

УДК 36.364

**ЦЕННОСТНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ
СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ***М. А. Шулаева***VALUE NOTION OF HEALTH AND HEALTHY LIFESTYLES OF STUDENT YOUTH***M. A. Shulaeva*

В статье представлен теоретический обзор социально-психологических подходов, теорий и моделей к проблеме здоровья. Представлен результат исследования отношения студентов вуза к здоровью и здоровому образу жизни. Представляется наиболее эффективный и реалистичный вариант сохранения и укрепления здоровья молодежи – формирование у них навыков самосохранительного поведения и привитие им опыта данного поведения как средства успешной профессиональной и иной социализации как витальной ценности.

The article presents a theoretical overview of the socio-psychological approaches, theories and models to the problem of health. The results of the study of high school students' attitudes to health and healthy lifestyles are presented. It is the most effective and realistic option to preserve and strengthen young people's health – to train them on self-preservation behavior and give them experience of this behavior as of means to a successful professional and other socialization as a vital value.

Ключевые слова: молодежь, здоровье, самосохранительное поведение.

Keywords: youth, health, self-preservation behavior.

Проблематика самосохранительного поведения, поддержания здорового образа жизни в последние годы все чаще признается одной из приоритетных областей научного познания и оказывается в фокусе комплексного изучения. Поведение индивида в сфере здоровья называется самосохранительным (синонимы: витальное, здоровьесохранительное) и определяется как система действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни индивида [3].

Достаточно активный интерес исследователей различных сфер к проблеме ценностного отношения к здоровью и здорового образа жизни, сформировавшийся в науке за последние десятилетия, связан с негативными тенденциями показателей здоровья среди населения.

Здоровье молодого поколения – важнейшая задача современности, в комплексном решении которой невозможно обойтись без специалистов различных сфер. Существуют различные подходы к предмету изучения – с позиции медицины, психологии, физиологии, валеологии, социальной работы, а также различные определения и классификации, сложившиеся в тех или иных научных школах. Сегодня социально-психологические проблемы здоровья являются актуальными и разрабатываются рядом отечественных исследователей [2]. В результате процессов, происходящих в современном обществе, возникает противоречие между социально-психологическими представлениями студенческой молодежи о здоровье и его месте в системе жизненных ценностей и сформированностью у молодежи ценностного отношения к самосохранению и поддержанию своего здоровья.

Утрата стабильных социально-психологических ориентиров, изменение системы ценностей, обладающих надежной защитой и механизмом формирования устойчивых представлений об идеалах, ценностях, нормах, повысило личную ответственность молодежи за самосохранение и поддержание своего

здоровья и резко обозначило неготовность большинства включиться в ценностно-ориентированную политику в отношении своего здоровья и здорового образа жизни. Это определило научный интерес и актуальность выбранной нами темы исследования.

Проблемы здоровья привлекали внимание представителей ряда социальных наук еще в 50–60-х годах XX века, но систематическое изучение относится лишь к 70-м годам XX века. За эти годы было выполнено большое количество социально-психологических работ по проблемам здоровья и болезни (Аронсон, Уилсон, Эйкерт, 2002; Нисбетт, Росс, 1995; Тейлор, Пипло, Сирс, и др.) [1].

Длительное время здоровье трактовалось как проблема индивидуально-личностного бытия, имеющая значение главным образом для выживания и развития отдельного индивида. В настоящее время здоровье во все возрастающей степени осмысливается как значимый феномен собственно социального бытия, как «структурообразующий фактор социальности» [5, с. 3].

Здоровье приобретает значение сложного и глобального социокультурного явления. Поэтому допустимо говорить не только об отдельных технологиях оздоровления, но и о единой «политике здоровья».

Теоретический анализ зарубежных и отечественных теорий и моделей, подходов, опирающихся на различные объяснительные схемы, показал, что проблему здоровья можно рассматривать с выделением ряда факторов, влияющих на предпринимаемое поведение, акцент и анализ убеждений в отношении здоровья.

Обобщая наиболее распространенные в наши дни научные взгляды на проблему здоровья, мы можем выделить несколько альтернативных подходов к исследованию этого феномена.

Нормоцентрический подход рассматривает здоровье как совокупность среднестатистических норм восприятия, мышления, эмоционального реагирова-

ния и поведения, в сочетании с нормальными показателями соматического состояния индивида. Это некий оптимальный уровень функционирования организма и психики.

В феноменологическом подходе проблемы здоровья и болезни трактуются как фундаментальные аспекты или вариации индивидуального, неповторимого «способа бытия-в-мире», они включены в субъективную картину мира и могут быть постигнуты лишь в ее контексте (К. Т. Ясперс, Л. Бинсвангер, Р. Д. Лэнг). На смену формализованным процедурам исследования в данном случае приходит феноменологическое описание, основанное на глубинном понимании и эмпатии.

Холистический подход понимает здоровье как обретаемую индивидом в процессе его становления целостность, предполагающую личностную зрелость (Г. Олпорт), интеграцию жизненного опыта (К. Роджерс) и примирение, синтез фундаментальных противоречий человеческого существования или интрапсихических полярностей (К. Г. Юнг). Естественно-научные принципы анализа дополняются гуманитарными, что обеспечивает целостное видение проблемы.

В кросс-культурном подходе здоровье это социокультурная переменная; его характеристики относительны и детерминированы специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира.

С позиции дискурсивного подхода любое представление о здоровье может быть исследовано как продукт определенного дискурса, имеющего собственную внутреннюю логику конструирования или концептуализации социальной и психической реальности. Для точного понимания структуры конкретного представления требуется углубленный дискурс-анализ.

Аксиологический подход рассматривает здоровье как универсальную человеческую ценность, которая соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ценностной иерархии. Доминирование тех или иных ценностей, так же, как и их переоценка, кризис рассматриваются в качестве факторов, определяющих здоровье индивида или негативно влияющих на него. Аксиологический подход был предложен еще Платоном, который в своем диалоге «Законы» поместил «здоровое состояние души» (наряду с разумием, справедливостью и мужеством) в иерархию человеческих и божественных благ [4, с. 78]. Наиболее крупным ученым нашего столетия, исследовавшим психическое здоровье и его нарушения в их ценностном аспекте, т. е. во взаимосвязи с высшими ценностями человека, следует признать А. Маслоу. В своей теории самоактуализации Маслоу рассматривал высшие ценности как своего рода детерминанты здорового и полноценного развития индивидуума [3].

В интегративном подходе любые объяснительные принципы, модели и концептуальные схемы признаются адекватными способами изучения здоровья на разных уровнях человеческого бытия.

Предпринимается попытка интегрировать эти модели и схемы с учетом их ограничений на единой концептуальной основе, согласно базовым принципам теории систем.

И. Б. Бобовина выделяет общие и специфические теории и модели [1].

Теории аттитюдов не были разработаны для изучения здоровья и болезни, но они оказались применимы для этой сферы. Основными допущениями теории причинного действия, предложенной Л. Айзенем и М. Фишбайном, являются следующие: человек – рационален, он систематически использует доступную ему информацию, в нашем случае, она касается здоровья и болезни. Индивид взвешивает последствия поведения перед тем, как предпринять какое-либо действие или отказаться от него. Поведение непосредственно связано с интенцией, или готовностью к выполнению некоторого действия. Интенция к действию находится в линейной зависимости от аттитюда в отношении данного действия и субъективных норм (воспринимаемое социальное давление) по отношению к выполнению или невыполнению этого действия. Л. Айзен и М. Фишбайн подчеркивают, что аттитюд в этой модели – оценка некоторого поведения с помощью континуума: нравится – не нравится, хороший – плохой, благоприятный – неблагоприятный, полезный – бесполезный. Субъективные нормы определяются убеждениями о том, как значимые другие оценивают это действие, а также мотивацией к согласию с ними. Те индивиды, у которых возникла интенция к действию, например к выполнению превентивного поведения, с большей вероятностью будут его выполнять, чем те, у кого она отсутствует. Чем выше интенция к действию, тем больше вероятность, что человек будет выполнять это действие.

Другой схемой, используемой при объяснении проблем психологии здоровья и болезни, являются атрибутивные теории. В современном варианте атрибутивные теории могут быть представлены в виде набора правил, используемых людьми для того, чтобы сделать выводы о самих себе и об окружающем их социальном мире. Индивид здесь активно конструирует реальность, которая и определяет его действия.

В области здоровья и болезни интерес атрибутивных теорий представлен преимущественно двумя направлениями: 1) атрибутивные процессы в отношении здоровья и болезней, серьезных заболеваний и травм; 2) роль атрибуции в связи с превентивными программами в области здоровья. В русле первого направления представляется возможным говорить о тех ситуациях, когда люди, серьезно заболев, пытаются «понять» или, что было бы вернее, приписать причины их болезней и, «установив» контроль над ними, разработать соответствующую стратегию поведения. Эта стратегия заключается в приписывании ответственности за случившееся либо себе самому, либо другим.

Теория социального сравнения изначально была предложена Л. Фестингером для понимания того, как люди получают информацию о самих себе, основываясь на наблюдении других. Потребность

сравнивать себя с другими филогенетически очень старая, она имеет важное биологическое значение, связанное с адаптацией и выживанием. В работах М. Шерифа по выработке групповых норм, где в основе выработки единой оценки лежат механизмы сравнения, а также работам Г. Хаймана по референтной группе, где также идет речь о процессах сравнения. Однако именно в теории социального сравнения эта идея получила теоретическую и эмпирическую реализацию.

С точки зрения Л. Фестингера, человеку необходимо иметь информацию о своих способностях и своем поведении, причем эта информация должна быть стабильной, предсказуемой и точной. Предпочтение отдается объективным стандартам за счет обращения к физическому миру. Однако, если такого рода информация не является доступной, а это случается, как отмечает Фестингер, вероятно, в большинстве ситуаций, то человек использует похожих других как источник информации, он сравнивает себя с другими и делает выводы в отношении своих способностей и своего поведения. Сходство является важной составляющей процесса социального влияния.

А. Бандура в социально-когнитивной теории сделал акцент на когнитивную активность индивида, которая занимает особую роль в данной теории. Она связана со способностью индивида кодировать информацию, использовать символы, конструировать реальность, а также научиться посредством наблюдения, саморегуляции и саморефлексии. Социальная система оказывает влияние на человека посредством психологических механизмов, связанных с саморегуляцией.

Данная теория направлена на предсказание поведения индивида, а также на определение способов модификации поведения, ибо оно не изменяется под действием только одного желания. Одним из ключевых понятий теории является реципрокный детерминизм, т. е. функционирование человека определяется действием трех типов взаимозависимых факторов: 1) когнитивных, аффективных, биологических, 2) поведенческих; 3) связанных с окружением.

Вклад каждого из этих факторов различен.

Различные варианты поведения человека развиваются посредством моделирования. По мнению А. Бандуры, наблюдая других, человек понимает, как реализуется новое поведение, позднее эта символическая конструкция будет направлять его собственное действие.

К важным умениям человека относится использование символа, посредством которого индивид осмысливает опыт, придает ему форму, приближает к себе. Использование символов позволяет человеку анализировать последствия поведения без его непосредственного выполнения. Поведение человека в значительной степени регулируется его умением обдумывать действие заранее. Отсюда в теории предлагается различать ряд ожиданий, на которые люди ориентируются, предпринимая (или не предпринимая) те или иные действия. Важным положением этой теории является утверждение о том, что различного рода психологические процедуры явля-

ются средством создания и усиления ожиданий об эффективности индивида.

К специфическим теориям и моделям относится: модель убеждений о здоровье. Цель данной модели, разработки которой велись группой американских исследователей (С. Кегел, Г. Хочбаум, И. Розенсток) еще в 1950-е годы, заключалась в создании способа объяснения и предсказания превентивного поведения, в особенности связанного с использованием медицинских услуг. Восприятие угрозы здоровью побуждает людей предпринимать те или иные действия, а убеждения о возможном поведении определяют план этих действий. Вероятность того, что индивид предпримет превентивное действие, зависит от ряда факторов. Так, человек будет предпринимать здоровое поведение, если:

1) он понимает, что негативного условия можно избежать;

2) у него есть позитивные ожидания от выполнения определенного поведения;

3) он уверен, что сможет выполнить требуемые действия.

Теория защитной мотивации К. Роджерса по своей сути является модифицированной моделью И. Розенстока. В теории защитной мотивации важным фактором, связанным со здоровым поведением или с прекращением небезопасных действий, является страх. Появление этого конструкта явилось достаточно важным дополнением теории, так как трудно представить, что, сталкиваясь с различными болезнями и заболеваниями, индивид не испытывает страха, а всего лишь анализирует информацию об этих реалиях жизни. Основная идея теории сводится к тому, что люди стремятся предпринять превентивные действия, чтобы защитить свое здоровье от угрожающих факторов в том случае, если:

1) они верят в то, что некоторое явление представляет опасность для них;

2) они оказываются от него не защищены;

3) угрозы можно избежать за счет определенных действий, здорового поведения;

4) люди уверены в том, что им под силу выполнить требуемое поведение (самоэффективность).

Речь идет о двух процессах оценки, происходящих параллельно. С одной стороны, это процесс оценки угрозы, включающий серьезность болезни и уязвимость по отношению в ней. Оценка угрозы соотносится с преимуществами проблемного (неадаптивного) поведения, которое индивид практикует в настоящее время. Человек перестает действовать таким образом если угроза перевешивает воспринимаемые преимущества неадаптивного поведения. С другой стороны, это процесс оценки совладания, состоящий из воспринимаемой эффективности действия (или эффективности ответа) и способности действовать (или самоэффективности).

Результаты этих параллельных процессов определяют степень защитной мотивации, выражающейся в готовности к выполнению рекомендуемого поведения. Чувство страха связывается с восприятием угрозы какого-то заболевания и собственной уязвимостью по отношению к нему. Сильное чувство страха окажется эффективным только в том случае,

если человек считает, что у него достаточно высокая самооценочность. Другими словами, если рекомендуемое поведение воспринимается как осуществимое. Страх в сочетании с низким чувством действует обратным образом на готовность к выполнению здорового поведения. Информация, имеющаяся у индивида из прошлого опыта, а также полученная путем убеждения или научения, приводит в действие или адаптивный (улучшение поведения), или неадаптивный (избегание, отрицание проблемы) стиль поведения.

Ментальные представления о болезни и здоровье. Оценивая ощущения, симптомы и опыт болезни, индивид апеллирует к схемам, хранящимся в долгосрочной памяти. Эта информация включает знания и убеждения индивида в отношении физиологических аспектов здоровья и болезни. Будучи активизированными, эти системы знаний направляют селективное внимание, эффекты якорения в суждениях и запускают подтверждающие стратегии поиска информации. Х. Левенталь предложил модель, в которой речь идет о специфическом знании, связанном со здоровьем и болезнью. Согласно модели ментальных представлений о здоровье и болезни, люди не только отвечают на присутствующие симптомы, но пытаются понять их природу, интуитивно объединяют их, вырабатывая, таким образом, ментальные представления или имплицитные теории болезней. Выработанные представления направляют последующие действия человека, имеющие своей целью совладание с болезнью. Представления о болезни, действия, направленные на совладание с болезнью, и их оценка – все это результат конструктивной активности, посредством которой индивид пытается понять и управлять специфической областью психологической реальности – соматическими ощущениями. Эти составляющие находятся в постоянном взаимодействии друг с другом.

Люди используют следующие категории для организации представления об угрозе здоровью: название болезни (т. е. ярлык, некоторая категория, обозначающая болезнь, а также соответствующие симптомы); причины (каковы факторы ее возникновения, например стресс, слабость, контакт с инфекцией); продолжительность (до излечения или смерти) и последствия (физические, социальные, экономические, это убеждения в отношении влияния болезни на качество жизни и функциональные способности человека). Эти понятия задают некую схему интерпретации информации о болезни. Представления придают смысл соматическому опыту, а также облегчают коммуникацию людей о нем. Эта схема направляет выбор и исполнение действий, направленных на преодоление болезни. В данной модели предлагается изучать то, как индивид представляет себе здоровье и болезнь в обыденной жизни. Достаточно важным преимуществом данной модели является включение в нее элемента «продолжительность», который предполагает некоторое изменение, развитие во времени представлений о болезни.

Выбор адекватного подхода к исследованию феноменологии здоровья представляет серьезную теоретико-методологическую проблему.

Все перечисленные подходы представляются нам приемлемыми и взаимодополняющими.

Как показал анализ различных теорий и моделей, проблемы здоровья представляют собой специфическую область, требующую особого анализа.

В последние несколько лет проблема здорового образа жизни является одной из актуальных в различных сферах жизнедеятельности человека и в системе научного изучения данной проблемы. Несмотря на интерес и актуальность к проблеме здорового образа жизни, проблема ценностного отношения к самосохранению, продвижению и поддержания здоровья среди молодежи является недостаточной изученной.

Актуальность данного исследования определяется тем, что формирование представлений о здоровье и здоровом образе жизни обязательно включает в себя трансляцию такого понимания ценностных ориентаций и смыслов, которые приняты в данной культуре и возрастной группе. Студенческая молодежь является отдельной социально-демографической группой, обладающей определенной спецификой и требующей разработки профилактических и образовательных программ и исследований в рамках социальной работы.

Целью данного исследования является изучение социально-психологических проблем здоровья и ценностное отношение студентов вуза к здоровому образу жизни.

В ходе исследования решались следующие задачи:

- 1) анализ основных теоретических подходов к проблеме психологического здоровья в зарубежной и отечественной психологии;
- 2) изучение отношения студенческой молодежи по вопросам здоровья и здорового образа жизни;
- 3) сравнительный анализ представлений студенческой молодежи о здоровье и отношении к проблеме здорового образа жизни по различным критериям.

При организации и проведении исследования применялись следующие методы: теоретико-методологический анализ научных источников, опросные методы и методы математической статистики. Выбор комплекса методов исследования определяется целями и задачами исследования. Исследование проводилось на базе КемГУ среди студентов 2 – 3 курсов юридического факультета, в возрасте от 18 до 21 года. Всего в исследовании приняли участие 81 человек. Выборка является гетерогенной по фактору пола. В ходе исследования участники были разделены на 2 группы: 1 группа – 42 женщины; 2 группа – 39 мужчин.

Среди опрошенных преобладали лица в возрасте 17 – 18 лет – 45 %, 19 лет – 38 %, 20 – 21 год – 18 %. Из общего числа студентов, принявших участие в исследовании, 83 % проживают с родителями, 10 % проживают в общежитии, 8 % имеют отдельную квартиру и 5 % снимают жилье. Среди опрошенных 93 % не состоят в браке, 5 % находятся в гражданском браке, в официальном браке состоят 3 % из общего числа опрошенных.

С помощью анкетного опроса оценивались: значимость здоровья в системе жизненных ценностей студентов, отношение к здоровью, степень влияния

социальных и психологических факторов на здоровье и здоровый образ жизни (ЗОЖ). Анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать ряд выводов относительно представлений о здоровом образе жизни женщин и мужчин. При сопоставлении данных в группах студентов – мужчин и женщин, достоверные различия выявлены ($p \geq 0,05$): в оценке родителями влияния на здоровье вредных привычек; способах получения информации о здоровом образе жизни, в частности, сохранении психологического благополучия; факторах, негативно влияющих на здоровье; условиях, необходимых для ведения здорового образа жизни в вузе и т. д.

Значимые достоверные различия ($p \geq 0,05$) получены в группах студентов 17–18 лет (1 группа), 19 лет (2 группа) и 20 – 21 год (3 группа). Вопросы, связанные со здоровьем, в большей степени интересуют студентов 1 группы.

Значимость жизненных ценностей в обеих группах испытуемых распределилась следующим образом (таблица 1).

Таблица 1

Средний результат значимости жизненных ценностей, полученный в группах респондентов

<i>Женщины</i>	<i>Мужчины</i>
1. Взаимоотношения в семье	1. Взаимоотношения в семье
2. Здоровье (психическое и физическое)	2. Здоровье (психическое и физическое)
3. Материальное благополучие	3. Успех у противоположного пола
4. Любовь	4. Общение с друзьями
5. Уверенность в себе	5. Учеба

Итак, анализ анкетного опроса по вопросу значимости жизненных ценностей выявил значимые различия жизненных ценностей: 1 группа респондентов указала такие жизненные ценности, как взаимоотношения в семье, здоровье, материальное благополучие, любовь, уверенность в себе. По мнению 2 группы респондентов, взаимоотношения в семье, здоровье, успех у противоположного пола, общение с друзьями, учеба являются значимыми жизненными ценностями (таблица 1). Можно отметить, что жизненные ценности в обеих группах схожи, это можно объяснить особенностями возраста испытуемых. Большинство студентов обеих групп отдадут приоритет среди прочих жизненных ценностей именно здоровью (психическому и физическому). Вместе с тем женщины придают в целом большее значение здоровью, чем мужчины. В среднegrupповом ранге жизненных ценностей у девушек здоровье занимает 2-ю позицию, в группе юношей – 3-ю позицию.

В ходе исследования мы также выясняли степень значимости влияния социальных и психологических факторов на здоровье по оценкам студентов.

В целом полученные результаты дают нам основания говорить о том, что оценка представителями различных гендерных групп испытуемых степени значимости влияния социальных и психологических факторов на здоровье различна (рис. 1). Среди первой группы испытуемых наиболее высокие оценки

получили такие факторы, как: трудные жизненные ситуации (утрата близких, изменение социального статуса и т. д.), стрессы, отсутствие комфортных условий проживания, дисгармоничные отношения в семье, качество и доступность медицинской помощи. Во второй группе испытуемых высокие оценки получили такие факторы, как: трудные жизненные ситуации (утрата близких, изменение социального статуса и т. д.), материальные возможности, дисгармоничные отношения в семье, качество и доступность медицинской помощи. Как следует из приведенных результатов, оценка социальных и психологических факторов, влияющих на здоровье, не носит особых гендерных различий.

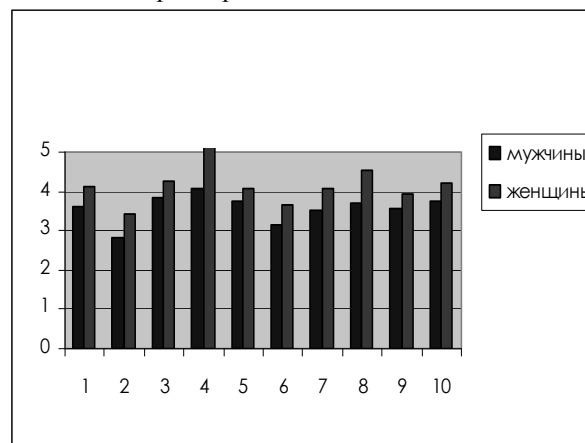


Рис. 1. Степень значимости влияния социальных и психологических факторов на здоровье,

* где 1 – отсутствие комфортных условий проживания; 2 – условия обучения; 3 – качество и доступность медицинской помощи; 4 – трудные жизненные ситуации; 5 – материальные возможности; 6 – интеллектуальные нагрузки; 7 – психоэмоциональный дискомфорт; 8 – стрессы; 9 – конфликты; 10 – дисгармоничные отношения в семье.

Сравнительный анализ представлений о здоровом образе жизни в двух группах показал, что ключевыми категориями представлений о здоровом образе жизни в первой группе испытуемых является здоровый образ жизни как идеальное состояние полного физического, психологического, социального благополучия, к которому стоит стремиться (70 %), отсутствие вредных привычек (48 %), установка на сохранение и укрепление здоровья (45 %), активная жизненная позиция (33 %). Вторая группа испытуемых в понятие «здоровый образ жизни» вкладывает идеальное состояние полного физического, психологического, социального благополучия, к которому стоит стремиться (74 %), отсутствие вредных привычек (51 %), физическая активность (46 %), активная жизненная позиция (28 %), стратегии активного поведения по самосохранению своего здоровья (20 %). Наиболее согласованным пониманием здорового образа жизни является «идеальное состояние полного физического, психологического, социального благополучия человека, к которому стоит стремиться» в обеих группах респондентов.

Сравнение процентного соотношения собственного мнения респондентов о том, насколько их зна-

ния о здоровье и здоровом образе жизни являются достаточным, показал: полностью владеют информацией и не нуждаются в дополнительной 26 % в первой группе испытуемых и 33 % во второй группе испытуемых. Владеют основной информацией, но хотелось бы знать больше, в 1 группе испытуемых 52 %, а во 2 группе испытуемых 56 %. Выявлены различия в оценивании испытуемых своих знаний в сфере здорового образа жизни. Так, женщины больше стремятся к получению новых знаний. Было

установлено, что наиболее значимой информацией об образе жизни студенты обеих групп считают информацию о здоровом питании, рациональном распределении времени на учебную деятельность и досуг, способах сохранения психологического благополучия. Здоровье представляется как нечто требующее приложения усилий, выполнения определенного поведения.

Таблица 2

Оценка студентами эффективности мер поддержания здоровья и пропаганды здорового образа жизни в университете (%)

	<i>Варианты ответов</i>	<i>Женщины</i>	<i>Мужчины</i>
1.	Оказание социальной помощи (поддержки)	43	36
2.	Оказание квалифицированной психологической помощи, основанной на принципах добровольного обращения и конфиденциальности	48	36
3.	Включение в учебный процесс знаний о ЗОЖ (лекции, семинары, беседы)	7	10
4.	Акции, информационные кампании в вузе	21	26
5.	Социальная реклама	29	41
6.	Социальная активность молодежи (вовлечение студентов в волонтерское движение)	24	18
7.	Трансляция актуального положительного опыта жизни через кино (фильмогруппа)	24	26
8.	Внедрение здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс (рациональные учебные нагрузки, непрерывность и комплексность проведения оздоровительных мероприятий)	52	54
9.	Внедрение комплексной системы мониторинга социально-психологического благополучия студентов.	21	36

Наиболее эффективными мерами поддержания и пропаганды ЗОЖ в университете, по мнению студентов, является социальная реклама, внедрение комплексной системы мониторинга социально-психологического благополучия здоровья студентов, оказание социальной и психологической помощи.

Студенты 1 группы наиболее эффективными мерами поддержания и пропаганды здорового образа жизни в работе со студентами в университете считают включение в учебный процесс лекций, семинаров, бесед о ЗОЖ. Здоровый образ жизни, по мнению студентов 2 группы, в большей степени зависит от установки личности на сохранение и укрепление здоровья. Выявлены различия между 1 и 2 группами студентов в оценке индивидуальной ответственности по сохранению и поддержанию своего здоровья. При этом студенты 2 группы характеризуются более высокой степенью осознанности данного аспекта ЗОЖ.

Рассматривая проблему здоровья и здорового образа жизни среди студенческой молодежи, мы выяснили актуальность проблемы. Дальнейшее исследование проблемы ценностного отношения к здоровью позволит сформировать научное представление о феномене здоровья в свете интегративного подхода. Таким образом, проведенное нами исследование подтвердило, что ценностное отношение к здоровью среди студентов вуза имеет гендерные различия.

Литература

1. Бовина, И. Б. Социальная психология здоровья и болезни [Текст] / И. Б. Бовина. – М.: Аспект-Пресс, 2007. – 256 с.
2. Васильева, О. С. Психическое здоровье как интерактивная характеристика личности [Текст] / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов // Психологический вестник. – Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ. – 1998. – № 3. – С. 418.
3. Журавлева, И. В. Поведенческий фактор и здоровье населения [Текст] / И. В. Журавлева // Методологические аспекты. – Новосибирск: Наука, 1989. – С. 72.
4. Ивахненко, Г. А. Здоровье московских студентов: социологический анализ самосохранительного поведения [Текст] / Г. А. Ивахненко // СОЦИС. – 2006. – № 5.
5. Маслоу, А. Дальние пределы человеческой психики. [Текст] / А. Маслоу. – СПб., 1997. – С. 430.
6. Платон. Законы [Текст] // Собр. соч.: в 4 т. – М., 1994. – Т. 4.
7. Сайко, Э. В. Здоровье как явление социального бытия и основание действенной силы человека в его эволюции [Текст] / Э. В. Сайко // Мир психологии. – 2000. – № 1(21). – С. 3 – 11.