

Е. А. Прасова

СООТНОШЕНИЕ КОМПОНЕНТОВ УСТАНОВКИ К САМОСОХРАНИТЕЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ У ВЗРОСЛЫХ СТУДЕНТОВ

Анализируются результаты эмпирического исследования структуры установки к самосохранительному поведению у студентов 25 – 35 лет с применением психологического опросника. Показана дисгармония развития когнитивного, эмоционально-оценочного и конативно-поведенческого компонентов самосохранительной установки. Сделан вывод о том, что преобладание когнитивного компонента аттитюда не обеспечивает сильную установку к самосохранительному поведению.

This article analyses the results of an empirical study of the structure of attitudes towards health behaviour in students of the age of 25 – 35 carried out with the help of a psychological questionnaire. The author stresses the disharmony in the development of cognitive, emotional-evaluative, and conative-behavioural components of health attitude. The conclusion is made that the prevalence of the cognitive component of the attitude does not ensure a strong attitude towards health behaviour.

Ключевые слова: самосохранительный аттитюд (установка), когнитивный компонент, аффективный компонент, конативный компонент, самосохранительное поведение.

Key words: health attitude, cognitive component, affective component, conative-behavioural component, health behaviour.



Важность изучения установок в социальной и педагогической психологии обусловлена тем, что аттитюды в той или иной степени оказывают влияние на поведение студентов разного возраста в процессе учебной деятельности. Педагоги и родители во все времена были озабочены тем, чтобы воздействовать на своих воспитанников с целью получения более высоких результатов в учебе. И в современном образовании гласно и негласно одобряется данная установка, результатом которой стало распространение предшествующей любым актам поведения готовности пожертвовать здоровьем ради учебных достижений [2].

Встает вопрос: почему установка на сохранение здоровья оказалась слабее устремления к успехам в обучении? Казалось бы, избирательность поведения, которую обуславливает аттитюд, в первую очередь должна быть нацелена на сохранение самого индивида, его физического, психологического и социального здоровья, на поддержку выживания. Принято считать, что установки определяют поведение, если удастся свести до минимума другие факторы, влияющие на него, если предмет установки в точности соответствует изучаемому поведению и, наконец, если установка сильная [4]. Мы полагаем, в реальности соблюсти эти условия весьма затруднительно, так как жизнь протекает в обществе, под воздействием множества переменных. И тем не менее можно наблюдать индивидов, предрасположенных к здоровому образу жизни, реализующих свою потребность самосохранения в обстоятельствах, которые вовсе не способствуют рациональному питанию, режиму сна и отдыха, провоцирующих к употреблению алкоголя (к примеру, известный актер В. Зельдин). И одновременно видим врачей, склонных к саморазрушительному поведению [2].

Пытаясь найти ответ на этот вопрос, мы предположили, что проблема кроется не только во внешних условиях, при которых проявляется действие установки на поведение, но и в нарушениях ее структуры.

Еще в середине прошлого века американские ученые выделили три различных компонента аттитюда: когнитивный, аффективный (эмоционально-оценочный) и конативно-поведенческий (побудительный) [3]. В то время существовало мнение, что когнитивный компонент содержит представления и образы, когнитивные стратегии, которые могут влиять на избирательность поведения. Конативно-поведенческий компонент (мотивы, ценности потребности и другое) побуждает к действию. Аффективный же вмещает в себя содержит чувства по отношению к предмету установки.

Позже выяснилось, что указанные три компонента далеко не всегда воспроизведены реально в том или ином аттитюде, каждый из них может воздействовать на поведение как сам по себе, так и в сочетании друг с другом. Главным параметром стали считать эмоционально-оценочный, а сам аттитюд обозначать как позитивную или негативную оценку объекта или поведения [5].



Мы задались целью определить, каково соотношение отдельных компонентов самосохранительной установки у взрослых студентов старших курсов вуза, обучающихся заочно? Очевидно, что изучение взрослыми индивидами, имеющими жизненный опыт, таких дисциплин, как «Психология здоровья», «Основы медицинских знаний», «Психотерапия», «Основы безопасности жизнедеятельности», «Психологическое консультирование» способствует гармоничному развитию установок к сохранению здоровья и здоровому образу жизни в целом.

В течение 2011–2013 гг. была проведена диагностика по методике И. Н. Симеаевой и А. В. Алимпиевой 100 студентов направления «Психология» заочной формы обучения в возрасте 25–35 лет, из них 30 мужчин и 70 женщин.

Исследования показали (табл.), что «удельный вес» разных компонентов установки отличается. На самом высоком уровне из трех находится когнитивный компонент. Средний показатель наиболее часто встречающегося результата эмоционально-оценочного компонента существенно ниже, чем когнитивного. Уровень конативно-поведенческого компонента ниже, чем когнитивного и статистически незначимо отличается от аффективного.

**Средние показатели самосохранительной установки
у студентов вуза**

Компонент самосохранительной установки	Мужчины	Женщины
Когнитивный	1,74	2,2
Эмоционально-оценочный (аффективный)	0,67	0,76
Конативно-поведенческий	0,74	0,82
Установка в целом	1,05	1,26

Приведенные данные указывают на достаточную осведомленность респондентов относительно норм и правил сохранения здоровья. Их представления о предмете самосохранения, судя по качественному анализу ответов на вопросы, достаточно полны и целостны. Тем не менее значения по шкалам «умения», «навыки, автоматизмы, привычки» и оценка самосохранительного поведения в целом оказались невысокими.

Полученный результат позволяет утверждать, что когнитивный компонент, даже будучи существенным, не может сделать сильной и влиятельной самосохранительную установку в целом. По-видимому, недостаточность эмоционально-оценочных реакций в аттитюде не дает необходимой мотивации для организации здорового питания, соблюдения режима сна и отдыха, отказа от вредных привычек и других форм самосохранительного поведения. Установка остается слабой и не определяет поведение даже у взрослых образованных людей.



Список литературы

1. Журавлева И. В. Отношение населения к здоровью. М., 1993.
2. Симаева И. Н., Алимтиева А. В. Охрана здоровья и образование: институциональный подход : монография. Калининград, 2011. Ч. 2.
3. Katz D., Stotland E. A preliminary statement to a theory of attitude structure and change // Psychology: study of science / eds. S. Koch. N. Y., 1959. Vol. 3.
4. Thomas W. I., Znaniecki F. Social environment, attitudes, and values // Classic contribution to social psychology / eds. E.P. Hollander, R.G. Hunt. N.Y.; L.; Toronto, 1972.
5. Zanna M. P., Rempel J.K. Attitudes: a new look at an old concept // The social psychology of knowledge / eds. D. Bartal, A. W. Kruglanski. N. Y., 1988.

Об авторе

Елена Анатольевна Прасова – асп., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград.
E-mail: EPrasova@kantiana.ru

About the author

Yelena Prasova, PhD student, Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad.
E-mail: EPrasova@kantiana.ru