



# ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТИ

**ЯКОВЛЕВА Н.В.\***, *Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава РФ), Рязань, Россия,*  
*e-mail: yakovleva.nata2@gmail.com*

В исследовании рассматриваются индивидуальные различия здоровьесберегающей деятельности как особой формы саморегуляции личности. Изучено влияние на здоровьесберегающую деятельность гендерных и возрастных особенностей, условий жизни. Выявлены комплексы индивидуально-психологических особенностей личности, характерные для высокого и низкого уровня здоровьесберегающей деятельности.

**Ключевые слова:** саморегуляция, здоровьесберегающая деятельность, индивидуально-психологические особенности личности.

## Введение

Современная психология здоровья интегрирует общепсихологические, социально-психологические и клиничко-психологические исследования здоровья, понимаемого как физическое, духовное и социальное благополучие человека, а не только отсутствие болезней и дефектов (Taylor, 2006; Ананьев, 2006; Friedman, Cohen, 2006; Ogden, 2007; Бовина, 2008; Kaplan, 2009; Weiner, Nezu, Gellar, 2012). В контексте авторской концепции витальной метакомпетентности одним из ключевых факторов, определяющих уровень индивидуального здоровья, выступает психологическая система здоровьесберегающей деятельности личности (Яковлева, 2012). Условиями теоретической разработки и эмпирического исследования данного концептуального конструкта выступают следующие положения.

1. Психологическую систему здоровьесберегающей деятельности личности следует рассматривать в контексте общей жизнедеятельности человека и изучать ее в общепсихологическом и социально-психологическом дискурсе.

2. Здоровьесбережение включает процессы саморегуляции разной степени осознанности, а его базовым стержнем и высшей формой 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 подходов.

### Для цитаты:

*Яковлева Н.В.* Исследование индивидуальных различий здоровьесберегающей деятельности личности // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 202–214. doi:10.17759/exppsy.2015080317

\* *Яковлева Н.В.* Кандидат психологических наук, декан факультета клинической психологии, заведующий кафедрой общей психологии с курсом педагогики, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава РФ), Рязань, Россия. E-mail: yakovleva.nata2@gmail.com



В широком смысле здоровьесберегающая деятельность – это форма целенаправленной активности человека по воспроизведению себя в основных жизненных свойствах. В узком, собственно психологическом смысле, здоровьесберегающая деятельность является специфической регуляционной деятельностью по обеспечению оптимального для личности уровня индивидуального здоровья. По структуре она соответствует традиционной психологической модели деятельности. В то же время здоровьесбережение – это деятельность ресурсообеспечивающего характера. Чаще всего она включена в структуру любой деятельности как фоновый процесс. Инструментальный характер здоровьесберегающей деятельности позволяет рассматривать ее как совокупность метапроцессов – гетерогенных по своему составу психических процессов организационно-обеспечивающей функциональной направленности, интегрирующих первичные психические процессы в особые инструментальные комплексы (Карпов, 2011). В соответствии с основными положениями метасистемного подхода можно выделить пять базовых метапроцессов здоровьесбережения: 1) мотивация здоровьесбережения; 2) оценка текущего состояния здоровья и проектирование оптимального состояния; 3) формирование цели в области здоровья и снятие прагматической неопределенности посредством построения программы здоровьесберегающего поведения; 4) последовательная реализация программы здоровьесбережения; 5) контроль и коррекция результатов. Степень синергичности указанных процессов в системе здоровьесберегающей деятельности личности существенно влияет на индивидуальный уровень здоровья и отражается в особом интегральном свойстве – самоэффективности в области здоровьесбережения (Яковлева, 2012). Все базовые метапроцессы здоровьесбережения направлены на осуществление комплексной функции управления личностью своим здоровьем и представляют собой освоение культуросообразных средств и способов регуляции функциональных состояний, отличных от индивидуального оптимума здоровья.

Несмотря на инструментальность и культурно-обусловленное содержание, здоровьесберегающая деятельность имеет ярко выраженный личностный характер и опосредована широким спектром индивидуально-психологических факторов. Исследование их влияния на уровень реализации здоровьесберегающей деятельности, в целом, и выраженность отдельных метапроцессов, в частности, составляет основное содержание эмпирического исследования, представленного в рамках данной статьи.

### **Гипотеза исследования**

Уровень и структура здоровьесберегающей деятельности опосредованы социально-психологическими особенностями развития личности и детерминированы комплексом индивидуально-психологических характеристик.

### **Методика и процедура исследования**

Исследование проводилось в период с сентября 2013 по февраль 2015 г.; в нем приняли участие 298 человек (191 женщина и 107 мужчин в возрасте от 17 до 56 лет). Средний возраст мужчин составил 25,7 лет, женщин – 25,5 лет. В исследовании участвовали: молодые люди в возрасте 17–25 лет (студенты, интерны и ординаторы Рязанского медицинского государственного университета, курсанты Академии ФСИН Минюста России); люди среднего возраста 32–56 лет (практикующие врачи, учителя, сотрудники УИН, проходившие курсы повышения квалификации в указанных высших учебных заведениях). Для проверки гипотезы о влиянии условий жизни на уровень развития и структуру здоровьесберегающей деятельности была сформирована (на условиях анонимности) группа испытуемых, от-

бывавших наказание в виде лишения свободы в исправительном учреждении Федеральной службы исполнения наказаний России.

В качестве методического инструментария использовались: авторский опросник исследования здоровьесберегающей деятельности (далее – ИЗД), вариант методики самооценки Дембо–Рубинштейн (5 оценочных шкал), 16-факторный личностный опросник Кэттелла (форма А), опросник уровня субъективного контроля (в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинды), тест смысложизненных ориентаций (в адаптации Д.А. Леонтьева), методика стилевой саморегуляции В.И. Моросановой. Опросник ИЗД использовался в качестве базового инструмента исследования. Уровень развития отдельных метапроцессов здоровьесбережения в данной методике анализируется по выраженности шкал: «Мотивационно-ценностная сфера здоровьесберегающей деятельности» (МЦС), «Целеполагание в области здоровьесбережения» (ЦП), «Эталон здоровья» (ЭЗ), «Самооценка уровня здоровья» (СУЗ), «Здоровьесберегающее поведение» (ЗП), «Самоэффективность в области здоровьесбережения» (СЗД), а суммарный балл по всем шкалам методики характеризует общий уровень развития здоровьесберегающей деятельности (Яковлева, Яковлев, 2014).

Исследование проводилось в три этапа.

- На первом этапе проверялась эмпирическая гипотеза о влиянии гендерных и возрастных особенностей личности на здоровьесберегающую деятельность;
- Задачей второго этапа была проверка эмпирической гипотезы о влиянии условий жизни (на примере лишения свободы) на структуру и уровень здоровьесберегающей деятельности личности;
- Эмпирическая гипотеза третьего этапа исследования предполагала выявление специфических комплексов индивидуально-психологических особенностей личности, характерных для высокого и низкого уровня развития здоровьесберегающей деятельности личности.

### Первый этап исследования

Для доказательства эмпирической гипотезы о наличии гендерной специфики здоровьесберегающей деятельности были сформированы мужская и женская выборки, сопоставимые по возрасту (средний возраст мужчин составил 25,7 лет, женщин – 25,5 лет).

После обработки данных методики ИЗД с помощью t-критерия Стьюдента было выявлено, что значимо более высокие показатели по уровню самоэффективности в области здоровьесберегающей деятельности, самооценки уровня здоровья характерны для мужской выборки, тогда как по показателям мотивационно-ценностной сферы здоровьесберегающей деятельности и реализации здоровьесберегающего поведения значимо более высокие средние баллы наблюдались у женщин (табл. 1).

Таблица 1

### Усредненные показатели по шкалам методики ИЗД в женской и мужской выборках

Состав групп	Данные по шкалам опросника ИЗД						Общий балл
	МЦС	ЦП	ЭЗ	СУЗ	ЗП	СЗД	
Женщины (n=124)	6,79*	5,99	5,05	12,23**	12,31*	5,17**	47,65
Мужчины (n=83)	5,59*	6,20	5,58	15,01**	10,88*	5,91**	49,30

\* выделены значимые различия (на уровне 0,01) в пользу женской выборки.

\*\* выделены значимые различия (на уровне 0,01) в пользу мужской выборки.



Мужчины выше оценивают свой уровень здоровья и уверены, что могут эффективно им управлять, в то время как женщины определяют уровень своего здоровья более критично, в меньшей степени уверены в эффективности избранных стратегий здоровьесбережения. Полученные данные согласуются с результатами масштабного социально-медицинского исследования здоровья, проведенного под руководством Н.И. Римашевской (Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении, 2007). Женщины в большей степени мотивированы на активное здоровьесбережение и реализуют в поведении большее количество здоровьесберегающих паттернов. В здоровьесберегающей деятельности женщин в большей мере выражена активно-действенная стратегия управления здоровьем. В результатах исследования структуры здоровьесберегающей деятельности мужчин больше выражены метапроцессы целеполагания и проектирования, оценки здоровья, что характеризует проектно-аналитическую стратегию здоровьесбережения.

На наш взгляд, полученные результаты свидетельствуют о влиянии на здоровьесберегающую деятельность личности социальных представлений и стереотипов, отраженных в гендерных моделях здоровья. Гендерные модели здоровья определяются типом гендерного контракта, содержание которого задано текущей модификацией социальных отношений мужчин и женщин, уровнем и образом жизни, общим состоянием здоровья и т. д. (Бовина, 2008). Согласно доминирующей гендерной модели здоровья, женщина нуждается в защите и опеке и может быть слабой, хрупкой, болезненной. В то же время, выполняя функцию «хранительницы очага», именно она ответственна за здоровье членов семьи (Рогачева, 2010). Степень гендерной идентичности человека в значительной степени связана с усвоением и воспроизведением «мужественных» и «женственных» здоровьесберегающих поведенческих паттернов, а, следовательно, определяет стратегию здоровьесберегающей деятельности личности (Яковлев, Яковлева, Калинова, 2014).

С целью выявления возрастных особенностей здоровьесберегающей деятельности, из общего состава испытуемых были сформированы три выборки по 40 человек, относящиеся к разным возрастным группам, но уравновешенные по остальным существенным признакам (полу, возрасту, образованию, условиям жизни). В основу такого выбора была положена интегративная периодизация возрастного развития Г.С. Абрамовой, отражающая социокультурную и личностную адаптацию человека на разных этапах жизненного цикла: юность (18–22 года), взросление (23–35 лет), зрелость (36–60 лет). По мнению автора, эти возрастные периоды особо выделяются и символизируются культурой, так что их достижение обеспечивает индивиду определенный социальный ранг и идентичность (Абрамова, 1999). Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Усредненные показатели по шкалам методики ИЗД в возрастных группах**

Группы по возрасту	Данные по шкалам опросника ИЗД						Общий балл
	МЦС	ЦП	ЭЗ	СУЗ	ЗП	СЗД	
18–22 лет (n=40)	6,07	5,98	4,98	11,82*	11,96	5,24	46,18*
23–35 лет (n=40)	6,44	6,4	5,29	14,25*	12,14	5,65	50*
36–56 лет (n=40)	6,05	5,66**	5,2	13**	13,17**	5,24	48,32

\* выделены значимые различия (на уровне 0,01) в группе 18–22 и 23–35 лет.  
 \*\* выделены значимые различия (на уровне 0,01) в группе 25–35 и 36–56 лет.  
 \*\*\* выделены значимые различия (на уровне 0,01) в группе 18–22 и 36–56 лет.

Статистически значимые различия выявлены в возрастных группах «юных» и «взрослеющих» испытуемых по самооценке здоровья и общему уровню реализации здоровьесберегающей деятельности. «Взрослеющие» выше оценивают здоровье, успешнее занимаются здоровьесбережением. Группа «зрелых» отличается от группы «взрослеющих» снижением уровня целеполагания и программирования здоровьесберегающей деятельности. Доля здоровьесберегающих паттернов в поведении «зрелых» растет, но целенаправленность здоровьесберегающей деятельности как особого вида активности по самоуправлению здоровьем снижается.

Анализ полученных данных по возрастным группам показывает, что по большинству метапроцессов здоровьесберегающей деятельности отчетливо прослеживается нелинейная динамика развития. Исключение составляет монотонно возрастающий показатель здоровьесберегающего поведения, отражающий количество освоенных технологий сохранения и укрепления здоровья (рис. 1).

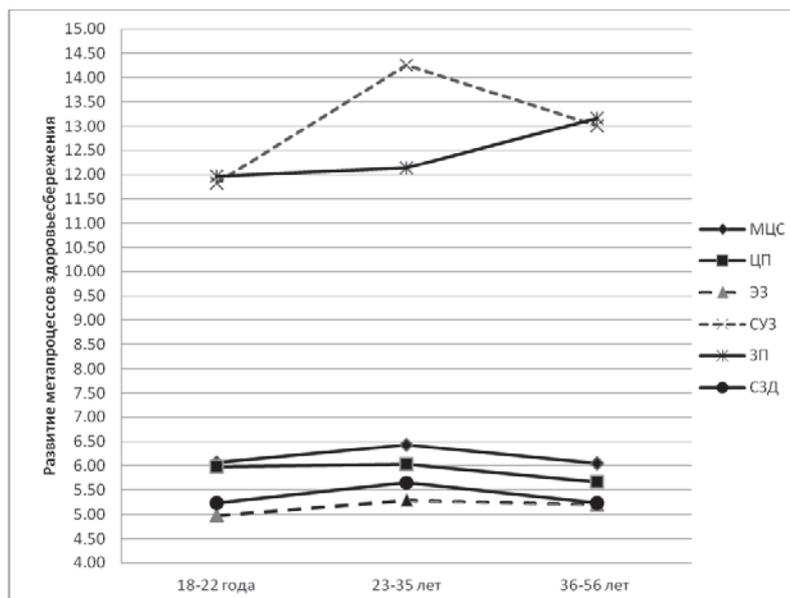


Рис. 1. Динамика показателей методики ИЗД по возрастным группам

Взросление характеризуется максимально высокими показателями сформированности здоровьесберегающей деятельности по сравнению с юностью. Переход к самостоятельной жизни, формирование устойчивых близких отношений, рождение детей, многократное возрастание уровня ответственности, в том числе и за состояние здоровья, диктуют для многих людей необходимость развития и совершенствования системы здоровьесберегающей деятельности. Возрастают мотивированность и целенаправленность здоровьесберегающей активности личности, усложняются и дифференцируются эталонные представления о здоровье, повышается самооценка здоровья, увеличивается количество здоровьесберегающих паттернов в поведении, растет уверенность в эффективности управления своим здоровьем. В дальнейшем, после 35 лет, общий уровень здоровьесберегающей деятельности снижается. В первую очередь снижается целеполагание и программирование в области здоровьесбережения. В структуре здоровьесберегающей деятельности увеличивается количество здоровьесберегающих паттернов, но снижается степень их интеграции в рамках личной стратегии здоровьесбережения.



Период взросления является своеобразным сензитивным периодом для формирования системы здоровьесбережения зрелой личности. Эмпирическим подтверждением этого явились результаты выполненного ранее исследования факторов, влияющих на профессиональное здоровье врачей. Было выяснено, что ситуативно и личностно обусловленное снижение уровня и качества здоровьесберегающей активности в период взросления негативно влияет на эффективность здоровьесбережения в зрелости (Уланова, Яковлева, 2015).

### Второй этап исследования

На втором этапе исследования проверялась гипотеза о влиянии условий жизни на здоровьесберегающую деятельность (на примере условий ограничения свободы). В качестве основной выборки к участию в исследовании привлекались женщины, отбывающие наказание в виде лишения свободы. Контрольная выборка была сформирована из женщин, близких по возрасту: в группе осужденных средний возраст 31,2 года, в контрольной группе 31,7 лет. В силу объективных причин образовательный уровень контрольной группы был значительно выше. Численность каждой группы – 35 человек.

По результатам исследования значимых различий между средними значениями шкал опросника ИЗД выявлено не было. Условия жизни прямо не определяют уровень реализации здоровьесберегающей деятельности личности. В то же время обработка по F-критерию Фишера показала, что по всем шкалам опросника разброс показателей в группе осужденных был значимо выше, чем в контрольной группе (табл. 3).

Таблица 3

### Результаты сравнения показателей по ИЗД в группе лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, и контрольной выборке

Показатели ИЗД	Группа осужденных	Контрольная группа	Значение F-критерия*
1	2	3	4
МЦС	2,59434	1,977987	0,762424
ЦП	3,372816	2,204403	0,653579
ЭЗ	2,500699	2,402516	0,960738
СУЗ	14,97554	12,82075	0,856113
ЗП	15,58246	10,31761	0,66213
СЗД	2,731307	2,384347	0,872969
Общий балл	47,90741	47,48148	0,766484

\* F-критерий = 0,633842.

Возможным объяснением данного результата исследования может служить предположение о том, что условия лишения свободы, связанные с депривацией важнейших потребностей, актуализируют максимально возможный спектр копинг-стратегий личности. Результатом является эффект поляризации выборки по уровню здоровьесберегающей деятельности – от максимальной активизации способов сохранения и укрепления здоровья до деградации ресурсов здоровьесбережения личности.

### Третий этап исследования

Для исследования индивидуально-психологических детерминант развития здоровьесберегающей деятельности личности был проведен кластерный анализ показателей испытуемых по шкалам опросника ИЗД. Последовательная кластеризация массива показала, что наиболее информативной является конфигурация из четырех кластеров (рис. 2).

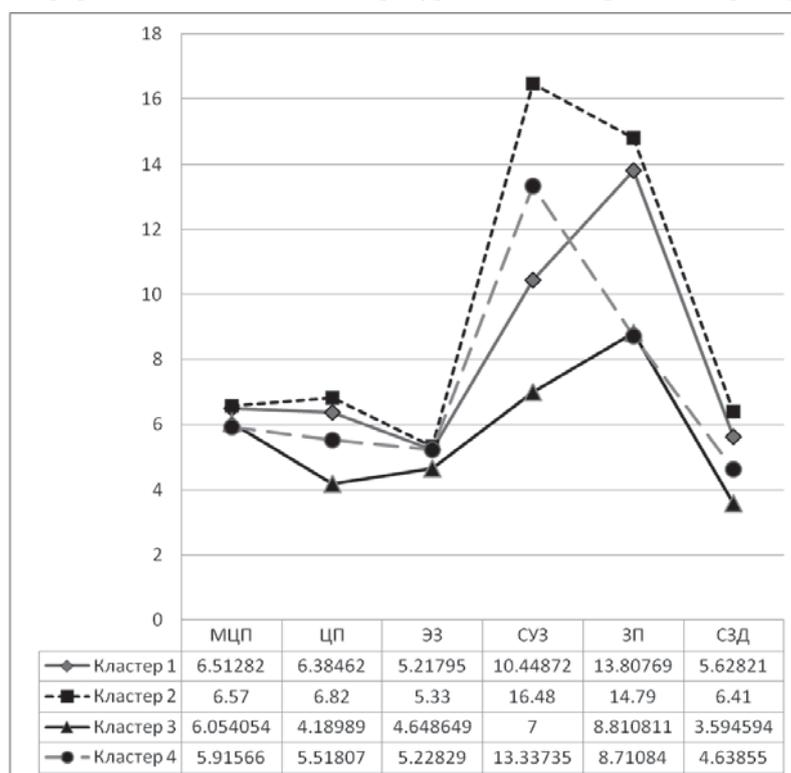


Рис. 2. График средних показателей шкал методики ИЗД по кластерам

Наибольшие различия по суммарному баллу и показателям большинства шкал были обнаружены между вторым и третьим кластерами. Второй кластер объединял испытуемых, здоровьесберегающая деятельность которых характеризовалась максимальной выраженностью метапроцессов здоровьесбережения. Они мотивированы на укрепление здоровья, позитивно оценивают состояние здоровья, ставят цели и реализуют программы здоровьесберегающей активности, высоко оценивают свою эффективность в области здоровьесбережения. Третий кластер включал группу испытуемых с минимально выраженными метапроцессами здоровьесбережения. Эти кластеры были названы соответственно кластером высокого уровня здоровьесберегающей деятельности и кластером низкого уровня здоровьесберегающей деятельности. Первый кластер был представлен испытуемыми, негативно оценивающими свое состояние здоровья и мотивированными на его укрепление. Он условно был назван кластером «приверженных здоровьесбережению». Четвертый, напротив, объединял испытуемых высоко оценивающих свой уровень здоровья и не уделяющих большого внимания здоровьесбережению (кластер «игнорирующих здоровьесбережение»).



В контексте поставленной эмпирической гипотезы третьего этапа исследования наибольший интерес представлял анализ второго и третьего кластеров (рис. 3).

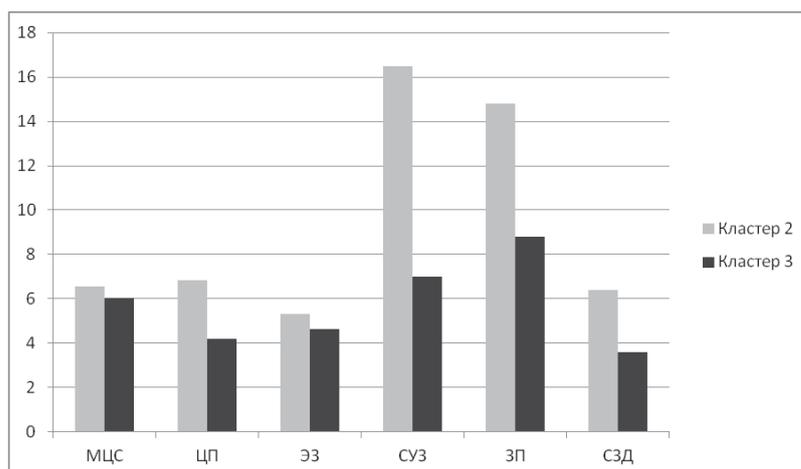


Рис. 3. Средние показатели по шкалам опросника ИЗД в кластерах с высоким и низким уровнем здоровьесберегающей деятельности

Анализ возрастного-полового состава второго и третьего кластеров показал существенное отклонение от параметров общего массива испытуемых. Если в общей выборке испытуемых доли мужчин и женщин составили 35,9% и 64,1% соответственно, то в состав второго кластера численностью 83 человека вошли 39 мужчин (47%) и 44 женщины (53%). В составе третьего кластера численностью 78 человек оказались 15 мужчин (19,2%) и 63 женщины (81,8%). При этом, если средний возраст женщин в обоих кластерах практически не отличался (25,2 и 25,6 лет), то разница между средним возрастом мужчин, входящих во второй кластер, и мужчин, входящих в третий кластер, составила 10 лет (18,7 и 28,6 лет соответственно). Таким образом, в подтверждение гипотезы о закономерной динамике возрастных параметров здоровьесберегающей деятельности в период взросления наибольший вклад вносят результаты исследования мужчин. Объяснение этого факта, на наш взгляд, требует дополнительных исследований.

В поисках личностных детерминант, определяющих индивидуальную специфику здоровьесберегающей деятельности, была выдвинута гипотеза о различиях личностных свойств испытуемых кластера с низким уровнем сформированности здоровьесберегающей деятельности (третий кластер) и кластера с высоким уровнем сформированности ЗСД (второй кластер). В качестве критериев выраженности таких личностных свойств были использованы показатели методик исследования самооценки Дембо–Рубинштейн, 16-факторного личностного опросника Кэттелла (форма А), опросника уровня субъективного контроля (УСК), теста смысловых ориентаций (СЖО) и методики стилевой саморегуляции В.И. Моросановой (МСС). Для определения достоверности различий между средними значениями шкал указанных методик был вычислен t-критерий Стьюдента. Показатели и шкалы методик, по которым обнаружены достоверные различия второго и третьего кластеров по t-критерию Стьюдента на уровне значимости 0,01, приведены в табл. 4–8.



Таблица 4

**Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным методики исследования самооценки Дембо–Рубинштейн**

Кластеры	Самооценка здоровья	Самооценка внешности	Уверенность в себе
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	66,6	68,9	67,3
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	55	60,6	55,8

Таблица 5

**Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным 16-факторного личностного опросника Кэттелла**

Кластеры	A	C	F	G	M	Q <sub>3</sub>	Q <sub>4</sub>
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	4,7	6,4	6,2	6,5	5,29	6,2	5,1
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	3,3	3,3	3,4	3,5	7,27	3,1	7,7

Таблица 6

**Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным опросника уровня субъективного контроля (УСК)**

Кластеры	Общая интернальность
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	23,2
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	17,3

Таблица 7

**Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным теста смысловых ориентаций (СЖО)**

Кластеры	Общая осмысленность жизни
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	110
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	93



Таблица 8

**Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным методики стилевой саморегуляции В.И. Моросановой**

Кластеры	Моделирование	Гибкость	Общий уровень саморегуляции
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	5,9	6,9	31
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	4,4	5,1	26

Результаты показали, что испытуемые, входящие в кластер «с низким уровнем здоровьесберегающей деятельности» отличаются сниженной самооценкой в области здоровья, внешности и уверенности в себе. Их в целом характеризует эмоциональная нестабильность и напряженность, и, в то же время, беспечность, стремление избегать правил, недисциплинированность, непрактичность. Испытуемые, входящие в кластер «с высоким уровнем здоровьесберегающей деятельности» отличаются большей уверенностью в себе и осмысленностью жизни, эмоциональной стабильностью, развитым самоконтролем, ответственностью и принципиальностью. Стил саморегуляции таких людей характеризует способность к моделированию и гибкость в тактиках регуляции. В целом, усредненные индивидуально-психологические характеристики испытуемых, входящих в кластер «с высоким уровнем здоровьесберегающей деятельности» содержательно близки интегральным психологическим конструктам личностной зрелости и жизнестойкости.

### **Заключение**

Исследование здоровьесберегающей деятельности позволяет преодолеть узкое симптоматическое толкование здоровья как реактивного состояния, возникающего под влиянием внешней и внутренней среды человека. Здоровьесберегающая деятельность является особой формой осознанной и целенаправленной саморегуляции. Такой подход позволяет изучить активную роль личности в управлении своими жизненными ресурсами. В этом смысле здоровьесберегающая деятельность раскрывает индивидуальное своеобразие личности, что нашло отражение в результатах проведенного эмпирического исследования.

### **Выводы**

1. Уровень и структура здоровьесберегающей деятельности детерминированы комплексом гендерных, возрастных, индивидуально-психологических характеристик.
2. Гендерная принадлежность не влияет на общий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности, но определяет особенности ее реализации. Для мужчин более характерна проектно-аналитическая стратегия здоровьесберегающей деятельности, определяемая как преобладание в здоровьесберегающей деятельности когнитивных мета-процессов; для женщин – активно-действенная стратегия, отличающаяся выраженностью мотивационно-поведенческих компонентов.



3. Взросление имеет ключевое значение в формировании здоровьесберегающей деятельности личности. Если юность характеризуется относительной несформированностью механизмов здоровьесберегающего поведения, то взросление представляет собой период становления осознанного целенаправленного здоровьесбережения. Зрелый возраст связан с увеличением здоровьесберегающих паттернов поведения, но снижением общего уровня интеграции метапроцессов. Здоровьесберегающая деятельность утрачивает сложную структуру целенаправленной саморегуляционной активности.

4. Ухудшение условий жизни, исследованное на примере жизненной ситуации лишения свободы, не подавляет здоровьесберегающую деятельность, а в определенной степени «поляризует» соответствующую выборку. В группе осужденных к лишению свободы значимо больше игнорирующих целенаправленное здоровьесбережение и значимо больше ориентированных на активное управление своим здоровьем.

5. Симптомокомплекс черт личности, определяющих высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности, характеризует жизнестойкость и зрелость личности.

### **Литература**

1. *Ананьев В.А.* Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб: Речь, 2006. 384 с.
2. *Абрамова Г.С.* Возрастная психология: учеб. пособие для студ. вузов. М.: Издательский центр «Академия», 1999. 672 с.
3. *Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект пресс, 2008. 263 с.
4. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / Под общ. ред. Н.И. Римашевской. М.: Агентство «Социальный проект», 2007. 240 с.
5. *Карпов А.В.* Психология сознания: метасистемный подход. М.: РАО, 2011. 1088 с.
6. *Розачева Т.В.* Мужские и женские стереотипы отношения к здоровью в современной России [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2010. № 4 (5). URL: [http://www.medpsy.ru/mrj/archiv\\_global/2010\\_4\\_5/nomer/nomer14.php](http://www.medpsy.ru/mrj/archiv_global/2010_4_5/nomer/nomer14.php) (дата обращения: 12.05.2015).
7. *Уланова Н.Н., Яковлева Н.В.* Особенности здоровьесберегающего поведения и приверженности лечению у врачей на разных этапах профессионального становления // Российский медико-биологический вестник имени И.П. Павлова. 2015. № 1. С.102–108.
8. *Яковлев В.В., Яковлева Н.В., Калинова И.Л.* Психологические особенности здоровьесберегающей деятельности женщин, отбывающих наказание в виде лишения свободы // Прикладная юридическая психология. 2014. № 4. С. 68–75.
9. *Яковлева Н.В.* Витальная метакомпетентность личности: теория и практика психологических исследований здоровья. Рязань: Изд-во РязГМУ, 2012. 285 с.
10. *Яковлева Н.В., Яковлев В.В.* Методология и методы исследования здоровьесберегающей деятельности субъекта. Рязань: РязГМУ, 2014. 248 с.
11. *Friedman H.S., Cohen S. R., eds.* Foundations of Health Psychology. Cary, NC: Oxford University Press, Inc., 2006. 123 p.
12. *Kaplan R.M.* Health Psychology: Where Are We And Where Do We Go From Here // Mens Sana Monographs. 2009. № 7(1): 3–9. doi:10.4103/0973-1229.43584
13. *Ogden J.* Health psychology: a textbook. N. Y.: Open University Press, McGraw-Hill Education, 2007. 489 p.
14. *Taylor S.E.* Health psychology. 6-th ed. Boston: McGraw-Hill Higher Education, 2006. 559 p.
15. *Weiner I.M., Nezu C.M., Geller P.A.* Handbook of Psychology, Health Psychology (2-nd Edition). Somerset, N.Y.: John Wiley & Sons, 2012. 704 p.



# THE STUDY OF INDIVIDUAL DIFFERENCES IN HEALTH-ACTIVITY OF THE PERSON

YAKOVLEVA N. V.\* , Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia,  
e-mail: yakovleva.nata2@gmail.com

The study examined individual differences of health-activity as a special form of individual self-regulation. We investigated the influence of gender, age characteristics and living conditions on health-activity. There were also complex individual psychological characteristics of the individual high and low health-activities.

**Keywords:** self-regulation, health-activity of the personality, individual psychological characteristics of personality.

## References

1. Abramova G.S. *Vozrastnaja psihologija. Uchebnoe posobie dlja studentov vuzov* [Developmental psychology]. Moscow: Izdatel'skij centr «Akademija», 1999. 672 p. (In Russ.).
2. Ananyev V.A. *Osnovy psihologii zdorov'ja. Kniga 1. Konceptual'nye osnovy psihologii zdorov'ja* [Fundamentals of Health Psychology. Book 1. Conceptual bases of health psychology]. Sankt-Peterburg: Rech, 2006. 384 p. (In Russ.).
3. Bovina I.B. *Social'naja psihologija zdorov'ja i bolezni* [Social psychology of health and illness]. Moscow: Aspekt press, 2008. 263 p. (In Russ.).
4. Friedman H.S., Cohen S. R., eds. *Foundations of Health Psychology*. Cary, NC: Oxford University Press, Inc., 2006. 123 p.
5. Kaplan R.M. Health Psychology: Where Are We And Where Do We Go From Here. *Mens Sana Monographs*, 2009, vol. 7, no. 1, pp. 3–9. doi:10.4103/0973-1229.43584
6. Karpov A.V. *Psihologija soznaniya: metasistemnyj podhod* [Psychology of Consciousness: metasystem approach]. Moscow: Publ. RAO, 2011. 1088 p. (In Russ.).
7. Ogden J. *Health psychology: a textbook*. New York: Open University Press, McGraw-Hill Education, 2007. 489 p.
8. Rogacheva T.V. Muzhskie i zhenskije stereotypy otnoshenija k zdorov'ju v sovremennoj Rossii [Male and female stereotypes relation to health in modern Russia]. *Medicinskaja psihologija v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2010, no. 4 (5). URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2010\\_4\\_5/nomer/nomer14.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2010_4_5/nomer/nomer14.php) (Accessed 12.05.2015) (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Taylor S.E. *Health psychology*. 6th ed. Boston: McGraw-Hill Higher Education, 2006. 559 p.
10. Ulanova N.N., Yakovleva N.V. Osobennosti zdorov'esberegajushhego povedenija i priverzhennosti lecheniju u vrachej na raznyh jetapah professional'nogo stanovlenija [Features of healthy-preserving behavior and adherence to treatment by doctors at different stages of professional development]. *Rossiyskij mediko-biologičeskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald ], 2015. no. 1. pp.102–108 (In Russ., abstr. in Engl.).

## For citation:

Yakovleva N.V. The study of individual differences in health-activity of the person. *Eksperimental'naya Psikhologija = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 202–214 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080317

\* Yakovleva N. V. Ph.D (Psychology), Dean of the Faculty of Clinical Psychology, Head of the Department of General Psychology with a course of pedagogy, Ryazan State Medical University. Ryazan, Russia. E-mail: yakovleva.nata2@gmail.com



11. Weiner I.M., Nezu C.M., Geller P.A. *Handbook of Psychology, Health Psychology* (2nd Edition). Somerset, NY: John Wiley & Sons, 2012. 704 p.
12. Yakovlev V.V., Yakovleva N.V., Kalinova I.L. Psihologicheskie osobennosti zdorov'esberegajushhej dejatel'nosti zhenshhin, otbyvajushhih nakazanie v vide lishenija svobody [Psychological characteristics of women's health-serving sentences of imprisonment]. *Prikladnaja juridicheskaja psihologija [Applied legal psychology]*. 2014, no. 4. pp. 68–75 (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Yakovleva N.V. *Vital'naja metakompetentnost' lichnosti: teorija i praktika psihologicheskikh issledovanij zdorov'ja [Vital metacompetence of personality: theory and practice of psychological health research]*. Ryazan: Publ. RyazGMU, 2012. 285 p. (In Russ.).
14. Yakovleva N.V., Yakovlev V.V. *Metodologija i metody issledovanija zdorov'esberegajushhej dejatel'nosti sub'ekta [Methodology and methods of research health activities of the subject]*. Ryazan: Publ. RyazGMU, 2014. 248 p. (In Russ.).
15. *Zdorov'e i zdavoohranenie v gendernom izmerenii [Health and health care from a gender perspective]*. Ed. N.I. Rimashevskaja. Moscow: Agentstvo «Social'nyj proekt», 2007. 240 p. (In Russ.).