

УДК 159.9

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕКТОРНАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ

Маджуга А.Г., Давлетшина Р.М.

ФГБОУ ВПО «Стерлитамакская государственная педагогическая академия
им. Зайнаб Бишевой», Стерлитамак, e-mail: Mag-d@rambler.ru

В данной статье осуществлены анализ и обобщение зарубежных психологических концепций, объясняющих активность человека в отношении своего здоровья, и на этой основе дано авторское определение понятия «здоровьесозидающий потенциал личности». Особое внимание авторы уделяют рассмотрению структуры здоровьесозидающего потенциала, описанию психологических механизмов его формирования и выявлению закономерностей его развития в различные возрастные периоды. Авторами впервые представлена и научно обоснована векторная модель здоровьесозидающего потенциала личности, показаны её возможности при выявлении психологических детерминант, влияющих на показатели целостного здоровья человека.

Ключевые слова: здоровьесозидающий потенциал, вектор, метакогнитивные способности, валеологическая установка, аффективная самоатрибуция, психологическое пространство личности, векторная модель здоровьесозидающего потенциала личности

FEATURES OF FORMATION AND DEVELOPMENT HEALTH CREATING POTENTIAL IN SPACE OF THE PERSON

Madzhuga A.G., Davletshina R.M.

Sterlitamaksky state pedagogical academy of Zajnab Biishevoj, Sterlitamak, e-mail: Mag-d@rambler.ru

In given article the analysis and generalization of the foreign psychological concepts explaining activity of the person concerning the health are carried out, and on this basis author's definition of concept « health creating potential of the person» is made. Authors give special attention to structure consideration health creating potential, to the description of psychological mechanisms of its formation and revealing of laws of its development during the various age periods. Authors present and scientifically prove for the first time vector model health creating potential of the person, its possibilities are shown at revealing psychological a determinant, influencing indicators of complete health of the person.

Keywords: health creating potential, vector, metacognitive capabilities, affective self-attribution, valeological setting, psychological space of the person, vector model health creating potential of the person

Актуальность исследования здоровьесозидающего потенциала обусловлена требованиями современного общества к личности в отношении максимальной эффективности деятельности, быстроты оперирования возрастающими информационными потоками, умения анализировать латентные причины ситуации, своевременно принимать конструктивные решения. На фоне всевозрастающих стрессогенных факторов (и биологического, и социального характера) требования общества к уровню расходования ресурсов личности постоянно увеличиваются. Человек, способный к стабильному качественному профессиональному росту, достигающий оптимальных результатов деятельности без ущерба для своего здоровья является более адаптированным к таким условиям. Такая личность обладает значительными ресурсами, умеет их экономно расходовать и наращивать собственный здоровьесозидающий потенциал.

Ресурсы личности в той или иной форме отражаются в определенных стратегиях и уровнях активности, в то время как потенциал накапливается, развивается нередко в скрытой от наблюдения форме и только после этого обнаруживается в актуальной

ситуации. По мнению Н.Б. Трофимовой, понятие «потенциал» находится в неразрывной связи с категорией «развитие», что обуславливает его скрытую динамическую природу [1]. Потенциал существует именно как скрытая возможность, актуализирующаяся только при определенных обстоятельствах (Н.А. Коваль, Р.П. Мильруд, К.В. Петров и др.).

Динамическая природа здоровьесозидающего потенциала личности отражается в способностях его наращивания и расходования. Неэкономное расходование здоровьесозидающего потенциала может приводить к невосполнимой утрате способности к наращиванию. Так, в ситуации профессионального выгорания, самоотверженный труженик, неэффективно расходующий собственные ресурсы, создает тем самым угрозу потери здоровьесозидающего потенциала.

Раскрытие внутренних механизмов наращивания здоровьесозидающего потенциала личности, понимание детерминант этого процесса позволит выйти на новый уровень управления ресурсами здоровья. Несмотря на востребованность специальных технологий по управлению состоянием здоровья, процессами сохранения и на-

ращивания потенциала здоровьесозидания эта проблема недостаточно представлена в психологической литературе. На сегодняшний день в неполной мере разработано научно-практическое обеспечение психологического влияния на этот процесс и способы его регулирования психологическими средствами.

Таким образом, возрастает роль психологических исследований процесса наращивания здоровьесозидательного потенциала как начала движения по восходящей траектории.

При всех видимых перспективах изучения возможностей наращивания здоровьесозидательного потенциала личности в отечественной психологической литературе сравнительно немного исследований посвященных этой проблеме.

В зарубежной психологии существуют разноплановые концептуальные подходы к пониманию причин отношения человека к своему здоровью и его здоровьесозидательному поведению. Каждое теоретическое направление в изучении сохранения и укрепления здоровья, концентрируется на различных факторах, в попытках объяснить поведенческие изменения. Анализ существующих концепций, отражающих активность личности в отношении своего здоровья, позволит, на наш взгляд, выделить наиболее существенные аспекты, описываемые исследователями в качестве базовых категорий и факторов здоровьесозидания.

Одной из наиболее известных концепций, объясняющих активность человека в отношении своего здоровья, является **модель убежденности**, разработанная в начале 1960-х годов социальными психологами Hochbaum, Rosentock (Hochbaum, Rosentock, 1960) для создания программы медицинского скрининга. Модель предполагает, что действия относительно сохранения здоровья мотивированы субъективным восприятием угрозы и убежденностью в том, что проблемы, связанные со здоровьем, могут быть преодолены. Эта модель первоначально представлена четырьмя ключевыми понятиями: *восприимчивость* к болезни, *прогнозирование её последствий*; учет возможных *барьеров* (трудностей на пути к восстановлению здоровья) и убежденность в возможности преодоления препятствий на пути к здоровью [5].

Теоретически близкой к модели убеждений является **теория защитной мотивации** (R. Rogers, 1997), объясняющая любую активность в отношении собственного здоровья когнитивной обработкой возникающих эмоциональных реакций на воспринимаемую угрозу. Эмоциональная

реакция, по мнению автора, является производной двойного восприятия угрозы. С одной стороны, личность оценивает степень серьезности угрозы, с другой стороны, анализирует представление о собственной уязвимости в отношении этой угрозы. Своеобразие активности в отношении своего здоровья связано с различием реакций на угрожающее сообщение [5].

Теория обоснованного действия была предложена Ajzen и Fishbein (1975) основана на трех базовых компонентах: поведенческие намерения; отношение и субъективная норма. Авторы теории обоснованного действия утверждают, что поведенческие намерения (BI) зависят от отношения человека к поведению (A) и субъективным нормам (SN). Предлагаемая формула обоснованного действия в отношении собственного здоровья выглядит следующим образом $BI = A + SN$. Собственно «намерение» является когнитивным представлением о готовности к выполнению данной активности, и это является предшествующим совершению действия. Отношение, в свою очередь, основано на убеждении об определенных последствиях собственного поведения. Субъективные нормы рассматриваются авторами как сочетание ожиданий со стороны окружающих, а также намерения человека следовать этим ожиданиям [5].

Несколько позднее Ajzen предлагает собственный взгляд на объяснение причин активности в отношении своего здоровья. В 1985 году опубликована **теория планируемого поведения** утверждающая, что любая активность обусловлена намерениями (а в частности силой намерения) и субъективно воспринимаемой возможностью контроля определенного количества факторов. Именно соотношение этих показателей создает основу для формирования стратегии здоровьесберегающего поведения [2; 3].

Значительный акцент на побуждениях сделан в **модели здравого смысла и саморегуляции** (Leventhal, Brissette, 2003). Здоровьесберегающее поведение человека вызвано двумя параллельными побуждениями: (1) потребностью преодолеть непосредственную угрозу здоровью, (2) желанием преодолеть отрицательные эмоции (главным образом, страх), вызванные угрозой. Базовое понятие данной модели – «преодоление» рассматривается через категорию «барьеров» [7].

В **расширенной модели параллельного процесса** Witte деятельность и поведение обеспечивающее здоровье рассматриваются как реакция на угрожающий сигнал. Причем эта реакция может быть двух видов: (1) активность превышающая уровень

угрозы; (2) активность уменьшающая отрицательные эмоции, связанные с ситуацией угрозы. Выбор той или иной поведенческой реакции в теории не объясняется [9].

Концептуальная модель самоменеджмента (также известная как «*Модель 5 A's*»: Assess – Advise – Agree – Assist – Arrange) описана в работах разных авторов (D'Zurilla, 1996; Whitlock, 2002; Hill-Briggs, 2003; Glasgow, 2006). Самоменеджмент деятельности в отношении своего здоровья прослеживается на основе пяти базовых понятий: «оценивание» – «совет» – «согласие» – «помощь» – «поддержка». Оценка предлагаемой цели, обращение к *советам* специалистов, *согласие* с предлагаемой целью, принятие *помощи* извне в отношении деятельности по достижению принятой цели и последующая *поддержка* этой активности. В ходе всего самоменеджмента осуществляется идентификация барьеров самоуправления, и в соответствии с ней выбор копинг-стратегий: либо привыкание к ситуации, либо эффективное решение проблемы [5].

В **когнитивно-социальной процессуальной модели здоровья** (C-SHIP), разработанной Miller, Shoda и Hurley (1996) детерминантой здоровьесохраняющей активности является самоэффективность. По мнению авторов модели, самоэффективность проявляется как осознание собственной компетентности в выстраивании эффективных форм поведения в соответствии с конкретной ситуацией [4; 8; 10].

В то же время в **социально-экологической теории** (Glanz et al., 2002; Stokols, 2000) многоуровневыми детерминантами активности здоровьесбережения являются: семья (ближайший фактор), медицинское обслуживание на производстве (промежуточный фактор), оценка общественной доступности медицинских услуг, их освещение в средствах массовой информации, а также политика здравоохранения государства (отдаленный фактор) [11].

В **транстеоретической модели** (ТТМ), изучающей сохранение здоровья, рассматриваются динамические аспекты в изменении поведения человека. Концепция описывает пять этапов, на которых человек проявляет разную степень решительности в отношении последующего изменения собственного поведения (от нерешительности до настойчивости). На всех этапах в качестве некоторых затруднений (барьеров) выступают искушения. Прохождение этапа предполагает промежуточный результат в виде: *баланса решений* (положительные и отрицательные стороны изменений); *самоэффективности* (ощущение собственной компетентности в отношении своего здоровья); *ситуаци-*

онных факторов (специфические условия, влияющие на интенсивность намерений). Также промежуточными или зависимыми переменными могут быть психологические, экологические, культурные, социально-экономические, физиологические, биохимические, или даже генетических переменные, оказывающие влияние на снижение активности в ситуации решения проблемы [6].

Анализ описанных выше концептуальных моделей и теорий свидетельствует о возможности выделения базовых категорий, в той или иной мере детерминирующих здоровьесозидающее поведение.

В этой связи, трудно не согласиться с положением социально-экологической теории (Social-ecological theory (Glanz, Stokols) [11], согласно которому, любая активность в отношении своего здоровья связывается с многоуровневыми, прежде всего, социальными детерминантами. Но при всем многообразии существующих теорий, можно выделить и ключевые категории, в большей степени связанные с собственной активностью личности.

На наш взгляд, это, прежде всего, установка в отношении своего здоровья (далее *валеологическая установка*), высокий уровень развития когний для обработки информации о состоянии здоровья (далее *метакогнитивные способности*), приписывание себе тех или иных причин эмоционального реагирования на угрозу здоровью (далее *аффективная самоатрибуция*). Так, например, категория установки косвенно встречается в одной из самых ранних концептуальных моделей – модели убежденности (Health Belief Model (Hochbaum, Rosentock, 1960) [5]. В данной модели здоровьесозидающая деятельность связывается с убежденностью (установкой) в отношении как возможности преодоления угрозы, так и затрат рекомендуемого для этого действия.

Метакогнитивные способности косвенно обозначены в следующих теориях: теория обоснованных действий (Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen, 1975) [2] и теория защитной мотивации (Protection Motivation Theory (Rogers, 1997) [5], как определенный уровень развития способности к когнитивной обработке информации об угрозе здоровью и об адекватной форме реакции на нее. Именно когнитивная обработка информации, а точнее ее высокий уровень развития обеспечивает эффективное поведение в отношении своего здоровья.

Эмоциональная самоатрибуция отражена в большинстве теорий и моделей, связанных с преодолением отрицательных эмоций, вызванных угрозой здоровью и одновременно убежденностью в собственной компетентности

в отношении эффективных защитных форм поведения. Так, например, в модели параллельного процесса (Extended Parallel Process Model (Witte) [9] деятельность в отношении сохранения своего здоровья связывается либо с превышением уровня угрозы здоровью, либо с уменьшением отрицательных эмоций. В когнитивно-социальной процессуальной модели здоровья (Cognitive Social Health Information Processing (Miller, Shoda, Hurley, 1996) [10] активность личности является результатом субъективных представлений индивида о самооэффективности – собственной компетенции в выстраивании эффективных форм поведения в соответствии с конкретной ситуацией. Самоэффективность как ощущение собственной компетентности в отношении своего здоровья представлено и в Транстеоретической модели (Transtheoretical Model) [6].

Обзор вышеописанных моделей позволяет выделить ведущие категории, в направлении которых происходит наращивание здоровьесозидающего потенциала: валеологическая установка, метакогнитивные способности и аффективная самоатрибуция. Каждая из категорий динамична и имеет направление в своем развитии, то есть является вектором в наращивании здоровьесозидающего потенциала личности. Рассмотрев взаимодействие данных категорий, мы получили трехмерную модель или **психологическую векторную модель здоровьесозидающего потенциала личности**.

Обращаясь к категории психологического потенциала здоровьесозидания личности необходимо остановиться на семантическом значении основных понятий, раскрывающих содержательное поле изучаемого явления. Прежде всего, это такие категории как «здоровьесозидающий потенциал», «вектор», а также другие понятия, позволяющие раскрыть психологическую сущность содержания и динамических аспектов здоровьесозидающего потенциала.

Здоровьесозидающий потенциал личности представляет собой динамическую психологическую систему представлений о предпочитаемой модели (идеального образа) физического и психического здоровья и о собственном ресурсном обеспечении, а также средства и способы его наращивания. Динамика системы представлений обеспечивается движением по векторам относительно всей системы координат, в результате этого компоненты потенциала (метакогнитивные способности, валеологическая установка, аффективная самоатрибуция) будут меняться в диапазоне, определяемом, в конечном счете, максимальными и минимальными значениями.

Категория **вектор** рассматривается нами как элемент психологического пространства личности, обладающий направлением и дихотомическими проявлениями. Вектор может быть **свободным** (эквивалентным) и **фиксированным** с другим вектором. Например, аффективная атрибуция и метакогнитивные способности – это связанные или фиксированные векторы. Возможность движения по вектору задает как ограничения так и преимущества в развитии здоровьесозидающего потенциала. Необратимость процесса развития и удержания потенциала возникает при прохождении нулевой точки к отрицательному полюсу дихотомии вектора и определенной степени удаленности от нее.

Движение по векторной модели определяет психологическое пространство личности. **Психологическое пространство личности** мы понимаем как субъективно значимый фрагмент бытия, отражающий самосознание индивида и субъективную картину мира, и определяющий социальную активность.

Характеризуя здоровьесозидающий потенциал, мы используем три динамических свойства:

- **наращивание** (предполагает увеличение объема здоровьесозидающего потенциала личности) (рис. 1);
- **удержание** (сохранение границ объема здоровьесозидающего потенциала) (рис. 2);
- **деформация** (прохождение нулевой точки к отрицательному полюсу дихотомии вектора и определенной степени удаленности от неё) (рис. 3).

Приступая к описанию первого компонента-вектора – «**метакогнитивных способностей**», необходимо остановиться на категории «способность». Так, в психологическом словаре С.Ю. Головина, «способности» рассматривается как индивидуальные особенности личности, являющиеся субъективными условиями успешного осуществления определённого рода деятельности. Когнитивные способности – это способности к отражению и познанию окружающей действительности. М.А. Холодная идентифицирует метакогнитивные способности и когнитивные стили, интерпретируя последние как индикаторы сформированности психических механизмов, отвечающих за управление процессом переработки информации (М.А. Холодная, 2004).

Однако, когнитивная система включает два уровня:

- 1) уровень – содержательный (собственно психические познавательные процессы, участвующие в переработке информации);
- 2) уровень – инструментальный (отражает индивидуальный когнитивный стиль).

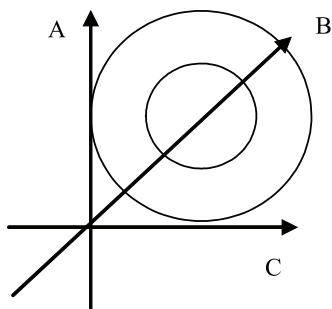


Рис. 1. Нарращивание здоровьесозидающего потенциала личности

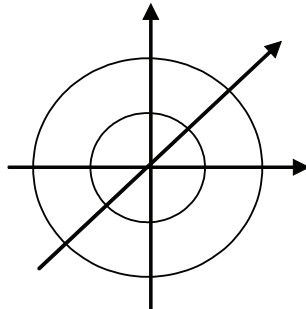


Рис. 2. Удержание здоровьесозидающего потенциала личности

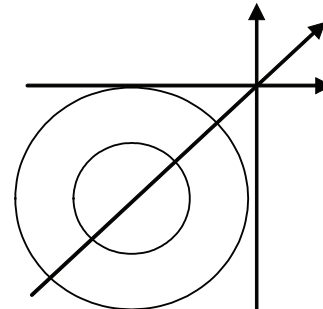


Рис. 3. Деформация здоровьесозидающего потенциала личности

Примечание:

A – метакогнитивные способности;

B – валеологическая установка;

C – аффективная самооатрибуция.

На наш взгляд, метакогнитивные способности дискретны по отношению к когнитивной системе, поскольку позволяют индивиду отражать и управлять первым и вторым уровнями когнитивной системы в зависимости от результата и прогноза успешности деятельности.

Таким образом, под метакогнитивными способностями мы будем понимать – индивидуальные особенности личности (когниции второго порядка), позволяющие индивиду отражать, оценивать и осознанно (неосознанно) управлять собственной когнитивной системой личности при оценке результативности или построении прогностической модели здоровья. При этом содержательное поле метакогнитивных способностей включает: отражение (мета-атрибуция), оценивание (мета-самооценка), управление (мета-копинг) собственной когнитивной системой.

Основные механизмы воздействия на метакогнитивные способности:

1) механизм осмысления и когнитивной оценки собственного здоровьесозидающего потенциала;

2) механизм иерархического кодирования последовательно упорядоченной информации о здоровьесозидающем потенциале личности.

Второй компонент-вектор – **валеологическая установка** определяется нами как психологическое состояние predisposition субъекта к активной позиции в отношении удержания и наращивания объема собственного здоровьесозидающего потенциала. Вслед за Д.Н. Узнадзе мы будем различать два типа валеологических установок – первичная и вторичная. Первичная валеологическая установка создается на основе потребности в сохранении здоровья и обуславливает возникновение активности

в повышении ранга ценности «здорового образа жизни» в общей системе ценностей личности. Фиксированная валеологическая установка образуется на основе доминирующей потребности в наращивании потенциала в условиях ситуации угрозы деформации здоровьесозидающего потенциала.

В качестве механизмов здесь будут выступать:

1) механизм актуализации валеологической установки;

2) механизм осознания диффузной (нереализованной) валеологической установки и ее переход в активное, актуальное, личностнозначимое состояние.

Третий компонент-вектор – **аффективная самооатрибуция** рассматривается нами как когнитивно-личностное образование, включающее (1) доминирующее эмоциональное переживание в отношении собственной желаемой модели физического и психического здоровья; (2) самооатрибуции возникающих аффектов, (3) осознанные (неосознанные) искажения атрибуции, позволяющее индивиду определить и объяснить (путем приписывания причин) собственного эмоционально-аффективного отношения к здоровьесозидающему потенциалу. «Что я чувствую и почему?»

В данном случае механизмами воздействия будут выступать:

1) механизм осознания и квалификации собственного эмоционального переживания в отношении желаемой модели физического и психического здоровья;

2) механизм осознания и коррекции неконструктивного стиля самооатрибуции здоровьесозидающего потенциала.

Скорость изменения объема здоровьесозидающего потенциала может зависеть от умения управлять механизмами формирования данного ресурса личности. В бы-

товом понимании механизм выступает как некая «пружина развития», как движение от «было» к «стало».

Механизм формирования здоровьесозидающего потенциала – движущая сила, направленная на преобразование объема здоровьесозидающего потенциала, посредством качественного изменения содержания психологического пространства. Механизм формирования здоровьесозидающего потенциала конкретного индивида обладает индивидуальной траекторией движения (векторы) и оптимальным темпом наращивания.

Таким образом, каждый компонент-вектор (валеологическая установка, метода) обладает дихотомией, направленностью, динамикой и основан на двух механизмах формирования здоровьесозидающего потенциала.

Наращивание и деформация здоровьесозидающего потенциала согласуется с тремя принципами современной научной психологии: принципом системности, принципом самодетерминации, принципом опосредованного воздействия.

Во-первых, на основании принципа системности, векторная модель здоровьесозидающего потенциала может быть рассмотрена как система взаимообусловленных и взаимовлияющих компонентов-векторов составляющих единое целое. Мы предполагаем, что изменение в любом из элементов системы будет приводить ее в движение.

Во-вторых, с позиции принципа самодетерминации, отдельные факторы могут оказывать колебательное воздействие на систему, но при относительной самодостаточности личность становится способной к самостимулированию как положительных, так и отрицательных стратегий жизни и деятельности в отношении своего здоровья. Для данной системы также характерен ряд принципов.

В-третьих, согласно принципу опосредованного воздействия – взаимодействия двух конкретных личностей (обладающих соответственно разными здоровьесозидающими потенциалами) предполагает определенное взаимовлияние психологических пространств личностей, которое будет либо способствовать осознанию, удержанию и наращиванию потенциала, либо его расходу и деформации.

Эмпирические возможности модели можно описать и объяснить посредством закономерности параболической траектории развития здоровьесозидающего потенциала. Временная и пространственная характеристики потенциала здоровьесозидания могут ассоциироваться соответственно с периодом возрастного развития. В первом приближении к предлагаемой модели здоровьесозидающего потенциала можно принять простран-

ственную характеристику как линейную, но вероятнее всего это не так, поскольку нельзя сказать, что потенциал здоровья с возрастом увеличивается. Развитие этого потенциала имеет параболическую форму.

На начальном этапе онтогенетического развития предполагается наращивание здоровьесозидающего потенциала.

На пике онтогенеза возникает необходимость в сформированных умениях удерживать (сохранять) и рационально использовать данный вид потенциала для решения поставленных перед личностью задач.

На этапе старения предполагается интенсивное расходование потенциала для сохранения качества жизни человека.

Таким образом, чем более благоприятные условия для наращивания здоровьесозидающего потенциала были созданы в детском (подростковом, юношеском возрасте), тем легче его будет удержать, сохранить, и более длительно рационально использовать.

Предлагаемая векторная модель здоровьесозидающего потенциала позволяет решить выявленные противоречия и определить ориентиры для разработки и апробации специальных формирующих воздействий на здоровье личности в различные периоды её развития.

Список литературы

1. Трофимова Н.Б. Акмеологическая концепция развития духовного потенциала старшего школьника: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Тамбов, 2009. – 52 с.
2. Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior // *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50. – P. 179–211.
3. Armitage C.J., Conner M. (1999). The theory of planned behavior: Assessment of predictive validity and 'perceived control' // *British Journal of Social Psychology*. – №38. – P. 35–54.
4. Armitage C.J., Conner M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review // *Psychology and Health*. – №15. – P. 173–189.
5. The impact of screening on future health-promoting behaviours and health beliefs: a systematic review / C.R. Bankhead, J. Brett, C. Bukach, P. Webster, S. Stewart-Brown, M. Munafo et al. // *Health Technol Assess.* – 2003. – №7(42). – 99 p.
6. Hutchison A.J., Breckon J.D., Johnston L.H. Physical activity behavior change interventions based on the Transtheoretical Model: a systematic review // *Health Educ Behav* 2008 Jul 7 [Epub ahead of print]. – Accessed 2009 Mar 20.
7. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron & H. Leventhal (Eds), *The Self-regulation of Health and Illness Behavior* (pp. 42–65). – London: Routledge.
8. Luszczynska A., Schwarzer R. (2005). Social cognitive theory. In M. Conner & P. Norman (Eds), *Predicting Health Behaviour* (pp. 127–169). Maidenhead, UK: Open University Press.
9. McMahan S., Witte K., Meyer J. (1998). The perception of risk messages regarding electromagnetic fields: extending the extended parallel process model to an unknown risk // *Health Commun* 10. – P. 247–259.
10. Miller S.M., Shoda Y., Hurlley K. (1996). Applying cognitive-social theory to healthprotective behavior: Breast self-examination in cancer screening // *Psychological Bulletin*. – №119. – P. 70–94.
11. Stokols D. (1996) Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion // *American Journal of Health Promotion*. – №10(4). – P. 282–298.