

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии
Кафедра психологии развития и консультирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

_____ М.В. Ростовцева

« _____ » _____ 2019г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

37.03.01 Психология

Отношение к здоровью у молодых людей с разным
психологическим полом

Научный руководитель _____ доцент, канд. психол. наук Е.В.Потапова

Выпускник _____ А.В.Бадмаева

Красноярск 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Проблема здоровья в психологии.....	5
1.1 Проблема здоровья как предмет психологического анализа	5
1.2 Структура здоровья в психологии.....	11
1.3 Отношение здоровью в психологии.....	14
1.4 Психологическая характеристика юношеского возраста.....	17
2 Психологический пол как предмет изучения психологии Ошибка! Закладка не определена.	
2.1 Понятие пола в психологической науке.....	27
2.2 Психологический пол в контексте гендерных исследований.....	27
3 Эмпирическое исследование различий отношения у молодых людей с разным психологическим полом к здоровью	34
3.1 Отбор респондентов исследования	34
3.2 Подбор методик исследования	34
3.3 Основные этапы исследования	37
3.4 Результаты и интерпретация результатов исследования	38
Заключение	44
Список использованных источников	47
Приложение А	51
Приложение Б.....	55
Приложение В	60

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема здоровья в России актуальна для всех возрастных групп населения. Молодые люди относятся к группе населения с повышенным риском заболеваний в связи с большой психоэмоциональной и умственной нагрузкой. Многим молодым людям приходится адаптироваться к новым условиям проживания и обучения в вузах.

Исходя из этого, проблема исследования заключается в определении влияния психологического пола человека на его отношение к здоровью.

Следует заметить, что понятие «отношение к здоровью» еще относительно ново для психологической науки. Это отражает, с одной стороны, растущий интерес к данной проблематике, а с другой – многообразие принципов и путей исследования и неустойчивость концептуального аппарата, который используется в рассматриваемой области. Все это вполне естественно для нового, интенсивно развивающегося исследовательского направления, каким является в настоящее время психология здоровья.

Сегодня проблема здоровья в психологии является актуальной и разрабатывается рядом исследователей (В.А.Ананьев, Б. С. Братусь, И.Н.Гурвич, Н.Г.Гаранян, А. Н. Леонтьев, В.Э. Пахальян, А.М. Степанов, А.Б.Холмогорова и др.).

Данная тема хорошо изучена и описана в исследованиях с подростками, для расширения взгляда необходимо увидеть особенности изучаемого вопроса на выборке другой возрастной группы. А именно, на периоде ранней взрослости (молодости).

Актуальность исследования отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом обусловлена тем, что знания об отношении к своему здоровью помогут проводить профилактику, создать наиболее благоприятные условия, скорректировать отношение студентов к своему здоровью и здоровью окружающих и сформировать положительную мотивацию на отношение к здоровью.

Цель работы: исследование отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом.

Объект исследования: 60 молодых людей.

Предмет исследования: отношение к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом.

Гипотезы:

1. У представителей феминного типа уровень отношения к здоровью выше, чем у представителей маскулинного типа.

2. У представителей андрогинного типа уровень отношения к здоровью выше, чем у маскулинного, но ниже, чем у феминного типа.

Задачи:

1. Теоретический анализ по тематике исследования.

2. Подбор методов и методик исследования.

3. Проведение исследования.

4. Сформулировать выводы исследования.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методы и методики:

1. Анализ научной литературы;

2. Методика «Маскулинность-фемининность» С. Бем, методика «Отношение к здоровью» Р. А. Березовская, тест «Индекс отношения к здоровью» С. Дерябо, В.Ясин;

3. Метод математической обработки данных в психологии (U-критерий Манна-Уитни).

В исследовании приняло участие 60 человек, учащихся в Сибирском Федеральном университете.

Данная дипломная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников, приложений.

1 Проблема здоровья в психологии

1.1 Проблема здоровья как предмет психологического анализа

Исследование проблемы здоровья человека имеет общественный интерес. Это связано с тем, что внимание к здоровью любого человека означает приближение к обществу, ориентированному на общечеловеческие ценности. В. Э. Пахальян также замечает, что здоровье личности становится предметом особого внимания специалистов различных направлений и практик. Отношение личности к своему здоровью является одним из важнейших аспектов психопрофилактической работы с раннего детства.

Понятие «здоровье» не имеет общепринятого унифицированного толкования, характеризуется многозначностью и неоднородностью состава. Согласно определению, которое было приведено в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1948г., здоровье – это такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие. Данная формулировка нуждается в уточнениях и подвергается критике за слабую практическую направленность.

Представление о здоровье человека интенсивно развивается и разрабатывается в психологии. Психология рассматривает феномен здоровья индивида, комплексно пытаясь соотнести как физиологические, так и социальные и психологические факторы, воздействующие на самочувствие и ощущение индивида.

В своей монографии «Введение в психологию здоровья» В.А.Ананьев (1998) указывает, что главный принцип здоровья не в том, чтобы только иметь крепкое здоровье, а в том, чтобы реализовать с помощью своего здоровья свою миссию. Таким образом, в понятие здоровье сегодня следует включать и конкретные формы поведения, которые позволяют улучшать качество нашей жизни.

ни, делают ее более благополучной, позволяют достигать высокой степени самореализации.

Первые разработки психологических концепций здоровья появляются, главным образом, в рамках гуманистической психологии (Э. Фромм, Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл и др.) и тесно связаны с развитием психологии личности. В отдельное научное направление в своде психологических дисциплин психология здоровья выделилась только в конце 70-х гг. XX-го века.

Собственно, психологические аспекты проблемы здоровья стали предметом научного исследования только в XX в. и нашли отражение в работах таких психологов как А. Маслоу, К. Роджерс, А. Эллис, Э. Фромм, В. Франкл, В. А. Ананьев, И. В. Дубровина, О. В. Хухлаева, Р. А. Березовская, Б. С. Братусь, Г. С. Никифоров и другие.

Обобщая наиболее распространенные научные взгляды на проблему здоровья, можно выделить несколько подходов к исследованию этого феномена:

1. Нормоцентрический подход (Г. К. Ушаков и др.): здоровье рассматривается как совокупность среднестатистических норм восприятия, мышления, эмоционального реагирования и поведения, в сочетании с нормальными показателями соматического состояния индивида. Это некий оптимальный уровень функционирования организма и психики.

2. Феноменологический подход: 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 (Ясперс, Бинсвангер, Лэнг). На смену формализованным процедурам исследования в данном случае приходит феноменологическое описание, основанное на глубинном понимании и эмпатии.

3. Холистический подход: здоровье понимается как обретаемая индивидом в процессе его становления целостность, предполагающая 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.

4. Кросс-культурный подход (Г. Триандис, Д. Берри, Ф. Абуд, Д. Мацумото и др.): здоровье – это социокультурная переменная; его характеристики относительно и детерминированы специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и образа мира.

5. Дискурсивный подход: любое представление о здоровье может быть исследовано как продукт определенного дискурса, имеющего собственную внутреннюю логику конструирования или концептуализации социальной и психической реальности. Для ясного понимания структуры конкретного представления требуется углубленный дискурс-анализ. Блестящим образцом такого анализа является историческое исследование становления медицинского дискурса, осуществленное Мишелем Фуко в работе «Рождение клиники». Предполагается также критическое исследование различных дискурсивных практик, в которых рождаются своеобразные концепции здоровья и болезни, с определением их базовых принципов, достоинств и ограничений.

6. Аксиологический подход (А. Ф. Ковалевская, И. С. Ларионова, К. С. Хруцкий и др.): здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, 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. Появляется больше работ, посвященных осмыслению здоровья, определяющее социальное и психическое бытие личности.

7. Интегративный подход (П. К. Анохин, К. В. Судаков, А. Н. Разумов, В. В. Васильева, М. Л. Журавин, Н. К. Меньшиков и др): 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.

Выше перечисленные подходы представляются приемлемыми и дополняющими друг друга.

Длительное время проблема здоровья не являлась приоритетом психологической науки. Психология XX столетия по большей части была сосредоточена на аномалиях человеческой природы, в то время как душевное здоровье реже становилось предметом основательного изучения. Только во второй половине прошлого века, главным образом в рамках гуманистической психологии, крупнейших ученых (Э. Фромм, Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл) вдохновила проблематика здоровой личности. Появляются первые разработки психологических концепций здоровья.

В конце 1970-х гг. появилась психология здоровья, которая стала достаточно обширной областью исследования.

В современной России психология здоровья еще только проходит начальную стадию своего становления.

Термин «психологическое здоровье человека» фиксирует два понятийных словосочетания: психология человека и психология здоровья.

Для того, чтобы быть психологически здоровым человеком, мы приобретаем средства самопонимания, самопринятия и саморазвития в соответствии с определенным возрастом.

Данный теоретический ход осуществлен в духе традиций отечественной психологии. Так, А. Н. Леонтьев указывал на необходимость разделения представлений о личности и о «психическом», говоря о «личностном» как об

особом «измерении». Б. С. Братусь, анализируя тенденции современного общества, утверждает, что для все большего количества людей становится характерным диагноз «психически здоров, но личностно болен». Р. Ассаджولي описывал психологическое здоровье как баланс между различными аспектами личности человека; С. Фрайберг – между потребностями индивида и общества; Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова – как процесс жизни личности, в котором сбалансированы рефлексивные, рефлексивные, эмоциональные, интеллектуальные, коммуникативные, поведенческие аспекты.

По определению В. Э. Пахальяна [34, 29 с.]: «Здоровье в психологии или психологическое – состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности».

Обратимся к другому определению, сформулированному Л. Д. Деминой и И. А. Ральниковой: «Психологическое здоровье – это мера способности индивида поддерживать, осуществлять и развивать индивидуальную и социальную субъективность в изменяющемся мире», которое они выводят, базируясь на определении Е. Р. Калитеевской и В. И. Ильичевой: «Психологическое здоровье – это мера способности человека трансцендировать свою социальную и биологическую детерминированность, выступать активным и автономным субъектом собственной жизни в изменяющемся мире». На наш взгляд, в этих определениях нет направленности развитию личности, чтобы быть психологически здоровым.

Многие ученые психологи (А. Маслоу, К. Роджерс, Н. В. Маслоу) описывают здорового человека, с точки зрения психологии, в следующих характеристиках:

- наличие ориентации на реальность;
- принятие себя и окружающих такими, какие они есть;

- спонтанность;
- центрованность на проблеме, а не на себе;
- наличие потребности в одиночестве;
- автономность и независимость;
- отсутствие склонности к стереотипам в восприятии людей и явлений;
- духовность;
- идентификация с человечеством;
- способность к близким отношениям с людьми;
- наличие чувства юмора (а не сарказма и насмешек); высокая креативность;
- низкая конформность;
- умение принимать ответственность за свою жизнь на себя;
- обладание адаптивностью к внешним и внутренним переменам с учетом моральных и духовных ценностей человечества.

Г. И. Чижакова, выделяет здоровье в психологии, как отдельное от телесного и психического, тем самым связывая его с духовностью. Под духовностью подразумевает «особое эмоционально-нравственное состояние личности, ...такое сознание человека, которое ориентировано на высшие ценности – Истину, Красоту, Добро – и пытается реализовать их в деятельности и общении». Исходя из этого психологическое здоровье становится синонимом духовного здоровья.

О. В. Хухлаева, Г. С. Никифорова представляют здоровье в рамках адаптационного подхода. В данном подходе здоровый человек – это хорошо адаптирующийся и имеющий гармоничные отношения с окружающими.

Умение приспосабливаться и развиваться в изменяющихся условиях, является предпосылкой психологического здоровья.

Основу здоровья человека составляет нормальное развитие субъективной реальности (субъективности, внутреннего мира) в пределах индивидуальной жизни. Причем, норма – это не среднее, а лучшее, что возможно в конкретном

возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях. Сущностными характеристиками здоровья человека в психологии являются его духовность, нравственность, человечность, которые понимаются как ориентирование его сознания на высшие ценности – истину, красоту, добро, следование высшим образцам человеческой культуры и созидательное преобразование действительности.

Подведем итоги. Здоровье человека в психологии имеет общественный интерес. По определению В. Э. Пахальяна: «Здоровье в психологии – состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности».

Сущностными характеристиками здоровья человека в психологии являются его духовность, нравственность, человечность, которые понимаются как ориентирование его сознания на высшие ценности – истину, красоту, добро, следование высшим образцам человеческой культуры и созидательное преобразование действительности.

1.2 Структура здоровья в психологии

Понимание здоровья в психологии сейчас значительно расширяется. Оно привязывается не только к физиологическому и психофизиологическому пространству, но воспринимается как сложный феномен, включающий новые смыслы и значения в процессе социальной эволюции.

В настоящее время здоровье приобретает ценность для индивида не только в плане здоровье - болезнь и не только в плане сохранения возможности своей действительности, когда ценность здоровья имеет своего рода рыночный характер, но и как личностно необходимый компонент, обеспечивающий личную

представленность человека в обществе. Здоровье в качестве особой формы проявления природной сущности человека приобретает реальную всеобщность. Не просто общественно-значимым становится здоровье, когда человек заботится о своем здоровье, а общество о его здоровье, но и объективно вводится такое направление, как изучение здоровья здорового человека.

Здоровье является необходимым условием полноценного функционирования и развития человека в процессе его жизнедеятельности. Таким образом, с одной стороны, оно является условием адекватного выполнения человеком своих возрастных, социальных и культурных ролей (ребенка или взрослого, учителя или менеджера, россиянина или австралийца и т. п.), с другой стороны, обеспечивает человеку возможность непрерывного развития в течение всей его жизни.

Несмотря на то, что в современной психологии авторы уделяют недостаточно внимания проблеме именно структуры здоровья в психологии, все же есть попытки выделить структурную модель. Так, А. В. Козловым в 2011 году была представлена структура здоровья. В итоге автору удалось выделить 11 структурных компонентов здоровья в психологии, таких как: отсутствие психических отклонений; душевное равновесие; просоциальная ориентация; физическое благополучие; гуманистическая позиция; стремление быть собой; творческое самовыражение; семейное благополучие; любовь к Высшему; ориентация на цель; интеллектуальное совершенствование. Эти сферы характеризуют популяцию в целом и представляются полезными для создания опросника, который направлен на определение типа и уровня психологического здоровья. При этом автор замечает, здоровье индивидуально изменчиво и может состоять из разного количества сфер: от одной до одиннадцати.

Б. С. Братусь отмечает общность взглядов большинства авторов по вопросу о том, какими свойствами должна обладать любая здоровая личность. Часто отмечают такие черты, как интерес к внешнему миру, наличие «жизненной философии», которая систематизирует опыт, способность юмори-

стически окрашивать действительность, способность к установлению контактов с окружающими, целостность личности, и ряд других. Автор фиксирует проблему классификации и упорядочивания этих многочисленных маркеров здоровья личности и предлагает рассматривать их на трех уровнях:

1) уровень личностного здоровья (высший уровень), определяемый качеством смысловых отношений;

2) уровень индивидуально-психологического здоровья, определяемый наличием и «тонусом» способностей индивидуальности для реализации этих целей и смыслов;

3) уровень психофизиологического здоровья, который определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности. Речь идет о разноуровневых составляющих психического здоровья, существующих одновременно.

Б. С. Братусь фиксирует проблему классификации и упорядочивания этих многочисленных маркеров здоровья личности и предлагает рассматривать их на трех уровнях:

- К высшему уровню здоровья в психологии - креативному - можно отнести людей с устойчивой адаптацией к среде, наличием запаса сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности, наличием созидательной позиции. Такие люди не нуждаются в психологической помощи.

- К среднему уровню - адаптивному - относятся люди, в целом адаптированные к социуму, однако имеющих несколько повышенную тревожность. Такие люди могут быть отнесены к группе риска, поскольку не имеют запаса прочности психологического здоровья и могут быть включены в групповую работу профилактически-развивающей направленности.

- Низший уровень - это дезадаптивный. К нему относятся люди с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации и использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные, либо

аккомодативные средства. Ассимилятивный стиль поведения характеризуется прежде всего стремлением человека приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям. Неконструктивность его проявляется в его ригидности, в попытках человека полностью соответствовать желаниям окружающих.

1.3 Отношение к здоровью в психологии

«Психология отношений» зародилась в начале XX в. в школе В. М. Бехтерева. Первые штрихи были набросаны А. Ф. Лазурским и С. П. Франком в опубликованной в 1912 г. «Программе исследований личности и ее отношении к среде». Рассматривая личность как биосоциальный организм, А. Ф. Лазурский подчеркивал в качестве ее главной основы нервно-психическую организацию. Другой важной стороной он считал отношение личности к внешней среде (природе, людям, социальным группам, духовным ценностям и др.). Он придавал отношениям особое значение в достижении гармонии личности, под которой понимал разносторонность, полноту и согласие психических функций человека.

Термин «отношение к здоровью» многие авторы соотносят и определяют как синонимы такие понятия как «ВКЗ», «установка на здоровье», «самооценка здоровья». Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или наоборот угрожающих здоровью людей, а так же определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Формирование отношения к здоровью – процесс непростой, противоречивый и динамичный, который состоит из двух групп факторов:

– внешними (характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек);

–внутренними (индивидуально-психологические и личностные особенности человека, а также состояние его здоровья).

Стоит заметить, что отношение личности к своему здоровью представляется внутренним механизмом саморегуляции деятельности и поведения в этой сфере. Однако регуляторная функция отношения вступает в действие только на определенном этапе онтогенеза; с накоплением социального и профессионального опыта она совершенствуется. Таким образом, отношение личности к своему здоровью, с одной стороны, отражает опыт личности, а с другой, оказывает влияние на его поведение.

При рассмотрении отношения к здоровью также важно принять во внимание и фактор времени, что предполагает анализ его становления и динамики. Возникшее отношение не остается неизменным, оно непрерывно изменяется с приобретением нового жизненного опыта.

Одно из ключевых положений разработанной В. Н. Мясищевым концепции формулируется так: сущностью личности является отношение к действительности. А «отношения» - одно из центральных понятий концепции. При психологическом анализе личности, целая и неделимая по своей природе, предстает перед исследователем как система отношений; а отношения, выступают как структурные первоэлементы личности. «Психологические отношения человека в развитом виде представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности». Иными словами, отношения рассматриваются как психическое выражение связи субъекта и объекта.

В соответствии с теоретической концепцией отношение – индивидуальный опыт и образовывается по механизму временной связи. Все компоненты взаимосвязаны и оказывают взаимное влияние на формирование каждого из

них в отдельности. В литературе нет единого мнения относительно того, в какой последовательности формируются вышеназванные уровни в процессе индивидуального развития. Результаты ряда исследований дают возможность предположить, что их формирование происходит, с одной стороны, параллельно, а с другой стороны, на каждом этапе жизнедеятельности человека какой-то уровень выходит на первый план и играет главную роль для определения особенностей двух других, видоизменяя и развивая их.

Исследования проблемы отношения к здоровью предполагает определение самого понятия «отношение к здоровью». Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Некоторые ученые (В. Е. Каган, В. А. Ананьев и др.) предлагают вместо понятия «отношение к здоровью» использовать понятие «внутренняя картина здоровья». В. А. Ананьев рассматривает внутреннюю картину здоровья как самоосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья. По мнению И. И. Мамайчук, внутренняя картина здоровья – динамическая система, включающая в себя комплекс представлений человека о своем здоровье, осознание им своих физических и психических возможностей, самооценку здоровья, а также субъективное восприятие и оценку влияющих на здоровье факторов.

Р. А. Березовская, Г. С. Никифоров с целью выбора более адекватного понятия провели сравнение терминов «отношение к здоровью» и «внутренняя картина здоровья» по основным структурным компонентам. В ходе анализа они пришли к выводу, что данные понятия являются синонимичными. Однако, по мнению этих авторов, в теоретическом плане предпочтение следует отдать категории «отношение к здоровью»

Следует заметить, что понятие «отношение к здоровью» еще относительно ново для психологической науки. Наравне с ним используются такие термины (или концепты), как «убеждение», «установка», «внутренняя картина здоровья» и др. Это отражает, с одной стороны, растущий интерес к данной проблематике, а с другой – многообразие принципов и путей исследования и неустойчивость концептуального аппарата, который используется в рассматриваемой области. Все это вполне естественно для нового, интенсивно развивающегося исследовательского направления, каким является в настоящее время психология здоровья.

Отношение к здоровью – один из центральных, но пока еще очень слабо разработанных вопросов психологии здоровья.

Итак, отношение к здоровью можно определить, как систему индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего психического или физического состояния (Р. А. Березовская, Л. В. Куликов и др.). Отношение личности к своему здоровью выступает внутренним механизмом саморегуляции деятельности и поведения в этой сфере. Однако регуляторная функция отношения вступает в действие лишь на определенном этапе онтогенеза; с накоплением социального и профессионального опыта она совершенствуется. Таким образом, отношение человека к своему здоровью, с одной стороны, отражает опыт индивида, а с другой, оказывает существенное влияние на его поведение.

1.4 Психологическая характеристика юношеского возраста

Юность — период развития человека, соответствующий переходу от возраста подросткового к самостоятельной взрослой жизни. Хронологические границы юности определяются по-разному; чаще всего выделяются ранняя

юность — старший школьный возраст (от 15 до 18 лет), и поздняя юность (от 18 до 23 лет). К концу юношеского периода завершается физическое созревание.

Юность — напряженный период формирования нравственного сознания, выработки ориентации ценностных и идеалов, устойчивого мировоззрения, гражданских качеств личности. Ответственные и сложные задачи, стоящие перед индивидом в этом возрасте, при неблагоприятных общественных или микросоциальных условиях могут приводить к острым психологическим конфликтам и глубоким переживаниям, к кризисному протеканию юности, к разнообразным отклонениям в поведении юношей и девушек от предписываемых норм общественных.

Социальная ситуация развития в юношеском возрасте следующая — возникает необходимость самостоятельно выбирать свой жизненный путь, происходит расширение социальных условий бытия: как в пространственном отношении, так и в увеличении диапазона «проб себя», поиска себя.

Основная ведущая деятельность в юношеском возрасте — это завершение учебной деятельности, связанной со школой, и далее идет развитие учебно-профессиональной деятельности — продолжение обучения в профессиональных заведениях, а также начинается построение близких отношений с любимым человеком.

Основные личностные новообразования в юношеском возрасте связаны с развитием самосознания, решением задач профессионального самоопределения и вступлением во взрослую жизнь. В ранней юности формируются познавательные и профессиональные интересы, потребность в труде, способность строить жизненные планы, общественная активность, осознание собственной индивидуальности и ее свойств; установка на сознательное построение собственной жизни; постепенное вращение в различные сферы жизни.

Главным измерением времени в самосознании юноши является будущее, к которому он себя готовит. Мечты о будущем занимают центральное место в его переживаниях.

Развитие человека в период юности может идти несколькими путями.

Юность может быть бурной: поиски смысла жизни, своего места в этом мире могут стать особенно напряженными. Некоторые старшеклассники плавно и непрерывно продвигаются к переломному моменту жизни, а затем относительно легко включаются в новую систему отношений. Они больше интересуются общепринятыми ценностями, в большей степени ориентируются на оценку окружающих, авторитет взрослых. Возможны и резкие, скачкообразные изменения, которые благодаря хорошо развитой саморегуляции не вызывают сложностей в развитии.

Период юности — это период самоопределения. Самоопределение — социальное, личностное, профессиональное, духовно-практическое — составляет основную задачу юношеского возраста. В основе процесса самоопределения лежит выбор будущей сферы деятельности. Однако профессиональное самоопределение сопряжено с задачами социального и личностного самоопределения, с поиском ответа на вопросы: «кем быть?» и «каким быть?», с определением жизненных перспектив, с проектированием будущего.

Характерное приобретение ранней юности — формирование жизненных планов. Жизненный план как совокупность намерений постепенно становится жизненной программой, когда предметом размышлений оказывается не только конечный результат, но и способы его достижения. В содержании планов, как отмечает И. С. Кон, существует ряд противоречий. В своих ожиданиях, связанных с будущей профессиональной деятельностью и семьей, юноши и девушки достаточно реалистичны. Но в сфере образования, социального продвижения и материального благополучия их притязания зачастую завышены.

В юности окончательно преодолевается свойственная предшествующим этапам онтогенеза зависимость от взрослых и утверждается самостоятельность

личности. В отношениях со сверстниками при сохранении большой роли коллективно-групповых форм общения нарастает значение индивидуальных контактов и привязанностей.

Можно выделить следующие задачи развития в юношеском возрасте:

1) Принятие своей внешности и эффективное использование своего тела: необходимо осознать его особенности и научиться осмысленно управлять им во время спортивных занятий, на досуге, в работе и в повседневной жизни, а также понимать и учитывать свои телесные потребности.

2) Усвоение мужской или женской роли: индивидуальный выбор структуры полового поведения и образа своей роли.

3) Установление новых, более зрелых отношений с ровесниками обоих полов.

4) Завоевание эмоциональной независимости от родителей и других взрослых.

5) Подготовка к профессиональной карьере: обучение, направленное на овладение профессией.

6) Подготовку к браку и семейной жизни: приобретение знаний и социальной готовности, необходимых для выполнения задач, связанных с партнерством и семьей.

7) Формирование социально ответственного поведения, подготовка к участию в деятельности на пользу общества и усвоению политической и общественной ответственности гражданина.

8) Построение системы ценностей, этических ориентиров собственного поведения: критический анализ ценностей окружающей культуры должен привести к формированию самостоятельной структуры ценностей как руководства к деятельности.

Кризис юности характеризуется тем, что на пути к решению этих задач встают определенные проблемы. Особенности работы психолога с лицами юношеского возраста обусловлены этими проблемами, типичными для данного

возрастного этапа, и прежде всего, потребностью юноши стать внутренне взрослым человеком, самоопределиться в окружающем мире, понять себя, свои возможности, свое назначение в жизни.

Среди основных причин, обуславливающих трудности и противоречия развития психической сферы и требующих вмешательства психолога, необходимо выделить следующие:

1) Психофизиологические проблемы: незавершенность физического развития по всем параметрам; ощущение своей физической непривлекательности хотя бы по одному из параметров; неустойчивость эмоциональной сферы; особенности высшей нервной деятельности; высокий уровень ситуативной тревожности.

2) Индивидуально-личностные проблемы: задержка развития абстрактного мышления; отсутствие навыков и приемов смысловой памяти; маленький объем оперативной памяти, неразвитость основных компонентов внимания; нереалистичность воображения в сравнении с реальностью; высокий уровень личностной тревожности; чрезмерное преобладание первой или второй сигнальной системы; несформированность волевой сферы.

3) Личностные проблемы: недостаточный уровень самостоятельности; неадекватность самооценки и уровня притязаний; несформированность мировоззрения, нравственных принципов; отсутствие конкретных жизненных целей и устремлений; остаточный подростковый негативизм; неудовлетворенность собой.

4) Проблемы межличностных взаимоотношений (общение в семье; с друзьями, сверстниками; со взрослыми, руководством): несформированность навыков общения; неадекватное понимание отношений любви, дружбы; деформированное понятие о справедливости, эгоизм; критичность, скептицизм в восприятии чужих мыслей, высказываний; неприятие позиции взрослых, отсутствие их авторитета, уважения к ним; неадекватные претензии на статус и роли

в различных группах; демонстративность, оригинальничание; юношеский максимализм.

5) Проблемы социальной адаптации: смысл жизни, жизненные планы; политическая активность, интерес к общественной жизни страны; отношение к труду и реальные возможности в овладении профессией; профессиональные интересы, мотивы выбора профессии; совпадение учебных и профессиональных интересов; чувство долга и стремление к социальному одобрению.

Психология общения в юношеском возрасте строится на основе противоречивого переплетения двух потребностей: обособления и аффилиации, т. е. потребности в принадлежности, включенности в какую-то группу или общность.

Обособление чаще всего проявляется в эмансипации от контроля старших. Однако оно действует и в отношениях со сверстниками. Усиливается потребность не только в социальной, но и пространственной, территориальной автономии, неприкосновенности своего личного пространства. Юношеству свойственна переориентация с внешнего контроля на самоконтроль и рост потребности в достижении конкретных результатов.

Одним из механизмов формирования самосознания является самооценка.

Самооценка в юношеском возрасте имеет следующие особенности: относительная устойчивость, высота, сравнительная бесконфликтность, адекватность. Это оценка, отличающаяся повышенно оптимистическим взглядом на самого себя, на свои возможности. Вероятно, именно на основе такого представления о себе, о своем соответствии требованиям жизни наиболее продуктивно может осуществляться выбор жизненного пути — пока еще достаточно абстрактный.

Наблюдаются три варианта развития самооценки в юношеском возрасте. В первом варианте самооценка продолжает оставаться достаточно (но не слишком) высокой, в ней гармонично соотносятся желания, притязания, оценка собственных возможностей. Второй вариант характеризуется нарушением этой

гармонии — оптимистический взгляд на себя достигает максимума и распространяется практически на все стороны жизни школьника. В третьем варианте самооценку отличает наличие неуверенности в себе, осознание и переживание значительного разрыва между собственными притязаниями и возможностями. Причем значительно чаще расхождения между уровнями желаемого и ожидаемого успеха, низкая самооценка наблюдаются у девушек.

Одно из достижений юношеского периода — новый уровень развития самосознания, который характеризуется следующими фактами:

- открытие своего внутреннего мира во всей его индивидуальной целостности и уникальности;
- стремление к самопознанию;
- формирование личной идентичности, чувства индивидуальной самодостаточности, преемственности и единства;
- самоуважение;
- становление личностного способа бытия, когда во многих жизненных коллизиях юный человек может вслух сказать: «Я лично отвечаю за это!».

Центральный психологический процесс здесь — это формирование личной идентичности. Наиболее детальный анализ этого процесса дают работы Э. Эриксона.

Юношеский возраст, по Эриксону, строится вокруг кризиса идентичности, состоящего из серии социальных и индивидуально-личностных выборов, идентификаций и самоопределений. Если юноше не удастся разрешить эти задачи, у него формируется неадекватная идентичность, развитие которой может идти по четырем основным линиям:

- 1) уход от психологической интимности, избегание тесных межличностных отношений;
- 2) размывание чувства времени, неспособность строить жизненные планы, страх взросления и перемен;

3) размывание продуктивных творческих способностей, неумение мобилизовать свои внутренние ресурсы и сосредоточиться на какой-то главной деятельности;

4) формирование «негативной идентичности», отказ от самоопределения и выбор отрицательных образцов для подражания.

Канадский психолог Джеймс Марша выделил четыре этапа развития идентичности, измеряемых степенью профессионального, религиозного и политического самоопределения молодого человека:

1. «Неопределенная, размытая идентичность» (индивид не выработал еще четких убеждений, не выбрал профессии и не столкнулся с кризисом идентичности).

2. «Досрочная, преждевременная идентификация» (индивид включился в соответствующую систему отношений, но сделал это не самостоятельно, в результате пережитого кризиса, а на основе чужих мнений, следуя чужому примеру или авторитету).

3. Этап «моратория» (индивид находится в процессе нормативного кризиса самоопределения, выбирая свой единственный вариант развития).

4. «Зрелая идентичность» (кризис завершен, индивид перешел от поиска себя к практической самореализации).

Статусы идентичности — это как бы этапы развития личности, и вместе с тем — типологические понятия. Первые два статуса свойственны экстерналам, а два последних — интерналам. Самый высокий уровень морального сознания характеризует людей, находящихся в стадии «моратория» или «зрелой идентичности».

Развитие всех компонентов самосознания приводит к формированию «Я-концепции» у юноши. «Я-концепция» — это обобщенное представление о самом себе, система установок относительно собственной личности, или, как еще говорят психологи, Я-концепция — это «теория самого себя». Установки, направленные на самого себя, составляют:

1. «образ Я» — представление индивида о самом себе;
2. самооценку — эмоционально окрашенную оценку этого представления;
3. потенциальную поведенческую реакцию — те конкретные действия, которые могут быть вызваны «образом Я» и самооценкой.

В психологии принято выделять две формы Я-концепции — реальную (представление личности о себе, о том, «какой я есть») и идеальную (представление личности о себе в соответствии с желаниями «каким бы я хотел быть»). Расхождение реального и идеального «Я» — функция не только возраста, но и интеллекта. Повышенная самокритичность больше свойственна интеллектуально развитым юношам. Если конфликт идеального и реального «Я» разрешается в деятельности, то самоуважение не страдает и личность развивается нормально. Подобная рефлексия у невротиков приводит к пассивному самосозерцанию и отказу от деятельности.

Представления человека о самом себе, как правило, кажутся ему убедительными независимо от того, основываются ли они на объективном знании или субъективном мнении, являются ли они истинными или ложными. В юности меняются «предметные» компоненты «Я-концепции», в частности соотношение «телесных» и морально-психологических компонентов «Я». С возрастом озабоченность внешностью (свойственная старшеклассникам) обычно уменьшается, на первый план выступают такие свойства «Я», как умственные способности, волевые и моральные качества, от которых зависят успешность деятельности и отношения с окружающими.

Таким образом, можно подвести следующий итог.

Юность — это период развития человека, соответствующий переходу от возраста подросткового к самостоятельной взрослой жизни.

Психологическое содержание юности связано с развитием самосознания, решением задач профессионального самоопределения и вступлением во взрослую жизнь. В ранней юности формируются познавательные и профессиональ-

ные интересы, потребность в труде, способность строить жизненные планы, общественная активность, осознание собственной индивидуальности и ее свойств; установка на сознательное построение собственной жизни; постепенное вращение в различные сферы жизни.

В юности окончательно преодолевается свойственная предшествующим этапам онтогенеза зависимость от взрослых и утверждается самостоятельность личности. В отношениях со сверстниками при сохранении большой роли коллективно-групповых форм общения нарастает значение индивидуальных контактов и привязанностей.

2 Психологический пол как предмет изучения психологии

2.1 Понятие пола в психологической науке

В начале XX столетия проблемы психологии пола и межполовых отношений в России не исследовались, поскольку психологическая наука у нас проходила этап институционализации, который заставлял решать специфические научные и организационные задачи.

В этот период отечественные труды по психологии пола не выходили, внимание ученых привлекали работы зарубежных исследователей: З. Фрейда, К. Юнга, О. Вейнингера. Острые дискуссии вызвала переведенная в начале века на русский язык книга австрийского ученого Отто Вейнингера «Пол и характер». Большое внимание в этой работе было уделено описанию психологических характеристик женщин, которые полярно противопоставлялись характеристикам мужчин.

В 80-е гг. количество работ, посвященных вопросам психологии пола, стало увеличиваться. Данные работы можно разделить на две группы. К первой группе можно отнести исследования, где данные об особенностях поведения и психологических характеристик людей разного пола не были центральным моментом изучения и были получены как дополнительные факты при решении других научных проблем (неспециализированные исследования) (Агеев, 1985; Абраменкова, 1988; Привалова, 1984; Репина, 1984). Вторая группа исследований взаимодействия между полами – это работы, изначально ориентированные на изучение каких-либо проблем психологии пола (специализированные работы) (Абраменкова, 1987; Каган, 1987, 1989; Коломинский, Мелтсас, 1985; Лунин, 1986; Юферева, 1985). Среди работ второй группы можно найти исследования, не отличающиеся взвешенной оценкой выявленных половых различий в психологических характеристиках, отражающие сексистские предубеждения

авторов в отношении психологических характеристик девушек и женщин (Багрунов, 1981; Бреслав, Хасан, 1990).

В целом научные работы последних лет по психологии пола существенно расширили спектр исследований психологической стороны проблемы половых различий; так, исследования отечественных психологов, проведенные в 90-е гг., посвящены следующим вопросам: отличия особенностей личности и характеристик поведения мужчин и женщин (В.В. Знаков, С.И. Кудинов, Б.И. Хасан и Ю.А. Тюменева), содержание и динамика стереотипов маскулинности-феминности (Араканцева, Дубовская, 1999).

На Западе исследования психологии половых различий проводятся уже довольно давно. В истории развития этого направления выделяют ряд этапов. И.С. Кон (2001, 2002), ссылаясь на периодизацию Кэрол Джеклин, описывает четыре этапа развития этой проблематики в западной психологии:

1. В 1910—1920-х гг. все немногочисленные исследования психологических особенностей мужчин и женщин относили к рубрике психология пола (psychology of sex), причем пол зачастую отождествлялся с сексуальностью.

2. В 1930—1960-е гг. психологию пола сменила психология половых различий (sex differences), которые уже не сводились к сексуальности, но преимущественно приписывались природе.

3. В конце 1970-х гг., по мере того как круг исследуемых психических явлений расширялся, а позиция биологического детерминизма становилась слабее, появился более мягкий термин – различия, связанные с полом (sex related differences).

4. В 1980-х гг. их стали называть гендерными различиями (gender differences), считая, что они могут вообще не иметь биологической основы.

Похожие этапы в развитии направления, изучающего психологические различия между мужчинами и женщинами, можно выделить и в отечественной психологической науке:

1. До 1970-х гг. в советской психологии проблемы половой дифференциации почти не изучались, а те крайне малочисленные работы, которые были опубликованы, относились к психологии пола и отождествлялись с вопросами сексуальных отношений (преимущественно супружеских).

2. В 1970—1980-е гг. стали появляться редкие работы, в которых ставились специальные задачи, связанные с изучением различий между полами. Это направление определялось как психология половых различий, а основные выявленные различия считались биологически детерминированными.

3. И лишь в 1990-е гг. в отечественной психологии появились исследования, ориентированные на изучение психологического пола, не обусловленных биологией мужчины и женщины.

Итогом исследований половых различий в западной психологии явилось осознание того факта, что психологические различия между людьми разного пола – это не статичный, а процессуальный феномен. Важен не столько сам факт наличия или отсутствия этих различий, сколько анализ контекста их создания и следствий неравенства, проистекающего из этого факта. Позже отечественные исследователи также обратились к изучению всего многообразного спектра проблем, порождаемых межполовыми различиями в психологической сфере. Как уже говорилось, лишь в 90-е гг. в отечественной психологии появились исследования, направленные на изучение различий, то есть различий между людьми разного пола, обусловленных не анатомо-физиологическими характеристиками, а условиями полоролевой социализации.

Таким образом, итогом исследований половых различий в психологии, проведенных в последнее десятилетие прошлого столетия, явилось осознание факта, что наличие психологических различий между представителями разных полов – это не статичный, а процессуальный феномен.

2.2 Психологический пол личности в контексте гендерных исследований

Каждый человек является обладателем множества психологических черт характера. Некоторые черты являются как бы «бесполыми», универсальными, а некоторые черты связываются с типично мужской или типично женской психологией. Некоторые типичные мужские или женские черты имеют свои эволюционно-генетические и физиологические основания, предпосылки. Например, уровень агрессивности и доминантности (рассматриваемые как типично мужские черты), как оказалось, коррелирует с уровнем концентрации у индивидов мужских половых гормонов – андрогенов. Другие черты формируются в процессе социализации, воспитания и развития личности. Не случайно же существуют социальные стереотипы маскулинности и фемининности. Хотя дело по преимуществу обстоит все-таки так, что приобретение тех или иных типично мужских или типично женских психологических черт происходит в результате совместного влияния обеих групп факторов – биологического и социального порядка. В этом контексте психологический пол радикально отличается от пола биологического.

В отечественной психологии в 70-90-е годы XX века обусловленность развития личности половой принадлежностью и половой ролью исследовали А.Г.Асмолов, А.И.Белкин, Д.Н.Исаев, И.С.Кон, В.Е.Каган, И.И.Лунин, Т.И.Юферева и др. В их исследованиях различных аспектов становления личности отмечалось, что органическое развитие само по себе еще не делает человека мужчиной или женщиной в социально-психологическом и личностном смысле и должно для этого дополниться "психологическим полом", который "проявляется в разных особенностях социального поведения, связанных с половым диморфизмом". Однако разработка проблем психологического пола личности в отечественной психологии была представлена единичными исследованиями, не развившимися в концептуальное направление по разработке

данного феномена.

Сандра Бем высказала предположение, что кроме обучения специфическим понятиям и формам поведения, ассоциирующимся в данной культуре с представлениями о мужчинах или женщинах, ребенка также обучают воспринимать и организовывать информацию в соответствии с гендерными схемами — психическими структурами, организующими перцептуальный и концептуальный мир индивидуума в соответствии с гендерными категориями (мужчина- женщина, маскулинный - фемининный).

Согласно теории Бем, индивидуумы, испытавшие влияние половой типизации, используют гендерные схемы в большей степени, чем индивидуумы, не подверженные этому культурному процессу. Для выявления индивидуумов, для которых характерна половая типизация, Бем просила их оценить себя по ряду сексуально-типизированных черт личности. Индивидуумы, высоко оценивающие себя по типично маскулинным чертам (таким, как «уверенный в себе», «независимый»), но низко по типично фемининным чертам («сопереживающий», «нежный»), определялись как маскулинные; индивидуумы, для которых был характерен противоположный паттерн, определялись как фемининные; а индивидуумы, описывающие себя, как обладающие и маскулинными, и фемининными чертами, определялись как андрогинные (от греч. андро — «мужской» и гино — «женский»).

Комплекс наиболее важных психологических и социально-психологических характеристик личности, используемых в качестве отличительных черт для выделения своего пола, определяется как психологический пол. Другими словами, психологический пол есть комплекс психологических, социокультурных и поведенческих характеристик, обеспечивающих индивиду личным, социальным и правовой статус мужчины и женщины (И. С. Кон, 1975; О. Г. Лопухова, 2001; М. В. Бороденко и др., 2001).

В традициях отечественной психологии пол развивающейся личности рассматривают как "...сложную многоуровневую структуру, включающую ге-

нетический пол, гонадный пол, гормональный пол, морфологический (соматический) пол, гражданский пол, пол воспитания и психологический пол". В данном комплексе компонентов, разноуровневых составляющих пола, которые формируются на разных стадиях индивидуально-го развития и детерминированы иерархической системой механизмов, психологический пол представляет одну из составляющих. Он сам представляет собой сложную, иерархически организованную систему компонентов, взаимосвязанную как с составляющими системы пола, так и с системной организацией личности. В этой связи А.Г.Асмолов выражает мнение, что для эффективного изучения психологический пол личности как сложного качества необходимо выработать единый подход к пониманию условий его формирования, который бы учитывал всю систему факторов – как биологических, так и социальных – их взаимовлияния в многоплановом процессе становления личности

Содержательные составляющие и психологического пола, и гендерной идентичности, как правило, раскрываются через категории «маскулинность» (мужественность) и «фемининность» (женственность). Гендерная идентичность – осознание своей связи с этими культурными определениями. Маскулинность и фемининность – полоспецифичные характеристики личности, они выступают как базовые категории при анализе гендерной идентичности и психологического пола.

Дж. Стоккард и М. Джонсон выдвинули утверждение о том, что главным является не биологический, а психологический пол, формирующийся в ходе жизни человека под влиянием социальных ожиданий общества и особенностей его культуры.

В то же время в отечественной и зарубежной психологии распространены позиции разведения понятий половой (гендерной) идентичности и половой (гендерной) роли как разноуровневых образований в структуре личности. Понятие половой роли впервые в психологию ввел Дж.Мони (J.Money) в 1955 году в результате психологических исследований явления транссексуальности в

рамках психоанализа, пытаюсь разделить биологический и психологический пол. Позднее он пересмотрел понятие половой роли, разводя его с понятием половой идентичности. А.Е.Шварцц (A.E.Schwartz) в результате своих исследований также показал, что в определенные критические фазы развития личности возможны расхождения половой идентичности с половой ролью, что, на наш взгляд, доказывает необходимость разделения соответствующих понятий.

В связи с этим в структуре психологического пола личности разделяются, как разноуровневые образования, половая (или гендерная) идентичность, как интериоризованные личностью социально-культурные особенности своей половой принадлежности (внешнего облика, манер поведения, способов действий, психологических и нравственных качеств) и интериоризованная личностью система гендерных ролей.

По сути, половые (или гендерные) роли, являясь изначально внешними по отношению к личности, культуральными образованиями, не могут одновременно пониматься и как внутренние, личностные структуры. Их трансформация в структуры личности предполагает не только осознание, но и уточнение, переосмысление, включение их в систему индивидуальных смыслов.

Подводя итоги можно сказать, что в исследованиях различных аспектов становления личности отмечалось, что органическое развитие само по себе еще не делает человека мужчиной или женщиной в социально-психологическом и личностном смысле и должно для этого дополниться "психологическим полом", который проявляется в разных особенностях социального поведения.

Содержательные составляющие и психологического пола, и гендерной идентичности, как правило, раскрываются через категории «маскулинность» (мужественность) и «фемининность» (женственность).

Дж. Стоккард и М. Джонсон выдвинули утверждение о том, что главным является не биологический, а психологический и социальный пол (или гендер), формирующийся в ходе жизни человека под влиянием социальных ожиданий общества и особенностей его культуры.

3 Эмпирическое исследование различий отношения у молодых людей с разным психологическим полом к здоровью

В данном исследовании нами были проверены следующие гипотезы:

1. У представителей феминного типа уровень отношения к психологическому здоровью выше, чем у представителей маскулинного типа.
2. У представителей андрогинного типа уровень отношения к психологическому здоровью выше, чем у маскулинного, но ниже, чем у феминного типа.

3.1 Отбор респондентов исследования

Исследование проводилось на базе Сибирского Федерального университета.

В исследовании принимали участие 60 студентов в возрасте от 19-24 лет.

Исследование проводилось в период с 15.04.2019 по 27.05.2019.

3.2 Подбор методик исследования

Для решения поставленных нами задач и для доказательства выдвинутой гипотезы мы использовали три методики:

1. Методика «Маскулинность - фемининность» (С. Бем);
2. Опросник «Отношение к здоровью» (Р. А. Березовская);
3. Тест «Индекс отношения к здоровью» (С. Дерябо, В. Ясин);
4. Метод математической обработки данных в психологии (U-критерий Манна-Уитни).

Методика «Маскулинность-фемининность».

Методика была предложена Сандрой Бем для диагностики психологического пола и определяет степень андрогинности, маскулинности и фемининности личности. Опросник содержит 60 утверждений (качеств), на каждое из которых испытуемый отвечает «да» или «нет», оценивая тем самым наличие или отсутствие у себя названных качеств.

Опросник «Отношение к здоровью».

Цель методики: исследование особенностей отношения человека к здоровью.

Обработка и интерпретация результатов: опросник «Отношение к здоровью» состоит из 10 вопросов, которые могут быть распределены по четырем шкалам, представленной в таблице 1.

Шкалы:

- Когнитивная;
- Эмоциональная;
- Поведенческая;
- Ценностно-мотивационная.

Таблица 1 – Распределение вопросов опросника «Отношение к здоровью» по шкалам

Название шкалы	Номера вопросов
Когнитивная	3,4,5
Эмоциональная	6,7
Поведенческая	8,10
Ценностно-мотивационная	1,2,9

Данная методика позволяет исследовать уровень сформированности когнитивного, эмоционального, поведенческого и ценностно-мотивационного компонента внутренней картины здоровья, то есть выделить эмпирически фиксируемые критерии степени адекватности-неадекватности отношения человека к своему здоровью.

Эмпирически фиксируемыми критериями степени адекватности- неадекватности отношения человека к своему здоровью служат:

– На когнитивном уровне: степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни;

– 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.

Тест «Индекс отношения к здоровью».

Цель методики: диагностирует важнейший параметр отношения к здоровью, здоровому образу жизни, как интенсивность. Параметр интенсивности показывает, в какой степени и в каких сферах проявляется субъективное отношение.

Тест находится в приложении 3 и состоит из четырех субтестов, соответствующих четырем компонентам интенсивности субъективного отношения

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

Затем подсчитывается сумма баллов по каждой шкале (строке). Общий показатель – это сумма баллов по четырем шкалам. Таким образом, обрабатывается отдельно каждая часть теста. Итоговые показатели получаются путем

нахождения среднего арифметического числа баллов по шкалам и тесту в целом по двум частям (при необходимости средние округляются до целых чисел по обычным математическим правилам).

Метод математической обработки данных в психологии (U-критерий Манна-Уитни)

Цель метода: основан на определении того, достаточно ли мала зона перекрывающихся значений между двумя вариационными рядами (ранжированным рядом значений параметра в первой выборке и таким же во второй выборке). Чем меньше значение критерия, тем вероятнее, что различия между значениями параметра в выборках достоверны. Позволяет выявлять различия в значении параметра между малыми выборками. непараметрический статистический критерий, используемый для сравнения двух независимых выборок по уровню какого-либо признака, измеренного количественно.

3.3 Основные этапы исследования

Методики проводились в заданной последовательности сперва проводилась методика С. Бем «Маскулинность-фемининность», далее проводился опросник «Отношение к здоровью», затем «Индекс отношения к здоровью» (С. Дерябо, В. Ясин) и в конце метод математической обработки (U-критерий Манна-Уитни)

На первом этапе проводилось исследование психологического личности у молодых людей с помощью методики С. Бем «Маскулинность-фемининность»

Полученные данные будут ранжироваться на маскулинный, фемининный и андрогинный типы личности.

На втором этапе проводилось исследование отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом.

Полученные данные будут ранжироваться на высокий, средний и низкий уровни отношения к здоровью.

На третьем этапе проводилось исследование на важнейший параметр отношения к здоровью.

Полученные данные будут ранжироваться на высокий, средний и низкий уровни отношения к здоровью.

На четвертом этапе проводился метод математической статистики (U-критерий Манна-Уитни) Используется для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно.

Этот метод определяет, достаточно ли мала зона перекрещивающихся значений между двумя рядами (ранжированным рядом значений параметра в первой выборке и таким же во второй выборке). Чем меньше значение критерия, тем вероятнее, что различия между значениями параметра в выборках достоверны.

3.4 Результаты и интерпретация результатов исследования

В ходе исследования на первом этапе выявления психологического пола личности у молодых людей нами была использована методика С. Бем «Маскулинность-фемининность». Результаты исследования представлены на рисунке 1.

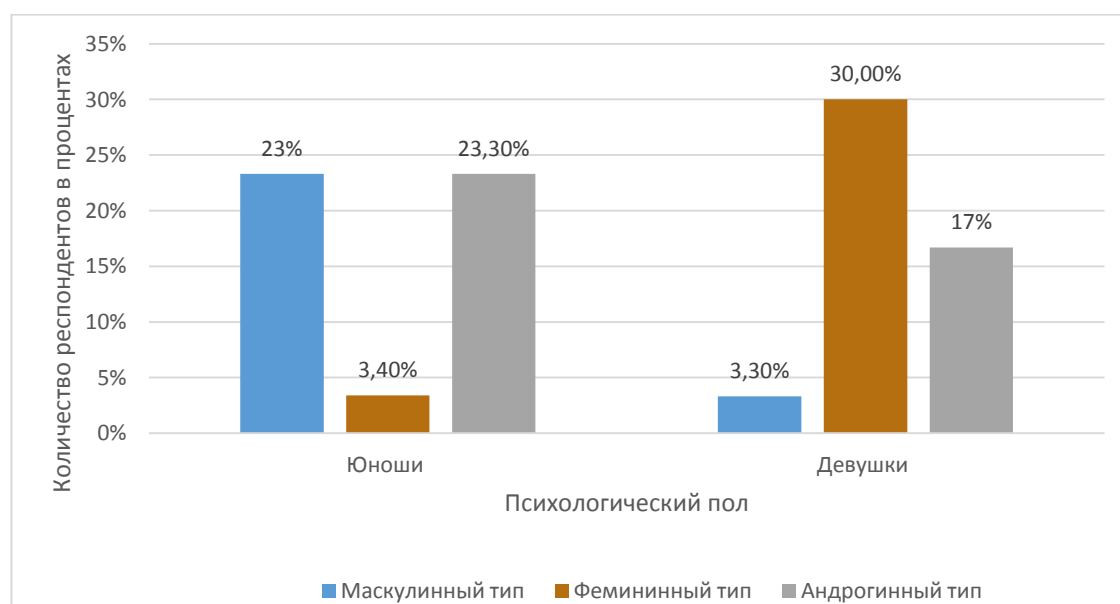


Рисунок 1 - сравнительный анализ результатов исследования психологического пола в общей выборке по методике «Мускулиность-феминность», автор: С. Бем

Полученные данные на рисунке 1 показали, что большая часть респондентов (40 %) имеют андрогинный тип. Средняя часть респондентов (33,3 %) имеют фемининный тип. Оставшаяся часть (26,6 %) имеют маскулинный тип.

В ходе исследования на втором этапе выявления отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом был использован опросник «Отношение к здоровью». Результаты исследования представлены на рисунке 2 и в таблице 2.

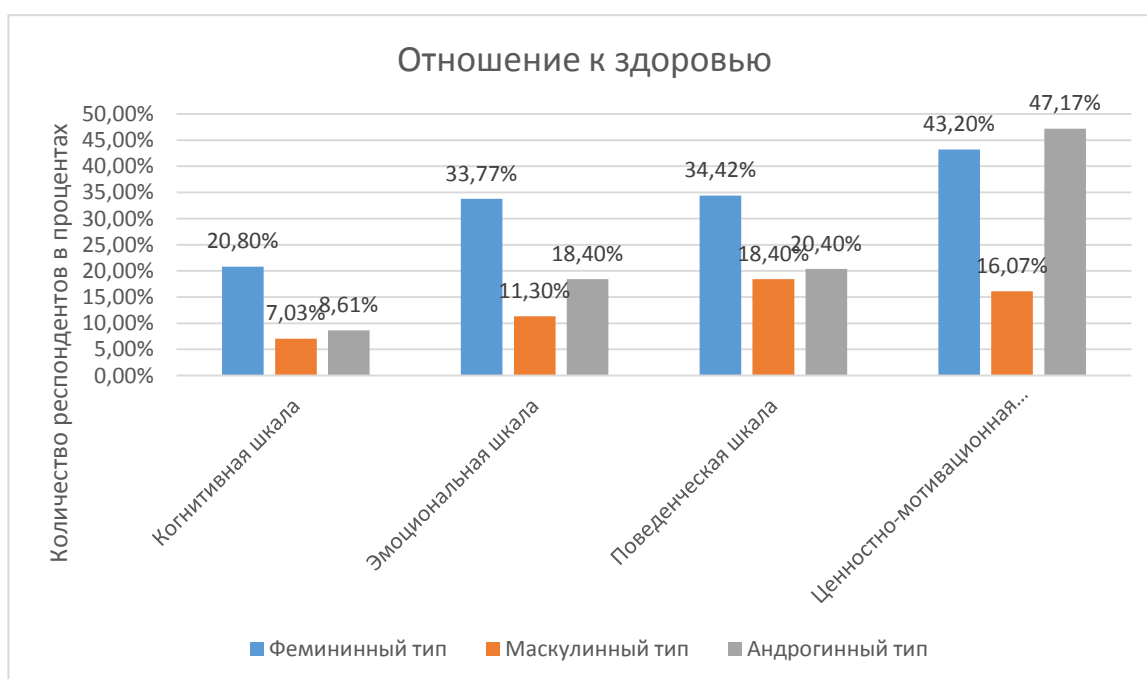


Рисунок 2 – Сравнительный анализ результатов исследования отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом по методике «Отношение к здоровью», автор Р. А. Березовская

Таблица 2 – Результаты исследования отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом в процентах

Респонденты	Когнитивная шкала (%)	Эмоциональная шкала (%)	Поведенческая шкала (%)	Ценностно-мотивационная шкала (%)
Фемининный	20,8	33,77	34,42	43,2
Маскулинный	7,03	11,3	18,4	16,07
Андрогинный	8,61	14,21	20,4	47,17

В ходе исследования во третьем этапе выявления уровня отношения к здоровью у молодых людей нами была использована методика «Индекс отношения к здоровью» (С. Дерябо, В. Ясин). Результаты исследования представлены на рисунке 3.

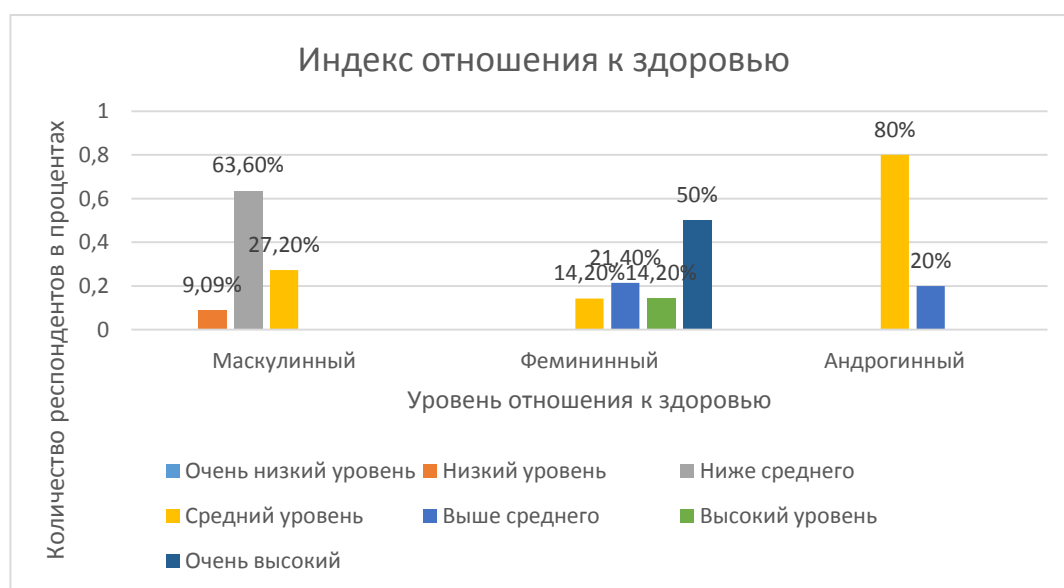


Рисунок 3 – Сравнительный анализ результатов исследования уровня отношения к здоровью в общей выборке по методике «Индекс отношения к здоровью», авторы С. Дерябо, В. Ясин

Полученные данные на рисунке 3 показали, что большая часть маскулинного типа (63,6 %) имеет уровень отношения к здоровью ниже среднего, средний

уровень имеют (27,2 %), низкий уровень (9,09 %). Большая часть фемининного типа имеет очень высокий уровень отношения к здоровью (50 %). Высокий уровень (14,2 %), выше среднего (21,4 %), средний уровень (14,2 %). Большая часть андрогинного типа имеет средний уровень отношения к здоровью (80 %), выше среднего (20 %).

На четвертом этапе исследования полученные данные были обработаны с помощью методов математической статистики (U-критерий Манна Уитни) с целью выявления оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. С помощью этого можно выявлять различия в значении параметра между малыми выборками.

Для применения U-критерия Манна — Уитни нужно произвести следующие операции:

Составить единый ранжированный ряд из обеих сопоставляемых выборок, расставив их элементы по степени нарастания признака и приписав меньшему значению меньший ранг. Общее количество рангов получится равным, определяющим по формуле:

$$, \tag{3.1}$$

где n_1 – количество элементов в первой выборке;

n_2 – количество элементов во второй выборке.

Далее вновь разделяем единый ранжированный ряд на два, состоящие соответственно из единиц первой и второй выборок, запоминая при этом значения рангов для каждой единицы. Подсчитываем отдельно сумму рангов, пришедшихся на долю элементов первой выборки, и отдельно - на долю элементов второй выборки. Определяем большую из двух ранговых сумм (T_x) соответствующую выборке с n_x элементами.

Наконец, находим значение U-критерия Манна-Уитни по формуле:

где n_1 – количество элементов в первой выборке;

n_2 – количество элементов во второй выборке;

n_x – выборка с x элементами;

T_x – ранговая сумма, соответствующая выборке.

Статистические гипотезы:

H_0 – У представителей феминного типа личности уровень отношения к здоровью выше, чем у представителей маскулинного типа.

H_1 – У представителей андрогинного типа личности уровень отношения к здоровью выше, чем у маскулинного, но ниже, чем у феминного типа.

Таблица 3 – Статистическое сравнение результатов исследования отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом по методике «Отношение к здоровью», автор Р. А. Березовская, с помощью U-критерия Манна-Уитни

Респондент	Фемининный- Маскулинный	Маскулинный- Андрогинный	Андрогинный- Фемининный
Когнитивная шкала	(значимое различие)	(значимое различие)	(значимое различие)
Эмоциональная шкала	(значимое различие)	(значимое различие)	(значимое различие)
Поведенческая шкала	(значимое различие)	(значимое различие)	(значимое различие)
Ценностно- мотивационная шкала	(нет различий)	(нет различий)	(нет различий)
Показатели критических (табличных) значений ($U_{кр}$)			

Выявленные статистические различия значимы по всем показателям, кроме ценностно-мотивационной шкалы. Это означает, что ранее выявленные различия отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом в ходе процентного анализа статистически достоверно подтвердились, за исключением различий ценностно-мотивационной шкалы отношения к своему здоровью, где статистически значимых различий не было выявлено.

Таблица 4 – Статистическое сравнение результатов исследования отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом по методике «Индекс отношения к здоровью», автор С. Дерябо, В. Ясин, с помощью U-критерия Манна-Уитни

Респондент	Фемининный- Маскулинный	Маскулинный- Андрогинный	Андрогинный- Фемининный
Уровень отношения к здоровью	(значимое различие)	(значимое различие)	(значимое различие)
Показатели критиче- ских (табличных) значений ($U_{кр}$)			

Между сравниваемыми показателями отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом, были обнаружены статистически значимые различия, подтверждающие ранее выявленные процентные соотношения отношения к своему здоровью у представителей разных психологических полов.

Поставленные ранее гипотезы была подтверждены статистически.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе теоретического анализа литературных источников по теме исследования, было выявлено, что термин «психическое здоровье» имеет отношение прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом. Для того, чтобы быть психологически здоровым человеком, мы приобретаем средства самопонимания, самопринятия и саморазвития в соответствии с определенным возрастом.

Первые разработки психологических концепций здоровья появляются, главным образом, в рамках гуманистической психологии (Э. Фромм, Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл и др.) и тесно связаны с развитием психологии личности. В отдельное научное направление в своде психологических дисциплин психология здоровья выделилась только в конце 70-х гг. XX-го века.

Собственно, психологические аспекты проблемы здоровья стали предметом научного исследования только в XX в. и нашли отражение в работах таких психологов как А. Маслоу, К. Роджерс, А. Эллис, Э. Фромм, В. Франкл, В. А. Ананьев, И. В. Дубровина, О. В. Хухлаева, Р. А. Березовская, Б. С. Братусь, Г. С. Никифоров и дру

Сущностными характеристиками психологического здоровья человека являются его духовность, нравственность, человечность, которые понимаются как ориентирование его сознания на высшие ценности – истину, красоту, добро, следование высшим образцам человеческой культуры и созидательное преобразование действительности.

В психологической науке имеется множество концепций здоровья и вариантов классификации его составляющих. Б. С. Братусь отмечает общность взглядов большинства авторов по вопросу о том, какими свойствами должна обладать здоровая личность. Фиксирует проблему классификации и упорядочивания этих многочисленных маркеров здоровья личности и предлагает рассматривать их на трех уровнях.

Исследования проблемы отношения к здоровью подразумевает установление самого понятия «отношение к здоровью». Отношение к здоровью предполагает собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Отношение к здоровью можно определить, как систему индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего психического или физического состояния (Р. А. Березовская, Л. В. Куликов и др.). Отношение человека к своему здоровью выступает внутренним механизмом саморегуляции деятельности и поведения в этой сфере. Однако регуляторная функция отношения вступает в действие лишь на определенном этапе онтогенеза; с накоплением социального и профессионального опыта она совершенствуется. Таким образом, отношение человека к своему здоровью, с одной стороны, отражает опыт индивида, а с другой, оказывает существенное влияние на его поведение.

Проведение эмпирического исследования отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом можно сделать вывод о том, что между сравниваемыми показателями отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом, были обнаружены статистически значимые различия, подтверждающие ранее выявленные процентные соотношения отношения к своему здоровью у представителей с разным психологическим полом личности.

Гипотеза исследования о том, что «у представителей феминного типа уровень отношения к здоровью выше, чем у представителей маскулинного типа» подтвердилась.

Вторая гипотеза исследования о том, что «у представителей андрогинного типа уровень отношения к здоровью выше, чем у маскулинного, но

ниже, чем у феминного типа.» подтвердилась.

Изначально мы выдвинули гипотезы:

1. У представителей феминного типа уровень отношения к здоровью выше, чем у представителей маскулинного типа.
2. У представителей андрогинного типа уровень отношения к здоровью выше, чем у маскулинного, но ниже, чем у феминного типа.

В практической части для подтверждения данных гипотез мы используем эмпирическое исследование (методика «Маскулинность-фемининность», опросник «Отношение к здоровью», опросник «Индекс отношения к здоровью», метод математической обработки данных в психологии (U-критерий Манна-Уитни).

В результате мы выявили:

- К какому психологическому полу относится каждый испытуемый;
- Исследовали отношение к здоровью.

После математической обработки полученных данных (критерий U Манна-Уитни) были сделаны выводы о том, что между сравниваемыми показателями отношения к здоровью у молодых людей с разным психологическим полом, были обнаружены статистически значимые различия, подтверждающие ранее выявленные процентные соотношения отношения к своему здоровью у представителей разных типов личности.

Данные выводы полностью подтверждают выдвинутую нами гипотезу.

Молодым людям следует обратить внимание на особенности своего психологического пола, для более эффективного формирования отношения к здоровью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ананьев, В.А. Психология здоровья: учебник / В.А. Ананьев. – Москва.: 2001. – 320 с.
2. Андреева, А. Д. Опросник для изучения эмоционального отношения к учению. [Электронный ресурс] / А. Д. Андреева // Гуманитарно-правовой портал «PSYERA».– Режим доступа: <http://www.psyera.ru>.
3. Белов, В.И. Психология здоровья: учебник / В.И. Белов. – СПб.: Питер, 1994. – 272 с.
4. Бендас, Т. В. Гендерная психология : учебник / Т. В. Бендас. – СПб.: Питер, 2006. – 431 с.
5. Березовская, Р. А. Опросник «Отношение к здоровью» [Электронный ресурс] / Р. А. Березовская // Файловый архив для студентов «Stydfiles». – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru>
6. Березовская, Р. А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии / Р. А. Березовская // Вестник СПбГУ Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. - 2011. - №1. – С. 221-226.
7. Братусь, Б. С. Образ человека в гуманитарной, нравственной и христианской психологии : учебное пособие / Б. С. Братусь; под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щур. – Москва: Смысл, 1997. – 296 с.
8. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки : учебное пособие для вузов / О. С. Васильева, О. С. Филатов. – Москва: Академия, 2001. – 352 с.
9. Васильева, О. С. Психология здоровья. Феномен здоровья в культуре, в психологической науке, в обыденном сознании: учебное пособие / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – Москва: Мини-Тайп, 2010. - 480 с.
10. Ветрова, В. В. Уроки психологического здоровья : учебник / В. В. Ветрова. – Москва: Педагогическое сообщество, 2000. – 192 с.

11. Гордеева, С.С., Паначев, В.Д. Социологический анализ гендерных различий в отношении к здоровью: учебное пособие / С.С. Гордеева, В.Д. Паначев. – Челябинск, 2010. - № 20 (201). - 157 – 162 с.
12. Головин, С. Ю. Словарь практического психолога / С. Ю. Головин. – Москва: Харвест, 2003. – 975 с.
13. Гурвич, И.Н. Социальная психология здоровья : учебник / И.Н. Гурвич. – СПб.: Питер, 2002. – 450 с.
14. Демина, Л. Д. Психическое здоровье и защитные механизмы личности: учебное пособие / Л. Д. Демина, И. А. Ральникова. – Москва: Персэ, 2000. – 82 с.
15. Дубровский, В.И. Валеология. Здоровый образ жизни: учебник для вузов / В.И. Дубровский. – Москва.: Флинта, 1999. - 559 с.
16. Ермолаев, О. Ю. Математическая статистика для психологов : учебное пособие для вузов / О. Ю. Ермолаев. — Москва: Флинта, 2003. – 334 с.
17. Ермолаева, М. В. Психология развития: учебник / М. В. Ермолаева. – Москва: Академия, 2003. - 246 с.
18. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества: учебное пособие / И.В. Журавлева . - Москва.: Наука, 2006. - 238 с.
19. Ильин, Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчин и женщин : науч.изд. / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2007. – 544 с.
20. Кабаева, В.М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью : диссертация / В.М. Кабаева. – Москва.: 2002. – 254 с.
21. Касаткина, Н.Э. Ценности здоровья студентов ВУЗа в условиях современного образовательного учреждения : учебное пособие / Н.Э. Касаткина, Т.Н. Семенова. – Москва.: 2011. - № 17. - 140-147с.
22. Куликов, Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики : учебное пособие / Л.В. Куликов. – СПб: Питер, 2004. – 464 с.

23. Леонтьев, А. Н. Проблемы развития психики: учебное пособие / А. Н. Леонтьев. – Москва: Изд. МГУ, 1981. – 405 с.
24. Либин, А. В. Дифференциальная психология: наука о сходстве и различиях между людьми / А. В. Либин. – Москва: Эксмо, 2008 – 576 с.
25. Меньш, Е. А. Факторы, влияющие на формирование ценностного отношения студентов к здоровью [Электронный ресурс] / Е. А. Меньш // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы II междунар. науч. конф. — 2012. – Режим доступа: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/60/2507/>
26. Миронова, Е. В. Теоретический подход к определению понятий здоровье и здорового образа жизни: учебное пособие / Е. В. Миронова – Пенза: Папирус, 2006. – №5. – С.128 – 133.
27. Мухина, В. С. Возрастная психология: учебник / В. С. Мухина. – Москва: Академия, 1997. – 450 с.
28. Мясищев, В. Н. Психология отношений : учебник / В. Н. Мясищев. – Москва.: Институт практической психологии, НПО «МОДЭК», 1998. – 415 с.
29. Мясищев, В. Н. Психология отношений : избранные психологические труды / В.Н. Мясищев; под ред. А.А. Бодалева. – Москва : МОДЭК, 1995. – 356с.
30. Наследов, А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : учебное пособие / А. Д. Наследов. – Санкт-Петербург: Речь, 2004. – 392с.
31. Некрасова, Т. А. Социально-психологические факторы отношения человека к своему здоровью: научн.изд / Т. А. Некрасова // Сервис Plus. – 2010. – №1. – С. 84 – 88.
32. Никифорова, Г. С. Психология здоровья : учебник для вузов / Г. С. Никифорова. — Санкт-Петербург :Питер, 2006. — 607 с.
33. Никифорова, Г. С. Практикум по психологии здоровья: учебное пособие / Г. С. Никифорова. – Санкт-Петербург: Питер, 2005. – 350с.

34. Пахальян, В. Э. Психопрофилактика в практической психологии образования: учебное пособие / В.Э. Пахальян. – Москва: Персэ, 2003. – 208 с.

35. Решетников, А. В. Здоровье как предмет изучения и социологии медицины : учебное пособие / А. В. Решетников, О. А. Шаповалова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 64 с.

36. Устав Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]: электронный фонд правовой и нормативно-технической документации // Консорциум кодексов. - Режим доступа: <http://www.docs.cntd.ru>.

37. Фролова, Ю.Г. Психология и общественное здоровье: социально-психологические аспекты профилактики заболеваний : учебное пособие / Ю.Г. Фролова. – Минск.: 2010. - 195 с.

38. Холодков, Е.И. Диагностика психологии здоровья: учебное пособие / Е.И. Холодков. – Москва.: 2006. – 257 с

39. Шувалов, А.В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья / А.В. Шувалов // Вопросы психологии. – 2004. – №6. – С. 18 – 33.

40. Яковлева, Н.В. Анализ подходов к изучению здоровья в психологии : учебное пособие / Н.В. Яковлева. – Ярославль: 1998. – №2. – с. 364-366

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Методика «Маскулинность-феминность», автор С. Бем

Методика была предложена Сандрой Бем (Sandra L. Bem, 1974) для диагностики психологического пола и определяет степень андрогинности, маскулинности и феминности личности. Опросник содержит 60 утверждений (качеств), на каждое из которых испытуемый отвечает «да» или «нет», оценивая тем самым наличие или отсутствие у себя названных качеств. Опросник может применяться и в форме экспертного рейтинга.

Инструкция к тесту:

«Отметьте в нижеследующем списке те качества, которые, по вашему мнению, есть у вас».

Тестовый материал.

Перечень качеств:

1. Умение уступать;
2. Способность помочь;
3. Склонность защищать свои взгляды;
4. Жизнерадостность;
5. Угрюмость;
6. Независимость;
7. Застенчивость;
8. Совестьливость;
9. Атлетичность;
10. Нежность;
11. Театральность;
12. Напористость;
13. Падкость на лесть;
14. Удачливость;
15. Сильная личность;

16. Преданность;
17. Непредсказуемость;
18. Сила;
19. Женственность;
20. Надежность;
21. Аналитические способности;
22. Умение сочувствовать;
23. Ревнивость;
24. Способность к лидерству;
25. Забота о людях;
26. Прямота, правдивость;
27. Склонность к риску;
28. Понимание других;
29. Скрытность;
30. Быстрота в принятии решений;
31. Сострадание;
32. Искренность;
33. Самодостаточность (полагаться только на себя);
34. Способность утешить;
35. Тщеславие;
36. Властность;
37. Тихий голос;
38. Привлекательность;
39. Мужественность;
40. Теплоота, сердечность;
41. Торжественность, важность;
42. Собственная позиция;
43. Мягкость;
44. Умение дружить;

45. Агрессивность;
46. Доверчивость;
47. Малорезультативность;
48. Склонность вести за собой;
49. Инфантильность;
50. Адаптивность, приспособляемость;
51. Индивидуализм;
52. Нелюбовь к употреблению ругательств;
53. Несистематичность;
54. Дух соревнования;
55. Любовь к детям;
56. Тактичность;
57. Амбициозность, честолюбие;
58. Спокойствие;
59. Традиционность, подверженность условностям;
60. Вера в себя.

Маскулинность («да»): 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52, 55, 58

Фемининность («да»): 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38, 41, 44, 47, 50, 53, 56, 59

За каждое совпадение ответа с ключом начисляется один балл. Затем определяются показатели фемининности (F) и маскулинности (M) в соответствии со следующими формулами. $F = (\text{сумма баллов по фемининности}) : 20$ $M = (\text{сумма баллов по маскулинности}) : 20$

Основной индекс IS определяется как:

$$IS = (F - M) * 2,322$$

Если величина индекса IS заключена в пределах от -1 до +1, то делают заключение об андрогинности.

Если индекс IS меньше -1, то делается заключение о маскулинности.

А если индекс IS больше +1 - о феминности.

При этом, в случае когда IS меньше -2,025 говорят о ярко выраженной маскулинности.

А если IS больше +2,025 - говорят о ярко выраженной феминности.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Опросник «Отношение к здоровью», автор Р. А. Березовская.

Опросник состоит из 10 вопросов, которые могут быть распределены по четырем шкалам:

- Когнитивная;
- Эмоциональная;
- Поведенческая;
- Ценностно-мотивационная.

Испытуемым раздают текст опросника и зачитывают следующую инструкцию:

«Вам будет предложен ряд вопросов-утверждений, с которыми вы можете согласиться, не согласиться или согласиться частично. Оцените, пожалуйста, каждое утверждение в соответствии со степенью своего согласия по шкале, где:

- 1 – абсолютно не согласен или совершенно не важно;
- 2 – не согласен, это не важно;
- 3 – скорее не согласен;
- 4 – не знаю (не могу ответить);
- 5 – скорее согласен, чем нет;
- 6 – согласен, очень важно;
- 7 – абсолютно согласен, безусловно важно.

Выбранный вами ответ обведите кружком или отметьте каким-нибудь другим способом. Будьте внимательны, для каждого утверждения должен быть выбран и помечен только один ответ.

Отвечайте на все вопросы подряд, не пропуская. Не тратьте много времени на обдумывание ответов. В случае затруднения старайтесь представить наиболее часто встречающуюся ситуацию, которая соответствует смыслу вопроса, и, исходя из этого, выбирайте ответ.

Обратите внимание, что в третьем вопросе вариантов ответа не предусмотрено. Для ответа на него выделено несколько пустых строк. Пустые строки оставлены также для возможных дополнительных вариантов ответов на вопросы 5, 8, 9 и 10».

Анализ результатов проводится на основании качественного анализа полученных с помощью опросника данных, который может быть осуществлен на нескольких уровнях:

- Каждое утверждение может быть проанализировано в отдельности;
- Анализ данных может проводиться по каждому вопросу (интерпретируются все утверждения, входящие в данный вопрос);
- Каждый блок вопросов или шкала также могут быть рассмотрены по отдельности (анализируются все вопросы и утверждения, входящие в данную шкалу).

Распределение вопросов опросника «Отношение к здоровью» по шкалам:

- Когнитивная – 3,4,5;
- Эмоциональная – 6,7;
- Поведенческая – 8,10;
- Ценностно-мотивационная – 1,2,9.

При анализе отношения к здоровью могут быть выделены противоположные типы отношений – адекватное и неадекватное. В реальной жизни, однако, полярная альтернатива практически исключена, поэтому в дальнейшем при интерпретации полученных эмпирических данных следует говорить о степени адекватности или неадекватности.

Эмпирически фиксируемыми критериями степени адекватности-неадекватности отношения человека к своему здоровью служат:

- На когнитивном уровне: степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни;
- На поведенческом уровне: степень соответствия действий и по-

ступков 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.

Таблица Б.1- Выявление отношения умолодых людей с разным психологическим полом к здоровью

1. Люди по-разному оценивают различные сферы жизни. Оцените, насколько приведенные ценности важны для вас в данный момент.								
1.1.	Счастливая семейная жизнь	1	2	3	4	5	6	7
1.2.	Материальное благополучие	1	2	3	4	5	6	7
1.3.	Верные друзья	1	2	3	4	5	6	7
1.4.	Здоровье	1	2	3	4	5	6	7
1.5.	Интересная работа (карьера]	1	2	3	4	5	6	7
1.6.	Признание и уважение окружающих	1	2	3	4	5	6	7
1.7.	Независимость (свобода)	1	2	3	4	5	6	7
2. Как вы считаете, что необходимо для того, чтобы добиться успеха в жизни?								
2.1.	Хорошее образование	1	2	3	4	5	6	7
2.2.	Материальный достаток	1	2	3	4	5	6	7
2.3.	Способности		2	3	4	5	6	7
2.4.	Везение (удача)		2	3	4	5	6	7
2.5.	Здоровье		2	3	4	5	6	7
2.6.	Упорство, трудолюбие		2	3	4	5	6	7
2.7.	«Нужные связи (поддержка друзей,		2	3	4	5	6	7
3. Как бы вы в нескольких словах определили, что такое здоровье?								
4. Оцените, какое влияние на вашу осведомленность в области здоровья оказывает информация, полученная из следующих источников:								
4.1	Средства массовой информации (радио, телевидение)	1	2	3	4	5	6	7
4.2.	Врачи (специалисты)	1	2	3	4	5	6	7
4.3.	Газеты и журналы	1	2	3	4	5	6	7
4.4.	Друзья, знакомые	1	2	3	4	5	6	7
4.5.	Научно-популярные книги о здоровье	1	2	3	4	5	6	7

Продолжение таблицы Б.1

5. Как вы думаете, какие из перечисленных ниже факторов оказывают наиболее существенное влияние на состояние вашего здоровья?								
5.1.	Качество медицинского обслуживания	1	2	3	4	5	6	7
5.2.	Экологическая обстановка		2	3	4	5	6	7
5.3.	Профессиональная деятельность		2	3	4	5	6	7
5.4.	Особенности питания		2	3	4	5	6	7
5.5.	Вредные привычки		2	3	4	5	6	7
5.6.	Образ жизни		2	3	4	5	6	7
5.7.	Недостаточная забота о своем здоровье		2	3	4	5	6	7
6. Как вы чувствуете себя чаще всего, когда со здоровьем у вас все благополучно?								
6.1.	Я спокоен		2	3	4	5	6	7
6.2.	Я доволен		2	3	4	5	6	7
6.3.	Я счастлив		2	3	4	5	6	7
6.4.	Мне радостно		2	3	4	5	6	7
6.5.	Мне ничего не угрожает		2	3	4	5	6	7
6.6.	Мне это безразлично		2	3	4	5	6	7
6.7.	Ничто особенно не беспокоит меня		2	3	4	5	6	7
6.8.	Я чувствую уверенность в себе		2	3	4	5	6	7
6.9.	Я чувствую себя свободно		2	3	4	5	6	7
6.10.	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения		2	3	4	5	6	7
7. Как вы чувствуете себя чаще всего, когда узнаете об ухудшении своего здоровья:								
7.1.	Я спокоен		2	3	4	5	6	7
7.2.	Я испытываю сожаление		2	3	4	5	6	7
7.3.	Я озабочен		2	3	4	5	6	7
7.4.	Я испытываю чувство вины		2	3	4	5	6	7
7.5.	Я расстроен		2	3	4	5	6	7
7.6.	Мне страшно		2	3	4	5	6	7
7.7.	Я раздражен		2	3	4	5	6	7
7.8.	Я чувствую себя подавленно		2	3	4	5	6	7
7.9.	Я встревожен и сильно нервничаю		2	3	4	5	6	7
7.10.	Мне стыдно	1	2	3	4	5	6	7

Окончание таблицы Б.1

8. Делаете ли вы что-нибудь для поддержания вашего здоровья? Отметьте, пожалуйста, насколько регулярно.								
8.1.	Занимаюсь физическими упражнениями (зарядка, бег трусцой и т. п.)	1	2	3	4	5	6	7
8.2.	Придерживаюсь диеты	1	2	3	4	5	6	7
8.3.	Забочусь о режиме сна и отдыха	1	2	3	4	5	6	7
8.4.	Закаляюсь	1	2	3	4	5	6	7
8.5.	Посещаю врача с профилактической целью	1	2	3	4	5	6	7
8.6.	Слежу за своим весом	1	2	3	4	5	6	7
8.7.	Хожу в баню (сауну)	1	2	3	4	5	6	7
8.8.	Избегаю вредных привычек	1	2	3	4	5	6	7
8.9.	Посещаю спортивные секции (шейпинг, тренажерный зал, бассейн и т. п.)	1	2	3	4	5	6	7
8.10.	Практикую специальные оздоровительные системы (йога, китайская)	1	2	3	4	5	6	7
9 Если вы заботитесь о своем здоровье недостаточно или нерегулярно, то почему?								
9.1.	В этом нет необходимости, так как я здоров(а)	1	2	3	4	5	6	7
9.2.	Не хватает силы воли	1	2	3	4	5	6	7
9.3.	У меня нет на это времени	1	2	3	4	5	6	7
9.4.	Нет компании (одному скучно)	1	2	3	4	5	6	7
9.5.	Не хочу себя ни в чем ограничивать	1	2	3	4	5	6	7
9.6.	Не знаю, что нужно для этого делать	1	2	3	4	5	6	7
9.7.	Нет соответствующих условий	1	2	3	4	5	6	7
9.8.	Необходимы большие материальные затраты	1	2	3	4	5	6	7
9.9.	Есть более важные дела	1	2	3	4	5	6	7
10. Если вы чувствуете недомогание, то:								
10.1	Обращаетесь к врачу	1	2	3	4	5	6	7
10.2.	Стараетесь не обращать внимания	1	2	3	4	5	6	7
10.3.	Сами принимаете меры, исходя из своего	1	2	3	4	5	6	7
10.4.	Обращаетесь за советом к друзьям, род-	1	2	3	4	5	6	7

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Психологический тест «Индекс отношения к здоровью», автор С. Дерябо, В. Ясин

Данный тест диагностирует такой важнейший параметр отношения к здоровью, здоровому образу жизни, как интенсивность. Параметр интенсивности показывает, в какой степени и в каких сферах проявляется субъективное отношение. Одному человеку просто «хочется быть здоровым» и не больше – низкая интенсивность отношения. Другой, «фанат», занимается в спортивных секциях, следит за своим питанием, делает зарядку, посещает соответствующие лекции о здоровом образе жизни – высокий уровень интенсивности.

Субъективное отношение к здоровью проявляется и в различных сферах: один в основном любит читать литературу о здоровье, другой – заниматься различными оздоровительными процедурами, третий пытается изменять отношение окружающих людей к своему здоровью и т.д., а кто-то делает и то, и другое, и третье.

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

Тест «Индекс отношения к здоровью» состоит из четырех субтестов, соответствующих четырем компонентам интенсивности субъективного отношения.

Эмоциональная шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в эмоциональной сфере. Она включает вопросы, диагностирующие, насколько человек сенситивен, чувствителен к различным витальным, жизненным проявлениям своего организма, насколько он восприимчив к эстетическим аспектам здоровья, на-

сколько он способен получать наслаждение от своего здоровья и заботы о нем и пр.

Вопросы разбиты на две группы: в первой степень выраженности эмоционального компонента определяется по ответам на вопросы о том, что сам испытуемый чувствует в определенных ситуациях, во второй – насколько он разделяет чувства других людей в тех или иных ситуациях.

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что испытуемый способен наслаждаться своим здоровьем, способен получать эстетическое удовольствие от здорового организма, чутко реагирует на поступающие от него сигналы, свободен от отрицательных эмоциональных стереотипов, существующих в обществе по отношению к здоровому образу жизни и пр. Иными словами, он заботится о здоровье не только потому, что это «необходимо», не под давлением обстоятельств, а ради удовольствия.

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

Познавательная шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в познавательной сфере. Она включает две группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек готов воспринимать получаемую от других людей или из литературы информацию по проблемам здорового образа жизни («пассивные» вопросы), вторая – насколько человек стремится сам получать информацию по этой теме («активные»).

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что испытуемый проявляет большой интерес к проблеме здоровья, сам активно ищет соответствующую

щую информацию в книгах, журналах, газетах, любит общаться с другими людьми на данную тему и т.д. Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у него мало затрагивает познавательную сферу: он в лучшем случае готов лишь воспринимать поступающую от других людей информацию о здоровье, но сам не проявляет активности в ее поиске.

Практическая шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в практической сфере. Она также включает две группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек готов включаться в различные практические действия, направленные на заботу о своем здоровье, когда они предлагаются, организовываются другими людьми, вторая – насколько человек сам, по собственной инициативе стремится осуществлять эти действия.

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что обследуемый активно заботится о своем здоровье в практической сфере: склонен посещать различные спортивные секции, делать специальные упражнения, заниматься оздоровительными процедурами, формировать у себя соответствующие умения и навыки, вести здоровый образ жизни в целом. Низкие баллы говорят о том, что он готов лишь в какой-то мере включаться в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, которую организывают другие люди, в крайнем случае, он может что-то предпринять, если этого потребует ситуация.

Поступочная шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых им поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с его отношением. Она включает три группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек стремится повлиять на членов своей семьи, чтобы они вели здоровый образ жизни, вторая – насколько он стремится повлиять на своих знакомых, третья – на других людей, общество в целом.

Высокие баллы по данной шкале говорят о том, что испытуемый активно стремится изменять свое окружение: старается повлиять на отношение к здоро-

вью у окружающих его людей, стимулировать их вести здоровый образ жизни, пропагандирует различные средства оздоровления организма, вообще создает вокруг себя здоровую среду. Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью остается у него «личным делом», он не стремится как-то изменить свое окружение.

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

Высокие баллы по тесту в целом говорят о том, что у него существует высокосформированное, «хорошее» отношение к здоровью и здоровому образу жизни. Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у испытуемого сформировано плохо, он находится в «зоне риска»: в этом случае высока вероятность того, что он не будет вести здоровый образ жизни, а это рано или поздно приводит к заболеваниям.

Тест построен по принципу так называемых альтернативных полюсов. Испытуемому даются два высказывания (А и Б) и предлагается выбрать то из них, которое больше соответствует его мнению, тому, что он чувствует, думает в определенных ситуациях, как он обычно себя в них ведет. Он может выбрать или вариант А, или вариант Б, или поставить стрелку в сторону одного из вариантов («скорее А, чем Б» и «скорее Б, чем А»). Тест включает 24 пары альтернативных высказываний.

Тест «Индекс отношения к здоровью» проводится, начиная с подросткового возраста. Данное возрастное ограничение обусловлено тем, что диагностические ситуации, использованные в тесте, требуют определенного уровня социального развития и социального опыта. Не менее интересным представляется и диагностика отношения к здоровью как родителей, так и самих педагогов. Тест может проводиться в индивидуальном или групповом варианте, устно или письменно.

Представляются возможными следующие направления использования теста в коррекционной работе образовательного учреждения по формированию отношения к своему здоровью и здоровому образу жизни:

1) сама процедура проведения теста может являться своеобразным фактором, формирующим отношение к здоровью;

2) результаты, полученные с помощью теста, могут служить в качестве критерия эффективности системы педагогических мероприятий и пропагандистских кампаний, направленных на формирование отношения учащихся к своему здоровью;

3) данные теста могут служить в качестве основы для анализа закономерностей развития отношения к своему здоровью у учащихся, родителей, педагогов и выявления особенностей этого отношения в различных группах испытуемых, что позволит руководителю определить своеобразные «группы риска», требующие особого внимания и концентрации образовательных ресурсов.

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

Затем подсчитывается сумма баллов по каждой шкале (строке). Общий показатель – это сумма баллов по четырем шкалам. Таким образом, обрабатывается отдельно каждая часть теста. Итоговые показатели получаются путем нахождения среднего арифметического числа баллов по шкалам и тесту в целом по двум частям (при необходимости средние округляются до целых чисел по обычным математическим правилам). Полученные средние числа «сырых» баллов переводятся в станайны с помощью таблиц.

Станайн – $1/9$ полного диапазона значений в распределении.

Значение станайнов:

- От 1 до 3 – низкий уровень,
- От 4 до 6 – средний,

- От 7 до 9 – высокий.

Инструкция к прохождению опросника.

Инструкция испытуемому: Из двух предлагаемых высказываний (А и Б), которые описывают противоположные мнения, ситуации и т.д., выверит то, которое кажется более подходящим для вас.

Если вам полностью подходит вариант А, вы зачеркиваете квадратик с буквой «А», нарисованный между двумя высказываниями.

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

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

И, наконец, если вам полностью подходит вариант Б, вы зачеркиваете квадратик с буквой «Б».

Если вы считаете какую-то ситуацию маловероятной для вас, все-таки постарайтесь сделать свой выбор. В этом тесте, естественно, не может быть «правильных» и «неправильных» ответов: ваше мнение ценно для нас именно таким, какое оно есть.

Таблица В.1- Диагностирует важнейший параметр отношения к здоровью, здоровому образу жизни, как интенсивность

№ во-проса	Вариант А	Вариант Б
1	Если бы у меня на теле появилось какое-либо пятнышко или безболезненное вздутие, то я заметил бы это очень быстро.	Я обратил бы на него внимание, когда оно стало бы достаточно большим.
2	Когда я от нечего делать пролистываю какой-нибудь журнал, различные статьи о здоровье я просто пропускаю	Я их просматриваю более внимательно в первую очередь.

Продолжение таблицы В.1

3	Если мне предложат проводить свои выходные в группе здоровья или спортивном зале, я, конечно, этим воспользуюсь.	Я предпочту оставаться дома и заниматься своими делами.
4	Я решительно вмешиваюсь, если кто-то из моих близких начинает совершать поступки, которые вредят его здоровью.	Пожалуй, я не всегда прилагаю к этому достаточно усилий и зачастую готов с этим смириться.
5	Я обычно не обращаю особого внимания, если у моего собеседника не совсем чистые зубы, не подстрижены ногти и т.д.	Мне это сразу же бросается в глаза.
6	Я выписываю или покупаю газеты, журналы и книги по проблемам здоровья.	Я не трачу на это свои деньги.
7	Если позволяет время, я стараюсь пройти куда мне нужно пешком.	Я все равно лучше спокойно подъеду на автобусе, троллейбусе и т.д.
8	Когда я выбираю подарок кому-то из членов своей семьи, мне не приходит в голову купить что-либо из предметов личной гигиены.	Я часто делаю именно такие подарки, потому что они кажутся мне вполне подходящими.
9	Когда я выпиваю стакан свежего фруктового сока, я замечаю прилив бодрости, энергии во всем организме.	Я прежде всего просто утоляю жажду.
10	Когда знакомые в компании начинают говорить о различных процедурах по сохранению здоровья, мне становится просто скучно.	Я с удовольствием включаюсь в беседу
11	Я стараюсь уклоняться от различных обязательных профилактических обследований.	Они являются хорошим стимулом, чтобы позаботиться о состоянии своего организма
12	Мне удалось заинтересовать своих знакомых книгами и статьями о здоровом образе жизни.	Я не предпринимал таких попыток.

Продолжение таблицы В.1

13	По-моему, те, кто находит удовольствие в том, чтобы в 5 утра бегать в трусах по улице, — это не совсем нормальные люди.	Я даже завидую им, ведь забота о своем здоровье — это радостное и увлекательное занятие.
14	Я стараюсь знакомиться с людьми, которые много знают о том, как поддерживать свое здоровье на должном уровне.	Такие люди для меня не более интересны, чем другие.
15	Я редко задумываюсь о том, правильно ли я питаюсь.	Я в целом придерживаюсь правил здорового питания.
16	Я никогда не писал по собственной инициативе заметок о здоровье в журналы, газеты, стенгазеты и т.п.	В своей жизни я уже делал нечто подобное
17	Порой у меня возникает такое ощущение, что организм как будто хочет сказать мне, чем ему помочь, если в нем что-то разладилось.	Любая боль в организме — это всего лишь определенная реакция нервной системы.
18	Когда в гостях по предложению хозяев квартиры я просматриваю их библиотеку, мои глаза сами останавливаются на книгах о поддержании здоровья.	У меня вызывает интерес другая литература
19	Когда я покупаю зубные пасты, кремы, жевательные резинки и т.п., я практически не ориентируюсь на их «оздоровительный эффект», подчеркиваемый в рекламе.	Для меня это очень важно, потому что я во всем стараюсь учитывать, как это повлияет на мое здоровье.
20	Мне приходилось обучать других людей способам улучшения своего самочувствия.	У меня недостаточно для этого собственного опыта.
21	У меня не вызывают особой симпатии люди, которые из чувства брезгливости никогда не пользуются чужой тарелкой, кружкой и т.п.	Я полностью разделяю чувства таких людей.
22	Я никогда не разыскивал литературу, в которой описываются методики оздоровления организма.	Мне приходилось это делать.

Окончание таблицы В.1

23	Я ежедневно подолгу занимаюсь оздоровлением своего организма, несмотря на другие важные дела	Я уделяю время на свое здоровье только в случае необходимости.
24	Я никогда не принимал участие в работе различных движений, борющихся за здоровую окружающую среду	Я состоял в таких движениях

Ключ к тесту.

1.А. 2.Б. 3.А. 4.А. 5.Б. 6.А. 7.А. 8.Б. 9.А. 10.Б. 11.Б.12.А.
13. Б. 14.А. 15.Б. 16.Б. 17.А. 18.А. 19.Б. 20.А. 21.Б. 22.Б. 23.А. 24.Б

Таблица В.2- Перевод сырых баллов в станайны

Станайны	Эмоциональная шкала	Познавательная шкала	Практическая шкала	Шкала поступков	Интенсивность
1	5 и менее	-	0-2	0	13 и менее
2	6	0-1	3-4	1-2	14-18
3	7-8	2-3	5-6	3	19-23
4	9	4-5	7	4-5	24-28
5	10-11	6	8-9	6	29-34
6	12	7-8	10-11	7-8	35-39
7	13-14	9-10	12-13	9	40-44
8	15-16	11	14	10	45-49
9	17-18	12-18	15-18	11-18	50 и более

Таблица В.3- Интерпретация шкалы станайнов


Станайны	Характеристика результата
1	Очень низкий
2	Низкий
3	Ниже среднего
4	Средний
5	Средний
6	Средний
7	Выше среднего
8	Высокий
9	Очень высокий

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии
Кафедра психологии развития и консультирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

 М.В. Ростовцева

« 07 » 06 2019г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

37.03.01 Психология

Отношение к здоровью у молодых людей с разным
психологическим полом

Научный руководитель  доцент, канд. психол. наук

Е.В.Потапова

Выпускник



А.В.Бадмаева

Красноярск 2019