

Психолого-педагогические основы развития самоответственности и проактивности в сфере здоровья у студентов

Т.Г. ШАТЮК, А.С. СЛЕСАРЕВА

Статья посвящена психолого-педагогическим основам развития самоответственности и проактивности в сфере здоровья у студентов. Рассматриваются теоретические подходы к формированию внутренней картины здоровья, анализируются личностные особенности студентов, влияющие на здоровьесберегающее поведение, а также роль страха как потенциального барьера и мотиватора. На основе пилотажного исследования с участием 121 студента с хроническими соматическими заболеваниями выявлены специфические психологические реакции в зависимости от нозологии. Предложены принципы разработки университетского проекта, направленного на развитие проактивной жизненной позиции и навыков саморегуляции. Новизна работы заключается в интеграции концепций отношения к болезни, теорий личности и саморегуляции для перехода от превентивной медицины к позитивной педагогике здоровья.

Ключевые слова: самоответственность, проактивность, здоровье студентов, психолого-педагогические основы, внутренняя картина здоровья, отношение к болезни, саморегуляция, страх, хронические заболевания, университетский проект

The article focuses on the psychological and pedagogical foundations of developing self-responsibility and proactivity in the health sphere among students. Theoretical approaches to forming an internal picture of health are considered, personal characteristics of students influencing health-saving behavior are analyzed, and the role of fear as a potential barrier and motivator is explored. Based on a pilot study involving 121 students with chronic somatic diseases, specific psychological reactions depending on nosology are identified. Principles for developing a university project aimed at fostering a proactive life position and self-regulation skills are proposed. The novelty of the work lies in integrating concepts of attitudes toward illness, personality theories, and self-regulation to transition from preventive medicine to positive health pedagogy.

Keywords: self-responsibility, proactivity, students' health, psychological and pedagogical foundations, internal picture of health, attitude toward illness, self-regulation, fear, chronic diseases, university project.

Формирование у молодежи ответственного и проактивного отношения к здоровью является актуальной задачей современного высшего образования. Теоретико-методологической основой для разработки соответствующих педагогических проектов выступают концепции медицинской психологии и психологии личности, исследующие взаимосвязь когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернов в контексте здоровья и болезни.

Центральным психологическим конструктом, подлежащим переосмыслению в образовательном ключе, выступает отношение к болезни. Исследования показывают, что данное отношение представляет собой сложное динамическое образование, интегрирующее ощущения, представления и переживания человека в связи с нарушением здоровья [1]. В медицинской психологии широко используется понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ), введенное Р.А. Лурия и разработанное в трудах В.В. Николаевой, как субъективное отражение болезни в психике индивида [2], [3]. Для педагогической практики более продуктивным является смещение акцента на формирование «внутренней картины здоровья» – осознанного и целостного представления личности о собственном благополучии как о ценности, требующей активного сохранения и укрепления. Типология отношений к болезни, представленная в работах Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова, Р. Конечного и М. Боухала, демонстрирует, что дезадаптивные типы (анозогнозический, ипохондрический) характеризуются низкой самоответственностью, от игнорирования проблемы до пассивной тревоги [4], [5]. Задачей образования является содействие становлению гармоничного и рационального типа, который в контексте здоровья трансформируется в проактивную жизненную позицию, основанную на адекватной оценке рисков, поиске информации и целенаправленной деятельности по укреплению здоровья.

Важным основанием для проектирования индивидуализированных педагогических траекторий являются личностные особенности студентов. Теория личности Г.Ю. Айзенка уста-

навливает связь таких черт, как нейротизм и экстраверсия, с предрасположенностью к определенным психическим состояниям (тревожность, импульсивность), что может влиять на стратегии здоровьесберегающего поведения [6]. Высокий нейротизм, ассоциирующийся с эмоциональной лабильностью, требует целенаправленного развития навыков саморегуляции. Способность к саморегуляции психических состояний рассматривается как ключевой фактор адаптации в теориях И.И. Чесноковой и Л.Г. Дикой [7], [8]. Для студенческой среды, характеризующейся высокими интеллектуальными и эмоциональными нагрузками, приобретение навыков управления стрессом, эмоциями и функциональными состояниями (утомлением, сонливостью) становится условием поддержания оптимальной работоспособности и профилактики дезадаптации. Энергетическая парадигма А.О. Прохорова объясняет, что проактивная деятельность наиболее эффективна в состоянии психологического равновесия, в то время как «неравновесные психические состояния» ведут к снижению контроля и дезорганизации поведения [9]. Таким образом, образовательный проект должен включать модули, направленные на развитие психологической устойчивости и техник саморегуляции для поддержания этого равновесия.

Существенным психологическим барьером, а при правильной работе – и потенциальным мотиватором, выступает феномен страха. Как показывают исследования, страхи, в том числе социальные и связанные с будущим, существенно влияют на поведение человека [10]. У студентов могут доминировать страхи неудачи, социального неодобрения или, наоборот, игнорирования рисков для здоровья, что коррелирует с анозогностическим типом отношения [11]. Задача педагога заключается в конструктивной работе с этими страхами. Философская и психологическая мысль, от Эпикура и Сенеки до Р. Мэя и Ю.В. Щербатых, указывает на то, что осознание и рациональный анализ страха снижают его деструктивное влияние и могут способствовать мобилизации ресурсов [12], [13]. Страх перед последствиями нездорового образа жизни должен быть трансформирован не в тревожность, а в осознанную мотивацию к действию. Это требует формирования у студентов не только знаний о рисках, но и, что более важно, уверенности в самоэффективности – убежденности в своей способности управлять своим здоровьем и достигать поставленных целей, преодолевая избегающее поведение.

На основе проведенного анализа можно сформулировать ключевые психолого-педагогические принципы разработки университетского проекта:

- принцип целостности и системности: воздействие на взаимосвязанные компоненты личности – когнитивный, эмоционально-ценностный, поведенческий и саморегуляторный;
- принцип личностной ориентированности: учет индивидуально-типологических особенностей (нейротизм, локус контроля) и актуальных типов отношения к здоровью для персонализации подходов;
- принцип проактивности и субъектности: смещение от информирования к моделированию ситуаций, требующих от студента самостоятельной постановки целей здоровья, планирования и осуществления деятельности по их достижению;
- принцип опоры на саморегуляцию: обучение конкретным методам самодиагностики состояния, управления стрессом и эмоциями как основе устойчивого здоровьесберегающего поведения;
- принцип актуализации личностного смысла: связь темы здоровья с актуальными жизненными сферами студента – профессиональным становлением, социальным признанием, личностным ростом, что повышает внутреннюю мотивацию.

Таким образом, теоретической основой для проектов по развитию самоответственности и проактивности в контексте здоровья у студентов служит синтез положений психологии отношения к болезни, теорий личности и саморегуляции, а также достижений в области понимания природы страха. Такой интегративный подход позволяет перейти от превентивной медицины к позитивной педагогике здоровья, направленной на воспитание субъекта, способного к осознанному и ответственному управлению своим благополучием на протяжении всей жизни.

Теоретические изыскания предопределили проведение пилотажного предпроектного исследования для того, чтобы иметь возможность опираться на конкретные статистически значимые данные; определить целевую направленность и аудиторию, адресную ориентированность на конкретные мишени коррекции, обнаруженные в ходе исследования; учесть профильную специфику студентов с разными заболеваниями и комплексный характер (когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты) внутренней картины болезни.

В пилотажном исследовании была сформирована выборка, в которую вошел 121 студент дневной формы обучения в возрасте 18–23 лет ($M = 20,34$; $SD = \pm 1,8$) с документально подтвержденными хроническими соматическими заболеваниями в стадии ремиссии / субкомпенсации. Выборка стратифицирована по семи медицинским профилям: гинекологический (12,4 %), дерматологический (17,36 %), кардиологический (8,26 %), неврологический (13,22 %), отоларингологический (19,83 %), офтальмологический (16,53 %), травматологический (12,4 %).

Был использован следующий психодиагностический инструментарий:

- опросник самооценки психических состояний Г. Айзенка (тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность);
- личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) – диагностика 13 типов отношения к болезни;
- опросник иерархической структуры актуальных страхов (ИСАС) Ю.В. Щербатых и Е.И. Ивлевой.

Статистический анализ был осуществлен с помощью IBM SPSS Statistics 26.0 и непараметрических методов (критерии Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни, корреляция Спирмена). Уровень значимости был принят равным $p \leq 0,05$.

Полученные основные результаты выглядят следующим образом. У 47,8 % выборки выявлен высокий уровень тревожности, у 32,6 % – высокий уровень фрустрации. Наибольшая тревожность у студентов с гинекологическими (46,67 %) и дерматологическими (47,62 %) заболеваниями (статистически значимые различия с офтальмологическим и кардиологическим профилями). Наибольшая агрессивность у студентов травматологического профиля (53,33 % высокого уровня), что достоверно выше, чем у офтальмологического, кардиологического, неврологического и гинекологического профилей. Наибольшая ригидность характерна для гинекологического профиля (53,33 %), что значимо выше, чем у дерматологического, офтальмологического и кардиологического профилей. Гендерные различия статистически значимы только по агрессивности (выше у юношей, $\rho = 0,192$; $p = 0,035$). По тревожности, фрустрации и ригидности значимых гендерных различий не выявлено.

По типам отношения к болезни (ЛОБИ) абсолютно преобладают типы из интерпсихического и интрапсихического блоков. Гармоничный тип встречается единично. В гинекологическом профиле максимальная выраженность тревожного (80 %) и сенситивного (80 %) типов; в дерматологическом профиле высокие показатели по тревожному (80,95 %), неврастеническому (66,67 %), паранойяльному (71,43 %) и эгоцентрическому (66,67 %) типам. В кардиологический профиль выявлено преобладание обсессивно-фобического (70 %) и паранойяльного (70 %) типов. Травматологическому профилю свойственно сочетание эргопатического (73,33 %) и тревожного (73,33 %) типов. Статистический анализ подтвердил значимые различия между профилями по 10 из 13 типов ЛОБИ, что указывает на тесную связь нозологии и психологического реагирования на болезнь.

Наибольший общий уровень страхов по интегральному показателю страхов (ИПС) зафиксирован у гинекологического (118,67), дерматологического (111,48) и кардиологического (109,90) профилей. Эти показатели достоверно выше, чем у отоларингологического, неврологического и травматологического профилей.

Качественная структура страхов в разрезе профилей выглядит следующим образом. Гинекологическому профилю наиболее характерны страх изменений в личной жизни (73,33 %), страх негативных последствий болезни близких (73,33 %); кардиологическому – страх за сердце (40 %, значимо выше других профилей). Всем профилям характерен высокий социальный страх начальства (от 43,75 % до 65 %).

Фобическая симптоматика (9–10 баллов) встречается редко (16,53 % выборки). Фобии проявлены у студентов в гинекологическом (66,67 %), кардиологическом (20,00 %), дерматологическом (19,05 %), отоларингологическом (16,67 %) профилям. Наиболее выражены фобия, связанная с половой функцией, и кардиофобия.

Таким образом, по результатам пилотажного исследования можно сделать основные выводы. Хроническое соматическое заболевание является значимым психотравмирующим фактором для студентов, что проявляется в высоком уровне тревожности, фрустрации и преобладании дезадаптивных типов отношения к болезни. Существует четкая психологическая

специфика, связанная с нозологией: заболевания с выраженным социальным / интимным компонентом (гинекологические, дерматологические) связаны с тревожностью, сенситивностью и социальными страхами; заболевания, сопряженные с болью и ограничением подвижности (травматологические), ассоциированы с агрессивностью и фрустрацией; заболевания с риском серьезных последствий (кардиологические) провоцируют обсессивно-фобические и паранойяльные реакции, а также специфические нозогенные страхи (кардиофобия).

Пол пациента не является определяющим фактором в структуре переживания болезни, за исключением несколько более высокой склонности к экстернализации напряжения у юношей в форме агрессивности.

Выявленные мишени для психологического вмешательства актуализировали не только разработку и реализацию коррекционно-развивающих программ, но и разработку проекта «*Развитие самоответственности и проактивности в сфере здоровья у студентов*». Это социально-психологический просветительский проект, направленный на формирование культуры здоровья среди студенческой молодежи через развитие личностной проактивности и самоответственности.

Самоответственность в здоровье – это осознание студентом того, что его физическое и ментальное состояние в первую очередь зависит от его собственных выборов и действий (питание, сон, физическая активность, управление стрессом, своевременное обращение к врачу).

Проактивность в здоровье – это способность предвидеть потенциальные проблемы и действовать заранее для их предотвращения. Это переход от реакции «лечусь, когда заболел» к стратегии «делаю все, чтобы не заболеть». Проактивный человек ищет информацию, планирует распорядок дня, учится техникам релаксации до наступления экзаменационной сессии.

Студент, особенно только поступивший в университет, оказывается в условиях высокой нагрузки: стресс, нерегулярное питание, недосып, академическая перегрузка – все это подрывает здоровье. Ему приходится самому полностью отвечать за свою жизнь, включая здоровье. Нет родителей, которые напомним о приеме у врача или приготовят полезную еду. Студенческий возраст также и время для формирования пожизненных привычек: привычки, сформированные в молодости, с большой вероятностью сохраняются и в зрелом возрасте. К тому же здоровье имеет прямую связь с успеваемостью: здоровый студент (как физически, так и ментально) более сосредоточен, энергичен и эффективен в учебе.

Таким образом, для психолога в рамках данного проекта в качестве *цели* необходимо формировать у студента внутреннюю позицию автора своего здоровья, помочь перейти ему из пассивной роли «пациента» или «объекта обстоятельств» в активную роль «субъекта, управляющего своим благополучием». Отсюда вытекают несколько *задач*:

- *повышение осознанности*: помочь студенту увидеть прямые связи между его образом жизни, мыслями, действиями и его состоянием;
- *развитие навыков саморегуляции*: научить техникам управления стрессом, эмоциями, энергией и временем;
- *формирование проактивной позиции*: сместить фокус с «реагирования на проблемы» на «планирование благополучия»;
- *развитие внутренней мотивации*: помочь найти личные, значимые причины заботиться о здоровье (не потому, что «надо», а потому что «это важно для моих целей»);
- *преодоление когнитивных искажений*: работа с установками типа «со мной ничего не случится», «я еще молодой, чтобы болеть», «все так живут».

Психолог может работать со студентами как в индивидуальном, так и в групповом формате. Представим примерный план работы психолога, направления и методы его работы.

1. *Диагностический этап*. Здесь необходимо использовать методы интервью и беседы, которые позволяют выявить текущие привычки, «слабые места» и ресурсы студента, а также опросники для диагностики уровня стресса, тревожности, выгорания, удовлетворенности жизнью и т. п. Для определения зон роста используется методика «Колесо баланса жизни / здоровья»: студент визуально оценивает удовлетворенность различными сферами (сон, питание, движение, отдых, учеба, общение). Ведение дневника самонаблюдения для самоанализа: в течение недели студент фиксирует сон, питание, настроение, уровень энергии и связывает это с событиями дня.

2. *Просветительно-обучающий этап*. Здесь используются групповые тренинги, семинары, лекции. Например, тренинг «Управление стрессом и тайм-менеджмент»: планирование,

расстановка приоритетов, техники «Помидора», методы релаксации (дыхательные практики, прогрессивная мышечная релаксация), семинар «Основы ментальной гигиены»: что такое эмоциональное выгорание, как распознать тревожность, техники работы с негативными мыслями (КПТ-подход), тренинг «Проактивное мышление»: анализ круга влияния и круга забот, обучение языку проактивности («Я выбираю...», «Я могу...», «Я посмотрю, что можно сделать») вместо реактивного («Я вынужден...», «От меня ничего не зависит», «Если бы не...»).

На этом этапе проводятся информационные сессии о сне, питании, физической активности: важно давать информацию в контексте их влияния на когнитивные функции (память, внимание) и эмоциональный фон.

3. *Консультативно-коррекционный этап* ориентирован на индивидуальную работу. На этом этапе можно использовать технику «Создание здоровья»: вместо постановки цели «перестать болеть», ставится цель «создать энергичность / бодрость». Работа ведется через маленькие, конкретные шаги (SMART-цели). Например, не «начать правильно питаться», а «съесть один фрукт в обед в течение недели». Работа с внутренними убеждениями: выявление и изменение установок, мешающих заботе о здоровье («Забота о себе – это эгоизм», «Чтобы успевать, надо жертвовать сном»). Метод декомпозиции позволяет осуществить разбор большой пугающей задачи (например, «наладить режим») на маленькие, понятные шаги. Поведенческие эксперименты: предложить студенту в качестве эксперимента неделю ложиться на 1 час раньше и отследить, как это повлияло на его продуктивность и настроение.

4. *Методы, развивающие ответственность и проактивность напрямую.* Здесь можно порекомендовать использовать колесо баланса: студент сам оценивает сферы и сам выбирает, какую из них он хочет улучшить в первую очередь. Психолог выступает в роли фасилитатора, а не эксперта, который указывает, что делать.

Техника «Если... то...» помогает создать план действий в сложных ситуациях. Например, «если во время подготовки к экзамену я почувствую сильную тревогу, то я сделаю 5-минутный перерыв и выполню дыхательное упражнение». Мотивационное интервьюирование: техника, помогающая студенту самому сформулировать свои аргументы «за» изменения, а не выслушивать их от психолога. Это мощно усиливает внутреннюю мотивацию. Парадоксальные техники, например, предложить студенту на неделю сознательно не выспаться или питаться фастфудом и детально отслеживать последствия. Это резко повышает осознанность.

Используя рекомендованные методы и техники, можно составить мини- и макси-программы. Пример программы группового тренинга на 4 встречи может выглядеть следующим образом:

Занятие 1: «Я и мое здоровье: диагностика и осознание».

Знакомство. Колесо баланса здоровья. Обсуждение связи «образ жизни – настроение – успеваемость».

Занятие 2: «Проактивность: как быть автором своей жизни».

Теория Кови: Круг влияния vs. Круг забот. Упражнение на перевод реактивных фраз в проактивные. Техника постановки SMART-целей для здоровья.

Занятие 3: «Ресурсное состояние: управление энергией и стрессом».

Техники тайм-менеджмента. Практика дыхательных и телесных упражнений для быстрого снятия напряжения.

Занятие 4: «Мой план здоровья».

Создание индивидуального плана действий с использованием техник «Если... то...». Групповая поддержка и обмен ресурсами. Подведение итогов.

Работа психолога по развитию ответственности и проактивности в контексте здоровья у студентов – это инвестиция в их долгосрочное и физическое, и психологическое благополучие, а также в их академическую и жизненную успешность. Это переход от «латания дыр» (работы с уже возникшими проблемами) к превентивной и развивающей модели психологической помощи, которая вооружает студентов навыками на всю оставшуюся жизнь

Заключение. Проведенное исследование подтверждает необходимость целостного психолого-педагогического подхода к развитию ответственности и проактивности в сфере здоровья у студентов. Теоретический анализ и эмпирические данные демонстрируют тесную связь между нозологией заболевания, типом отношения к болезни и преобладающими психо-

логическими состояниями. Разработанные принципы и практические методы позволяют перейти от реактивной модели поведения к проактивной, основанной на осознанном управлении собственным благополучием. Реализация университетского проекта, включающего диагностический, просветительский и коррекционный этапы, способствует формированию устойчивой внутренней мотивации и навыков саморегуляции. Таким образом, работа психолога в данном направлении является инвестицией не только в физическое и психическое здоровье студентов, но и в их долгосрочную академическую и жизненную успешность, обеспечивая переход от симптоматической помощи к развивающей модели психологического сопровождения.

Проект представляет собой комплексную междисциплинарную платформу, направленную на формирование у студентов культуры осознанного управления здоровьем через развитие самоответственности и проактивности. Он объединяет психолого-педагогические методики, цифровые инструменты и средовой подход для создания устойчивых здоровьесберегающих привычек.

Большой развивающий потенциал проекта обусловлен его системностью и масштабируемостью, целостной экосистемой, междисциплинарной интеграцией, сфокусирован на долгосрочных изменениях, опирается на научные данные, имеет социальный и воспитательный эффект, обладает потенциалом для коммерциализации и тиражирования, позволяет формировать студенческие health-сообщества и инициативы, увеличивает академическую успешность. Проект обладает высоким развивающим потенциалом не только для отдельных студентов, но и для образовательной системы в целом. Он трансформирует подход к здоровью – из сферы медицинских проблем в сферу личностного роста, осознанности и социальной ответственности. Такой проект может стать образцом для современной университетской экосистемы, где здоровье рассматривается как ключевой ресурс для успешной учёбы, карьеры и качества жизни.

Литература

1. Ельникова, О. Е. Концепт «отношение к болезни» как научная проблема / О. Е. Ельникова // Обзор литературы. Комплексные исследования детства. – 2020. – Т. 2, № 4. – С. 292–304.
2. Лурия, А. Р. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / А. Р. Лурия – М. : Медицина, 1977. – 111 с.
3. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику : Психологическое исследование / В. В. Николаева – М. : МГУ, 1987. – 168 с.
4. Лакосина, Н. Д. Учебное пособие по медицинской психологии / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков М. : Медицина, 1976. – 320 с.
5. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал, Г. Шевченко – Прага : Медицинское изд-во «Авиценум», 1983. – 406 с.
6. Айзенк, Г. Методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка : характеристика методики / Г. Айзенк // Совладающее поведение личности : психодиагностический практикум / авт.-сост. : Л. И. Бершедова, Т. Ю. Морозова, Э.Н. Рычихина [и др.] ; рец. Л. Ю. Овчаренко. – М. : Ритм, 2018. – Гл. 4.1. – С. 218–221.
7. Чеснокова, И. И. Особенности регуляции психических состояний / И. И. Чеснокова // Психология состояний. Хрестоматия ; под. ред. А. О. Прохорова. – М. : ПЕР СЭ ; СПб. : Речь, 2004. – С. 47–50.
8. Дикая, Л. Г. Психические состояния и эффективность деятельности /Л. Г. Дикая // Психологический журнал. – 1984. – № 6 (5) – С. 254–257.
9. Прохоров, А. О. Неравновесные психические состояния и их характеристики в учебной и педагогической деятельности / А. О. Прохоров // Вопросы психологии. – 1996 – № 4 – С. 32–44.
10. Гидденс, Э. Стратификация и классовая структура / Э. Гидденс // Социологические исследования. – 1992. – № 11. – С. 107–120.
11. Седунова, А. С. Психологические особенности отношения к болезни / А. С. Седунова, М. А. Эсмантова // Сибирский научный вестник. – 2019. – № 2 (36) – С. 46–53.
12. Мэй, Р. Смысл тревоги / Р. Мэй. – М. : Ин-т общегум. исслед., 2016. – 417 с.
13. Щербатых, Ю. В. Психология страха / Ю. В. Щербатых. – М. : Эксмо, 2008. – 416 с.