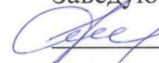


Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии
Кафедра психологии развития и консультирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой


 Е.Ю. Федоренко

« 17 » июня 2016 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

37.03.01 Психология

Внутренняя картина здоровья и отношение к учению у старшеклассников со
сколиозом

Руководитель  доцент, канд. психол. наук Е.В. Потапова

Выпускник



Я.В.Посохина

Красноярск 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Теоретический анализ понятий «внутренняя картина здоровья», «отношение к здоровью».....	10
1.1 Анализ представлений о понятии «здоровье» в научной литературе.....	10
1.2 Понятия «внутренняя картина здоровья», «отношение к здоровью» в психологических исследованиях.....	14
1.3 Факторы, влияющие на процесс формирования внутренней картины здоровья и отношения к здоровью	18
1.4 Характеристика «внутренней картины здоровья» и «отношения к здоровью» у старшеклассников со сколиозом в научной психологической литературе.....	22
2 Отношение к учению, как предмет психологического исследования.....	26
2.1 Теоретический анализ понятия «отношение к учению».....	26
2.2 Особенности отношения к учению у старшеклассников со сколиозом... ..	29
3 Эмпирическое исследование взаимосвязи внутренней картины здоровья и отношения к учению у старшеклассников со сколиозом	33
3.1 Отбор респондентов исследования.....	33
3.2 Подбор методик исследования.....	34
3.3 Результаты и интерпретация результатов исследования.....	37
3.4 Выводы исследования.....	45
Заключение.....	48
Список используемых источников	49
Приложение А.....	54
Приложение Б.....	59
Приложение В.....	67

ВВЕДЕНИЕ

Внутренняя картина здоровья и отношение к учению являются важными темами в психологии. Категория «отношение» наиболее глубоко разработана в концепции В.Н. Мясищева, который определяет отношение как избирательную, осознанную связь человека со значимым для него объектом, как потенциал психической реакции личности в связи с каким-либо предметом, процессом или фактором действительности. В.Н. Мясищев подчёркивает обусловленность характера отношений личности, как её индивидуальным жизненным опытом, так и влиянием общественно-исторического опыта [33].

Важность исследования данных категорий, как отмечает Л.И.Божович, определяется местом и ролью системы отношений личности, рассматриваемой как совокупность мотивационных тенденций личности и связанных с ней эмоциональных переживаний, так как стержнем возрастных изменений личности ребенка являются изменения, которые претерпевает его аффективно-потребностная сфера [8].

Многие зарубежные и отечественные авторы занимались проблемой изучения отношения к учению. Такие исследователи как И.Ю.Кулагина, А.К.Маркова, Л.И. Божович, определяли содержание категории отношение к учению, в первую очередь, как совокупность учебных мотивов[26; 28;8].

Помимо изучения мотивационно-потребностного компонента в отношении к учению, некоторые авторы, такие как А.Д. Андреева, придают большое значение исследованию и эмоционального компонента отношения к учению [2].

Так как важную роль в изучении отношения к учению играют учебные мотивы, то выделяются следующие особенности старшеклассника, которые способствуют становлению мотивации учения в старшем школьном возрасте [13].

- потребность в жизненном самоопределении и обращенность планов в будущее, осмысление с этих позиций настоящего;

- потребность в самопознании себя как человека, оценивание своих возможностей при выборе профессии;
- интерес к разным формам самообразования;
- четко выраженная направленность мотивов и целей;
- устойчивость интересов и мотивов;
- становление целеполагания, развитие способности принимать решения;
- появляется единство процессуальной и результативной сторон в мотивации учения [13].

Негативные особенности мотивации старшеклассника:

- устойчивый интерес к одним предметам в ущерб усвоения других;
- пресыщенность единообразием и рутинностью повседневной жизни школы;
- неудовлетворенность однообразием форм и методов учебных занятий;
- отрицательное отношение к формам контроля со стороны учителя и родителей;
- стремление, в определенной степени, к конформизму[13].

Таким образом, в науке нет единого подхода к определению категории «отношение к учению». Проведенный анализ литературы показывает, что важным для изучения представляется мотивационно-потребностный и эмоциональный компоненты отношения к учению.

Другой важной темой в психологии является понятие «внутренняя картина здоровья»

В психологической литературе приводится несколько определений данного понятия.

Например, Васильева О.С. в своем исследовании приводит следующее определение - «внутренняя картина здоровья» — с одной стороны, совокупность интеллектуальных описаний (представлений) здоровья человека, комплекс эмоциональных переживаний и ощущений, а также его поведенческие реакции, а с другой – как особое отношение к здоровью,

выражающееся в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию[10].

Внутренняя картина здоровья и отношение к здоровью являются динамическими структурами, постоянно изменяющимися на каждой возрастной ступени под действием накопленного жизненного опыта.

Рассматривая динамику изменений отношения к здоровью Р.А. Березовская, отмечает, что в идеале общая тенденция заключается в том, что осуществляется постепенный сдвиг от нейтрально-внешнего к эмоционально-внутреннему отношению: растет не столько информированность в области здоровья, сколько происходят изменения в ценностно-мотивационной структуре, трансформируется личностный смысл здоровья, актуализируется потребность в его сохранении и поддержании, осознается личная ответственность[6].

Также Р.А. Березовская отмечает, что эмоциональная сфера является наиболее слабо изученной в рамках проблемы психологии здоровья. Это связано, прежде всего, с тем, что нет единого теоретического подхода к данной проблеме, отсутствие достоверных и достаточных знаний о роли эмоциональной сферы в сохранении здоровья, что не позволяет создать полных и надежных, валидных психодиагностических методов, а также сформулировать содержание эмоционального компонента отношения к здоровью и внутренней картины здоровья [6].

Такие авторы как В. Э. Пахальян, И. В. Дубровина в своих работах отмечают, что отношение к здоровью и внутренняя картина здоровья рассматриваются в процессе развития индивида, на каждом возрастном этапе [15;39].

Изучением особенностей внутренней картины здоровья и отношения к здоровью в старшем школьном возрасте занимался В.Э. Пахальян.

Автор пишет о том, что главной особенностью старшего школьного возраста или ранней юности, прежде всего, является ориентацией на будущее, так как главным возрастным новообразованием данного периода является

личностное и жизненное, в том числе и профессиональное, самоопределение [39].

Пахальян В.Э. отмечает, что внутренняя картина здоровья и отношения к нему все более связывается с самоопределением, выбором профессии и будущей жизни. Профессиональное самоопределение по-разному связано с ценностью здоровья, так как одни профессии предъявляют повышенные требования к здоровью, а другие вообще не учитывают этот компонент профессиональной готовности. Старшеклассник осознает важность здоровья как необходимого условия работоспособности в любом виде деятельности[39].

Данная работа будет посвящена изучению взаимосвязи внутренней картины здоровья и отношения к учению у старшеклассников со сколиозом, обучающихся в условиях образовательно-лечебного комплекса.

Образовательно-лечебный комплекс как учреждение интернатного типа характеризуется тем, что наряду с педагогами большую роль играют врачи. Существует жесткий лечебный режим, старшеклассники вместе с процессом обучения совмещают лечение, во время уроков старшеклассники проходят лечебные процедуры. Оторванность от семьи и условия дефицита свободного времени создают большую физическую, умственную и психическую нагрузку[40].

Актуальность работы состоит в том, что внутренняя картина здоровья достаточно хорошо изучена у взрослых, и менее исследована в подростковом и старшем школьном возрасте. Также существует теоретическое положение о том, что для личности с высоким уровнем отношения к собственному здоровью характерны оптимальность организации и протекания жизненного процесса, общая результативность жизни, жизненная самореализация личности, то есть преобладает преимущественно положительный эмоциональный тонус, чувство единства со всеми сферами своей жизни. В старшем школьном возрасте внутренняя картина здоровья и отношение к учению тесно связаны с проблемой личностной и профессиональной самореализации, так как выбор профессии считается ключевым этапом личностного и профессионального

самоопределения в данном возрастном периоде. Старшеклассник рассматривает учебную деятельность, здоровье как ресурс, как базу профессиональной деятельности. Именно в старшем школьном возрасте впервые появляется сознательное отношение к учению [26].

В связи с этим представляется интерес в изучении внутренней картины здоровья у старшеклассников со сколиозом, а так же изучении его связи с отношением к учению в данном возрастном периоде.

Цель исследования: изучить взаимосвязь внутренней картины здоровья и отношения к учению у старшеклассников со сколиозом.

Исследовательский вопрос: связаны ли уровень сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья и тип эмоционального отношения к учению у старшеклассников со сколиозом?

Объект исследования: старшеклассники со сколиозом, учащиеся 9-11 классов в возрасте 15-17 лет.

Предмет исследования: внутренняя картина здоровья и отношение к учению у старшеклассников со сколиозом.

Гипотезы исследования:

а) Старшеклассники, у которых сформирован высокий уровень эмоционального компонента внутренней картины здоровья, будут иметь позитивное эмоциональное отношение к учению.

б) Старшеклассники, у которых сформирован средний уровень эмоционального компонента внутренней картины здоровья, будут иметь диффузное эмоциональное отношение к учению.

в) Старшеклассники, у которых сформирован низкий уровень эмоционального компонента внутренней картины здоровья, будут иметь негативное эмоциональное отношение к учению.

В исследовании приняли участие 79 старшеклассников со сколиозом в возрасте 15-17 лет.

Задачи исследования:

Теоретические:

а) Провести анализ представлений понятия «внутренняя картина здоровья», «отношение к здоровью».

б) Изучить эмоциональный, когнитивный, поведенческий, ценностно-мотивационный компонент внутренней картины здоровья.

в) Провести анализ представлений понятия «отношение к учению»

г) Провести анализ особенностей внутренней картины здоровья и отношения к учению у старшеклассников со сколиозом.

Эмпирические:

а) Подобрать методики и создать инструмент для проведения исследования.

б) Подобрать группу респондентов для проведения исследования.

в) Провести исследование внутренней картины здоровья у старшеклассников со сколиозом.

г) Провести исследование отношения к учению у старшеклассников со сколиозом.

д) Проанализировать и проинтерпретировать полученные данные.

е) Сформулировать выводы исследования.

Для проверки гипотез исследования выбраны следующие методы и методики:

- Опросник «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская.

- «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева.

- Методы математической статистики (Коэффициент ранговой корреляции Спирмена)

Этапы исследования:

На первом этапе проведение исследования эмоционального компонента внутренней картины здоровья у старшеклассников со сколиозом с помощью опросника «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

Полученные данные будут ранжироваться на высокий, средний и низкий уровень сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья.

На втором этапе проведение исследования отношения к учению у старшеклассников со сколиозом с помощью «Опросника для изучения эмоционального отношения к учению А.Д. Андреевой».

Результаты, полученные на данном этапе, будут ранжироваться на негативное, диффузное и положительное отношение к учению.

На третьем этапе данные, полученные по двум методикам, подвергаются обработке с использованием методов математической статистики (Коэффициент ранговой корреляции Спирмена)

1 Теоретический анализ понятий «внутренняя картина здоровья», «отношение к здоровью»

1.1 Анализ представлений о понятии «здоровье» в научной литературе

В настоящее время в науке существует множество определений понятия «здоровье» и большое количество нормативных параметров, которые детализируют данное понятие. В научной литературе используют не только различные определения понятия здоровье, но и различные подходы к их формулировке. По мнению Васильевой О.С., Филатова Ф.Р. понятие «здоровье» является синкретичным, так как характеризуется сложностью, многозначностью и неоднородностью состава, в связи с этим возникают сложности в формулировании единого определения понятия «здоровье» [11].

В данном параграфе важным является рассмотрение различных подходов к определению понятия «здоровье» и выделение существенных характеристик данного понятия.

Согласно конституции Всемирной организации здравоохранения здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов [44].

В толковом словаре С.И. Ожегова дается следующее определение понятию «здоровье» - это правильная, нормальная деятельность организма, его полное физическое и психическое благополучие [38].

Иванюшкин А.Я. пишет о том, что состояние здоровья оценивается по трем параметрам: соматическому, социальному и личностному. Под соматическим параметром он подразумевает состояние гомеостаза в организме, стабильность физиологических процессов, максимальную адаптацию к окружающей среде. Социальный компонент трактуется как социальная активность личности, мера ее трудоспособности. Под личностным

компонентом понимается отношение человека к миру, его стратегии и модели поведения [18].

Решетников А. В., Шаповалова О.А. в своей работе предлагают следующую трактовку понятия «здоровье» - «английское слово «*health*» (здоровье) происходит от англосаксонского слова «*whok*» - целый, невредимый, что является, по сути, семантическим определением здоровья. При клиническом (медико-биологическом) и субъективном методах изучения состояние здоровья одного и того же человека оценивается по-разному. Каждому методу соответствует своя концепция, причем «клиническая концепция здоровья отражает, в конечном счете, действующую практику изучения здоровья посредством медицинских осмотров, профессиональной ориентации на обнаружение объективно фиксируемой патологии и интенсивности ее распространения среди населения. Основа субъективной концепции - субъективные ощущения человека, касающиеся его здоровья, то есть человек в данной ситуации выступает в роли объекта для изучения в биологическом и социальном планах». Можно говорить о трех видах здоровья - физическом, психическом и нравственном (социальном). Физическое здоровье - это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если все органы и системы работают хорошо, то и весь организм человека (саморегулирующаяся система) правильно функционирует и развивается. Психическое здоровье зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств. Социальное (нравственное) здоровье определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, то есть жизни в определенном человеческом обществе. Отличительными признаками нравственного здоровья человека, прежде всего, являются сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни» [41].

Лисицын Ю.П. отмечает, что здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта; оно – состояние, которое позволяет человеку жить в условиях нестесненной свободы, здорового образа жизни, то есть испытывать душевное, физическое и социальное благополучие [27].

Понимание здоровья как многокомпонентного динамического процесса адаптации характерно и для зарубежных исследователей. А. Хаит, К. Байнер определяют здоровье как достижение индивидом благополучия в физическом, психическом и социальном аспектах жизнедеятельности [32].

Таким образом, стоит отметить, что данные понятия объединяет то, что в них акцент делается на том, что состояние человека обуславливается особенностями его взаимодействия с окружающей средой.

Миронова Е.В. в своей работе описывает следующие подходы к определению понятия «здоровье»:

а) Здоровье как нормальное функционирование организма на всех уровнях его организации. В данном подходе основным понятием является «статистическая норма», которая высчитывается для всех характеристик человеческого организма. Здоровым считается организм, показатели которого не отклоняются от нормы [32].

б) Динамическое равновесие организма. Здоровье рассматривается как гармония всех органов, систем человеческого организма. К данному подходу относятся определения понятия «здоровье» Пифагора, Гиппократов [32].

в) Способность к полноценному выполнению основных социальных функций. Данный подход делает акцент на том, что социально здоровый человек всегда содействует развитию общества [32].

г) Здоровье как способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде. Ключевым понятием в данном подходе является – адаптация, как универсальное свойство всех биологических систем [32].

д) Отсутствие болезни и болезненных состояний. В данном подходе здоровыми считаются только те люди, которые не нуждаются в медицинской помощи [32].

е) Здоровье рассматривается как полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие. Главный принцип данного подхода - принцип единства организма, саморегуляции и уравновешенного взаимодействия всех органов [32; 44].

Исходя из анализа различных представлений о понятии «здоровье», можно сделать вывод о том, что единого мнения по поводу определения понятия «здоровье» в науке нет. Анализ подходов, в рамках которых осуществляется различное толкование понятия «здоровье», показал, что разные авторы акцентируют внимание на различных параметрах и существенных характеристиках здоровья. Для данного исследования важным является рассмотрение здоровья как многокомпонентного динамического процесса адаптации, так как это позволяет выявить социальные и психологические компоненты здоровья и дать им качественную характеристику [32].

Таким образом, в данной работе мы будем опираться на следующее определение понятия «здоровье» включающего в себя включающего в себя такие компоненты, как физическое, психическое и социальное здоровье.

Под физическим здоровьем понимается естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Психическое здоровье характеризуется уровнем развития и качеством психических процессов степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств. Под нравственным здоровьем понимается сознательное отношение к труду, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни [41].

1.2 Понятие «внутренняя картина здоровья», «отношение к здоровью» в психологических исследованиях

В рамках психологии здоровья на первый план при попытке изучения социального феномена здоровья и понимания его сущности вводят его психологические аспекты, которые находят свое отражение в таких понятиях как «внутренняя картина здоровья» авторы В.Е. Каган, В.А. Ананьев, «отношение к здоровью» Р.А. Березовская [21; 1; 6;24].

Изучение проблемы отношения человека к своему здоровью показало, что обязательным является формирование внутренней картины здоровья, то есть особого отношения к здоровью, выражающееся в осознание ценности и стремлении к его совершенствованию. Понятие «внутренняя картина здоровья» было предложено в 1983 году В.Н. Смирновым и Т.Н. Резниковой. Они понимали внутреннюю картину здоровья как противоположную модель внутренней картины болезни, своеобразный эталон здоровья человека, при этом этот эталон включает в себя различные элементы, такие как образные представления и логические обобщения. В последующем такие авторы как В.Е. Каган, В.А. Ананьев расширили содержание понятия «внутренняя картина здоровья» [24].

В.Е. Каган в своей работе говорит о том, что «болезнь никогда не воспринимается и не переживается человеком сама по себе, а всегда – в более широком контексте жизненного пути личности, то есть в соотношении со здоровьем [21].

Вопределении В.Е. Кагана, внутренняя картина здоровья – это особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и в стремлении к его совершенству [21].

Формирование внутренней картины здоровья, по мнению В.А. Ананьева, предполагает:

- осознание и идентификацию собственного внутреннего динамического состояния гомеостаза, отождествление себя с образом здорового психосоматического целого;

- осознание появляющихся признаков любого стойкого нарушения гомеостаза, то есть идентификацию в себе индикаторов предболезни, предвестников отклоняющегося состояния в динамическом процессе здоровья [1].

Основной функцией внутренней картины здоровья является регуляция деятельности индивида в отношении его поведения, направленного на поддержание здоровья и противостояние болезни. Она задает модус поведения человека в отношении собственного тела и здоровья, что и определяет значимость изучения субъективных представлений о здоровье индивида и выявления степени влияния социокультурных норм, ценностей и идеалов [24].

Таким образом, можно определить внутреннюю картину здоровья как динамическое строение, особое отношение к своему здоровью, которое имеет возрастные особенности, которые оказывают влияние на формирование его компонентов. Развитие внутренней картины здоровья ребенка осуществляется поэтапно и по мере его взросления перемещается внутрь личности, проявляется в его поведении [42].

Березовская Р.А. отмечает, что понятие «отношение к здоровью» и «внутренняя картина здоровья» близкие по значению. Внутренняя картина здоровья формируется в ходе воспитания и социализации, начиная с ранних этапов жизни [6].

Белинская Т.В. в своей работе указывает на то, что «с развитием представлений о важности категории «отношение» в поведении человека, определяющем, в том числе и его здоровье, появился ряд терминов, обозначающих то отношение к здоровью, которое следует развивать, которое «нужно» социуму и самому человеку для преодоления сложившегося кризиса здоровья. Для обозначения вышеуказанного отношения используются такие

определения как «ответственное», «осознанное», «ценностное», «позитивное», «рациональное», «грамотное», «правильное» [5].

По мнению Д.В. Колесова, ответственное отношение к здоровью - это достаточно сложное психическое новообразование, которое включает: отношение к здоровью как к ценности; формирование представления о себе как о здоровом человеке; переживание возможности утраты здоровья; способность использовать в поведении всю информацию, которая служит сохранению и укреплению здоровья [22].

По мнению, Белинской Т.В. данная структура ответственного отношения не отражает принципиальных моментов смысла данного термина. Применение термина «ответственное отношение» очерчивает положительный знак такого отношения. Однако отношение к здоровью как к ценности в данном случае детерминировано извне требованиями общества. Любая же внешняя детерминация качественно уступает внутренней. Ценность здоровья здесь выступает как «навязанная» ценность. Более того, по уже указанным выше причинам человек никогда не использует в поведении всю информацию, которая служит сохранению и укреплению здоровья [5].

В своем исследовании, В.М. Кабаева предлагает использование термина «осознанное отношение» к здоровью. Согласно ее мнению, отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния. Субъект, владеющий здоровьем - это сам гражданин. Здоровье принадлежит ему на правах личной собственности. Он может по своему личному и свободному выбору улучшать или, наоборот, ухудшать свое здоровье. Когда человек самостоятельно и осознанно распоряжается своим здоровьем, он фактически реализует право на свое здоровье. Он реализует самостоятельно и ответственно свой потенциал, свои возможности развития. Ограничения вводятся в нескольких случаях: во-первых, когда ущемляются

интересы других граждан; во-вторых, когда речь идет об ограниченно дееспособных гражданах, в частности, детях[20].

Отношение к здоровью и внутренняя картина здоровья как сложная категория психологии имеют свою структуру.

По мнению Г.С. Никифорова, к основным составляющим любого отношения к здоровью, а также внутренней картины здоровья относятся когнитивная, поведенческая и эмоциональная [36; 6].

Г.С. Никифоров следующим образом описывает содержание каждой составляющей отношения к здоровью:

- когнитивная составляющая отношения к здоровью заключается в осознании собственного состояния. На понимание своего состояния как здорового или болезненного влияют многие факторы социальной и психологической природы, например, психологическая компетентность личности[36].

- поведенческая составляющая реализуется в поступках человека, его активности. Присущая человеку активность может быть разделена на два потока - экстраактивность и интроактивность. Когда активность, направленная вовне, встречает какие-либо преграды, она не реализуется полностью. Неудовлетворенность результатами проявления внешней активности приводит к накоплению отрицательных оценок собственных достижений. Это постепенно снижает мотивацию к самореализации себя в делах, в социальном взаимодействии и влиянии. Происходит перераспределение энергии в сторону большей внутренней активности, что проявляется в усилении стремления к самоизменению и самосовершенствованию [36].

- эмоциональная составляющая отношения к здоровью полнее всего раскрывается в доминирующем у личности настроении. Повышенное, бодрое, жизнерадостное настроение приводит к повышению жизненного тонуса и психологической устойчивости, защищает от болезней и создает основу для выздоровления у больных. С другой стороны, ощущения своего здоровья, своих душевных и физических сил, телесного благополучия являются фактором,

предрасполагающим к устойчивому, радостному, работоспособному настроению. Настроение отражает особенности телесного, душевного и духовного бытия человека [36].

Таким образом, проведя анализ различных подходов к пониманию понятий «внутренняя картина здоровья» и «отношение к здоровью», можно сделать вывод о том, что данные понятия синонимичны, так как описывают психологические аспекты понятия «здоровье» [6].

Ключевым в данном анализе является выделение основных компонентов «внутренней картины здоровья» и «отношения к здоровью».

Исходя из анализа литературы, можно выделить следующие компоненты внутренней картины здоровья и отношения к здоровью.

-когнитивный компонент характеризует знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, то есть отражает уровень осознанности человеком своего здоровья;

-эмоциональный компонент отражает переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья;

- поведенческий компонент характеризует особенности поведения человека в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни [5].

1.3 Факторы, влияющие на формирование внутренней картины здоровья и отношения к здоровью

Изучению факторов, влияющих на формирование внутренней картины здоровья и отношения к здоровью, посвящено большое количество исследований. Формирование отношения к здоровью можно определить как сложный социально-психологический процесс, который опосредуется взаимодействием значительного числа факторов.

В данном исследовании важным является рассмотрение внутренней картины здоровья как многокомпонентной структуры, которая требует

системного подхода к ее изучению. Системный подход позволяет рассмотреть внутреннюю картину здоровья как сложную систему, части которой взаимосвязаны и взаимозависимы друг от друга. Так же принцип системного подхода к внутренней картине здоровья позволяет выделить основные факторы, влияющие на ее формирование.

Все факторы, влияющие на формирование внутренней картины здоровья и отношения к здоровью, Е.А. Меньш предлагает распределить на две группы:

а) Внутренние факторы: демографические (в том числе пол, возраст, национальность), индивидуально-психологические и личностные особенности человека, состояние здоровья;

б) Внешние факторы: характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек [31].

При рассмотрении внутренних факторов, влияющих на формирование отношения к здоровью и внутренней картины здоровья, большое внимание уделяется возрастному фактору, отношение к здоровью рассматривается здесь в процессе развития личности.

Т.В. Некрасова пишет о том, что психологическое отношение к здоровью в процессе развития личности не остается неизменным, оно непрерывно изменяется на основе нового жизненного опыта. Отношение к здоровью выступает как внутренний механизм саморегуляции поведения и деятельности личности, однако регулятивная функция внутренней картины здоровья появляется только на определенном этапе онтогенеза, когда накапливается личностный и профессиональный опыт это функция совершенствуется [35].

При анализе внешних факторов, влияющих на формирование внутренней картины здоровья, описываются особенности окружающей среды, в которой развивается личность. Прежде всего, к таким факторам относят социальные институты.

Как пишет Е.А. Меньш, среди социальных институтов, влияющих на формирование отношения к здоровью, ведущую роль играет семья, как

непосредственная среда жизни человека, она обуславливает формирование отношения к здоровью, прежде всего в таких аспектах как обучение первичным навыкам сохранения и поддержания здоровья [31].

Фундаментальные ценностные ориентации человека, определяющие его отношение к здоровью, сферы и уровень притязаний, жизненные устремления формируются в семье. Семья играет важную роль в овладении человеком здоровьесберегающими нормами поведения. Данные современных исследований показывают, что вследствие выраженного расслоения общества, для различных семей разных слоев населения характерны различные ценностные ориентации и приоритеты в отношении здоровья [31].

Современное состояние исследования данной проблемы показало, что наряду с семьей, важную роль в формировании отношения к здоровью играет общество сверстников. Важность данного фактора определяется тем, что общество сверстников это особый канал информации, так же это способствует формированию навыков социального взаимодействия и является специфическим видом эмоционального контакта [31].

Та модель отношения к здоровью, которая транслируется в обществе сверстников, зачастую оказывает существенное влияние на формирование внутренней картины здоровья личности.

Другим важным фактором, влияющим на формирование внутренней картины здоровья, является образование, так как именно в рамках этой системы, параллельно с получением знаний, профессиональных умений, навыков, человек постепенно формирует своё мировоззрение, отношение к себе и к жизни в целом и к собственному здоровью [31].

К внешним факторам также относят и этнокультурные условия, в которых происходит становление личности. Важными являются и природно-климатические условия страны, которые оказывают прямое и опосредованное влияние на жителей и их жизнедеятельность, а также на состояние здоровья людей в стране и распространение некоторых заболеваний. Следовательно, природно-географические условия являются своеобразным местом всего

процесса социализации. Следует отметить, что данные факторы влияют на формирование отношения к здоровью в совокупности с другими факторами и таким образом, определяют некоторые его специфические особенности [31].

Проведенный анализ факторов, влияющих на формирование внутренней картины здоровья и отношения к здоровью, позволил выделить следующие факторы, которые оказывают существенное влияние на формирование внутренней картины здоровья в старшем школьном возрасте.

В первую очередь следует отметить влияние семейной среды. По мнению Г.С. Никифорова, нарушение эмоциональных отношений в семье оказывает негативное влияние на формирование внутренней картины здоровья старшего школьника. Адекватный контроль, разумные требования к ребенку в сочетании с эмоциональным принятием и демократическим стилем общения с ним способствует адекватному отношению старшеклассника к своему здоровью [36]. Также ключевыми факторами являются общество сверстников и условия, в которых происходит образовательный процесс.

Таким образом, проведя анализ различных представлений о факторах, влияющих на формирование внутренней картины здоровья, можно сделать вывод о том, что внутренняя картина здоровья формируется у человека в процессе его социализации, в котором активными участниками выступают социальные институты. Именно семья, социальное окружение молодого человека, образовательные учреждения, где он проводит большую часть своего времени, являются основными факторами, влияющими на формирование отношения к здоровью. Общество и государство через экономические и социальные структуры, идеологию и культуру оказывают влияние и регулируют процессы жизнедеятельности человека.

1.4 Характеристика «внутренней картины здоровья» и «отношения к здоровью» у старшеклассников со сколиозом в научной психологической литературе

Анализ литературы, в рамках исследования внутренней картины здоровья и отношения к здоровью, показал, что отношение к здоровью – это сложное динамическое образование, которое претерпевает изменения в процессе жизнедеятельности индивида. Следовательно, существуют особенности внутренней картины здоровья и отношения к здоровью на каждом возрастном этапе. Для данной работы важно рассмотрение характеристики внутренней картины здоровья и отношения к здоровью в старшем школьном возрасте.

Старший школьный возраст, или ранняя юность, характеризуется таким возрастным новообразованием как самоопределение. В данном возрасте тема отношения к здоровью связывается, прежде всего, с выбором будущей профессии.

Как показывают современные исследования, здоровье не рассматривается старшеклассниками как необходимое условие достижения жизненного успеха. Свойственная старшеклассникам умеренная тревожность по поводу здоровья свидетельствует о недостаточно выраженной эмоциональной оценке здоровья в структуре их жизненных приоритетов. Причина недостаточной и нерегулярной заботы о здоровье в том, что у старших школьников есть более значимые, важные дела, чем здоровье [42].

Исследованием отношения к здоровью в старшем школьном возрасте занималась Е.Н. Сухомлинова, выделив в его структуре когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, которые представляют различные проявления данного отношения на практике [43].

Когнитивный компонент внутренней картины здоровья старших школьников объединяет в себе понимание ими сущности и значимости здоровья на всех уровнях организации человека, а также наличие у них готовности к непрерывному поиску, получению, обработке и применению

информации относительно общих вопросов здоровья, состояния собственного здоровья и способов реализации здорового образа жизни [43].

Эмоциональный компонент внутренней картины здоровья старших школьников содержит определенную аффективную окраску их позиции относительно своего здоровья. В качестве показателей сформированности данного компонента выступают: тревожность в отношении здоровья на том или ином уровне его организации; приоритетная значимость для старшего школьника того или иного уровня здоровья, а также предпочтение им определенных способов организации здорового образа жизни [43].

Поведенческий компонент внутренней картины здоровья старших школьников включает: владение умениями и навыками, необходимыми для поддержания здоровья; действия по поддержанию здоровья и здорового образа жизни; средства сохранения, восстановления и приумножения своего здоровья [43].

Проведя анализ особенностей внутренней картины здоровья и отношения к здоровью характерных для старшего школьного возраста в целом, необходимым является рассмотрение специфики внутренней картины здоровья и отношения к здоровью у старшеклассников со сколиозом.

Под сколиозом понимается генетически обусловленное заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся искривлением позвоночника, ведущее к нарушениям функций органов грудной клетки, к косметическим дефектам. При сколиозе поражения скелета сочетаются с дефектами внутренних органов, близорукостью, плоскостопием, стоматологической и нервной патологиями. Эти данные подтверждаются исследованиями невропатологов, психоневрологов, работающих с такими детьми. Общее количество нервно-психических осложнений у учащихся ОЛК составляет более 75%. Наиболее часто встречаются остаточные явления поражения центральной нервной системы, осложненные внутричерепной гипертензией, минимальными мозговыми дисфункциями и тому подобным [40].

В первую очередь, стоит отметить то, что важным фактором, влияющим на формирование внутренней картины здоровья старшеклассников со сколиозом, являются условия, в которых процесс обучения. Школьники со сколиозом обучаются в условиях образовательно-лечебного комплекса.

Специфика образовательно-лечебного комплекса заключается в том, что процесс обучения старшеклассников совмещается с лечением, то есть школьники посещают лечебные процедуры во время уроков, что создает высокую эмоциональную нагрузку [40].

В связи с наличием соматического заболевания ведущей деятельностью у старшеклассников является лечебно-реабилитационная деятельность. Заболевания опорно-двигательного аппарата, в первую очередь, влияют на формирования поведенческого компонента внутренней картины здоровья, это связано с тем, что старшеклассник ограничен и испытывает трудности именно в физических действиях. Так же в зависимости от степени выраженности заболевания оно может переживаться и становится для старшеклассника определенной ценностью. Как показывают исследования, многие люди обсуждают свои недуги, вызывая при этом отрицательные эмоции по поводу заболевания [40].

Трудности старшеклассников, связанные с несформированной эмоционально-волевой сферой, также оказывают влияние на становление внутренней картины здоровья в данном возрасте. Прежде всего, на формирование эмоционального компонента отношения к здоровью оказывают влияние эмоциональное напряжение и коммуникативная усталость [40].

В рамках лечебно-образовательного комплекса, в условиях которого обучаются старшеклассники со сколиозом, большое внимание уделяется формированию когнитивного компонента внутренней картины здоровья. Особое место в обучении уделяется приобретению знаний о своем организме, о его особом функционировании, а также факторах влияющих на здоровье в целом [40].

Таким образом, проанализировав особенности и структуру внутренней картины здоровья и отношения к здоровью в старшем школьном возрасте, можно выделить следующие особенности: отношение к здоровью рассматривается в связи с самоопределением старшеклассника, при этом отмечается, что у старших школьников существует недостаточная эмоциональная оценка здоровья в системе ценностных ориентаций. При этом для внутренней картины здоровья старшеклассников со сколиозом характерно существенное влияние условий образовательно-лечебного комплекса на ее формирование, что сказывается в первую очередь на эмоциональном компоненте отношения к здоровью, так как для старшеклассников характерна эмоциональная незрелость. Само заболевание, в силу трудностей выполнения физических действий, влияет на формирование поведенческого компонента отношения к здоровью.

2 Отношение к учению, как предмет психологического исследования

2.1 Теоретический анализ понятия «отношение к учению»

Проблема отношений человека с окружающим миром и с самим собой является одной из актуальных в психологии и педагогике. При этом в психологической науке отсутствует единый подход к определению понятия «отношения».

Б. Г. Ананьев определяет отношения как характеристики личности наряду со статусом и социальными функциями, мотивацией поведения и ценностными ориентациями, которые определяют ее мировоззрение, жизненную направленность, общественное поведение, основную тенденцию развития [1].

А. А. Бодалев в своей работе рассматривает в отношениях всегда более или менее устойчивые тенденции отражать действительность, эмоционально на нее откликаться и так же характерно в этой действительности себя вести [9].

Л. С. Выготский указывает на то, что содержательно отношение включает в себя присвоенные человеком ценности общественного сознания, ценности окружения, самой жизни [12].

И. А. Зимняя пишет о том, что отношения – это целостная система сознательных, избирательных, основанных на опыте психологических связей с различными сторонами и объектами действительности, что выражается в действиях человека, его реакциях, переживаниях и формируется в деятельности и общении [17].

В педагогике теорию отношений развивала Н. Е. Щуркова: она формулирует отношение как реальную связь, которую устанавливает человек с объектом окружающего мира в своем сознании. Эмоции, возникающие в процессе деятельности, становятся ее неотъемлемым компонентом и начинают активно выполнять функции регуляции этой деятельности. Положительное

эмоциональное отношение к учению – одно из главных условий его успешности. Особенности организации учебной деятельности, тип учебной активности, формируемый в рамках той или иной системы обучения, оказывают непосредственное влияние на эмоциональные компоненты учебной деятельности [45].

В работах психологов и педагогов по проблеме изучения отношения к учению отсутствует терминологическое единство. Объектами исследований выступают «склонность к учению» В. В. Давыдов, «положительное отношение к учению» В. А. Крутецкий, «эмоциональное отношение к учению» Андреева А.Д. [25; 14; 2].

Под отношением к учению и школе, по мнению Ильясова И.И., понимается «многокомпонентная, разно уровневая внутренняя позиция личности, выражающаяся во взглядах, настроениях, мотивах и поступках по поводу учения и школы и обуславливающая эффективность процесса обучения и степень адаптации к школе». При этом под учением подразумевается деятельность школьников, направленная на усвоение конкретных видов знаний, умений и навыков [19].

Л.И. Божович является одним из авторов, которые рассматривают отношение к учению, прежде всего, как совокупность учебных мотивов. Автор в своей работе пишет о том, что под мотивами учения мы понимали то, ради чего учится ребенок, или, иначе говоря, то, что побуждает его учиться [8].

Мотивы являются важным материалом для понимания содержания отношения школьника к учению, так как мотивы содержат в себе потребности и стремления личности.

Как отмечает Л.И. Божович, исследование учебных мотивов не является достаточным для описания и объяснения сущности содержания отношения к учению. Это связано, в первую очередь, с тем, какое место занимает учение в жизни ребенка, так как учебные мотивы формируются в процессе жизни и воспитания ребенка. Но, именно поэтому, они являются важнейшим психологическим звеном, ухватившись за которое можно проникнуть во

внутренний мир ребенка и понять, как он сам переживает свое положение школьника и чем является для него самого его учебная деятельность [8].

Рассмотрев различные подходы к определению понятия «отношение к учению», мы остановимся на анализе специфики эмоционального отношения к учению, так как данное понятие наиболее полно отражает содержание рассматриваемого вопроса.

Жукова Н.А. в своем исследовании пишет о том, что «эмоционально-ценностное отношение – компонент содержания образования, который формируется в процессе образовательной деятельности и базируется на инвариантной части содержания [16].

В качестве компонентов отношения к учению она выделяет[16]:

- мотив;
- познавательный интерес;
- взаимодействие, рефлексия;
- креативность.

Таким образом, данный тип отношения к учению способствует формированию креативного мышления и содействует расширению зоны ближайшего развития ученика.

В психолого-педагогической литературе отмечается роль эмоций в мотивации учения. Правильная мотивационная направленность школьника воздействует на формирование эмоционального отношения к учению. Эмоции в совокупности образуют атмосферу эмоционального комфорта в процессе учения, наличие такой атмосферы необходимо для успешного осуществления процесса обучения [28].

По мнению А.К. Марковой, эмоциональное отношение к учению проявляется в общем поведении учащихся и меняется по мере сформированности учебной деятельности и зрелости мотивационной деятельности [28].

Анализ литературы показал, что единого подхода в рамках проблемы отношения к учению, как в педагогике, так и в психологии отсутствует.

Обобщив взгляды современных исследователей субъективных отношений школьников к различным объектам окружающей действительности, Башманова Е.Л., выделяет в своем исследовании следующие компоненты отношения школьников к учению и школе: когнитивно-познавательный (рациональный), объединяющий знания, оценочные суждения и убеждения по поводу учения и школьной жизнедеятельности; эмоционально-волевой (эмоциональный), включающий в себя испытываемые по отношению к учению и школе эмоции и чувства и их волевую регуляцию; мотивационно-деятельностный (поведенческий), охватывающий мотивацию, характер, результаты учебной деятельности и поведение в стенах школы [4].

Таким образом, отношение к учению можно определить как проявление комплекса эмоционально-оценочных суждений ребенка по отношению к учению, как внутреннюю позицию ученика, связанная с мотивационными, когнитивными и эмоциональными компонентами учебной деятельности, определяющую направленность (положительную или отрицательную) и интенсивность усилий учащегося в этой деятельности.

2.2 Особенности отношения к учению у старшеклассников со сколиозом

Отношение к учению рассматривается в психологической науке как сложное динамическое образование, которое претерпевает изменения на каждом возрастном этапе. Анализируя проблему отношения к учению, прежде всего, стоит отметить характер изменения учебных мотивов в каждом возрастном периоде.

Старшеклассник стоит на пороге вступления в самостоятельную жизнь. Л.И. Божович отмечает, что именно это создает для них новую социальную ситуацию развития. Выбор профессии является центром данной социальной ситуации, что создает своеобразную внутреннюю позицию старшеклассника. Особенность этой позиции заключается в том, что школьники старших классов

обращены в будущее, все настоящее рассматривается ими с точки зрения этой основной направленности личности [8].

Характер мотивов влияет на различия в отношении к учению. Как отмечает А.К. Маркова, на первое место выдвигаются мотивы, связанные с перспективами будущей профессии. Это мотивы, которые связаны с жизненными планами учащихся, их намерениями в будущем, мировоззрением и самоопределением. Учащиеся в данном возрасте все чаще начинают руководствоваться сознательной целью, появляется стремление углубить знания в определенной области, возникает стремление к самообразованию. Учащиеся начинают систематически работать с дополнительной литературой, посещать лекции, работать в дополнительных школах. Именно в старшем школьном возрасте появляется сознательное отношение к учению [28; 45; 26].

Профессиональные интересы старших школьников прочно связываются с их учебными интересами. Выбор профессии определяет характер учебных интересов, то есть старшеклассники начинают интересоваться теми предметами, которые нужны для профессии. Следовательно, изменению отношения к учению способствует выбор профессии [29].

Таким образом, проанализировав особенности отношения в старшем школьном возрасте, можно сделать вывод о том, что учение является одним из главных видов деятельности в старшем школьном возрасте. Если рассматривать отношение к учению, прежде всего, как совокупность учебных мотивов, то содержание отношения к учению напрямую зависит от направленности личности в этом возрасте. Учение приобретает непосредственный жизненный смысл, так как старшеклассники отчетливо сознают, что необходимым условием полноценного участия в будущей трудовой жизни общества является знания, умения и навыки, полученные в школе.

Рассмотрев особенности отношения к учению в старшем школьном возрасте, для данной работы важным является проведение анализа специфики отношения к учению у старшеклассников со сколиозом, обучающихся в условиях образовательно-лечебного комплекса.

Старшеклассники, обучающиеся в условиях образовательно-лечебного комплекса, сталкиваются с определенными личностными трудностями.

В первую очередь, эта сама специфика организации образовательно-лечебного комплекса, где совместно с процессом обучения осуществляется лечебно-реабилитационная деятельность, то есть на лечение старшеклассники уходят прямо с уроков, при этом пропущенные уроки приходится отрабатывать в свободное время, что сильно сказывается на эмоциональном состоянии школьника [40].

Так же анализ литературы показывает, что характерными трудностями старшеклассников со сколиозом является невозможность полноценного овладения «идентичностью», по Э. Эриксону, т.е. чувством обретения, адекватности и владения личностью собственным «Я» независимо от изменения ситуации, может привести к неспособности личности выстроить свои ценности, цели, идеалы. Немаловажно на данном возрастном этапе и обретение психосексуальной идентичности, профессионального и жизненного самоопределения. Также роль в возникновении трудностей старшеклассника может играть неблагоприятный стиль взаимоотношений с педагогами, когда учитель, общаясь с учеником, видит в нем только объект для обучения и воспитания, а не равного соучастника образовательного и воспитательного процесса. Еще одним источником трудностей может стать блокирование потребности в общении со сверстниками за пределами своей школы, класса [40].

Такой тип заболевания как сколиоз не может не отразиться на учебной деятельности. Для старшеклассников со сколиозом характерны нарушения речи, счета, моторики, памяти, внимания, повышенная утомляемость детей, также присутствуют различные нейродинамические нарушения, влекущие за собой те или иные расстройства поведения, целенаправленности деятельности [40].

Важной особенностью отношения к учению у старшеклассников со сколиозом является то, что сильные трудности возникают в эмоционально-

волевой сфере. Отмечается высокая тревожность, скованность, импульсивность, снижение настроения и другое. Все это сказывается на особенностях мотивации учебной деятельности.

При этом данные исследований детей со сколиозом свидетельствуют о том, что отсутствие возможности полноценно двигаться приводит зачастую к некоторому улучшению успеваемости учащихся.

Таким образом, исходя из анализа литературы, можно сделать вывод о том, что задача самоопределения, выбора жизненного пути способствует тому, что школьник начинает переосмысливать значение роли учения в своей жизни. Старшие школьники начинают рассматривать процесс учения с точки зрения того, какие требования предъявляет будущая профессия. Выбор профессии содействует формированию учебных интересов, изменению отношения к учебной деятельности.

3 Эмпирическое исследование взаимосвязи внутренней картины здоровья и отношения к учению у старшеклассников со сколиозом

3.1 Отбор респондентов исследования

Описание базы исследования:

Исследование внутренней картины здоровья и отношения к учению у старшеклассников со сколиозом проводилось на базе Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Средняя школа-интернат № 1 имени В.П. Синякова».

В данной школе обучаются дети из различных школ города Красноярска, которые страдают сколиозом, представляющим собой генетически обусловленное заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся искривлением позвоночника, ведущее к нарушениям функций органов грудной клетки, к косметическим дефектам. Данная школа является примером образовательно-лечебного комплекса, где наряду с педагогами существенную роль играют врачи.

Особенностью данной школы является то, что в структуре имеется медицинская служба, цель которой - содействие всем субъектам образовательного процесса в приобретении знаний, умений и навыков, необходимых для формирования устойчивой мотивации на здоровье и здоровый (медико-физкультурный) образ жизни. Весь режим деятельности учреждения построен по принципу здорового образа жизни. Благодаря проводимому комплексу реабилитационных, оздоровительных, спортивных мероприятий дети получают знания о том, как необходимо заботиться о здоровье и как его поддерживать[30].

В исследовании приняли участие 79 школьников, учащиеся 9-х, 10-х и 11-х классов, в возрасте 15-17 лет.

Данный возраст, согласно возрастной периодизации Д.Б. Эльконина, соответствует возрастному периоду – ранняя юность (старший школьный возраст) [37].

3.2 Подбор методик исследования

а) Опросник «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская. Полный текст методики представлен в приложении А.

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.

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

- когнитивной;
- эмоциональной;
- поведенческой;
- ценностно-мотивационной.

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) [7].

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 [7].

б) «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева. Полный бланк методики представлен в приложении Б.

Выбор данной методики диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению в старших классах обусловлен тем, что на основе оценки эмоционального состояния возможно определить познавательную активность, мотивацию достижений, школьную тревожность и гнев по отношению к учению. Соотношение указанных критериев позволяет определить уровень мотивации учения и интерпретировать эмоциональное отношение к учению.

Опросник позволяет выявить уровень познавательной активности, тревожность и гнев как наличное состояние и как свойство личности. Методика является модификацией опросника Ч.Д.Спилбергера адаптированной А.Д.Андреевой в 1988 году [3].

Под познавательной активностью здесь понимается присущая человеку любознательность (в отличие от любопытства на уровне восприятия), непосредственный интерес к окружающему миру, активизирующие познавательную деятельность субъекта [3].

Гнев и тревога – базальные эмоции, зависящие от иерархически организованных структур мозга, они усиливают действие

эмоциогенных стимулов, и это усиление внешне проявляется в виде затрудненного приспособления субъекта к жизненно значимым ситуациям. Поскольку эмоция гнева практически не имеет реального выхода в условиях школьного обучения, А.Д.Андреева рассматривает последнюю шкалу более широко как направленную на выявление отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с учебной деятельностью школьников [3].

Оценка и интерпретация результатов: подсчитывается суммарный балл по опроснику.

Выделяются следующие уровни мотивации учения:

Первый уровень — выраженное преобладание познавательной мотивации и мотивации достижения и положительным эмоциональным отношением к учению. При существенном преобладании познавательной мотивации носит продуктивный характер. При доминировании мотивации достижения может в случае неуспеха вести к срыву.

Второй уровень — продуктивная мотивация, позитивное отношение к учению, соответствие социальному нормативу.

Третий уровень — средний уровень, примерно равная выраженность позитивной и негативной мотивации учения, амбивалентное отношение к учению.

Четвертый уровень — сниженная мотивация, переживание «школьной скуки», отрицательное эмоциональное отношение к учению,

Пятый уровень — резко отрицательное отношение к учению.

Выявляются данные по отдельным показателям эмоционального отношения подростка к школе и учению. Для этого данные испытуемого по каждой шкале сравниваются с нормативными значениями [3].

в) Методы математической статистики (Коэффициент ранговой корреляции Спирмена)

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена – это непараметрический метод, который используется с целью статистического изучения связи между явлениями. В этом случае определяется фактическая степень параллелизма

между двумя количественными рядами изучаемых признаков и дается оценка тесноты установленной связи с помощью количественно выраженного коэффициента [34].

3.3 Результаты и интерпретация результатов исследования

На первом этапе исследования для изучения эмоционального компонента внутренней картины здоровья у старшеклассников со сколиозом был использован опросник «Отношение к здоровью», автор: Р.А. Березовская. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – сравнительный анализ результатов исследования эмоционального компонента внутренней картины здоровья по опроснику «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская

Респонденты	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Девочки	34%*	63%	3%
Мальчики	18%	82%	-
*-количество респондентов в процентах			

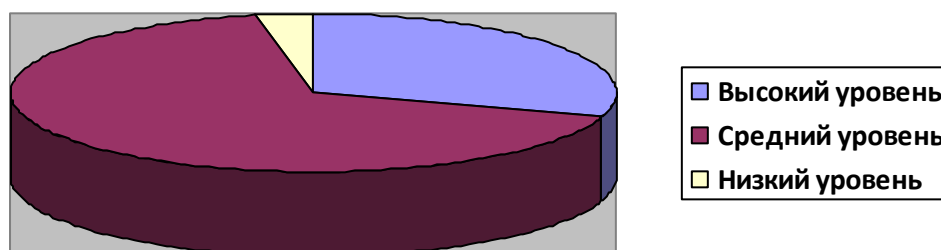


Рисунок 1 - сравнительный анализ результатов исследования эмоционального компонента внутренней картины здоровья в общей выборке по опроснику «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская

Полученные данные, представленные на рисунке 1, показали, что больше половины опрошенных респондентов (67%) имеют средний уровень сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья, третья часть респондентов (30%) – высокий уровень. Среди опрошенных мальчиков никто не имел низкого уровня эмоционального компонента, в то время как среди девочек низкий уровень имеют 3% опрошенных. Высокий уровень сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья свидетельствует о том, что отношение к здоровью носит рассудочный характер, мало затрагивает эмоциональную сферу, забота о здоровье – просто необходимость. Высокий уровень говорит о том, что респондент 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. Полученные результаты представлены в приложении А.

На втором этапе проводилось исследование эмоционального отношения к учению у старшеклассников со сколиозом с помощью опросника «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – сравнительный анализ результатов исследования по опроснику «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева

Тип эмоционального отношения к учению	Девочки	Мальчики
Позитивное отношение к учению	53%*	40%
Диффузное эмоциональное отношение	27%	24%

Окончание таблицы 2

Тип эмоционального отношения к учению	Девочки	Мальчики
Повышенная эмоциональность на уроке	8%	24%
Школьная тревожность	10%	6%
Негативное эмоциональное отношение	2%	6%

*-количество респондентов в процентах

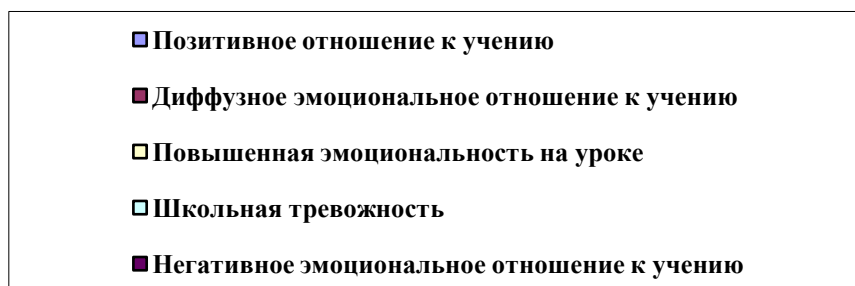
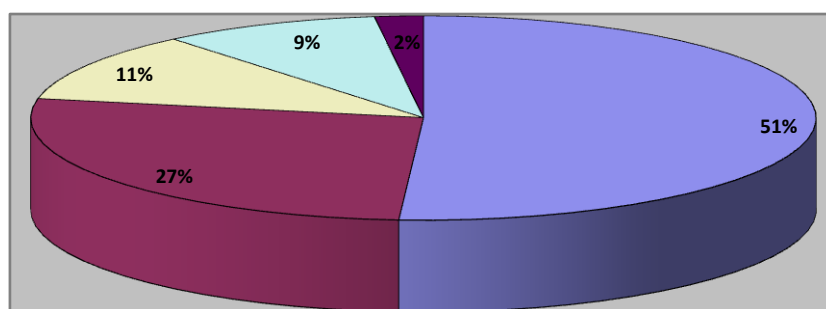


Рисунок 2 - сравнительный анализ результатов исследования в общей выборке по опроснику «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению»

Автор: А.Д. Андреева

Исходя из анализа полученных данных, представленных на рисунке 2, можно сделать вывод о том, что больше половины опрошенных респондентов (51%) имеют позитивное эмоциональное отношение к учению, 11% респондентов имеют повышенную эмоциональность на уроке, 9% - школьную тревожность, диффузное эмоциональное отношение имеют 27% респондентов, негативное эмоциональное отношение к учению – 2% респондентов. Значимых различий между выборкой мальчиков и выборкой девочек не обнаружено.

На третьем этапе исследования проводился сравнительный анализ данных, полученных по двум методикам «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева и опросник «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская (результаты представлены в приложении В). Обобщенные данные представлены в таблице 3 и в таблице 4.

Таблица 3 – сравнительный анализ полученных данных поопроснику «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева и по опроснику «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская (выборка – девочки)

Отношение к учению	Отношение к здоровью (уровень сформированности эмоционального компонента)	Количество респондентов
Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Высокий	19,2%*
Чрезмерно повышенная эмоциональность на уроке, обусловленная неудовлетворением ведущих социогенных потребностей	Высокий	1,6%
Диффузное эмоциональное отношение	Средний	20,9%
Повышенная эмоциональность на уроке	Высокий	3,2%
Повышенная эмоциональность на уроке	Средний	3,2%

Окончание таблицы 3

Отношение к учению	Отношение к здоровью (уровень сформированности эмоционального компонента)	Количество респондентов
Диффузное эмоциональное отношение	Высокий	4,8%
Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний	19,3%
Школьная тревожность	Средний	6,4%
Негативное эмоциональное отношение	Низкий	1,6%
Позитивное отношение к учению	Средний	8%
Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения	Средний	4,8%
Позитивное отношение к учению	Высокий	1,6%
Школьная тревожность	Высокий	3,2%
Диффузное эмоциональное отношение	Низкий	1,6%
*-количество респондентов в процентах		

Таблица 4 – сравнительный анализ данных, полученных поопроснику «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева и по опроснику «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская (выборка – мальчики)

Отношение к учению	Отношение к здоровью (уровень сформированности эмоционального компонента)	Процент школьников
Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Высокий	11,6 %*
Диффузное эмоциональное отношение	Средний	23,5%
Повышенная эмоциональность на уроке	Высокий	5,8%

Окончание таблицы 4

Отношение к учению	Отношение к здоровью (уровень сформированности эмоционального компонента)	Процент школьников
Повышенная эмоциональность на уроке	Средний	11,7%
Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний	29,4%
Школьная тревожность	Средний	5,8%
Негативное эмоциональное отношение	Средний	5,8%
Чрезмерно повышенная эмоциональность на уроке, обусловленная неудовлетворением ведущих социогенных потребностей	Средний	5,8%
*-количество респондентов в процентах		

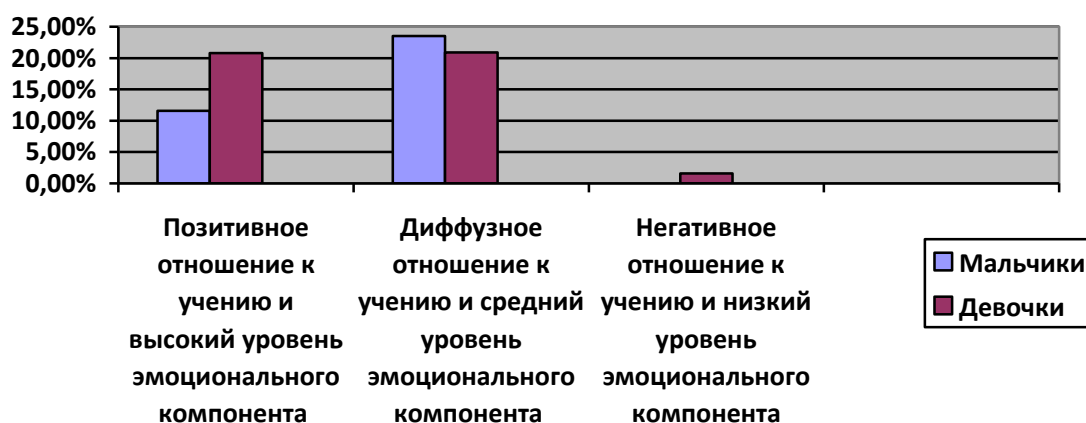


Рисунок 3 – Сравнительный анализ данных, полученных по опроснику «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева и по опроснику «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская

Анализ данных, представленных на рисунке 3, показывает, что позитивное отношение к учению и высокий уровень эмоционального компонента имеют 20,8% опрошенных девочек, диффузное эмоциональное отношение к учению и средний уровень эмоционального компонента

внутренней картины здоровья – 20,9%, а негативное отношение к учению и низкий уровень эмоционального компонента - 1,6%.

Для выборки мальчиков характерно то, что позитивное отношение к учению и высокий уровень эмоционального компонента – 11,6%, диффузное эмоциональное отношение к учению и средний уровень эмоционального компонента внутренней картины здоровья– 23,5%. Сочетание негативное отношение к учению и низкий уровень эмоционального компонента в данной выборке отсутствует.



Рисунок 4 -Сравнительный анализ данных, полученных по опроснику «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева и по опроснику «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская (общая выборка)

В целом в общей выборке позитивное эмоциональное отношение к учению и высокий уровень эмоционального компонента внутренней картины здоровья имеют 18% респондентов, диффузное отношение к учению и средней уровень эмоционального компонента – 22%, негативное отношение к учению и низкий уровень эмоционального компонента- 1%. Данные отображены на рисунке 3.

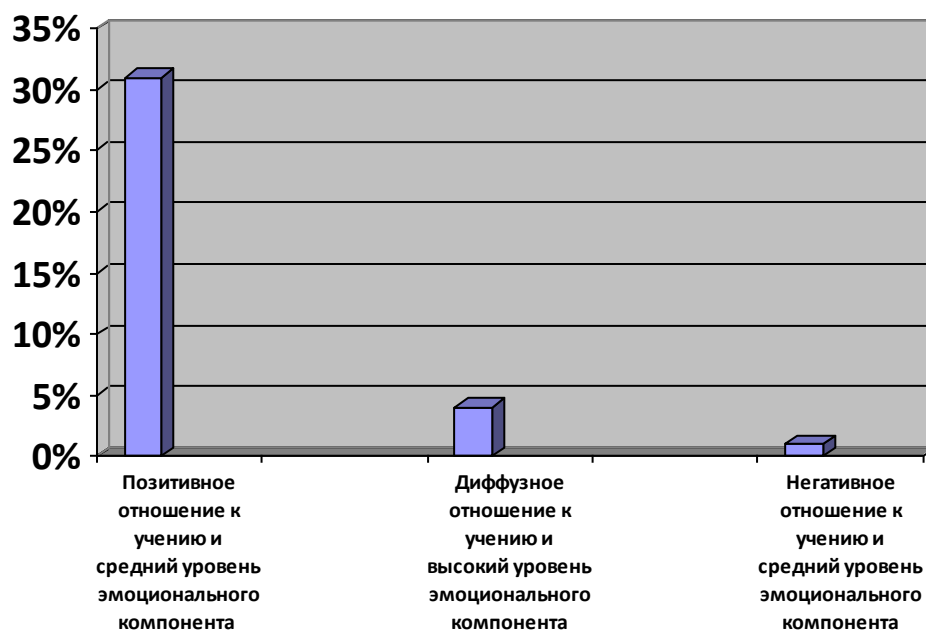


Рисунок 4 - Сравнительный анализ данных, полученных по опроснику «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева и по опроснику «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская (общая выборка)

Также согласно данным, которые представлены в рисунке 4, в данной выборке треть респондентов (31%) имеет позитивное отношение к учению и средний уровень эмоционального компонента, 4% имеют диффузное эмоциональное отношение к учению и высокий уровень эмоционального компонента внутренней картины здоровья, и 1% - негативное эмоциональное отношение к учению и средний уровень эмоционального компонента.

На четвертом этапе исследования полученные данные были обработаны с помощью методов математической статистики (Коэффициент ранговой корреляции Спирмена) с целью выявления связи между уровнем сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья и типом эмоционального отношения к учению.

Коэффициент корреляции Спирмена рассчитывается по формуле (3.1):

$$r = 1 - ((6 * \Sigma(D^2)) / n * (n^2 - 1)) \quad (3.1)$$

где n – количество ранжируемых показателей;

D – разность между рангами переменных (у каждого респондента);

$\Sigma(D^2)$ – сумма квадратов разностей рангов [29].

Статистические гипотезы:

H_0 - корреляция между уровнем сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья и типом эмоционального отношения к учению не отличается от нуля.

H_1 - корреляция между уровнем сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья и типом эмоционального отношения к учению достоверно отличается от нуля.

Математическо-статистические расчеты производились с помощью статистического пакета программы Excel.

Результат: $r_s = 0.317$

Таким образом, гипотеза H_0 отвергается. Корреляция между уровнем сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья и типом эмоционального отношения к учению статистически значима.

3.4 Выводы исследования

В ходе теоретического анализа литературных источников по теме исследования, были проанализированы основные подходы к понятию «внутренняя картина здоровья» и «отношение к здоровью». Внутренняя картина здоровья и отношение к здоровью как сложные динамические структуры, претерпевающие изменения в каждом возрастном этапе, имеют следующие структурные компоненты: когнитивный, эмоциональный и поведенческий компонент. Исходя из анализа литературы, можно сделать вывод о том, что внутренняя картина здоровья и отношение к здоровью – это синонимичные понятия, так как они описывают психологические аспекты понятия «здоровье».

Анализ теоритического материала по проблеме изучения понятия «отношение к учению», показал, что, прежде всего, отношение к учению рассматривают как совокупность учебных мотивов. Обобщив различные подходы к определению понятия «отношение к учению», можно следующие выделить компоненты, которые входят в его структуру: когнитивно-познавательный (рациональный), эмоционально-волевой (эмоциональный), мотивационно-деятельностный (поведенческий).

Проведение анализа особенностей «внутренней картины здоровья» и «отношения к учению» у старшеклассников со сколиозом показало, что особое влияние на формирование внутренней картины здоровья и отношения к учению оказывают условия образовательно-лечебного комплекса, где процесс обучения совмещается с лечением, что вызывает высокое эмоциональное напряжение у учеников.

Проведение эмпирического исследования внутренней картины здоровья и отношения к учению у старшеклассников со сколиозом позволяет сделать вывод о том, что между типом эмоционального отношения к учению и уровнем сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья существует статистически значимая связь.

Гипотеза исследования о том, что «старшеклассники, у которых сформирован высокий уровень эмоционального компонента внутренней картины здоровья, будут иметь позитивное эмоциональное отношение к учению» подтвердилась частично, так как более трети выборки (31%) имеют позитивное эмоциональное отношение к учению и средний уровень сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья.

Вторая гипотеза исследования о том, что «старшеклассники, у которых сформирован средний уровень эмоционального компонента внутренней картины здоровья будут иметь диффузное эмоциональное отношение к учению» подтвердилась частично, так как 31% респондентов имеют средний уровень эмоционального компонента, но позитивное эмоциональное отношение к учению.

Третья гипотеза исследования о том, «старшеклассники, у которых сформирован низкий уровень эмоционального компонента внутренней картины здоровья, будут иметь негативное эмоциональное отношение к учению» не подтвердилась, так как всего 1% респондентов имеют такое сочетание измеряемых характеристик.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная исследовательская работа посвящена изучению взаимосвязи внутренней картины здоровья и отношения к учению у старшеклассников со сколиозом, и в частности, исследованию связи уровня сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья и типа эмоционального отношения к учению у старшеклассников со сколиозом.

Проведение теоретического анализа литературы по данной проблеме показало, что «здоровье» – это сложное интегральное образование, проявляющиеся на всех уровнях организации человека. Психологические аспекты здоровья описывают такие понятия как «внутренняя картина здоровья» и «отношение к здоровью».

Отношение человека к своему здоровью образует психологическое ядро здоровой личности. Формирование внутренней картины здоровья, прежде всего, происходит в условиях образования, где параллельно получению знаний формируется мировоззрение, отношение к жизни в целом и отношение к собственному здоровью.

Изучение теоретического материала в рамках данного исследования показало, что отношение к учению и внутренняя картина здоровья являются сложными динамическими структурными образования, которые изменяются в процессе накопления жизненного опыта, то есть имеют специфику на каждом возрастном этапе. Так же стоит отметить, что наличие соматического заболевания напрямую сказывается на процессе формирования отношения к здоровью и отношения к учению.

Проведенное эмпирическое исследование позволило сделать вывод о том, что между уровнем сформированности эмоционального компонента внутренней картины здоровья и типом эмоционального отношения к учению существует статистически значимая связь.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания : учебник / Б.Г. Ананьев. – Санкт-Петербург: Питер, 2001. – 288 с.
2. Андреева, А.Д. Особенности отношения к учению подростков и старших школьников : автореферат дис. ... канд. психолог. наук / Алла Дамировна Андреева. – Москва, 1989. – 20 с.
3. Андреева, А.Д. Опросник для изучения эмоционального отношения к учению. [Электронный ресурс]// Гуманитарно-правовой портал «PSYERA». - Режим доступа: <http://www.psyera.ru>
4. Башманова, Е.Л. Разработка модели отношения школьников к учению и школе: типология, структура[Электронный ресурс] / Е.Л. Башманова// Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2009. - № 3. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru>
5. Белинская, Т. В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического ВУЗа :дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07/ Татьяна Владимировна Белинская. – Калуга, 2005. – 174с.
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. Березовская Р.А., Опросник «Отношение к здоровью» [Электронный ресурс] / Р. А. Березовская // Файловый архив для студентов «Stydfiles». – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru>
8. Божович, Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте: психологическое исследование / Л.И. Божович. – Москва: Просвещение, 1968. – 294с.
9. Бодалев, А.А. Психология о личности: монография / А.А. Бодалев. – Москва :Книга, 2005. - 364 с.

10. Васильева, О.С. Экспериментальное исследование внутренней картины здоровья в юношеском возрасте/ О.С. Васильева // Известия Южного федерального университета. Технические науки. - 2006. – Т. 69, №14. – С.316-324.
11. Васильева, О.С., Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учебное пособие для вузов / О. С. Васильева, Ф.Р. Филатов. — Москва: Академия, 2001. – 352с.
12. Выготский, Л. С. Развитие высших психических функций: монография / Л.С. Выготский. – Москва : АПН РСФСР, 1960. – 434с.
13. Гребенюк, О.С. Основы педагогики индивидуальности: учебное пособие/ О.С. Гребенюк, Т.Б. Гребенюк. – Калининград :Калининградский университет, 2000. – 572 с.
14. Давыдов, В.В. Возрастная и педагогическая психология: учебник/ В.В. Давыдов, Т. В. Драгунова, Л. Б. Ительсон; под ред. А. В. Петровского. - Изд. 2-е, испр. и доп. – Москва : Просвещение, 1979. – 287с.
15. Дубровина, И. В. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / И.В. Дубровина. - Москва: Академия, 1995. – 168 с.
16. Жукова, Н.А. Исследование эмоционально-ценностного отношения школьников к учению/ Н.А. Жукова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. - №60. – С. 378-381.
17. Зимняя, И. А. Воспитание - проблема современного образования в России /И.А. Зимняя, Б. Н. Боденко, Н. А Морозова. – Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 1999. - 82с.
18. Иванюшкин, А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека/ А.Я. Иванюшкин// Вестник АМН СССР. – 1982. - №4. С.29-33.
19. Ильясов, И.И. Структура процесса учения : монография / И.И. Ильясов.- Москва : МГУ,1986. – 197 с.

20. Кабаева, В.М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков :автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / Кабаева Валентина Михайловна. - Москва, 2002.-31 с.
21. Каган, В.Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей / В.Е. Каган // Неврозы у детей и подростков: Тезисы докладов Всесоюзной конференции.–Москва, 1986. - №18 - С. 74-75.
22. Колесов, Д.В. Здоровье через образование / Д.В. Колесов // Биология в школе — 2000. — №2.- С. 20-22.
23. Кон, И.С. Психология ранней юности : хрестоматия / И.С. Кон. – Москва: Просвещение, 1989.- 192с.
24. Корицова, Г.С. Внутренняя картина здоровья и социальные представления о нем студентов педагогического вуза / Г.С. Корицова // Сибирский психологический журнал. – 2012 - №46. – С. 131 – 143.
25. Крутетский, В. А. Психология подростка / В.А. Крутетский,Н. СЛукин. - Москва : Просвещение, 1965. – 314 с.
26. Кулагина, И.Ю. Мотивация учения у первоклассников с разным уровнем обучаемости / И.Ю. Кулагина // Экспериментальные исследования по проблемам педагогической психологии. Сб. научн. тр. — Москва, 1979. - С. 96 - 103.
27. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицын. – Москва:ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520с.
28. Маркова, А.К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте : учебное пособие / А. К. Маркова. – Москва: Просвещение, 1983. – 96 с.
29. Матюхина, М.В. Возрастная и педагогическая психология : учебное пособие / М.В. Матюхина; под ред. М. В. Гамезо. - Москва: Просвещение, 1984. - 256 с.
30. Медицинская служба [Электронный ресурс] // МБОУ «Средняя школа-интернат №1имени В.П. Синякова» [сайт]. – Режим доступа: <http://school-int.kob.ru>

31. 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. — Уфа, 2012. – Режим доступа: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/60/2507/>
32. Миронова, Е.В. Теоретический подход к определению понятий здоровье и здорового образа жизни / Е.В. Миронова // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. – Пенза, 2006. - №5. - С. 128 – 133.
33. Мясичев, В.Н. Психология отношений : избранные психологические труды / В.Н. Мясичев; под ред. А.А. Бодалева. – Москва : МОДЭК, 1995. – 356с.
34. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : учебное пособие / А.Д. Наследов. – Санкт-Петербург: Речь, 2004. – 392с.
35. Некрасова, Т.А. Социально-психологические факторы отношения человека к своему здоровью / Т.А. Некрасова // Сервис Plus. – 2010. - №1. - С. 84 – 88.
36. Никифоров, Г. С. Психология здоровья : учебник для вузов / Г.С. Никифоров. — Санкт-Петербург :Питер, 2006. — 607 с.
37. Обухова, Л.Ф. Возрастная психология: учебник для вузов / Л.Ф. Обухова. – Москва:Юрайт, 2013. – 460с.
38. Ожегов, С.И. Словарь русского языка / С.И. Ожегов; под ред. Л.И.Скворцова. – Изд. 25-е. – Москва :Мир и образование, 2006. – 976 с.
39. Пахальян, В.Э. Психопрофилактика и безопасность психологического здоровья детей / В.Э. Пахальян // Прикладная психология.- 2002. - №5-6.-С.83-94.
40. Потапова, Е.В. Психологическое сопровождение личности в особых условиях жизнедеятельности как гуманитарная проблема / Е.В. Потапова, В.С. Нургалеев // Сибирский педагогический журнал. – 2009. - № 12. – С. 342-349.

41. Решетников, А.В. Здоровье как предмет изучения и социологии медицины : учебное пособие / А.В. Решетников, О.А. Шаповалова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 64 с.
42. Руслякова, Е.Е. Отношение к здоровью и внутренняя картина здоровья школьников [Электронный ресурс]// Интернет-журнал «Мир науки». - 2015. - №3. – Режим доступа:<http://www.mir-nauki.com>
43. Сухомлинова, Е.Н. Формирование ценностного отношения к здоровью у старших школьников: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Сухомлинова Елена Николаевна. – Сочи, 2012. – 24 с.
44. Устав Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]:электронный фонд правовой и нормативно-технической документации // Консорциум кодекс. - Режим доступа: <http://www.docs.cntd.ru>
45. Щуркова, Н. Е. Новое воспитание / Н. Е. Щуркова.–Москва : Педагогическое сообщество,2000. – 128 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Опросник «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская

Уважаемый участник!

Фамилия, имя _____

Возраст _____ Класс _____

«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 [7].

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 [7].

Таблица А.1- Бланк опросника «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская

<i>1. Люди по-разному оценивают различные сферы жизни. Оцените, насколько приведенные ценности важны для вас в данный момент.</i>								
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
<i>2. Как вы считаете, что необходимо для того, чтобы добиться успеха в жизни?</i>								
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	1	2	3	4	5	6	7
2.4.	Везение (удача)	1	2	3	4	5	6	7

Продолжение приложения А

Продолжение таблицы А.1

<i>2. Как вы считаете, что необходимо для того, чтобы добиться успеха в жизни?</i>								
2.5.	Здоровье	1	2	3	4	5	6	7
2.6.	Упорство, трудолюбие	1	2	3	4	5	6	7
2.7.	«Нужные связи (поддержка друзей, знакомых)	1	2	3	4	5	6	7
<i>3. Как бы вы в нескольких словах определили, что такое здоровый образ жизни?</i>								
<i>4. Оцените, какое влияние на вашу осведомленность в области здоровья оказывает информация, полученная из следующих источников:</i>								
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
<i>5. Как вы думаете, какие из перечисленных ниже факторов оказывают наиболее существенное влияние на состояние вашего здоровья?</i>								
5.1.	Качество медицинского обслуживания	1	2	3	4	5	6	7
5.2.	Экологическая обстановка	1	2	3	4	5	6	7
5.3.	Профессиональная деятельность	1	2	3	4	5	6	7
5.4.	Особенности питания	1	2	3	4	5	6	7
5.5.	Вредные привычки	1	2	3	4	5	6	7
5.6.	Образ жизни	1	2	3	4	5	6	7
5.7.	Недостаточная забота о своем здоровье	1	2	3	4	5	6	7
<i>6. Как вы чувствуете себя чаще всего, когда со здоровьем у вас все благополучно?</i>								
6.1.	Я спокоен	1	2	3	4	5	6	7
6.2.	Я доволен	1	2	3	4	5	6	7
6.3.	Я счастлив	1	2	3	4	5	6	7
6.4.	Мне радостно	1	2	3	4	5	6	7
6.5.	Мне ничего не угрожает	1	2	3	4	5	6	7
6.6.	Мне это безразлично	1	2	3	4	5	6	7
6.7.	Ничто особенно не беспокоит меня	1	2	3	4	5	6	7
6.8.	Я чувствую уверенность в себе	1	2	3	4	5	6	7
6.9.	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4	5	6	7
6.10.	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4	5	6	7
<i>7. Как вы чувствуете себя чаще всего, когда узнаете об ухудшении своего здоровья:</i>								
7.1.	Я спокоен	1	2	3	4	5	6	7
7.2.	Я испытываю сожаление	1	2	3	4	5	6	7
7.3.	Я озабочен	1	2	3	4	5	6	7
7.4.	Я испытываю чувство вины	1	2	3	4	5	6	7
7.5.	Я расстроен	1	2	3	4	5	6	7
7.6.	Мне страшно	1	2	3	4	5	6	7
7.7.	Я раздражен	1	2	3	4	5	6	7
7.8.	Я чувствую себя подавленно	1	2	3	4	5	6	7
7.9.	Я встревожен и сильно нервничаю	1	2	3	4	5	6	7
7.10.	Мне стыдно	1	2	3	4	5	6	7

Продолжение приложения А

Окончание таблицы А.1

8. Делаете ли вы что-нибудь для поддержания вашего здоровья? Отметьте, пожалуйста, насколько регулярно.								
8.1.	Занимаюсь физическими упражнениями (зарядка, бег 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 гимнастика и др.)	1	2	3	4	5	6	7
8.11.	Другое	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
9.10.	Другое	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 прошлого опыта	1	2	3	4	5	6	7
10.4.	Обращаетесь за советом к друзьям, родственникам, знакомым	1	2	3	4	5	6	7
10.5.	Другое	1	2	3	4	5	6	7

Таблица А.2 - результаты, полученные с помощью опросника «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская

Респондент	Когнитивная шкала	Эмоциональная Шкала	Поведенческая шкала	Ценностно-мотивационная Шкала
1	76 – 84%	107 – 76%	89 – 79%	112 – 70%
2	49 – 54%	101 – 72%	97 – 87%	114 – 71%
3	70 – 77%	105 – 75%	94 – 84%	115 – 71%

Продолжение приложения А

Продолжение таблицы А.2

Респондент	Когнитивная шкала	Эмоциональная Шкала	Поведенческая Шкала	Ценностно-мотивационная Шкала
4	76 – 84%	81 – 58%	74 – 66%	103 – 64%
5	72 – 79%	98 – 70%	78-69%	120 – 75%
6	69 – 76%	91 – 65%	84 – 75%	89 – 55%
7	65 – 70%	99 -71%	91 – 81%	128 – 79%
8	75 – 82%	91 – 65%	94 – 84%	104 – 65%
9	66 – 73%	74 – 53%	86 – 77%	94 – 58%
10	76 – 84%	68 – 49%	76 – 68%	121 – 75%
11	70 – 77%	86 -61%	73 – 65%	68 – 42%
12	73 – 80%	93 – 66%	70 – 63%	89 – 55%
13	81 -89%	100- 71%	94- 84%	116- 72%
14	75 – 82%	84 – 60%	101 – 90%	102 – 63%
15	78 – 86%	99 – 71%	104 – 93%	99 – 61%
16	37-41%	64 – 46%	66 – 59%	94 – 58%
17	63 – 69%	99 – 71%	77 – 69%	40 – 68%
18	71 – 78%	77 – 55%	76 – 68%	104 – 65%
19	69 – 76%	87 – 62%	80 – 71%	119 – 74%
20	34 – 37%	32 – 23%	42 – 38%	91 – 57%
21	71 – 78%	86 – 61%	91 – 81%	112 – 70%
22	68 – 75%	83 – 59%	63 – 56%	130 - 81%
23	75 – 82%	85 – 61%	81 – 72%	116 – 72%
24	78 – 86%	111 – 79%	84 – 75%	115 – 71%
25	66 – 73%	92 – 65%	90 – 80%	102 – 63%
26	57 – 63%	90 – 64%	86 – 77%	139 – 86%
27	69 – 76%	91 – 65%	83 – 74%	118 – 73%
28	66 – 73%	99 – 71%	70 – 63%	104 – 65%
29	74 – 81%	111 – 79%	89 – 79%	138 – 86%
30	60 – 66%	99 – 71%	88 – 79%	112 – 70%
31	69 – 76%	79 – 50%	97 – 87%	108 – 67%
32	66 – 73%	105 – 75%	87 – 78%	122 – 76%
33	70 – 77%	105 – 75%	96 – 86%	131 – 81%
34	55 – 60%	83 – 59%	83 – 63%	120 – 75%
35	53 – 58%	69 – 49%	70 – 63%	110 – 68%
36	71 – 78%	73 – 52%	71 – 63%	105 - 65%
37	65 – 71%	75 – 54%	90 – 80%	123 – 76%
38	59 – 65%	87 – 62%	61 – 54%	115 – 71%
39	69 – 76%	90 – 64%	91 – 81%	106 – 66%
40	79 – 87%	117 – 84%	85 – 76%	112 – 70%
41	78 – 86%	99 – 71%	93 - 83%	109 – 68%
42	72 – 79%	106 – 76%	82- 73%	111 – 69%
43	68 – 75%	78 – 56%	65 – 58%	102 – 63%
44	58 – 64%	65 – 46%	71 - 63%	96 – 60%
45	77 – 85%	97 – 69%	109 – 97%	109 – 68%

Окончание приложения А

Окончание таблицы А.2

Респондент	Когнитивная шкала	Эмоциональная шкала	Поведенческая Шкала	Ценностно-мотивационная Шкала
46	73 – 80%	83 – 59%	102 – 91%	129 – 80%
47	72 – 79%	71 – 51%	86 – 77%	114 – 71%
48	64 – 70%	77 – 55%	78 – 70%	86 – 53%
49	80 – 88%	114 – 81%	85 – 76%	139 – 86%
50	40 – 44%	26 – 19%	34 – 30%	45 – 28%
51	55 – 60%	94 – 67%	72 – 64%	108 – 67%
52	68 – 73%	68 – 49%	88 – 79%	111 – 70%
53	61 – 67%	88 – 63%	79 – 71%	119 – 74%
54	74 – 81%	94 – 67%	69 – 61%	96 – 60%
55	74 – 81%	75 – 54%	63 – 56%	107 – 66%
56	76 -84%	90 – 64%	82 – 73%	120 – 74%
57	78 – 86%	101 – 72%	91 – 81%	114 – 71%
58	80 – 88%	115 – 82%	69 – 62%	120 – 75%
59	70 – 77%	73 – 52%	72 – 64%	109 – 68%
60	76 – 84%	93 – 66%	88 – 79%	103 – 64%
61	74 – 81%	105 – 75%	90 – 80%	114 – 71%
62	46 – 51%	65 – 46%	75 – 67%	95 – 59%
63	49 -54%	84 – 60%	73 – 65%	111 – 69%
64	70 – 77%	81 – 58%	78 - 70%	115 – 71%
65	43 – 47%	69 – 49%	72 – 64%	102 – 63%
66	60 – 66%	75 – 54%	64 – 57%	102 – 63%
67	62 – 68%	94 – 67%	50 – 44%	128 – 70%
68	58 – 64%	88 – 63%	67 – 60%	109 – 68%
69	81 – 89%	71 – 51%	93 – 83%	103 – 64%
70	64 – 70%	85 – 61%	106 – 95%	119 – 70%
71	72 – 79%	108 – 77%	92 – 82%	114 – 71%
72	62 – 68%	89 – 64%	46 – 41%	107 – 66%
73	71 – 78%	80 – 57%	97 – 87%	96 – 60%
74	61 – 67%	68 – 49%	73 – 65%	111- 69%
75	79 – 87%	95 – 68%	99 – 88%	101 – 63%
76	51 – 56%	93 – 66%	64 – 57%	94 – 58%
77	81 – 89%	105 – 75%	95 – 85%	109 – 68%
78	65 – 71%	92 – 66%	100 – 89%	114 – 71%
79	78 – 86%	99 – 71%	92 – 82%	116 – 72%

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

«Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор:

А.Д. Андреева

Уважаемый участник!

Фамилия, имя _____

Возраст _____ Класс _____

Инструкция: *«Ниже приведены утверждения, которые люди используют для того, чтобы рассказать о себе. Прочтите внимательно каждое предложение и обведите кружком одну из цифр, расположенных справа, в зависимости от того, каково ваше обычное состояние на уроках в школе, как вы обычно чувствуете себя там. Нет правильных или неправильных ответов. Не тратьте много времени на одно предложение, но старайтесь, как можно точнее ответить, как вы себя обычно чувствуете»*[3]

Таблица Б.1 – Бланк методики «Опросник для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева

№		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	4	3	2	1
2	Мне хочется узнать, понять, докопаться до истины	1	2	3	4
3	Я разъярен	1	2	3	4
4	Я падаю духом, сталкиваясь с трудностями в учебе	4	3	2	1
5	Я напряжен	1	2	3	4
6	Я испытываю любопытство	1	2	3	4
7	Мне хочется стукнуть кулаком по столу	1	2	3	4
8	Я стараюсь получить только хорошие и отличные оценки	1	2	3	4
9	Я раскован	4	3	2	1
10	Мне интересно	1	2	3	4
11	Я рассержен	1	2	3	4
12	Я прилагаю все силы, чтобы добиться успеха в учебе	1	2	3	4
13	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
14	Мне кажется, что урок никогда не кончится	4	3	2	1
15	Мне хочется на кого-нибудь накричать	1	2	3	4
16	Я стараюсь все делать правильно	1	2	3	4

Продолжение приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

№		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
17	Я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
18	Я чувствую себя исследователем	1	2	3	4
19	Мне хочется что-нибудь сломать	1	2	3	4
20	Я чувствую, что не справлюсь с заданиями	4	3	2	1
21	Я взвинчен	1	2	3	4
22	Я энергичен	1	2	3	4
23	Я взбешен	1	2	3	4
24	Я горжусь своими школьными успехами	1	2	3	4
25	Я чувствую себя совершенно свободно	4	3	2	1
26	Я чувствую, что у меня хорошо работает голова	1	2	3	4
27	Я раздражен	1	2	3	4
28	Я решаю самые трудные задачи	1	2	3	4
29	Мне не хватает уверенности	1	2	3	4
30	Мне скучно	4	3	2	1
31	Мне хочется что-нибудь сломать	1	2	3	4
32	Я стараюсь не получить двойку	4	3	2	1
33	Я уравновешен	4	3	2	1
34	Мне нравится думать, решать	1	2	3	4
35	Я чувствую себя обманутым	1	2	3	4
36	Я стремлюсь показать свои способности и ум	1	2	3	4
37	Я боюсь	1	2	3	4
38	Я чувствую уныние и тоску	4	3	2	1
39	Меня многое приводит в ярость	1	2	3	4
40	Я хочу быть среди лучших	1	2	3	4

Таблица Б.2 – результаты, полученные с помощью «Опросника для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева

Испытуемый	Познавательная активность	Мотивация достижения	Тревожность	Гнев	Уровень	Интерпретация
1	29 в	27	23 ср	14 ср	19 - 3	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению

Продолжение приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

Испытуемый	Познавательная активность	Мотивация достижения	Тревожность	Гнев	Уровень	Интерпретация
2	34 в	31	21 ср	15 ср	29 - 2	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
3	33 в	32	28 в	30 в	7 - 4	Чрезмерно повышенная эмоциональность на уроке, обусловленная неудовлетворением ведущих социогенных потребностей
4	27 ср	34	20 ср	13 н	28 - 2	Диффузное эмоциональное отношение
5	35 в	31	30 в	15 ср	21 - 3	Повышенная эмоциональность на уроке
6	30 в	33	25 в	18 ср	20 - 3	Повышенная эмоциональность на уроке
7	26 ср	28	18 ср	13 н	23 - 3	Диффузное эмоциональное отношение
8	31 в	33	19 ср	11 н	34 - 2	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
9	30 в	33	11 н	12 н	40 - 2	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
10	26 ср	23	15 н	14 ср	20 - 3	Диффузное эмоциональное отношение
11	28 ср	30	17 ср	13 н	28 - 3	Диффузное эмоциональное отношение
12	28 ср	22	19 ср	11 н	19 - 3	Диффузное эмоциональное отношение
13	32 в	28	20 ср	13 н	27 - 3	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
14	32 в	25	22 ср	13 н	22 - 2	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению

Продолжение приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

Испытуемый	Познавательная активность	Мотивация достижения	Тревожность	Гнев	Уровень	Интерпретация
15	27 ср	27	20 ср	12 н	22 – 3	Диффузное эмоциональное отношение
16	23 ср	28	27 в	22 в	2 - 4	Школьная тревожность
17	2 8 ср	26	27 в	10 н	17 – 3	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения
18	31 в	25	24 ср	15 ср	17 - 3	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
19	27 ср	23	18 ср	16 ср	16 - 3	Диффузное эмоциональное отношение
20	11 н	12	33 в	32 в	-42 - 5	Негативное эмоциональное отношение
21	29 в	26	22 ср	13 н	20 – 3	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
22	25 ср	26	25 в	21 в	5 - 4	Школьная тревожность
23	27 ср	24	19 ср	10 н	22 - 3	Позитивное отношение к учению
24	28 ср	25	25 в	10 н	18 - 3	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения
25	32 в	33	19 ср	11 н	35 - 2	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
26	25 ср	21	24 ср	21 в	1 - 4	Диффузное эмоциональное отношение при фрустрированности значимых потребностей
27	29 в	37	25 в	18 ср	23 - 3	Повышенная эмоциональность на уроке

Продолжение приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

Испытуемый	Познавательная активность	Мотивация достижения	Тревожность	Гнев	Уровень	Интерпретация
28	32 в	26	21 ср	22 в	15 - 3	Позитивное отношение при фрустрированности потребностей
29	26 ср	26	29 в	29 в	-6 - 5	Позитивное отношение при фрустрированности потребностей
30	31 в	26	19 ср	19 ср	19 - 3	Позитивное отношение при фрустрированности потребностей
31	28 ср	21	25 в	12 н	12 - 4	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения
32	26 ср	30	21 ср	14 ср	21 III	Диффузное эмоциональное отношение
33	22 ср	31	24 ср	11 н	8 III	Позитивное отношение к учению
34	23 ср	27	22 ср	12 н	22 III	Позитивное отношение к учению
35	28 ср	17	21 ср	24 в	0 IV	Диффузное эмоциональное отношение при фрустрированности значимых потребностей
36	28 ср	33	19 ср	16 ср	26 III	Диффузное эмоциональное отношение
37	27 ср	31	16 н	10 н	32 II	Диффузное эмоциональное отношение
38	18 ср	22	17 ср	14 ср	9 IV	Диффузное эмоциональное отношение
39	31 в	32	19 ср	11 н	33 II	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
40	18 ср	26	30 в	31 в	17 III	Школьная тревожность
41	30 в	28	26 в	18 ср	14 III	Повышенная эмоциональность на уроке
42	18 ср	22	35 в	36 в	-31 V	Школьная тревожность

Продолжение приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

Испытуемый	Познавательная активность	Мотивация достижения	Тревожность	Гнев	Уровень	Интерпретация
43	26 ср	28	18 ср	13 н	23 III	Позитивное отношение к учению
44	23 ср	26	12 н	10 н	27 III	Позитивное отношение к учению
45	32 в	34	14 н	14 ср	38 II	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
46	28 ср	30	20 ср	12 н	26 III	Позитивное отношение к учению
47	30 в	31	16 н	10н	35 II	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
48	23 ср	23	23 ср	17 ср	6 IV	Диффузное эмоциональное отношение
49	32 в	32	14н	12 н	37 II	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
50	23 ср	21	13 н	10 н	21 III	Диффузное эмоциональное отношение
51	31 в	34	24 ср	17 ср	24 III	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения
52	29 в	32	18 ср	16 ср	27 III	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения
53	24 ср	21	20 ср	20 ср	5 IV	Диффузное эмоциональное отношение
54	27 ср	28	18 ср	15 ср	22 III	Диффузное эмоциональное отношение

Продолжение приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

Испытуемый	Познавательная активность	Мотивация достижения	Тревожность	Гнев	Уровень	Интерпретация
55	29 в	29	13 н	11 н	34 П	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
56	28 ср	30	23 в	14 ср	21Ш	Школьная тревожность
57	31 в	31	17 ср	10 н	35 П	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
58	29 в	31	19 ср	16 ср	25 Ш	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения
59	21 ср	26	33 в	24 в	-10 V	Школьная тревожность
60	38 в	32	20 ср	15ср	35П	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
61	32 в	34	16 н	10 н	40 П	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
62	31 в	33	21 ср	11 н	32 П	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
63	26 (ср)	22	19(ср)	12(ср)	17 (Ш)	Диффузное эмоциональное отношение
64	23 (ср)	25	24 (в)	24(в)	0(IV)	Школьная тревожность
65	20(н)	22	26(в)	28(в)	-12(V)	Негативное эмоциональное отношение
66	31(в)	26	24(в)	16(ср)	17(Ш)	Повышенная эмоциональность на уроке
67	31 (в)	26	28(в)	15(ср)	14(Ш)	Повышенная эмоциональность на уроке

Окончание приложения Б

Окончание таблицы Б.2

Испытуемый	Познавательная активность	Мотивация достижения	Тревожность	Гнев	Уровень	Интерпретация
68	32 (в)	28	17(ср)	10(н)	33(III)	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению
69	33 (в)	32	13(н)	13(н)	39 (II)	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению
70	33 (в)	32	12(н)	14(н)	39 (II)	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению
71	33(в)	30	27(в)	12(н)	24(III)	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения
72	24 (ср)	20	19 (ср)	13(ср)	12(IV)	Диффузное эмоциональное отношение
73	23 (ср)	20	14(н)	13(ср)	16 (III)	Диффузное эмоциональное отношение
74	30 (ср)	23	15(н)	11(н)	27 (III)	Диффузное эмоциональное отношение
75	34 (в)	29	13 (н)	10 (н)	40 (II)	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению
76	30 (в)	28	28 (в)	36 (в)	- 6 (v)	Чрезмерно повышенная эмоциональность на уроке, обусловленная неудовлетворением ведущих социогенных потребностей
77	32 (в)	29	13(н)	12 (н)	36 (II)	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению
78	34 (в)	35	12(н)	10 (н)	47 (I)	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению
79	34 (в)	28	22 (ср)	16 (ср)	24 (III)	Повышенная эмоциональность на уроке

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Данные полученные с помощью опросника «Отношение к здоровью»

Автор: Р.А. Березовская и «Опросника для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева.

Таблица В.1 – обобщенные результаты, полученные с помощью опросника «Отношение к здоровью» Автор: Р.А. Березовская и «Опросника для изучения эмоционального отношения к учению» Автор: А.Д. Андреева.

Респондент	Отношение к учению	Отношение к здоровью (эмоциональный компонент)
1	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Высокий
2	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Высокий
3	Чрезмерно повышенная эмоциональность на уроке, обусловленная неудовлетворением ведущих социогенных потребностей	Высокий
4	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
5	Повышенная эмоциональность на уроке	Высокий
6	Повышенная эмоциональность на уроке	Средний
7	Диффузное эмоциональное отношение	Высокий
8	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
9	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
10	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
11	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
12	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
13	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Высокий
14	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний

Продолжение приложения В

Продолжение таблицы В.1

Респондент	Отношение к учению	Отношение к здоровью (эмоциональный компонент)
15	Диффузное эмоциональное отношение	Высокий
16	Школьная тревожность	Средний
17	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения	Высокий
18	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
19	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
20	Негативное эмоциональное отношение	Низкий
21	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
22	Школьная тревожность	Средний
23	Позитивное отношение к учению	Средний
24	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения	Высокий
25	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
26	Диффузное эмоциональное отношение при фрустрированности значимых потребностей	Средний
27	Повышенная эмоциональность на уроке	Средний
28	Позитивное отношение при фрустрированности потребностей	высокий
29	Позитивное отношение при фрустрированности потребностей	Высокий
30	Позитивное отношение при фрустрированности потребностей	Высокий
31	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения	Средний

Продолжения приложения В

Продолжение таблицы В.1

Респондент	Отношение к учению	Отношение к здоровью (эмоциональный компонент)
32	Диффузное эмоциональное отношение	Высокий
33	Позитивное отношение к учению	Высокий
34	Позитивное отношение к учению	Средний
35	Диффузное эмоциональное отношение при фрустрированности значимых потребностей	Средний
36	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
37	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
38	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
39	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
40	Школьная тревожность	Высокий
41	Повышенная эмоциональность на уроке	Высокий
42	Школьная тревожность	Высокий
43	Позитивное отношение к учению	Средний
44	Позитивное отношение к учению	Средний
45	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
46	Позитивное отношение к учению	Средний
47	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
48	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
49	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Высокий
50	Диффузное эмоциональное отношение	Низкий
51	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения	Средний

Продолжение приложения В

Продолжение таблицы В.1

Респондент	Отношение к учению	Отношение к здоровью (эмоциональный компонент)
52	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения	Средний
53	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
54	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
55	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
56	Школьная тревожность	Средний
57	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Высокий
58	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения	Высокий
59	Школьная тревожность	Средний
60	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
61	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Высокий
62	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний
63	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
64	Школьная тревожность	Средний
65	Негативное эмоциональное отношение	Средний
66	Повышенная эмоциональность на уроке	Средний
67	Повышенная эмоциональность на уроке	Средний
68	Продуктивная мотивация и позитивное отношение к учению	Средний

Окончание приложения В

Окончание таблицы В.1

Респондент	Отношение к учению	Отношение к здоровью (эмоциональный компонент)
69	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению	Средний
70	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению	Средний
71	Позитивное отношение при повышенной чувствительности к оценочному аспекту обучения	Высокий
72	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
73	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
74	Диффузное эмоциональное отношение	Средний
75	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению	Средний
76	Чрезмерно повышенная эмоциональность на уроке, обусловленная неудовлетворением ведущих социогенных потребностей	Средний
77	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению	Высокий
78	Продуктивная мотивация и позитивное эмоциональное отношение к учению	Средний
79	Повышенная эмоциональность на уроке	Высокий