некоторые отдельные аспекты отношения к здоровью рассматриваются в работе «Стратегии и тактики построения здоровых школ» (В.Ф. Лопуга, Е.В. Лопуга).

Г.С. Никифоров в своей монографии «Психология здоровья» определяет отношение к здоровью как систему индивидуальных ассоциаций человека с факторами окружающей среды, которые могут способствовать или угрожать его здоровью, а также как оценку своего физического и психического состояния. Отношение к здоровью проявляется в действиях,

поведении, опыте и суждениях людей о факторах, влияющих на их благополучие [34].

Хотя в педагогике и психологии проведено множество исследований о важности здоровья, здоровом образе жизни и отношении к своему здоровью, доступные источники не содержат ни одной работы, которая бы специально рассматривала эту проблематику с учетом половых различий. Это глобальное отсутствие изучения этого вопроса с точки зрения гендерных различий создает пробел в наших знаниях и понимании того, как мужчины и женщины относятся к своему здоровью и как это влияет на их привычки и решения, связанные со здоровым образом жизни.

Таким образом, вышеобозначенный анализ актуальности исследуемой темы, позволяет нам определить противоречие, заключающееся, в том, что, проблема формирования здорового образа жизни в психологической литературе активно разрабатывается, тогда как остается малоизученным сфера особенностей отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».

Данное противоречие позволило сформулировать проблему исследования, заключающуюся в выявлении особенностей отношения к здоровью в рамках половых различий. Решение данной проблемы позволит расширить представление об этом феномене и считать данное исследование актуальным не только в теоретическом, но и в практическом плане.

Объект исследования: отношение к здоровью человека.

Предмет исследования: особенности отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».

Цель исследования – изучить особенности отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».

Гипотеза исследования: существуют различия в отношении мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».

В ходе проведения исследования были поставлены следующие задачи:
– раскрыть сущность понятия «здоровье»;

- обозначить содержание понятия «отношение человека к здоровью» в психолого-педагогической литературе;
- изучить отношение мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье»;
- провести эмпирическое исследование отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье»;
- разработать рекомендации по формированию адекватного отношения к своему здоровью у мужчин и женщин.

Теоретико-методологической основой исследования явились:

- положения психологии личности (Б.Г. Ананьев, К.А. Абульханова-Славская, А.Н. Леонтьев, А.В. Петровский, А.М. Столяренко);
- положения психологии здоровья (В.А. Ананьев, И.И. Брехман, И.Н. Гурвич, Г.И. Ефремова, В.И. Жуков, А.Я. Иванюшкин, Е.А. Петрова, В.Г. Тактаров, Б.П. Яковлев);
- концепция «психология отношения» (А.Ф. Лазурский, Е.В. Левченко, В.Н. Мясищев, С.П. Франк);
- положение об определяющей роли образа жизни человека для его здоровья (Л.И. Анцифирова, А.Г. Асмолов, А.В. Басов, А.К. Зиньковский, Л.Ю. Синягина, Л.Ф. Тихомирова).

Базовыми для настоящего исследования явились также:

- социологические исследования о здоровье и образе жизни (Н.И. Бондаренко, А.В. Васильев, О.В. Голубева, Е.В. Горелик, И.В. Дубинина, В.А. Кудрявцев, Н.В. Першин, Н.А. Савельева);
- медицинские исследования о влиянии образа жизни на здоровье (Д.А. Бабаева, Л.В. Березкина, Н.М. Волкова, И.П. Данилкин, И.С. Коньков, А.А. Мазур, Е.А. Мартынова, О.Н. Степанова);
- исследования о социальных нормах и стереотипах в отношении здоровья и образа жизни (А.В. Григорьева, Е.А. Данилова, А.В. Карташова, Н.В. Кузнецова, И.В. Михайлова, А.Ю. Павлова).

Для реализации поставленных задач разработана программа исследования, в рамках которой использовались следующие методы:

- теоретические методы: анализ и обобщение литературных источников по проблеме исследования;
- эмпирические методы (опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовская); методика диагностики валеологического типа личности (А.Г. Маджуга, Т.Д. Дубовицкая); методика ценностных ориентаций М. Рокича, тест-опросник уровня субъективного контроля (УСК), опросник адекватного оценивания факторов, влияющих на здоровье. В методиках М. Рокича и УСК для анализа были взяты шкалы (ценность) – «здоровье», что является целесообразным данному исследованию).
- методы математико-статистической обработки данных: программа «SPSS 12.0»; сравнительный анализ (с использованием U-критерия Манна-Уитни), корреляционный анализ (с применением коэффициента корреляции Спирмена).

Экспериментальная база исследования. Исследование осуществлялось на базе ООО «RCM», Латвия. Предприятие заключило подрядный договор с департаментом образования о психологической поддержке работников системы образования.

В исследовании приняли участие 60 человек, из которых 30 мужчин и 30 женщин. Все участники исследования относятся к возрастной группе 35-40 лет и работают в сфере образования, что делает выборку гомогенной по составу.

Организация и этапы исследования.

Первый этап (октябрь 2022 – март 2023 гг.) – теоретико-аналитический: изучение научно-методической литературы по проблеме исследования, определение его концептуального аппарата, формулирование гипотезы, формирование выборки исследования, подбор психодиагностического инструментария.

Второй этап (май 2023 – октябрь 2023 гг.) – эмпирический: проведение диагностики отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье», первичная и статистическая обработка эмпирических данных.

Третий этап (ноябрь 2023 – январь 2024 гг.) – интерпретационный: интерпретация результатов исследования, разработка рекомендаций мужчинам и женщинам по изменению своего отношения к здоровью, формулирование выводов.

Научная новизна исследования заключается в выявлении особенностей отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье» в сравнении.

Теоретической значимостью исследования является систематизация взглядов по вопросам отношения к своему здоровью людей в рамках половых различий.

Практическая значимость исследования заключается в эмпирической доказательности отношения к здоровью в рамках половых различий, что позволит организовывать психологическое сопровождение человеку: при формировании направленности у него на здоровый образ жизни, при работе над его мотивацией на здоровье, при формировании у него навыков самопомощи и самоконтроля за уровнем физической активности при реализации им оздоравливающих программ в рамках здорового образа жизни.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечивались: методологическими основами исследования, которые были определены на этапе планирования исследования; качественной подготовкой и обучением исследователей, которые проводили исследование; систематическим сбором и анализом данных; контролем качества данных; использованием надежных источников информации; оценкой достоверности и обоснованности результатов.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в сборе и анализе данных, организации опросов и интервью, а также

в обработке полученных результатов. В процессе исследования были использованы различные методы сбора данных, включая опросы, интервью и анкетирование.

Апробация результатов исследования. Теоретические и экспериментальные результаты исследования на отдельных его этапах были представлены в статьях автора и докладывались на научно-практической конференции «Экспериментальные и теоретические исследования в современной науке» (Россия, г. Новосибирск, 30 января 2023 года).

На защиту выносятся следующие положения:

1. Ценностное отношение к здоровью представляет собой сложное психологическое образование, которое включает в себя формирование знаний и представлений о здоровье, осознание его значимости, развитие компетенций и навыков сохранения и укрепления здоровья, и способствует устойчивым позитивным изменениям в поведении.

2. Женщины, по сравнению с мужчинами, обладают более адекватным отношением к своему здоровью и в то же время, часто мужчины переоценивают свое здоровье, в то время как женщины недооценивают его.

3. Существуют различия в отношении мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье». Ответственность за свое здоровье более выражена у женщин, чем у мужчин; женщины активнее мужчин стремятся к здоровому образу жизни; понимание ценности и значимости здоровья более выражено у женщин, чем у мужчин; уровень субъективного контроля по шкале «здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, 2 глав, заключения; содержит 5 рисунков, 6 таблиц, список используемой литературы (50 источников), 5 приложений. Основной текст работы изложен на 76 страницах.

Глава 1 Теоретическое изучение проблемы отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье»

1.1 Сущность понятия здоровья

Здоровье человека играет ведущую роль в иерархии системы ценностей личности, поскольку выступает в качестве основного условия, позволяющего удовлетворять ее потребности, достигать своих целей. Социальная значимость здоровья заключается в том, что «именно по здоровью людей, составляющих конкретное общество, определяется его благополучие и цивилизованность» [19].

Здоровье является одним из наиболее фундаментальных и важных понятий в нашей жизни. Оно влияет на все аспекты нашего бытия – физическое, психологическое и социальное благополучие [22]. Однако, несмотря на всеобщую значимость здоровья, его сущность остается предметом интереса и исследования для многих ученых, врачей и специалистов здравоохранения.

Важную роль в изучении проблем охраны здоровья людей играет комплексная наука валеология (Г.Л. Апанасенко, Ю.Д. Бойчук, И.И. Брехман, Э.Н. Вайнер, М.М. Гончаренко, В.П. Горащук, М.С. Гринева, Э.М. Казин, В.П. Казначеев, В.В. Колбанов, В.В. Кулиниченко и другие).

Несмотря на то, что концепт «здоровье» рассматривается во множестве научных работ, он до сих пор не получил четкого и однозначного определения. Ни одно из существующих на сегодня определений данного понятия не стало общепринятым и не обладает такими характеристиками, как универсальность, полноценное удовлетворение запросов науки и практики. Это можно объяснить тем, что сам феномен здоровья является сложным и комплексным.

Здоровье можно определить, как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней

или физических недугов. Это означает, что человек считается здоровым, когда его физическое и эмоциональное состояние полностью стабильно и удовлетворительно, и он способен активно функционировать в обществе [23].

Большая медицинская энциклопедия (БМЭ) определяет здоровье как состояние организма человека, при котором функции всех органов и систем организма находятся в равновесии с внешней средой и свободны от болезненных изменений [28]. То есть с точки зрения медицины, здоровье – это состояние, которое позволяет организму функционировать без проблем и отличаться отсутствием заболеваний. Однако здоровье не ограничивается только физическими аспектами, оно также включает в себя ментальное и социальное состояние человека. Например, человек может быть свободен от физических проблем, но одновременно иметь серьезные психологические проблемы, которые влияют на его общее благополучие.

На сегодняшний день чаще всего для трактовки термина «здоровье» используется определение, данное в Уставе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ). Согласно этому определению, здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия и не только отсутствие болезней или физических дефектов. Также важным аспектом здоровья является возможность человека реализовывать свой потенциал, участвовать в жизни общества и получать удовольствие от жизни в целом [30]. «Но такое определение чересчур широкое. К примеру, зачастую к показателям благополучия человека в социальном плане относят его материальные доходы, удовлетворение материальных потребностей, что нельзя непосредственно считать одним из компонентов здоровья. С другой стороны, в данном определении присутствует категоричность, поскольку полного благополучия во всех перечисленных сферах достичь практически невозможно, и таким образом, недостижимо становится и само здоровье, в связи с чем в каждом отдельно взятом случае можно вести речь только о «нездоровье» разной степени» [30].

Понимание сущности здоровья имеет важное значение для общества и государства, так как оно формирует основу для разработки и реализации медицинской политики и программ [29]. Также понимание здоровья помогает индивидууму принимать осознанные решения, касающиеся его собственного здоровья и жизненного стиля.

Чаще всего определения здоровья содержат в себе такие характеристики, как «отсутствие болезни; присутствие благополучия во всех сферах; нормальное функционирование всех органов и систем организма; наличие возможности к эффективному приспособлению, адаптации; способность человека в полной мере выполнять свои социальные функции» [21].

Н.М. Амосов утверждает, что «здоровье – это естественное состояние организма, которое характеризуется отсутствием каких-либо болезненных явлений через равновесие с окружающей средой» [1, с. 191].

Г.И. Царегородцев описывает здоровье как «гармоничный процесс различных обменных процессов между организмом и окружающей средой, в результате которого следует говорить о возникновении гармоничного обмена веществ внутри организма» [30, с. 17].

Е.А. Воронова определяет «здоровье как динамический баланс между организмом и природной и социальной средой» [8, с. 78].

Е.М. Казин определяет «здоровье как динамическое состояние (процесс), при котором биологические, физиологические и психологические функции, оптимальная работоспособность и социальная активность поддерживаются и развиваются при максимальной продолжительности жизни» [16, с. 56].

В последнее время среди ученых, как на национальном, так и на международном уровне, все чаще звучит утверждение, что здоровье – это динамический процесс [26]. По этой причине необходимо внести некоторые уточнения, которые касаются психологии. Все психологические процессы

процессуальны по своей природе [32]. Вне этого процесса нет никаких психологических процессов.

Как утверждает автор И.М. Сеченов, психология должна исключить из понятия процесса все аспекты психической деятельности. Категория состояний, популярно введенная в науку психологии Н.Д. Левитовым в 1964 году. Его цель, по мнению автора, заключалась в том, чтобы действовать как «заполнитель пробелов» между психическими процессами и чертами личности. Под этим автор подразумевает, что состояния – это общие характеристики психической деятельности за определенный период времени и что они отражают все особенности психических процессов. Н.Д. Левитов справедливо подчеркивает, что «вне психических процессов не может быть никаких психических состояний. Ментальные состояния характеризуются тем, что они более полные и стабильные, чем ментальные процессы» [14, с. 23].

Если вернуться к феномену здоровья, то можно предположить, что наиболее правильной является позиция психологов, которые не пытаются объяснить какую-либо категорию состояний или процессов, вовлеченных в него. Так, например, академик В.П. Казначей считает, что здоровье человека – это «динамическое состояние, процесс поддержания и развития его биологических, физиологических и психологических функций, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни» [13].

Обобщив, можно сделать вывод, что «здоровье представляет собой такое состояние, которое характеризуется целостностью, динамичностью и многомерностью и проявляется в оптимальной сохранности функций организма как биологического, так и психического характера, которые позволяют обеспечить человеку нужную степень активности, достаточные характеристики жизни, поведения и деятельности, максимально долгую и полноценную жизнь посредством поддержания подвижного равновесия между индивидом и социальной и природной средой» [21].

В целом, понятие здоровья – это комплексное состояние человека, которое включает его физическое, психологическое и социальное благополучие.

Оно является основой для активной и полноценной жизни каждого индивидуума и общества в целом. Понимание и обеспечение здоровья должно стать приоритетным вопросом для каждого человека и общества в целом.

С точки зрения психологии здоровый человек – это человек, который имеет психологическое благополучие и способность адаптироваться к изменяющимся условиям жизни. Он обладает хорошей самооценкой, уверенностью в себе, эмоциональной стабильностью, умением решать проблемы и конструктивно взаимодействовать с окружающими людьми. Здоровый человек также способен контролировать свои эмоции и поведение, имеет хорошие межличностные отношения, умеет выстраивать границы в отношениях и находить баланс между работой и личной жизнью. Кроме того, здоровый человек стремится к саморазвитию и самосовершенствованию, обладает высокой мотивацией и целеустремленностью [14].

Здоровые люди не всегда обращают на себя внимание, потому что не чувствуют никакого дискомфорта или неудобства. Однако здоровье требует внимания, поскольку многие опасности и патологические процессы могут протекать бессимптомно [35]. Необходимо также регулярно поддерживать уровень здоровья, чтобы он не ослабевал и не подвергался внешним воздействиям. Возраст – один из внутренних факторов, влияющих на здоровье. Возраст трудно перебороть, но, если выработать здоровые привычки и регулярно заниматься физической активностью, это поможет противостоять негативным внешним воздействиям. Здоровье входит в иерархию ценностей человека, но он начинает беспокоиться о нем только тогда, когда возникают серьезные патологические процессы и болезни [39].

Необходимо регулярно проходить осмотры, следить за любыми изменениями и консультироваться с врачом, если у вас есть какие-либо

опасения. Многие болезни могут перерасти в хронические состояния, которые затем проявляются, а есть некоторые наследственные заболевания, которые все же поддаются лечению [37].

У каждой личности встречаются периоды в жизни, когда он заболевает. Болезнь, как правило, анализируется как эволюционно выработанный способ адаптации организма к видоизменённым условиям жизнедеятельности, при этом такой трудный и противоречивый процесс объясняется не только внешними, но и внутренними субъективными факторами. Любая болезнь – это нарушение жизнедеятельности организма в целом, хоть при большом количестве заболеваний встречается локализация болезненного процесса [43]. Болезнь протекает на различных стадиях организма и оказывает влияние на них. В период болезни человек видоизменяется. Долгое или сложное заболевание может кардинально видоизменить физиологию и личность человека, могут выработаться отрицательные тенденции к процессу обеднения и упадка всего психологического вида, сужения взаимосвязи с миром. Разные люди реагируют по-разному на одно и то же заболевание, а это зависит от личностных особенностей физиологии и личности, от преобладающего типа реагирования на саму болезнь [9].

Болезнь представляет собой общее понятие, а «больной» – единичное понятие. Больной человек – это человек, страдающий и имеющий отклонения физического, душевного и общественного благополучия, а также расстройство биосоциальной адаптации, ощущение подчиненности болезни, волнения сжатой свободы [42].

Личность, которой свойственны частые или тяжелые проблемы со здоровьем, нужно решать вопрос выбора своей индивидуальной жизненной позиции. «Планирование жизненного пути осложняется разногласиями, нерешенными проблемами, непроизводительными психологическими защитами, комплексами, которые имеют связь с психотравмирующим воздействием со стороны. Сохранение привычного, сформировавшегося

образа жизни – это линия к появлению дисгармонии, невротизации, замедление, искажения личностного роста» [19, с. 36].

Существует шесть основных аспектов здоровья:

Физическое здоровье – отсутствие заболеваний, физическая активность, правильное питание и сон.

Психическое и интеллектуальное здоровье – психическое благополучие и умственная способность.

Личное здоровье – самооценка, уверенность и удовлетворенность жизнью.

Духовное здоровье – гармония с собой и окружающим миром, осознание ценностей и жизненного пути.

Эмоциональное здоровье – управление эмоциями, открытость и выражение чувств.

Социальное здоровье – гармоничные отношения с другими людьми и умение устанавливать социальные связи [39].

Здоровье зависит от нескольких внешних факторов. В большинстве случаев на человека и его здоровье влияют не только социальные условия и образ жизни, но и экология и генетика, а также уровень здравоохранения в его регионе. Эти представления носят общий характер и в некоторых случаях могут корректироваться, но в целом это основные факторы, которые могут влиять на здоровье человека [40].

Идеальных условий для жизни человека немного. Жизнь в большом городе дает людям доступ к медицинским учреждениям, но большие города обуславливают стрессовые и напряженные ситуации. Кроме того, воздух и окружающая среда могут быть нарушены активным транспортом, все это может повлиять на состояние человека, его дыхательную систему и мыслительные процессы. Вообще говоря, жизнь в большом городе имеет как преимущества, так и недостатки, но, когда речь идет о здоровье человека, недостатков становится еще больше [44].

Многое, конечно, зависит от самого человека и от того, какой образ жизни он выбирает. Если он ценит себя, свое физическое и психическое здоровье, он будет бережно относиться к себе. Отказ от вредных привычек, здоровый образ жизни и умение просто замечать любые знаки, которые подает нам наше тело, – вот как мы относимся к себе. Личное и заботливое отношение к здоровью должно формироваться с самого раннего возраста, когда семьи еще только учатся личной гигиене, активности и правильному питанию. Хотя здоровый образ жизни является достаточно субъективным фактором здоровья человека, он всегда имеет основополагающее значение. Во-первых, человек должен заботиться о себе, своевременно посещать врача, проходить обследования, разумно питаться и уменьшить вредное влияние извне. Затем в игру вступают объективные факторы – социальное обеспечение, социально-экономическая ситуация в регионе и стране, организация системы здравоохранения и так далее.

Здоровый образ жизни – это «многомерный и комплексный феномен. Он оказывает влияние не только на физический аспект здоровья человека, но также и на иные его виды. Определения ЗОЖ также многочисленны, как и определения термина «здоровье», что обусловлено многогранностью и междисциплинарностью самого этого явления – оно исследуется в педагогике, психологии, медицине, философии, вследствие чего и подходы к его определению и понимаются существенно различаются» [16].

Здоровый образ жизни – это образ жизни, направленный на поддержание и укрепление физического, психического и социального благополучия [47].

Здоровый образ жизни представляет собой систему физических, психологических и социальных практик, которые способствуют поддержанию и улучшению здоровья человека [46].

С нашей точки зрения, наиболее четкое и емкое определение понятия «здоровый образ жизни» дала И.О. Бабушкина, согласно которой ЗОЖ

представляет собой «активную целенаправленную деятельность индивида по сохранению и укреплению всех видов своего здоровья» [4].

А.Г. Фурманов характеризует здоровый образ жизни как «активную деятельность людей», направленную, прежде всего, на сохранение и укрепление здоровья. В то же время он утверждает, что образ жизни отдельных людей и семей не формируется сам по себе в ответ на обстоятельства; он должен быть целенаправленным в своем формировании и непрерывным на протяжении всей жизни [13, с. 63]. Представляется, что при определении этого понятия необходимо учитывать наследственность, специфику телесных функций и образ жизни. Это позволяет определить здоровый образ жизни как такой, который соответствует генетическим особенностям организма, включает в себя состояние человека и ориентирован на культуру охраны, укрепления и восстановления здоровья, что необходимо для выполнения важных функций человека и общества.

А.М. Изуткин и Г.Ц. Царегородцев предложили структуру образа жизни (таблица 1):

Таблица 1 – Структура образа жизни

Элемент	Описание
1 элемент	«Преобразующая деятельность, направленная на изменение природы, общества и самого человека» [30, 31].
2 элемент	«Наличие способов удовлетворения материальных и духовных потребностей» [30, 31].
3 элемент	«Формы участия людей в общественно-политической деятельности и в управлении государством» [30, 31].
4 элемент	«Познавательная деятельность на уровне теоретического, эмпирического и ценностно-ориентированного знания» [30, 31].
5 элемент	«Коммуникативная деятельность, включающая межличностное общение в обществе и подсистемах общества» [30, 31].
6 элемент	«Медико-педагогическая деятельность, направленная на физическое и духовное развитие людей» [30, 31].

ЗОЖ не является одномерным понятием, он включает в себя несколько очень важных компонентов:

- правильное питание,
- разумный баланс между работой и отдыхом,

- физическую активность,
- гигиену,
- закаливание,
- контроль вредных привычек,
- позитивное мышление.

Правильное питание включает в себя употребление разнообразных продуктов питания, богатых витаминами, минералами и другими необходимыми питательными веществами. Регулярная физическая активность включает в себя аэробные упражнения (такие как ходьба, бег, плавание) и силовые тренировки, которые помогают улучшить работу сердечно-сосудистой системы, укрепляют мышцы и повышают общую физическую выносливость.

Избегание вредных привычек, таких как курение и употребление алкоголя, является одним из самых важных компонентов здорового образа жизни. Курение и употребление алкоголя существенно увеличивают риск развития серьезных заболеваний, таких как рак, цирроз печени, заболевания сердца и головного мозга.

Социальная поддержка и управление стрессом также являются неотъемлемыми компонентами здорового образа жизни. Поддержка от близких людей и участие в социальных мероприятиях способствуют укреплению психологического благополучия, а также помогают справляться с эмоциональным стрессом. Умение эффективно управлять стрессом помогает предотвращать развитие различных психосоматических заболеваний [7].

Здоровый образ жизни, включающий физическую активность и правильное питание, способствует гармоничному развитию организма. Разные факторы влияют на разные виды здоровья, такие как самоотношение, система питания, социальный статус и нравственность человека. Все эти факторы взаимосвязаны и влияют на здоровье комплексно. Тот факт, что здоровый образ жизни сегодня активно пропагандируется в обществе, не

может не радовать. Положительно, что люди стараются приобщиться к здоровому образу жизни с раннего возраста. Но для того, чтобы вести здоровый образ жизни, необходимо иметь представление о том, что это такое и как вести здоровый образ жизни.

Здоровый образ жизни – это комплексная деятельность, которую человек должен выполнять каждый день. На самом деле, выработать привычку к здоровому образу жизни совсем не сложно. Нужно начать с небольших доз физических упражнений, отказаться от вредной пищи, от курения и алкоголя, уделять достаточно времени отдыху и прогулкам на свежем воздухе, думать о хорошем.

Влияние здорового образа жизни на здоровье человека очевидно.

Понятия «здоровье» и «здоровый образ жизни» образуют связь между ними, а их именование позволяет обобщить их содержание и использовать в педагогической практике (рисунок 1).



Рисунок 1 – Выражение взаимосвязи между понятиями «здоровье» и «здоровый образ жизни»

Правильное питание, регулярная физическая активность, отказ от вредных привычек и умение управлять стрессом снижают риск развития серьезных заболеваний, повышают жизненную энергию и укрепляют

иммунную систему. Здоровый образ жизни также способствует улучшению физической формы, предотвращению ожирения и помогает поддерживать здоровый вес.

Таким образом, концепт «здоровье» рассматривается во множестве научных работ, но он до сих пор не получил четкого и однозначного определения. Ни одно из существующих на сегодня определений данного понятия не стало общепринятым и не обладает такими характеристиками, как универсальность, полноценное удовлетворение запросов науки и практики. Это можно объяснить тем, что сам феномен здоровья является сложным и комплексным. Понятие «здоровье» отражает поддержание и развитие биологического, социального и духовного функционирования человека и общества и может определяться уровнем освоения общечеловеческих, национальных и этнорегиональных культурных ценностей.

1.2 Отношение к ценности «собственное здоровье»

Здоровье имеет различные ценностные характеристики, включающие его ценностную сущность, структуру и роль в жизни человека. В своей сущности здоровье является благом, которое отвечает потребностям и интересам людей и имеет положительное значение. Оно также является высшей универсальной ценностью, неотъемлемой от жизни. Болезнь выступает в противоположность здоровью в ценностном измерении.

Ценностное содержание здоровья проявляется в отношении человека к своему состоянию, которое обеспечивает достойную жизнедеятельность. Различные субценности, такие как наслаждение, польза, слава, красота, добро и счастье, входят в понятие здоровья как ценности. Носителями здоровья могут быть отдельные личности, социальные группы и общество в целом.

Здоровье имеет различные уровни, такие как индивидуальное здоровье, социальное здоровье (здоровье коллектива, социальной общности, этноса,

профессиональной или возрастной группы) и планетарное (общечеловеческое) здоровье. Индивидуальное здоровье связано с возможностью осуществления целенаправленных и осознанных действий без ухудшения физического и духовного состояния. Социумное здоровье отражает степень реализации потенциала его членов [49].

Структура здоровья как ценности включает объективный и субъективный компоненты. Объективный компонент охватывает возможности, доступные при полноценном здоровье, такие как социальный статус, профессия, продолжительность жизни. Субъективный компонент выражается в отношении субъекта к своему здоровью, его ценностных ориентациях и мотивации в отношении здоровья.

«Личные ценности, такие как здоровье, приобретают особый смысл, когда они соответствуют личным потребностям и интересам. Потребности показывают отношение человека к реальности и определяют духовные и социальные условия, которые стимулируют его деятельность. Именно поэтому воспитание отношения к личностным ценностям, таким как здоровье, начинается с формирования у школьников потребности в здоровье как важной личностной ценности» [30]. Это мнение разделял И.В. Поташнюк, который подчеркивал необходимость формирования особого отношения к здоровью, которое проявляется в понимании его ценности и стремлении к его укреплению и совершенствованию.

Отношение к здоровью как к ценности определяет формирование отношения к укреплению и улучшению здоровья, что включает человека в деятельность по улучшению своего здоровья [5].

Л. Божович, В. Василенко, А. Дробницкий, А. Здравомыслов, А. Лазурский, А. Леонтьев, В. Мясищев, В. Тугаринов также исследовали вопросы ценностей человека, формирования системы ценностей в жизни, взаимоотношений. В контексте формирования ценностных установок личности современных украинских и российских исследователей следует также упомянуть философов (М. Каган, Г. Визлецов), социологов

(И. Журавлева, М. Лапин), психологов (И. Бех, С. Дерб, Г. Никифоров), педагогов (В. Горащук, В. Крыжко, В. Оржеховский, Д. Оржеховский) [5].

Как отмечает Л. Татаренко, «ценности представляют собой внутренний мир личности, который в большинстве случаев совпадает или напоминает систему ценностей общества, в котором живет студент. Ценности индивида соотносят поведение, деятельность и действия индивида с общепринятыми в обществе ценностями» [6].

В широком смысле, «ценности соответствуют важности конкретных материальных благ для человека. В более узком смысле ценности часто называют духовными идеями, заключенными в понятиях с высокой степенью общности. Категория ценностей относится к мотивационным явлениям, которые организуют и направляют человеческую деятельность» [6].

«Ценность – это свойство предметов и явлений окружающей действительности иметь значение для человека в личностном, общественном и культурном отношениях. Возникающие у человека ценностные отношения, расширяясь и укореняясь в его сознании, трансформируются (преобразуются) в ценностные ориентации, представляющие собой основной структурный компонент личности, включающий в себя ее различные психологические характеристики, обуславливающий специфику отношений человека с окружающей его действительностью и определяющий тем самым поведение индивида в социуме» [10].

«Однако отношение к ценностям в философии определяется как особый вид отношения, основанный на восприятии ценности предметов или явлений, где одна сторона выступает носителем ценности для другой. Ценности носят объективный характер, а установки отражают субъективную оценку человеком предметов, событий и явлений» (И.Д. Бех, О.В. Василенко, И.С. Кош) [3, 6, 9].

«Ценностные ориентации личности зависят от персональных взглядов, жизненного опыта человека, условий жизни, окружения (семья, друзья), воспитания и образования. Опираясь на собственную систему ценностей, на

сформировавшуюся в процессе жизнедеятельности их иерархию, человек определяется с отношением к самому себе и к другим людям, к объектам и явлениям окружающего мира, организует и реализует в дальнейшем индивидуальные модели поведения и деятельности» [13, с. 96].

«Поскольку человек как личность определяется системой его отношений к миру и окружающим его людям, особое место в этой системе занимают ценностные отношения, которые являются социально-историческими, культурно обусловленными и связаны с деятельностью человека, осознающего значимость для себя тех или иных явлений действительности на более поздних этапах жизни» [1].

Ценность здоровья – «это уникальное свойство человека иметь наивысшее и абсолютное значение для него, семьи, общества, государства, обеспечивающее их культуру на основе осмысления биологических, социальных, экономических, эстетических, этических, этнических и религиозных отношений» [12].

И.В. Вершинина считает, что ценностное отношение к здоровью – «это внутренняя позиция человека, отражающая многообразные его связи с факторами среды жизни, оказывающими воздействие на здоровье в целом и его отдельные аспекты – физический, психический, эмоциональный, интеллектуальный и духовный, имеющие личностную и (или) социальную значимость. Поэтому и процесс формирования ценностного отношения к здоровью происходит через самопознание, самосохранение, саморазвитие личности, через гармонизацию отношений человека с самим собой, с окружающими людьми, с природой, через постоянный; духовно-нравственный поиск, обращенный и к себе, и к миру. Для того, чтобы управлять своим здоровьем, человеку, прежде всего, необходимо изменить свое ценностное к нему отношение, взять на себя ответственность за свое здоровье, получить необходимую сумму знаний» [12].

Г.А. Хакимова и Г.Н. Гребенюк определяют это отношение как «отношение человека к здоровью как к ценности, осознание которой является

предпосылкой для полноценной жизни и сопровождается положительными эмоциями в деятельности, направленной на его сохранение и укрепление» [50]. О.В. Латыговская трактует отношение к ценности здоровья как «процесс осознания и понимания своего здоровья как необходимого условия жизни, а также стремление участвовать в деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья» [24].

Отношение к ценности здоровья направлено на сохранение здоровья и опирается на осознание его важности, а также активное участие в мерах по его поддержанию и укреплению. Согласно Г.С. Никифорову, отношение к своему здоровью включает осознание важности здоровья, эмоциональную составляющую, поведенческий аспект, потребностный аспект и оценочно-рефлексивный аспект. Важно понимать факторы, влияющие на здоровье и методы его поддержания, а также осознавать, что здоровье является одной из главных ценностей в жизни человека. Человек должен стремиться сохранять и улучшать свое здоровье, чтобы удовлетворить свои потребности в жизни [41].

По мнению Л.В. Куликова, «отношение к здоровью представляет собой отдельное личное качество, проявляющееся тенденцией преумножать или растрачивать собственное здоровье» [36].

Р.А. Березовская подчеркивает, что «активная и самостоятельная деятельность субъекта по разрешению противоречия между осознанием ценности здоровья и реальным поведением является ключевым механизмом формирования ценностного отношения к здоровью. Рефлексивность играет важную роль в этом процессе, позволяя оценивать и корректировать субъективный опыт по сохранению здоровья» [12].

Н.П. Абаскалова считает, что «отношение к здоровью, включает в себя три компонента: оценочный, ценностный и деятельностный, но аспект психологического воздействия, связанный со стимулированием личности к сохранению и поддержанию собственного здоровья, может базироваться исключительно на ценностном компоненте. Именно формирование

отношения к своему здоровью как ценности является одной из важнейших задач по формированию мотивации здоровьесбережения у личности» [13].

Ценность собственного здоровья играет огромную роль в современном обществе. В условиях быстрого темпа жизни, стресса, неправильного питания и недостатка физической активности, сохранение и улучшение своего здоровья становится одной из главных задач каждого человека.

Современные исследования показывают, что здоровый образ жизни, включающий правильное питание, регулярные физические нагрузки, отказ от вредных привычек, а также надлежащий отдых, способен значительно повысить качество жизни и увеличить продолжительность ее. Однако, несмотря на это, не все люди придают должное значение своему здоровью [48].

Отношение к собственному здоровью может быть различным у разных людей. Одни полностью осознают его важность и предпринимают все возможные меры для его поддержания и улучшения. Другие же могут быть безразличны к своему здоровью, игнорировать предупреждения врачей и не заботиться о своем физическом и психическом состоянии.

Причины такого небрежного отношения к здоровью могут быть различными. Некоторые люди не осознают свою уязвимость, пока не сталкиваются с серьезными проблемами со здоровьем. Другие могут пренебрегать своим здоровьем из-за недостатка времени или финансовых средств для посещения врачей, занятия спортом или приобретения качественных продуктов питания.

Однако, независимо от причин, подход к своему здоровью должен быть серьезным и ответственным. Здоровье является фундаментом для достижения любых жизненных целей и успеха в области личной и профессиональной деятельности. Без надежного здоровья человек становится ограничен в своих возможностях и не может полноценно наслаждаться жизнью.

Изучение и анализ отношения людей к ценности «собственное здоровье» является актуальной и важной задачей. Поэтому выделяют виды и критерии отношения людей к ценности «собственное здоровье».

Изучая виды такого отношения, можно отметить, что отношение к здоровью может быть позитивным, нейтральным или негативным. Люди с позитивным отношением стремятся к здоровому образу жизни, заботятся о питании, физической активности и проходят медицинские обследования. Люди с нейтральным отношением могут не обращать внимания на свое здоровье и не проявлять активности для его сохранения. Люди с негативным отношением могут злоупотреблять вредными привычками и не следить за своим здоровьем.

Критерии отношения людей к ценности «собственное здоровье» включают потребностный, когнитивный и оценочно-рефлексивный критерии.

Одним из ключевых критериев отношения людей к ценности «собственное здоровье» является потребностный. В рамках этого подхода, люди стремятся к удовлетворению своих основных физиологических и психологических потребностей, таких как питание, сон, отдых, борьба со стрессом. Исследование этого аспекта отношения позволит выявить, какие потребности и стремления являются приоритетными для людей при сохранении и укреплении своего здоровья.

Кроме того, необходимо уделять внимание изучению когнитивного критерия отношения людей к здоровью. Этот подход включает в себя знания, информированность и осознанность о важности поддержания и улучшения своего здоровья. Изучение этого аспекта позволит понять, насколько люди обладают актуальной информацией о здоровом образе жизни, рациональном питании, физической активности и предотвращении заболеваний.

Оценочно-рефлексивный критерий заключается в отношении людей к своему здоровью с точки зрения их собственных оценок и рефлексии. Суть

состоит в том, что люди осознают значение своего здоровья, заботятся о нем и принимают активное участие в процессе его поддержания и улучшения.

Для измерения установленных критериев используются различные методы и методики изучения потребностей, знаний, оценки и самооценки. На основе этих методов разрабатывается комплексный подход для диагностики отношения к ценностям здоровья индивида. Он позволяет более точно определить уровень здоровья и отношения к здоровому образу жизни и способствует развитию позитивного отношения к здоровью [20].

На основании данных видов и критериев можно выделить также уровни отношения людей к ценности «собственное здоровье».

В.П. Петренко выделяет четыре уровня отношения к своему здоровью в зависимости от того, как воспринимается ценность здоровья человеком. «На первом уровне здоровье воспринимается человеком на эмоциональном уровне, концепции личного здоровья характеризуется отсутствием явных здоровьесберегающих потребностей и направленной активности человека по его сохранению или укреплению; на втором уровне человек осознает потребность в здоровье, но не осознает его социальной значимости, возможно, имеет оздоровительную установку, но неустойчив и не осознает изменения обстоятельств; третий уровень характеризуется тем, что ценность здоровья рассматривается человеком как важная социальная потребность в укреплении здоровья, требующая новых знаний, но ценностная направленность находится больше на вербальном уровне; четвертый уровень – здоровье как ценность воспринимается на уровне убеждений, потребность в укреплении здоровья сформировала устойчивую социальную установку, а поведение человека полностью соответствует ценностной ориентации, что осознанно проявляется в активной оздоровительной деятельности» [6].

А.М. Иванюшкин рассматривая вопросы «здоровья», «болезни» человека подходит к классификации уровней осознания ценности здоровья с другой позиции и выделяет следующие уровни ценности здоровья: «биологический, физический уровень – здоровье рассматривается как

согласованность физиологических процессов, как саморегулирующаяся адаптивная система; социальный уровень – здоровье как активность личности, деятельное, преобразующееся отношение к окружающему миру и к самому себе; психологический уровень – здоровье рассматривается не как отсутствие болезни, а как стратегия ее преодоления, сохранения и умножение здоровья» [17, с. 51].

М.М. Эбзеев, К.Д. Чермит в своих исследованиях также выделяют 4 уровня проявления ценностного отношения к здоровью: высокий, достаточный, средний и низкий.

Высокий уровень проявления ценностного отношения к здоровью у взрослого человека характеризуется обладанием значительного объема знаний о здоровье и его сохранении, а также умениями и навыками, которые самостоятельно применяются в повседневной жизни без постоянных напоминаний. Они стремятся непрерывно расширять свои знания о способах укрепления здоровья и убеждают окружающих в важности здорового образа жизни; регулярно занимаются спортом, принимают меры по закаливанию организма и соблюдают режим дня; обладают навыками самоконтроля, анализа и критической оценки своей деятельности.

Достаточный уровень проявления ценностного отношения к здоровью у взрослого человека характеризуется интересом к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих, осознанием важности здоровья как ценности. Они понимают значение двигательного режима в сохранении и укреплении здоровья и обладают определенными знаниями и представлениями о здоровье и здоровьесберегающих умениях и навыках. Однако не всегда эти умения применяются без контроля со стороны других (например, близкие люди).

Средний уровень проявления ценностного отношения к здоровью характеризуется наличием отдельных знаний о сохранении и укреплении здоровья, но недостаточным осознанием здоровья как ценности. У человека имеется ряд умений и навыков, которые выполняются нерегулярно без

контроля; интерес к получению новых знаний и связанных с ними способов сохранения здоровья не всегда постоянный; недостаточно регулярно поддерживается двигательная активность, а самооценка является необъективной.

Низкий уровень характеризуется ограниченным объемом знаний о правилах ведения здорового образа жизни и о здоровье как ценности. Они неспособны направить свои усилия на здоровьесбережение, не регулярно занимаются физической активностью.

«Несомненно, здоровье входит в ценностную структуру человека. Важно то, как проходил процесс формирования ценностного отношения к здоровью на разных возрастных этапах, на каком этапе и уровне находится процесс формирования ценностного отношения к здоровью. Исследователями выявлено, что с возрастом иерархия ценностей меняется, а по мере изменения социальной ситуации (поступления в школу, учеба в вузе, создание семьи) возникают противоречия, которые обуславливают изменения в убеждениях, взглядах и ценностях» [10].

«Осознание ценностного характера здоровья, жизненно важных норм и принципов здоровьесберегающей жизнедеятельности являются необходимыми условиями формирования у человека на всех возрастных этапах развития способности нести ответственность за здоровье. Ответственное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих, формируется у человека в определенной системе мировоззренческих установок, волевых качеств, положительных эмоциональных стремлений к совершению активных действий для сохранения и укрепления здоровья» [18].

Таким образом, проанализировав и обобщив литературу, мы пришли к выводу, что ценности являются не только основой для выбора цели, но и одной из общих составляющих формирования ценностного отношения к своему здоровью. Ценность здоровья важна для каждого человека, его семьи, общества и государства. Здоровье способствует развитию и процветанию,

основываясь на осознании взаимоотношений биологического, социального, экономического, эстетического, этического, этнического и религиозного характера. Ценностное отношение к здоровью – это сложное психологическое образование, характеризующееся формированием знаний и представлений о здоровье как ценности, осознанием отношения к здоровью, терминальной природы ценностей здоровья, развитием компетенций и навыков сохранения и укрепления здоровья, а также содействием устойчивым позитивным изменениям в поведении.

1.3 Отношение мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье»

Давно известно, что мужчины и женщины имеют разную психологию и отношение к различным аспектам жизни, но нам интересно рассмотреть, как это отражается на отношении к здоровью.

«Мужчина, глядя в зеркало, видит в своем отражении идеальное создание, которому не нужно ничего в себе менять, в то время как женщина, глядя в то же зеркало, находит в себе множество недостатков. Это не просто ситуативные различия; следует отметить, что причины этого явления лежат глубже» [6, с. 147].

Раскрывая содержание данного параграфа, необходимо обратиться к понятию гендер и пол, чтобы лучше понять, как социальные роли и стереотипы, связанные с мужчинами и женщинами, могут влиять на их отношение к здоровью.

Впервые термин «гендер» использовал американский сексолог Джон Мани в 1955 году в своих работах, посвященных изучению трансгендерных и интерсекс-людей. С помощью этого термина он предлагал разделять биологический пол человека и его социальные характеристики и роли [33].

Гендер – это социально-биологическая характеристика, по которой люди определяют «мужское» и «женское».

Гендер – это социально-культурный конструкт, который определяет ожидания и роли, связанные с мужчинами и женщинами в обществе. Он включает в себя нормы, ценности и стереотипы, связанные с определенным полом.

Значение слова «гендер» относится, прежде всего, к социальным моделям и представлению о том, что представляет собой гендер в различных ситуациях взаимодействия. Гендерный подход, с другой стороны, означает учет социально-биологических характеристик пола в образовательном процессе, то есть в основе гендерного подхода лежат гендерные различия.

Понятие «гендер» определяет репродуктивную функцию человека; введение понятия «пол» позволяет анализировать социальные модели поведения мужчин и женщин, уделяя особое внимание их здоровью [13, с. 141]. Последние исследования доказали, что именно гендер, а не биологический пол, определяет отношение человека к здоровью.

Пол – это биологическая характеристика человека, обусловленная его генетическими и физическими особенностями.

«Пол ребенка определяют медицинские работники при рождении по первичным и вторичным половым признакам. В России в свидетельстве о рождении его не указывают, впервые он появляется в паспорте – либо мужской, либо женский. Гендер – самоощущение и самоопределение человека, на протяжении жизни может меняться в спектре от мужского к женскому и обратно. Он может и вовсе не вписываться в бинарную систему: по разным подсчетам, сейчас существует от 46 до 78 гендеров. У большинства людей биологический пол совпадает с гендером – их называют цисгендерными» [25].

Говоря о влиянии пола на формирование и выражение отношения к здоровью, мы будем использовать термин «гендерная идентичность». Использование этого термина для описания отношения к здоровью не только уместно, но и необходимо, поскольку он подчеркивает социокультурную, а не биологическую природу различий между мужчинами и женщинами.

Данные многих исследований показывают, что разрыв в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в экономически развитых странах увеличивался на протяжении десятилетий и в настоящее время достиг более 10 лет» [15].

Каковы основные различия между отношением мужчин и женщин к собственному здоровью? До того, как мы рассмотрели эти различия, мужчины и женщины имели больше сходств, чем различий в своем подходе к здоровью, несмотря на мнение, что они «противоположного» пола. Существует разрыв между нормативными убеждениями о здоровье и здоровом образе жизни и реальным поведением. Отношение мужчин и женщин к здоровью может быть влиянием как гендера, так и пола. Например, социальные ожидания и стереотипы о том, что мужчины должны быть сильными и независимыми, могут привести к их склонности к игнорированию здоровья или отрицанию проблем, чтобы соответствовать этим стереотипам. С другой стороны, женщины могут испытывать большее социальное давление относительно своего внешнего вида и стиля жизни, что может склонять их к большему вниманию к своему здоровью и принятию различных мер по его улучшению.

Анализ гендерных различий начнем с изучения самооценки. «Данные многих экспериментальных исследований показывают, что женщины имеют более высокую самооценку в отношении своего здоровья. Так, 48% женщин и 30% мужчин характеризуют свое здоровье как «хорошее», а 4% женщин и 10% мужчин – как «плохое». Таким образом, мужчины обычно более пессимистично относятся к своему здоровью» [45].

Исследования показывают, что женщины в целом более озабочены своим здоровьем, чем мужчины. Они чаще следят за своим образом жизни, уделяют больше внимания правильному питанию и регулярно посещают врача для профилактики заболеваний. В то же время, мужчины, особенно молодые, склонны игнорировать здоровье ради удовольствий и считают, что такое поведение является проявлением мужественности. Это связано с

культурными стереотипами и социокультурными нормами, которые формируют представления о том, как должны вести себя мужчины и женщины. Несмотря на это, здоровье для обоих полов остается одной из высших личных ценностей. Тем не менее, уровень поведения, направленного на охрану и укрепление здоровья, оставляет желать лучшего и требует большего внимания со стороны общества и государства [25].

«В ситуации плохого здоровья и мужчины, и женщины в большинстве случаев стремятся предпринять собственные шаги для улучшения своего здоровья. Однако есть и некоторые различия: женщины более склонны обращаться за помощью к неспециалистам (друзьям, знакомым, родственникам), когда они больны, в то время как мужчины более склонны игнорировать свою болезнь, то есть реагировать по принципу отрицания. При анализе эмоций, связанных с ухудшением состояния здоровья, были выявлены интересные гендерные особенности. Как для мужчин, так и для женщин наиболее распространенными в этой ситуации были тревога, депрессия и сожаление. Чем отличается опыт мужчин и женщин? Статистически значимое различие заключалось в том, что женщины испытывали более высокий уровень тревоги при ухудшении здоровья, а мужчины, наоборот, – более низкий» [24].

«Женщины более чувствительны к изменениям в состоянии здоровья и чаще испытывают страх, узнав об ухудшении своего здоровья, в то время как мужчины более спокойно относятся к ухудшению состояния здоровья. Эти результаты могут быть связаны с социально принятыми стереотипами мужского и женского поведения, согласно которым мужчины всегда должны быть сильными и ничего не бояться, а женщины могут позволить себе быть слабыми. Существует так называемый гендерный стереотип, согласно которому женщины оценивают свое здоровье ниже, чем мужчины, но живут дольше» [8].

Если не принимать во внимание психосоциальные аспекты индивидуального гендерно-ролевого поведения, то, как отмечает в своей

работе И.С. Кон, «традиционные мужские атрибуты и модели поведения бессознательно принимаются и интерпретируются как универсальные, что затрудняет понимание специфических проблем женской половины человечества. Когда поднимается вопрос о женском здоровье, по тем или иным причинам проблемы женщин в первую очередь связывают с репродуктивной системой. Однако такой подход к женскому здоровью в корне порочен, поскольку другим аспектам женского здоровья уделяется недостаточно внимания. В этом отношении женский стиль и поведение считаются сохранными, а мужской стиль и поведение – более рискованными» [2].

«То, как современное общество восприняло концепцию «настоящих мужчин», привело к тому, что обращение мужчин за медицинской помощью рассматривается как признание их слабостей. Мужское здоровье напрямую связано со смертностью среди мужчин трудоспособного возраста в результате вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни), то есть не здоровый образ жизни» [24].

К концу прошлого века врачи, социологи и другие люди все больше интересовались различными факторами, влияющими на здоровье.

«Современные исследователи гендерного поведения развенчали заблуждение о том, что женщины менее восприимчивы к факторам, разрушающим здоровье. Примечательно, что у женщин всех возрастов заболеваемость в этот период ниже, чем у мужчин» [8, с. 210]. Однако, по данным Е.П. Ильина, в возрасте 30-39 лет заболеваемость примерно такая же. Так, у женщин в шесть-семь раз чаще, чем у мужчин, встречаются заболевания щитовидной железы, в четыре раза чаще красная волчанка, в три раза чаще ревматизм и в два раза чаще аппендицит [38].

«Уровень здоровья определяется ролью биологических и социокультурных факторов. Считается, что преимущество женщин в уровне здоровья обеспечивается, прежде всего, биологическими факторами. По расчетам экспертов, разница в средней продолжительности жизни мужчин и

женщин составляет 1,9-2,1 года за счет биологических факторов. Остальное – результат социально-культурных факторов, которые оказывают решающее влияние на различия в продолжительности жизни и здоровье после совпадения полов в пубертатном возрасте» [11, с. 134].

«Влияние социально-культурных факторов отражается в поведении мужчин и женщин в их традиционных ролях в семье, где мужчины обеспечивают благосостояние семьи, а женщины выполняют обязанности по дому, родам и уходу за детьми, отвечают за здоровье детей, членов семьи и психическое здоровье семьи. Поэтому будущим матерям необходимы навыки в области здравоохранения, знания о питании и семейной гигиене. Ответственность женщин за здоровье детей определяет фундаментальную социальную значимость соответствующих ценностей, направленных на формирование культуры самозащитного поведения и выживание семьи. Таким образом, биологические особенности женщин и исторически сложившиеся ролевые функции определяют развитие более высокой культуры самозащиты, чем у мужчин» [11, с. 135].

Самосохранительное поведение – это «набор действий и установок личности, направленных на поддержание здоровья и продление жизни» [27].

Исследования показывают, что мужчины в целом более склонны к пессимистическому отношению к своему здоровью, чем женщины. У мужчин наибольшее влияние на здоровье оказывают условия жизни, в то время как женщины демонстрируют более высокий уровень компетентности в вопросах поддержания здоровья. Однако у женщин также наблюдается ограниченный доступ к ресурсам здравоохранения и меньше возможностей сохранить здоровье из-за трудоемкости домашней работы и работы на полный рабочий день. Существует два концептуальных подхода к изучению механизмов, лежащих в основе гендерных различий в состоянии здоровья. «Первый подход – теория неравного воздействия – утверждает, что женщины теряют здоровье из-за ограниченного доступа к материальным, общественным и медицинским ресурсам, а также из-за повышенного стресса,

связанного с выполнением гендерных и семейных ролей. Второй подход – теория социального конструирования – утверждает, что гендерные различия в состоянии здоровья являются результатом социальных конструкций, которые формируются в процессе воспитания и социализации. Однако оба подхода признают, что гендерные различия в состоянии здоровья являются многомерными и зависят от множества факторов, включая биологические, социальные и психологические» [2, с. 268].

«Согласно второму концептуальному подходу, потеря здоровья женщинами обусловлена их специфической реакцией на материальные, поведенческие и психосоциальные условия их жизни. Наиболее важными предикторами хорошего здоровья для женщин по сравнению с мужчинами являются работа, полный рабочий день плюс семейный уход и наличие социальной поддержки. В то время как курение и злоупотребление алкоголем являются более важными факторами, определяющими здоровье мужчин, избыточный вес и бездеятельность оказывают большее влияние на здоровье женщин. Кроме того, мужчины и женщины могут по-разному воспринимать стресс, что приводит к различным последствиям для здоровья. Женщины более восприимчивы к определенным стрессовым факторам. Они чувствительны к стрессу, который испытывают другие, особенно их супруги, в то время как мужчины чаще страдают от финансового стресса. Женщины оказываются более уязвимыми с точки зрения психического здоровья, поскольку их семейные родительские роли часто более психоэмоциональны» [2, 3].

Таким образом, даже при равных социальных условиях здоровье мужчин и здоровье женщин может иметь разную степень стабильности вследствие дифференцированного влияния факторов окружающей среды на напряжение их биологических адаптационных механизмов [3, с. 114]. Результаты лонгитюдного исследования, проведенного И.П. Поповой в период с ноября 2004 по январь 2005 года [25], демонстрируют второй подход к здоровью, обоснованность гендерных различий.

Исследования показывают, что мужчины и женщины имеют разные модели поведения в отношении здоровья. Женщины чаще придерживаются здорового образа жизни, следят за своим питанием, посещают врача для профилактики заболеваний и принимают лекарства. Они также более гибко реагируют на меняющиеся условия и понимают заботу о здоровье как характерную черту современной эпохи.

В то же время, мужчины чаще проявляют нежелание заботиться о своем здоровье, не предпринимают никаких действий для поддержания его и жалуются на отсутствие времени и желания. Однако, это не значит, что мужчины не интересуются своим здоровьем. Исследования также показывают, что на мужчин больше всего влияет поведение окружающих и меньше всего – семейные традиции и медицинские сообщения в СМИ.

Противоречивый разрыв между ожидаемой и реальной деятельностью мужчин и женщин связан с разными установками и стереотипами, которые формируют нормативный код в обществе. «Женские модели поведения в отношении здоровья характеризуются большей гибкостью и практичностью в плане установок, стереотипов и на уровне действий в практических ситуациях. Мужские модели поведения более восприимчивы к установкам и стереотипам, которые предписывают не заботиться о своем здоровье» [21].

В целом, понимание различий в моделях поведения мужчин и женщин в отношении здоровья может помочь в разработке более эффективных стратегий по профилактике заболеваний и поддержанию здоровья общества в целом [9, с. 47].

По мнению Е.А. Баллаевой, «хотя все граждане, независимо от пола, заинтересованы в охране здоровья и развитии систем здравоохранения, женщины пользуются медицинскими услугами более интенсивно в силу биологических особенностей, связанных с репродукцией» [4].

И.Б. Назарова [12] в сравнительном исследовании гендерных стереотипов отношения к своему здоровью у людей обоих полов отметила, что мужчины отличаются от женщин по следующим признакам:

- «чаще всего имеют лишь ограниченное время для заботы о своем здоровье, поскольку им приходится выполнять роль кормильца и делать карьеру;
- более важные проблемы со здоровьем – это повод обратиться к врачу;
- они чаще ходят на работу, когда болеют, так как больше боятся потерять работу и доход;
- чаще впадают в депрессию и в крайних случаях (например, если они остаются без работы) решаются на самоубийство» [36].

«Распад традиционных гендерных стереотипов неизбежно порождает множество социальных и психологических проблем и трудностей, при этом мужчины и женщины сталкиваются с противоположным давлением. Женщины, участвующие в производстве и политике общества, вынуждены развивать «мужские» качества, необходимые для конкуренции: настойчивость, энергию, силу воли. С другой стороны, мужчины, утратив свое бесспорное доминирование, начинают развивать женские качества: эмпатию, то есть способность представить себя на месте другого, и компромисс. Эти противоречия приводят к поведенческим отклонениям, включая гендерную асимметрию в поведении мужчин и женщин во время болезни. По мнению экспертов, пациенты-мужчины кажутся более активными и компетентными, чем пациенты-женщины, но уступают им в навыках общения» [18].

По данным И.С. Кона, «чем пластичнее поведение человека во время болезни, то есть чем активнее он использует нестандартные гендерные роли, тем позитивнее динамика патологии. Выводы этого отечественного ученого подтверждаются результатами его 17-летнего когортного исследования, проведенного в Шотландии. В ходе наблюдения за 704 мужчинами и 847 женщинами, страдающими сердечно-сосудистыми заболеваниями, в период с 1988 по 2005 год умерли 88 (12,5%) мужчин и 41 (7,49%) женщина. Таким образом, уровень смертности был в 1,67 раза выше у мужчин, чем у женщин. Изучив психологические и гендерные характеристики этих пациентов и

статистически взвесив такие факторы, как курение, употребление алкоголя, вес, артериальное давление, доход семьи и психическое здоровье, авторы обнаружили, что мужчины с более высокими женскими характеристиками имели более низкий риск смерти от ишемической болезни сердца. То есть, мужчины с более выраженным стереотипным мужским «портретом» подвергались большему риску смерти от инфаркта миокарда по сравнению с относительно «мягкими» мужчинами» [10].

С. Крейслер и Х. Крейслер изучили психологические характеристики групп мужчин и женщин с различной ориентацией на здоровье и обнаружили следующее. «Мужские группы с высокой ориентацией на здоровье показали более высокие уровни привязанности, жизнерадостности и удовлетворенности, а также враждебности и ревности по сравнению с мужскими группами с низкой ориентацией на здоровье. Женщины из группы с сильной ориентацией на здоровье имели более высокую эмоциональную реактивность, больше положительных эмоций и более низкий уровень депрессии, тревоги и страха, чем женщины из группы со слабой ориентацией на здоровье. Кроме того, они реже имели соматические жалобы и симптомы» [19].

Следует отметить, что «среди мужчин наблюдается пренебрежительное отношение к своему здоровью, низкая комплаентность, скрытность (интроверсия), склонность к несоциальному поведению и наличие вредных привычек, то есть в их гендерном «портрете» преобладают негативные черты социально-психологических характеристик («мужчины как товар»). По сравнению с мужчинами у женщин чаще встречаются социальное благополучие, озабоченность собственным здоровьем, высокая комплаентность, открытость (экстраверсия), нейропсихологическая уязвимость (аффективность), негативное влияние онтогенетического развития (пубертат и менопауза) и биологических ритмов (вторая фаза менструального цикла) и другие» [15].

На основе исследования И.Б. Назаровой [12] были выделены и описаны три варианта гендерного стереотипа отношения мужчин и женщин к своему здоровью.

Первый вариант представляет собой позитивный стереотип, характеризующийся равным отношением и заботой об их здоровье со стороны мужчин и женщин. Они придают важность здоровью и готовы прилагать усилия для его поддержания. Этот стереотип способствует формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний.

Второй вариант представляет собой негативный стереотип, в котором мужчины и женщины относятся к своему здоровью по-разному. Мужчины считают, что забота о здоровье – это задача женщин, в то время как женщины не обращают должного внимания на своё здоровье и считают его менее важным, чем семейные и домашние дела. Подобные стереотипы могут привести к недостаточной профилактике заболеваний и ухудшению состояния здоровья.

Третий вариант представляет собой интегративный стереотип, который сочетает в себе элементы позитивного и негативного отношения. Мужчины признают важность заботы о здоровье, но не такую же значимость, как работу и карьеру. Женщины могут уделять больше внимания здоровью, но нередко не обращают должного внимания на своё психическое состояние. Такие стереотипы могут быть полезными, если они стимулируют заботу о своём здоровье, не провоцируя излишнюю нагрузку и стресс [12].

Гендерные стереотипы часто связывают мужчин с ролью кормильцев и активных участников рынка труда, а женщин – с заботой о домашних делах и семье. Однако, когда женщина является доминирующей фигурой в семье, ее собственное здоровье может пострадать, в то время как здоровье мужа может улучшиться.

Гендерный подход в социологических исследованиях позволяет изучать различия между мужчинами и женщинами в плане их психологических, социальных и культурных особенностей. Однако, для

формирования здорового отношения к здоровью необходимо учитывать определенные стереотипы о поведении, социальных ролях и биологических особенностях людей разного пола.

Действительно, исследования показывают, что мужчины и женщины имеют разное отношение к здоровью и заботе о нем.

Одно из ключевых различий заключается в подходе к профилактике. Женщины, как правило, более осведомлены о своем здоровье и склонны следить за ним более систематически. Они чаще проходят регулярные медицинские обследования, включая гинекологические и маммографические проверки. Женщины более склонны проконсультироваться с врачом о любых возникающих проблемах со здоровьем и применять профилактические методы, такие как употребление витаминов или соблюдение рекомендаций по режиму питания и физическим нагрузкам.

С другой стороны, мужчины зачастую не обращают на свое здоровье должного внимания и могут чаще игнорировать первые признаки болезней или проблем со здоровьем. Они редко проходят регулярные обследования и обычно обращаются к врачу только в крайнем случае, когда проблема уже серьезна. Такой подход может приводить к недооценке рисков и возникновению осложнений.

Важно отметить, что это обобщенные тенденции, и каждый индивидуальный подход к здоровью может различаться. Некоторые мужчины могут быть очень осознанными и заботливыми по отношению к своему здоровью, в то время как некоторые женщины могут не обращать должного внимания на свое физическое или психическое благополучие.

В целом, можно сказать, что женщины имеют более адекватное отношение к здоровью по сравнению с мужчинами. Таким образом, мужчины часто переоценивают свое здоровье, в то время как женщины недооценивают его. Женщины в целом имеют более адекватное отношение к здоровью. Понимание этих различий между мужчинами и женщинами может помочь нам разработать более целевые подходы к медицинской помощи и

образу жизни, а также привлечь больше людей к заботе о своем здоровье. Для того чтобы начать здоровый образ жизни, необходимо выработать осознанную мотивацию здоровья. Она должна формироваться через здоровую деятельность и начинаться в раннем детстве.

Выводы по первой главе

Сущность и значение понятия «здоровье» находятся под постоянной дискуссией и нет единого определения, которое удовлетворяло бы все научные и практические запросы. И так как здоровье является междисциплинарным понятием, содержательное наполнение которого зависит от объективных и субъективных факторов, а структурное – представлен физическим, психологическим и социальным компонентами.

Ценность здоровья важна для каждого человека, его семьи, общества и государства. Ценностное отношение к здоровью – это сложное психологическое образование, характеризующееся формированием знаний и представлений о здоровье как ценности, осознанием отношения к здоровью, терминальной природы ценностей здоровья, развитием компетенций и навыков сохранения и укрепления здоровья, а также содействием устойчивым позитивным изменениям в поведении.

Женщины имеют более адекватное отношение к здоровью по сравнению с мужчинами; мужчины часто переоценивают свое здоровье, в то время как женщины недооценивают его. Формирование ценностного отношения к здоровью играет важную роль в сохранении и развитии человека и общества. Для начала пути к здоровому образу жизни необходима здоровая мотивация, которая должна быть осознанной и взрослеющей через практику здоровых привычек. Формирование такой мотивации начинается с раннего детства и может быть подкреплено через занятия здоровой деятельностью. Осознанная мотивация здоровья формирует стиль здорового поведения человека и помогает ему добиваться устойчивых позитивных изменений в своей жизни.

Глава 2 Эмпирическое исследование отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье»

2.1 Организация эмпирического исследования отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье»

Для изучения отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье» было организовано эмпирическое исследование. Необходимость проведения исследования отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье» обусловлена рядом факторов:

- здоровье является одной из основных ценностей в жизни человека, которая влияет на его качество жизни и способность к достижению своих целей;
- существует определенная разница в отношении мужчин и женщин к здоровью, которая может иметь важные практические последствия для разработки программ и стратегий по улучшению здоровья населения (например, женщины чаще обращаются к врачам и следят за своим здоровьем, чем мужчины, что может быть использовано при разработке мер по превентивной медицине);
- в настоящее время наблюдается рост заболеваемости различными заболеваниями, связанными с образом жизни, что требует более глубокого изучения отношения людей к своему здоровью.

Все эти факторы подчеркивают необходимость проведения эмпирического исследования отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».

Исследование проводилось в несколько этапов.

На первом этапе исследования были определены критерии отбора участников, выбраны методики диагностики и подготовлены необходимые материалы. Также было определено место и время проведения диагностики.

На втором этапе проводился опрос и диагностика мужчин и женщин с целью изучения их отношения к ценности «собственное здоровье». По

результатам диагностики были получены как количественные, так и качественные данные, которые были занесены в сводные таблицы.

На третьем этапе проводился анализ полученных данных с использованием пакета прикладных программ SPSS. Для обработки данных были использованы различные статистические методы, позволяющие получить более точные и надежные результаты. В результате анализа были выявлены основные тенденции и закономерности в отношении мужчин и женщин к своему здоровью.

Все этапы эмпирического исследования проводились в соответствии с принципами анонимности и добровольности. У испытуемых было взято согласие на проведение тестирования.

Исследование осуществлялось на базе ООО «RCM», Латвия. Предприятие заключило подрядный договор с департаментом образования, о психологической поддержке и профилактике выгорания работников системы образования. Реализация договора осуществлялась при поддержке самоуправления.

Процесс сбора данных и проведения эмпирического исследования отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье» включал несколько этапов.

Подготовительный этап: – определение выборки.

В исследовании приняли участие 60 человек, из которых 30 мужчин и 30 женщин. Все участники исследования относятся к возрастной группе 35-40 лет и работают в сфере образования, что делает выборку гомогенной по составу. Уровень образования у респондентов также разнообразен: 50 человек имеют высшее образование, а 10 человек имеют среднее профессиональное образование. В семейном положении 41 человек состоит в законном браке, 4 человека не состоят в браке, 14 человек находятся в разводе, а 1 человек является вдовой. Относительно наличия детей, 50 человек имеют от 1 до 3 детей и 10 человек не имеют детей. Все испытуемые дали свое согласие на проведение тестирования. Социально демографические

характеристики испытуемых представлены в приложении А, в таблице А.1 и А.2.

Обеспечение анонимности и добровольности: участники исследования давали свое согласие на проведение тестирования.

Подбор психодиагностических методик:

- опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовской) для измерения общего отношения к здоровью;
- методика диагностики валеологического типа личности (А.Г. Маджуга, Т.Д. Дубовицкая) для определения типа личности, связанного со здоровьем;
- методика ценностных ориентаций М. Рокича для измерения значимости здоровья в ценностных ориентациях испытуемых;
- тест-опросник уровня субъективного контроля (УСК) для измерения переживания контроля над состоянием здоровья.

Проведение тестов: участники проходили указанные методики, заполняя вопросники и тесты (письменно).

Так, экспериментатор предоставлял участникам исследования необходимые инструкции и объяснял цель и ход проведения каждой методики. Участники получали наборы вопросников и тестов, после чего они имели возможность заполнить их в специально отведенном для этого месте. Экспериментатор также был на месте, чтобы ответить на вопросы участников и убедиться, что они правильно понимают задания. После заполнения всех материалов, участники сдавали их экспериментатору для последующей обработки данных.

Важно отметить, что в методиках М. Рокича и УСК использовались шкалы, включающие понятие «здоровье», что является целесообразным для данного исследования.

Интерпретация результатов. После сбора данных, полученные результаты были обработаны и проанализированы с использованием статистических методов.

Рассмотрим указанные выше психодиагностические методики подробнее.

Опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовской).

Данная методика позволяет выявить отношение к здоровью взрослого человека. Опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовская) состоит из 10 вопросов, которые могут быть распределены по четырем шкалам:

- «на когнитивном уровне – «степень осведомленности или компетентности человека в области здоровья, значение основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в жизнедеятельности человека и в обеспечении долголетия;
- на поведенческом уровне – степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни;
- на эмоциональном уровне – оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;
- на ценностно-мотивационном уровне – высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья» [1].

Анализ данных, полученных с помощью опросника, проводится последовательно на нескольких уровнях. «Сначала рассматривается и анализируется каждое утверждение в отдельности, затем интерпретируются все утверждения, входящие в один вопрос, а в заключении анализируются все вопросы и утверждения, входящие в одну из шкал опросника.

Каждому вопросу соответствует набор утверждений-ответов, с которыми вы можете согласиться, не согласиться или согласиться частично. Каждое утверждение следует оценить в соответствии со степенью своего согласия по шкале» [1].

Методика диагностики валеологического типа личности (А.Г. Маджуга, Т.Д. Дубовицкая).

Данная методика позволяет выявить тип валеологической установки личности. Методика содержит 16 вопросов, объединенных в две шкалы:

- «шкала ответственности (ШО);
- шкала активности (ША)» [1].

Пересечение названных шкал по срединным показателям образует валеологические типы личности.

Саморегулятивный тип – «характеризуется высоким уровнем ответственности и высоким уровнем активности по отношению к своему здоровью. Такой человек считает себя ответственным за свое здоровье, целенаправленно уделяет ему внимание, и эта забота доставляет ему удовольствие. Причины болезней ищет в самом себе, следит за тем, чтобы не заболеть, если заболевает, то предпринимает все необходимые меры для выздоровления» [3].

Поддерживающий тип – «характеризуется высоким уровнем ответственности за свое здоровье, но низким уровнем поведенческой активности по обеспечению и поддержанию здоровья. Он понимает, что состояние его здоровья зависит, прежде всего, от него самого, но при этом практически о нем не заботится: на это у него нет ни времени, а порой и желания» [3].

Манипулятивный тип – «характеризуется высоким уровнем активности в восстановлении своего здоровья, но низким уровнем собственной ответственности за его поддержание. В случае болезни человек уделяет внимание своему здоровью, обращается за помощью, следит за правильным выполнением всех предписаний. Считает, что его здоровье зависит от внешних факторов: врачей, экологии, трудоемкой работы. При этом не следит за своим питанием, психическим состоянием, режимом труда и отдыха» [3].

Дефицитарный тип – «характеризуется тем, что полностью возлагает ответственность за здоровье на внешние факторы, проявляя пассивность в обеспечении и поддержании своего здоровья» [3].

В методиках М. Рокича и УСК для анализа были взяты шкалы (ценность) – «здоровье» и шкала интернальности в отношении здоровья/болезни.

Методика ценностных ориентаций М. Рокича (Терминальные ценности: Здоровье).

«Методика М. Рокича позволяет исследовать направленность личности и определить ее отношение к окружающему миру, к другим людям, к себе самому, восприятие мира, ключевые мотивы поступков, основу философии жизни» [1].

М. Рокич различает два класса ценностей – терминальные и инструментальные.

«Терминальные ценности М. Рокич определяет, как убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования (например, счастливая семейная жизнь, мир во всем мире) с личной и общественной точек зрения стоит того, чтобы к ней стремиться.

Инструментальные ценности – как убеждения в том, что какой-то образ действий (например, честность, рационализм) является с личной и общественной, точек зрения предпочтительным в любых ситуациях. По сути, разведение терминальных и инструментальных ценностей производит уже достаточно традиционное различение ценностей-целей и ценностей-средств» [5].

По мнению М. Рокича шкала «Здоровье (физическое и психическое)» относится к терминальным ценностям. Как и любая другая шкала, шкала «Здоровье (физическое и психическое)» может быть классифицирована как терминальная ценность, если ее использование направлено на достижение конечной цели, а не на достижение промежуточных результатов. Например, если человек стремится к здоровому образу жизни, чтобы улучшить свое физическое и психическое состояние на долгосрочной основе, то здоровье является для него терминальной ценностью. Однако, если человек стремится к здоровью только для того, чтобы выглядеть лучше или получить

социальное признание, то здоровье уже не является терминальной ценностью, а скорее инструментом для достижения других целей.

Тест-опросник уровня субъективного контроля (УСК) (Шкала интернальности в отношении здоровья/болезни).

Опросник Уровень субъективного контроля (УСК) – «наиболее распространенная в нашей стране методика определения интернальности/экстернальности личности. В основе опросника лежит концепция локуса контроля Джулиана Роттера. Однако в оригинальной методике locus контроля считается универсальным по отношению к любым типам ситуаций, он одинаков и в сфере достижений, и в сфере неудач. При разработке УСК авторы исходили из того, что иногда возможны не только однонаправленные сочетания локуса контроля в различных по типу ситуациях» [1].

В целях повышения достоверности результатов опросник сбалансирован по следующим параметрам:

- по параметру «интернальность – экстернальность»: половина пунктов опросника сформулирована таким образом, чтобы положительный ответ на них давали люди с интернальным локусом контроля, а другая половина – люди с экстернальным локусом контроля, это позволяет учесть различия в отношении людей к своей собственной ответственности и внешним обстоятельствам;
- по параметру «эмоциональный знак»: в опроснике присутствует равное количество вопросов, описывающих эмоционально позитивные и эмоционально негативные ситуации, такой подход позволяет более полно охватить различные эмоциональные состояния, которые могут влиять на ответы респондентов;
- по параметру «направление атрибуций»: опросник содержит равное количество вопросов, сформулированных в первом и третьем лице, это позволяет изучить как субъективные, так и объективные атрибуции

респондентов, исследуя их представления о причинах и обстоятельствах происходящего» [1].

Таким образом, данная сбалансированная структура опросника позволяет получить более надежные и объективные результаты, учитывая различные факторы, влияющие на ответы респондентов.

«В отличие от шкалы Роттера в опросник включены пункты, измеряющие интернальность – экстернальность в межличностных и семейных отношениях. Для медико-психологических исследований в него включены пункты, измеряющие УСК в отношении болезни и здоровья» [1].

Шкала интернальности в отношении здоровья/болезни.

«Высокие показатели свидетельствуют о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий.

Человек с низкими показателями по этой шкале считает болезнь и здоровье результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей» [1].

Таким образом, выделенные методики позволяют объективно оценить отношение мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье» и сравнить результаты между группами. Участники проходили указанные методики, заполняя вопросники и тесты (письменно). Так, экспериментатор предоставлял участникам исследования необходимые инструкции и объяснял цель и ход проведения каждой методики. Участники получали наборы вопросников и тестов, после чего они имели возможность заполнить их в специально отведенном для этого месте. Экспериментатор также был на месте, чтобы ответить на вопросы участников и убедиться, что они правильно понимают задания. После заполнения всех материалов, участники сдавали их экспериментатору для последующей обработки данных.

Методы математико-статистической обработки данных.

После сбора данных, полученные результаты были обработаны и проанализированы с использованием статистических методов.

Для сравнения уровней определенных количественных признаков в двух независимых выборках применялся критерий U-критерий Манна-Уитни. Это непараметрический статистический тест, который позволяет сравнивать средние значения двух групп независимых выборок. Он основан на ранговом анализе данных, а не на предположении о нормальном распределении. U-критерий Манна-Уитни позволит сравнить отношение мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье» и определить, есть ли статистически достоверные различия между группами.

Для оценки корреляционной связи между двумя переменными использовался критерий Спирмена. Это непараметрический критерий, который используется для определения наличия корреляционной связи между двумя ранговыми переменными. Критерий Спирмена может быть использован для оценки связи между отношением мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье» и другими переменными, например, возрастом или уровнем образования. Этот критерий позволит определить, есть ли статистически значимая связь между этими переменными.

Оба критерия позволяют провести объективную оценку отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».

Общие результаты исследования представлены в виде числовых данных, графиков, таблиц и интерпретации.

2.2 Результаты эмпирического исследования отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье»

Для изучения отношения к здоровью взрослого человека был использован опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовская).

Сводные результаты исследования по методике представлены в приложении Б, таблица Б.1 и Б.2.

Сравнительные результаты представлены на рисунке 2.

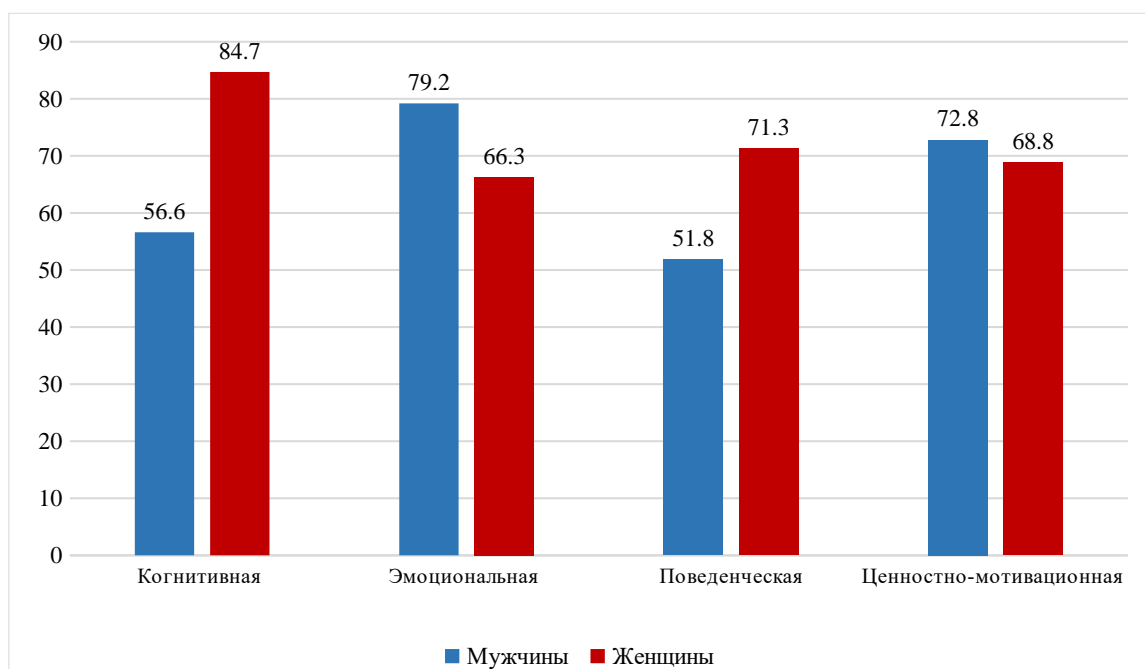


Рисунок 2 – Результаты диагностики отношения к здоровью у мужчин и женщин (средние значения)

Когнитивный уровень. Результаты женщин (84,7) выше, чем у мужчин (56,6). Это означает, что женщины имеют более высокий уровень осведомленности и компетентности в вопросах здоровья, знания основных факторов риска и противодействия риску, а также понимание роли здоровья в том, чтобы оставаться активными и жить дольше, чем мужчины.

Эмоциональный уровень. У мужчин (79,2) результаты выше, чем у женщин (66,3). Это означает, что мужчины чаще, чем женщины, беспокоятся о своем здоровье и получают удовольствие от того, что они здоровы.

Поведенческий уровень. Женщины (71,3) набрали больше баллов, чем мужчины (51,8). Это означает, что женщины чаще, чем мужчины придерживаются здорового образа жизни. Женщины чаще обращаются к врачу по поводу своего здоровья, посещают йогу или тренажерный зал для профилактики, ценят правильное питание и режим дня (стараются больше спать).

Ценностно-мотивационный уровень. Результаты мужчин (72,8) выше, чем у женщин (68,8), но существенных различий нет. Можно сделать вывод,

что респонденты из обеих групп имеют уровень значимости здоровья в иерархии личных ценностей (особенно в терминальных ценностях) и уровень мотивации к сохранению и улучшению своего здоровья выше среднего.

Для оценки достоверности различий между группой мужчин и группой женщин применялся U-критерий Манна-Уитни. Результаты обработки данных представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по отношению к здоровью

Показатели	Rank Sum Группа мужчин	Rank Sum Группа женщин	Uэмп	p-value
Когнитивный уровень	770,0000	1060,000	305,0000	$p \leq 0,03$
Эмоциональный уровень	820,5000	1009,500	355,5000	$p > 0,16$
Поведенческий уровень	659,5000	1170,500	194,5000	$p \leq 0,00$
Ценностно-мотивационный уровень	976,0000	854,000	389,0000	$p > 0,37$

Анализируя показатели, представленные в таблице 2, можно сделать вывод о том, что существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по отношению к здоровью.

Согласно таблице 2 когнитивный уровень более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=305,0$ при $p \leq 0,03$). Это значит, что женщины имеют более высокий уровень осведомленности и компетентности в вопросах здоровья, знания основных факторов риска и противодействия риску, а также понимание роли здоровья в том, чтобы оставаться активными и жить дольше, чем мужчины.

Поведенческий уровень более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=194,5$ при $p \leq 0,00$). Это значит, что женщины чаще, чем мужчины действуют в соответствии со здоровым образом жизни. Женщины чаще обращаются к врачу по поводу своего здоровья, посещают йогу или тренажерный зал для профилактики, ценят правильное питание и режим дня (стараются больше спать).

Для изучения основного типа валеологической установки личности была использована методика диагностики валеологического типа личности (А.Г. Маджуга, Т.Д. Дубовицкая).

Сводные результаты исследования по методике представлены в приложении В, таблица В.1 и В.2.

Сравнительные результаты представлены на рисунке 3.

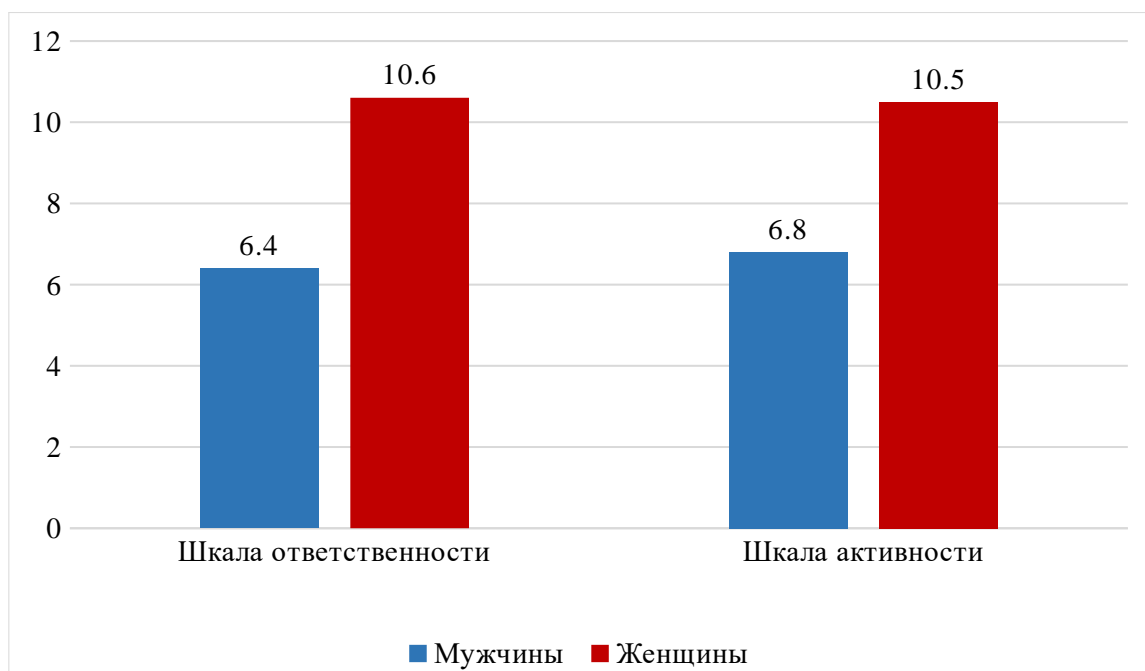


Рисунок 3 – Результаты диагностики валеологического типа личности у мужчин и женщин (средние значения)

Саморегулятивный тип имеют 18 женщин и 5 мужчин. «Этот тип характеризуется высокой степенью ответственности за свое здоровье и поведенческой активностью, направленной на предотвращение болезни и поддержание здоровья, стремлением вовремя предпринять определенные действия, чтобы не заболеть. Для этого типа сохранение и поддержание здоровья не является самоцелью. Для него забота о своем здоровье – это возможность решать многие другие задачи в своей жизни благодаря ответственности» [1].

Поддерживающий тип имеют 6 женщин и 6 мужчин. «Он характеризуется пониманием личной ответственности за здоровье, но низким

уровнем поведенческой активности в сохранении и поддержании своего здоровья. Многие исследователи отмечают, что данный тип имеют, как правило, «трудоголики», стремящиеся к высоким жизненным достижениям, представители профессий, требующих максимальной самоотдачи и даже самопожертвования, или люди молодые, физически крепкие, с хорошим иммунитетом, что позволяет им легко восстанавливать силы и здоровье. В этом случае человек понимает, что его образ жизни нанес ущерб его здоровью и что болезнь для него – это вынужденный отдых и отсрочка от многих забот. Молодые люди просто не видят причин активно заботиться о своем здоровье, потому что оно их пока не волнует. Диагностическими показателями для этого типа являются более высокий, чем средний, балл по шкале ответственности и более низкий, чем средний арифметический балл по шкале активности» [1].

Манипулятивный тип имеют 8 мужчин и 1 женщина. «Он характеризуется высоким уровнем заботы о собственном здоровье, деятельностью, направленной на поддержание собственного здоровья, и усилиями по привлечению других к заботе о себе, но в основном, когда человек болен; в то же время, человек не несет большой ответственности за собственное здоровье, а ответственность за плохое здоровье возлагается на врачей, медицину и экологию. Для этого типа характерны конфликты с окружающими и даже нездоровые привычки. Болезнь дает ему какие-то преимущества» [1].

Дефицитарный тип имеют 11 мужчин и 5 женщин, которые «характеризуются низким уровнем ответственности и активности в поддержании и обеспечении своего здоровья; они живут вопреки всем рекомендациям, не верят в медицину, ничего не делают для поддержания своего здоровья и не заботятся о нем, даже когда болеют» [1].

Для оценки достоверности различий между группой мужчин и группой женщин применялся U-критерий Манна-Уитни. Результаты обработки данных представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по валеологическому типу личности

Показатели	Rank Sum Группа мужчин	Rank Sum Группа женщин	Uэмп	p-value
Шкала Ответственности (ШО)	631,5000	1198,500	166,5000	$p \leq 0,00$
Шкала Активности (ША)	690,5000	1139,500	225,5000	$p \leq 0,00$

Анализируя показатели, представленные в таблице 3, можно сделать вывод о том, что существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по валеологическому типу личности.

Ответственность более выражена у женщин, чем у мужчин ($U=166,5$ при $p \leq 0,00$). Это значит, что женщины более внимательно относятся к своему здоровью; заботятся об улучшении его состояния и соблюдают принципы здорового образа жизни, чем мужчины.

Активность более выражена у женщин, чем у мужчин ($U=225,5$ при $p \leq 0,00$). Это значит, что женщины чаще в свободное время занимаются спортом, обязательно употребляют свежие овощи и фрукты, не курят, употребляют алкоголь реже раза в месяц, чем мужчины.

Для изучения сформированности ценности по шкале «Здоровье» у была использована методика ценностных ориентаций М. Рокича (терминальные ценности: шкала «здоровье»). Эта ценность является одной из важных для человека, и изучение ее поможет понять, как важно здоровье для человека и какие действия он предпринимает для его сохранения и улучшения, а также какие препятствия могут возникать.

Сводные результаты исследования по методике представлены в приложении Г, таблица Г.1.

Сравнительные результаты представлены на рисунке 4.

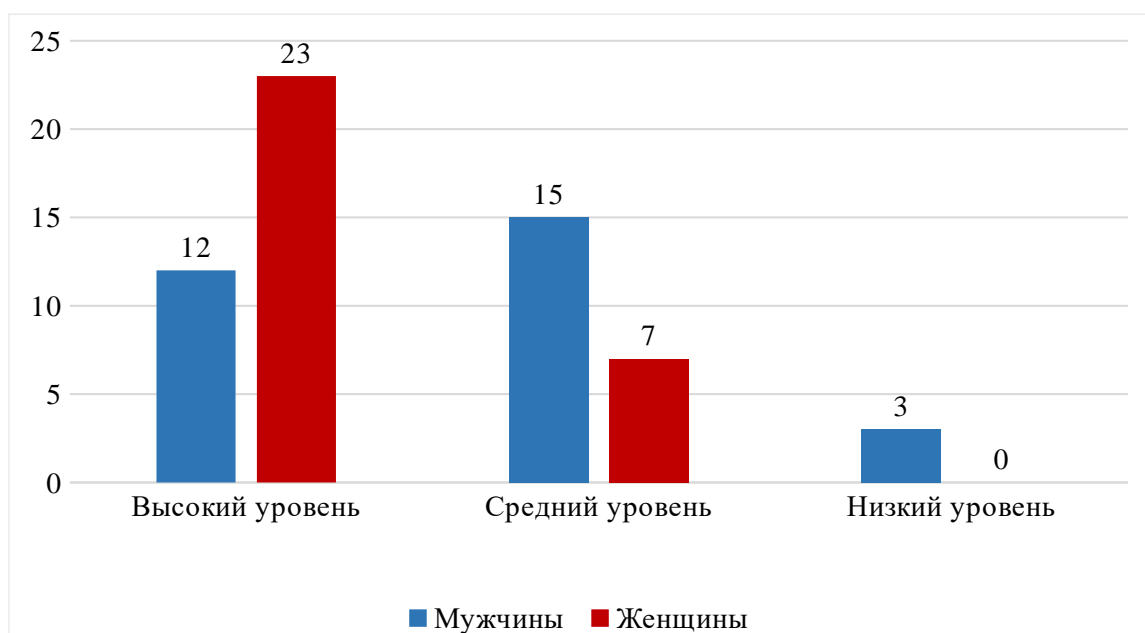


Рисунок 4 – Результаты диагностики уровня сформированности ценности по шкале «Здоровье» у мужчин и женщин (количество респондентов)

Достаточно большое количество респондентов, а именно 15 мужчин и 7 женщин имеют средний уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье», эти респонденты поставили здоровье в ранг индифферентных, безразличных или желательных ценностей, в одно из ранговых положений из 7-12 место.

И только 12 мужчин и 23 женщины имеют высокий уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье», эти респонденты определяют ценность здоровья как ведущую и значимую, в одном из 6 рангов, таким образом, здоровье считают значимой ценностью в сравнении с другими.

Для оценки достоверности различий между группой мужчин и группой женщин применялся U-критерий Манна-Уитни. Результаты обработки данных представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по уровню сформированности ценности по шкале «Здоровье»

Показатели	Rank Sum Группа мужчин	Rank Sum Группа женщин	Uэмп	p-value
Шкала интернальности в отношении здоровья/болезни	707,0000	1123,000	242,0000	$p \leq 0,002157$

Анализируя показатели, представленные в таблице 4, можно сделать вывод о том, что существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по уровню сформированности ценности по шкале «Здоровье»: уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=242,0$ при $p \leq 0,002157$). Это значит, что женщины больше определяет ценность здоровья как ведущую и значимую и считают здоровье значимой ценностью в сравнении с другими, чем мужчины.

Для изучения уровня субъективного контроля по шкале «Здоровье» был использован тест-опросник уровня субъективного контроля (УСК) (Шкала интернальности в отношении здоровья/болезни).

Сводные результаты исследования по методике представлены в приложении Д, таблица Д.1. Сравнительные результаты представлены на рисунке 5.

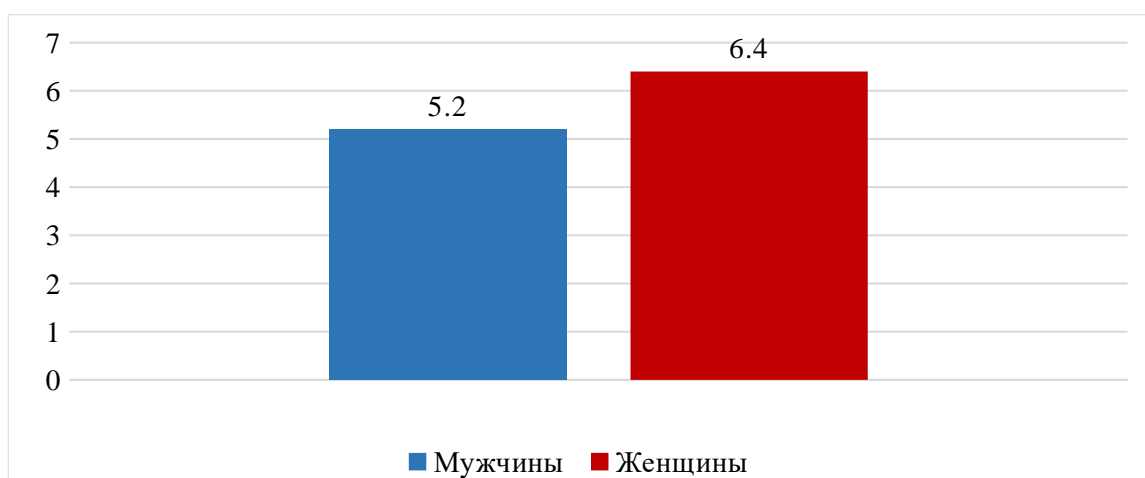


Рисунок 5 – Результаты диагностики уровня субъективного контроля по шкале «Здоровье» у мужчин и женщин (средние значения)

По результатам методики мы делаем вывод, что для женщин (6,4) преимущественно высокие значения указывают на то, что «они считают себя в значительной степени ответственным за свое здоровье: если она больна, то винит в этом себя и считает, что выздоровление во многом зависит от ее действий» [1].

Мужчины (5,2) имеют более низкий уровень субъективного контроля по шкале «здоровье», те, кто получил низкие баллы по этой шкале, считают, что «болезнь и здоровье результатом случайности и ожидали, что выздоровление будет результатом действий других людей, в основном врачей» [1].

Для оценки достоверности различий между группой мужчин и группой женщин применялся U-критерий Манна-Уитни. Результаты обработки данных представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Результаты значимости (U) различий между группой мужчин и группой женщин по уровню субъективного контроля по шкале «Здоровье»

Показатели	Rank Sum Группа мужчин	Rank Sum Группа женщин	Uэмп	p-value
Шкала интернальности в отношении здоровья/болезни	746,5000	1083,500	281,5000	$p \leq 0,011491$

Анализируя показатели, представленные в таблице 5, можно сделать вывод о том, что существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по уровню субъективного контроля по шкале «Здоровье»: уровень субъективного контроля по шкале «Здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=281,5$ при $p \leq 0,011491$). Это значит, что женщины считают себя в значительной степени ответственным за свое здоровье (если человек болен, то он винит в этом себя и считает, что выздоровление во многом зависит от его действий) больше, чем мужчины.

Дополнительно в рамках нашего исследования было решено определить связь между уровнем интернальности в отношении

здоровья/болезни (интернальность описывает степень внутренней уверенности человека в своем влиянии на состояние своего здоровья, а также способность принимать ответственность за сохранение его) и уровнем терминальных ценностей, связанных со здоровьем (терминальные ценности рассматриваются как внешние мотивационные факторы, связанные с достижением определенных целей и ценностей, связанных со здоровьем) с применением коэффициента корреляции Спирмена.

Изучение взаимосвязи между данными показателями позволит лучше понять мотивацию и представления мужчин и женщин относительно их здоровья – таблица 6.

Таблица 6 – Взаимосвязь между уровнем интернальности в отношении здоровья/болезни и уровнем терминальных ценностей, связанных со здоровьем

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations (связь) MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05000 мужчины				Spearman Rank Order Correlations (связь) MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05000 женщины			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Уровень интернальности в отношении здоровья/болезни и уровень терминальных ценностей, связанных со здоровьем	30	-0,125	-0,666	0,51	30	0,645	4,467	0,000

По результатам всего эмпирического исследования было выявлено следующее.

Женщины (84,7) имеют более высокий уровень осведомленности и компетентности в вопросах здоровья, знания основных факторов риска и противодействия риску, а также понимание роли здоровья в том, чтобы оставаться активными и жить дольше, чем мужчины (56,6). Мужчины (79,2) чаще, чем женщины (66,3), беспокоятся о своем здоровье и получают удовольствие от того, что они здоровы. Женщины (71,3) чаще, чем мужчины

(51,8) действуют в соответствии со здоровым образом жизни. Женщины чаще обращаются к врачу по поводу своего здоровья, посещают йогу или тренажерный зал для профилактики, ценят правильное питание и режим дня (стараясь больше спать). Мужчины (72,8) и женщины (68,8) имеют уровень значимости здоровья в иерархии личных ценностей (особенно в терминальных ценностях) и уровень мотивации к сохранению и улучшению своего здоровья выше среднего. Саморегулятивный тип имеют 18 женщин и 5 мужчин (забота о своем здоровье – это возможность решать многие другие задачи в своей жизни благодаря ответственности). Поддерживающий тип имеют 6 женщин и 6 мужчин. Манипулятивный тип имеют 8 мужчин и 1 женщина. Дефицитарный тип имеют 11 мужчин и 5 женщин. 3 мужчин и ни одной женщины имеют низкий уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье» (респонденты отрицают и отвергают ценность здоровья). 15 мужчин и 7 женщин имеют средний уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье» (респонденты поставили здоровье в ранг индифферентных, безразличных или желательных ценностей). 12 мужчин и 23 женщины имеют высокий уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье» (определяет ценность здоровья как ведущую и значимую). Женщины (6,4) считают себя в значительной степени ответственным за свое здоровье, в то время как мужчины (5,2) считают болезнь и здоровье результатом случайности и ожидают, что выздоровление будет результатом действий других людей, в основном врачей.

Существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по отношению к здоровью: когнитивный уровень более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=305,0$ при $p \leq 0,032652$); поведенческий уровень более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=194,5$ при $p \leq 0,000163$). Существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по валеологическому типу личности: ответственность более выражена у женщин, чем у мужчин ($U=166,5$ при $p \leq 0,000029$); активность более выражена у женщин, чем у мужчин ($U=225,5$ при $p \leq 0,000927$).

Существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по уровню сформированности ценности по шкале «Здоровье»: уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=242,0$ при $p \leq 0,002157$). Существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по уровню субъективного контроля по шкале «Здоровье»: уровень субъективного контроля по шкале «Здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=281,5$ при $p \leq 0,011491$).

Взаимосвязь между уровнем интернальности в отношении здоровья/болезни и уровнем конечных ценностей здоровья может различаться в зависимости от пола. Среди мужчин эта связь не является значимой, в то время как среди женщин наблюдалась значимая положительная корреляция.

Таким образом, было определено, что ответственность за свое здоровье более выражена у женщин, чем у мужчин; женщины активнее мужчин стремятся к здоровому образу жизни; понимание ценности и значимости здоровья более выражено у женщин, чем у мужчин; уровень субъективного контроля по шкале «Здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин.

Полученные результаты подтверждают выдвинутую в начале нашего исследования гипотезу о том, что существуют достоверные различия в отношении мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».

2.3 Рекомендации мужчинам и женщинам по изменению своего отношения к здоровью

Здоровье – важнейшая ценность, обеспечивающая благополучие и продолжительность жизни. Оно представляет собой сбалансированное сочетание физических, психических и социальных характеристик каждого индивида, являющихся основой для самореализации и выживания. Пока наше здоровье в норме, мы не задумываемся о нем, но стоит нам заболеть

или столкнуться с патологическим состоянием, и нам приходится тратить ценное время, энергию и ресурсы на восстановление своего здоровья, что, к сожалению, не всегда легко достижимо.

Общеизвестно, что наш образ жизни влияет на наше здоровье. Многие стараются успеть выполнить все необходимые дела, чтобы не отстать от постоянно ускоряющегося темпа современной жизни. И последнее, о чем люди заботятся в этой гонке, – это здоровье.

Курение, алкоголизм, нерациональное питание, постоянные стрессы, лишний вес, малоподвижный образ жизни – все эти факторы медленно, но верно разрушают здоровье. Чтобы наше тело служило нам долгие годы и качество жизни не ухудшалось, очень важно не только понимать, но и применять на практике основные заповеди, определяющие здоровый образ жизни.

По результатам исследования были даны отдельные рекомендации мужчинам и женщинам по изменению отношения к своему здоровью.

Рекомендации и советы мужчинам.

Возьмите на себя ответственность за свое здоровье. Не ждите, пока кто-то другой позаботится о вашем здоровье.

Стремитесь к здоровому образу жизни. Сократите потребление алкоголя и никотина, увеличьте физическую активность и следите за тем, что вы едите.

Поймите ценность и важность здоровья. Здоровье – это не только отсутствие болезней, но и способность наслаждаться жизнью в полной мере.

Повысьте уровень своего субъективного контроля по шкале «Здоровье». Начните с малого: поставьте перед собой цель и постепенно работайте над ее достижением.

Рекомендации и советы для женщин.

Продолжайте принимать ответственность за свое здоровье. Вы должны постоянно проявлять активный интерес к своему здоровью.

Продолжайте вести здоровый образ жизни. Следите за тем, что вы едите, повышайте физическую активность, сокращайте потребление алкоголя и никотина.

Продолжайте осознавать ценность и важность здоровья. Здоровье – это не только отсутствие болезней, но и способность наслаждаться жизнью в полной мере.

Продолжайте повышать уровень своего субъективного контроля по шкале «Здоровье». Не забывайте, что вы можете контролировать свое здоровье, и продолжайте работать над его улучшением.

Также были подготовлены общие рекомендации.

Правильное питание: Сбалансированное питание, которое удовлетворяет потребности организма в жизненно необходимых пищевых веществах и калориях без переедания. Прием пищи в небольших количествах 4 раза в день. Разнообразное питание, чтобы получить все необходимые биологически-активные вещества. Потребление свежих овощей, фруктов и зелени для биологической полноценности питания.

Поддержание нормального веса и соблюдение разгрузочных дней или диет для предотвращения заболеваний, связанных с лишним весом.

Физическая активность и закаливание для укрепления здоровья и повышения защитных сил организма.

Регулярные медицинские осмотры необходимы для поддержания здоровья.

Важно научиться управлять стрессовыми ситуациями и жить в гармонии с собой и окружающими.

Отдых также необходим для восстановления сил и энергии.

Никто, кроме человека, не может позаботиться о своем здоровье. Следуйте этим правилам, стремитесь к творчеству и продлите свою активную жизнь на долгие годы.

Таким образом, независимо от пола, важно принимать ответственность за свое здоровье и стремиться к здоровому образу жизни. Здоровье – это

ценность, которую необходимо беречь и улучшать, чтобы иметь возможность жить полной и счастливой жизнью. Начинайте с малого, устанавливайте цели и постепенно работайте над их достижением. Никогда не поздно начать заботиться о своем здоровье, и каждый шаг в этом направлении – это шаг к более здоровой и счастливой жизни.

Выводы по второй главе

Женщины показывают более высокий уровень осведомленности и компетентности в вопросах здоровья, а также знаний о факторах риска и противодействии им, чем мужчины. Они также более осознанно подходят к вопросам своего здоровья, беспокоятся о нем и действуют в соответствии со здоровым образом жизни. Женщины более склонны заниматься профилактическими мероприятиями, следить за правильным питанием и режимом дня. Мужчины, в свою очередь, относятся к своему здоровью сопряженными с ним преимуществами и получают удовольствие от ощущения своей здоровой физической формы. Уровень значимости здоровья в иерархии личных ценностей оказывается выше у обоих полов, и у женщин он даже выше среднего. Однако, мужчины придают меньшую значимость собственным действиям и больше полагаются на других (в основном на врачей) в плане поддержания и улучшения своего здоровья. Наблюдается разница в формировании ценности здоровья, где женщины имеют более высокий уровень сформированности, считая себя ответственными за свое здоровье, тогда как у мужчин преобладает ощущение случайности в отношении болезни и здоровья. Исследование также показывает, что женщины имеют более выраженный когнитивный и поведенческий уровень здоровья, более ответственный и активный подход к вопросам своего здоровья. Они также имеют более развитые психологические типы личности, проявляющиеся в большей ответственности и активности. Из полученных данных также следует, что женщины имеют более высокий уровень

сформированности ценности по шкале «здоровье» и субъективного контроля над своим здоровьем. Результаты могут быть объяснены некоторыми различиями в биологических, психологических и социокультурных факторах между мужчинами и женщинами. Так, например, имеются данные, указывающие на возможное влияние гормонального баланса на когнитивные различия между полами. Исследования также указывают на различия в психологических особенностях мужчин и женщин. Ожидания общества и стереотипы, связанные с полом, также играют роль в формировании различий между мужчинами и женщинами. Например, по отношению к женщинам налагается большая ответственность по отношению к своему здоровью из-за роли в рождении и воспитании детей.

Таким образом, было определено, что ответственность за свое здоровье более выражена у женщин, чем у мужчин; женщины активнее мужчин стремятся к здоровому образу жизни; понимание ценности и значимости здоровья более выражено у женщин, чем у мужчин; уровень субъективного контроля по шкале «Здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин. Полученные результаты подтверждают выдвинутую в начале нашего исследования гипотезу о том, что существуют достоверные различия в отношении мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье».

По результатам исследования были даны отдельные рекомендации мужчинам и женщинам по изменению отношения к своему здоровью.

Заключение

Здоровье – это одно из наиболее ценных благ, которым обладает каждый человек. Однако его сущность и значение часто остаются предметом противоречивых дискуссий. Здоровье является сложным междисциплинарным понятием, которое зависит от множества факторов и включает в себя физические, психологические и социальные компоненты. Не существует однозначного определения, которое бы удовлетворяло все научные и практические запросы.

Однако ценность здоровья неоспорима и важна для каждого человека, его семьи, общества и государства. Ценностное отношение к здоровью представляет собой сложное психологическое образование, которое включает в себя формирование знаний и представлений о здоровье, осознание его значимости, развитие компетенций и навыков сохранения и укрепления здоровья, и способствует устойчивым позитивным изменениям в поведении.

Отмечается, что женщины, по сравнению с мужчинами, обладают более адекватным отношением к своему здоровью и в то же время, часто мужчины переоценивают свое здоровье, в то время как женщины недооценивают его. Поэтому формирование ценностного отношения к здоровью имеет важное значение для сохранения и развития не только индивидуального здоровья, но и здоровья общества в целом.

Начать путь к здоровому образу жизни возможно только при наличии здоровой мотивации, которая должна быть осознанной и поддерживаться через практику здоровых привычек. Формирование такой мотивации начинается с раннего детства и может быть укреплено через занятия здоровой деятельностью. Осознанная мотивация здоровья формирует стиль здорового поведения человека и помогает достигать оптимального состояния здоровья и устойчивых позитивных изменений в своей жизни.

Для изучения отношения мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье» было организовано эмпирическое исследование, в результате которого было выявлено, что женщины (84,7) имеют более высокий уровень осведомленности и компетентности в вопросах здоровья, знания основных факторов риска и противодействия риску, а также понимание роли здоровья в том, чтобы оставаться активными и жить дольше, чем мужчины (56,6).

Мужчины (79,2) чаще, чем женщины (66,3), беспокоятся о своем здоровье и получают удовольствие от того, что они здоровы. Женщины (71,3) чаще, чем мужчины (51,8) действуют в соответствии со здоровым образом жизни. Женщины чаще обращаются к врачу по поводу своего здоровья, посещают йогу или тренажерный зал для профилактики, ценят правильное питание и режим дня (стараясь больше спать). Мужчины (72,8) и женщины (68,8) имеют уровень значимости здоровья в иерархии личных ценностей (особенно в терминальных ценностях) и уровень мотивации к сохранению и улучшению своего здоровья выше среднего.

Саморегулятивный тип имеют 18 женщин и 5 мужчин (забота о своем здоровье – это возможность решать многие другие задачи в своей жизни благодаря ответственности). Поддерживающий тип имеют 6 женщин и 6 мужчин. Манипулятивный тип имеют 8 мужчин и 1 женщина. Дефицитарный тип имеют 11 мужчин и 5 женщин. 3 мужчин и ни одной женщины имеют низкий уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье» (респонденты отрицают и отвергают ценность здоровья). 15 мужчин и 7 женщин имеют средний уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье» (респонденты поставили здоровье в ранг индифферентных, безразличных или желательных ценностей). 12 мужчин и 23 женщины имеют высокий уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье» (определяет ценность здоровья как ведущую и значимую). Женщины (6,4) считают себя в значительной степени ответственным за свое здоровье, в то время как мужчины (5,2) считают болезнь и здоровье

результатом случайности и ожидают, что выздоровление будет результатом действий других людей, в основном врачей.

Существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по отношению к здоровью: когнитивный уровень более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=305,0$ при $p \leq 0,032652$); поведенческий уровень более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=194,5$ при $p \leq 0,000163$). Существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по валеологическому типу личности: ответственность более выражена у женщин, чем у мужчин ($U=166,5$ при $p \leq 0,000029$); активность более выражена у женщин, чем у мужчин ($U=225,5$ при $p \leq 0,000927$). Существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по уровню сформированности ценности по шкале «Здоровье»: уровень сформированности ценности по шкале «Здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=242,0$ при $p \leq 0,002157$). Существуют достоверные различия между группой мужчин и группой женщин по уровню субъективного контроля по шкале «Здоровье»: уровень субъективного контроля по шкале «Здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин ($U=281,5$ при $p \leq 0,011491$).

В группе мужчин не было обнаружено значимой связи между уровнем интернальности в отношении здоровья/болезни и уровнем терминальных ценностей, связанных со здоровьем ($r=0,124903$, $p=0,510774$). Это означает, что уровень внутренней уверенности в своем здоровье не влияет на их мотивацию, связанную с здоровьем. Однако была найдена значимая положительная связь между уровнем интернальности в отношении здоровья/болезни и уровнем терминальных ценностей, связанных со здоровьем в группе женщин ($r=0,645112$, $p=0,000119$). Это означает, что женщины, которые уверены в своем влиянии на свое здоровье, имеют более высокое значение ценностей, связанных со здоровьем. Они проявляют более осознанное отношение к своему здоровью, ответственно относятся к

здоровому образу жизни и склонны регулярно обращаться к врачам и предпринимать профилактические меры для поддержания своего здоровья.

Таким образом, было определено, что ответственность за свое здоровье более выражена у женщин, чем у мужчин; женщины активнее мужчин стремятся к здоровому образу жизни; понимание ценности и значимости здоровья более выражено у женщин, чем у мужчин; уровень субъективного контроля по шкале «Здоровье» более выражен у женщин, чем у мужчин. Полученные результаты подтверждают выдвинутую в начале нашего исследования гипотезу о том, что существуют различия в отношении мужчин и женщин к ценности «собственное здоровье». Результаты могут быть объяснены некоторыми различиями в биологических, психологических и социокультурных факторах между мужчинами и женщинами.

По результатам исследования были даны отдельные и общие рекомендации мужчинам и женщинам по изменению отношения к своему здоровью.

Перспективой данного исследования может быть проведение дальнейших исследований с целью углубить понимание различий в отношении к своему здоровью у мужчин и женщин. Это может включать изучение причин, которые влияют на такие различия, а также проведение мероприятий и программ, направленных на повышение осознанности о значимости здоровья у обоих полов. Дополнительно, исследование может помочь в разработке индивидуализированных подходов к мужчинам и женщинам в области здоровья, а также в создании рекомендаций, сфокусированных на улучшении здоровья каждого пола.

Список используемой литературы

1. Азнарова С. Н. Здоровый образ жизни. Послед. звонок: газ. для организаторов внекл. работы. 2016. № 10. С. 2–7.
2. Айзман Р. И., Рубанович В. Б., Суботялов М. А. Здоровый образ жизни и его составляющие // Основы медицинских знаний и здорового образа жизни. Новосибирск: Сиб. унив. изд-во, 2015. С. 35–83.
3. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. М. : АСТ, 2014. 191 с.
4. Ананьев В. А. Психогигиенические и психопрофилактические основы здорового образа жизни // Здоровый образ жизни: Сб. науч. трудов. Л. : ЛенГИДУВ, 2016. С. 85–112.
5. Баллаева Е. А. Гендерный анализ политики в сфере здравоохранения и индикаторы гендерного равенства в сфере охраны здоровья. URL: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/276286.html> (дата обращения: 11.02.2022).
6. Бахнова Т. В. Осознанная потребность в здоровом образе жизни как аспект формирования личности // Проблемы модернизаций учебного процесса по физической культуре в образовательных учреждениях: Сборник научных трудов. Волгоград: ВГСХА, 2015. С. 88–91.
7. Браун Дж. В., Русинова Н. Л., Панова Л. В. Гендерные неравенства в здоровье // Социологические исследования. 2017. № 6. С. 114–122.
8. Брехман И. И. Валеология. Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. СПб. : Наука, 2009. 269 с.
9. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья. Феномен здоровья в культуре, в психологической науке и обыденном сознании. М. : Мини-Тайп, 2010. 480 с.
10. Ведехина С. А. Клиническая психология. Ростов-н/Д. : Феникс, 2014. 174 с.

11. Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/>. (дата обращения: 11.02.2022).
12. Гаськова Н. П., Тармаева И. Ю., Степанова Е. А., Голышева Н. А. Факторы, формирующие здоровый образ жизни // Сибирский медицинский журнал. 2015. № 4. С. 113–115.
13. Гильфанова Г. Г., Хафизова А. И. Необходимо ли вести здоровый образ жизни? В сборнике: Вклад психологии и педагогики в социокультурное развитие общества сборник статей. Международной научно-практической конференции. 2018. С. 62–64.
14. Горчак С. И. К вопросу о дефиниции здорового образа жизни // Здоровый образ жизни. Социально-философские и медико-биологические проблемы. Кишинев, 1991. 132 с.
15. Дудченко З. Ф. Проблема понимания здорового образа жизни // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2016. № 1. С. 52–54.
16. Здравомыслова Е. А., Темкина А. А. Социология гендерных отношений и гендерный подход в социологии // Социол. исслед. 2018. № 11. С. 15–23.
17. Иванюшкин А. Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека // Вестник АМН СССР, 1982. Т. 45. № 1. С.49–58.
18. Идрисова Н. А. Определение содержания понятия здоровый образ жизни в педагогике контентаналитическим методом // Ученые записки Орловского государственного университета. серия: Гуманитарные и социальные науки. №5. 2015. С. 148–152.
19. Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И. Социология медицины. Киев: Здоровья, 2019. 184 с.
20. Изуткин Д. А. Система «образ жизни здоровье»: необходимость междисциплинарного подхода // Методологические и социальные проблемы медицины и биологии: сб. науч. тр. ; [под ред. Е. П. Михаловска-Карловой]. М. : Медпрактика-М, 2016. Вып. 14. С. 11–12.

21. Казин Э. М., Касаткина Н. Э., Красношлыкова О. Г. Система непрерывного физического воспитания как условие адаптации, развития личности, формирования здорового образа жизни учеб. пособие; отв. ред. : Э. М. Казин, Н. В. Коваленко. М. : Изд-во «ОмегаЛ», 2013. 456 с.
22. Карпенко М. А., Хамидуллина И. Р. Социальные и медицинские аспекты здорового образа жизни // Вклад психологии и педагогики в социокультурное развитие общества: сборник статей Международной научно-практической конференции. 2018. С. 110–112.
23. Коджаспирова Г. М., Коджаспиров А. Ю. Словарь по педагогике. М. : МарТ, 2015. 448 с.
24. Лобанова И. Н. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни // Начальная школа плюс До и После. 2017. № 1. С. 23–24.
25. Лоранский Д. Н., Лукьянов В. С. Азбука здоровья: Книга для молодежи. М., 1990. 176 с.
26. Лубышева Л. И. Современный ценностный потенциал физической культуры и спорта и пути его освоения обществом и личностью // Теории и практика физической культуры. 2017. № 6. С. 10–15.
27. Маленкова, Л. И. Теория и методика воспитания. М. : «Педагогическое сообщество России», 2016. 415 с.
28. Мартыненко, А. В. Формирование здорового образа жизни молодежи. М. : Медицина, 2015. 224 с.
29. Масияускене О. В. Валеология. Ростов-н/Д. : Феникс, 2011. 251 с.
30. Морозов, М. А. Здоровый человек и его окружение. Здоровьесберегающие технологии: учеб. пособие. СПб. : Лань, 2016. 372 с.
31. Мотылянская Р. Е., Каплан Э. Я., Велитченко В. К., Артамонов В. Н. Двигательная активность важное условие здорового образа жизни // Теория и практика физ. культуры. М. : Академия, 2016. 87 с.
32. Мясищев В. Н. Психология отношений. Избранные психологические труды. Москва-Воронеж, 1995. 356 с.

33. Назарова И. Б. Гендерные стереотипы применительно к индивидуальному здоровью. URL: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/276286.html> (дата обращения: 11.02.2022).
34. Никифоров Г. С. Психология здоровья: Учебник для вузов. СПб. : Питер, 2006. 607 с.
35. Парфёнов Ю. А., Кулганов В. А., Белов В. Г. Основы клинической психологии. СПб. : Питер, 2013. 464 с.
36. Петрова Р. Гендерология и феминология: учебное пособие. М. : Дашков и К, 2014. 271 с.
37. Полунина Н. В., Попов В. В. Дифференцированный подход к формированию здоровья подрастающего поколения // Главврач. 2016. №11. С. 49–53.
38. Попова И. П. Поведение в отношении здоровья и материальное положение: гендерные аспекты (на данных лонгитюдного опроса) // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. № 1. С. 47–50.
39. Синягина Н. Ю., Кузнецова И. В. Здоровье как образ жизни // Здоровье всех от А до Я. 2015. №2. С. 40–49.
40. Степанов А. Д., Изуткин Д. А. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования // Советское здравоохранение. 2019. № 5. С. 6–9.
41. Укрепление здоровья здоровых стратегия медицины XXI века / А. Н. Разумов [и другие]. М. : Панорама, 2016. 34 с.
42. Ушакова Е. В., Наливайко Н. В., Воронцов П. Г. О понимании здоровья в медицинском, педагогическом, социальном и физкультурном аспектах // Научно-периодический журнал «Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта». 2017. № 1 (4). С. 18–29.
43. Царегородцев Г. И. В век прогресса без болезней // Коммунист. 1987. № 14. С. 60–63.
44. Царегородцев Г. И., Апостолов Е. Условия жизни и здоровье населения. Москва: Медицина, 2015. 120 с.

45. Jel'konin B.D. Psihologija razvitija: ucheb. posobie dlja studentov vysshih ucheb. Zavedenij [Psikhologiya of development: studies. a grant for students of the highest ucheb.zavedeniye]. Moscow, Academy Publ., 2001. 311 p.
46. Dietzel L.C., Coursey R.D. Predctors of emotional exhaustion amont nonresidential staff persons // Psychiatric Rehabilitatin J. 1998. V. 21 (4). P. 340–348.
47. Huebner E.S. Relationships among demographics, social support, job satisfaction and burnout among school psychologists // School Psychology International. 1994. V. 15 (2). P. 181–186.
48. Maslach C. Bumout: A multidimensional perspective // Professional bumout: Recent developments in the theory and research / Ed. W.B. Shaufeli, Cr. Maslach and T. Marek. Washington D.C: Taylor & Trancis, 1993. P. 19–32.
49. Robert Frager, James Fadiman «Personality & Personal Growth», 5th ed., 2002.
50. Van Wijk C. Factors influencing burnout and job stress among military nurses // Military Medicine. 1997. V. 162 (10). P. 707–710.

Приложение А

Социально-демографические характеристики испытуемых

Таблица А.1 – Социально-демографические характеристики мужчин

Возраст	Образование	Сфера деятельности	Семейное положение	Количество детей
39	Среднее проф.	Образование	Брак	2
35	Среднее проф.	Образование	Брак	2
38	Высшее	Образование	Брак	1
37	Высшее	Образование	Брак	1
35	Высшее	Образование	Брак	2
37	Высшее	Образование	Брак	3
35	Высшее	Образование	Брак	2
35	Высшее	Образование	Брак	2
40	Высшее	Образование	Брак	1
40	Среднее проф.	Образование	Брак	1
39	Высшее	Образование	В разводе	2
38	Высшее	Образование	Брак	3
37	Высшее	Образование	Брак	2
35	Высшее	Образование	Брак	2
40	Высшее	Образование	Не состоит в браке	0
36	Высшее	Образование	Брак	1
38	Среднее проф.	Образование	Брак	2
37	Среднее проф.	Образование	Не состоит в браке	0
35	Среднее проф.	Образование	В разводе	2
36	Высшее	Образование	В разводе	2
38	Высшее	Образование	В разводе	0
40	Высшее	Образование	Брак	1
39	Высшее	Образование	Брак	2
40	Высшее	Образование	Брак	3
38	Высшее	Образование	В разводе	2
40	Высшее	Образование	В разводе	0
36	Высшее	Образование	Брак	1
38	Высшее	Образование	В разводе	0
40	Высшее	Образование	Брак	0
40	Высшее	Образование	Брак	3

Продолжение Приложения А

Таблица А.2 – Социально-демографические характеристики испытуемых женщин

Возраст	Образование	Сфера деятельности	Семейное положение	Количество детей
35	Высшее	Образование	Брак	2
40	Высшее	Образование	Брак	2
38	Высшее	Образование	Брак	1
36	Высшее	Образование	Брак	1
40	Высшее	Образование	Брак	2
37	Высшее	Образование	Брак	3
40	Высшее	Образование	Брак	2
35	Высшее	Образование	Брак	2
37	Среднее проф.	Образование	Брак	1
38	Высшее	Образование	Брак	1
38	Высшее	Образование	В разводе	2
38	Высшее	Образование	Брак	3
37	Высшее	Образование	Брак	2
35	Высшее	Образование	Брак	2
40	Высшее	Образование	В разводе	0
35	Высшее	Образование	Брак	1
38	Высшее	Образование	Брак	2
40	Высшее	Образование	Не состоит в браке	0
35	Среднее проф.	Образование	Брак	2
36	Среднее проф.	Образование	В разводе	2
38	Высшее	Образование	В разводе	1
40	Высшее	Образование	Вдова	1
37	Высшее	Образование	Брак	2
40	Высшее	Образование	Брак	3
38	Высшее	Образование	В разводе	2
39	Высшее	Образование	В разводе	0
37	Среднее проф.	Образование	Брак	1
35	Высшее	Образование	В разводе	0
37	Высшее	Образование	Не состоит в браке	1
39	Высшее	Образование	Брак	3

Приложение Б

Результаты диагностики отношения к здоровью

Таблица Б.1 – Результаты диагностики отношения к здоровью у мужчин

Когнитивная	Эмоциональная	Поведенческая	Ценностно-мотивационная
63	92	41	101
50	78	35	90
52	87	50	100
54	89	59	80
57	86	85	89
58	85	74	87
59	78	56	85
56	79	48	56
62	90	49	75
63	91	46	48
62	94	48	76
51	95	49	78
57	97	73	100
60	89	45	102
63	78	23	103
65	95	58	59
67	92	59	58
65	80	57	57
62	70	58	78
63	45	45	76
52	46	46	85
58	85	42	86
59	65	41	85
47	62	52	26
48	85	53	24
49	59	51	55
45	74	52	56
49	75	54	57
42	56	55	59
60	78	50	54

Продолжение Приложения Б

Таблица Б.2 – Результаты диагностики отношения к здоровью у женщин

Когнитивная	Эмоциональная	Поведенческая	Ценностно-мотивационная
101	74	89	89
90	90	87	87
100	102	85	85
80	82	56	56
89	92	101	75
87	87	90	48
85	85	100	62
56	57	80	51
75	90	89	57
48	100	87	60
76	80	85	63
62	89	56	65
51	87	75	67
57	85	74	65
60	100	56	62
63	80	48	63
65	89	49	52
67	87	46	58
65	85	48	59
62	89	49	47
63	87	73	89
74	85	45	66
56	56	74	85
48	75	56	56
49	48	48	75
46	76	89	66
48	78	87	76
49	100	85	78
73	102	56	100
45	103	75	102

Приложение В

Результаты диагностики валеологического типа личности

Таблица В.1 – Результаты диагностики валеологического типа личности у мужчин

Шкала Ответственности	Шкала Активности	Тип
2	3	Дефицитарный тип
3	4	Дефицитарный тип
6	9	Манипулятивный тип
9	10	Саморегулятивный тип
9	4	Поддерживающий тип
6	10	Манипулятивный тип
6	6	Дефицитарный тип
5	6	Дефицитарный тип
6	11	Манипулятивный тип
10	6	Поддерживающий тип
10	3	Поддерживающий тип
9	10	Саморегулятивный тип
10	11	Саморегулятивный тип
12	13	Саморегулятивный тип
4	5	Дефицитарный тип
5	6	Дефицитарный тип
2	1	Дефицитарный тип
9	6	Поддерживающий тип
7	9	Манипулятивный тип
10	7	Поддерживающий тип
9	10	Саморегулятивный тип
7	9	Манипулятивный тип
7	8	Манипулятивный тип
5	10	Манипулятивный тип
9	3	Поддерживающий тип
5	9	Манипулятивный тип
2	3	Дефицитарный тип
2	3	Дефицитарный тип
3	4	Дефицитарный тип
2	3	Дефицитарный тип

Продолжение Приложения В

Таблица В.2 – Результаты диагностики валеологического типа личности у женщин

Шкала Ответственности	Шкала Активности	Тип
8	10	Саморегулятивный тип
9	11	Саморегулятивный тип
14	16	Саморегулятивный тип
15	15	Саморегулятивный тип
13	15	Саморегулятивный тип
11	13	Саморегулятивный тип
12	14	Саморегулятивный тип
11	13	Саморегулятивный тип
12	14	Саморегулятивный тип
13	15	Саморегулятивный тип
14	16	Саморегулятивный тип
15	14	Саморегулятивный тип
16	16	Саморегулятивный тип
16	16	Саморегулятивный тип
10	12	Саморегулятивный тип
11	13	Саморегулятивный тип
7	9	Манипулятивный тип
6	6	Дефицитарный тип
5	4	Дефицитарный тип
6	5	Дефицитарный тип
4	6	Дефицитарный тип
3	3	Дефицитарный тип
10	5	Поддерживающий тип
13	6	Поддерживающий тип
12	7	Поддерживающий тип
11	8	Поддерживающий тип
10	6	Поддерживающий тип
10	5	Поддерживающий тип
9	11	Саморегулятивный тип
8	10	Саморегулятивный тип

Приложение Г

Результаты диагностики ценности «Здоровье»

Таблица Г.1 – Результаты диагностики уровня сформированности ценности по шкале «Здоровье» у мужчин и женщин

Женщины	Мужчины
10	4
5	6
8	3
9	8
8	7
9	6
10	7
8	6
9	6
10	5
10	9
5	8
8	6
6	8
7	9
10	9
5	4
8	5
9	9
10	8
10	4
9	8
10	10
10	5
5	3
5	3
8	8
9	5
8	10
8	5

Приложение Д

Результаты диагностики уровня субъективного контроля

Таблица Д.1 – Результаты диагностики уровня субъективного контроля по шкале «Здоровье» у мужчин

Женщины	Мужчины
6	0
7	2
8	3
9	4
4	5
5	2
6	3
4	5
5	6
6	7
6	5
7	4
8	6
2	4
3	5
6	5
7	6
8	7
9	5
6	8
6	6
5	4
6	6
6	7
7	6
7	6
8	8
9	7
8	6
8	7