

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ КАК СУБСИСТЕМЫ ВИТАЛЬНОЙ МЕТАКОМПЕТЕНТНОСТИ ЛИЧНОСТИ

STUDY MOTIVATION OF HEALTH-ACTIVITY AS SUBSYSTEMS PERSON VITAL METAKOMPETENCE

© 2014 Карпов А. В., Яковлева Н. В.*

Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова

*Рязанский государственный медицинский
университет им. И. П. Павлова

© 2014 Karpov A. V., Yakovleva N. V.*

P. G. Demidov Yaroslavl State University

*I. P. Pavlov Ryazan State Medical University

Резюме. В статье обосновано выделение мотивации здоровьесберегающей деятельности как важной составляющей витальной метакомпетентности личности. Выделены факторы, влияющие на сформированность мотивации здоровьесбережения. В русле метасистемного подхода разработана трехмерная модель мотивации здоровьесберегающей деятельности.

Abstract. This article substantiated the selection the motivation of health-activity as an important component of vital metakompetence personality. Consider the factors that influence the motivation of health-activity. In line with the metasystem approach developed three-dimensional model of motivation of health-activity.

Rezjume. V stat'e obosnovano vydelenie motivacii zdorov'esberegajushhej dejatel'nosti kak vazhnoj sostavljajushhej vital'noj metakompetentnosti lichnosti. Vydeleny faktory, vlijajushhie na sformirovannost' motivacii zdorov'esberezhenija. V rusle metasistemnogo podhoda razrabotana trehmernaja model' motivacii zdorov'esberegajushhej dejatel'nosti.

Ключевые слова: метасистемный подход, здоровьесберегающая деятельность, витальная метакомпетентность, мотивация здоровьесбережения.

Keywords: metasystem methodology, health-activity, vital metakompetence motivation of health-activity.

Kljuchevye slova: metasistemnyj podhod, zdorov'esberegajushhaja dejatel'nost', vital'naja metakompetentnost', motivacija zdorov'esberezhenija.

Современные исследования в области психологии здоровья чаще всего направлены на решение узких прикладных задач без серьезного теоретического обобщения [6]. Условиями разработки современной психологической теории здоровья, на наш взгляд, выступают следующие положения: 1) психологическую систему здоровья следует рассматривать в контексте общей жизнедеятельности человека и изучать в общепсихологическом и социально-психо-

логическом дискурсе; 2) несмотря на то, что процесс здоровьесбережения включает процессы управления и регуляции разной степени осознанности, его базовым стержнем выступает целенаправленная деятельность субъекта по управлению здоровьем; 3) исследование здоровьесберегающей деятельности должно опираться на современные методологические основания, соответствующие уровню сложности

объекта – принципы системного и метасистемного подхода [3].

В качестве базового понятия в исследовании здоровьесберегающей деятельности мы используем конструкт компетентности, интегрирующий свойства субъекта, включенные в структуру деятельности и определяющие эффективность ее освоения. В содержании конструкта компетентности заложена системная социально-психологическая трактовка онтогенеза и актуалгенеза деятельности: ориентация на содержательный результат, формирование социально-значимого опыта деятельности. Компетентность здоровьесберегающей деятельности обозначена нами, как витальная метакомпетентность; ее отличительной особенностью является интеграция уже сформированных деятельностных компетентностей личности в общий процесс жизнеобеспечения.

Витальная метакомпетентность рассматривается, как система психологических ресурсов личности, обеспечивающая готовность и возможность осуществления субъектом здоровьесберегающей деятельности. Одной из важнейших субсистем витальной метакомпетентности, обеспечивающей готовность личности к здоровьесберегающей деятельности, выступает мотивация здоровьесбережения – совокупность мотивов, потребностей, интересов, идеалов, мотивационных установок и диспозиций, детерминирующих в совокупности сознательное регулирование человеком состояния здоровья. Влияние отдельных мотивационно-смысловых образований на качество жизни подтверждено множеством исследований в области психологии и бихевиоральной медицины [1; 2; 7].

В качестве предмета настоящего исследования выступали общие особенности мотивации здоровьесбережения, обусловленные объективным и субъективным качеством жизни в области здоровья, социально-психологическими особенностями и

личностными свойствами. В качестве методического инструментария использовались как авторские методики (скрининг-методика оценки уровня сформированности мотивации здоровьесбережения, методика незаконченных предложений на тему отношения к здоровью) [8], так и психодиагностические методики личностно-мотивационной направленности (методика изучения мотивации достижения Мехрабиана в модификации М. Ш. Магомед-Эминова, методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн, тест УСК, шкала тревожности MAS, методика СЖО, тест Кеттелла). В состав целевых выборок условно здоровых испытуемых привлекались студенты вузов, старшеклассники, врачи, педагоги общеобразовательных школ, сотрудники Федеральной службы исполнения наказаний, спортсмены-любители и спортсмены-профессионалы, специализирующиеся в игровых видах спорта; общий объем целевых выборок условно здоровых людей составил 509 человек. Целевые выборки испытуемых, имеющих проблемы со здоровьем, были представлены пациентами клиник с заболеваниями разной нозологии и степени тяжести; общий объем выборки испытуемых, имеющих разную степень отклонения в статусе здоровья, составил 375 человек.

Поскольку сравнение среднегрупповых значений уровня сформированности мотивации в исследуемых выборках не выявило статистически достоверных отличий, был использован углубленный статистический анализ распределения показателей. Обработка данных по критерию углового преобразования Фишера, показывала, что в группе людей с низким качеством жизни в области здоровья (пациенты клиник) уровень сформированности здоровьесберегающей мотивации отличается большей неоднородностью.

Таблица 1

Достоверность различий в уровне сформированности здоровьесберегающей мотивации испытуемых с разным статусом здоровья

Уровень сформированности здоровьесберегающей мотивации	Условно здоровые испытуемые	Пациенты клиник	Значения критерия углового преобразования Фишера (ф эмп.)
--	-----------------------------	-----------------	---

Авитальная мотивация	13.18	24.53	2,74*
Низкий уровень	46.18	28.80	4,83**
Средний уровень	27.16	39.20	2,43*
Высокий уровень	13.48	7.47	1.93

* значения критерия достоверны для $p=0,05$

** значения критерия достоверны для $p<0,01$

Если частотным трендом в выборке условно здоровых испытуемых является низкая мотивация здоровьесберегающей деятельности, то для людей со сниженным уровнем здоровья какого-либо доминирующего мотивационного тренда выявлено не было. Мы полагаем, что болезнь как ситуация, снижающая объективное качество жизни, запускает разнонаправленные процессы мотивационной динамики в сфере здоровьесбережения. В силу действия этих процессов в выборке испытуемых с острыми и хроническими заболеваниями не наблюдается ярко выраженной моды в уровне мотивации здоровьесбережения, в то же время увеличивается число людей, немотивированных на укрепление здоровья, и одновременно увеличивается число людей, более мотивированных на здоровьесбережение, чем среди представителей условно здоровой выборки.

Влияние фактора жизненной удовлетворенности на мотивацию здоровьесбережения исследовалось посредством анализа ранговой корреляций показателей уровня сформированности

здоровьесберегающей мотивации и уровня субъективного благополучия. В выборке условно здоровых коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s) был равен +0,425, что свидетельствовало о наличии значимой положительной связи между показателями. В выборке пациентов клиник такая связь не была обнаружена, что обусловлено особенностями текущего состояния пациентов и внутренней картины болезни – ощущениями физического и эмоционального дискомфорта и боли, которые сужают и занижают диапазон показателей субъективного благополучия [5].

Статистический анализ внутригруппового сравнения целевых выборок условно здоровых испытуемых по критерию углового преобразования Фишера позволил установить, что уровень сформированности мотивации здоровьесберегающего поведения достоверно различен в трех парах групп: российские и иностранные студенты, благополучные и «трудные» старшеклассники, профессиональные спортсмены и сотрудники ФСИН.

Таблица 2

Распределение (%) показателя сформированности здоровьесберегающей мотивации при парном сравнении групп (статистически достоверные различия)

№	Исследуемые группы	Авитальная мотивация	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
1	Российские студенты медицинского вуза	8.61	55.78	21.97	13.64
	Иностранные студенты (Индия)	3.70	14.81	51.86	29.63
2	Благополучные старшеклассники	10.52	55.26	28.91	10.52
	«Трудные» подростки	36.84	49.12	10.53	3.51
3	Спортсмены-профессионалы	4.25	12.76	63.85	19.14
	Сотрудники ФСИН	32.43	59.45	5.42	2.70

Исследовательский интерес вызвали статистически значимые различия в уровне здоровьесберегающей мотивации спортсменов-профессионалов и сотрудников ФСИН. Эти группы условно здоровых испытуемых были сходны по половозрастным характеристикам и достаточно высоким требованиям к

уровню физической подготовки. Существенные различия объясняются той ролью, которую играет состояние здоровья для выполнения профессиональной деятельности. В случае профессиональных спортсменов хорошее здоровье является обязательным условием выполнения деятельности,

серьезные нарушения здоровья приводят к окончанию профессиональной спортивной карьеры (что для многих спортсменов-профессионалов равносильно крушению жизненных перспектив). Работа в исправительном учреждении, как правило, не требует такой ежедневной мобилизации здоровья, физическая подготовленность важна, скорее, как потенциальный профессиональный ресурс. Снижение уровня здоровья, не приводящее к профнепригодности сотрудников ФСИН, дает возможность некоторым из них «отдохнуть» от высокого уровня нервно-психического напряжения, получить установленные законом льготы. Следовательно, специфичность содержания профессиональной деятельности и особенности профессиональных требований во многом объясняют феномен преобладания авитальной мотивации и низкого уровня мотивации здоровьесбережения у представителей некоторых профессиональных групп.

Различия в распределении показателей здоровьесберегающей мотивации при сравнении российских и иностранных студентов медицинского университета, условно благополучных старшеклассников и «трудных» подростков подтвердили гипотезу о влиянии кросскультурных различий, особенностей социальной адаптации на уровень сформированности мотивации здоровьесбережения.

Корреляционный анализ массива психодиагностических данных выборок в рамках комплексного исследования витальной метакомпетентности показал, что максимальный вклад в формирование здоровьесберегающей мотивации вносят регулятивные способности (максимальный канонический корреляционный вес в матрице). Между психодиагностическими показателями и показателями здоровьесберегающей мотивации сильные корреляционные зависимости ($p < 0,01$) были выявлены в отношении интернальности в области здоровья (+0,625), уровня тревожности (-0,433), общей интернальности (+0,427), уровня

самооценки (+0,398), общей осмысленности жизни (+0,375) и лидерства (+0,328).

Учитывая достаточную сложность исследуемого предмета, и в целях общей систематизации полученных эмпирических данных и конструирования исследовательского поля мотивации здоровьесбережения мы использовали теоретическую модель субсистемной организации мотивации, ранее предложенную Е. В. Карповой для метасистемного анализа мотивации учебной деятельности [4]. Модель сформирована как пространство, заданное тремя осями - направленность, источники и качество детерминации в области здоровьесбережения; она включает восемь мотивационных подсистем: мотивация витальной самореализации, мотивация витальных достижений, мотивация избегания неудач, авитальная мотивация, профилактическая (внутренняя) мотивация, терапевтическая (внешняя) мотивация в области здоровьесбережения, мотивационные стереотипы в области здоровьесбережения, мотивация саморазрушения. В рамках статьи не представляется возможным подробно описать содержание подсистем мотивации здоровьесбережения. Отметим лишь, что все подсистемы динамически напряжены и взаимосвязаны. Так, высокий уровень развития авитальной мотивации может быть связан с развитием «сопряженных узлов» саморазрушающей мотивации и аутоагрессивных тенденций, недостаточностью здоровьесберегающей активности вследствие выраженной мотивации избегания неудач и особых форм преобладающей витальной жизненной самореализации.

Выводы

Мотивация здоровьесбережения является важнейшей составляющей витальной метакомпетентности личности как субсистема, обеспечивающая готовность личности к здоровьесберегающей деятельности.

Мотивация здоровьесбережения не прямо зависит от объективных характеристик качества жизни в области здоровья, но связана с уровнем

удовлетворенности жизнью – общим субъективным благополучием.

Результаты исследования целевых выборок условно здоровых людей и пациентов клиник показали, что уровень здоровьесберегающей мотивации личности обусловлен комплексом социально-психологических характеристик, образом жизни и индивидуально-психо-логическими особенностями личности.

Исследовательское поле мотивации здоровьесбережения, основанное на теоретической модели субсистемной структурной организации мотивации синтезирует в себе как известные мотивационные подсистемы здоровьесбережения, так и те, которые были обнаружены в ходе эмпирических исследований целевых выборок.

Литература

1. Асеев В. Г. Мотивация поведения и формирование личности. М., Просвещение. 2001. 476с.
2. Далгатов М. М., Магомедова Н. Т. Ценностно-смысловая сфера и дезадаптивное поведение личности студенческой молодежи // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. 2013. № 2 (23). С. 11-16.
3. Карпов А. В. Психология сознания. Метасистемный подход. М., РАО. 2011. 1088 с.
4. Карпова Е. В. Мотивация достижения в структуре мотивационного обеспечения учебной деятельности и методика ее диагностики // Ярославский педагогический вестник. 2012. № 2. Том II. С. 328-333.
5. Николаева В. В. Влияние внутренней болезни на психику. М., МГУ. 1987. 168 с.
6. Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: СПбГУ. 2000. 504 с.
7. Черникова Е. Б. Формирование мотивации здорового образа жизни у школьников // Образование и общество. № 6 2009. С. 12-18.
8. Яковлева Н. В. Витальная метакомпетентность личности: теория и практика психологических исследований здоровья. Рязань: РязГМУ. 2012. 285с.

References

1. Aseyev V. G. Motivation of behavior and personality formation. M. : Prosveshenie. 2001 . 476 p.
2. Dalgatov M. M., Magomedova N. T. Value-sense sphere and maladaptive behavior of the individual student's youth // Proceedings of the Dagestan State Pedagogical University. Psychological and pedagogical sciences. 2013. # 2 (23). P. 11- 16.
3. Karpov A. V. Psychology of Consciousness. Metasystem approach. M. , RAO. 2011. 1088 p.
4. Karpova E. V. Achievement motivation in the structure providing motivational training activities and method of diagnosis // Yaroslavl Pedagogical Gazette. 2012. # 2. Volume II. P. 328-333 .
5. Nikolaeva V. V Impact of disease on the inner psyche. M. : Moscow State University. 1987. 168 p.
6. Health Psychology / Edited G. S. Nikiforov. SPb. : St. Petersburg State University. 2000. 504 p.
7. Chernikova E. B. Formation of motivation healthy lifestyle among students // Education and Society . # 6. 2009. P. 12 -18.
8. Yakovleva N. V. Vital metakompetence personality: theory and practice of psychological health research. Ryazan: Ryazan State Medical University. 2012. 285 p.

Litertura

1. Aseev V. G. Motivacija povedenija i formirovanie lichnosti. M. : Prosveshenie. 2001. 476 s.
2. Dalgatov M. M., Magomedova N. T. Cennostno-smyslovaja sfera i dezadaptivnoe povedenie lichnosti studencheskoj molodezhi // Izvestija Dagestanskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. Psihologo-pedagogicheskie nauki. 2013. № 2 (23). S. 11-16.
3. Karpov A. V. Psihologija soznaniya. Metasistemnyj podhod. M., RAO. 2011. 1088 s.
4. Karpova E. V. Motivacija dostizhenija v strukture motivacionnogo obespechenija uchebnoj dejatel'nosti i metodika ee diagnostiki // Jaroslavskij pedagogicheskij vestnik. 2012. № 2. Tom II. S. 328-333.
5. Nikolaeva V. V. Vlijanie vnutrennej bolezni na psihiku. M., MGU. 1987. 168 s.
6. Psihologija zdorov'ja /Pod redakciej G. S.Nikiforova. SPb. : SPbGU. 2000. 504 s.
7. Chernikova E. B. Formirovanie motivacii zdorovogo obraza zhizni u shkol'nikov // Obrazovanie i obshhestvo. № 6 2009. S. 12-18.
8. Jakovleva N. V. Vital'naja metakompetentnost' lichnosti: teorija i praktika psihologicheskikh issledovanij zdorov'ja. Rjazan: RjazGMU. 2012. 285 s.

Статья поступила в редакцию 13.01.2014 г.