

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи



Вишнякова Нина Николаевна

ДИНАМИКА ХАРАКТЕРИСТИК ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ
У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО
НАБЛЮДЕНИЯ

19.00.04 – Медицинская психология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель
доктор психологических наук, профессор
Логинова Ирина Олеговна

Красноярск – 2018

Введение.....	4
1 Теоретико-методологические аспекты исследования «внутренней картины здоровья» в психологической науке.....	15
1.1 Представления о здоровье и «внутренней картине здоровья» в психологии	15
1.2 Характеристики и структура внутренней картины здоровья	26
1.3 Современное состояние организации диспансерного наблюдения за соматическим здоровьем молодых людей.....	35
2 Организация и методы исследования внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения	51
2.1 Методология и описание методов исследования	51
2.2 Организация эмпирического исследования и характеристика выборки.	72
2.3 Стратегия медико-психологического сопровождения молодых людей, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения	80
3 Особенности внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения.....	88
3.1 Результаты исследования внутренней картины здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения методом контент-анализа	88
3.2 Результаты исследования и сравнительный анализ компонентов внутренней картины здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения	95
3.3 Факторные модели особенностей внутренней картины здоровья у представителей различных групп диспансерного наблюдения	121
4 Динамика характеристик внутренней картины здоровья в ходе медико-психологического сопровождения	138
4.1 Динамика характеристик внутренней картины здоровья и соматического здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения в ходе медико-психологического сопровождения	138

4.2 Результаты реализации программы медико-психологического сопровождения	153
Заключение	162
Список условных обозначений, сокращений	165
Список терминов и определений.....	166
Список литературы	169
Приложение А Содержание и индекс семантических единиц категорий контент- анализа	192
Приложение Б Схемы факторных моделей ВКЗ в трех группах	196

Введение

Актуальность исследования. Проблема исследования внутренней картины здоровья человека, возникшая в 80-х годах XX столетия, набирает сегодня свою значимость в виду вступления человеческого сообщества в «антропоцентрический» этап развития, когда приоритетными становятся вопросы человеческого потенциала, реализуемого по отношению к окружающей действительности и к самому себе (Б. Г. Ананьев, В. А. Ананьев, Д. А. Леонтьев, В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, и др.), саморазвития и самореализации в меняющемся мире (О. В. Лукьянов), в инновационной среде (О.И. Иванов; стратегия «Инновационная Россия-2020»; В. Е. Ключко; С. А. Богомаз, Д. Ю. Баланев; О. М. Краснорядцева, Э. В. Галажинский; О. В. Лукьянов), возможности жизненного самоосуществления (И. О. Логинова), качества жизни (Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова). Актуальность изучения внутренней картины здоровья связана как с вопросами здоровья населения, повышения качества жизни людей и ее продолжительности, так и обращением к человеку как сложной самоорганизующейся системе режимом существования которой является саморазвитие, обеспечивающее закономерное усложнение его системной организации.

Проблема формирования, сохранения и укрепления здоровья населения является одной из приоритетных задач государства. Особое внимание уделяется охране здоровья подрастающего поколения, в том числе студенческой молодежи (Постановление Правительства РФ № 916 от 29 декабря 2001г., Приказ министерства здравоохранения РФ № 114 от 21 марта 2003г., Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 30 сентября 2015 г. N 683н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»).

Современные научные исследования свидетельствуют о снижении показателей здоровья студенческой молодежи (Н. П. Любецкий, А. А. Князев, И. Б. Назарова, Я. П. Сандаков), а также о системном ухудшении как организации

охраны здоровья студентов, так и негативных изменений в их образе жизни (Г. Н. Шеметова, Е. В. Дудрова, С. И. Квашнина, С. Ф. Ахпателова, И. А. Камаев). Тенденция ухудшения состояния здоровья российской молодежи и трудоспособного населения подтверждается официальной статистикой (Федеральная служба государственной статистики). Число студентов с ослабленным здоровьем за последние 10-15 лет увеличилось почти в два раза и в среднем по регионам составляет примерно 35 % (Н. П. Любецкий, А. А. Князев).

Актуальность изучения «внутренней картины здоровья» обусловлена также неблагоприятной тенденцией состояния здоровья всех возрастных групп населения, ростом негативных видов поведения, имеющих отношение к здоровью. Изучение психологических механизмов формирования отношения человека к своему здоровью обусловлено поиском оптимальных моделей профилактики нарушений здоровья молодого поколения.

Представление о том, как формируется здоровье молодых людей, какие факторы оказывают негативное влияние на их здоровье и какие, напротив, способствуют положительной динамике в соматическом статусе является важной государственной задачей. Особо актуальными для медицины и психологии являются задачи выявления факторов риска, способствующих развитию психосоматических и хронических неинфекционных заболеваний. В связи с этим особое значение приобретает исследование внутренней картины здоровья, ее характеристик и особенностей их (характеристик) динамики у молодежи.

Степень разработанности проблемы. Исследованию внутренней картины здоровья посвящено множество научных трудов (В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, В. Е. Каган, А. Б. Орлов, В. П. Казначеев, В. А. Ананьев, И. И. Мамайчук, В. В. Блюм, и др.). Исследователи предполагают, что внутренняя картина здоровья создается одновременно с внутренней картиной болезни как ее противоположная модель (В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова). В противоположность изложенному, В. Е. Каган рассматривает внутреннюю картину болезни как частный случай внутренней картины здоровья. В. А. Ананьев отмечает, что для здорового человека

формирование внутренней картины здоровья является более сложной задачей, чем для больного, который способен оценить происходящие с ним изменения.

В зарубежной психологии здоровье как многофакторный конструкт, включающий культурные, социальные, физические, экономические, психологические и духовные факторы взаимосвязанные между собой (благополучие - wellbeing) рассматривается представителями гуманистической психологии (Г. Л. Энжел, Г. Олпорт, К. Роджерс, А. Маслоу); психологии здоровья - Health Psychology (Marks D., Murray M., Evans B.; K. Ryff).

В отличие от более ранних определений понятия «здоровье», рассматривающих его как состояние, современные отечественные и зарубежные ученые описывают здоровье как динамический процесс.

На современном этапе развития психологической науки проблема внутренней картины здоровья является одной из важнейших в области психологии и медицинской психологии, в частности, что подтверждается значительным количеством исследований. Проблема внутренней картины здоровья (ВКЗ) рассматривается в работах Д. Н. Исаева (1985, 1996), В. Е. Кагана (1986), В. А. Ананьева (1988, 1998, 2006), Е. Ю. Коржовой (1996, 1998), Г. С. Никифорова (1998, 2002), Р. А. Березовской (1999, 2001), И. И. Мамайчук (2001), В. Б. Челпанова (2009), В. В. Блюм (2011), И. А. Гинзбурга (2011), И. В. Цветковой (2012), О. С. Васильевой (2006, 2014), В. С. Меренковой (2015, 2016) и др.

Актуализируя проблему внутренней картины здоровья, современные исследователи выделяют значительное количество различных типов ВКЗ, на формирование которых должны быть направлены усилия соответствующих специалистов (О. С. Васильева, С. И. Жданов, В. Б. Челпанов, С. В. Изусина, Э. В. Смирнова, Э. К. Алалыкина, В. С. Меренкова, И. В. Широкова).

Существующее на сегодняшний день большое количество различных видов и уровней ВКЗ, выделяемых исследователями как идеальный тип, к которому нужно стремиться, на наш взгляд, можно объединить одним названием – гармоничная внутренняя картина здоровья. Данный тип внутренней картины здоровья включает в себя все выше указанные виды, поскольку формируется при

условии гармоничных отношений с миром и в ее основе лежат характеристики, свойственные гармоничной личности. Внимание специалистов помогающих профессий должно быть направлено именно на формирование гармоничной внутренней картины здоровья.

Наличие большого количества моделей здоровья говорит об отсутствии единой концепции в его понимании. Существует множество подходов и приемов, позволяющих измерить здоровье. Очевидным преимуществом в настоящее время обладает системный подход, позволяющий в многообразии представлений о феномене «здоровье» проследить тенденции его развития в соответствии с движением научного познания и спроектировать методологически обоснованную модель изучения динамики характеристик внутренней картины здоровья.

Изучение внутренней картины здоровья у молодых людей, находящихся на диспансерном наблюдении позволит определить ее роль в сохранении здоровья, определить условия, обеспечивающие формирование гармоничной внутренней картины здоровья, а также разработать методы психологической профилактики нарушения здоровья, а в определенных условиях – методы психологической коррекции.

Таким образом, актуальность исследования особенностей динамики характеристик внутренней картины здоровья молодых людей различных групп диспансерного наблюдения определяется потребностями психопрофилактической, реабилитационной практики, распространенностью хронических неинфекционных заболеваний среди лиц молодого возраста и недостаточной изученностью данного аспекта внутренней картины здоровья.

Постановка проблемы исследования. Исследовательская проблема заключается в разрешении противоречия между повышающимися требованиями к здоровьесбережению и здоровьесформированию и реальным состоянием соматического здоровья и внутренней картины здоровья молодежи. Динамика характеристик внутренней картины здоровья, способствующая положительной динамике в соматическом статусе молодых людей, принадлежащих к различным диспансерным группам, позволяет формировать гармоничную внутреннюю

картину здоровья. Дисгармоничная внутренняя картина здоровья у молодых людей может выражаться в снижении психологического благополучия и качества жизни, низком уровне нервно-психической адаптации, экстернальном типе локуса-контроля, нарушении определения и идентификации чувств (алекситимия), дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере. Представляется, что выделенные характеристики могут способствовать отрицательной динамике в соматическом статусе молодых людей различных групп диспансерного наблюдения. Данный подход позволяет выявить характеристики ВКЗ, обуславливающие риски нарушения соматического здоровья, определить динамику, обеспечивающую положительные изменения в соматическом статусе, а также разработать программу медико-психологической помощи, способствующую гармонизации внутренней картины здоровья.

Цель исследования – выявление особенностей динамики характеристик внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения в ходе осуществления мероприятий медико-психологического сопровождения.

Объект исследования – внутренняя картина здоровья молодых людей.

Предмет исследования – динамика характеристик внутренней картины здоровья у молодых людей, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения.

Гипотеза исследования: внутренняя картина здоровья у молодых людей, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения имеет специфические различия в зависимости от соматического статуса. Позитивная динамика характеристик внутренней картины здоровья, указывающая на ее гармонизацию и способствующая положительным изменениям в соматическом статусе, обеспечивается в условиях медико-психологического сопровождения.

Для достижения поставленной цели и проверки гипотезы были определены следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования характеристик внутренней картины здоровья.

2. Сформировать методический комплекс эмпирического исследования, направленный на изучение характеристик внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения, на основе которого выявить особенности структуры и характеристик внутренней картины здоровья у молодых людей различных диспансерных групп.

3. Провести сопоставительный анализ результатов исследования с показателями соматического здоровья.

4. Разработать и реализовать программу медико-психологического сопровождения, направленную на гармонизацию внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения.

5. Выявить динамику характеристик ВКЗ и оценить эффективность программы медико-психологического сопровождения с целью дальнейшего представления методических основ психопрофилактических мероприятий для различных групп диспансерного наблюдения.

Теоретико-методологическая основа исследования. Общую методологическую основу исследования составили концептуальные положения системной антропологической психологии (В. Е. Ключко, О. М. Краснорядцева, Э. В. Галажинский, Е. В. Некрасова и др.), определяющие человека как сложную, самоорганизующуюся, открытую систему, режимом существования которой является саморазвитие, обеспечивающее закономерное усложнение его системной организации.

Кроме того, теоретико-методологической базой исследования принимаются положения ряда концептуальных подходов, раскрывающих специфику феномена внутренней картины здоровья: положения теории отношений А. Ф. Лазурского и В. Н. Мясищева о множественности и сложности отношений личности с миром, самой собой и другими людьми; концепция Б. Г. Братуся о трехуровневой структуре психического здоровья; холистическая концепция здоровья В. А. Ананьева; концепция психологического благополучия К. Рифф; жизненного самоосуществления (И. О. Логинова); системная концепция психической

адаптации (Ю. А. Александровский; Ф. Б. Березин; М. А. Беребин, Л. И. Вассерман; А. Н. Алехин).

Методы исследования. Основными методами исследования выступили:

1. Теоретический анализ научных литературных источников по проблеме исследования.
2. Анализ медицинской документации: медицинских карт амбулаторного больного (ф.025/у) и журнала диспансерного учета.
3. Эмпирические методы: тестирование, анкетирование, контент-анализ.

Использовались следующие психодиагностические методики: «Шкала психологического благополучия» К. Рифф, адаптированная Т. Д. Шевельковой, П. П. Фесенко; Методика исследования уровня субъективного контроля (УСК); Методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» (Е. Б. Фанталова); Методика оценки качества жизни «SF-36»; тест «Нервно-психическая адаптация»; Алекситимическая шкала; Эссе «Мое здоровье».

4. Методы обработки полученных данных: методы качественной и количественной обработки данных производились в программе IBM SPSS Statistics v.19 и с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2013.

Эмпирическая база исследования. Исследование проведено базе отделения общей врачебной практики Красноярского государственного медицинского университета имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. На первом этапе исследования в нем приняли участие 307 студентов 2-3 курсов, проходящих очередной ежегодный медицинский осмотр с последующим определением группы диспансерного наблюдения в зависимости от наличия хронических соматических заболеваний. Экспериментальная группа включала 30 респондентов, которые в ходе исследования приняли участие в программе медико-психологического сопровождения, направленного на формирование более гармоничной внутренней картины здоровья и подвижной устойчивости в континууме «здоровье-болезнь». Контрольную группу составили 31 респондент, которые соответствовали

экспериментальной группе по принадлежности к группе диспансерного наблюдения, полу и возрасту.

Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечены исходной методологической обоснованностью исследования, рядом апробированных и стандартизированных методик, адекватных поставленной цели, задачам, предмету и логике исследования, использованием качественно-количественных методов анализа результатов с использованием современных методов математико-статистической обработки данных экспериментальных исследований и репрезентативностью выборки.

Научная новизна исследования:

– разработана процедура исследования динамики внутренней картины здоровья представителей молодого поколения, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения, в ходе которого показано, что более гармоничная внутренняя картина здоровья способствует улучшению соматического статуса;

– получены данные, описывающие факторные модели внутренней картины здоровья молодых людей различных групп диспансерного наблюдения;

– апробирована программа медико-психологического сопровождения молодых людей «группы риска» возникновения психосоматических заболеваний, является эффективной в области гармонизации внутренней картины здоровья и улучшения показателей соматического здоровья.

– введено представление о гармоничной внутренней картине здоровья интегрирующем в себе совокупность особенностей, обеспечивающих позитивные изменения в соматическом статусе молодых людей.

Теоретическая значимость исследования:

– расширено предметное поле медицинской психологии в результате анализа подходов к пониманию о внутренней картине здоровья и моделях здоровья, а также содержания внутренней картины здоровья (компонентов и характеристик), в том числе определено понятие «гармоничная внутренняя картина здоровья».

– обосновано теоретико-методическое содержание психопрофилактических мероприятий у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения с целью улучшения соматического здоровья.

– результаты диссертационного исследования дополняют имеющиеся теоретические представления по ряду направлений исследования в области медицинской психологии, психологии здоровья, расширяя представление о внутренней картине здоровья, динамике ее характеристик, о возможностях медико-психологического сопровождения с целью гармонизации внутренней картины здоровья.

Практическая значимость исследования

Практическая значимость данного исследования определяется тем, что на основании экспериментально-психологических данных была апробирована комплексная программа медико-психологического сопровождения, позволяющая решать важные практические задачи психопрофилактики и психокоррекции. Определены основные задачи и направления профилактики нарушения целостности внутренней картины здоровья, а также мишени психологической коррекции и психотерапии в случае дисгармоничности внутренней картины здоровья. Методы, применяемые в разработанной программе, могут быть использованы в различных комплексных программах, ориентированных на формирование гармоничной (адекватной, целостной и позитивной) внутренней картины здоровья.

Полученные в результате исследования данные могут быть использованы для организации массовых скрининговых исследований при проведении первичной психопрофилактики, для выявления групп риска возникновения психосоматических заболеваний и психической дезадаптации с последующим более детальным медико-психологическим обследованием.

Положения, выносимые на защиту:

1. Характеристики внутренней картины здоровья, структурно соотносимые с ее компонентами (эмоциональный, когнитивный, поведенческий, мотивационно-ценностный) являются значимыми факторами гармонизации/дисгармонизации

внутренней картины здоровья и позитивного/негативного изменения в соматическом статусе молодых людей.

2. Структура внутренней картины здоровья молодых людей обладает особенностями в зависимости от принадлежности к различным группам диспансерного наблюдения. Для молодых людей, принадлежащих к первой группе диспансерного наблюдения, характерна более гармоничная внутренняя картина здоровья. Для внутренней картины здоровья молодых людей, принадлежащих ко второй группе диспансерного наблюдения, характерна дисгармоничность, обусловленная выраженными показателями алекситимии и нервно-психической дезадаптации. Для внутренней картины здоровья молодых людей, принадлежащих к третьей группе диспансерного наблюдения, характерна дисгармоничность, обусловленная наличием алекситимии, нервно-психической дезадаптации и нарушения социального функционирования.

3. В ходе осуществления мероприятий медико-психологического сопровождения особенностями динамики характеристик внутренней картины здоровья выступают: повышение показателей качества жизни по шкалам физической активности, влиянию физического и эмоционального состояния на повседневную деятельность, самооценки психического здоровья, повышение уровня интернальности в области здоровья, снижение уровня нервно-психической дезадаптации, снижение показателей алекситимии за счет уменьшения количества испытуемых, принадлежавших к группе риска развития алекситимии; снижение уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере. Апробированная система мероприятий медико-психологического сопровождения студентов является эффективной в плане формирования более гармоничной внутренней картины здоровья и положительной динамики соматического статуса.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования докладывались и обсуждались на II Всероссийской научно-практической конференции Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал (Красноярск, 2013), конференции «Современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ. Вузовская педагогика» (Красноярск, 2013), International

Conference of Young Researches (Klaipeda, 2014), международной научно-практической конференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» (Красноярск, 2014), VI Сибирском психологическом форуме «Психологическая антропология: диалог парадигм» (Томск, 2016), III Всероссийской научно-практической конференции «Педагогика и медицина в служении человеку» (Красноярск, 2016), IV-й Международной научно-практической конференции: Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал (Красноярск, 2017), VII Сибирском психологическом форуме: Комплексные исследования человека: психология (Томск, 2017), на IV Всероссийской научно-практической конференции «Педагогика и медицина в служении человеку» (Красноярск, 2017).

Основные положения исследования докладывались на заседаниях кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом последипломного образования Красноярского государственного медицинского университета имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Публикации. Материалы исследования отражены в 18 опубликованных научных работах, том числе в 4 статьях в журналах, включенных в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, на соискание учёной степени доктора наук, в главах двух коллективных монографий.

Структура и объем диссертации. Работа выполнена на 198 страницах машинописного текста (без приложения – 191 страница), состоит из введения, четырех глав, заключения, списка условных обозначений, символов, сокращений, списка терминов и определений, списка литературы, включающего 224 источника (из них 186 отечественных и 38 зарубежных), 2 приложений. Текст диссертации иллюстрирован 35 таблицами и 21 рисунком.

1 Теоретико-методологические аспекты исследования «внутренней картины здоровья» в психологической науке

1.1 Представления о здоровье и «внутренней картине здоровья» в психологии

В настоящее время в России в рамках медицинской психологии идет активный процесс становления научного направления – «Психология здоровья».

На высокую социальную значимость психологии здоровья и ее актуальность указывали многие выдающиеся представители отечественной медицины, так основные идеи рассмотрения психологических факторов здоровья заложил еще В. М. Бехтерев [Никифоров, 2006].

Отечественный ученый В. А. Ананьев определяет «Психологию здоровья» как науку о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития [Ананьев, 2006].

Еще до возникновения психологии здоровья как научного направления Л. С. Выготский говорил о том, что физическое состояние человека, его самочувствие зависит в большей мере от его настроения, от того, как складываются его взаимоотношения с окружающими, и от того как человек осознает и расценивает то что происходит в его личной и общественной жизни. Болезнь не является противоположным вариантом здоровья и развивается в соответствии с внутренними закономерностями нарушенной функции [Выготский, 1956]. Данная позиция и сегодня выступает основанием здоровьесцентрированного подхода в медицинской психологии.

В исследованиях в области психологии здоровья значительное внимание уделяется изучению факторов, оказывающих благоприятное влияние на здоровье человека [Брехман, 1990; Казначеев, 1988; Димов, 1999]. Занимаясь проблемами здоровья, здорового человека, профессор медицины И. И. Брехман, став основоположником «валеологии», сформулировал основные пути взаимодействия валеологии с профилактической и лечебной медициной [Брехман, 1990].

Проблема здоровья и здоровой личности находит свое отражение и во многих направлениях психологии и психотерапии, наиболее полное рассмотрение

представлено в гуманистической психологии. Благодаря феноменологическому подходу, проблемы здоровья и болезни трактуются как фундаментальные аспекты «способа бытия-в-мире», включенные в субъективную картину мира [Allport, 2005; Маслоу, 1999; Роджерс, 2001].

С точки зрения теории гуманистической психологии при исследовании и лечении человека важно учитывать его уникальный характер переживаний, стремлений к развитию, духовности, к постижению смысла жизни и её ценности, при всех её противоречиях в кризисных ситуациях болезни [Маслоу, 1999]. Согласно концепции А. Маслоу психологически здоровым и духовно полноценным людям присуща потребность в самоактуализации [Маслоу, 1982].

В характеристиках здоровой личности Г. Оллпорт выделяет активную позицию по отношению к действительности, самопознание, способность к абстракции, постоянный процесс индивидуализации, устойчивость к фрустрации и функциональную автономию [G. Allport, 2005].

В исследованиях здоровой личности представители гуманистического направления обращаются к поиску позитивных критериев психического здоровья. Так Г. Л. Бинсвангер выделяет следующие уровни здоровья: 1. уровень стабильного психического здоровья; 2. уровень риска; 3. уровень предболезни; 4. донозологический уровень; 5. уровень болезни.

Уровни психического здоровья, не отличаясь стабильностью, отражают внутреннее динамическое равновесие между человеком и социальной средой, которое может изменяться в сторону повышения или понижения вероятности развития нервно-психического заболевания, что зависит от состояния личности и микросоциального окружения [Бинсвагер, 1999].

Согласно «индивидуальной концепции здоровья», Д. Сиерес и В. Гавидия рассматривают представления о здоровье в единстве двух компонентов: природы и причин здоровья. Представления о природе здоровья – это континуум, в котором на одном полюсе располагается точка зрения о том, что здоровье – это отсутствие заболеваний, состояние благополучия, собственность, которой можно пользоваться, нисколько не заботясь о ней; на другом полюсе находится здоровье

как сохраняющийся баланс, как «инструмент для использования в окружающей среде, в которой мы живем», где важной является психическая, ментальная составляющая (ось X). Причины здоровья авторы также рассматривают как континуум с двумя полюсами на одном из которых здоровье зависит от внешних элементов или от удачи, а на другом здоровье, определяемое стилем жизни (ось Y) [Сиерес, Гавидия, 1998].

По Э. Фромму, здоровье и болезнь – это свет и тьма, жизнь и смерть, это две основополагающие альтернативы – прогресс и регресс. Понятие психического здоровья во многом смыкается с понятием зрелости, психически здоровый человек – это зрелый, продуктивный человек [Фромм, 2009].

За рубежом разработка психологических концепций здоровья началась во второй половине прошлого века в гуманистической и трансперсональной психологии. Первый учебник по психологии здоровья (Health Psychology), созданный авторами Дж. Стоуном, Ф. Козном и Г. Адлером вышел в свет в 1979 г. а периодическое издание «Journal of Health Psychology» в 1982 г [Корытова, 2012].

Зарубежные авторы определяют «здоровье» как многофакторный конструкт включающий культурные, социальные, физические, экономические, психологические и духовные факторы взаимосвязанные между собой [Health psychology: Theory, Research and Practice, 2000], и определяют его как благополучие (wellbeing) в широком смысле [Ryff, 1995]. Так, Р. Мэй отмечает прямую взаимосвязь между свободой человека и его душевным здоровьем, которое подразумевает обретение чувства личной ответственности и свободы [Мэй, 1994].

Понятие «отношение к здоровью» является более широким феноменом, чем понятие «здоровье», и основано на теоретической концепции «психологии отношений» и широко представлена в отечественной психологической школе трудами В. М. Басова, В. М. Бехтерева, А. Ф. Лазурского, В. Н. Мясищева, Б. Г. Ананьева, и др. Данная концепция рассматривает здоровье с позиции его субъекта. Отношение является важнейшим механизмом саморегуляции деятельности и поведения человека в сфере здоровья [Мясищев, 1995]. Теория отношений личности В. Н. Мясищева позволяет видеть в целостной личности

единство когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернов. Именно теория отношений способствовала современному пониманию личностных смыслов здоровья и болезни.

В современных исследованиях в области психологии отмечается значительное количество работ, посвященных проблеме отношения к здоровью, отражающих ценностное отношение к здоровью, личную ответственность за здоровье, влияние социально-экономического статуса индивида на его здоровье, влияние факторов риска, и др. [Березовская, 2001; Русякова, 2015; Гуреева, Исаева, 2015; Четверкина [и др.], 2017]. Актуализируется роль психологических адаптационных ресурсов личности в условиях здоровья и болезни [Мормуль, Сыркин, 2011; Исаева, 2015].

Отечественные исследователи О. В. Васильева и Ф. Р. Филатов считают, что на высшем уровне иерархии личности оздоровление понимается как полное «исцеление-восстановление утраченной целостности». Авторы говорят о том, что традиционная медицинская модель в основе которой лежат классификации и всевозможные описания отклонений, внушают людям, что более реальными явлениями представляются патология и болезнь, нежели здоровье и душевное благополучие [Васильева, Филатов, 2001].

Ю. В. Кузьмина, Г. В. Залевский доказывают объективную необходимость формирования ценностного отношения студенческой молодежи к здоровью и факторам здорового образа жизни, которое должно быть построено на комплексном подходе, включающем психологическое отслеживание уровня здоровья и образа жизни, а также психологическое сопровождение профилактики, охраны и укрепления здоровья [Кузьмина, Залевский, 2010].

Управлять состоянием собственного здоровья способен человек с высокой степенью осмысленности собственной жизни, позитивной оценкой себя и окружающего мира, т. е. с высокой жизнестойкостью [Богомаз, 2011].

Ряд ученых отмечает, что доминирующая в медицине естественно-научная парадигма не способствует пониманию личностного смысла здоровья, который появляется и наполняется психологическим содержанием только в ситуации

болезни или предболезни, когда возникает блокирование актуальных потребностей личности. Сегодня такой подход к оценке отношений больного человека уже не может обеспечить изучение целостной личности, а именно субъективного мира человека, его личности в ситуации здоровья, предболезни и болезни [Вассерман, Щелкова, Дубинина, 2014].

А. Н. Алёхин, анализируя разные определения понятия «здоровье» отмечает, что само данное понятие не имеет четкого определения, хотя и насчитывается до 160 таких определений, ни одно из них не отвечает задачам практики в полной мере. Автор считает, что в данном случае закономерен вопрос существует ли здоровье, как явление, подлежащее научному исследованию [Алёхин, 2015].

Социологические исследования в области здоровья подчеркивают необходимость изучения поведения направленного на сохранение здоровья. Учеными А. И. Антоновым, И. В. Журавлевой, Л. С. Шиловой разработаны теоретико-методологические аспекты концепции самосохранительного поведения [Антонов, 1989; Шилова, 1999; Журавлева, 2006]. Самосохранительное поведение может быть, как позитивным, направленным на сохранение и укрепление здоровья, так и негативным, способствующим разрушению здоровья [Журавлева, 2012].

Ряд отечественных и зарубежных авторов отмечают значимость и влияние социально-экономического статуса индивида на его здоровье. Одним из значимых факторов, оказывающих влияние на отношение к здоровью является уровень образования. Авторы О. С. Копина и А. Е. Корольков считают, что чем выше уровень образования, тем более выражена установка на сохранение своего здоровья, соблюдение правил ЗОЖ, участие в профилактических медицинских осмотрах [Копина, Корольков, 1990]. При изучении роли образования в прогнозировании курения, злоупотребления алкоголем и физической активности, отмечается что образование влияет на прекращение курения, повышение физической активности и приводит к улучшению поведения в отношении здоровья [Clouston et. al., 2015; Bauldry, 2014; Margolis, 2013].

По мнению В. М. Димова, рассматривающего здоровье как социальную проблему, в процессе осознания и принятия в качестве цели самосохранительного

поведения важную роль играют знания о природе человека, о здоровье и факторах, его сохраняющих. Саморазрушительное поведение характерно для учащейся молодежи, которая редко ценит свое здоровье [Димов, 1999].

Интерес и неоднозначное отношение вызывает взаимосвязь показателей успеваемости и индивидуальной удовлетворенности здоровьем, а также между материальным положением и частотой заболеваемости отраженная в исследовании Н. Х. Гафиатулиной. Автор отмечает, что учащиеся «отличники» обладают более высокой самооценкой здоровья, а материально обеспеченные респонденты фактически не болеют [Гафиатулина, 2012].

Проблема отношения к здоровью в настоящее время приобретает все большую актуальность не только в области социологии, психологии, но и в сфере валеологических исследований. Ученые указывают на низкую мотивацию сохранения и укрепления здоровья, потребительское отношение к здоровью, которые характерны для молодого населения, а также на рост численности сердечно-сосудистых и других заболеваний [Буков, 2009; Лисицин, 2010; Бахтин, 2015].

В психологической науке понятие «внутренняя картина здоровья» появилось относительно недавно в отличие от термина «внутренняя картина болезни» (ВКБ), который ввел Р. А. Лурия. Согласно концепции ВКБ, не только психическое состояние может быть обусловлено физиологическими изменениями в организме человека, но и психическое состояние может вызвать физиологические изменения в организме человека [Лурия, 1977].

Концепции внутренней картины болезни как предмету исследования посвящено значительное количество работ (Р. А. Лурия, 1935, 1977; Е. К. Краснушкин, 1950; В. В. Ковалев, 1972; Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков, 1979; Т. Н. Резникова, В. М. Смирнов, 1979; Д. Б. Карвасарский, 1983; А. Р. Конечный, М. Боухал, 1983; В. А. Ташлыков, 1984, 1992; Л. И. Вассерман, 1987, 1990; В. В. Николаева, Е. Т. Соколова, 1987, 1995; Г. А. Арина, А. Ш. Тхостов, 1990, 2002; О. Е. Ельникова, 2014, 2015, 2018 и др).

В психологической литературе представлено довольно большое количество, как российских, так и зарубежных, теорий, касающихся проблемы здоровья и болезни, каждая из которых по-своему отвечает на вопрос, чем именно определяется то или иное поведение в жизни человека относительно своего здоровья.

Зарубежные концепции здоровья и болезни представляют направленность и тенденции развития современной западной науки в области психологии здоровья. Так, субъективные представления о здоровье и болезни в зарубежной психологии рассматриваются в рамках теории социальных представлений, как социально-психологический анализ [Herzlih, 1973], как когнитивные и эмоциональные аспекты здоровья и болезни, когда любой объект представляется на уровне представлений и на уровне эмоциональных переживаний [Cameron, Leventhal, 2003]. Согласно теории социальных представлений, разработанной S. Moscovici, социальные представления рождаются в ходе межличностной коммуникации и их основной целью является осмысление человеком феноменов социальной жизни [Moscovici, Hewstone, 1983; Moscovici, 1993]. С точки зрения теории социального обучения конструкторы модели убеждений о здоровье оказывают влияние на поведение субъекта [Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher, Becker, 1988]. Данная модель широко применяется в клинической практике при профилактических медицинских осмотрах с целью первичной диагностики [Glanz, Rimer, Lewis, 2002].

Теория самодетерминации на передний план выдвигает проблему собственной активности человека и направлена на выявление факторов и условий, способствующих здоровому развитию, интеграции личности и эффективному функционированию [Deci, Ryan, 2000]. Теория саморегуляции в качестве факторов, влияющих на здоровье, выделяет психологические факторы, позитивное изменение которых препятствует развитию заболеваний, связанных с хроническим стрессом [Carver, Scheier, 2002].

Темпоральная теория саморегуляции, важным компонентом социальных программ по развитию поведения, связанного со здоровьем, определяет «перенос»

внимания человека с привлекательных непосредственных выгод на отдаленные негативные последствия [Hall, Fong, 2007].

Рядом современных зарубежных исследователей отмечается взаимосвязь здоровья с локусом контроля личности. Так основатель позитивной психологии М. Селигман предлагает рассматривать в качестве субъективных компонентов «позитивного здоровья» положительное эмоциональное состояние, удовлетворенность жизнью, оптимизм, внутренний локус контроля [Seligman, 2008].

Изучая связь между локусом контроля в области здоровья и социально-демографическими характеристиками, было установлено, что среди оцениваемых социально-демографических характеристик только возраст, связан с локусом контроля в области здоровья. Между социально-экономическими характеристиками и локусом контроля не было выявлено существенных взаимосвязей. Влияние локуса контроля на поведение, связанное со здоровьем, было небольшим. Внутренний локус контроля был определен у 71,4 % участников из 885 респондентов [Ozcakir et. al., 2014].

В концепциях качества жизни (КЖ) здоровье рассматривается как один из его индикаторов. Ученые считают крайне важным изучение КЖ как производной здоровья, описывающей интегральные характеристики состояния здоровья и основных видов жизнедеятельности человека [Новик, ИONOва, 2007; Евдокимов, Есауленко, Губина, 2007; Лучкевич, 2011; Назарова, 2014].

Изучение проблемы здоровья и болезни, а также «внутренней картины болезни» послужило основанием для разработки в теории и практике феномена «внутренняя картина здоровья».

Понятие «внутренняя картина здоровья» В. М. Смирнов и Т. Н. Резникова рассматривают как своеобразный эталон здорового человека, и высказывают предположение, согласно которому внутренняя картина здоровья создается одновременно с внутренней картиной болезни как ее противоположная модель. Эта модель может иметь сложную структуру и состоять из различных элементов в виде образных представлений и логических обобщений [Смирнов, Резникова, 1983].

А. Б. Орлов представляет термин «внутренняя картина здоровья» как антоним термина «внутренняя картина болезни», с чем трудно согласиться в полной мере [Орлов, 1991].

На наш взгляд, больший интерес представляет позиция В. Е. Кагана, где внутренняя картина здоровья представляет собой особое динамическое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и в стремлении к его совершенству. Мы согласны с позицией автора, что внутренняя картина здоровья не является антонимом внутренней картины болезни, и что именно внутренняя картина болезни является частным случаем проблемы внутренней картины здоровья. В данном подходе болезнь представляет один из аспектов здоровья, а именно – качественный [Каган, 1988].

И. И. Мамайчук, также отмечает, что внутренняя картина здоровья представляет собой динамическую систему, включающую в себя совокупность представлений человека о своем здоровье, осознание им своих физических и психических возможностей, самооценку здоровья, а также субъективное восприятие и оценку влияющих на здоровье факторов. Особое значение имеет исследование личности с позиции теории деятельности и социальной ситуации развития. Внутренняя картина здоровья в представлении автора, представляет собой часть Я-концепции личности широко известную в психологической науке и повторяет ее общую структуру [Мамайчук, 1993].

По мнению В. А. Ананьева, ВКЗ представляет собой психическое образование в основе которого лежит самопознание индивида, включающее в себя совокупность интеллектуальных представлений о здоровье, его эмоциональных переживаний и ощущений, и поведенческих реакций. Трансформация ВКЗ в ВКБ происходит в случае возникновения трудной жизненной ситуации – болезни. В определении В. А. Ананьева ВКЗ это самосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья, и определяется как совокупность описаний мыслеобразов, относящихся к сущностным характеристикам человека. Автор отмечает, что формирование ВКЗ для здорового человека является более сложной задачей, чем

для больного, который способен дать субъективную оценку происходящих с ним изменений [Ананьев, 2006].

Г. С. Никифоров рассматривает ВКЗ как сложную систему со взаимосвязанными и взаимозависимыми звеньями для изучения которой необходим системный подход [Никифоров, 2006].

На основе анализа исследований в области психологии здоровья, В. Б. Челпанов выделяет ВКЗ как один из компонентов здоровья. Так, по его мнению, структуру здоровья составляют: 1) здоровый образ жизни; 2) отношение личности к внешней среде; 3) охранительное поведение человека; 4) механизмы психологической защиты личности; 5) ВКЗ – представления личности о своем здоровье как непреходящей ценности; 6) степень фрустрационного напряжения на трех основных уровнях психической регуляции: когнитивном, эмоционально-волевом и мотивационно-поведенческом. Как отмечает автор, феномены внутренней картины болезни, или аутодеструкции схемы тела, и внутренней картины здоровья, или аутоконструкции схемы тела, являются субъективными конфликтующими (конкурирующими) психическими реальностями человека, и служат предметом взаимодействия врача и практического психолога образования [Челпанов, 2009]. Автор предлагает рассматривать здоровье как системное свойство личности, характеризующее личность во всей полноте ее проявлений. Структурные элементы личности выступают как определенные уровни функционирования психики, от характера взаимодействия которых зависят здоровье или болезнь индивидуума. Нарушения психического здоровья возникают из-за рассогласований в структуре личности, которые способны блокировать психическую активность на определенном уровне. Вследствие чего нарушается оптимальный режим функционирования остальных уровней системы [Челпанов, 2010].

В настоящее время активно исследуются социальные и ценностные представления о здоровье в молодежной среде [Кузьмина, 2010; Юров, 2012].

Так, в современных исследованиях отмечается негативное влияние социальных стереотипов на формирование внутренней картины здоровья.

И. В. Цветкова в своем исследовании особое внимание уделяет рассмотрению роли социальных стереотипов в формировании внутренней картины здоровья в вариантах нормы и при патологическом развитии. Автор утверждает, что современные социальные стандарты и стереотипы, активно навязываемые СМИ, часто являются причиной ригидного, стрессогенного и дисгармонизирующего поведения индивида вследствие несоответствия данных стандартов индивидуальной конституциональной и психологической организации субъекта [Цветкова, 2012].

И. А. Гинзбург рассматривает вопросы социокультурной определенности внутренней картины здоровья человека, как проекции реальности здоровья в самосознание человека, как процесс соприкосновения особенностей его индивидуального психофизического пространства с социальной реальностью современного общества [Гинзбург, 2011].

По данным исследования Е. Д. Хомской, И. В. Ефимовой, Е. В. Будыка, В. В. Ениколоповой, правши, левши и амбидекстры, т.е. люди с различным типом межполушарной асимметрии мозга характеризуются различными особенностями внутренней картины здоровья. Так, лица с левосторонними признаками асимметрии обнаруживают менее адекватную субъективную оценку здоровья [Нейропсихология индивидуальных различий, 1997].

Справедливо внимание современных исследователей к таким факторам формирования и развития внутренней картины здоровья, как социальные (семья, средства массовой информации, типы семейного воспитания); а также к роли социальных стереотипов в формировании внутренней картины здоровья в варианте нормы и при патологическом развитии; поэтапности развития внутренней картины здоровья, связанной с возрастом человека и проявляющееся в его поведении [Русякова, 2015].

Трудно не согласиться с О. С. Васильевой в том, что существующие на сегодняшний день в рамках современной психологии подходы и представления о феномене «внутренняя картина здоровья», нередко противоречат друг другу и в связи с этим необходима интеграция имеющихся знаний в цельную концепцию или

модель, рассматривающую здоровье целостно, как системное свойство личности [Васильева, 2014].

Подводя итог анализа современных представлений о здоровье и внутренней картине здоровья, отметим, что на современном этапе научного знания в области психологии здоровья понятия «здоровье» и «болезнь» являются не взаимоисключающими, а взаимосвязанными. В ходе теоретического анализа была выявлена тенденция проявления интереса к данной проблематике. Вместе с тем авторы неоднозначно трактуют как само понятие «внутренняя картина здоровья», так и ее структуру, и содержание.

Таким образом, выделенные в ходе анализа основные представления о здоровье и внутренней картине здоровья указывают на общую тенденцию развития психологической науки, предметом исследования которой становятся более широкие категории – такие как человек, его здоровье, жизнестойкость, жизненное самоосуществление. Здоровый человек – это человек способный к жизненному самоосуществлению, к устойчивому движению, самоорганизации, открытости.

1.2 Характеристики и структура внутренней картины здоровья

В настоящее время многие ученые уделяют внимание изучению факторов, способствующих формированию здоровья человека.

Жизненные стратегии человека в отношении собственного здоровья играют ведущую роль в сохранении здоровья и определяются субъективными представлениями о своем здоровье, знаниями о способах поддержания здоровья и методах оздоровления, его эмоциональной оценке. Именно внутренняя картина здоровья как важнейшая составляющая самосознания личности, представленная во внутреннем плане личности как образ своего здоровья и нездоровья и является определяющей образ жизни человека.

Как показывают современные исследования, внутренняя картина здоровья у разных людей может иметь различную структуру и наполненность, в зависимости от возраста и особенностей личности и социальной ситуации, по-разному соотносится с объективными показателями здоровья.

В. А. Ананьев рассматривая внутреннюю картину здоровья выделяет в ней следующие взаимосвязанные структурные компоненты: ценностно-мотивационный, когнитивный, эмоциональный и поведенческий [Ананьев, 1998].

Изучая вышеуказанные структурные компоненты внутренней картины здоровья у школьников разных возрастных групп, В. В. Блюм выявляет их специфические различия. Автор отмечает несформированность когнитивного компонента внутренней картины здоровья у младших школьников, старшие подростки и школьники юношеского возраста отличаются более дифференцированным представлением о своем здоровье, у респондентов младшего подросткового возраста выражен ценностный компонент, у школьников юношеского возраста преобладает поведенческий компонент внутренней картины здоровья. У школьников подросткового и юношеского возраста отмечаются показатели неблагополучия здоровья на психическом и социальном уровнях, определяющие недостаточную сформированность установок на поддержание и сохранение здоровья. Напротив, принятие ответственности за свое здоровье, его субъективная ценность и готовность обращаться за помощью у школьников подросткового и юношеского возраста являются ключевыми факторами, определяющими готовность к ведению здорового образа жизни [Блюм, 2011; 2015].

В настоящее время большое внимание уделяется изучению внутренней картины здоровья детей школьного возраста. Данному исследованию посвящено значительное количество работ. Так, по результатам исследования внутренней картины здоровья младших школьников В.С. Меренкова выделяет три уровня внутренней картины здоровья: сформированная, частично сформированная и несформированная. При анализе данных, полученных в экспериментальном исследовании, выявлено, что доминирующим уровнем ВКЗ младших школьников является несформированная внутренняя картина здоровья, которая составляет 80 % испытуемых. При этом, автор отмечает, что дети с частично сформированной и сформированной ВКЗ лучше предсказывают фрактальную структуру сенсорного потока, чем дети с несформированной ВКЗ [Меренкова, 2015]. Проводя теоретический анализ содержания понятия «внутренняя картина здоровья» с точки

зрения различных исследователей, автор делает акцент на особенностях формирования внутренней картины здоровья у детей в процессе онтогенетического развития [Меренкова, 2016].

Э. К. Алалыкина на основании анализа литературных источников выделяет три варианта внутренней картины здоровья: адекватно сформированную, недостаточно сформированную и отрицательно сформированную внутреннюю картину здоровья у подростков. Автор делает вывод о том, что привязанность, оказывает влияние на все аспекты жизни человека, включая самопринятие и самооценку, воздействующие на становление внутренней картины здоровья и отмечает, что определенные типы привязанности сказываются на степени сформированности внутренней картины здоровья [Алалыкина, 2016].

Изучая особенности личностного развития детей и подростков с соматическими заболеваниями, профессор И. И. Мамайчук раскрывает методологические подходы и специфику психологической помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями, делая акцент на обязательном участии в этом процессе семьи ребенка в целом. Важное значение при этом отводится психологической диагностике и прогностике психологических особенностей детей и подростков с тяжелыми соматическими заболеваниями [Мамайчук, 2014].

Ряд исследователей отмечает взаимосвязь внутренней картины здоровья ребенка с типом семейного воспитания, и эмоционального интеллекта родителей. Авторы утверждают, что чем гармоничнее отношения в семье, тем более сформирована ВКЗ у детей и чем выше уровень управления чужими эмоциями, контроль собственных эмоций и общий эмоциональный интеллект у родителей, тем ниже уровень сформированности ВКЗ их детей [Николаева, Меренкова, 2015; Меренкова, 2013].

Одним из факторов, оказывающих влияние на формирование внутренней картины здоровья, И. В. Широкова определяет роль семьи. Рассматривая внутреннюю картину здоровья детей младшего школьного возраста, автор выявляет взаимосвязь несформированной ВКЗ у детей со сложными

взаимоотношениями в неполной семье и сформированность внутренней картины здоровья младших школьников с гармоничными отношениями в полной семье. Автор также выделяет высокий, средний и низкий уровни сформированности внутренней картины здоровья [Широкова, 2017].

При исследовании внутренней картины здоровья детей с соматическими заболеваниями И. В. Ткаченко делает вывод о том, что внутренняя картина здоровья имеет возрастные особенности, которые отражаются в ее структуре и имеет решающее значение в формировании здоровых, полезных привычек. Автор также подчеркивает значимость психологической поддержки и психотерапевтической помощи для ребенка и всех членов семьи на всем протяжении болезни ребенка [Ткаченко, 2017].

В результате проведенных эмпирических исследований внутренней картины здоровья детей школьного возраста Е. Е. Русякова выделяет характерные возрастные особенности внутренней картины здоровья учащихся 1–3 и 7–11 классов. Исследование показывает, что младшие дети более эмоциональны, более активны и большее количество детей считает себя здоровыми, ценят здоровье и связывают его с физическим уровнем. В старшем школьном возрасте отмечается снижение количества детей, которые считают себя здоровыми, при этом отмечается снижение ценности здоровья для успеха в жизни и более высокий уровень знаний в области здоровья и здорового образа жизни. В данном возрасте отмечается снижение эмоциональных реакций относительно изменений, происходящих в их соматической и психической сферах. Автор утверждает, что внутренняя картина здоровья школьников любого возраста полна противоречий и ошибок, поэтому им сложно вести здоровый образ жизни [Русякова, 2015]. В обеих группах отмечается противоречие между тем, что дети думают о здоровье, и как они его переживают, выявлены компоненты внутренней картины здоровья, которые нуждаются в развитии и коррекции [Русякова, 2016].

Исследователи Е. И. Николаева и Г. В. Панчишко в своей работе проводят сравнительный анализ внутренней картины здоровья и особенностей вариабельности кардиоритма у нормативных детей и детей, находящихся в трудной

жизненной ситуации. Авторы отмечают различные уровни сформированности внутренней картины здоровья в зависимости от жизненной ситуации, в которой находится ребенок, чем хуже ситуация, тем менее сформирована его внутренняя картина здоровья. Авторы свидетельствуют о том, что негативные показатели внутренней картины здоровья могут рассматриваться как параметр, повышающий порог заболеваемости ребенка [Николаева, Панчишко, 2014].

О. С. Васильева считает, что внутренняя картина здоровья представляет собой динамическую модель, отражающую процесс диалога человека в самосознании со своим «Я» и своим организмом. В отличие от большинства исследований, определяющих в основном три уровня внутренней картины здоровья автор выделяет 8 основных типов внутренней картины здоровья, характерных для юношеского возраста:

1. идеальный;
2. здоровье как состояние полного физического благополучия;
3. здоровье как условие максимальной реализации физических возможностей человека;
4. здоровье как состояние полного социального благополучия;
5. реализация социальных возможностей;
6. здоровье как состояние полного душевного благополучия;
7. здоровье как условие максимальной реализации духовных возможностей;
8. диффузный тип, несформированное представление [Васильева, 2006].

Учитывая разнообразие вариантов поведения по отношению к своему здоровью, Э. В. Смирнова предлагает три типологии, позволяющие обобщить и систематизировать данные о представлениях людей о своем самочувствии и отношении к собственному здоровью. Так первая типология внутренней картины здоровья, разработанная на основе критерия уровня самооценки индивидом своего физического и психического состояния и своего здоровья в целом, представляет три типа: оптимистический, пессимистический и адекватный типы. Вторая типология базируется на критерии валидности представлений человека о своем состоянии, о самочувствии и включает следующие типы: субъективный,

объективный и интегративный тип. Третья типология внутренней картины здоровья основана на направленности мотивации поведения индивида в отношении собственного здоровья и соответственно выделяются следующие типы: позитивный тип, индифферентный тип и негативный (гедонистический) [Смирнова, 2015].

Обозначая актуальность исследования внутренней картины здоровья детей И. М. Шишкова обозначает основные подходы к определению внутренней картины здоровья и ее взаимосвязь с понятиями «отношение к здоровью», «самооценка здоровья», «установка на здоровье», терминами, обозначающими поведение человека, направленное на сохранение и укрепление здоровья. Автор рассматривает отношение к здоровью как структурный компонент ВКЗ, позволяющий выстроить ее иерархию [Шишкова, 2017].

Изучая гендерные и возрастные особенности внутренней картины здоровья в подростковом возрасте А. Г. Арина и профессор В. В. Николаева в своем исследовании в структуре внутренней картины здоровья выделяют сенсорный, эмоциональный, когнитивный, мотивационно-смысловой и поведенческий уровни по аналогии с феноменом внутренней картины болезни. Результаты эмпирического исследования позволяют сделать вывод о гетерохронности развития уровней ВКЗ в онтогенезе. Авторы выявляют динамику когнитивного, эмоционально-оценочного и мотивационного уровней ВКЗ у подростков, мотивационно-регуляторный уровень ВКЗ оказался меньше чувствительным к гендерным и возрастным различиям и в большей степени определяется присутствием в образе жизни разных форм рискованного поведения, опосредованного внешним локусом контроля [Арина, Николаева, 2016].

Предполагая, что существуют различия в особенностях структуры внутренней картины здоровья у врачей и людей без медицинского образования с помощью интервьюирования и метода репертуарных решеток Дж. Келли был выявлен репертуар личностных конструкторов здоровья - болезни и получены данные об особенностях ВКЗ в обеих группах. Так, для группы людей без медицинского образования была выявлена тенденция к «иллюзии неуязвимости», склонности к

некоторой степени преувеличения своего здоровья. Источником здоровья для данной группы являются социальные контакты, способность к взаимному самопожертвованию и поддержке. В плане «идеального Я здоровья» они предпочитают иметь здоровье в понимании самоактуализации, черпать ресурсы здоровья из внутриличностного плана, в первую очередь заботясь о себе. Для группы врачей характерна сильная выраженность механизма «не я – другие» и высокая степень дистанцирования от больного и болезни в целом, а также наблюдается тенденция к дистанцированию от здоровья. Восприятие болезни в негативных качествах, а здоровья как фикции, обуславливает тенденцию к восприятию здоровья, через постоянное, пожизненное выздоровление [Куликова, 2016].

Опираясь на результаты исследования внутренней картины здоровья и уровня нервно-психической адаптации, исследователи приходят к выводу о том, что на формирование ВКЗ у студенческой молодежи существенным образом влияет уровень нервно-психической адаптации. Так по результатам исследования у студентов с высоким уровнем нервно-психической адаптации определяется более целостная структура внутренней картины здоровья. Низкий уровень нервно-психической адаптации является показателем преневротических состояний и легких нарушений, что в свою очередь проявляется в нарушении целостности внутренней картины здоровья [Вишнякова, Дьякова, 2016].

Рассматривая внутреннюю картину здоровья как интегральную характеристику психического здоровья личности Л. Б. Кузнецова обнаруживает специфические особенности проявления внутренней картины здоровья у студентов различных профилей и курсов обучения. Автор отмечает, что внутренняя картина здоровья является важнейшим условием психологического благополучия личности и ее особенности могут выступать параметрами уровня развития личности [Кузнецова, 2011].

В. А. Урываев предлагает наряду с конструктом «внутренняя картина здоровья» использовать в диагностической и коррекционной работе конструкт – «внутренняя картина лечения». Автор отмечает, что взаимосвязь данных

конструктов может послужить основой для улучшения «качества лечения» и соотносит их с понятием «комплаенс» [Урываев, 2012].

В настоящее время исследователи в области психологии здоровья отмечают различные характеристики внутренней картины здоровья. Так в своем исследовании С. В. Изусина представляет результаты изучения особенностей внутренней картины здоровья сирот юношеского возраста и уровня ее сформированности, а также описывает методы и технологии по формированию позитивной и целостной внутренней картины здоровья [Изусина, 2014].

Анализируя представления о здоровье, болезни и способах оздоровления О. С. Васильева особое внимание уделяет формированию адекватной внутренней картины здоровья [Васильева, 2014]. С. И. Жданов представляет понятие и структуру позитивной внутренней картины здоровья личности, а также психолого-педагогические условия, способствующие формированию позитивной внутренней картины здоровья студентов [Жданов, 2008].

Ряд авторов, изучая внутреннюю картину здоровья, оценивает ее как искаженную. Такая ситуация возникает при искажении самосознания, что может быть связано со своеобразной структурой личности и взаимодействия эмоциональных и познавательных процессов. В результате возникает нестабильность «образа Я» и самооценки, искажение образа физического «Я», зависимость самооценки от ожидаемой оценки значимых – других [Исаев, 2005]. При изучении особенностей внутренней картины здоровья спортсменов, перенесших физическую травму, на всех ее уровнях выявлены специфические искажения [Диденко, 2016].

Искажение ВКЗ может быть обусловлено стрессовыми ситуациями, влияние которых определяется адаптационными возможностями человека, включающими психофизиологический потенциал и особенностям индивидуальных личностных реакции. Так, В. В. Мормуль с соавторами описывают внутреннюю картину здоровья и болезни средствами экспериментальной психосемантики изучая внутреннюю картину «здоровье – болезнь» при воздействии на человека неблагоприятных факторов среды. Авторы разрабатывают рекомендации для

повышения адаптационного потенциала личности и предупреждению посттравматических стрессовых расстройств [Мормуль, Сыркин, Усов, 2011].

Р. А. Березовская рассматривает понятия «отношение к здоровью» и «внутренняя картина здоровья» как синонимы. Внутренняя картина здоровья формируется в ходе воспитания и социализации, начиная с ранних этапов жизни. Отношение к здоровью представляет собой структуру, в которую включены когнитивный, эмоциональный, поведенческий и мотивационно-ценностный компоненты [Березовская, 2001].

В отличие от описанных выше исследований внутренней картины здоровья, авторы которых в структуре ВКЗ выделяют в основном когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, А. В. Кукуруза и соавторы, изучая представления подростков о своем здоровье выделяют гораздо большее количество характеристик внутренней картины здоровья. Так, изучая особенности внутренней картины здоровья подростков с соматической патологией авторы выделяют следующие ее характеристики: поведенческую, эмоциональную, потребностную, ценностную, самооценочную, телесную, волевою, характеристику контроля, средовую, межличностную, семейно-родительскую, характеристику возможностей и социальных достижений, когнитивно-декларативная и характеристику веры [Кукуруза, Кириллова, Беляева, 2011].

В современных исследованиях особенностей внутренней картины здоровья отражается влияние типов семейного воспитания на сформированность внутренней картины здоровья ребенка. [Широкова, 2017]; рассматривается роль социальных стереотипов в формировании внутренней картины здоровья в варианте нормы и при патологическом развитии [Цветкова, 2012]; отмечается поэтапность развития внутренней картины здоровья человека по мере его взросления [Русякова, 2015]. Исследования ВКЗ показывают, что доминирующим уровнем внутренней картины здоровья у младших школьников является несформированная ВКЗ. При анализе особенностей внутренней картины здоровья тревожных подростков выявлена слабая дифференцированность уровней ВКЗ [Смайлова, 2015].

Таким образом, в научной литературе активно обсуждается актуальность изучения внутренней картины здоровья, широко представлены результаты исследования внутренней картины здоровья детей и подростков и фрагментарно представлены исследования относительно психологических особенностей внутренней картины здоровья молодых людей, которая является одним из главных показателей формирования здоровьесберегающего поведения.

В современной литературе обнаруживается дефицит междисциплинарных исследований системного характера, отражающих психологические и клинкопсихологические характеристики внутренней картины здоровья в ситуации здоровья и болезни.

1.3 Современное состояние организации диспансерного наблюдения за соматическим здоровьем молодых людей

Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». В критерии здоровья в качестве неперемennого условия входит возможность полноценно, активно, без всяких ограничений заниматься трудовой и общественно полезной деятельностью [ВОЗ, 1975].

Соматическое здоровье – это физическое здоровье человека, которое отражает текущее состояние органов и систем человеческого организма. Это определенные показатели или элементы здоровья. Здесь идет речь об уровне и гармоничности физического развития, функциональном состоянии организма, уровне иммунной защиты и неспецифической резистентности, об имеющихся заболеваниях или дефектах в развитии. Это своего рода энергopотенциал организма с точки зрения биологии и медицины. Основу соматического (физического) здоровья составляют морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем органов, обеспечивающих приспособление организма к воздействию различных факторов [Медицинская энциклопедия: справочная информация по медицине, 2012].

Проблема оценки физического здоровья человека нашла отражение в трудах многих отечественных и зарубежных ученых [Амосов, 1987; Апанасенко, 1985; Сухарев, 1991; Меерсон, 1981; Орлов, 2007; Орлов, Стрижакова, Фетисов, 2009].

Используя системный анализ для решения стратегических задач улучшения здоровья молодежи средствами физического воспитания, Сухарев А.Г. обосновывает концепцию параболической зависимости между состоянием здоровья и двигательной активностью, а также определяет пути совершенствования физического воспитания и гигиенические принципы его организации [Сухарев, 1991].

Для выявления критериев соматического здоровья методологической основой может послужить рассмотрение живого организма как термодинамической системы, устойчивость которой, в соответствии с законами термодинамики, зависит, прежде всего, от ее энергopotенциала [Меерсон, 1981].

В настоящее время существует методологическая база получения методик для оценки физического здоровья и большое разнообразие методов исследования и оценки соматического здоровья студенческой молодежи. Так, известный хирург, академик Н. М. Амосов считает, что здоровье – это максимальная производительность органов при сохранении качественных пределов их функций. Говоря о «количестве здоровья», считает, что его можно определить, как сумму «резервных мощностей» функциональных систем, которые можно выразить через «коэффициент резерва». Автор предложил определять уровень здоровья подсчетом средней арифметической величины от ряда функциональных проб, показатели которых сопоставляются с нормой (100 % от должных величин для данного возраста). Одной из функциональных проб берется пульс в покое лежа, в вертикальном положении, после нагрузки. Показатели складываются, делятся на количество показателей и полученное число и является количеством здоровья. [Амосов, 2007].

Профессор Г. Л. Апанасенко полагает, что уровень соматического здоровья можно измерить простым и доступным способом, при малой трудоемкости и отсутствии необходимости использования сложного оборудования. Чтобы

максимально сократить возможность осложнений при обследовании пациентов, была создана система экспресс-оценки уровня соматического здоровья, основанная на наличии физиологической закономерности – связи между уровнем развития аэробных способностей, характеризующихся величиной максимального потребления кислорода с одной стороны, физиологическими резервами и степенью экономизации функций, с другой. В качестве важного показателя соматического здоровья автором предлагается отношение жизненной емкости к единице массы тела.

В результате массовых исследований были выделены 5 уровней здоровья, характеризующиеся различной степенью распространенности факторов риска и латентных форм хронических соматических заболеваний, а также впервые был описан феномен «безопасного уровня» здоровья которому дана количественная характеристика. При «безопасном уровне» здоровья практически не регистрируются эндогенные факторы риска, манифестированные формы хронических неинфекционных заболеваний, низок риск смерти от них. При выходе индивида из «безопасной зоны» здоровья проявляется феномен «саморазвития» патологического процесса без изменения силы действующих факторов: вначале формируются эндогенные факторы риска, развивается патологический процесс и происходит его манифестация в виде конкретной нозологической формы. Феномен «безопасного уровня» здоровья предоставляет возможность строить научную основу первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний. [Апанасенко, 2006, 2014].

В современных исследованиях, контроль и объективная оценка физической подготовленности и соматического здоровья, осуществляется с помощью технологии «Навигатор здоровья». Данная интегральная система позволяет осуществить мониторинг соматического здоровья различных групп населения. С ее помощью можно оценить также текущие изменения здоровья испытуемых и эффект оздоровительных тренировочных программ. [Орлов, Стрижакова, Фетисов, 2009].

Использование технологии «Навигатор здоровья» в диспансеризации населения для выявления на ранних возрастных этапах низких показателей сердечно сосудистой системы (ССС) и дыхательного аппарата позволяет организовать целевую профилактику этих групп населения на основе физкультурно-оздоровительных программ и защитить организм от развития преждевременных заболеваний. Это снизит нагрузку на клинические медицинские учреждения и позволит перераспределить средства на организацию массовых профилактических мероприятий [Григорьев, Орлов, 2006].

Одним из наиболее важных направлений исследований является оценка состояния соматического здоровья молодого поколения. Проводя комплексную динамическую оценку состояния здоровья студентов экономического вуза в процессе обучения с помощью методов клинико-физиологического и социологического обследования были выявлены поведенческие факторы риска, влияющие на частоту проявления отдельных патологических состояний. При распределении студентов 1 и 4 курсов по трем группам здоровья обнаружено значительное количество студентов с соматическими заболеваниями их доля составила 59 %, доля здоровых студентов составляла всего 5 %. [Косолапов, Горшков, Спиридонов, 2006].

Привлекает к себе внимание современное исследование, в котором изучена зависимость между титрами антител слюны и суммой жалоб на состояние здоровья у студентов вуза. В результате исследования установлено, что наиболее здоровыми являются студенты, имеющие средние величины титров антител в слюне: от 16 до 64 в реакции пассивной гемагглютинации. По мере повышения гуморальных факторов иммунитета в слюне наблюдается ухудшение состояния здоровья у студентов. [Рочев, 2013].

Из вышесказанного следует, что существует множество разнообразных методов определения уровня соматического здоровья респондентов, при этом возникает закономерный вопрос на сколько широко данные методы применяются в мониторинге как систематическом контроле за состоянием здоровья студентов. Некоторые методы напрямую зависят от материально-технической базы и требуют

технического оснащения. На сегодняшний день недостаточно разработаны методические основы комплексного изучения здоровья студенческой молодежи.

Ухудшение физического и психического здоровья подрастающего поколения привело к падению роли молодежи как социального ресурса в целом. Одним из главных условий повышения эффективности охраны здоровья и социальной адаптации детей и молодых людей является проведение психопрофилактической работы, направленной на предупреждение возникновения психических и социоадаптивных отклонений и нарушений с учетом социопсихобиологических особенности каждого ребенка. [Семке, 2009].

Одним из основополагающих методологических принципов биопсихосоциального подхода к оценке здоровья и болезни является концепция адаптации человека [Березин, 1988]. Впервые предложенная Д. Энджелом «биопсихосоциальная модель» здоровья основана на соотношении в диаде «диатез – стресс», где диатез - это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а стресс - психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность. Взаимодействие диатеза и стресса объясняет любое заболевание [Angel, 1980].

Профилактика является одним из самых приоритетных направлений в сфере охраны здоровья населения. Наиболее эффективными комплексными методами профилактики неинфекционных заболеваний в РФ являются диспансеризация и профилактические медицинские осмотры, позволяющие выявить факторы риска и ранние признаки сердечно-сосудистых, онкологических, бронхолегочных заболеваний, сахарного диабета.

Порядок проведения профилактических медицинских осмотров утвержден Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1011н.

Помимо профилактических медицинских осмотров для детей проводятся предварительные медицинские осмотры при поступлении ребенка в образовательное учреждение и периодические медицинские осмотры, которые проводятся с целью динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся.

Порядок проведения и объема данных видов осмотров содержится в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1346н.

В соответствии с возрастом выделяют диспансеризацию детей от 0 до 3 лет, детей от 3 до 7 лет, диспансеризацию детей школьного возраста и диспансеризацию взрослого населения.

Система медицинского диспансерного наблюдения студентов была организована в России еще в 1927 году, в этот период были сформулированы требования к медицинскому отбору абитуриентов. В настоящее время диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц (статья 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»). Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан, является Порядок проведения диспансерного наблюдения, утвержденный Приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н.

Для раннего выявления заболеваний и проведения необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий проводятся профилактические медицинские осмотры населения, по результатам которых все осмотренные разделяются на три группы диспансерного наблюдения:

Группа «здоровые» (Д1) – это лица, которые не предъявляют жалоб и у которых в анамнезе и при осмотре не выявлены отклонения в состоянии здоровья. Наблюдение осуществляется в виде периодических медицинских осмотров. (Ежегодные осмотры по плану в установленные сроки). В отношении этой группы населения проводятся оздоровительные и профилактические мероприятия,

направленные на предупреждение заболеваний, укрепление здоровья, пропаганда ЗОЖ.

Группа «практически здоровые» (Д2) – лица, имеющие в анамнезе хронические заболевания без обострений в течение нескольких лет, лица с пограничными состояниями и факторами риска, часто и длительно болеющие, реконвалесценты после острых заболеваний. Наблюдение за больными, перенесшими острые заболевания осуществляются с целью устранения или уменьшения факторов риска развития заболеваний, коррекцию гигиенического поведения, повышение компенсаторных возможностей и резистентности организма, а также с целью предупреждения развития осложнений и хронизации процесса.

Группа «хронические больные» (Д3):

- лица с компенсированным течением заболевания с редкими обострениями, непродолжительной потерей трудоспособности, не препятствующего выполнению обычной трудовой деятельности (1 раз в год);

- больные с субкомпенсированным течением заболевания, у которых отмечаются частые ежегодные обострения, продолжительная потеря трудоспособности и ее ограничение (2 раза в год);

- больные с декомпенсированным течением заболевания, имеющие устойчивые патологические изменения, необратимые процессы, ведущие к стойкой утрате трудоспособности и инвалидности (3 раза в год).

Наблюдение за лицами, отнесенными к третьей группе – осуществляется на основе плана лечебно-оздоровительных мероприятий, который предусматривает консультации врачей специалистов; диагностические исследования; медикаментозное и противорецидивное лечение; физиотерапевтические процедуры; лечебную физкультуру; санаторно-курортное лечение; санацию очагов инфекции; плановую госпитализацию; реабилитационные мероприятия.

Оценку эффективности диспансеризации следует проводить отдельно по группам: здоровые; больные лица, перенесшие острые заболевания; больные хроническими заболеваниями.

Критерием эффективности диспансеризации здоровых (I группа диспансерного наблюдения) является отсутствие заболеваний, сохранение здоровья и трудоспособности (отсутствие перевода в группу больных).

Критерием эффективности диспансеризации лиц, перенесших острые заболевания (II группа диспансерного наблюдения), является полное выздоровление и перевод в группу здоровых.

Критерием эффективности диспансеризации лиц, страдающих хронической патологией (III группа диспансерного наблюдения) является стойкая ремиссия (отсутствие обострений заболевания) [Приказ Минздрава РФ от 3 февраля 2015г. №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»].

Однако, несмотря на оптимальную систему диспансерного наблюдения, результаты научных исследований по проблеме здоровья и данные официальной статистики свидетельствуют о негативной тенденции ухудшения состояния здоровья молодежи и трудоспособного населения России. Во многих вузах страны за последние десятилетия почти в два раза увеличилось количество студентов с ослабленным здоровьем. [Любецкий, Князев, Лукьяненко, 2014]. Также отмечается тенденция ухудшения показателей здоровья по всем возрастным группам [Назарова, 2014].

Проведя анализ организации диспансерного наблюдения на основе выявленных тенденций и структуры общей заболеваемости неинфекционными хроническими болезнями за период 2012–2016 гг., Я. П. Сандаков определил, что в структуре заболеваемости у пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением лидируют болезни системы кровообращения (I00-I98), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E89), болезни органов пищеварения (K00-K92), болезни органов дыхания (J00-J98), болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59), болезни мочеполовой системы (N00-N99). Автор отмечает, что общая заболеваемость (за 2012–2016 гг.) по всем неинфекционным заболеваниям и отдельным классам у пациентов,

находящихся под диспансерным наблюдением показывает прогнозный рост до 2022 года. [Сандаков, 2017].

При оценке качества проведения диспансерного наблюдения больных гипертонической болезнью исследователи пришли к заключению о том, что в процессе диспансеризации диагностические исследования больным диспансерных групп проводились в рекомендуемом объеме, достаточном для коррекции лечения и этапного контроля состояния пациентов [Коробейникова, Мощев, Гоголева, 2016].

Актуализируя проблему здоровья студенческой молодежи авторы Г. Н. Шеметова, и Е. В. Дудрова отмечают что состояние здоровья студенческой молодежи во многом определяется «школьной патологией» и за время обучения в вузе объективно ухудшается. На старших курсах по сравнению с первыми курсами отмечается значительно более быстрый темп прироста хронических заболеваний и функциональных расстройств. Более 60 % студентов средних и высших учебных заведений страдают различными хроническими заболеваниями, среди которых на первое место выходят болезни органов дыхания и нервной системы. Авторы отмечают целый ряд проблем, касающихся организации и практического осуществления профилактики заболеваний, реабилитации, организации медицинского обслуживания этой категории населения и разработки методов донозологической (доклинической) диагностики. Недостаточное внимание уделяется таким важным аспектам, как диспансерное наблюдение за здоровьем студентов и своевременное их взятие на диспансерный учет. Одним из предложений для обеспечения оптимизации профилактической и реабилитационной помощи студентам высших учебных заведений определяют консультирование студентов психологом и психотерапевтом [Шеметова, Дудрова, 2009]. Также по результатам медицинских осмотров в ТюмГНГУ выявляется ухудшение здоровья студентов в динамике от первого к последнему курсу обучения [Квашнина, Ахпателова, 2009].

Напротив, проведя анализ заболеваемости студентов Красноярского государственного медицинского университета от первого к шестому курсу

обучения отмечается тенденция в снижении заболеваемости по таким профилям как терапия, хирургия, гинекология, неврология, отоларингология, а негативная динамика отмечается лишь по профилю офтальмология, в котором отмечается увеличение количества заболеваний от первого к шестому курсу. Снижение общей заболеваемости обусловлено проведением ежегодных углубленных медицинских профилактических осмотров студентов, по итогам которых выявляются группы диспансерного наблюдения и оказывается своевременная врачебная помощь. Большое внимание уделяется консультированию студентов по факторам риска развития хронических неинфекционных заболеваний и формированию осознанного отношения к своему здоровью [Каскаева, Дашиева, 2017].

Изучая здоровье учащейся молодежи с использованием современных медико-социальных технологий И. А. Камаев и соавторы отметили, что несмотря на то, что студенты-медики демонстрируют более высокий уровень информированности о способах поддержания здоровья увеличивающейся к пятому курсу, существует ряд проблем, связанных с недооценкой значимости собственного здоровья и невниманием к нему. Так большинство будущих медицинских работников не стремятся придерживаться здорового образа жизни. Авторы считают, что самооценка здоровья в дополнение к объективным медицинским исследованиям, может служить индикатором состояния и динамики здоровья населения. А также заявляют о необходимости разработки комплексных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья будущих медицинских кадров, неотъемлемым элементом которых должны стать долгосрочные исследования для наблюдения за динамикой изменений в сфере здоровья. [Изучение здоровья учащейся молодежи с применением современных медико-социальных технологий, 2010].

Ряд авторов в своих исследованиях важнейшей задачей современности определяют здоровье молодого поколения и рассматривают его с различных позиций.

Изучая ценностные представления о здоровье и здоровом образе жизни студенческой молодежи с социально-психологической позиции М. А. Шулаева

выявляет противоречие между сформированностью у молодежи ценностного отношения к своему здоровью, его самосохранению и поддержанию и социально-психологическими представлениями о здоровье и его месте в системе жизненных ценностей. Автор отмечает неготовность большого количества молодежи включиться в ценностно-ориентированную политику в отношении своего здоровья и здорового образа жизни [Шулаева, 2010].

Изучая здоровье в иерархии ценностей студенческой молодежи В. Я. Шклярчук отмечает, что динамика социальных факторов показывает противоречивость отношения студентов к своему здоровью. Так, с одной стороны, выявляется ценностная значимость здоровья, а физическая культура и спорт осознаются как факторы сохранения и укрепления здоровья для последующей профессиональной деятельности студента, а с другой стороны отмечается выраженное нарушение форм поведения относительно собственного здоровья. [Шклярчук, 2007]. В иерархии терминальных ценностей и у юношей, и у девушек первое место занимает здоровье при этом представления о критериях здоровья смещены в сторону физического здоровья [Вайберт, 2016].

Подчеркивается тесная взаимосвязь образа жизни студентов с показателями их здоровья. Отмечается, что физическая культура является основой, формирующей здоровый образ жизни и тем самым обеспечивающей сохранение и укрепление здоровья студенческой молодежи [Шибкова, Симонов, 2009; Шкляр, 2006].

Результаты социолого-диагностических исследований показывают недостаточную информированность молодежи, получающей медицинское образование о здоровом образе жизни и факторах его составляющих, способствующих укреплению физического, репродуктивного и психического здоровья [Дмитренко, Енич, 2016].

На сегодняшний день современные исследователи заявляют об актуальности проблемы становления и сохранения репродуктивного здоровья молодёжи определяя ее решение как одну из основных задач современного общества. Рассматривая репродуктивное здоровье молодежи с позиции физической культуры

Р. Э. Попова и Л. П. Гурова определяют двигательную активность, как ведущий фактор, определяющий адаптивные возможности репродуктивной системы женского организма. И напротив гиподинамия, недостаточные физические нагрузки, вредные привычки и нарушения гигиенических норм питания девушек являются предикторами репродуктивной патологии либо факторами, усиливающими уже имеющуюся репродуктивную патологию [Попова, Гурова, 2016; Нурматова, Нурматов, Юсупова, 2012]. В области охраны репродуктивного здоровья наблюдается ограниченный доступ к медицинским услугам и низкая степень доверия молодежи к существующим медицинским организациям [Баттакова, Токмурзиева, Слажнёва, 2015].

Проводя исследование факторов риска неинфекционных заболеваний среди студентов Тверской государственной медицинской академии, И. С. Петрухин и соавторы выявляют большую распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний по сравнению с биологическими факторами риска. Отмечают что больше половины обследованных студентов относится ко II и III группам диспансерного наблюдения, что свидетельствует о необходимости усиления профилактических и лечебных мероприятий. [Факторы риска неинфекционных заболеваний среди студентов Тверской медицинской академии, 2013].

Наиболее значимое влияние на здоровье общества в целом и здоровье молодых людей в частности оказывают такие факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), как несбалансированное питание, низкая физическая активность, табакокурение, употребление алкоголя, ожирение, повышенное артериальное давление, дислипидемия [Каскаева, Дашиева, 2016].

При исследовании факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у молодежи в 52 % случаев выявлена гиподинамия, у 49,2 % студентов нерациональное питание, отягощённая наследственность – у 32,5 %, неадекватная адаптация к стрессу у 28,1 %, артериальная гипертензия и прегипертензия у 23,3 %, избыточная масса тела – у 16,1 %, курение у 8,6 % студентов [Сердечно-сосудистое

здоровье молодежи в аспекте проведения эффективной диспансеризации студенчества, 2014].

В современных зарубежных исследованиях отмечается, что здоровое питание и физическая активность являются ключевым поведением для поддержания здоровья и предотвращения развития неблагоприятных для здоровья условий, таких как ожирение и сердечно-сосудистые заболевания у подростков [Brassai, 2015]. Проводя исследование среди американских студентов выявлена взаимосвязь между смыслом в жизни (MIL) и поведением, способствующим укреплению здоровья [Steger, et. al., 2014]. Благополучие и смысл в жизни определяют поведение в отношении здоровья [Forgas, 2013].

Интересным представляется исследование, которое показывает, что зависть является мощным предиктором ухудшения психического здоровья, благополучия и качества жизни в будущем. В современном обществе систематически развиваются новые фильмы и новые формы рекламы, которые заставляют людей чувствовать себя неадекватными и завидовать другим. Зависть как качество личности более свойственно молодым людям, и уменьшается, когда люди становятся старше [Mujcic, Oswald, 2017].

С психологических позиций определения факторов риска развития соматических заболеваний вызывает особое внимание феномен алекситимии. Сущность данного феномена заключается в совокупности соматических, аффективных, когнитивных и вербальных нарушений, предрасполагающих к психосоматическим расстройствам и злоупотреблению психоактивными веществами [Taylor et. al., 2014; Taylor, Bagby, 2012, 2013; Sifneos, 1973; Kristal, 2015; Silva, 2013]. Алекситимия увеличивает восприимчивость к психическим соматическим заболеваниям [Alonso-Fernandez, 2011], показывается положительная связь между репрессивной стратегией (подавление чувства тревоги, отказ от ее вербализации, отрицание угрожающего стимула, нежелание думать о последствиях угрозы) и алекситимией [Myers, Derakshan, 2015].

Подтверждено наличие алекситимии и отсутствие уверенности во всех подгруппах пациентов с расстройствами пищевого поведения [Rosa, 2011]. Более

высокие уровни алекситимии и тревожности были также обнаружены у подростков с повышенным риском расстройств пищевого поведения [Cruz-Sáez et. al., 2013], пациенты (взрослые и подростки) с расстройствами пищевого поведения, независимо от индекса массы тела, демонстрировали более высокие уровни алекситимии, отторжения и эмоциональной дисфункции по сравнению со здоровыми [Calvo Sagardoy et. al., 2014].

В настоящее время современные исследователи алекситимии отмечают повторяющиеся описания характерных признаков данного феномена при различных психических и соматических заболеваниях [Николаева, 2007], а также при зависимостях. Различные аспекты проявлений алекситимии при алкогольной зависимости представлены в ряде публикаций [Тархан, 2013; Шпаковская, Копытов, 2014;]. Так, И. Р. Семин и Д. О. Есин, изучая взаимосвязь качества жизни и алекситимии у пациентов с алкогольной зависимостью обнаружили, что больные алкоголизмом с высоким уровнем алекситимии неадекватно завышали степень благополучия в различных сферах, что явно противоречило объективным данным анамнестических данных [Семин, Есин, 2013].

В ряде работ анализируется возможность возникновения алекситимии при психосоматических заболеваниях и зависимых формах поведения [Королева, Лайша, Буславский, 2012; Шпаковская, Копытов, 2014], при различных акцентуациях [Бартош, Мычко, 2014]. Выявлена взаимосвязь алекситимии с неблагоприятным течением табачной зависимости и выраженностью патологического влечения к курению [Сперанская, 2012]. Описаны алекситимические характеристики при желчекаменной болезни [Дмитрачков, Былинский, Юшко, 2015], алекситимия встречается чаще у лиц, страдающих псориазом, чем в общей популяции [Torres-Hernandez, Lopez-Garcia, Pedroza-Escobar, 2015].

Р. Г. Есин и соавторы, проводя детальный обзор зарубежной литературы по проблеме алекситимии обнаружили исследования с указаниями на изменения в конкретных участках головного мозга при алекситимии по данным КТ и МРТ [Есин, 2014], подчеркиваются трудности, которые могут возникнуть на уровне

терапевтического альянса при работе с алекситимическими пациентами [Silva, Vasco, Watson, 2013].

Таким образом, результаты описанных выше исследований свидетельствуют о низких показателях здоровья, о широкой распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста. Важная роль в изучении заболеваемости, оценке состояния здоровья и профилактики заболеваний у студентов принадлежит медицинским осмотрам. Основная их цель заключается в углубленном изучении состояния здоровья студентов и диспансеризации хронических больных, диагностике субклинических форм и начальных стадий заболеваний.

Выводы по главе 1

На основании теоретического анализа можно сделать вывод о том, что конструкт «внутренняя картина здоровья» является динамическим образованием в структуре личности и одним из ведущих факторов формирования поведения человека в отношении собственного тела и здоровья, и перспектив его развития. Внутренняя картина здоровья человека может по-разному соотноситься с объективными показателями состояния здоровья, в различной степени сформирована и определять на что человек направляет собственные усилия: на укрепление здоровья и поиск ресурсов или на борьбу с болезнью и неблагополучием.

В научной литературе активно обсуждается актуальность изучения внутренней картины здоровья, широко представлены результаты исследования внутренней картины здоровья детей и подростков и фрагментарно представлены исследования относительно психологических особенностей внутренней картины здоровья молодых людей, которая является одним из главных показателей формирования здоровьесберегающего поведения. Обнаруживается дефицит междисциплинарных исследований системного характера, отражающих психологические и клинико-психологические характеристики внутренней картины здоровья молодых людей в ситуации здоровья и болезни.

Отмечается негативная тенденция ухудшения состояния здоровья молодежи, во многих вузах страны за последние десятилетия почти в два раза увеличилось количество студентов с ослабленным здоровьем. Подчеркивается необходимость изучения поведения направленного на сохранение здоровья. Отмечается что профилактика является одним из самых приоритетных направлений в сфере охраны здоровья населения. Наиболее эффективными комплексными методами профилактики неинфекционных заболеваний в РФ являются диспансеризация и профилактические медицинские осмотры.

Поскольку популяция студенческой молодежи является оптимальным объектом для ранней профилактики хронических неинфекционных заболеваний, необходимо помимо совершенствования медицинского обеспечения учащейся молодежи, включать в профилактические и реабилитационные мероприятия методы психологической помощи студентам с соматическими заболеваниями и дисгармоничной внутренней картиной здоровья. Так как одной из основных функций внутренней картины здоровья является регуляция деятельности человека в отношении собственного поведения, направленного на поддержание здоровья и противостояние болезни, для осуществления регулирующей функции внутренняя картина здоровья должна быть гармоничной.

2 Организация и методы исследования внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения

2.1 Методология и описание методов исследования

Согласно введению, общую методологическую основу исследования составили концептуальные положения системной антропологической психологии (В. Е. Ключко, О. М. Краснорядцева, Э. В. Галажинский, Е. В. Некрасова и др.), определяющие человека как сложную, самоорганизующуюся, открытую систему, режимом существования которой является саморазвитие, обеспечивающее закономерное усложнение его системной организации.

Данный подход, на наш взгляд, позволяет рассмотреть внутреннюю картину здоровья в процессуально-динамическом ключе, определяющем возможности ее описания через такие характеристики человека, как открытость, устойчивая подвижность, континуальность, определяющие специфику континуума «здоровье-болезнь».

Кроме того, теоретико-методологической базой исследования принимаются положения ряда концептуальных подходов, раскрывающих специфику феномена внутренней картины здоровья:

1. положения теории отношений А. Ф. Лазурского и В. Н. Мясищева о множественности и сложности отношений личности с миром, самой собой и другими людьми;

2. концепция Б. Г. Братуся о трехуровневой структуре психического здоровья (высший уровень психического здоровья личностно-смысловой или уровень личностного здоровья, который определяется качеством смысловых отношений человека; уровень индивидуально-психологического здоровья, оценка которого зависит от способности человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений; уровень психофизиологического здоровья, который определяется особенностями мозговой, нейрофизиологической организации психической деятельности);

3. холистическая концепция здоровья В. А. Ананьева;

4. концепция психологического благополучия К. Рифф;
5. жизненного самоосуществления (И. О. Логинова);
6. системная концепция психической адаптации, отражающая единство психофизиологического и психосоциального в формировании личности во взаимодействии с окружающей средой (рассматривает адаптацию как целостную, многоуровневую и самоуправляемую функциональную систему, направленную на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой) (Ю. А. Александровский; Ф. Б. Березин; Л. И. Вассерман; А. Н. Алехин).

Также в работе были использованы научные разработки по психологии здоровья и психопрофилактике (В. А. Ананьев, Г. С. Никифоров); разработки отечественных ученых о внутренней картине болезни и внутренней картине здоровья, отношения к болезни и влияния соматических заболеваний на личность человека (Р. А. Лурия, В. В. Николаева, В. А. Ананьев, В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, Д. Н. Исаев, В. Е. Каган, И. И. Мамайчук, Р. А. Березовская, В. В. Блюм, В. Б. Челпанов и др.).

Изложенные в работе методологические подходы позволяют описывать динамику характеристик внутренней картины здоровья и отражать индивидуальные особенности ценностно-смысловой, когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер личности в общей структуре ее образа мира.

Исследовательская программа представлена комплексом методов и методик, соответствующих теоретико-методологическим основаниям исследования, как способам получения и анализа данных о психологических феноменах.

1. Теоретический анализ научных литературных источников по проблеме исследования.

2. Клинико-психологический анализ.

- 2.1. Анализ медицинской документации: медицинских карт амбулаторного больного (ф.025/у) и журнала диспансерного учета.

- 2.2. Экспериментально-психологический метод, включающий набор психодиагностических методик: «Шкала психологического благополучия» К. Рифф, адаптированная Т. Д. Шевельковой, П. П. Фесенко (2005); Методика

исследования уровня субъективного контроля (УСК); Методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» (Е. Б. Фанталова); Методика оценки качества жизни «SF-36»; тест «Нервно-психическая адаптация»; Алекситимическая шкала; Контент-анализ эссе «Мое здоровье».

Метод анализа научной литературы

На начальных этапах работы проводился теоретико-методологический анализ научной литературы по проблеме исследования. Проанализированы и обобщены отечественные и иностранные научные публикации в области психологии и медицины по проблеме исследования, отражающие исторические взгляды и современное состояние проблемы динамики характеристик внутренней картины здоровья в т.ч. диссертационные исследования на соискание ученых степеней по научным специальностям «Медицинская психология», «Общая психология», «Социальная психология», что позволило обосновать актуальность данного исследования и его методическое обеспечение, сравнить полученные результаты с исследованиями описанными в научной литературе, сформулировать выводы и заключение.

Клинико-психологический метод состоял в соотнесении данных медицинского осмотра и наличия клинического диагноза, (соответственно соотнесения с определенной группой диспансерного наблюдения) с результатами экспериментально-психологического исследования с целью интеграции всей доступной информации, относящейся к характеристикам внутренней картины здоровья.

В рамках клинико-психологического метода мы использовали *метод анализа медицинской документации*. По данным медицинских карт обобщенно оценивалось соматическое здоровье студентов, определялось наличие заболеваний и группа диспансерного учета. Это позволило получить объективные медицинские данные о состоянии здоровья исследуемой выборки.

В процессе первичного анализа медицинской документации было проведено распределение основной выборки на группы в зависимости от наличия и степени

выраженности заболевания. В группу здоровых нами были отнесены представители первой группы диспансерного учета к которой принадлежат лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при медицинском обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы. Ко второй группе были отнесены лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность. Третью группу составили респонденты с хроническими заболеваниями, сказывающимися на функциях жизненно важных органов и влияющие на потерю трудоспособности.

Повторный анализ медицинской документации проводился после реализации программы психологического сопровождения, с целью сравнения в динамике (выявления впервые установленных заболеваний или же их отсутствия, констатации количества обострений в год у респондентов, имеющих хронические заболевания либо наличия стойкой ремиссии).

Данные метода анализа медицинской документации были включены в программу психологической диагностики.

Экспериментально-психологический метод основывался на использовании стандартизованных психодиагностических методик. Он применялся для изучения особенностей самооценки здоровья, внутренней картины здоровья, ее динамических характеристик.

Обоснование методического инструментария

Для эмпирического исследования внутренней картины здоровья была выбрана традиционная модель структуры ВКЗ, не противоречащая системной антропологической психологии и состоящая из следующих компонентов: когнитивный компонент (идеи, мнения, убеждения о содержании, способах сохранения, укрепления и развития здоровья); эмоциональный компонент (чувственная сторона, эмоциональное реагирование на здоровье); поведенческий компонент (действия, деятельность, направленные на сохранение и поддержание здоровья); мотивационно-ценностный (ценность и значимость здоровья для

человека) [Ананьев, 2006]. Отметим, что категориальный аппарат системной антропологической психологии представлен понятиями «человек», «жизненный путь», «онтология бытия», «ценностно-смысловые координаты жизни человека» и другими, раскрывающими самоорганизационное движение человека в сторону усложнения [Логинова, 2010]. К показателям самоорганизационного движения человека в сторону усложнения возможно также отнести и структуру ВКЗ как параметр здоровьесбережения и самосохранения собственной целостности.

В русле идей системной антропологической психологии человек предстает как сложная самоорганизующаяся психологическая система, открытая как в социум, так и в объективную (природную, физическую, «вещную») среду [Клочко, 2005, С. 137]. Эта система «расширяется и усложняется за счет взаимодействия с внешним, делая его внутренним» [Клочко, 2005, С. 103], самоизменяясь и саморазвиваясь непрерывно. По мнению ряда ученых (Л.С. Выготский, В.Е. Клочко и др.), истинный «драматизм» жизни человека – состоит в постоянном отрицании себя сегодняшнего ради себя завтрашнего: сегодняшнего болеющего ради себя завтрашнего выздоравливающего, становящегося здоровым. «Чтобы понять путь своего развития в его подлинно человеческой сущности, – пишет С. Л. Рубинштейн, – человек должен его рассматривать в определенном аспекте: чем я был? – что я сделал? – чем я стал?» [Рубинштейн, 1989, С. 246].

Антропологический подход предоставляет возможность рассмотрения человека в его многообразии проявлений в разных сферах жизнедеятельности и всесторонних связях с миром [Фирсова, 2014].

В работах ученых продемонстрировано, как осуществляется движение на жизненном пути, в процессе которого человеком создается новый образ жизни, включающий переструктурирование собственного жизненного мира и новые условия жизни как неотъемлемой характеристики нелинейно изменяющегося мира, что указывает на возможность человека регулировать или гармонизировать собственные представления о здоровье.

Традиционно исследователи феномена внутренней картины здоровья отмечают поведенческий уровень ВКЗ как наиболее высокий уровень отношения к

здоровью который определяет активность деятельности субъекта направленной на сохранение и поддержание здоровья в которой большое значение придается адаптации.

В нашем исследовании большее внимание уделяется эмоциональному компоненту внутренней картины здоровья, поскольку в рамках системной антропологической психологии порождаемые системой новообразования связаны с установками человека, которые осуществляют связь ситуативных факторов с поведенческими актами и сознанием человека. С так называемыми «эмоционально-установочными комплексами» связаны такие качества человека как «чувствительность к проблемам» и «толерантность к неопределенности» (В. Е. Ключко).

На наш взгляд, в предыдущих исследованиях внутренней картины здоровья достаточное внимание уделяется ее когнитивному и поведенческому аспектам и недостаточное эмоциональному. Именно поэтому мы включили в программу исследования методики, направленные на изучение столь значимого (на наш взгляд) в формировании внутренней картины здоровья эмоционального компонента.

Медицинская модель также отмечает большое значение эмоциональной сферы в процессе прогрессирования болезни и выздоровлении. Объясняя это тем, что динамика эмоций приводит к определенным гормональным и биохимическим изменениям, которые опосредованно начинают оказывать влияние на интенсивность обменных процессов, дыхательную и сердечно-сосудистую системы, тонус головного мозга, кровообращения и в целом на состояние организма.

Особое внимание в структуре ВКЗ уделяется мотивационно-ценностному компоненту. Рассматривая психику как орган избирательного «общения» с миром (по Л. С. Выготскому), О. М. Краснорядцева, анализируя соотношение категорий «смысл» и «ценность», выделяет функциональную особенность смыслов и ценностей, рассматривая их как своеобразные «фильтры», но «ценности» как более широкие «фильтры». Именно благодаря им человек формирует собственное

ценностное отношение к здоровью, поскольку ценности образуют первичное «решето», а смыслы формируются в процессе просеивания через него [Красноярцева, 1997], определяя содержание жизни и здоровьесберегающую направленность в конкретных жизненных ситуациях.

Поскольку системная антропологическая психология, реализующая стратегию постнеклассического идеала рациональности, не отрицает возможности использования конкретных инструментов, относящихся к нижележащим идеалам рациональности (классическому и неклассическому), в рамках нашего исследования в основном использовались классические методики, используемые в клинической психологии. Однако, нашей задачей было наиболее полно исследовать структуру и характеристики ВКЗ. В этой связи мы провели сопоставительный анализ компонентов ВКЗ, ее характеристик и методик с анализом их общей направленности, и возможностей, представленный в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Соответствие компонентов внутренней картины здоровья, характеристик и методик исследования

Компоненты ВКЗ	Характеристики ВКЗ	Методики	Общая направленность	Возможности методики
Эмоциональный компонент внутренней картины здоровья.	Психологическое благополучие	«Шкалы психологического благополучия»	Определяет степень позитивного функционирования личности, степень удовлетворенности собой и собственной жизнью	Шкалы данной методики являются показателем способности быть открытым для общения, открытости новому опыту, показатель сбалансированности эмоциональных процессов и способности к саморегуляции
	Качество жизни	Опросник SF-36	Используется в соматической клинике для оценки качества жизни связанного с психическим и физическим здоровьем.	Помогает определить психологический портрет пациента, определить его индивидуальные особенности переживания болезни, отношения к ней и к возможным осложнениям.
	Алекситимия	«Торонтская алекситимическая шкала»	Алекситимия рассматривается как некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к заболеваниям психосоматической специфичности	Наличие алекситимии как показатель закрытости психологической системы. Позволяет обнаружить эмоциональные фильтры. Компетентность в использовании эмоциональных проявлений говорит об открытости системы
	Нервно-психическая адаптация	Тест «Нервно-психическая адаптация»	Позволяет разделить обследуемых лиц на пять выделяемых в психиатрии групп нервно-психического здоровья или уровня нервно-психической адаптации:	Рассматривает адаптацию как достижение устойчивости в изменяющейся среде и как одну из значимых составляющих здоровья. Нервно-психическая дезадаптация как показатель напряженности системы, чем больше система напряжена, тем более она закрыта.

Окончание таблицы 2.1.

Компоненты ВКЗ	Характеристики	Методика	Общая направленность	Возможности методики
Мотивационно-ценностный компонент внутренней картины	Ценности здоровья Показатель дезинтеграции в мотивационно-ценностной сфере	«УСЦД»	Позволяет определить иерархию ценностей, включающих в себя степень внутриличностной диссоциации и уровень наиболее выраженного внутреннего рассогласования («внутренние конфликты» и «внутренние вакуумы»).	В процессе жизни человека соотношение Ц-Д характеризуются как устойчивость, результаты не статичны, обнаруживают динамику и определяют кризисные точки (ВВ, ВК). Данный показатель может выступать как индикатор блокады ценностно-смысловых образований в мотивационно-личностной сфере
Поведенческий компонент внутренней картины здоровья	Интернальность	Опросник «УСК»	Позволяет оценить сформированный у испытуемого уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями.	Как показатель самоорганизации и высокой степени ответственности. Одним из основных внутренних факторов, определяющих психологическую устойчивость личности, является активность в поведении и деятельности
Когнитивный компонент внутренней картины здоровья	Знание о здоровье, ЗОЖ Представление о самооценке собственного здоровья	Анкета «Что я знаю о здоровье»	Самооценка здоровья	Представления о содержании понятия «здоровье», субъективная оценка здоровья
Внутренняя картина здоровья	Представление о структуре ВКЗ	Контент-анализ эссе «Мое здоровье»	Направлен на оценку характеристик структуры внутренней картины здоровья	Целостная структура внутренней картины здоровья, включающая все основные характеристики, отражает ценностно-смысловой мир человека

Данный комплекс методик на наш взгляд позволяет с разных сторон многомерно оценить динамику характеристик внутренней картины здоровья.

Описание того, каковы диагностические возможности этих методик следует ниже.

В связи с тем, что многие исследователи в области психологии соотносят с понятием «психологическое благополучие» целый ряд близких по своему значению понятий, таких как: «нормальная личность», «позитивный стиль жизни», «высокое качество жизни», «психическое здоровье», «эмоциональный комфорт», «внутренняя картина здоровья», «зрелая личность», «самоактуализирующаяся личность», «полноценно функционирующая личность» и др. мы посчитали целесообразным в изучении ВКЗ использование методики «Шкалы психологического благополучия». На наш взгляд данная методика, являясь показателем сбалансированности эмоциональных процессов и способности к саморегуляции, также отражает психологический компонент здоровья, что можно соотнести с внутренней картиной здоровья.

Психологическое благополучие личности представляет собой непрерывный процесс восхождения и осуществления личностной самоактуализации, показатель сбалансированности эмоциональных процессов и способности к саморегуляции. В исследованиях жизнестойкости, одного из понятий системной антропологической психологии была подтверждена положительная взаимосвязь жизнестойкости с общим психологическим благополучием [Богомаз, 2009].

В зарубежных исследованиях выявлены взаимосвязи жизнестойкости с физиологическими процессами и с состоянием здоровья. С. Мадди подчеркивает значимость выраженности всех компонентов жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска) для сохранения здоровья [Мадди, 2002].

1. Методика «Шкалы психологического благополучия» (ШПБ) – это адаптированный русскоязычный вариант опросника «The scales of psychological well-being», предложенного К. Рифф [Riff, Keyes, 1995].

В контексте нашего исследования эта методика соотносится с методологическим аппаратом системной антропологической психологии и

подходит для изучения осмысленности жизни так как в своей структуре содержит шкалы «Наличие цели в жизни», что является показателем существования или целей и занятий, придающих жизни смысл. Шкала «Позитивные отношения с окружающими» характеризует способность быть открытым для общения, «Личностный рост», как показатель открытости новому опыту и самореализации, «Управление средой», как показатель эффективности в решении каждодневных задач, что также соотносится с данной методологией как в прочем и все последующие шкалы данной методики.

Данная методика включает в себя следующие шкалы:

- позитивные отношения с окружающими понимаются, как умение сопереживать, способность быть открытым для общения, наличие навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми. Отсутствие этого качества свидетельствует о неспособности устанавливать и поддерживать доверительные отношения, нежелании искать компромиссы, замкнутости.

- автономия. Человек, обладающий высокой автономией, способен быть независимым, он не боится противопоставить свое мнение мнению большинства, может позволить себе нестандартное мышление и поведение, он оценивает себя исходя из собственных предпочтений. Отсутствие достаточного уровня автономии ведет к конформизму, излишней зависимости от мнения окружающих.

- управление окружающей средой связано с наличием качеств, которые обуславливают успешное овладение различными видами деятельности, способность добиваться желаемого, преодолевать трудности на пути реализации собственных целей; в случае недостатка этой характеристики наблюдается ощущение собственного бессилия и некомпетентности, неспособность что-то изменить или улучшить в жизни.

- личностный рост предусматривает стремление развиваться, учиться и воспринимать новое, а также ощущение собственного прогресса. Если личностный рост по каким-то причинам невозможен, то следствием этого становится чувство

скуки, стагнации, отсутствие веры в свои способности к переменам, овладению новыми умениями и навыками.

- наличие цели в жизни, что сопряжено с чувством осмысленности существования, ощущением ценности того, что было в прошлом, происходит в настоящем и будет происходить в будущем. Отсутствие целей в жизни влечет ощущение бессмысленности, тоски, скуки.

- самопринятие отражает позитивную самооценку себя и своей жизни в целом, осознание и принятие не только своих положительных качеств, но и своих недостатков, противоположность самопринятия – чувство неудовлетворенности собой которое выражается в неприятии определенных качеств своей личности, неудовлетворенности своим прошлым.

Индекс общего психологического благополучия вычислялся путем суммирования баллов, полученных по всем шести шкалам опросника [Шевеленкова, Фесенко, 2005].

Достоверным критерием позитивной внутренней картины здоровья в психологическом аспекте на наш взгляд является качество переживаний человека. И одним из показателей здесь может служить степень удовлетворенности качеством жизни (самим собой, окружающим миром и людьми).

По мнению А. А. Новика и соавторов, связанное со здоровьем качество жизни выступает как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Эти же авторы выделяют три основных признака, характерных для концепции качества жизни. К ним относят: многомерность, изменяемость во времени и участие больного в оценке его состояния [Новик, Ионова, 2002].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей своей позиции в жизни в контексте культурной среды и системы ценностей, в которой проживает индивид, в соответствии с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями [Вассерман, Трифонова, 2006].

Изучение качества жизни в медицине помогает определить психологический портрет пациента, определить его индивидуальные особенности переживания болезни, отношения к ней и к возможным осложнениям. Качество жизни – субъективная оценка благополучия, основанная на воспринимаемом различии между действительным и желаемым состоянием жизни [Новик, Ионова, 2004].

2. Параметр качества жизни, как показатель, отражающий общее благополучие и степень удовлетворенности сторонами жизнедеятельности здоровых студентов и имеющих в анамнезе хронические заболевания и входящий в структуру внутренней картины здоровья диагностировался с помощью опросника оценки качества жизни SF-36 [Новик, Ионова, 2007].

На наш взгляд данная методика соотносится с основными методологическими положениями системной антропологической психологии так как качество жизни включает в себя такие характеристики как удовлетворенность самим собой, окружающим миром и людьми, многомерность, изменяемость во времени и участие больного в оценке его состояния, систему ценностей и др.

Качество жизни выступает как субъективная интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, что соотносится с основной методологией системного подхода.

Неспецифический опросник SF-36 широко используется в соматической клинике для оценки качества жизни связанного с психическим и физическим здоровьем. Русскоязычная версия опросника «SF-36», созданная российскими исследователями Межнационального Центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 г. Данная версия опросника SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований КЖ в России.

Опросник SF-36, является общим и позволяет оценивать качество жизни больных с различными заболеваниями, сравнивать этот показатель с таковым у здоровых и наиболее информативен при изучении удовлетворенности качеством жизни. Кроме того, SF-36 позволяет охватывать респондентов от 14 лет и старше.

Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам. Результаты исследования КЖ выражаются в баллах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Чем выше балл по шкале опросника, тем лучше показатель КЖ.

Количественно оцениваются следующие показатели:

- 1). GeneralHealth (GH) – общее состояние здоровья;
- 2). PhysicalFunctioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба по лестнице, поднятие тяжестей и т.п.);
- 3). Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности);
- 4). Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности;
- 5). SocialFunctioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность, общение;
- 6). BodilyPain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома;
- 7). Vitality (VT) – жизнеспособность, жизненная активность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным);
- 8). MentalHealth (MH) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие тревоги, депрессии, общий показатель положительных эмоций).

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения и группируются в «физический компонент здоровья» (1, 2, 3, и 6 шкалы) и в

показатель «психологический компонент здоровья) (4, 5, 7 и 8 шкалы) [Новик, Ионова, 2007].

3. Диагностика эмоционального компонента внутренней картины здоровья осуществлялась на основе использования опросника «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS, G. Taylor). В России эта методика адаптирована в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, ее стабильность, надежность и валидность факторной структуры доказаны в многочисленных исследованиях [Дьяконов, 2008].

При заполнении опросника испытуемые характеризуют себя, используя для ответов шкалу Ликерта – от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен». При этом одна половина суждений имеет положительный код, а другая – отрицательный.

Алекситимия определялась у респондентов, набравших более 74 баллов, менее 62 баллов – отсутствие алекситимии, показатели в интервале 62-74 баллов расцениваются как пограничные, свидетельствующие о личностной дезинтеграции и росте психоэмоционального напряжения.

G. Taylor рассматривает алекситимию как неспецифическое расстройство в переживании эмоций, досимволический стиль психики, свойственный людям с менее организованной психической структурой, в их «речи отсутствуют нюансы, она бедна использованием метафор и лишена аффективной окраски». Алекситимия обнаруживается у наркоманов и алкоголиков с ранней преневротической патологией [Taylor, 1984].

N. Kristal считает, что алекситимия- это регрессия по линии аффективного развития, причина которой лежит в психотравме. Она может быть инфантильной или катастрофической [Kristal, 1983].

В практической медицине чрезвычайно важно распознавать проблемы со здоровьем на этапе нарушения адаптации, как предиктора заболеваний, что сделает возможным проведение профилактических мероприятий [Баевский, Берсенева, 2008].

Ряд отечественных исследователей рассматривают психическую адаптивность как интегральное свойство личности, характеризующее ее способность противостоять срывам адаптации [Александровский, 2010; Березин, 2000; Воробьев, 1995].

По Ю. А. Александровскому, важнейшим показателем психической дезадаптации является нехватка «степеней свободы» адекватного и целенаправленного реагирования человека в условиях психотравмирующей ситуации. Длительное и особенно резкое напряжение функциональной активности барьера психической адаптации приводит к его перенапряжению, что проявляется появлением преневротических состояний и легких нарушений (повышенная чувствительность к обычным раздражителям, незначительная тревожность, беспокойство, заторможенность или суетливость в поведении, бессонница и т.д.). Эти изменения носят парциальный и временный характер, не вызывают изменений целенаправленного поведения человека и адекватности его аффекта. Своевременная диагностика и квалификация нарушений психической адаптации являются неперенным условием их профилактики и коррекции [Александровский, 1993, 2002].

Особенное значение имеет своевременное распознавание предболезненных субклинических состояний. Они диагностируются и определяются как невротические и патохарактерологические реакции в отличие от клинически очерченных синдромов (неврозы и неврозоподобные состояния; психопатии и психопатоподобные состояния). Предболезненные, субклинические состояния характеризуются тем, что не достигают степени выраженности синдромально очерченных состояний, возникают от незначительных причин, имеют тенденцию к стереотипному повторению, они нестойки и не сопровождаются выраженной социальной дезадаптацией [Семичов, 1986, 1987].

4. Для изучения внутренней картины здоровья на наш взгляд необходимо исследовать нервно-психическую адаптацию как один из показателей гармоничной (адекватной, целостной, позитивной) внутренней картины здоровья. Нервно-психическая адаптация отражает как эмоциональный компонент ВКЗ, так и

поведенческий и ее низкий уровень может свидетельствовать о негативной внутренней картине здоровья. В научной литературе при описании категории адаптации часто встречаются близкие по смыслу понятия такие как жизнестойкость, стрессоустойчивость, совладание и др. [Тхостов, 2005; Тагирова, 2009].

Рассматривая адаптацию как достижение устойчивости в изменяющейся среде и как одну из значимых составляющих здоровья, мы посчитали целесообразным использовать в данном исследовании тест «Нервно-психическая адаптация» (НПА) [Гурвич, 1992].

На наш взгляд, данная методика соотносится с основными методологическими позициями концепции психической адаптации, которая рассматривает адаптацию как целостную, многоуровневую и самоуправляемую функциональную систему, направленную на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой, а самооценка здоровья и есть точка устойчивого функционирования человека.

Эта методика позволяет разделить обследуемых лиц на пять выделяемых в психиатрии групп нервно-психического здоровья или уровней нервно-психической адаптации:

I группа – здоровые, отличный уровень нервно-психической адаптации;

II группа – практически здоровые, хороший уровень нервно-психической адаптации с благоприятными прогностическими признаками;

III группа – практически здоровые, удовлетворительный уровень нервно-психической адаптации с неблагоприятными прогностическими признаками (возможно развитие признаков дезадаптации);

IV группа – легкая степень дезадаптации, наличие начальных признаков ее развития;

V группа – выраженная патология, наличие признаков дезадаптации.

Одним из основных элементов здоровья в целом является психическое здоровье, которое позволяет обеспечить выполнение социальных функций и равновесие человека с окружающим миром. Крайними категориями многомерной

шкалы адаптации выступают абсолютное (идеальное) нервно-психическое здоровье и вероятное болезненное нервно-психическое состояние [Александровский, 2010, 2002]. Данная методика на наш взгляд определяет место самооценки здоровья в континууме «здоровье-болезнь».

Одной из важных потребностей личности является потребность в определении личностных ценностей, приоритетов и смысла жизни которая возникает у каждого человека. [Братусь, 2006].

5. Для диагностики мотивационно-ценностного компонента внутренней картины здоровья у студентов трех групп диспансерного учета использовалась методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» Е. Б. Фанталовой (УСЦД). В основе этой методики лежит предположение автора о том, что одной из существенных детерминант мотивационно-личностной сферы является подвижное, постепенно меняющееся в процессе жизнедеятельности в зависимости от жизненных обстоятельств соотношение двух плоскостей «сознания» которое по своему характеру аналогично соотношению таких психологических параметров, как «Ценность» (Ц) и «Доступность» (Д), которые являются ключевыми в данной методике [Фанталова, 2001].

Данная методика позволяет определить иерархию ценностей, включающих в себя степень внутриличностной диссоциации и уровень наиболее выраженного внутреннего рассогласования («внутренние конфликты» и «внутренние вакуумы»). Под диссоциацией ценностно-смысловой сферы понимается степень рассогласования между ценным (Ц) и доступным (Д). Показатель «Ценность-Доступность» («Ц-Д») является основной психометрической характеристикой методики и свидетельствует о степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, блокаде основных потребностей, об уровне самореализации, интегрированности. Данный показатель может выступать как индикатор блокады ценностно-смысловых образований в мотивационно-личностной сфере [Фанталова, 2015].

Показатель расхождения «Ц-Д» применительно к конкретной жизненной сфере будет иметь двухмерную характеристику в зависимости от того, какой

параметр выше, Ц или Д. В случае, когда $Ц > Д$ максимальное расхождение будет означать стойкий, глубокий, до настоящего времени необратимый внутренний конфликт. Обратное соотношение, когда $Ц < Д$, будет означать состояние внутренней опустошенности, снижения побуждений.

Эта методика применяется для осознания у пациентов ведущих жизненных ценностей, личностных замыслов, дальнейших жизненных целей. А также выявляет степень неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, внутренней конфликтности. Конфликтом в ценностной сфере, по результатам данной методики является разрыв между потребностью в достижении внутренне значимых ценностных объектов и возможностью такого достижения в реальности, а вакуумом – такое состояние, при котором ценность является доступной, но нежелательной. Глубина внутреннего конфликта и возникающая при этом психологическая неудовлетворенность оцениваются в качественных и количественных показателях [Фанталова, 2013].

Применительно к конкретной жизненной сфере двумерная характеристика расхождения ценности и доступности определяется тем, какой параметр выше, ценность или доступность. Максимальное расхождение между ценностью и доступностью в случае, когда ценность выше доступности, будет означать стойкий, глубокий внутренний конфликт. Обратное соотношение, когда доступность больше ценности, будет, напротив, означать состояние «внутреннего вакуума», внутренней опустошенности, снижения побуждений, ненужности, избыточности присутствия.

Интегральный показатель «Ценность-Доступность» (R) будет говорить о глубине не всегда осознаваемого состояния вовлеченности личности в собственные внутренние конфликты, степени внутренней неудовлетворенности, блокады основных жизненных потребностей.

На основании величины индекса автор методики выделяет три уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере личности:

- низкий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере – от 0 до нормы (33 у мужчин, 37 у женщин);

- средний уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере – от нормы до 50;

- высокий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере – 50-72.

Одним из основных внутренних факторов, определяющих психологическую устойчивость личности, является активность в поведении и деятельности [Фанталова, 2013, 2015].

Понятие «локус контроля» является одной из популярных концепций, используемых для объяснения поведения людей в отношении своего здоровья.

6. Для изучения поведенческого компонента внутренней картины здоровья использовался опросник «УСК».

Данная экспериментально-психологическая методика позволяет сравнительно быстро и эффективно оценить сформированный у испытуемого уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями и пригодна для применения в клинической психодиагностике. Методика разработана в НИИ им. Бехтерева [Бажин, Голынкина, Эткинд, 1993].

Опросник содержит 44 утверждения и представляет собой две шкалы – интернальности и экстернальности (в соответствии с теоретическим положением о том, что шкала интернальности – экстернальности представляет собой единый континуум). Любому человеку свойственна определенная позиция на континууме, простирающемся от экстернальному к интернальному типу. Локус контроль, характерный для индивида, универсален по отношению к любым типам событий и ситуаций в различных областях социальной жизни.

7. Контент-анализ эссе «Мое здоровье» предполагает выявление структуры и доминирующих аспектов внутренней картины здоровья (когнитивного, эмоционального, поведенческого и мотивационно-ценностного).

Все методики являются апробированными, соотносятся с теоретическими положениями данной работы и позволяют получить объективные данные о состоянии здоровья респондентов, их психологическом благополучии, качестве жизни, уровне субъективного контроля, ценностно-мотивационной сфере, эмоциональной сфере, уровне нервно-психической адаптации. Данные полученные

по результатам используемых методик позволяют описать внутреннюю картину здоровья, а также динамику ее характеристик в контексте континуума «здоровье-болезнь». Модель континуума «здоровье-болезнь» представлена выборкой исследования т.к. ее составляют респонденты, принадлежащие к различным группам диспансерного наблюдения в зависимости от наличия и степени выраженности соматических заболеваний (от здоровых до имеющих хронические соматические заболевания).

Математико-статистический метод использовался для обработки данных полученных по психодиагностическим методикам и применялся с использованием стандартных методов статистического анализа математических данных с помощью пакета программ статистической обработки данных IBM SPSS Statistics v.19. (Медиана, критерий Манна – Уитни с поправкой Бонферрони ($p < 0,017$), критерий Пирсона χ^2 , критерий Караскела–Уоллиса, корреляционный анализ, факторный анализ); непараметрический метод сравнения двух выборок (U-критерий Манна-Уитни для независимых выборок, Т-критерий Вилкоксона для зависимых выборок). Для сравнения количественных данных нескольких независимых групп использовали критерий Краскела-Уоллиса.

Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде процентных долей и стандартной ошибки, для количественных признаков в виде средних арифметических (M) и стандартных отклонений (σ). В случаях отсутствия нормального распределения переменных, в описательной статистике использовались медиана (Me) и перцентили (P_{25} , P_{75}).

Проверка нормальности распределения значений переменных в группах наблюдения проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилкса. При уровне значимости (p) меньше 0,05 гипотеза о нормальности распределения отвергалась.

Значимость различий качественных и порядковых признаков в группах наблюдения оценивали при помощи непараметрического критерия χ^2 (результаты представлены в виде: χ^2 - значение критерия, df – число степеней свободы, p – уровень значимости). Различия оценивали, как статистически значимые при $p < 0,05$.

Для анализа корреляционной связи между исследуемыми признаками применялся коэффициент корреляции Пирсона (для нормального распределения) и коэффициент корреляции Ч. Спирмена (для переменных распределение которых отличалось от нормального).

Сила корреляционной связи между признаками оценивалась согласно таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Распределение значений коэффициента корреляции

Характеристики связи	Прямая	Обратная
связи нет	0	
слабая	от 0 до 0,3	от 0 до - 0,3
средняя	от 0,3 до 0,7	от - 0,3 до - 0,7
сильная	от 0,7 до 1	от - 0,7 до - 1
полная (функциональная)	+ 1	- 1

Корреляционная связь оценивалась по коэффициенту r , и считалась статистически значимой при $p < 0,05$.

Таким образом, выбор данных экспериментально-психологических методов и методов статистического анализа полученных эмпирических данных, объединенных в исследовательскую программу, обусловлен их надежностью и соответствием гипотезе и задачам исследования.

Полученные с помощью количественных и качественных видов анализа результаты интерпретировались в соответствии с целями и теоретическим контекстом исследования.

2.2 Организация эмпирического исследования и характеристика выборки

Данное диссертационное исследование проводилось поэтапно в период с 2012 г. по 2017 г. и состояло из пяти последовательных этапов.

На первом этапе было проведено пилотажное исследование, которое позволило определить методическую базу, разработать программу, план исследования, определить базу эмпирического исследования. Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования.

На втором этапе эмпирического исследования решалась задача изучения особенностей внутренней картины здоровья в континууме «здоровье-болезнь» у молодых людей, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения. Осуществлялся подбор методов исследования, отвечающих цели и задачам исследования, а также логике теоретического анализа.

На третьем этапе было реализовано эмпирическое исследование, создана база данных включающая показатели психологической диагностики особенностей внутренней картины здоровья 307 респондентов, принадлежащих к трем группам диспансерного наблюдения. Далее проведена обработка полученных данных, с помощью методов математической статистики. По итогам психодиагностики на каждого респондента была получена информация по 83 параметрам. Получены факторные модели особенностей внутренней картины здоровья у молодых людей, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения. На основании полученных результатов исследования были выявлены характеристики внутренней картины здоровья, указывающие на дисгармоничность внутренней картины здоровья у определенной категории респондентов, данные показатели легли в основу разработки программы медико-психологического сопровождения.

На четвертом этапе была разработана программа медико-психологического сопровождения, направленная на гармонизацию внутренней картины здоровья и улучшение соматического здоровья молодых людей, находящихся на диспансерном наблюдении. Сформированы контрольная и экспериментальная группы, создана база данных, содержащая результаты исследования экспериментальной группы (30 чел.) до реализации программы психологического сопровождения и после, и третья, содержащая результаты исследования контрольной группы (31 чел.) до и после реализации программы медико-психологического сопровождения.

На пятом этапе реализовывалась программа медико-психологического сопровождения респондентов, с дисгармоничной внутренней картиной здоровья в условиях психологического центра, выявлялась динамика характеристик ВКЗ и производилась оценка эффективности вышеуказанной программы.

Программа исследования, включающая этапы и их содержание представлена в таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Этапы и содержание этапов исследования

Этапы	Содержание этапа	Источники данных
I	Обзор отечественной и зарубежной литературы по проблеме	Отечественная литература (186) Зарубежная (38)
II	Сбор информации	Журнал диспансерного учета, медицинские карты Психодиагностические методики
III	Создание и обработка базы данных	Пакет прикладных программ Microsoft Excel 2013 IBM SPSS Statistics v.19
IV	Анализ полученных результатов исследования	Результаты статистической обработки материала Первичная документация База данных результатов психодиагностики
	Разработка программы психологического сопровождения	Психодиагностические методики
V	Реализация программы медико-психологического сопровождения и оценка динамики характеристик ВКЗ. Оценка эффективности программы медико-психологического сопровождения	Медицинские карты База данных результатов повторного исследования IBM SPSS Statistics v.19
	Выводы, практические рекомендации	Статьи, оформление диссертации

На рисунке 2.1 наглядно представлена схема-дизайн исследования в которой также отражены основные этапы и их содержание, направления, объем и методы исследования.

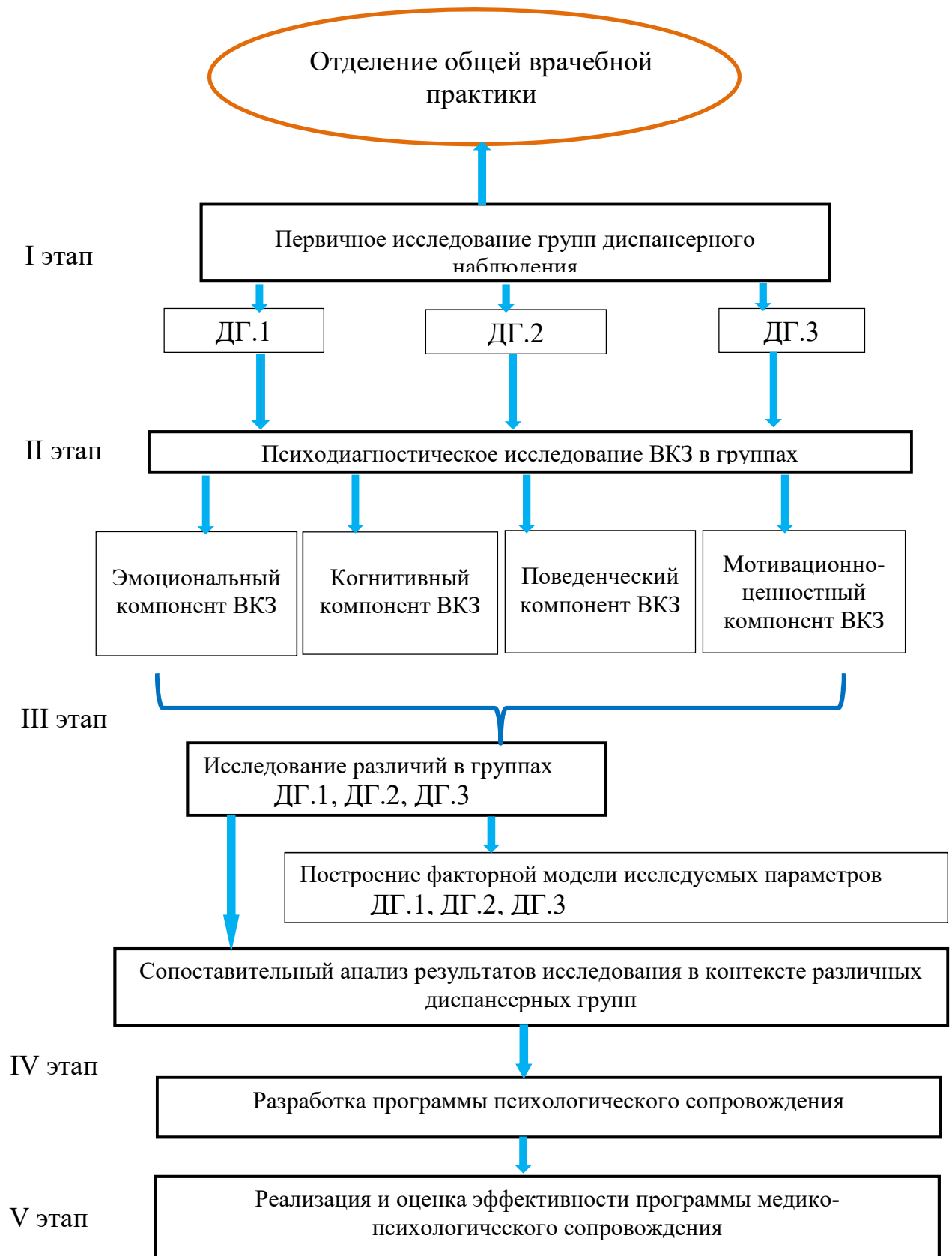


Рисунок 2.1 – Схема-дизайн исследования

Исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, разработанными в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266. У всех лиц, участвующих в исследовании, получено информированное согласие на участие в нем.

Исследование динамики характеристик внутренней картины здоровья проводилось на базе университетской клиники семейной медицины КрасГМУ в отделении общей врачебной практики в период проведения планового медицинского осмотра. В исследовании приняли участие 368 студентов 2 и 3 курсов КрасГМУ. Студентами, согласившимися принять участие в исследовании было подписано информированное согласие.

Основной целью исследования является выявление динамики характеристик внутренней картины здоровья у представителей различных групп диспансерного наблюдения. Исходя из гипотезы и поставленной цели исследования были сформулированы основные задачи эмпирического исследования, которые и определили его логику.

Для изучения динамики характеристик внутренней картины здоровья, выборка исследования строилась на отборе респондентов, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения.

Так, выбор респондентов, принадлежащих к трем группам диспансерного наблюдения, был обусловлен отсутствием/наличием и степенью выраженности соматического заболевания у респондентов, о чем свидетельствует определение в группы диспансерного наблюдения.

В процессе анализа медицинской документации было проведено распределение основной выборки на группы в зависимости от наличия и степени выраженности заболевания. Студенты были поделены на группы по состоянию здоровья на основании приказа №1006н от 03.12.2012г. «Об утверждении порядка

проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». В соответствии с этим приказом, в группу здоровых были отнесены представители первой группы диспансерного учета, к которой принадлежат лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при медицинском обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы (96).

Ко второй группе были отнесены 110 респондентов (лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность). Третью группу составили 101 респондент (больные хроническими заболеваниями, с компенсированным течением заболевания, редкими и непродолжительными потерями нетрудоспособности).

Критериями включения в исследование были возраст от 18 лет до 25, соответствие данных диагноза общепринятым критериям по МКБ-10, отсутствие обострений на период исследования, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии в анамнезе (психические заболевания, ЧМТ, опухоли ГМ, эпилепсия), подписание информированного согласия. Вывод о состоянии здоровья делался исходя из анализа медицинских карт амбулаторного больного (ф.025/у) и журнала диспансерного наблюдения. Данные диагноза соответствовали общепринятым критериям по МКБ-10. Все респонденты на момент обследования находились в стадии ремиссии. В исследование были включены студенты 2-3 курсов, поскольку планировалось изучение характеристик внутренней картины здоровья в динамике, включающее катamnестическое исследование.

В таблице 2.4. и 2.5. ниже представлены нозологические формы патологии соматического уровня у респондентов, включенных в наше исследование и принадлежащих ко второй и третьей группам диспансерного наблюдения. Данные получены в результате анализа медицинской документации в период проведения очередного ежегодного медицинского осмотра.

Таблица 2.4 – Нозологические характеристики респондентов 3 группы диспансерного наблюдения

3-я группа диспансерного наблюдения (n=101)			
МКБ-10		Кол-во	%
Код	Нозологическая форма		
E00-E90	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ		
E23.2	Несахарный диабет	4	4,0%
I00-I99	Болезни системы кровообращения		
I47.9	Пароксизмальная тахикардия неуточненная	1	1,0%
I10	Эссенциальная (первичная) гипертензия	4	4,0%
J00-J99	Болезни органов дыхания		
J30.1	Аллергический ринит, вызванный пылью растений	1	1,0%
J41.0	Простой хронический бронхит	4	4,0%
J45.0	Астма с преобладанием аллергического компонента	24	23,7%
J45.8	Смешанная астма	1	1,0%
L00-L99	Болезни кожи и подкожной клетчатки		
L20.8	Другие атопические дерматиты	1	1,0%
N00-N99	Болезни мочеполовой системы		
N11.1	Хронический обструктивный пиелонефрит	6	6,0%
N11.9	Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточненный	6	6,0%
K00-K93	Болезни органов пищеварения		
K26.7	Язва 12-перстной кишки хроническая без кровотечения или прободения	1	1,0%
K29.7	Гастрит неуточненный	43	42,6%
K81.1	Хронический холецистит	3	3,0%
K86.1	Хронический панкреатит	2	2,0%

Таблица 2.5 – Нозологические характеристики респондентов 2 группы диспансерного наблюдения

2-я группа диспансерного наблюдения (n=110)			
МКБ-10		Кол-во	%
Код	Нозологическая форма		
H00-H59	Болезни глаза и его придаточного аппарата		
H52.1	Миопия	50	45,5%
H52.2	Астигматизм	23	20,9%
M00-M99	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани		
M95.9	Приобретенные деформации костно-мышечной системы неуточненные	18	16,4%
I00-I99	Болезни системы кровообращения		
I34.0	Митральная (клапанная) недостаточность	9	8,0%
I34.1	Пролапс (пролабирование) митрального клапана	10	9,09%

При соотнесении шифров МКБ-10 с клиническим диагнозом обнаружено, что основная часть заболеваний респондентов 3 группы относится к психосоматическим.

Распределение студентов по полу в каждой группе представлено в таблице 2.6.

Таблица 2.6 – Распределение респондентов по полу в трех группах

Пол	I группа		II группа		III группа	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
мужской	24	25,0%	29	26,4%	22	21,8%
женский	72	75,0%	81	73,6%	79	78,2%

Медиана возраста исследуемых лиц составила 19 (18;19) лет.

Таким образом, методологическая основа исследования позволила сформулировать интегративную исследовательскую программу, направленную на изучение особенности внутренней картины здоровья и динамику ее характеристик у молодых людей, находящихся на диспансерном наблюдении.

Изучение характеристик внутренней картины здоровья послужит основой для определения факторов риска развития психосоматических заболеваний, выявления группы риска и разработки и реализации программы медико-психологического сопровождения с целью психопрофилактических мероприятий (гармонизации внутренней картины здоровья и последующим уменьшением количества обострений хронических соматических заболеваний).

Подобранные надежные и объективные методы для исследования и обработки эмпирических данных с содержательным анализом выявленных закономерностей помогут обеспечить достоверность и обоснованность полученных результатов.

2.3 Стратегия медико-психологического сопровождения молодых людей, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения

Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения является важнейшим направлением развития здравоохранения Российской Федерации. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи и в частности внедрение нового направления – дополнительной диспансеризации населения является одним из основных направлений при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Диспансерный медицинский осмотр проводится с целью раннего выявления и предупреждения развития заболеваний с использованием современных профилактических и реабилитационных мероприятий. На современном этапе профилактика в целом и диспансеризация в частности, являются главными инструментами управления здоровьем населения.

Среди категорий населения подлежащих диспансеризации следует особое внимание уделить молодому поколению – студентам.

Так, в медицинском вузе все студенты проходят ежегодный медицинский осмотр согласно установленному графику в отделении общей врачебной практики КрасГМУ. Обязательным условием диспансерного осмотра является заполнение паспорта здоровья студента и оформление данных прививочного сертификата. Во время проведения медицинского осмотра врачами специалистами заполняются разделы «Медицинский осмотр» Паспорта здоровья студента с обязательным заполнением данных осмотра в карте амбулаторного пациента. Раздел «Психологическая диагностика» заполняется специалистами психологами и включает в себя диагностику социально-психологической адаптации, эмоциональной сферы и самооценки.

По результатам осмотра врачом общей практики производится комплексная оценка состояния здоровья студента, устанавливаются группа здоровья для занятий физической культурой и группа диспансерного наблюдения. По результатам психологической диагностики рекомендуется психологическая коррекция в условиях психологического центра.

Медико-психологическое сопровождение студентов в процессе обучения в медицинском вузе является приоритетным и совместным направлением работы врачей общей практики и сотрудников психологического центра.

На данном этапе исследования нами было выдвинуто предположение, что профилактическая и лечебная работа будут более эффективными, если включить в программу медико-психологического сопровождения задачи, направленные на формирование целостной позитивной внутренней картины здоровья, на активизацию психологических ресурсов, способствующих формированию здоровой личности с активной жизненной позицией в отношении здоровья, что будет способствовать снижению количества обострений хронических заболеваний у студентов, принадлежащих к третьей группе диспансерного наблюдения, и отсутствию перехода из второй группы в третью и соответственно «устойчивости» в первой группе.

На основании данных полученных в результате исследования характеристик внутренней картины здоровья и выделения группы студентов, у которых отмечается дисгармоничная внутренняя картина здоровья, было решено включить в программу медико-психологического сопровождения респондентов данной группы с целью оптимизации лечебного и профилактического процесса.

На наш взгляд, психологическая помощь студентам, входящим в группу риска должна быть направлена на формирование более гармоничной внутренней картины здоровья за счет совершенствования навыков осознанной саморегуляции деятельности, развития личностных и межличностных ресурсов нервно-психической адаптации, снижения уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, повышения уровня интернальности, снижение алекситимии, повышение психологического благополучия и, в целом, на повышение качества жизни и формирование установок на сохранение и улучшение здоровья.

Психологическую помощь необходимо осуществлять как при наличии соматического статуса студента, так и с учетом специфики особенностей внутренней картины здоровья и особенностей актуального психологического статуса.

Полученные в ходе нашего исследования результаты, характеризующие особенности внутренней картины здоровья личности при наличии/отсутствии заболевания, легли в основу разработки дифференцированного (вариативного и инвариантного) подхода к оказанию психологической помощи студентам, принадлежащим к различным группам диспансерного наблюдения.

Программа медико-психологического сопровождения предполагает интеграцию профессиональных усилий специалистов медицинского и психологического профилей и предполагает реализацию на протяжении длительного времени с решением различных задач медико-психологической помощи.

Целью медико-психологического сопровождения студентов, принадлежащих к группе риска, в условиях обучения в медицинском вузе является создание системы медико-психологических условий, способствующих формированию адекватной целостной внутренней картины здоровья и предотвращению развития психосоматических заболеваний, состояний дезадаптации и снижению количества обострений хронических соматических заболеваний.

Задачами программы являются:

- психологическая диагностика психологического статуса студентов с целью раннего выявления группы риска;
- психологическая коррекция состояний нервно-психической дезадаптации и дезинтеграции в мотивационно-ценностной сфере;
- медико-психологическая помощь в случае выраженных психосоматических и пограничных нервно-психических расстройств;
- гармонизация внутренней картины здоровья, определяющей особенности вовлеченности студентов в здоровый образ жизни и в процесс лечения;
- создание внутренней мотивации на необходимость позитивного принятия жизненных изменений и ситуаций;
- выработка адаптивных форм поведения, связанных с проблемами здоровья;
- дезактуализация неконструктивных поведенческих и когнитивных стереотипов в отношении к здоровью, снятие эмоционального напряжения.

Организация программы медико-психологического сопровождения студентов группы риска предполагает ее подразделение на инвариантный и вариативный блоки.

Инвариантный блок программы медико-психологического сопровождения включал психо-образовательный этап, на котором осуществлялось информирование студентов о соматических и психологических факторах риска возникновения и усугубления заболеваний, особенностях и механизмах развития болезни. Цель данного этапа – положительные изменения в отношении к здоровью и болезни, к ведению здорового образа жизни и приверженности лечению.

На втором этапе осуществлялась интенсивная психотерапевтическая работа с экспериментальной группой в течение трех месяцев. При этом экспериментальная группа была разделена на две идентичные подгруппы, занятия с которыми проводились раздельно. Цель данного этапа – оказание психологической помощи студентам в направлении коррекции психологических свойств и характеристик, затрудняющих формирование адекватной внутренней картины здоровья и вызывающих дезадаптивные состояния. К таким характеристикам, например, относятся дезинтеграция в мотивационно-личностной сфере, экстернальность в области здоровья, наличие алекситимии, негативный эмоциональный фон, нервно-психическая дезадаптация и другие.

Вариативный блок программы медико-психологического сопровождения состоял из третьего этапа, на котором осуществлялась психологическая программа пролонгированного действия, состоящая из цикла психологических тренингов, в которую по рекомендации психотерапевта, были включены студенты по результатам реализации инвариантного блока. Данная программа включала в себя 8-10 занятий в течение каждого семестра. На данном этапе также при необходимости осуществлялась психотерапевтическая работа в виде индивидуальной психотерапии и медикаментозной коррекции состояния. Целью этого этапа является медико-психологическая помощь, реализуемая дифференцированно в случае выявления психосоматических и пограничных нервно-психических расстройств.

На заключительном этапе медико-психологического сопровождения проводился рефлексивный семинар-практикум, состоящий из 2-х занятий, на котором выяснялось, насколько полезной оказалась данная программа для ее участников. А также осуществлялась повторная психологическая диагностика особенностей внутренней картины здоровья. Цель данного этапа - определение динамики характеристик внутренней картины здоровья и оценка эффективности программы медико-психологического сопровождения.

Направленность психологического воздействия, его порядок и объем определялся с учетом индивидуальных особенностей студентов экспериментальной группы. Так техники арттерапии применялись при наличии в структуре личности творческого начала, так как вызывали выраженный интерес.

Одной из форм психокоррекции является психологический тренинг, направленный на развитие позитивной внутренней картины здоровья. В ходе психологических тренингов различной направленности студенты учатся распознавать свои внутренние конфликты, эмоции, чувства, переживания, дифференцировать их у других людей, что очень важно для той категории студентов у которых по результатам психодиагностики выявлен алекситимический радикал и предрасположенность к алекситимии. В процессе тренингов студенты практикуют новые способы совладания со стрессовыми ситуациями, анализируют собственное отношение к социальному окружению, к своему здоровью, болезни, к ценностям, качеству жизни.

Этапы и содержание этапов программы медико-психологического сопровождения представлены в таблице 2.7.

Таблица 2.7 – Содержание этапов программы медико-психологического сопровождения студентов группы риска

Этапы	Содержание	Задачи	Методы	Ожидаемый результат
Организационный	Разработка программы медико-психологического сопровождения. Разработка методических рекомендаций для всех участников образовательного процесса	1. Определить цель и задач программы. 2. Разработать содержание программы. Определить количество и регулярность занятий. 3. Согласовать этапы реализации программы с врачами и психологами. 4. Сформировать экспериментальную и контрольную группы	Планирование Информирование Прогнозирование	Адекватная цели и задачам программа медико-психологического сопровождения Репрезентативная экспериментальная и контрольная выборки
Реализация программы	1. Инвариантный блок программы: психо-образовательный этап; интенсивный тренинг; методические рекомендации	Достижение положительных изменений в отношении к здоровью и болезни, к ведению здорового образа жизни и приверженности лечению Улучшение КЖ, ПБ, снижение уровня дезинтеграции, дезадаптации, повышение ответственности в области здоровья, снижение эмоционального напряжения	Информирование Телесно-ориентированная психотерапия Экзистенциальная психотерапия Гештальт-терапия Арт-терапия НЛП Тренинг	Положительные изменения в отношении к здоровью. Адекватная целостная ВКЗ; Сохранение устойчивости в 1 группе; отсутствие прехода из 1 и 2 групп в 3; снижение состояний дезадаптации и количества обострений хронических соматических заболеваний.
	2. Вариативный блок программы: психологическая программа пролонгированного действия	Выявление психосоматических и пограничных нервно-психических расстройств и их лечение	Индивидуальная и групповая психотерапия Медикаментозная психотерапия	Положительная динамика
Оценка эффективности	Субъективная оценка. Повторная психодиагностика Статистическая оценка различий	Провести повторную психодиагностику особенностей ВКЗ. Определить с помощью Т-критерия Вилкоксона достоверность различий по исследуемым параметрам в экспериментальной и контрольной группах.	ПБ, КЖ, УСЦД, УСК, Алекситимия НПА Самооценка здоровья	Подтверждение эффективности программы

Ведущим принципом медико-психологического сопровождения с использованием дифференцированных программ психологической помощи является дифференциация форм и методов работы в зависимости от целостности внутренней картины здоровья.

Уменьшение факторов риска развития психосоматических заболеваний и дезадаптивных состояний предусматривало усиление личностных ресурсов, препятствующих развитию саморазрушающих форм поведения; решение жизненных проблем, принятие ответственности за собственное здоровье, развитие стратегий самосохранительного поведения.

Так, инвариантная часть программы направлена на коррекцию расстройств студентов с аномально-личностными реакциями с применением широкого спектра методов психокоррекционного воздействия, направленных на разрешение психотравмирующей ситуации, дезактуализацию конфликта.

Вариативная часть программы рекомендована при коррекции патохарактерологических реакций, включает в себя психотерапевтический комплекс.

Таким образом, разработанная программа медико-психологического сопровождения ориентирована на достижение положительной динамики в течении хронических соматических заболеваний за счет повышения нервно-психологической устойчивости и уровня интернальности в области здоровья, снижения дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере путем разрешения внутренних конфликтов посредством реализации сочетания инвариантного и вариативного блоков программы медико-психологического сопровождения.

Также данная программа реализовывалась с целью определения динамики характеристик внутренней картины здоровья представителей различных групп диспансерного наблюдения студенческой молодежи.

Выводы по главе 2

Таким образом, в данной главе описана теоретико-методологическая база, методы и этапы проведенного исследования, отражены основные характеристики

выборки, констатировано соответствие экспериментальной группы и группы сравнения по клиническим и социально-демографическим параметрам.

Методологическая основа исследования позволила сформулировать интегративную исследовательскую программу, которая позволит изучить особенности внутренней картины здоровья и динамику ее характеристик в процессе реализации программы медико-психологического сопровождения.

Представлена программа медико-психологического сопровождения, целью которой является формирование более гармоничной внутренней картины здоровья и положительной динамики соматического статуса. Полученные в ходе исследования результаты, характеризующие особенности внутренней картины здоровья личности при наличии/отсутствии заболевания, легли в основу разработки дифференцированного (вариативного и инвариантного) подхода к оказанию психологической помощи студентам, принадлежащим к различным группам диспансерного наблюдения.

Программа медико-психологического сопровождения предполагает интеграцию профессиональных усилий специалистов медицинского и психологического профилей и предполагает реализацию на протяжении длительного времени с решением различных задач медико-психологической помощи.

3 Особенности внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения

3.1 Результаты исследования внутренней картины здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения методом контент-анализа

По результатам проведения второго этапа исследования на основании анализа данных медицинских карт и журнала диспансерного учета были выделены три основные группы в зависимости от принадлежности к группе диспансерного наблюдения. При этом распределение было следующим: 96 респондентов были отнесены к первой группе, 110 ко второй и 101 к третьей.

Для изучения особенностей внутренней картины здоровья у респондентов трех групп диспансерного наблюдения использовался метод контент-анализа текста.

Контент-анализ представляет собой качественно-количественный метод анализа продуктов деятельности. Качественный контент-анализ позволяет определить наличие или отсутствие определенных категорий в тексте и позволяет выделить набор их компонентов, количественный указывает на частоту их встречаемости в тексте [Манаев, 2003].

Наше исследование представляло собой анализ эссе «Мое здоровье» и предполагало выявление структуры и доминирующих аспектов внутренней картины здоровья (когнитивного, эмоционального, поведенческого и мотивационно-ценностного).

Предварительный этап исследования ВКЗ с помощью контент-анализа был направлен на разработку программы исследования с помощью данного метода. Для выбора качественных единиц анализа мы подобрали группу экспертов в которую были включены специалисты в области здравоохранения сотрудники отделения общей врачебной практики, имеющие квалификацию врач общей практики с опытом работы, участвующие в проведении ежегодных медицинских осмотров и в осуществлении диспансеризации, а также сотрудники психологического центра,

оказывающие психологическую помощь (психотерапевты, психологи). Все высказывания членов экспертной группы касались проблемы здоровья.

Опираясь на представленную выше точку зрения относительно структуры внутренней картины здоровья и высказывания членов экспертной группы, нами были выделены четыре категории анализа (когнитивная, эмоциональная, поведенческая и мотивационно-ценностная), раскрывающие структуру внутренней картины здоровья.

Когнитивная часть представляет собой систему убеждений, включающих совокупность субъективных умозаключений, мнений о причинах, прогнозах и оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья. Эмоциональная (чувственная) сторона ВКЗ включает в себя переживание здорового самочувствия, связанного с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон (спокойствие, радость, свобода, легкость и т. д.). Поведенческая сторона представляет собой совокупность усилий, стремлений, конкретных действий человека, направленных на укрепление и сохранение физического и психического здоровья. Мотивационно-ценностная сторона ВКЗ определяет место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей субъекта, раскрывает суть здоровья как ценности для индивида, его значимость в жизни.

В процессе анализа высказываний членов экспертной группы относительно содержания понятия здоровье и способов его сохранения и поддержания было выявлено, что, описывая знания о здоровье (когнитивный уровень), эксперты апеллировали не только к медицинским показателям, но и к субъективным ощущениям пациентов. Так в описании когнитивного уровня ВКЗ использовались следующие понятия: «здоровый образ жизни», «отсутствие вредных привычек», «своевременное обращение к врачу», «психологические факторы», «влияние экологии» и др. При описании эмоционального уровня внутренней картины здоровья употребляются такие понятия как «позитивные эмоции», «оптимизм», «благополучие», «психологическая устойчивость» и др., поведенческого – «занятия спортом», «активный отдых», «здоровый сон», «обращение к врачу», «закаливание» и др. В описании мотивационного уровня применялись следующие

понятия: «главное в жизни», «здоровье - богатство», «важнейшая ценность», «хорошее здоровье - долголетие» и др.

Определив категории анализа текстов, представляющих собой ключевые понятия и составляющие концептуальную схему исследования, далее были выбраны соответствующие определенным категориям семантические единицы (единицы анализа), единицы счета и объем упоминаний. Под «категорией» понимается совокупность суждений, которые включены в описание определенной стороны внутренней картины здоровья [Манаев, 2003].

Далее для обоснования количества выделяемых семантических единиц в процессе кодирования текста были выделены все единицы анализа, относящиеся к определенной категории из высказываний первого эксперта, затем из результатов опроса второго эксперта, затем третьего и так далее. При этом каждый раз учитывались ранее встречавшиеся единицы и добавлялись новые.

Таким образом, на предварительном этапе нашего исследования с помощью метода контент-анализа были определены четыре категории анализа (когнитивная, эмоциональная, поведенческая и мотивационно-ценностная), характеризующие особенности ВКЗ и разработаны индикаторы каждой категории в текстах. Категории контент-анализа охватывают все части содержания текстов, определяемые задачами данного исследования. Также были определены количественные единицы анализа – единицы контекста (высказывания группы экспертов), единицы счета (1 балл за использование одной семантической единицы) и объем упоминаний (сумма баллов в каждой категории). Затем были разработаны кодировочные таблицы контент-анализа (классификатор контент-анализа), содержащие названия и кодировку когнитивной (А), эмоциональной (В), поведенческой (С) и мотивационно-ценностной (D) категорий, а также содержание и кодировочный индекс семантических единиц анализа. Во вспомогательных таблицах предусматривается подкатегория «другое» в которой должны быть зафиксированы те подкатегории, которые являются референтами данной категории, но не вошли в обозначенные подкатегории.

Содержание и индекс семантических единиц выше указанных категорий представлен в Приложении А в таблицах 1-4.

На следующем этапе нашего исследования участникам эксперимента предлагалось написать эссе на тему «Мое здоровье». Оценка внутренней картины здоровья проводилась путем анализа текста с соотнесением высказываний к основным компонентам ВКЗ, традиционно выделяемых с психологических позиций: когнитивной, эмоциональной, поведенческой и мотивационно-ценностной.

В процесс кодирования использовались такие знаки как «+» – положительное отношение; «-» – отрицательное и «0» – нейтральное отношение. Перевод в цифровое выражение всей совокупности текстов эссе сводился к подсчету частоты встречаемости категорий и их единиц.

Далее была осуществлена кодировка содержания текста эссе «Мое здоровье» каждого автора. Затем осуществлен качественный и количественный анализ полученной информации с подсчетом частоты использования семантических единиц каждой описанной выше категории. Анализ результатов проводился в соответствии с заданным разделением студентов на три группы диспансерного наблюдения.

В ходе контент-анализа эссе «Мое здоровье» в текстах выявлена дополнительная категория: сенсорный компонент ВКЗ («Е»), что отчасти соответствует выделенным А. Г. Ариной и В. В. Николаевой по аналогии с феноменом внутренней картины болезни сенсорного, эмоционального, когнитивного, мотивационно-смыслового и поведенческого уровней внутренней картины здоровья [Арина, Николаева, 2016].

К категории «Е» относились 10 семантических единиц, содержание и индекс которых представлен в Приложении А, в таблице 5.

В основе применения контент-анализа лежит предположение о том, что структура ВКЗ у представителей различных групп диспансерного наблюдения будет различаться в зависимости от наличия и степени выраженности соматических заболеваний.

Качественный анализ результатов, полученных в трех группах, позволил выявить наиболее и наименее часто используемые в текстах семантические единицы.

Удельный вес (К) той или иной категории вычислялся с помощью, расположенной ниже формулы.

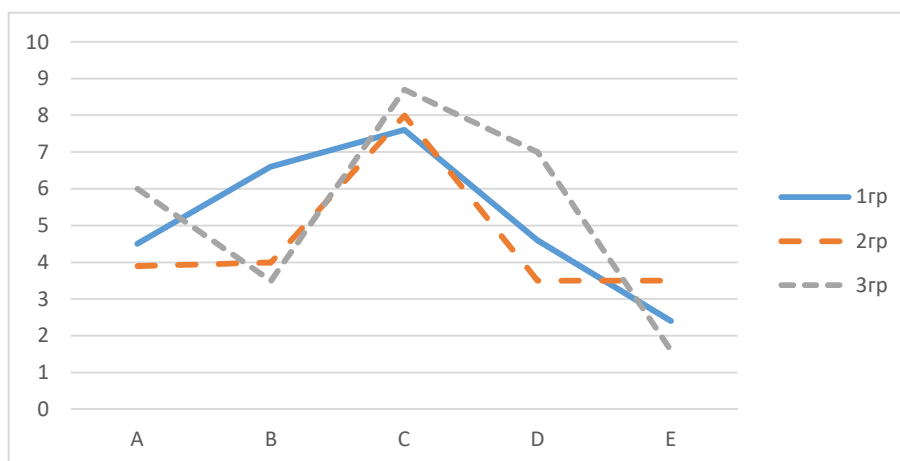
$$K = \frac{\text{число единиц анализа, фиксирующих данную категорию}}{\text{общее число единиц анализа}} \quad (1)$$

Результаты, полученные при вычислении удельного веса каждой категории анализа представлены в таблице 3.1.1. и рисунке 3.1.1.

Таблица 3.1 – Удельный вес категорий анализа текстов в трех группах

Категория	1 группа		2 группа		3 группа	
	Количество	Удельный вес	Количество	Удельный вес	Количество	Удельный вес
A	89	4,5	78	3,9	119	6
B	132	6,6	79	4	69	3,5
C	152	7,6	161	8	173	8,7
D	91	4,6	69	3,5	141	7
E	30	1,5	30	1,5	37	1,9

На рисунке 3.1. наглядно представлены показатели удельного веса каждой категории используемой в контент-анализе текста эссе «Мое здоровье».



A – когнитивный компонент; B – эмоциональный компонент; C – поведенческий компонент; D – ценностный компонент; E – сенситивный компонент.

Рисунок 3.1 – Удельный вес категорий анализа текстов в трех группах

Наиболее высокий удельный вес в первой группе имеют следующие категории: С, В, D и А самый низкий удельный вес у категории Е.

Во второй группе диспансерного учета наиболее высокий удельный вес имеют следующие категории: С, В и D; самые низкие показатели у категорий D и Е.

В третьей группе диспансерного наблюдения наиболее высокие показатели удельного веса категорий анализа имеют следующее распределение в порядке возрастания: С, D, А, более низкий процентный рейтинг у семантических единиц категории В и Е.

Следующим этапом исследования выступил сравнительный анализ частоты встречаемости содержательных характеристик ВКЗ у представителей трех групп диспансерного наблюдения, данные которого приведены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Распределение структурных компонентов ВКЗ у представителей трех групп диспансерного наблюдения (в %)

Группы	Категории				
	А	В	С	D	Е
1 (n=96)	94 %	96 %	100 %	95 %	44,8 %
2 (n=110)	41,8 %	51,8 %	57,2 %	45,5 %	26,4 %
3 (n=101)	49,5 %	42,6 %	48,5 %	51,5 %	31,7 %
*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001					

Проведенная категоризация представлений молодых людей трех групп диспансерного наблюдения о своем здоровье, с использованием метода контент-анализа текста эссе «Мое здоровье», позволила определить представленность в структуре внутренней картины здоровья её содержательных характеристик.

Для наглядности на рисунке 3.2. представлены сравнительные данные результатов контент-анализа текстов, характеризующих особенности внутренней картины здоровья в трех исследуемых группах.

Так в первой группе в иерархии структурных характеристик внутренней картины здоровья первые ранговые места занимали категория «С» (100 %), категория В (96 %), «А» (94 %), категория «D» (95%), категория «Е» (44,8 %).

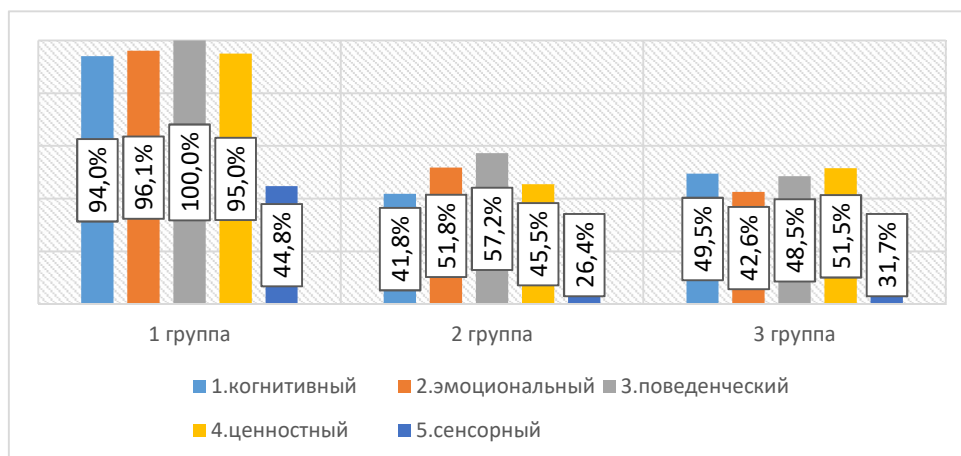


Рисунок 3.2 – Распределение содержательных структурных компонентов ВКЗ у представителей трех групп диспансерного наблюдения (в %)

Близкая сопряженность всех категорий в первой группе указывает на более гармоничную структуру ВКЗ.

Во второй группе первые ранговые места принадлежали категории «С» (57,2 %), 51,8 % к категории «В», 45,5 % к категории «D», 41,8 % к категории «А» и 31,7% к категории «Е».

В показателях третьей группы отмечается количественное преобладание семантических единиц, относящихся к категории «D» (51,5 %), респонденты данной группы, в сравнении с первой группой, достоверно чаще делали акцент на мотивационно-ценностной стороне внутренней картины здоровья и на когнитивной «А» (49,5 %), категорию «С» в своих текстах отметили 48,5 %, категорию «В» 42,6% и «Е» (31,7 %).

Показатели второй и третьей групп свидетельствуют о том, что у значительной части респондентов данных групп отмечается дисгармоничная структура ВКЗ, обусловленная частичной представленностью ее компонентов.

3.2 Результаты исследования и сравнительный анализ компонентов внутренней картины здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения

На следующем этапе было проведено исследование внутренней картины здоровья представителей трех групп диспансерного наблюдения с использованием описанного выше комплекса психодиагностических методик и сравнительный анализ данных показателей в трех группах.

Определив количественные отличия исследуемых компонентов внутренней картины здоровья у студентов, принадлежащих к трем группам диспансерного наблюдения, мы определили достоверность различий между данными выборок. Статистическую значимость различий между выборками оценивали по непараметрическому критерию Караскела–Уоллиса, межгрупповые различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. По результатам исследования характеристик внутренней картины здоровья респондентов трех групп были составлены интеркорреляционные матрицы взаимозависимости между показателями исследуемых характеристик и осуществлен качественный анализ.

Эмоциональный компонент внутренней картины здоровья

Так при анализе результатов, полученных при исследовании психологического благополучия в трех группах, статистически значимых различий между группами не обнаружено и в то же время отмечается тенденция к снижению психологического благополучия от первой к третьей группе, так как низкий уровень ПБ составил в первой группе 25 %, во второй – 28,2 % и в большей степени в третьей 33,7 % (таблица 3.2.1).

Таблица 3.3 – Индекс общего психологического благополучия в трех группах

Уровень ПБ	Диспансерные группы		
	1	2	3
высокий	17,7%	16,4%	11,9%
средний	57,3%	55,5%	54,5%
низкий	25,0%	28,2%	33,7%

Особое внимание в результатах данной методики привлекают показатели шкал психологического благополучия, которые имеют низкие значения. Низкий уровень психологического благополучия в данных сферах обусловлен преобладанием негативных эмоций с ощущением собственного несчастья, неудовлетворенностью собственной жизнью. Люди с низким уровнем психологического благополучия имеют низкий уровень осмысленности жизни, смысловые ориентации отличаются абстрактным характером и принципиальной нереализуемостью, а мотивационная составляющая по их реализации выражена значительно слабее. В то время как высокие и средние показатели психологического благополучия характеризуют человека как открытого к миру, к себе, к другим, способного к саморазвитию, готового к трансформации жизненных трудностей.

Исходя из полученных данных, мы определили низкий уровень психологического благополучия в трех группах диспансерного наблюдения отдельно по шкалам ПБ (рисунок 3.3).

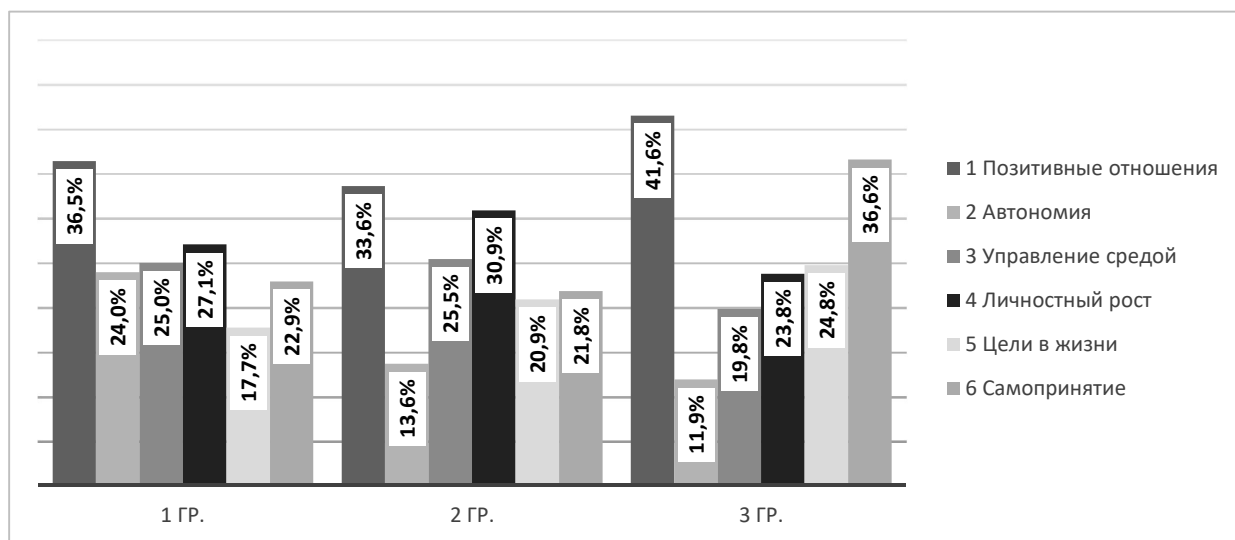


Рисунок 3.3 – Низкие значения шкал психологического благополучия в трех группах диспансерного наблюдения.

Так в первой группе 36,5 %, во второй 33,6 % и в третьей 41,6 % студентов имеют низкий уровень развития психологического благополучия по шкале «позитивные отношения», что свидетельствует о неспособности устанавливать и

поддерживать доверительные отношения, нежелании искать компромиссы, замкнутости.

По шкале «Автономия» в первой группе низкий уровень ПБ имеют 24 % респондентов, во второй группе 13 % и в третьей 11 %. Данные результаты говорят о том, что при принятии важного решения данные студенты ориентированы на мнение других, зависимы от их оценок и не способны противостоять внешнему давлению.

Низкие показатели по шкале «Управление средой» характерны для 25 % респондентов 1 группы, 25,5 % второй группы и 19,8 % третьей свидетельствуют о том, что эти испытуемые ощущают невозможность изменения или улучшения условий собственной жизни испытывают чувство бессилия в управлении окружающей средой.

По шкале «Личностный рост» низкие значения обнаружены у 27 % испытуемых 1 группы, 30,9 % второй группы и 23,8 % третьей группы. Данные показатели говорят о том, что у этих респондентов отсутствует ощущение личностного прогресса, они испытывают скуку и незаинтересованность жизнью, переживают личностную стагнацию и закрыты для нового опыта.

Ощущение, что настоящее и прошлое бессмысленны, недостаток целей, отсутствие жизненных ориентиров, способных придать смысл жизни характерны для 17,7 % респондентов 1 группы, 20,9 % 2 группы и 24,8 % 3 группы, поскольку у данных респондентов обнаружены низкие значения показателей шкалы «Цели в жизни».

Низкие значения по шкале «Самопринятие» имеют 22,9% респондентов первой группы, 21,8 % 2 группы и 36,6 % 3 группы, что говорит о том, что эта категория студентов испытывает недовольство собой и желание быть другими, они разочарованы в прошлом, обеспокоены некоторыми чертами собственной личности.

Данное исследование показывает, что независимо от наличия соматического заболевания у части объективно (по результатам медицинского осмотра) здоровых студентов наблюдается низкий уровень психологического благополучия также, как

и у части студентов, имеющих в анамнезе хроническое соматическое заболевание, отмечается средний и высокий уровень психологического благополучия.

Данный факт несколько противоречит традиционному представлению о том, что состояние здоровья человека рассматривается как фактор, определяющий его психологическое благополучие. Следовательно, большее значение имеет не столько объективное состояние здоровья, сколько субъективная оценка здоровья.

Можно предположить, что респонденты с низким уровнем психологического благополучия имеют предпосылки движения в континууме «здоровье-болезнь» в сторону болезни. Высокий и нормативный уровень психологического благополучия соотносится с параметром открытости психологической системы и является показателем психологического здоровья.

Далее в рамках исследования эмоционального компонента внутренней картины здоровья, а также с целью определения показателей физического и психологического компонентов здоровья, был осуществлен анализ удовлетворённости качеством жизни студентов, принадлежащих к трем группам диспансерного наблюдения отдельно по шкалам опросника «SF-36».

При исследовании показателей качества жизни у 13,5 % респондентов, принадлежащих к первой группе, отмечается резко выраженное и значительное снижение качества жизни у 17,7 % студентов по шкале RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование). По шкале SF (социальное функционирование) 27,1 % имеют значительное снижение качества жизни. По шкалам VT (жизненная активность) и MH (психическое здоровье) соответственно у 21,9 % и 19,8 % респондентов выявлено значительное снижение качества жизни, что отмечается также по шкалам GH (общее состояние здоровья) – 15,6 % и BP (выраженность болевого синдрома) – 12,5 % (рисунок 3.4).

Это означает, что респонденты, у которых обнаружено снижение качества жизни по шкалам опросника, связанных с психологическим и физическим здоровьем, оценивают свое здоровье соматическое и психическое как неудовлетворительное, с ограничением социальных контактов и снижением жизненной активности.

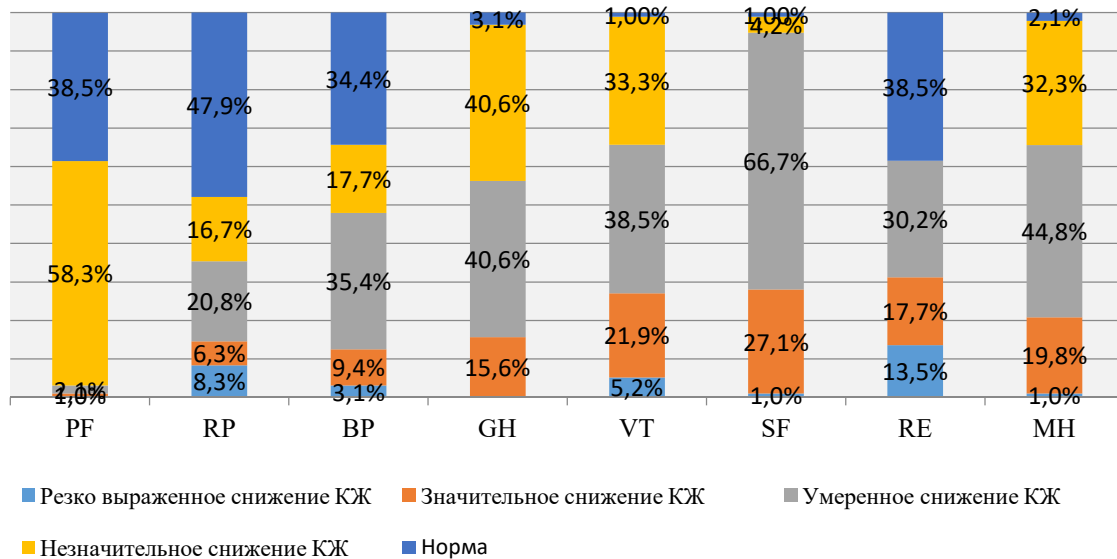


Рисунок 3.4 – Степень выраженности показателей КЖ у студентов 1 группы диспансерного наблюдения

На рисунке 3.5 представлена сравнительная характеристика степени выраженности качества жизни у студентов, принадлежащих ко второй группе диспансерного учета по данным опросника SF-36.

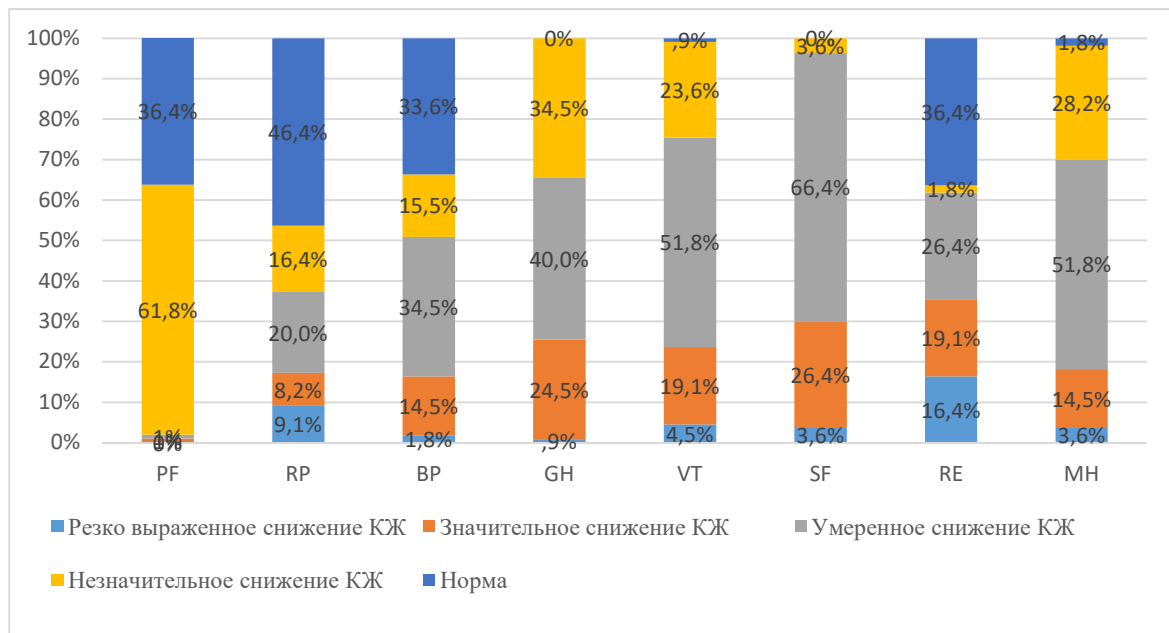


Рисунок 3.5 – Степень выраженности показателей КЖ у студентов 2 группы диспансерного наблюдения

Так несмотря на то, что 2 группу составляют студенты, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность все же часть студентов, отмечает резко выраженное (16,4 %) по шкале RE и RP (9,1 %) и значительное снижение КЖ по шкалам SF (26,4 %) и VT (19,1 %), 14,5 % студентов оценивают свое психическое здоровье (МН) как значительно сниженное. Так как данные шкалы (RE, SF, VT, МН) составляют психологический компонент здоровья можно сделать вывод о психологическом неблагополучии данной категории студентов.

Сравнительная характеристика степени выраженности изменений качества жизни у студентов, принадлежащих к третьей группе диспансерного учета по данным опросника SF-36 представлена на рисунке 3.6.

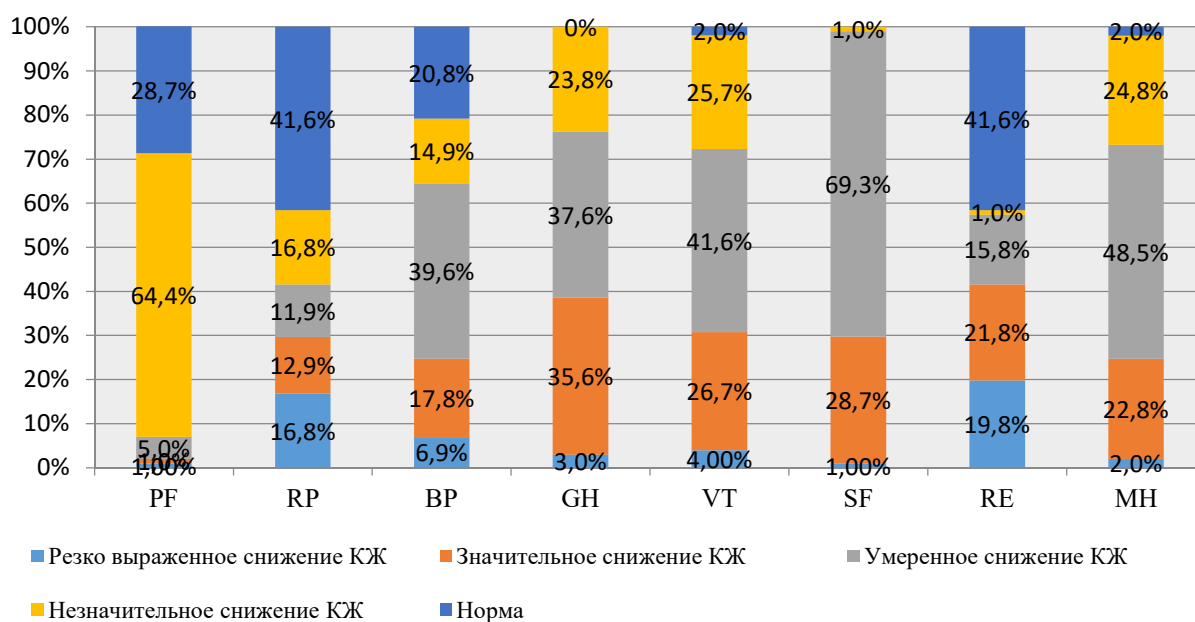


Рисунок 3.6 – Степень выраженности показателей КЖ у студентов 3 группы диспансерного наблюдения

Так, в третьей группе отмечается категория студентов, для которых характерно резко выраженное снижение качества жизни по шкале RE (19,8 %) и значительное снижение качества жизни по этой же шкале составляет 21,8 %. Значительное снижение по шкалам SF (28,7 %), VT (26,7 %), МН (22,8 %).

Снижение показателей по шкале «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» говорит о том, что достаточно большое количество (41,6 %) студентов испытывают негативное влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности.

Снижение показателей шкалы «Социальное функционирование» свидетельствует о вероятном ограничении социальных контактов при ухудшении физического и эмоционального состояния. Снижение показателей качества жизни по шкале «Жизнеспособность» может указывать на снижение активности и энергичности у части респондентов данной группы. Снижение показателей по шкале «Психологическое здоровье» может говорить о наличии в данной группе студентов с проблемами психологического здоровья с возможными тревожными и депрессивными состояниями. Данные показатели в целом свидетельствуют о неблагополучии психологического компонента здоровья среди респондентов исследуемой группы.

Таким образом, результаты, полученные по данной методике, могут свидетельствовать о том, что независимо от принадлежности к группе диспансерного наблюдения и в первой, и во второй, и в третьей группе выявлены как респонденты с высокими и нормативными показателями самооценки качества жизни, так и те, у кого отмечаются показатели, умеренного, значительного и резко выраженного снижения качества жизни.

При сравнительном анализе субъективной оценки качества жизни по шкале GH (общее здоровье) выявлены статистически значимые различия ($p < 0,01$) в 1 и 3 группах диспансерного учета. Отмечается значительное снижение качества жизни у 15,6 % респондентов первой группы, у 24,5 % второй группы и у 35,6 % респондентов, принадлежащих к третьей группе диспансерного наблюдения.

Данный факт может указывать на то, что студенты 3 и 2 групп диспансерного наблюдения адекватно оценивают собственное здоровье т.к. имеют в анамнезе острые и хронические заболевания и в связи с этим не удовлетворены состоянием собственного здоровья. Несмотря на то, что к первой группе принадлежат здоровые студенты (по результатам медицинского осмотра) в 12,2 % случаев отмечается

значительное снижение субъективной оценки общего здоровья. Это можно объяснить психологическими особенностями личности данной категории студентов, такими как неадекватная самооценка и склонность к ипохондрическим реакциям. Так же можно предположить, что для категории студентов 2 и 3 групп, которые высоко оценили свое здоровье, может быть характерна завышенная самооценка и незрелые механизмы психологических защит в виде вытеснения вплоть до отрицания.

Данный факт может также свидетельствовать о «точках» донозологических состояний, в континууме «здоровье-болезнь», то есть определяющих движение в сторону болезни, что в свою очередь требует внимания со стороны медико-психологической службы.

Далее в контексте нашего исследования эмоционального компонента внутренней картины здоровья был осуществлен анализ наличия и степени выраженности алекситимии у респондентов, принадлежащих к трем группам диспансерного наблюдения. Результаты представлены на рисунке 3.7.

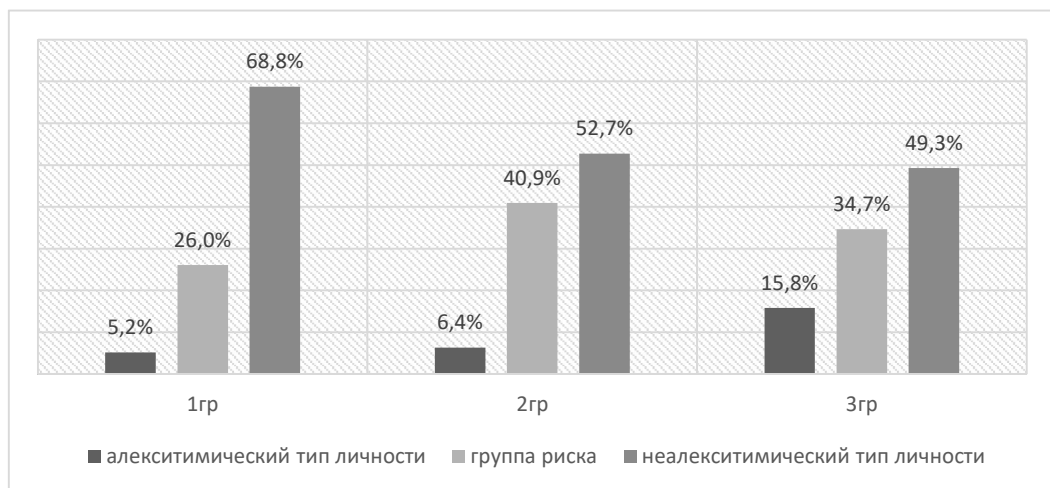


Рисунок 3.7 – Частота выраженности алекситимии по данным методики TAS в трех группах

Таким образом, отсутствие алекситимических характеристик в структуре личности наблюдалось у 68,8 % здоровых студентов, у 52,7 % принадлежащих к третьей группе и 49,3 % в третьей группе. Показатель наличия алекситимии в

третьей группе диспансерного наблюдения статистически значимо выше ($p < 0,017$) по сравнению с первой. Статистически значимых различий между 1 и 2 группами не обнаружено.

Особое внимание привлекает наличие большого количества респондентов, у которых отмечается пограничный уровень развития алекситимии, наиболее выраженный во второй группе.

Если рассматривать алекситимию как первичную врожденную личностно-психологическую характеристику, повышающую риск развития психосоматических расстройств, то можно предположить, что она способствует более раннему развитию симптомов соматических заболеваний.

Можно предположить, что наличие алекситимии и предрасположенность к ней соотносится с «эмоциональными установочными комплексами», осуществляющими связь ситуативных факторов с поведенческими актами и сознанием человека. С этими комплексами связаны такие качества человека, как его «чувствительность к проблемам» и «толерантность к неопределенности» [Ключко, 2005].

Таким образом, поскольку компетентность в использовании эмоциональных проявлений говорит об открытости системы, можно говорить о том, что выявленные в результате исследования показатели алекситимии в структуре личности и предрасположенность к ее развитию напротив будет характеризовать систему как закрытую и способствовать «смещению» в сторону болезни.

Далее в рамках исследования эмоционального компонента внутренней картины здоровья мы использовали методику «Нервно-психическая адаптация» (НПА).

Адаптационные процессы тесно связаны со стрессом и эмоциональным напряжением. Психическая напряженность проявляется в снижении устойчивости психических функций и приводит к дезинтеграции деятельности.

Так как в практической и психопрофилактической медицине чрезвычайно важно на более ранних этапах развития заболевания распознавать проблемы со здоровьем, то выявление нарушения адаптации как предиктора многих

заболеваний и, в частности, психосоматических, будет способствовать эффективности профилактических мероприятий.

На рисунке 3.8 представлен сравнительный анализ результатов исследования нервно-психической адаптации в трех группах с распределением на группы психического здоровья.

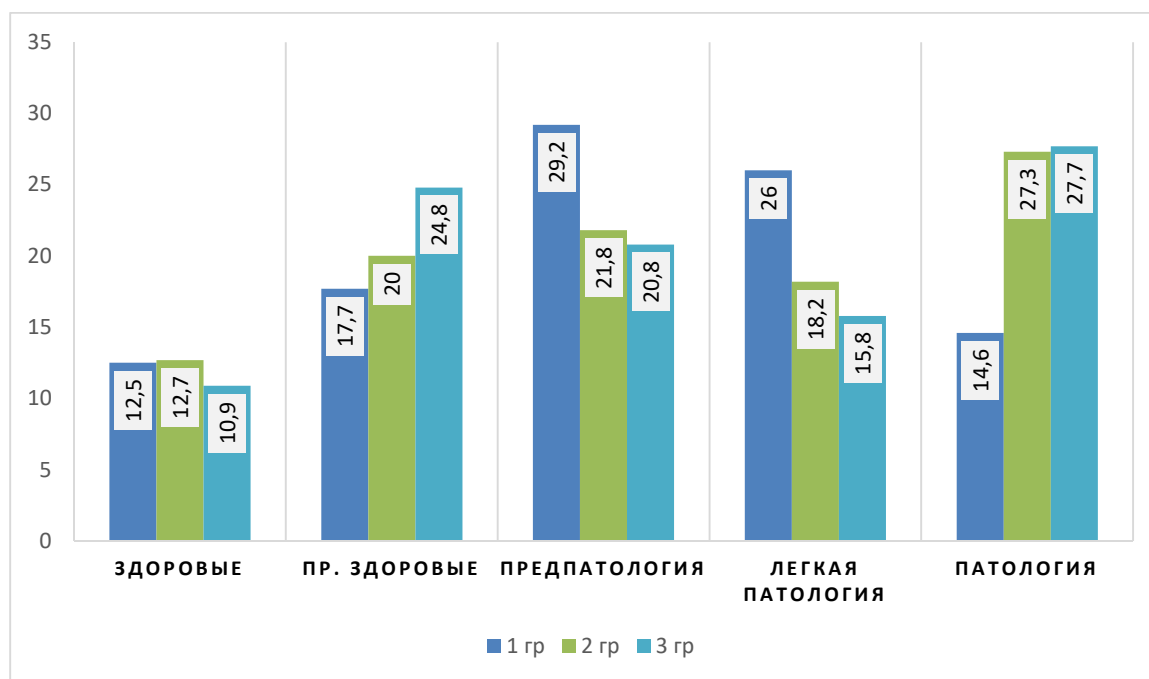


Рисунок 3.8 – Результаты исследования нервно-психической адаптации в трех группах диспансерного наблюдения с распределением на группы психического здоровья

При исследовании нервно-психической адаптации анализ данных показал, что среди испытуемых 1 группы всего 33,2 % имеют отличный и хороший уровень нервно-психической адаптации И в тоже время у 32,7 % респондентов второй и 35,7 % третьей группах диспансерного наблюдения, несмотря на наличие заболевания, отмечается высокий уровень НПА, что характеризуется отсутствием симптоматики, свидетельствующей о патологических дезадаптивных проявлениях, обусловленных изменением функционирования защитной психологической системы и в свою очередь свидетельствовать об адаптивной внутренней картине болезни.

В пограничном состоянии с возможным развитием признаков дезадаптации находятся 29,2 % респондентов, принадлежащих к первой группе диспансерного учета, во второй группе данный показатель составил 21,8 % и 20,8 % в третьей группе. При этом легкая степень дезадаптации и признаки выраженной дезадаптации выявлены у 40,6 % респондентов первой группы, 45,5 % второй и у 43,5 % испытуемых, принадлежащих к третьей группе диспансерного наблюдения.

Это указывает на существование конфликта между соответствующими структурами самосознания испытуемых, что повышает риск развития неврозов. Мы можем интерпретировать полученные данные как показатель конфликтности эмоционального уровня внутренней картины здоровья у данной категории студентов.

Признаки нервно-психической дезадаптации могут проявляться в нарушении социальной адаптации и в возникновении таких преморбидных состояний как «не здоровье» и «не болезнь», при которых значительно ослабляются адаптационные возможности организма.

Поскольку адаптация является одним из уровней открытости системы, показатели нервно-психической дезадаптации говорят о напряженности системы, а чем больше система напряжена, тем более она закрыта. Нарушение в системе на уровне адаптации будет препятствовать саморегуляции и самоорганизации системы, что в свою очередь будет способствовать нарушению в области здоровья.

Данные результаты говорят о том, что независимо от принадлежности к группе диспансерного наблюдения выявлены респонденты как с неблагоприятными прогностическими признаками в сфере нервно-психического здоровья, так и с легкой патологией, а также признаками патологии. Так в 1 группе 40,6 % респондентов (легкая патология и патология), во второй 45,5 % и в третьей 43,5 % характеризуются наличием признаков истощения и незначительным ресурсом для восстановления психического здоровья.

Проведенный корреляционный анализ выявил статистически значимые взаимосвязи между показателями алекситимии и нервно-психической адаптации

($r = 0,27$, при $p = 0,009$) в 1 группе, во второй группе ($r = 0,33$, $p = 0,000$) и в третьей группе ($r = 0,31$, $p = 0,001$)

Таким образом, выявление выраженной алекситимии и ее пограничного уровня развития, а также снижение уровня психической адаптации являются основанием для определения данной категории студентов в группу риска и показанием для консультации медицинского психолога и проведения своевременной психологической коррекции.

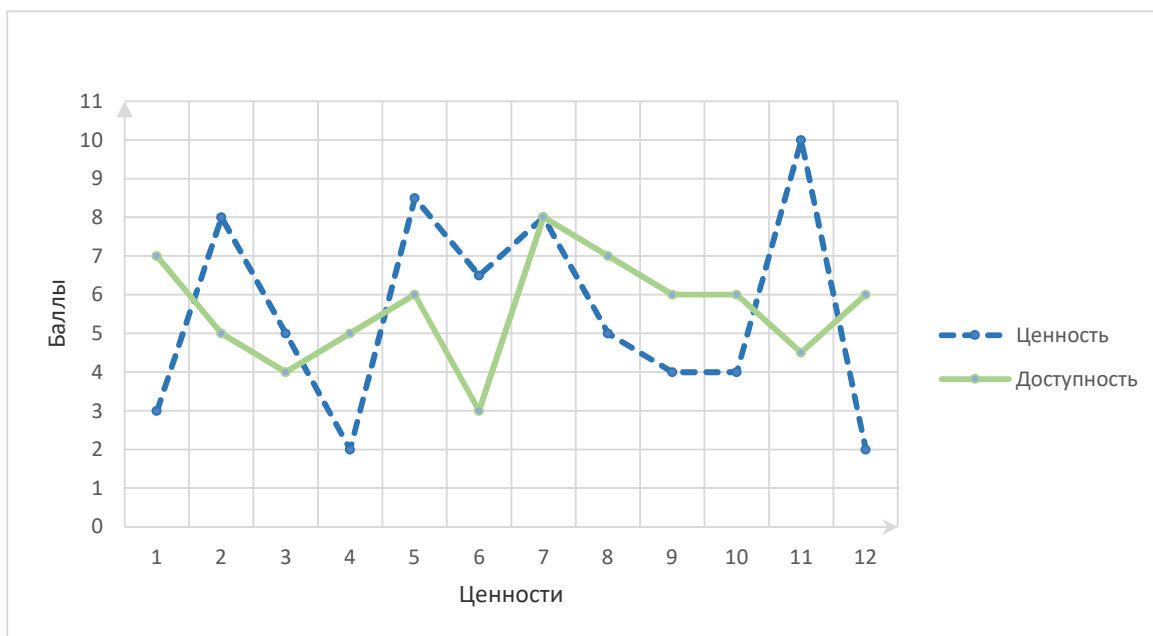
Мотивационно-ценностный компонент ВКЗ

Одной из важных потребностей личности является потребность в определении личностных ценностей, приоритетов и смысла жизни которая возникает у каждого человека. Ценностная ориентация заключается в избирательном отношении человека к материальным и духовным ценностям и выполняет функцию ориентировочной реакции в поведении личности, отражает смысловую сторону направленности личности.

Являясь одним из структурных элементов внутренней картины здоровья, ценностно-мотивационный компонент определяет место здоровья в иерархии ценностей личности и определяет мотив заботы о здоровье.

Для изучения ценностно-смысловой сферы личности студентов, принадлежащих к различным группам диспансерного учета, использовалась методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (УСЦД), которая позволяет определить иерархию ценностей, включающих в себя степень внутриличностной диссоциации и уровень наиболее выраженного внутреннего рассогласования («внутренние конфликты» и «внутренние вакуумы») [Фанталова, 2015].

На рисунке 3.9 представлены данные по соотношению «ценностей» и «доступности» в различных жизненных сферах у студентов, принадлежащих к первой группе диспансерного наблюдения.

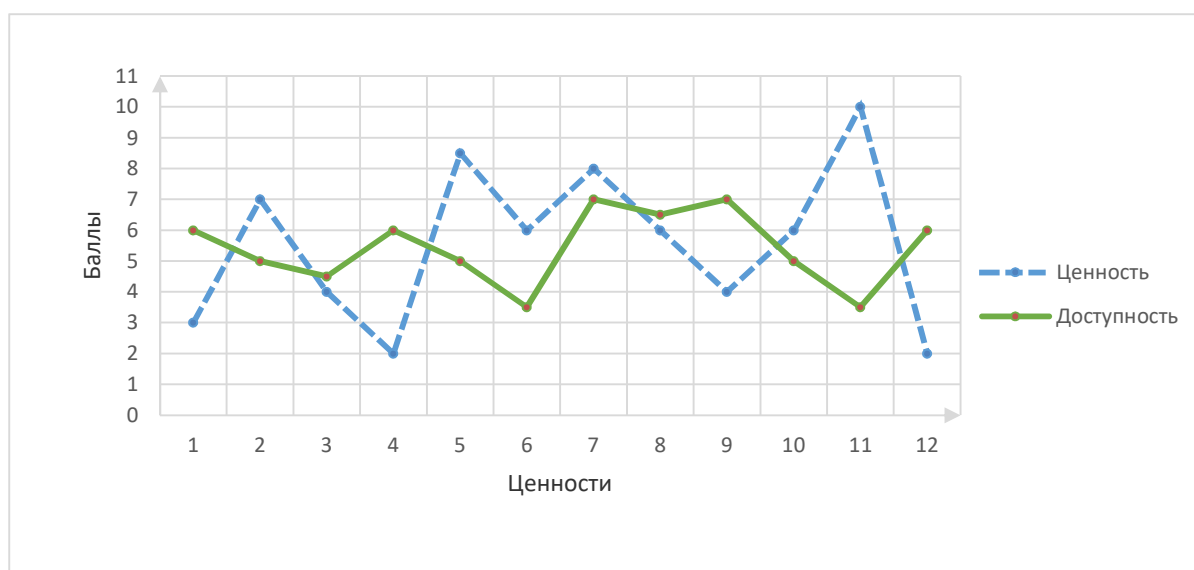


1. Активная, деятельная жизнь; 2. Здоровье; 3. Интересная работа; 4. Красота природы и искусства; 5. Любовь; 6. Материально-обеспеченная жизнь; 7. Наличие хороших и верных друзей; 8. Уверенность в себе; 9. Познание; 10. Свобода как независимость в поступках и действиях; 11. Счастливая семейная жизнь; 12. Творчество.

Рисунок 3.9 – Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах в 1 группе диспансерного наблюдения

По результатам исследования можно сделать вывод, что для студентов данной группы наиболее значимой является ценность «счастливая семейная жизнь», следующие по значимости «любовь», затем «здоровье» и «материально обеспеченная жизнь». Для этой группы характерно невысокое стремление к творчеству, переживанию прекрасного, познанию, активной деятельной жизни, интересной работе. Анализируя показатели ценностных предпочтений по «доступности», можно отметить тот факт, что в рейтинге наиболее доступных выступают такие сферы как «Наличие хороших и верных друзей», «Активная деятельная жизнь», «Уверенность в себе», «Познание», «Свобода», «Любовь» и только потом «Здоровье». Данный факт привлекает к себе внимание, поскольку к данной группе по результатам медицинского осмотра относятся здоровые респонденты.

При изучении иерархии ценностей во второй группе, наиболее значимыми для испытуемых выступают такие ценности, как: «счастливая семейная жизнь», «любовь», «наличие хороших и верных друзей», «здоровье» и «материально обеспеченная жизнь», далее следуют «уверенность в себе» и «свобода как независимость в поступках». Последние места в иерархии ценностей занимают: «творчество», «красота природы и искусство», «активная, деятельная жизнь», «интересная работа» и «познание» (рисунок 3.10.)



1. Активная, деятельная жизнь; 2. Здоровье; 3. Интересная работа; 4. Красота природы и искусства; 5. Любовь; 6. Материально-обеспеченная жизнь; 7. Наличие хороших и верных друзей; 8. Уверенность в себе; 9. Познание; 10. Свобода как независимость в поступках и действиях; 11. Счастливая семейная жизнь; 12. Творчество.

Рисунок 3.10 – Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах во 2 группе диспансерного наблюдения

Анализируя показатели ценностей по их «доступности», отметим, что наиболее доступными для респондентов данной группы являются: «наличие хороших и верных друзей», «познание», «активная, деятельная жизнь», «красота природы и искусства» и «творчество». Именно в данных сферах отмечается наличие внутреннего вакуума (ВВ), данные ценности являются доступными, но не являются значимыми для большинства респондентов данной группы.

Далее рассматривая полученные показатели по методике УСЦД можно отметить, что для третьей группы значимой ценностью является также «счастливая

семейная жизнь», следующие по значимости «любовь», затем «здоровье», «материально обеспеченная жизнь» и «уверенность в себе». Наименьшее место в иерархии представленных методикой ценностей занимает ценность «красота природы и искусство», «творчество», «активная деятельная жизнь», и «познание». При этом наиболее доступными для них являются ценности: «наличие хороших и верных друзей», «уверенность в себе», «познание», «свобода как независимость в поступках и действиях», «творчество», «любовь» и «активная, деятельная жизнь». Для наглядности, полученные результаты представлены на рисунке 3.11.

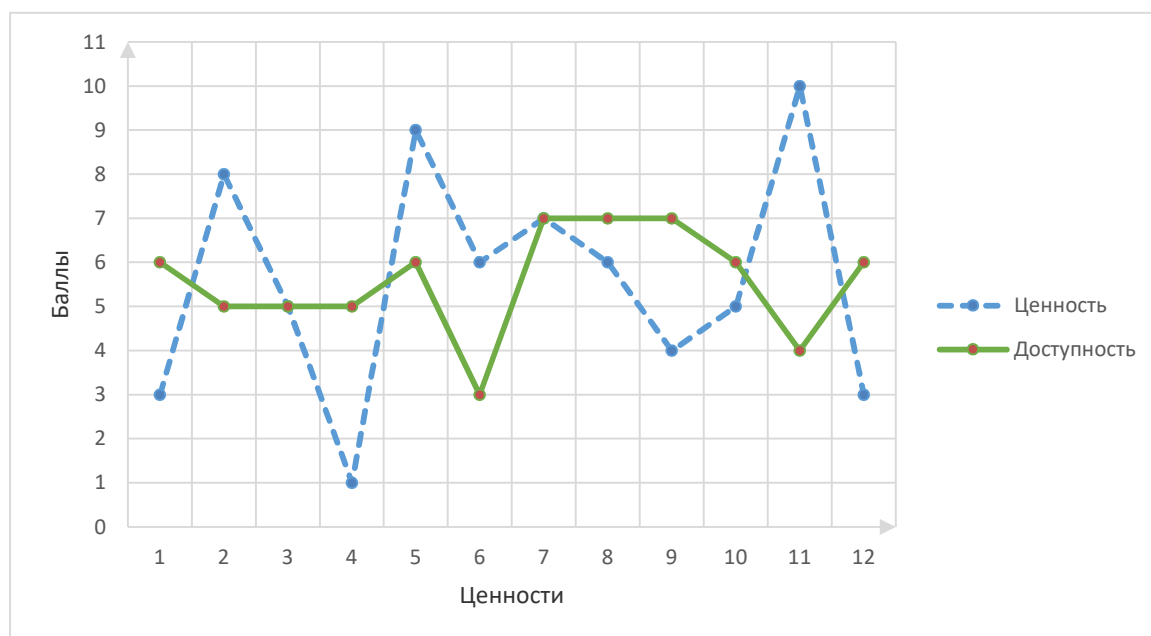


Рисунок 3.11 – Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах в 3 группе диспансерного наблюдения

Таким образом, возникает закономерное противоречие – при достаточно высокой ценности здоровья наименее ценными для данных групп респондентов являются «активная, деятельностная жизнь», «красота природы и искусство» и «творчество», хотя именно эти ценности и являются определяющими и способствующими гармонизации личности и ее здоровью. Так А.Н. Бердяев рассматривает творчество как способ достижения человеческой целостности и отмечает сложную связь здоровья и творчества.

При изучении соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах у студентов трех групп диспансерного наблюдения выявлены наиболее значимые внутренние конфликты в сферах: «счастливая семейная жизнь», «материально обеспеченная жизнь», «здоровье» и «любовь». В таблице 3.4 отражены данные состояния внутреннего конфликта (ВК) и внутреннего вакуума (ВВ) в исследуемой выборке.

Таблица 3.4 – Показатели степени расхождения между «ценностным» и «доступным» у студентов трех групп диспансерного наблюдения

№ ценности	1 гр.		2гр.		3гр.	
	ВК	ВВ	ВК	ВВ	ВК	ВВ
1	0,99%	38,61%	0,90%	35,14%	3,96%	31,68%
2	31,68%	2,97%	31,53%	2,70%	43,56%	1,98%
3	7,92%	6,93%	12,61%	9,91%	13,86%	7,92%
4	0,00%	33,66%	0,90%	42,34%	0,99%	46,53%
5	28,71%	3,96%	35,14%	0,90%	29,70%	2,97%
6	40,59%	3,96%	27,03%	9,01%	35,64%	5,94%
7	10,89%	10,89%	18,92%	7,21%	18,81%	7,92%
8	6,93%	19,80%	12,61%	12,61%	6,93%	12,87%
9	3,96%	29,70%	3,60%	33,33%	3,96%	36,63%
10	11,88%	25,74%	18,02%	8,11%	10,89%	20,79%
11	50,50%	0,99%	60,36%	1,80%	54,46%	1,98%
12	0,99%	31,68%	3,60%	40,54%	1,98%	35,64%

Статистически значимых различий в группах по показателям данной методики не обнаружено.

Исходя из содержания теоретико-методологического понятийного аппарата психологии, индекс расхождения «Ц-Д» (R) – это показатель рассогласования, дезинтеграции в мотивационно личностной сфере, свидетельствующий о степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, блокады основных потребностей, внутреннего дискомфорта, внутренней конфликтности, а также – об уровне самореализации, интегрированности, гармонии.

По величине индекса можно выделить три уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере: низкий, средний и высокий (Фанталова, 2001).

Полученные в ходе исследования результаты по уровням дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Уровень дезинтеграции у студентов трех групп диспансерного наблюдения

Уровни дезинтеграции	1 гр	2 гр	3 гр	Всего
Низкий	51,0% (49)	50,0% (55)	47,5% (48)	49,5% (152)
Средний	27,1% (26)	25,5% (28)	29,7% (30)	27,4% (84)
Высокий	21,9% (21)	24,5% (27)	22,8% (23)	23,1% (71)
Всего	96	110	101	307

Для наглядности эти данные представлены на рисунке 3.12.

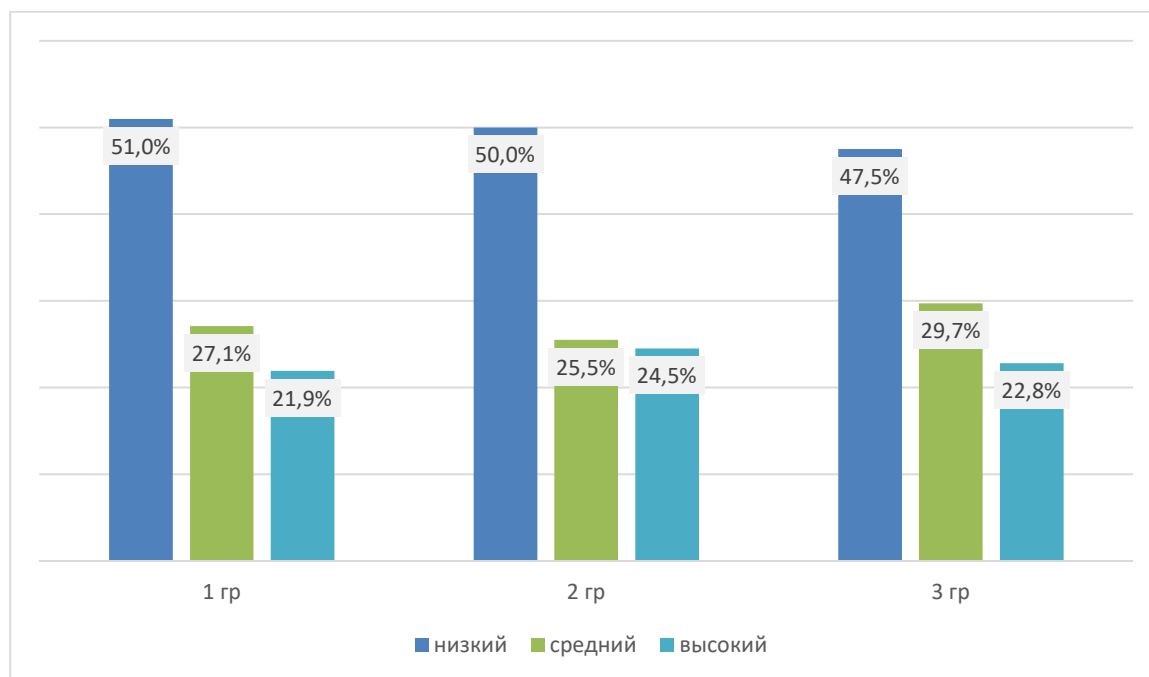


Рисунок 3.12 – Уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере у студентов трех групп диспансерного наблюдения

Поскольку интегральный показатель «Ценность – Доступность» (R) свидетельствует о глубине не всегда осознаваемого состояния вовлеченности личности в собственные внутренние конфликты, степени внутренней неудовлетворенности, блокады основных жизненных потребностей [Фанталова, 2015], полученные данные свидетельствуют об отсутствии гармонии в

мотивационно-личностной сфере у значительной части респондентов, тем самым определяя дисгармоничность мотивационно-ценностного компонента внутренней картины здоровья.

В процессе жизни человека соотношение ценности и доступности ценности характеризуется как устойчивость. Внутренние конфликты и внутренние вакуумы как показатели методики УСЦД являются кризисными точками в континууме «здоровье-болезнь» и в свою очередь определяют место личности в данном континууме. Показатель Ц-Д может выступать как индикатор блокады ценностно-смысловых образований в мотивационно-личностной сфере.

Таким образом, полученные данные показывают, что даже в группе здоровых около 49 % (высокий и средний уровень дезинтеграции личности в мотивационно-личностной сфере) респондентов можно отнести к группе риска возникновения психосоматических заболеваний. Такая же картина наблюдается во второй (50 %) и третьей (52,5 %) группах. Подчеркнем, что такие студенты, независимо от принадлежности к группе диспансерного наблюдения (являясь группой риска возникновения психосоматических заболеваний) нуждаются в психологической помощи.

Когнитивный компонент ВКЗ

Для изучения когнитивного компонента внутренней картины здоровья который включает в себя понятие о здоровье, о способах сохранения и поддержания здоровья, а также субъективную оценку здоровья мы использовали анкету «Самооценка здоровья».

Анализируя результаты данных анкеты, мы пришли к выводу о том, что респонденты всех трех групп имеют довольно четкое представление о здоровье, о способах сохранения и поддержания здоровья, а также ведения здорового образа жизни. На наш взгляд, данный факт можно объяснить спецификой вуза, в котором обучаются студенты исследуемой выборки. Так же отчасти можно говорить о том, что если изначально выбор медицинской профессии определялся осознанно, то естественно предположить, что здоровье является ценностью и представляет интерес в его изучении. И тем не менее, значительная часть респондентов трех

групп имея четкое представление о здоровье и здоровом образе жизни все же не ведет его, и у части студентов здоровый образ жизни только входит в ближайшие планы.

Понятие самооценки здоровья как интегрального психического и физического состояния широко используется в психологии здоровья. Человек в соответствии со своей самооценкой здоровья, системой ценностей, моральных норм вырабатывает стратегию деятельности в отношении сохранения своего здоровья.

При анализе самооценки здоровья, по результатам данных этой же анкеты получены следующие результаты.

Так показатели самооценки здоровья в трех группах диспансерного наблюдения представлены в таблице 3.6.

Таблица 3.6 – Сопряженность самооценки здоровья и диспансерной группы

Самооценка здоровья	Диспансерные группы			Итого
	первая	вторая	третья	
	Частота, % в Д/г			
Отличное	32,3% (31)	30% (33)	13,9% (14)	25,4% (78)
Хорошее	38,5%(37)	33,6% (37)	51,5%(52)	41%(126)
Посредственное	28,1% (27)	25,5% (28)	30,7% (31)	28% (86)
Плохое	1,0% (1)	1,8% (2)	3,9% (4)	2,3% (7)

Так в первой группе оценивают собственное здоровье как отличное и хорошее 70,8 %, что соответствует высокой самооценке здоровья, как посредственное оценивают здоровье 28,1 % и как плохое – 1 %. Во второй группе в 63,6 % высокая субъективная оценка здоровья, 25,5 % оценивают здоровье как посредственное и 1,8 % как плохое. В 3 группе (наличие хронических заболеваний) в 65,4 % случаев отмечается высокая субъективная оценка здоровья, 30,7 % респондентов оценивают здоровье как посредственное и 3,9 % как плохое.

Можно предположить, что высокий уровень самооценки здоровья характерный для большинства респондентов в первой группе диспансерного наблюдения связан с отсутствием опыта преодоления болезни и является адекватной самооценкой здоровья.

Высокая субъективная оценка здоровья, полученная в результате анкетирования, у представителей 2 и 3 группы диспансерного учета связана с наличием опыта преодоления болезни и с возрастными особенностями личности в виде оптимистических установок.

Наличие в анамнезе респондентов второй группы острого заболевания при неадекватной самооценке здоровья может способствовать его переходу в хроническую форму.

Как результат высокой самооценки здоровья при принадлежности к 3 группе диспансерного наблюдения, т.е. наличие хронических заболеваний в большей части психосоматических, говорит о формировании психологических защитных механизмов в виде вытеснения вплоть до отрицания. Эти незрелые защитные механизмы могут способствовать прогрессированию заболевания и увеличению количества обострений. Заниженная самооценка своего здоровья чаще всего проявляется в невнимании к своему образу жизни.

Поведенческий компонент ВКЗ

Условиями, определяющими здоровье человека, являются внешние объективные факторы такие как наследственность, экология, состояние системы здравоохранения и пр. и внутренние субъективные включающие образ жизни, условия, направленные на укрепления своего здоровья, отношения человека к собственному здоровью, его компетентность в вопросах здоровьесбережения. Внутренние факторы, в отличие от внешних целиком определяются активностью самой личности и принятием ответственности за свое здоровье на себя. Какой бы совершенной не была медицина в настоящее время, она не может избавить человека от всех заболеваний, так как, каждый человек создает собственное здоровье, поддерживает и бережет его.

Исходя из вышеизложенного, мы поставили перед собой задачу: определить особенности уровня субъективного контроля как показателя поведенческого компонента ВКЗ у представителей трех групп диспансерного наблюдения.

С целью исследования локуса контроля в качестве диагностического инструментария мы использовали опросник «УСК».

В таблице 3.7 и на рисунке 3.13 представлены результаты сравнительного анализа показателей общей интернальности в трех группах.

Таблица 3.7 – Сравнительный анализ уровня субъективного контроля в трех группах

Диспансерные группы	Уровни общей интернальности		Всего
	интернальный	экстернальный	
1 группа	55,2% (53)	44,8% (43)	96
2 группа	55,5% (61)	44,5% (49)	110
3 группа	61,4% (62)	38,6% (39)	101
Всего	57,3% (176)	42,7% (131)	307

Анализируя результаты данных, полученных по опроснику УСК, можно сделать вывод, что общая интернальность, как черта личности присуща 57,3% респондентов всех трех групп диспансерного учета. Эти люди считают себя добрыми, независимыми, решительными, справедливыми, невозмутимыми, дружелюбными, самостоятельными.

Доминирование экстернально-ориентированной направленности в жизнь, которая выражается в передаче ответственности за себя и свои действия на других характерно для 42,7% а респондентов всех трех групп. Высокие показатели экстернальности в исследуемых группах характерны для области достижений, области межличностных отношений и здоровья. Для такой категории респондентов характерна неспособность активно формировать круг общения и склонность считать свои отношения результатом действия партнеров. Они приписывают свои успехи и достижения внешним обстоятельствам: везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

При анализе интернальности в области здоровья получены следующие результаты. Интернальный локус контроля выявлен у 40,6 % респондентов первой группы, 35,5% у второй группы и у 37,6 % респондентов третьей группы. Данные интернальности и экстернальности представлены на рисунке 3.13.

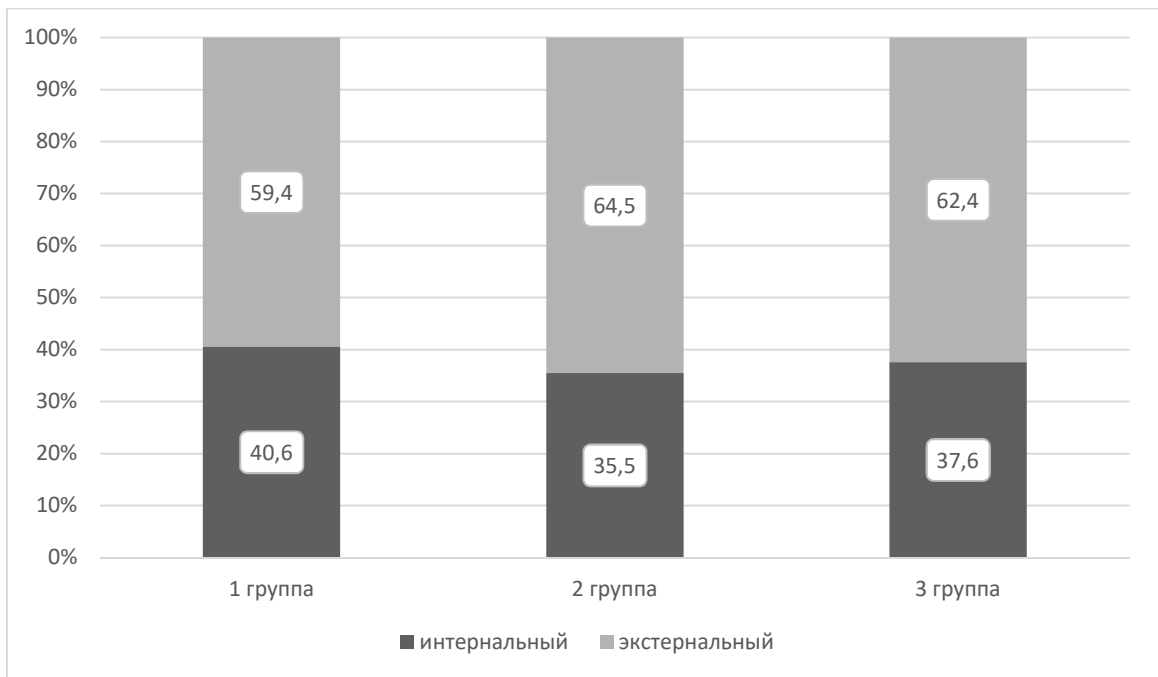


Рисунок 3.13 – Уровень субъективного контроля в области здоровья в трех группах диспансерного наблюдения

Людам с интернальным локусом контроля свойственна позиция «здоровый образ жизни - это путь к процветанию», что заставляет человека компенсировать недостатки своей физической конституции, добиваться улучшения качества жизни даже при неизлечимой болезни. Интерналы более благожелательны к другим, более спокойны и уверены в себе, более популярны [Бажин, Голынкина, Эткинд, 1993].

Наличие у 59,4 % респондентов первой группы, 64,5 % второй группы и 62,4 % третьей группы экстернального локуса контроля в области здоровья, свидетельствует о том, что для них характерна экстернальная позиция «я болезненный человек», которая определяет пассивность, отказ от рискованных мероприятий, отсутствие веры в эффективность лечения и профилактики.

Внешний локус контроля часто определяет пониженную самооценку, чувство безысходности, депрессивный фон настроения. Человек с низкими показателями по шкале «Из» считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется, что выздоровление придет в результате действий других, прежде всего врачей. [Бажин, Голынкина, Эткинд, 1993].

Как следствие данные психологические особенности личности не способствуют сохранению здоровья, выздоровлению и приверженности лечению.

Анализ интеркорреляционной матрицы

В рамках проведенного экспериментального исследования практический аспект определения наличия взаимосвязей между различными переменными и определение характера корреляционных связей (направление, сила и значимость) осуществлялся посредством корреляционного анализа.

Так в таблице 3.8 представлены показатели коэффициента корреляции взаимосвязей между психологическим благополучием и уровнем субъективного контроля.

Таблица 3.8 – Взаимосвязи показателей психологического благополучия и показателей интернальности (коэффициенты ранговой корреляции Спирмена по данным опросника УСК и К.Рифф)

Психологическое благополучие	Интернальность						
	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
Позитивные отношения	0,41 P<0,001	0,36 P<0,001	0,23 P<0,01	0,17 P<0,05	0,32 P<0,001	0,37 P<0,001	0,09
Автономия	0,26 P<0,001	0,31 P<0,001	0,10	0,07	0,11	0,24 P<0,01	-0,11
Управление средой	0,52 P<0,001	0,52 P<0,001	0,25 P<0,001	0,29 P<0,001	0,40 P<0,001	0,26 P<0,001	0,07
Личностный рост	0,40 P<0,001	0,37 P<0,001	0,19 P<0,01	0,16 P<0,05	0,29 P<0,001	0,28 P<0,001	0,09
Цели в жизни	0,56 P<0,001	0,53 P<0,001	0,25 P<0,001	0,31 P<0,001	0,38 P<0,001	0,28 P<0,001	0,30 P<0,001
Самопринятие	0,48 P<0,001	0,52 P<0,001	0,24 P<0,01	0,26 P<0,001	0,39 P<0,001	0,39 P<0,001	0,03
Общее благополучие	0,58 P<0,001	0,58 P<0,001	0,28 P<0,001	0,28 P<0,001	0,42 P<0,001	0,40 P<0,001	0,10

Таким образом, корреляционный анализ показал, что существуют прямые статистически значимые взаимосвязи (при $p<0,001$) между общей интернальностью и общим психологическим благополучием ($r=0,58$) а также со следующими шкалами психологического благополучия: Позитивные отношения ($r=0,41$); Автономия ($r=0,26$); Управление средой ($r=0,52$); Личностный Рост ($r=0,40$); Цели в жизни ($r=0,56$); Самопринятие ($r=0,48$). Интернальность в области

здоровья статистически значимо (при $p < 0,001$) взаимосвязана лишь с одной шкалой психологического благополучия «Цели в жизни» ($r = 0,30$). Данная взаимосвязь говорит о том, что ответственность за состояние своего здоровья связана с осмысленностью жизни, существованием целей и занятий, придающих жизни смысл и определяет поведение людей в отношении своего здоровья.

Данный факт может свидетельствовать о взаимосвязи эмоционального и поведенческого компонентов внутренней картины здоровья.

Далее в таблице 3.9 представлены коэффициенты ранговой корреляции Ч. Спирмена по показателям психологического благополучия и качества жизни.

Таблица 3.9 – Коэффициенты ранговой корреляции Спирмена показателей психологического благополучия и качества жизни

Шкалы ПБ	Качество жизни							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Позитивные отношения	0,08	0,16 $P < 0,05$	0,07	0,24 $P < 0,01$	0,35 $P < 0,001$	-0,03	0,17 $P < 0,05$	0,36 $P < 0,001$
Автономия	0,06	0,12	-0,05	0,13 $P < 0,1$	0,10	0,09	0,15 $P < 0,05$	0,11
Управление средой	0,18 $P < 0,05$	0,28 $P < 0,001$	0,17 $P < 0,05$	0,26 $P < 0,001$	0,40 $P < 0,001$	-0,07	0,27 $P < 0,001$	0,37 $P < 0,001$
Личностный рост	0,17 $P < 0,05$	0,07	0,05	0,18 $P < 0,05$	0,28 $P < 0,001$	-0,02	0,11	0,24 $P < 0,01$
Цели в жизни	0,22 $P < 0,01$	0,11	0,16 $P < 0,05$	0,27 $P < 0,001$	0,35 $P < 0,001$	-0,00	0,21 $P < 0,01$	0,34 $P < 0,001$
Самопринятие	0,07	0,21 $P < 0,01$	0,14 $P < 0,1$	0,35 $P < 0,001$	0,35 $P < 0,001$	-0,00	0,21 $P < 0,01$	0,41 $P < 0,001$
Общее благополучие	0,16 $P < 0,05$	0,22 $P < 0,01$	0,12	0,32 $P < 0,001$	0,41 $P < 0,001$	-0,01	0,25 $P < 0,001$	0,41 $P < 0,001$

С помощью критерия ранговой корреляции Спирмена обнаружено множество положительных статистически значимых корреляционных связей между показателями качества жизни и шкалами психологического благополучия, за исключением шкалы социальное функционирование (SF). Наличие взаимосвязей между общим показателем здоровья (GH) и всеми шкалами психологического благополучия является показателем эмоционального компонента внутренней картины здоровья.

Таким образом, физический и психологический компоненты здоровья статистически значимо связаны с психологическим благополучием личности, и тем не менее сила корреляционной связи более выражена относительно психологического компонента здоровья.

Психологическое благополучие личности также напрямую связано с самооценкой здоровья. Данные корреляционного анализа переменных самооценки здоровья и шкал психологического благополучия представлены в таблице 3.10.

Таблица 3.10 – Коэффициенты ранговой корреляции Ч. Спирмена самооценки здоровья и шкал психологического благополучия.

Самооценка здоровья	Шкалы психологического благополучия						
	позитивные отношения	автоно мия	управление средой	личностны й рост	цели в жизни	самопри нятия	общее благополуч ие
	0,32 P<0,001	0,12	0,32 P<0,001	0,15 P<0,05	0,30 P<0,001	0,41 P<0,001	0,37 P<0,001

Показатели шкал психологического благополучия за исключением шкалы «Автономия» имеют прямую положительную взаимосвязь с самооценкой здоровья. Можно предположить, что способность быть независимым, иметь нестандартное мышление и поведение, и оценивать себя исходя из собственных предпочтений не связана с самооценкой здоровья.

Выявленные значимые взаимосвязи (при $p<0,001$) самооценки здоровья и показателей общего психологического благополучия личности ($r=0,37$), «Самопринятия» ($r=0,41$), «Управление средой» ($r=0,32$), «Цели в жизни» ($r=0,30$) могут указывать на то, что положительная оценка своего здоровья связана со способностью быть открытым для общения, способностью добиваться желаемого, осмысленностью существования и позитивной оценкой себя.

При анализе коэффициентов ранговой корреляции самооценки здоровья и показателей качества жизни выявляются значимые взаимосвязи самооценки здоровья со всеми показателями физического компонента здоровья и показателями

психологического компонента здоровья за исключением шкалы «социальное функционирование» (таблице 3.11.)

Таблица 3.11 – Коэффициенты ранговой корреляции Спирмена самооценки здоровья и показателей качества жизни

	Качество жизни							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Самооценка здоровья	0,20 P<0,01	0,33 P<0,001	0,30 P<0,001	0,52 P<0,001	0,31 P<0,001	0,04	0,25 P<0,001	0,38 P<0,001

В данном случае можно говорить о том, что самооценка здоровья не связана с ограничением социальной активности и общением. Наиболее значимая взаимосвязь отмечается между показателями общего здоровья (GH) и самооценки здоровья (0,52; P<0,001). Чем выше самооценка здоровья, тем выше общее состояние здоровья. Взаимосвязь данных переменных в свою очередь может говорить об адекватности самооценки здоровья представителей трех групп диспансерного наблюдения.

Таким образом, на основании выявленных значимых корреляционных связей между показателями внутренней картины здоровья можно сделать вывод о том, что психологическое благополучие личности напрямую связано с физическим и психологическим компонентами здоровья и более выражена эта взаимосвязь относительно психологического компонента здоровья. Психологическое благополучие личности также напрямую связано с самооценкой здоровья и с интернальным локусом контроля в различных жизненных сферах.

Данный факт может свидетельствовать о взаимосвязи эмоционального и поведенческого компонентов внутренней картины здоровья. Поскольку высокий и средний уровни психологического благополучия соотносятся с параметром открытости психологической системы и соответственно определяют движение в континууме «здоровье-болезнь» в сторону здоровья. Интернальный локус контроля в свою очередь является одним из основных внутренних факторов, определяющих активность в поведении и деятельности определяющий

психологическую устойчивость личности и выступающий как показатель самоорганизации и высокой степени ответственности.

Можно говорить о том, что психологическое благополучие личности, высокие показатели психологического здоровья, интернальность как свойство личности и в частности в области здоровья, осмысленность жизни, адекватная оценка своего здоровья способствуют обеспечению устойчивости в процессе перехода от состояния здоровья к болезни у представителей трех групп диспансерного наблюдения.

3.3 Факторные модели особенностей внутренней картины здоровья у представителей различных групп диспансерного наблюдения

На следующем этапе исследования, интеркорреляционные матрицы с многообразными связями между показателями (отдельно по группам) были подвергнуты факторизации методом главных компонент при повороте Varimax Raw. В процессе факторизации полученных эмпирических данных были получены факторные модели особенностей внутренней картины здоровья представителей первой, второй и третьей групп диспансерного наблюдения.

В ходе проведения факторного анализа в первой группе респондентов показатели исследования были объединены в пять наиболее значимых факторов, суммарная информативность которых составляет 75,62 % дисперсии.

Результаты факторного анализа особенностей внутренней картины здоровья в группе респондентов, принадлежащих к первой группе диспансерного наблюдения представлены в таблице 3.12 и рисунке Б.1 в Приложении Б.

Фактор 1, объясняющий 23,58 % дисперсии, включает в себя показатели шкалы Рифф: «общее психологическое благополучие» (0,95), «управление средой» (0,82), «цели в жизни» (0,78), «позитивные отношения с окружающими» (0,74), «самопринятие» (0,73) и «личностный рост» (0,73). Исходя из содержательного анализа входящих в данный фактор переменных, он нами определен как «психологическое благополучие».

Таблица 3.12 – Результаты факторного анализа исследуемых особенностей внутренней картины здоровья представителей первой группы диспансерного наблюдения

Показатели	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Психол. благополучие	0,951	0,201	-0,069	0,145	-0,019
Управление средой	0,826	0,151	-0,178	0,182	-0,143
Цели в жизни	0,779	0,137	0,159	0,084	0,244
Позитивные отношения	0,740	0,183	0,142	-0,051	-0,250
Самопринятие	0,735	0,151	-0,222	0,233	-0,116
Личностный рост	0,734	0,028	-0,058	0,115	0,310
Общая интернальность	0,361	0,831	-0,170	0,159	0,236
Интернальность в области неудач	0,066	0,791	-0,180	-0,002	0,159
Интернальность в области семейных отношений	0,023	0,791	0,011	-0,065	-0,095
Интернальность в области производственных отношений	0,198	0,723	-0,193	0,284	0,076
Интернальность в области достижений	0,419	0,669	-0,102	0,226	0,090
Уровень дезинтеграции	-0,095	-0,143	0,960	-0,070	0,005
Внутренний конфликт	-0,002	-0,108	0,922	0,033	0,004
Внутренний вакуум	-0,029	-0,149	0,912	-0,079	0,015
Общ. состояние здоровья	0,123	0,102	-0,036	0,871	-0,093
Физич. функционирование	0,145	-0,053	-0,071	0,714	0,146
Самооценка здоровья	-0,168	-0,382	-0,030	0,695	0,153
Интернальность в обл. здоровья	-0,023	0,212	0,028	-0,048	0,855
Дисперсия, %	23,584	18,386	15,869	11,441	6,344
Дисперсия, всего %	75,624				

Наибольшее значение в данном факторе имеет переменная общее психологическое благополучие с положительной значимой нагрузкой, в союзе с переменными управление средой и цели в жизни. Чувство уверенности и компетентности в управлении повседневными делами, способность эффективно использовать различные жизненные обстоятельства и умение самому выбирать и создавать условия, удовлетворяющие личностным потребностям и ценностям в сочетании с наличием целей в жизни и чувства осмысленности жизни. Позитивные отношения с окружающими, включающими в себя наличие близких доверительных отношений, способность к эмпатии и умение находить компромиссы во взаимоотношениях с признанием и принятием всего собственного личностного многообразия, включающего свои как хорошие, так и плохие качества и позитивная

оценка своего прошлого, в сочетании с чувством непрерывного саморазвития с отслеживанием личностного роста и реализация своего потенциала, – все это способствует психологическому благополучию личности.

На наш взгляд, совокупность данных качеств и особенностей личности, рассматриваемая как полнота самореализации человека в конкретных жизненных ситуациях, нахождение творческого синтеза между соответствием запросам социального окружения и развитием собственной индивидуальности, характеризует область переживаний и состояний, свойственных здоровой личности.

Фактор 2, объясняющий 18,38 % дисперсии, представлен переменными теста УСК и включает такие переменные, как «общая интернальность» (0,83) и «интернальность в области неудач» (0,79), «интернальность в области семейных отношений» (0,79), «интернальность в области производственных отношений» (0,72), а также «интернальность в области достижений» (0,66). Наибольшее значение в данном факторе имеет переменная «общая интернальность», что соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Данный фактор получил название «Интернальность».

На наш взгляд здесь можно говорить, о том, что высокий уровень субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, ответственность за события, происходящие в семейной жизни, в производственной деятельности, в своем продвижении обеспечивается способностью преследовать цели, организовывать собственную деятельность и отношения в коллективе и с успехом добиваться своего в будущем.

Представители этой группы считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом.

Фактор 3, объясняющий 15,86% дисперсии, состоит из переменных методики УСЦД, таких как «уровень дезинтеграции в мотивационно личностной сфере» (0,96), имеющий самое большое значение в данном ффакторе, «внутренний

конфликт» (0,92) и «внутренний вакуум» (0,91). Это означает, что конфликт между ценностными, смыслообразующими структурами и возможностями реализации формирующихся на их основе смыслообразующих мотивов деятельности являются одними из самых значимых характеристик ВКЗ. Данный фактор назван «Дезинтеграция».

Фактор 4, (объяснённая дисперсия - 11,44 %), наполнен положительными связями шкал опросника SF-36, таких как «общее состояние здоровья» (0,87) и «физическое функционирование» (0,71), а также «самооценки здоровья» (0,69). Высокая субъективная оценка общего состояния здоровья и объем повседневной физической нагрузки свидетельствуют о том, что физическая активность респондентов (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.д.) не ограничивается состоянием их здоровья. Данный фактор назван «Общее состояние здоровья».

Фактор 5, объясняющий 6,34 % дисперсии, состоит из переменной «интернальность в области здоровья» (0,85). Свидетельствует о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье: если болен, то обвиняет в этом самого себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий. Данный фактор назван «Ответственность за здоровье».

Итак, внутренняя картина здоровья представителей 1 группы включает в себя: высокий уровень психологического благополучия, выраженную интернальность, высокий уровень дезинтеграции в мотивационно личностной сфере, высокую оценку общего состояния здоровья и интернальность в области здоровья. Можно предположить, что во внутренней картине здоровья данной группы четко представлены эмоциональный компонент в виде высокого уровня психологического благополучия, поведенческий, отражающий общую интернальность и ответственность в области здоровья, когнитивный заключающийся в адекватной самооценке здоровья. Мотивационно-ценностный компонент представлен высоким значением в структуре фактора уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, что говорит о дисгармоничности внутренней картины здоровья именно в данном компоненте.

Факторный анализ данных, полученных в ходе исследования внутренней картины здоровья представителей 2 группы диспансерного наблюдения, позволил констатировать следующее. Ведущим фактором в данной группе является также фактор «психологическое благополучие» - фактор 1, объясняющий 21,01 % дисперсии. В него вошли показатели следующих шкал опросника: «общее психологическое благополучие» (0,93), «управление средой» (0,84), «самопринятие» (0,81), «позитивные отношения» (0,79), «личностный рост» (0,70).

Результаты факторного анализа особенностей внутренней картины здоровья в группе респондентов второй группы диспансерного наблюдения представлены в таблице 3.13 и рисунке Б.2 (Приложение Б).

Таблица 3.13 – Результаты факторного анализа особенностей внутренней картины здоровья представителей второй группы диспансерного наблюдения

Показатели	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Общее ПБ	,936	,227	-,146	,070	-,081
Управление средой	,844	,138	-,135	,051	-,121
Самопринятие	,815	,216	-,208	,018	-,043
Позитивные отношения	,795	,067	-,094	,042	,014
Личностный рост	,708	,202	,034	,139	-,136
Общая интернальность	,259	,896	,002	,105	-,138
Интернальность в области неудач	,028	,813	-,098	,023	,031
Интернальность в области производственных отношений	,240	,732	,003	,099	-,012
Интернальность в области семейных отношений	,046	,719	-,023	-,092	,018
Интернальность в области достижений	,337	,717	,046	,051	-,142
Уровень дезинтеграции	-,152	-,014	,973	,044	-,019
Внутренний конфликт	-,162	-,010	,957	,023	,022
Внутренний вакуум	-,108	-,049	,955	,004	-,054
Интенсивность боли (ВР)	-,002	,071	-,073	,840	-,128
Физич. функционирование	,041	-,019	,064	,797	-,121
Рольное функц-е (РР)	,221	,053	,075	,792	,191
Алекситимия	-,206	,086	-,009	,032	,792
Нервно-психическая адаптация	-,031	-,221	-,037	-,125	,787
Дисперсия, %	21,015	18,115	16,086	11,380	7,788
Дисперсия, всего %	74,384				

Наибольшее значение в данном факторе имеет показатель общее психологическое благополучие, что характеризуется переживанием человеком

счастья и удовлетворенностью самим собой и своим окружением. Значимой составляющей данного фактора является умение самому выбирать и создавать условия, удовлетворяющие личностным потребностям и ценностям с эффективностью использования различных жизненных обстоятельств. Также значимым в данном факторе является поддержание позитивного отношения к себе, признание и принятие всего собственного личностного многообразия; наличие доверительных отношений с окружающими, способность к эмпатии, умение находить компромиссы во взаимоотношениях, отслеживание собственного личностного роста и ощущение самосовершенствования с течением времени.

Фактор 2, имеет дисперсию 18,1 %. Фактор, именуемый нами как «Интернальность», включает в себя такие переменные опросника УСК, как «общая интернальность» (0,89), «интернальность в области неудач» (0,81), «интернальность в области производственных отношений» (0,73), «интернальность в области семейных отношений» (0,719), а также «интернальность в области достижений» (0,717). Наибольшее значение в данном факторе имеет переменная общая интернальность, что соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями.

Фактор 3, имеющий дисперсию 16,08 %, образован такими положительно нагруженными переменными методики УСЦД, как «уровень дезинтеграции» (0,97), «внутренний конфликт» (0,97) и «внутренний вакуум» (0,955). Выступая в качестве психологической характеристики ВКЗ представителей 2 группы диспансерного учета, данный показатель указывает на рассогласование, дезинтеграцию в мотивационно личностной сфере, свидетельствующий о степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, блокады основных потребностей, внутреннего дискомфорта, внутренней конфликтности, а также – об уровне самореализации, внутренней идентичности, интегрированности, гармонии. Данный фактор назван нами «Дезинтеграция».

Фактор 4 имеющий дисперсию 11,38 %, объединяет показатели опросника SF-36 – «интенсивность боли» ВР (0,84), «физическое функционирование» (0,797) и «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» РР

(0,792). Анализ составляющих данного фактора позволяет предположить, что интенсивность боли оказывает влияние на объем физической нагрузки и выполнение повседневных обязанностей. На наш взгляд, более важную позицию для данной категории респондентов играет интенсивность боли, так как данная группа характеризуется наличием в анамнезе острого (возникшего впервые) заболевания. В силу факторной нагрузки интенсивности боли, 4 фактор мы обозначили как «Боль».

Фактор 5, имеющий дисперсию 7,788 %, образован переменной «алекситимия» (0,79) и «нервно-психическая адаптация» (0,787). Выступая в качестве характеристики эмоционального компонента внутренней картины здоровья представителей 2 группы диспансерного учета, данный показатель указывает на затруднения или неспособность человека описывать собственные эмоциональные проявления и различать чувства и эмоции других людей. Адаптационные процессы тесно связаны с эмоциональным напряжением, что приводит к неустойчивости психических функций и к снижению эффективности деятельности, ее дезинтеграции. Алекситимия является важнейшим фактором развития психосоматических и ряда невротических расстройств. Т.е. чем выше уровень алекситимии, тем более отражается «движение» индивида от абсолютной нормы к вероятно болезненному состоянию. Данный фактор назван нами «Алекситимия».

Итак, во внутренней картине здоровья данной группы эмоциональный компонент представлен в виде высокого уровня психологического благополучия, и в то же время появление показателя алекситимии и нервно-психической дезадаптации во внутренней картине здоровья респондентов второй группы может свидетельствовать о дисгармоничности внутренней картины здоровья в эмоциональном компоненте. Поведенческий компонент отражает общую интернальность и ее составляющие за исключением ответственности в области межличностных отношений и здоровья. Когнитивный компонент включает адекватную самооценку здоровья. Мотивационно-ценностный компонент представлен высоким уровнем дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере,

Таблица 3.14 – Результаты факторного анализа особенностей внутренней картины здоровья представителей третьей группы диспансерного наблюдения

Показатели	Факторы							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Общее псих. благоп.	,920	-,031	,122	,155	,094	,286	-,039	,000
Цели в жизни	,873	-,045	,125	,162	,152	-,037	,033	-,181
Управление средой	,832	,058	,208	,197	-,049	-,001	-,037	,002
Личностный рост	,828	-,128	-,043	-,008	,050	,066	-,096	,073
Самопринятие	,756	-,022	,167	,231	,095	,254	,060	-,041
Ур. дезинтеграции	-,038	,981	,014	-,010	-,007	-,101	,017	-,023
Внутренний конфликт	,005	,935	,069	-,023	,030	-,134	,034	-,023
Внутренний вакуум	-,102	,929	-,052	-,033	-,105	,038	-,036	-,014
МН	,182	-,091	,825	,053	,279	-,011	,058	,063
РР	,019	,148	,800	,028	,012	,132	-,116	-,029
RE	,076	-,041	,780	,093	-,014	-,032	-,162	-,160
VT	,237	-,001	,744	,029	,306	-,024	-,039	,172
Ин	,107	-,016	,061	,887	,042	,190	-,008	,023
Ис	,154	-,020	,055	,857	,179	-,125	-,106	,074
Интернальность общая	,403	-,038	,077	,774	,036	,129	,083	-,028
SF-36(GH)	,112	-,055	,151	,073	,845	-,029	-,069	-,088
Самооценка здоровья	-,087	,013	-,202	-,135	,805	-,075	-,031	,034
Им	,122	-,109	,039	,257	,033	,790	,121	-,254
Автономия	,310	-,115	,026	-,062	,014	,789	-,040	,244
Алекситимия	,035	,037	-,072	-,086	-,227	,009	,837	-,209
НПА	-,129	-,026	-,225	,055	,235	,073	,709	,269
SF	-,067	-,049	,002	,065	-,112	-,010	-,007	,921
Дисперсия, %	18,258	12,681	12,399	10,844	7,943	6,942	5,945	5,477
Дисперсия, всего %	80,490							

Примечания: **МН** – психическое здоровье; **РР** – ролевое физическое функционирование; **RE** – ролевое эмоциональное функционирование; **VT** –жизнеспособность; **Ин** – интернальность в области неудач; **Ис** – интернальность в области семейных взаимоотношений; **Им** – интернальность в области межличностных отношений; **GH** – общее здоровье; **НПА** нервно-психическая адаптация; **SF** – социальное функционирование.

Фактор 1, названный нами «Психологическое благополучие» и объясняющий 18,3 % дисперсии, состоит из следующих переменных шкалы Рифф: «Общее психологическое благополучие» (0,92), «цели в жизни» (0,87), «Управление средой» (0,83), «личностный рост» (0,82), «Самопринятие» (0,75). Таким образом, для внутренней картины здоровья представителей данной группы диспансерного учета характерно: наличие целей в жизни и чувства осмысленности жизни, чувство уверенности и компетентности в управлении в повседневными делами, способность эффективно использовать различные жизненные обстоятельства, умение самому выбирать и создавать условия, удовлетворяющие личностным потребностям и ценностям, чувство непрерывного саморазвития, отслеживание собственного личностного роста и ощущение самосовершенствования с течением времени, поддержание позитивного отношения к себе, признание и принятие всего собственного личностного многообразия, включающего свои как хорошие, так и плохие качества, позитивная оценка своего прошлого.

Фактор 2, названный нами «Дезинтеграция» и объясняющий 12,68 % дисперсии, включает в себя следующие переменные методики УСЦД: «уровень дезинтеграции» (0,98), «внутренний конфликт» (0,93) и «внутренний вакуум» (0,92).

Фактор 3, названный нами «Ментальное здоровье» и объясняющий 12,39 % дисперсии, включает в себя следующие переменные опросника SF-36: «психическое здоровье» (0,82), «интенсивность боли» (0,80), «ролевое эмоциональное функционирование» (0,78) и «жизнеспособность» (0,74). Наличие хорошего настроения и преобладание положительных эмоций зависит от интенсивности боли и ее влияния на эмоциональное состояние, которое мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.), что в свою очередь способствует ощущению себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

Фактор 4, названный нами «Интернальность» и объясняющий 10,84 % дисперсии, содержит в себе следующие показатели: «интернальность в области

неудач» (0,88), «интернальность в области семейных отношений» (0,85) и «общая интернальность» (0,77). Т.е. высокий уровень субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями характеризует более позитивную систему отношений к миру и большую осознанность смысла и целей жизни, свойственную интерналам. Высокие показатели по шкале интернальность в области неудач говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях, при этом человек считает себя во многом ответственным за события, происходящие в его семейной жизни.

Фактор 5 включает в себя показатель «общего состояния здоровья» (0,84) и показателя «самооценка здоровья» (0,80). Это может свидетельствовать о том, что представители данной группы адекватно оценивают собственное здоровье.

Шестой фактор включает в себя положительные корреляционные взаимосвязи показателей: интернальность в области межличностных отношений (0,79) и автономия (0,78). Человек чувствует себя способным вызывать уважение и симпатию других людей и в то же время способен противостоять социальному давлению и регулировать собственное поведение исходя из собственных стандартов.

Седьмой фактор получил название «Алекситимия», он включает в себя положительные корреляционные взаимосвязи показателя «алекситимии» (0,83) и «нервно-психической адаптации» (0,70). Анализ составляющих данного фактора позволяет предположить, что показатель «алекситимия» характеризуется затруднением дифференциации собственных эмоций и телесных состояний, ощущений; «механистичностью» мышления, ограниченной способностью фантазии и воображения и является важнейшим фактором развития психосоматических и ряда невротических расстройств. Нервно-психическая неустойчивость выражает склонность к срывам функций нервной системы как следствие высокой психической нагрузки и приводит к снижению эффективности деятельности.

Восьмой фактор представлен показателем «социальное функционирование» (0,92) которое определяется степенью, влияния физического или эмоционального состояние на ограничение социальной активности и общения.

Таким образом, во внутренней картине здоровья третьей группы, несмотря на то, что эмоциональный компонент представлен в виде высокого уровня психологического благополучия, появление показателя алекситимии и нервно-психической дезадаптации может также свидетельствовать о неблагополучии эмоционального компонента внутренней картины здоровья. Поведенческий компонент отражает общую интернальность и ее составляющие за исключением ответственности в области достижений, межличностных, производственных отношений и здоровья. Когнитивный компонент включает адекватную самооценку здоровья. Мотивационно-ценностный компонент представлен высоким уровнем дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, что говорит о неблагополучии внутренней картины здоровья в данном компоненте. Появление в структуре внутренней картины здоровья показателя «Социальное функционирование» говорит о взаимосвязи физического и эмоционального состояние с ограничением социальной активности и общения. Более раздробленная структура указывает на фрагментарность внутренней картины здоровья в данной группе.

Анализ факторных моделей особенностей внутренней картины здоровья представителей различных групп диспансерного наблюдения позволяет сделать вывод о том, что полученные структурные характеристики, имеют различное содержание, в зависимости от принадлежности к группе диспансерного наблюдения.

Сравнительный анализ факторов в трех группах диспансерного наблюдения представлен в таблице 3.15.

Для всех групп, вне зависимости от нозологических форм и состояния здоровья значимым фактором является дезинтеграция, включающая в себя наличие внутреннего конфликта и внутреннего вакуума.

Таблица 3.15 – Сводные результаты факторного анализа в группах диспансерного наблюдения

№	Диспансерная группа I		Диспансерная группа II		Диспансерная группа III	
	Название фактора	%	Название фактора	%	Название фактора	%
F1	Психологическое благополучие	,951	Психологическое благополучие	,936	Психологическое благополучие	,920
F2	Интернальность	,831	Интернальность	,896	Уровень дезинтеграции	,981
F3	Уровень дезинтеграции	,960	Уровень дезинтеграции	,973	Ментальное здоровье	,825
F4	Общ. состояние здоровья	,871	Интенсивность боли	,840	Интернальность в области неудач	,887
F5	Интернальность в области здоровья	,855	Алекситимия	,792	Общ. состояние здоровья	,845
F6					Интернальность в области межл. отн	,790
F7					Алекситимия	,837
F8					Социальное функционирование	,921

Так неблагополучие компонентов внутренней картины здоровья, в виде экстернальности, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, являются предпосылками развития психосоматических и ряда невротических расстройств, т.е. могут быть индикатором состояния предболезни. Стоит обратить внимание на наличие фактора «алекситимия», включающего в себя нарушение нервно-психической адаптации во второй и третьей группах диспансерного наблюдения, а также фактора «социальное функционирование» в третьей группе. Можно предположить, что наличие в структуре внутренней картины здоровья данных характеристик приводит к ухудшению соматического здоровья.

Поскольку очень важно распознавать проблемы со здоровьем на более ранних этапах с целью предотвращения развития заболевания и предупреждения обострений имеющихся болезней, необходимо своевременно диагностировать дезадаптивные состояния и оказывать соответствующую помощь. В случае наличия заболеваний помимо медицинской помощи наиболее актуальным представляется проведение психологического вмешательства на начальных

стадиях развития заболевания, поскольку именно в этот период пациенты особенно остро испытывают внутриличностные конфликты и связанный с ними дискомфорт.

В практической медицине профилактическая работа должна быть направлена на диагностику внутренней картины здоровья, субъективной оценки здоровья, адаптационных способностей, дезадаптивных состояний, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере и включать в себя как групповые, так и индивидуальные средства, и методы, направленные на снижение уровня нервно-психического напряжения, регуляцию психических состояний и в целом гармонизацию личности.

В ходе данного исследования в каждой диспансерной группе студентов при помощи факторного анализа выделена совокупность специфических факторов психологического статуса студентов, существенно дополняющих общую клинико-психологическую картину, что позволило ее существенно развить и дифференцировать мишени для планирования системы целевого медико-психологического сопровождения студентов, принадлежащих к группе риска.

Сравнительный анализ показателей факторного анализа и контент-анализа текстов эссе «Мое здоровье» представлен в таблице 3.16.

Таблица 3.16 – Сравнительный анализ показателей факторного анализа и контент-анализа текстов эссе «Мое здоровье».

Факторы			Категории		
1 гр.	2 гр.	3 гр.	1 гр.	2 гр.	3 гр.
Психологическое благополучие	Психологическое благополучие	Психологическое благополучие	В	С	Д
Интернальность	Интернальность	Ур. дезинтеграции	С	В	А
Ур. дезинтеграции	Уровень дезинтеграции	Ментальное здоровье	А	Д	С
Общ. состояние здоровья	Интенсивность боли	Интернальность в области неудач	Е	А	В
Интернальность в области здоровья	Алекситимия	ГН (общее здоровье)	Д	Е	Е
		Интернальность в обл. межличностных взаимоотношений	Е		
		Алекситимия			
		SF			
Примечания: В – эмоциональный; С – поведенческий; Д – ценностный; Е - сенсорный					

Таким образом, можно сделать вывод о том, что для первой группы диспансерного наблюдения характерна более гармоничная внутренняя картина здоровья, что подтверждается показателями факторного анализа и контент-анализа.

Так, эмоциональная сторона внутренней картины здоровья в первой группе представлена в факторной модели шестью показателями первого фактора и характеризует эмоциональные состояния свойственные здоровой личности.

Поведенческий компонент ВКЗ в факторном анализе представлен во втором факторе «интернальность», что соответствует принятию собственной ответственности за события, происходящие в жизни. Интернальность в области здоровья в данной группе выделена в отдельный фактор с достаточно высокой нагрузкой.

Самооценка здоровья в факторном анализе представлена в 4 факторе и связана с общим состоянием здоровья и физическим функционированием, что отражает когнитивный компонент ВКЗ.

В ценностной стороне ВКЗ отмечается дезинтеграция в мотивационно-ценностной сфере, что говорит о наличии конфликта между ценностными смыслообразующими структурами и возможностями их реализации в деятельности.

Сенсорный уровень ВКЗ в факторном анализе данной группы не представлен, что возможно объясняется тем, что данную группу представляют здоровые студенты.

Во второй и третьей группах в факторном анализе наблюдается разорванность факторов, представленность их в виде «мозаичности», что говорит о нарушении структуры внутренней картины здоровья.

Так поведенческая сторона ВКЗ второй группы в факторном анализе отражена во втором факторе в виде общей интернальности и связана с интернальностью в области неудач, производственных и семейных отношений и в области достижений. В данной группе по сравнению с первой группой отсутствует показатель интернальности в области здоровья.

В эмоциональной стороне внутренней картины здоровья в факторном анализе второй группы отмечается ведущий фактор «Психологическое благополучие, как и в первой группе и добавляется фактор «алекситимия» связанный с нервно-психической дезадаптацией. Данный факт может свидетельствовать о неблагополучии эмоционального уровня внутренней картины здоровья.

Ценностная сторона ВКЗ, как и в первой группе представлена фактором «Дезинтеграция», что говорит о наличии конфликта между ценностным и доступным в различных жизненных сферах.

Сенсорный компонент ВКЗ в факторном анализе представлен 4 фактором «Боль» и отражается в 5 факторе в виде нервно-психической дезадаптации.

Так в факторном анализе ценностный компонент ВКЗ отражается во втором факторе «Дезинтеграция» и связан с внутренним конфликтом и внутренним вакуумом в мотивационно-личностной сфере. В когнитивной стороне отмечается связь общего здоровья с самооценкой здоровья и значимым является психическое здоровье. Поведенческий компонент ВКЗ представлен в большей степени показателем интернальности в области неудач, а также в области семейных отношений и общей интернальности. В отличие от предыдущих групп в третьей группе диспансерного учета поведенческий компонент представлен также дополнительным фактором «Социальное функционирование», что говорит об ограничении социальной активности и общения. В эмоциональном компоненте ВКЗ ведущим является фактор «Психологическое благополучие» и фактор «Алекситимия» с несколько большей факторной нагрузкой по сравнению со второй группой.

Сенсорный компонент ВКЗ представлен показателем нервно-психической дезадаптации (неустойчивости) т.к. включает в себя большое количество соматических жалоб.

Полученные в ходе исследования результаты контент-анализа подтверждают факторные модели и позволяют отметить, что особенностями ВКЗ первой группы диспансерного наблюдения доминирование эмоционального и поведенческого

компонентов. Для второй группы характерно преобладание поведенческого, эмоционального и ценностного компонентов. В третьей группе наиболее выражен ценностный, когнитивный и поведенческий компонент.

В текстах респондентов отмечается тенденция к избеганию самооценки собственного здоровья, так 68,3 % респондентов второй группы, 53,4 % третьей группы и 55,2 % первой группы не оценили в своих текстах собственное здоровье, 36,6 % респондентов третьей группы и 27,3 % во второй и 15 % первой группы отмечают в тексте наличие болевого синдрома. Эмоциональная сторона ВКЗ наиболее представлена в текстах первой (77,1 %) и во второй (51,8 %) и наименее в третьей группе (42,6 %).

Проведенное исследование позволило раскрыть особенности характеристик ВКЗ у студентов, принадлежащих к трем группам диспансерного наблюдения. Изучение представлений о своем здоровье у здоровых студентов и с соматическими заболеваниями позволило выявить отсутствие гармоничной структуры ВКЗ у части респондентов, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения. Полученные данные, могут являться одним из аспектов определения данной категории студентов в группу риска развития психосоматических заболеваний с целью последующей реализации программы медико-психологического сопровождения данной категории респондентов.

Выводы по главе 3

1. Результаты исследования внутренней картины здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения методом контент-анализа рассматриваются результаты анализа эссе «Мое здоровье» отражающие структуру и доминирующие аспекты внутренней картины здоровья (когнитивный, эмоциональный, поведенческий и мотивационно-ценностный).

Показатели второй и третьей групп свидетельствуют о том, что у значительной части респондентов данных групп отмечается дисгармоничная структура ВКЗ, обусловленная частичной представленностью ее компонентов.

2. Таким образом, результаты исследования внутренней картины здоровья у респондентов трех групп показывают примерно одинаковое распределение

показателей. Исходя из этого мы можем предположить, что показатели неблагополучия внутренней картины здоровья могут быть факторами, определяющими здоровых респондентов первой группы диспансерного наблюдения в группу риска развития заболеваний. А также выявленные показатели неблагополучия внутренней картины здоровья, во второй и в третьей группах могут способствовать обострениям имеющихся заболеваний и увеличению их количества.

3. В результате факторизации полученных эмпирических данных были получены факторные модели особенностей внутренней картины здоровья представителей первой, второй и третьей групп диспансерного наблюдения.

Анализ факторных моделей особенностей внутренней картины здоровья представителей различных групп диспансерного наблюдения позволяет сделать вывод о том, что полученные структурные характеристики, имеют различное содержание, в зависимости от принадлежности к группе диспансерного наблюдения. Неблагополучие компонентов внутренней картины здоровья, в виде экстернальности, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, включающей в себя наличие внутреннего конфликта и внутреннего вакуума, присущи как здоровым, так и представителям 2 и 3 групп диспансерного наблюдения и являются предпосылками развития психосоматических и ряда невротических расстройств, т.е. могут быть индикатором состояния предболезни. Стоит обратить внимание на наличие фактора «Алекситимия», включающего в себя нарушение нервно-психической адаптации во второй и третьей группах диспансерного наблюдения, а также фактора социальное функционирование в третьей группе. Можно предположить, что наличие в структуре внутренней картины здоровья данных характеристик приводит к ухудшению соматического здоровья.

4 Динамика характеристик внутренней картины здоровья в ходе медико-психологического сопровождения

4.1 Динамика характеристик внутренней картины здоровья и соматического здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения в ходе медико-психологического сопровождения

Программа медико-психологического сопровождения респондентов экспериментальной группы реализовывалась в условиях деятельности Психологического центра, являющегося структурным подразделением Университетской клиники. Медико-психологическая помощь студентам, обладает большим потенциалом в области оказания комплексной психотерапевтической и медико-психологической помощи студентам. Врачи общей практики, психотерапевты и медицинские психологи психологического центра обладают высоким уровнем профессиональной компетентности и практическими навыками работы с пациентами соматического, психосоматического и невротического профилей.

Для изучения динамики характеристик внутренней картины здоровья была проведена следующая экспериментальная работа. С респондентами, участвующими в исследовании, было проведено собеседование путем опроса и получения информированного согласия на участие в программе медико-психологического сопровождения. Изъявили желание принять участие и согласились с планом мероприятий 80 студентов, 40 из них составили основную (экспериментальную) группу, которая была включена в программу медико-психологического сопровождения с последующей повторной психологической диагностикой и 40 студентов составили контрольную группу, с которой проводилось лишь психодиагностическое исследование характеристик внутренней картины здоровья в динамике естественного изменения.

Критериями включения в экспериментальную и контрольную группу выступили маркеры факторного анализа при сравнении 1,2 и 3 групп, а именно наличие у респондентов по результатам психологического исследования таких

показателей как низкий уровень психологического благополучия, снижение качества жизни, высокий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, алекситимия, нервно-психическая дезадаптация, экстернальный тип локуса контроля.

В процессе реализации программы медико-психологического сопровождения количество респондентов в группах значительно изменилось за счет отчисления и ухода в академический отпуск некоторых студентов из-за имеющихся академических задолженностей, а также несколько студентов приняли решение отказаться от участия в данной программе (из-за отсутствия свободного времени).

На заключительном этапе экспериментальную группу респондентов составили 30 студентов (в т.ч. 20 девушек и 10 юношей) из них 10 студентов принадлежали к 1 диспансерной группе, 10 ко второй диспансерной группе и 10 к 3 диспансерной группе. Средний возраст студентов этой группы составил 19 лет.

Контрольную группу респондентов составили 31 студент (в т.ч. 21 девушка и 10 юношей) из них 10 студентов принадлежали к 1 диспансерной группе, 10 ко второй диспансерной группе и 11 к 3 диспансерной группе. Средний возраст студентов этой группы также составил 19 лет.

Для оценки различий между двумя выборками использовался U-критерий Манна-Уитни.

Исследовательские группы были гомогенны по возрастному и половому составу, различия по возрасту и полу были статистически недостоверны. Так как $U_{эмп} = 441.5$ больше $U_{кр}$ при $p \leq 0.05 = 350$, то различия между выборками не существенны на уровне значимости 5 %.

Установление клинического диагноза, продолжительность ремиссии и количество обострений в год производилось врачом общей практики. Психологическая диагностика проводилась психологом. При наличии низкого уровня нервно-психической адаптации, назначались консультации врача психотерапевта с целью определения наличия и степени выраженности психических нарушений.

Основной задачей данного этапа исследования являлось выявление и описание инвариантных и вариативных характеристик внутренней картины здоровья у респондентов, экспериментальной и контрольной групп до и после реализации программы медико-психологического сопровождения в сопоставлении с результатами медицинского осмотра.

Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определялась медицинским работником. В ходе динамического наблюдения намеченные мероприятия в течение года корректировались, дополнялись. В конце года на каждого пациента заполнялся этапный эпикриз, который отражает следующие моменты: исходное состояние больного, проведенные лечебно-оздоровительные мероприятия, динамика течения заболевания, итоговая оценка состояния здоровья (улучшение, ухудшение, без изменений). Данные этапных эпикризов в экспериментальной и контрольной группах представлены на рисунке 4.1.

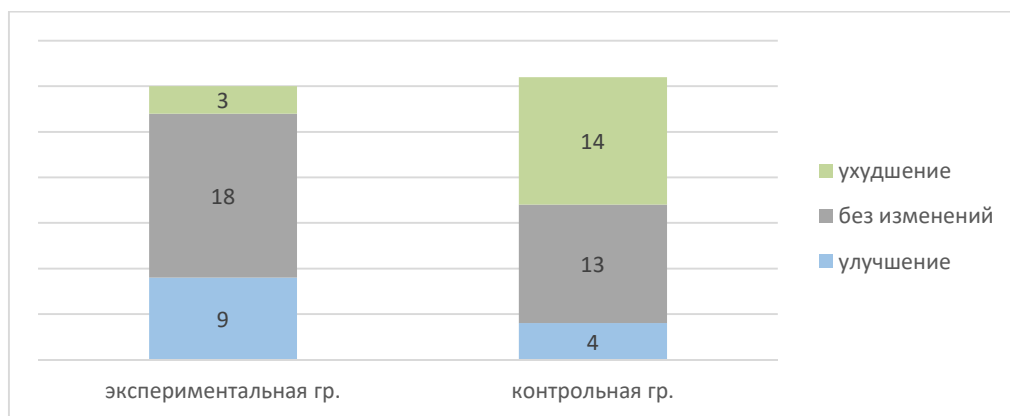


Рисунок 4.1 – Данные этапных эпикризов в контрольной и экспериментальной группах

При анализе результатов медицинского осмотра и анализа медицинских карт в экспериментальной группе в течение года отмечается положительная динамика у респондентов, имеющих хронические заболевания. Так у 9 человек отсутствовали

обострения основного заболевания в течение года и отмечалось улучшение, у 3 регистрировалось по одному обострению на начальном этапе включения в программу. У 18 респондентов по данным этапных эпикризов регистрируется состояние основного хронического заболевания как без изменений. Среди респондентов данной группы всего в трех случаях имело место возникновение острого респираторного заболевания и ОРВИ.

В контрольной группе отмечается гораздо большее количество респондентов, имеющих в течение года обострения хронических заболеваний. Так у 6 студентов диагностировалось обострение хронического заболевания дважды в течение года, у 4 студентов имело место обострение основного заболевания три раза в год. У четырёх студентов, относящихся на момент начала эксперимента к первой группе диспансерного наблюдения, отмечаются впервые установленные диагнозы острых соматических заболеваний. Таким образом, данные этапных эпикризов регистрируют в 14 случаях ухудшение состояния здоровья, у 13 респондентов состояние основного заболевания остается без изменений, но при этом в течение года в 8 случаях отмечались ОРЗ, грипп. У 4 студентов отмечается улучшение в течении основного хронического заболевания.

При анализе сдвигов в определении группы диспансерного наблюдения за трехлетний период в экспериментальной группе отмечается следующая динамика. В данной группе здоровые студенты по результатам заключения врача, но включенные в группу риска в результате психологической диагностики оказались устойчивыми в первой группе (отсутствие впервые установленного диагноза). Также отмечается отсутствие перехода из первой и второй группы диспансерного наблюдения в третью и в качестве положительной динамики отмечается движение из третьей группы в первую в двух случаях из-за отсутствия обострений хронического заболевания в течение 3 лет диспансерного наблюдения, а также четыре респондента переведены из третьей группы во вторую в связи с отсутствием обострений основных хронических соматических заболеваний в указанный период, но при этом у которых остались неизменными сопутствующие функциональные

нарушения при которых определяется 2 группа диспансерного наблюдения (рисунок 4.2).

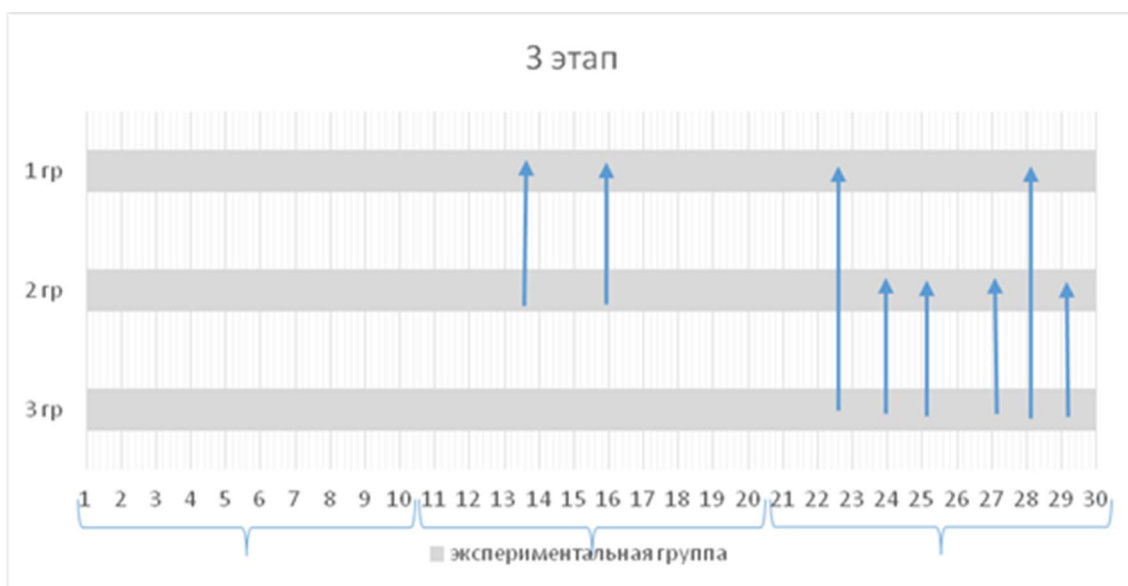


Рисунок 4.2 – Динамика оценки состояния здоровья (на основе этапных эпикризов) в экспериментальной группе

Результаты анализа сдвигов в определении группы диспансерного наблюдения за трехлетний период диспансерного наблюдения в контрольной группе показаны на рисунке 4.3.

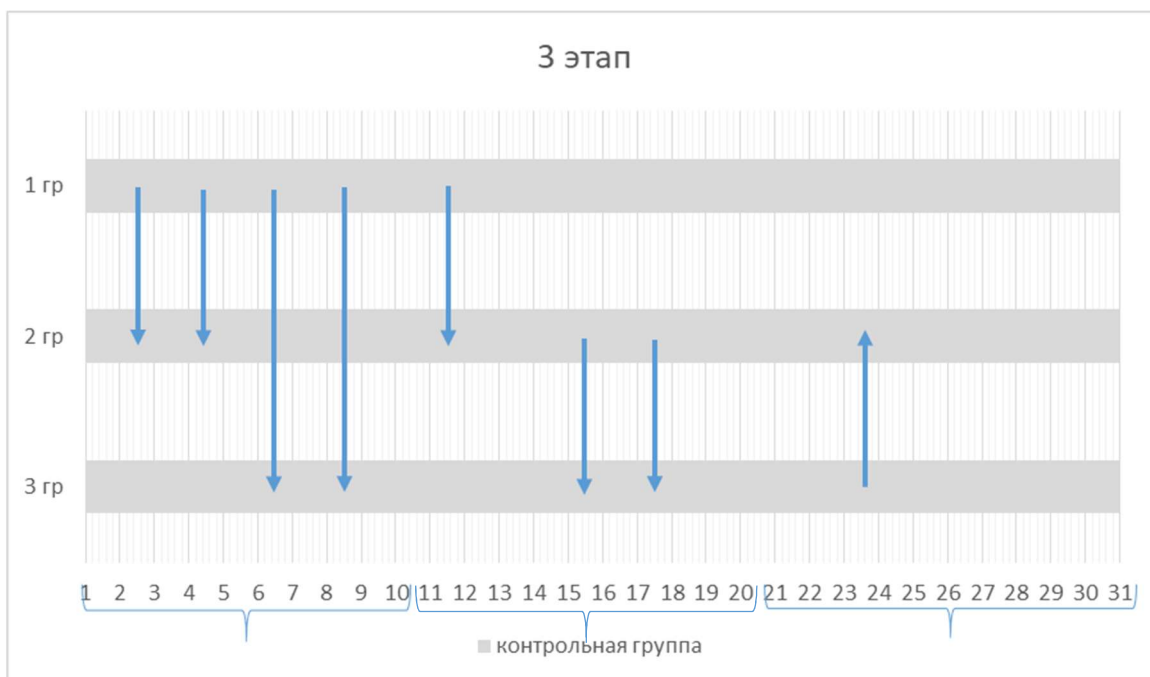


Рисунок 4.3 – Динамика оценки состояния здоровья (на основе этапных эпикризов) в контрольной группе

При анализе медицинских заключений, отраженных в этапных эпикризах респондентов контрольной группы за трехлетний период диспансерного наблюдения в отличие от экспериментальной группы, отмечается более негативная динамика. Так в контрольной группе на третьем этапе исследования в качестве позитивной динамики отмечается движение из третьей группы во вторую в одном случае и сохранение устойчивости в первой группе у 5 респондентов. В качестве негативной динамики отмечается движение двух респондентов из 2 группы в третью, три респондента из первой группы перешли во вторую группу и два из этой же группы в третью.

В таблица 4.1 представлены результаты, выявляющие динамику в определении диспансерной группы респондентов контрольной и экспериментальной групп за трехлетний период диспансерного наблюдения.

Таблица 4.1 – Анализ сдвигов в определении группы диспансерного наблюдения в экспериментальной и контрольной группах

Группы	Этапы	1гр	2гр	3гр
Экспериментальная группа	Первый	10	10	10
	Второй	12	12	6
	Катамнестический	14	12	4
Контрольная группа	Первый	10	10	11
	Второй	6	12	13
	Катамнестический	5	12	14

Для наглядности динамика в определении группы диспансерного наблюдения респондентов экспериментальной и контрольной групп отражена в диаграмме на рисунке 4.4.

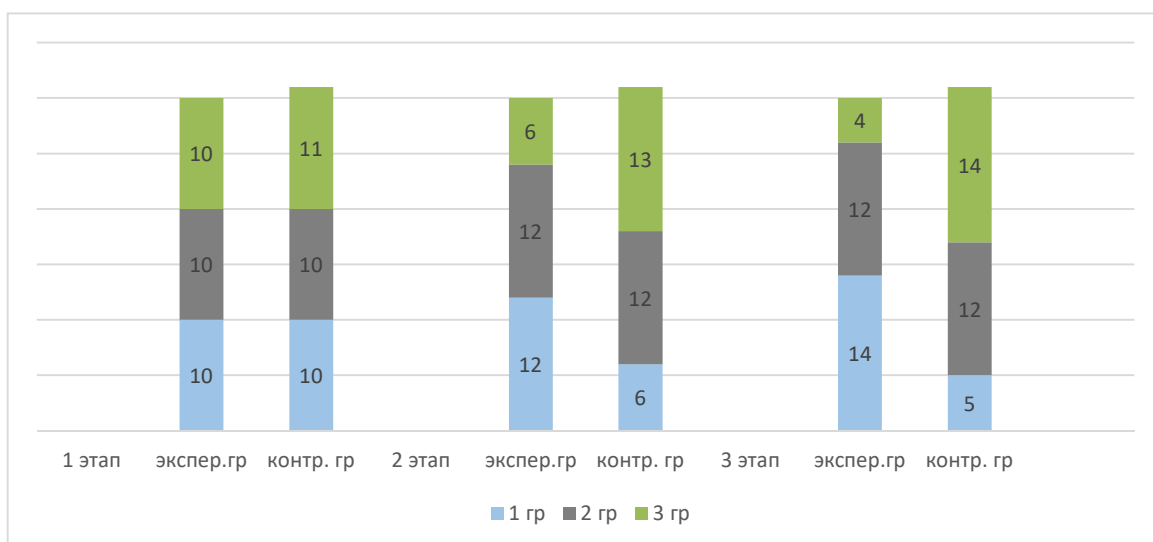


Рисунок 4.4 – Динамика в определении группы диспансерного наблюдения респондентов экспериментальной и контрольной групп

Следующим шагом в определении динамики характеристик внутренней картины здоровья стало выявление различий в показателях психологических методик направленных на изучение характеристик, составляющих структуру внутренней картины здоровья на констатирующем и контрольном этапах.

Комплексное психологическое исследование включало набор диагностических методик, описанных выше, направленных на изучение внутренней картины здоровья. Проводился качественно-количественный анализ полученных данных, результаты дифференцировались по степени выраженности динамических изменений показателей внутренней картины здоровья.

Для выявления устойчивых и динамических характеристик внутренней картины здоровья был использован непараметрический статистический Т- критерий Вилкоксона, используемый для проверки различий между двумя связанными выборками парных измерений. С помощью данного теста проводилось сравнение результатов первичного и повторного обследования в экспериментальной и контрольной группах. Данный тест-критерий позволяет сделать выводы о том, какие параметры внутренней картины здоровья являются вариативными, а какие остаются без существенных изменений.

Таким образом, нами были проанализированы результаты психологической диагностики в экспериментальной и контрольной группах до и после реализации программы медико-психологического сопровождения, предполагая, что в экспериментальной группе будет выявлена более положительная динамика характеристик внутренней картины здоровья по сравнению с контрольной группой.

Вместе с тем, мы также предполагали, что динамика характеристик внутренней картины здоровья может быть выявлена как в экспериментальной, так и в контрольной группе.

Так в таблице 4.2 представлены показатели различий по Т-критерию Вилкоксона для шкал психологического благополучия в экспериментальной группе до и после реализации программы психологического сопровождения.

Таблица 4.2 – Статистические различия показателей шкал психологического благополучия по результатам первого и второго этапов исследования в экспериментальной группе

Наименование шкал	Достоверность различий (n=30)	
	Т-эмпирическое	p
Позитивные отношения с окружающими	163.5	-
Автономия	170.5	-
Управление средой	113.5	0,01
Личностный рост	144	0,05
Цели в жизни	155	-
Самопринятие	74.5	0,01
Общее ПБ	135	0,05
* Т-критическое при $p < 0,05 = 151$, при $p < 0,01 = 120$		

Таким образом, данные полученные в начале реализации программы психологического сопровождения и в конце говорят о том, что существенные изменения в психологическом благополучии произошли по шкалам: «Управление средой», «Личностный рост», «Самопринятие» и «Общее психологическое благополучие». Данные различия являются статистически значимыми и свидетельствуют о том, что показатели данных шкал можно отнести к динамическим характеристикам ВКЗ, показатели же остальных шкал к относительно устойчивым характеристикам внутренней картины здоровья.

Далее был проведен анализ показателей качества жизни по методике SF-36 у респондентов экспериментальной группы в периоды до и после реализации программы психологического сопровождения.

Результаты, представленные в таблице 4.3, свидетельствуют о динамике показателей качества жизни.

Таблица 4.3 – Статистические различия показателей шкал опросника SF-36 по результатам первого и второго этапов исследования в экспериментальной группе

Наименование шкал SF-36		Достоверность различий (n=30)	
		Т-эмпир.	p
Общее состояние здоровья	GH	176	
Физическая активность	PF	106.5	0,01
Влияние физического состояния на повседневную деятельность	RP	64	0,01
Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности	RE	66	0,01
Социальная активность	SF	156	-
Интенсивность боли и ее влияние на повседневную деятельность	BP	174	-
Жизнеспособность	VT	156	-
Самооценка психического здоровья	MN	113.5	0,01
* Т-критическое при $p < 0,05 = 151$, при $p < 0,01 = 120$			

В ходе анализа результатов показателей методики «УСК» «до и после» программы медико-психологического сопровождения наблюдается выраженная положительная динамика по отдельным шкалам, а также имеют место характеристики, которые не изменились в процессе программы психологического сопровождения. Результаты сравнительного анализа данных, полученных по методике УСК, представлены в таблице 4.4.

Так, статистически значимыми выступили показатели «общая интернальность», «интернальность в области достижений», «интернальность в области неудач», «интернальность в области здоровья». Показатели уровня субъективного контроля по шкалам интернальность в области семейных отношений, производственных и в области здоровья остались в пределах тех же

значений, что свидетельствует об устойчивости данных параметров уровня субъективного контроля.

Таблица 4.4 – Статистические различия показателей шкал опросника УСК по результатам первого и второго этапов исследования в экспериментальной группе

Наименование шкал	Достоверность различий (n=30)	
	Т-эмпирическое	p
Интернальность общая	112	0,01
Интернальность в области достижений	138	0,05
Интернальность в области неудач	108	0,01
Интернальность в области семейных отношений	156.5	-
Интернальность в области производственных отнош.	155	-
Интернальность в области межличностных отношений	223	-
Интернальность в области здоровья	33.5	0,01
* Т-критическое при $p < 0,05 = 151$, при $p < 0,01 = 120$		

В данном случае в качестве динамической характеристики поведенческого уровня ВКЗ выступают следующие показатели: «общая интернальность», «интернальность в области достижений», «интернальность в области неудач» и «интернальность в области здоровья». Эти показатели соотносятся с результатами, полученными по данной методике в контрольной группе. Что еще раз подтверждает, что уровень субъективного контроля является системной динамической характеристикой личности. И в то же время обращают на себя внимание такие стабильные характеристики как интернальность в области семейных отношений и производственных.

Результаты анализа средних значений по методикам алекситимии, НПА и УСЦД у студентов экспериментальной группы «до и после» реализации программы психологического сопровождения. представлены в таблице 4.5.

Таблица 4.5 – Показатели методик (средние значения) в экспериментальной группе

Этапы	Алекситимия	НПА	УСЦД
1	59	31,3	39,9
2	51,4	15,9	29

При определении динамики в данных характеристиках внутренней картины здоровья выявлены статистически значимые различия в показателях алекситимии, нервно-психической адаптации и уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере в экспериментальной группе «до и после» реализации программы сопровождения (таблица 4.6).

Таблица 4.6 – Статистические различия показателей методики НПА, алекситимии и УСЦД по результатам первого и второго этапов исследования в экспериментальной группе

Методики	Достоверность различий (n=30)		
	Т-эмпир.	Т-крит	p
Алекситимия	104	151	0,01
НПА	3	151	0,001
УСЦД	125	151	0,05
* Т-критическое при $p < 0,05 = 151$, при $p < 0,01 = 120$			

Результаты, представленные в таблице, свидетельствуют о значительном снижении показателей алекситимии, нервно-психической дезадаптации и дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере у респондентов экспериментальной группы после реализации программы психологического сопровождения, что говорит о том, что данные характеристики внутренней картины здоровья являются изменчивыми и в процессе психологического сопровождения имеют выраженную положительную динамику.

Далее сравнительному анализу были подвергнуты данные показателей внутренней картины здоровья респондентов контрольной группы, полученные на первом и втором этапах исследования.

Так, данные полученные в контрольной группе на этапе прохождения ежегодного медицинского осмотра в начале и в конце эксперимента говорят о том, что по некоторым показателям психологического благополучия произошли существенные изменения. Так по шкале «Управление средой» и «Самопринятие» с течением времени повысился уровень психологического благополучия. Показатели данных шкал можно отнести к динамическим характеристикам ВКЗ, показатели же

остальных шкал к относительно устойчивым характеристикам внутренней картины здоровья. Данные статистических различий представлены в таблице 4.7.

Таблица 4.7 – Статистические различия показателей шкал психологического благополучия по результатам первого и второго этапов исследования в контрольной группе

Наименование шкалы	Достоверность различий (n=31)	
	Т-эмпирическое	p
Позитивные отношения с окружающими	182	-
Автономия	145	-
Управление средой	118	0,01
Личностный рост	168.5	-
Цели в жизни	207.5	-
Самопринятие	74.5	0,01
Общее ПБ	238	-
*Т-критическое при $p < 0,05 = 163$, при $p < 0,01 = 130$		

Таким образом можно утверждать, что показатели психологического благополучия по шкалам «Управление средой» и «Самопринятие» за период учебного года демонстрируют позитивную динамику.

Результаты, представленные в таблице 4.8, свидетельствуют о динамике показателей качества жизни. В данном случае выявляется положительная динамика показателя шкалы «Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности», который статистически значимо повысился в контрольной группе.

Полученные результаты свидетельствуют о взаимосвязи физического состояния с психоэмоциональным, что подтверждает значимость эмоциональной сферы в ремиссии и прогрессировании болезни. То есть, можно говорить о том, что эмоциональная составляющая является значимой динамической характеристикой внутренней картины здоровья.

Таблица 4.8 – Статистические различия показателей шкал опросника SF-36 по результатам первого и второго этапов исследования в контрольной группе

Наименование шкал SF-36	Достоверность различий (n=31)	
	T-эмп	p
Общее состояние здоровья	160	
Физическая активность	127	
Влияние физического состояния на повседневную деятельность	36	0,01
Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности	31.5	0,01
Социальная активность	120.5	
Интенсивность боли и ее влияние на повседневную деятельность	103	
Жизнеспособность	186.5	
Самооценка психического здоровья	174	
*Т-критическое при $p < 0,05 = 163$, при $p < 0,01 = 130$		

В рамках изучения динамических характеристик поведенческого уровня внутренней картины здоровья был проведен сравнительный анализ показателей уровня субъективного контроля у респондентов контрольной группы на первом и втором этапах исследования. Результаты анализа данных, полученных по методике УСК, представлены в таблице 4.9.

Таблица 4.9 – Статистические различия показателей шкал опросника УСК по результатам первого и второго этапов исследования в контрольной группе

Наименование шкал	Достоверность различий (n=31)	
	t-эмп.	p
Интернальность общая	112	0,01
Интернальность в области достижений	138	0,05
Интернальность в области неудач	108	0,01
Интернальность в области семейных отношений	156.5	-
Интернальность в области производственных отн.	155	-
Интернальность в области межличностных отн.	223	-
Интернальность в области здоровья	33.5	0,01
*Т-критическое при $p < 0,05 = 163$, при $p < 0,01 = 130$		

В данном случае в качестве динамической характеристики поведенческого уровня ВКЗ выступают показатели «интернальность в области достижений», «интернальность в области неудач», «интернальность в области межличностных отношений» и «общая интернальность», как интегральный показатель ответственности. Вероятно, данные изменения обусловлены возрастом, в котором продолжается развитие личности, влиянием обучающей среды и в целом полученным новым жизненным опытом.

Показатели уровня субъективного контроля по шкалам интернальность в области семейных отношений, производственных и в области здоровья остались в пределах тех же значений, что свидетельствует об устойчивости данных параметров уровня субъективного контроля.

Анализ показателей методик Торонская алекситимическая шкала, НПА и УСЦД не выявил статистически значимых различий при сравнении результатов первого и второго этапов исследования с использованием данных методик в контрольной группе (таблица 4.10).

Таблица 4.10 – Статистические различия показателей методики НПА, алекситимии и УСЦД по результатам первого и второго этапов исследования в контрольной группе

Методики	Достоверность различий (n=31)		
	Т-эмпир.	Т-крит	p
Алекситимическая шкала	167,5	163	-
НПА	213	163	-
УСЦД	247	163	-
*Т-критическое при $p < 0,05 = 163$, при $p < 0,01 = 130$			

По результатам психологической диагностики данная группа по-прежнему характеризуется высоким уровнем дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, нервно-психической дезадаптации и наличием алекситимии и ее пограничного уровня в структуре личности.

Особое внимание обращает на себя тот факт, что данные показатели являются основным отличием экспериментальной группы от контрольной группы

и, можно предположить, что именно данные показатели являются мишенями для осуществления медико-психологического сопровождения.

Таким образом, после реализации программы психологического сопровождения у студентов экспериментальной группы в структуре ВКЗ отмечается положительная динамика показателей эмоционального, поведенческого, когнитивного и мотивационно-ценностного уровней внутренней картины здоровья. Эмоциональный и ценностный уровни представлены актуализацией позитивного отношения к здоровью: радости, уверенности, переживания здоровья как ценности и др. Когнитивный уровень представлен более разнообразным видением здорового образа жизни. На поведенческом уровне отмечается принятие ответственности за собственное здоровье и связанная с ним приверженность к здоровому образу жизни и лечению. Сенсорный уровень (КЖ) представлен ощущениями силы, энергичности, хорошего самочувствия.

Для студентов контрольной группы характерна менее гармоничная ВКЗ. Эмоциональный уровень в образе сознания слабо представлен; на сенсорном уровне прослеживается нарушение контакта телесных ощущений и сознания, данная особенность студентами не осознается. На когнитивном уровне его содержание ограничивается представлениями о здоровье как об отсутствии болезней и вредных привычек. На мотивационно-ценностном уровне отмечаются стабильный уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере и неразрешенные внутренние конфликты. Так более высокий интегральный показатель дезинтеграции в мотивационно-ценностной структуре личности у испытуемых контрольной группы проявляется в рассогласовании ценностного и доступного, что является показателем конфликтности мотивационно-ценностного и эмоционального уровней ВКЗ.

Для студентов контрольной группы характерен более высокий уровень алекситимии, который свидетельствует о недостаточном осознании эмоций, а также снижении способности различать эмоции и телесные ощущения, что также соответствует дисгармонизации эмоционального и сенсорного уровней внутренней картины здоровья.

Экстернальный локус контроля более свойственен испытуемым контрольной группы говорит о том, что ведущим способом совладания со стрессовыми ситуациями для них является пассивность и уклонение от ответственности за собственное здоровье.

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить особенности динамики характеристик внутренней картины здоровья в условиях медико-психологического сопровождения в экспериментальной группе и особенности динамики характеристик внутренней картины здоровья в условиях естественного изменения в контрольной группе.

4.2 Результаты реализации программы медико-психологического сопровождения

Проведенное нами эмпирическое исследование позволило выявить и описать динамику характеристик внутренней картины здоровья до и после реализации программы медико-психологического сопровождения в экспериментальной и контрольной группах.

Для оценки эффективности программы медико-психологического сопровождения с целью сравнения показателей внутренней картины здоровья экспериментальной и контрольной групп использовались следующие методы математической статистики: U-критерий Манна-Уитни (для оценки значимости различий для несвязанных выборок), T-критерий Вилкоксона (для связанных выборок).

В таблице 4.11 представлен сравнительный анализ показателей методик в контрольной и экспериментальной группах на 1 и 2 этапах исследования.

Данные представленные в таблице показывают, что в экспериментальной группе после программы психологического сопровождения отмечаются статистически значимые различия ($p < 0,01$; $p < 0,05$) в показателях алекситимии, нервно-психической адаптации, отдельных шкал психологического благополучия и качества жизни, уровня субъективного контроля и уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере. Заметно улучшилось качество жизни по

показателям физической активности, влиянию физического и эмоционального состояния на повседневную деятельность, самооценки психического здоровья ($p<0,01$). Значительно ($p<0,001$), снизился показатель нервно-психической дезадаптации.

Таблица 4.11 – Статистические различия показателей методик контрольной и экспериментальной групп до и после (Т-критерий Вилкоксона)

Наименование шкал методик	Экспериментальная группа (n=30)		Контрольная группа (n=31)	
	$t_{\text{эмп}}$	p	$t_{\text{эмп}}$	p
Алекситимия	95	0,01	167.5	-
НПА	3	0,001	213	-
Позитивные отношения с окружающими	150,5	-	182	-
Автономия	158.5	-	145	-
Управление средой	113,5	0,01	137	0,05
Личностный рост	144	0,05	168.5	-
Цели в жизни	155	-	207.5	-
Самопринятие	74.5	0,01	117.5	0,05
Общее ПБ	183,5	-	186	-
Общее состояние здоровья	156	-	160	-
Физическая активность	54.5	-	127	-
Влияние физического состояния на повседневную деятельность	24	0,01	36	-
Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности	27	0,05	31.5	0,01
Социальная активность	60	-	120.5	-
Интенсивность боли и ее влияние на повседневную деятельность	118	-	103	-
Жизнеспособность	101	-	186.5	-
Самооценка психического здоровья	89.5	0,01	174	-
Ио	103	0,01	160.5	0,05
Ид	108	0,05	128	0,05
Ин	94	0,01	133.5	0,05
Ис	134.5	-	263.5	-
Ип	144	-	220.5	-
Им	210	-	140	0,05
Из	25.5	0,01	230.5	-
УСЦД	125	0,05	247	-

О восстановлении эмоционального компонента ВКЗ свидетельствует значимое ($p<0,01$) снижение показателей алекситимии, за счет уменьшения количества испытуемых принадлежавших к группе риска развития алекситимии. О

разрешении внутренних конфликтов, способствующих развитию психосоматических заболеваний, свидетельствует снижение уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере.

Сравнительный анализ динамических характеристик внутренней картины здоровья по некоторым параметрам показал определенную схожесть в обеих сравниваемых группах. В контрольной группе также выявлены статистически значимые различия по отдельным шкалам психологического благополучия, качества жизни, уровня субъективного контроля.

При этом важно отметить, что позитивной динамике были более подвержены такие показатели как алекситимия, нервно-психическая адаптация и дезинтеграция в мотивационно-личностной сфере, т. е. эмоциональный и мотивационно-ценностный компоненты ВКЗ лишь в экспериментальной группе после реализации программы медико-психологического сопровождения.

Далее, с целью определения эффективности программы психологического сопровождения был проведен сравнительный анализ показателей внутренней картины здоровья экспериментальной и контрольной групп на первом и втором этапах исследования. Данные результаты представлены в таблице 4.12.

Таблица 4.12 – Статистически значимые различия показателей методик экспериментальной и контрольной групп (U-критерий Манна-Уитни) до и после реализации программы медико-психологического сопровождения

Наименование шкал методик	до		после	
	U _{эмп}	p	U _{эмп}	p
Алекситимия	445	-	247.5	p≤0.01
НПА	409	-	70	p≤0.01
Влияние физического состояния на повседневную деятельность	449	-	332	p≤0.05
Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности	354.5	-	319.5	p≤0.05
Ио	358.5	-	328	p≤0.05
Ип	351	-	349.5	p≤0.05
Из	422	-	313.5	p≤0.05
УСЦД	445	-	317.5	p≤0.05
* U _{кр} : 303 (p≤0.01), 350 (p≤0.05)				

Наиболее значимые межгрупповые различия выявлены по показателям алекситимии ($p \leq 0,01$), что свидетельствует о существенном изменении в эмоциональной сфере респондентов, прошедших курс программы медико-психологического сопровождения (рисунок 4.5).

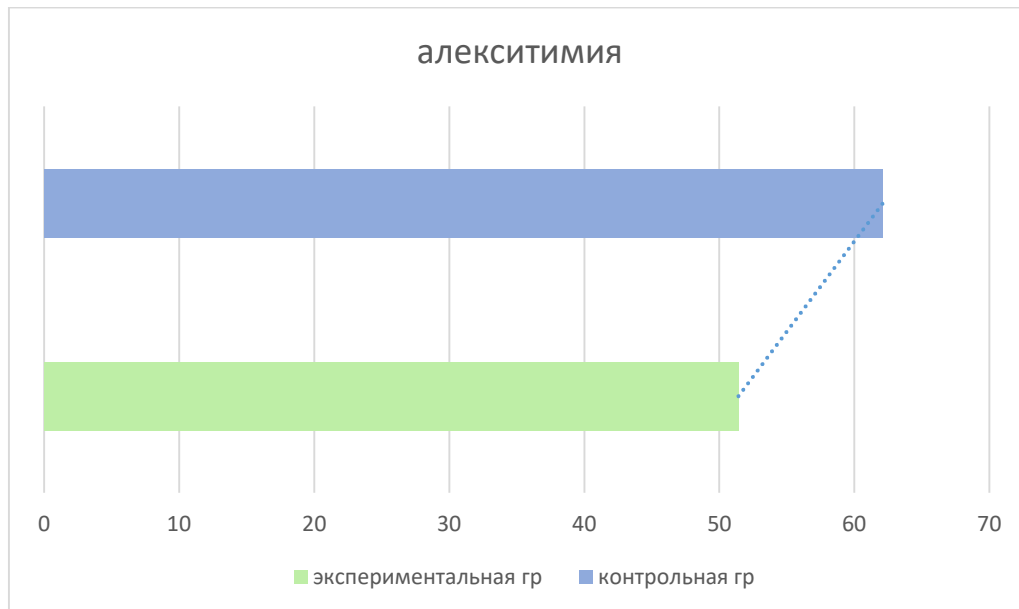


Рисунок 4.5 – Показатели алекситимии в контрольной и экспериментальной группах

Представленные результаты позволяют нам сделать вывод о позитивной динамике проявлений алекситимии после программы психологического сопровождения.

Так как наличие в структуре личности алекситимии предопределяет нарушение (отсутствие) рефлексии, эмпатии и как итог нарушение самоорганизации, то снижение уровня алекситимии в результате реализации программы сопровождения является существенным вкладом в развитие личности. А поскольку все специальности медицинского вуза относятся к сфере помогающих профессий то такие качества личности как рефлексия, эмпатия и самоорганизация являются особо значимыми для будущих специалистов.

Также выявлены статистически значимые различия в показателе «Нервно-психическая адаптация» ($p \leq 0,01$). На рисунке 4.6 представлены данные показателей методики НПА в экспериментальной и контрольной группах.

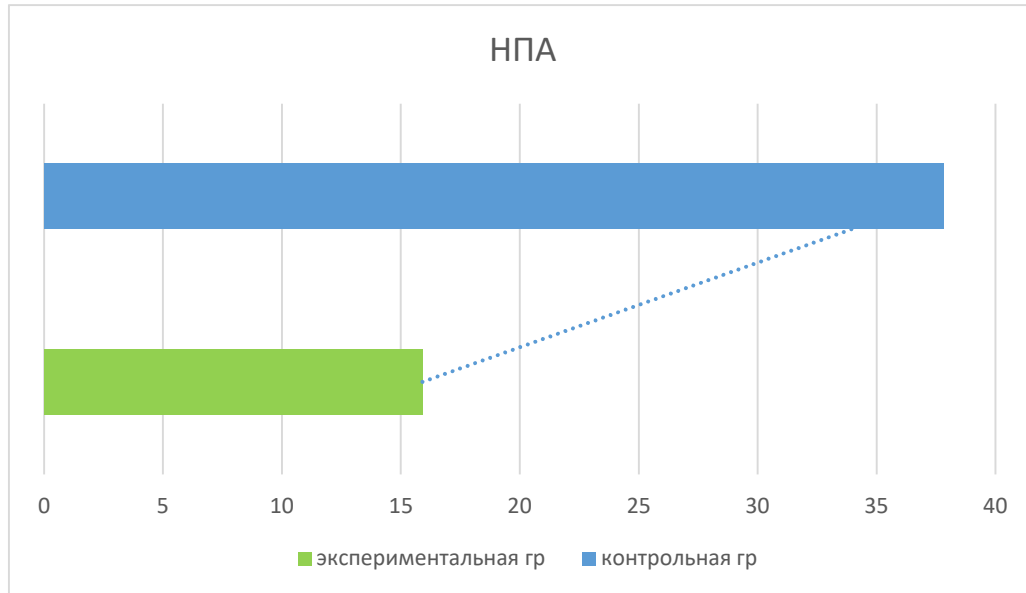


Рисунок 4.6 – Показатели нервно-психической адаптации студентов экспериментальной и контрольной групп после реализации программы психологического сопровождения

Поскольку психическая адаптация способствует сохранению психического гомеостаза, оптимизации постоянного взаимодействия человека с окружением и установлению адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками, улучшение данного показателя после реализации программы психологического сопровождения не только подтверждает эффективность данной программы, но и становится очевидным факт адекватности ВКЗ у респондентов экспериментальной группы.

Так как нарушение нормального протекания адаптационных процессов приводит к соматическим сдвигам посредством изменения вегетативно-гуморального регулирования и тем самым к возникновению заболеваний, снижение уровня дезадаптации способствует нормальному функционированию организма и эффективности деятельности.

Результаты, представленные в таблице 4.2.3. говорят о том, что показатели самооценки своего физического и психического здоровья респондентов контрольной и экспериментальной групп близки по параметрам: общее состояние здоровья, социальная активность, интенсивность боли. Такие параметры как физическая активность, жизнеспособность и психическое здоровье имеют тенденцию к повышению. Показателями, статистически значимо отличающими экспериментальную группу от контрольной, являются: влияние физического состояния на выполнение студентами своей повседневной деятельности ($p \leq 0,05$) и влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности ($p \leq 0,05$).

Статистически значимо различаются показатели общей интернальности ($p \leq 0,05$), интернальность в области производственных отношений ($p \leq 0,05$) и в области здоровья ($p \leq 0,05$), что указывает на возрастание ответственности у испытуемых за свою жизнь.

На рисунке 4.7 представлены результаты сравнительного анализа показателей уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере в экспериментальной и контрольной группах после реализации программы психологического сопровождения.

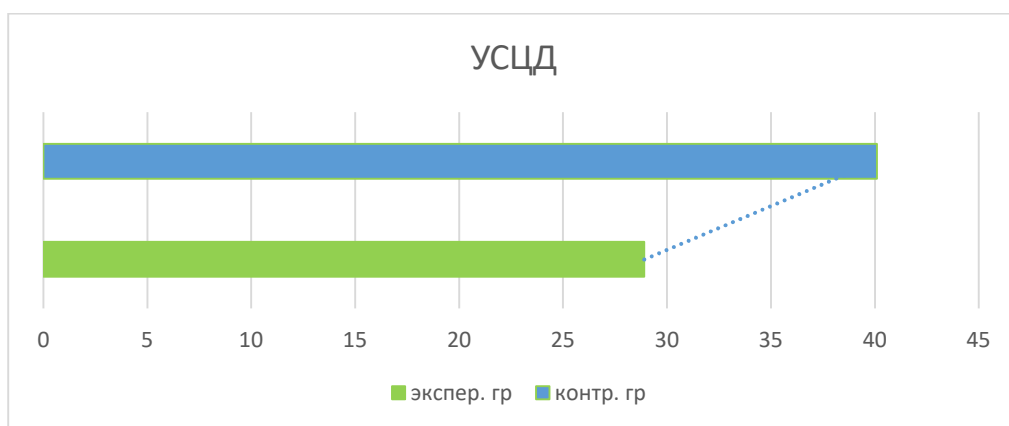


Рисунок 4.7 – Индекс расхождения Ц-Д в экспериментальной и контрольной группах

Данный рисунок наглядно демонстрирует статистически значимое (при $p < 0,05$) различие показателя дезинтеграции в группах. Очевидно, что проведенная работа способствовала разрешению внутренних конфликтов, приводящих к дезинтеграции личности, переосмыслению жизненных ценностей и в целом гармонизации личности, а значит и способствовала становлению целостности и гармоничности внутренней картины здоровья.

Таким образом, полученные результаты, свидетельствуют о положительной динамике показателей внутренней картины здоровья в экспериментальной группе, что обеспечило увеличение значений в показателях психологического благополучия, качества жизни, интернальности, а также снижение показателей алекситимии, нервно-психической дезадаптации, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере. Данные результаты могут являться показателем эффективности программы медико-психологического сопровождения.

Для определения эффективности программы психологического сопровождения наряду с математической обработкой тестовых данных был проведен качественный анализ отзывов респондентов экспериментальной группы. Отзывы о программе сопровождения были собраны в письменном виде в конце реализации программы медико-психологического сопровождения в период проведения повторной психологической диагностики.

Респонденты экспериментальной группы особо отметили существенную пользу для себя от взаимодействия, в процессе реализации программы, со специалистами психологами и психотерапевтами. Большинство участников заострили свое внимание на значимости для здоровья и развития заболевания взаимовлияния психического и соматического. Некоторые участники указали на значительное улучшение в психоэмоциональной сфере. В данных отзывах отмечались фразы, говорящие о том, что они стали гораздо спокойнее относиться к каким-либо неблагоприятным ситуациям, происходящим в их жизни. У них появился более широкий спектр адекватных реакций и способов поведения в стрессовой и конфликтной ситуациях. Часть респондентов делает акцент на том, что у них значительно изменились в лучшую сторону межличностные

взаимоотношения в семье и в группе. Также участники указали на то, что более осознано стали чувствовать и понимать свое тело, и что продолжают применять телесные практики и психологические техники, направленные на снятие напряжения в домашних условиях и в трудных ситуациях.

В целом, при анализе самоотчетов участников экспериментальной группы обнаружены формулировки, предполагающие отношение к своему здоровью, как к некоему динамичному образованию, которое находится не в статичном состоянии, а постоянно развивается и во многом зависит от их собственной активности направленной на сохранение здоровья.

Таким образом, по результатам исследования на контрольном этапе нами была выявлена положительная динамика характеристик внутренней картины здоровья как в экспериментальной, так и в контрольной группе. Однако, сравнительный анализ данных, позволяет констатировать значительные расхождения в динамике характеристик внутренней картины здоровья: динамика характеристик внутренней картины здоровья в экспериментальной группе значительно выше, чем в контрольной.

Опираясь на анализ полученных количественных и качественных результатов проведенного экспериментального исследования, можно утверждать, что программа медико-психологического сопровождения, направленная на формирование гармоничной внутренней картины здоровья, является адекватным и достаточно эффективным методом профилактики возникновения психосоматических, пограничных нервно-психических расстройств и дезадаптивных состояний у студентов медицинского вуза входящих в группу риска.

Выводы по главе 4

1. Медико-психологическое сопровождение студентов в процессе обучения в медицинском вузе должно быть ориентировано на формирование гармоничной целостной внутренней картины здоровья.

2. Наиболее выраженная положительная динамика характеристик внутренней картины здоровья наблюдается в конце программы психологического

сопровождения, что объясняется проводимой психотерапией, направленной на гармонизацию личности, положительные изменения в отношении к здоровью и болезни, к ведению здорового образа жизни и приверженности лечению.

3. Эффективность реализации программы психологического сопровождения выражалась позитивными изменениями в эмоциональной сфере, повышением нервно-психической устойчивости, повышении открытости миру, пониманию себя, своего тела и других, принятии ответственности за собственное здоровье, сменой поведенческих стереотипов, направленных на ведение здорового образа жизни (настроенность на изменение образа жизни).

Таким образом, полученные результаты, свидетельствуют о положительной динамике показателей внутренней картины здоровья в экспериментальной группе, что обеспечило увеличение значений в показателях психологического благополучия, качества жизни, интернальности, а также снижение показателей алекситимии, нервно-психической дезадаптации, дезинтеграции в мотивационно личностной сфере. Данные результаты могут являться показателями эффективности программы медико-психологического сопровождения.

Заключение

В ходе проведенного исследования были решены поставленные задачи, полученные результаты позволили сформулировать следующие выводы:

1. Определено, что существующее на сегодняшний день значительное количество видов и уровней ВКЗ, выделяемых исследователями как идеальный тип, можно объединить понятием гармоничная внутренняя картина здоровья. Данный вид ВКЗ формируется при условии гармоничных отношений с миром и в ее основе лежат характеристики, свойственные гармоничной личности.

2. К характеристикам гармоничной ВКЗ могут быть отнесены: нервно-психическая устойчивость, отсутствие алекситимии, психологическое благополучие, интернальный уровень субъективного контроля, высокое качество жизни, отсутствие ВВ и ВК в мотивационно личностной сфере. Наличие выраженных показателей алекситимии, нервно-психической дезадаптации и нарушения социального функционирования могут являться основаниями для отнесения данной категории респондентов в группы с дисгармоничной внутренней картиной здоровья.

3. В ходе данного исследования в каждой диспансерной группе студентов при помощи факторного анализа выделена совокупность специфических факторов психологического статуса студентов, существенно дополняющих общую клинико-психологическую картину, что позволило дифференцировать мишени для планирования системы целевого психологического воздействия по формированию гармоничной ВКЗ у студентов.

4. Выявлено, что независимо от принадлежности к группе диспансерного наблюдения существует категория студентов, особо нуждающихся в психологической помощи, которая характеризуется снижением показателей качества жизни, связанного со здоровьем, низким уровнем нервно-психической адаптации, наличием алекситимического радикала, низкого уровня психологического благополучия, экстернальностью в области здоровья и высоким уровнем дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, что выступает предиктором возникновения психосоматических заболеваний.

5. Разработанная и реализованная в ходе настоящего исследования система мероприятий медико-психологического сопровождения студентов различных диспансерных групп направлена на формирование более гармоничной внутренней картины здоровья и положительной динамики соматического статуса.

6. Эффективность программы медико-психологического сопровождения доказана путем анализа статистически значимых положительных изменений во внутренней картине здоровья при $p < 0,01$:

- повысились показатели качества жизни по шкалам физической активности, влиянию физического и эмоционального состояния на повседневную деятельность, самооценки психического здоровья;
- повысился уровень интернальности в области здоровья;
- снизился уровень нервно-психической дезадаптации;
- снизились показатели алекситимии за счет уменьшения количества испытуемых, принадлежавших к группе риска развития алекситимии;
- снизился уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, что свидетельствует о разрешении внутренних конфликтов, способствующих развитию психосоматических заболеваний.

К перспективам дальнейшей разработки темы исследования можно отнести: расширение и углубление представлений о внутренней картине здоровья молодых людей, относящихся к разным группам диспансерного наблюдения, уточнение критериев оценки эффективности программы медико-психологического сопровождения, а также выявление гендерных различий в динамике характеристик внутренней картины здоровья, углубленное рассмотрение структурно-содержательных характеристик внутренней картины здоровья и их взаимосвязи с соматическим и психическим здоровьем молодых людей.

На основании полученных результатов сформулированы следующие практические рекомендации:

1. Предлагается включение в единую систему медицинского профилактического осмотра программы психологической диагностики компонентов внутренней картины здоровья.

2. В деятельность психологического центра университета включить программу психологического сопровождения и психологической помощи для студентов с дисгармоничной внутренней картиной здоровья.

3. При оказании психологической помощи студентам, имеющим низкий уровень нервно-психической адаптации, дополнительно рекомендуется консультация врача-психотерапевта для исключения наличия скрытой тревожно-депрессивной симптоматики, требующей специальной коррекции и лечения.

4. Отдавать предпочтение комплексной медико-психологической помощи студентам на всех этапах ее оказания с вовлечением в процесс психолога, врача-психотерапевта, врача-терапевта и других специалистов.

Список условных обозначений, сокращений

ВКЗ – внутренняя картина здоровья

ВКБ – внутренняя картина болезни

УСК – уровень субъективного контроля

УСЦД – уровень соотношения ценности и доступности

ПБ – психологическое благополучие

Ио –общая интернальность

Ид – интернальность в области достижений

Ин – интернальность в области неудач

Ис – интернальность в области семейных отношений

Ип – интернальность в области производственных отношений

Им – интернальность в области межличностных отношений

Из – интернальность области здоровья

GH – общее здоровье

PF – физическое функционирование

RP – ролевое (физическое) функционирование

RE – эмоциональное функционирование

SF – социальное функционирование

BP – интенсивность боли

VT – жизнеспособность

MH – психологическое здоровье

НПА – нервно-психическая адаптация

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

ФР – факторы риска

ЗОЖ – здоровый образ жизни

Список терминов и определений

диспансеризация: Комплекс мероприятий, обеспечивающий раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических болезней, сахарного диабета), факторов риска этих заболеваний, совокупную оценку состояния здоровья человека с определением группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, направленных на коррекцию факторов риска, предотвращение развития заболеваний, их осложнений и достижение активного долголетия.

здоровье (health): Состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Уставом Всемирной организации здравоохранения в дефиницию здоровья включены понятия «физическое здоровье» и «психическое здоровье».

внутренняя картина здоровья: Динамическая система, включающая в себя систему представлений человека о своем здоровье, осознание им своих физических и психических возможностей, самооценку здоровья, а также субъективное восприятие и оценку влияющих на здоровье факторов. Это особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенству.

внутренняя картина болезни: Переживания больного по поводу болезни, всю совокупность ощущений и общее самочувствие, представления о причинах болезни. Это «весь огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» (А.Р. Лурия).

субъективная оценка здоровья: Оценка, основанная на самочувствии субъекта, которая имеет определенное значение в прогнозе заболеваемости, ее объективное значение определяется многими факторами индивидуально-типологического, социального, личностного и др. характера.

психологическое благополучие: Интегральный психический феномен, целостное переживание, отражающее успешность функционирования индивида в социальной среде, сопровождающееся благоприятным эмоциональным фоном, функциональным состоянием организма и психики и позитивным самоотношением, доверительным отношением к миру.

качество жизни: Степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности представляются.

субъективный контроль: Одна из важнейших характеристик самосознания, определяющая особенности поведенческих реакций в широком спектре социального взаимодействия и проявляющаяся в чувстве ответственности, уровне активности и степени воздействия на обстоятельства жизни. Понятие в психологии характеризующее свойство личности приписывать свои успехи или неудачи внутренним, либо внешним факторам.

интернальность: Интегральное качество личности принимать ответственность за происходящее, реализовывать активную жизненную позицию и достигать успеха в разнообразных жизненных ситуациях.

экстернальность: Интегральное качество личности при котором доминирует склонность приписывать причины происходящего и возложение ответственности относительно каких-либо действий, событий, успешных или неуспешных результатов не на себя, а на внешние факторы. Параметр когнитивного стиля характеризующий склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним факторам.

алекситимия: (от греч. а – отсутствие, lexis – слово, thymos – чувство) в близком переводе обозначает: «нет слов для названия чувств», обозначающее неспособность человека к эмоциональному резонансу.

уровень нервно-психической адаптации: Количественная сторона процесса адаптации конкретного индивида к конкретным условиям деятельности.

группа риска (risk group): Группа лиц с наличием различных факторов риска возникновения заболеваний, травм и других нарушений здоровья, в которой должно планироваться проведение профилактического вмешательства.

здоровый образ жизни (health life style): Категория общего понятия «образ жизни», включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, гигиенические навыки, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, способствующие предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающие оптимальное качество жизни.

качество жизни (life quality): Категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия, а также самореализации.

профилактические медицинские осмотры (screening): Вид медицинских услуг, направленных на выявление и оценку влияния различных факторов риска, отклонений в состоянии здоровья и заболеваний с целью проведения последующих оздоровительных мероприятий.

факторы риска (risk factors): Потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

профилактика заболеваний (diseases prevention): Система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

мотивация к формированию потребности в здоровье (Health motivation): Побуждение индивидуумов к действиям, направленным на укрепление, сохранение и восстановление здоровья, профилактику заболеваний и других нарушений здоровья

Список литературы

1. Алалыкина Э. К. Внутренняя картина здоровья у подростков с разными типами привязанности // Молодой ученый. – 2016. – № 23 (127). – С. 420-423.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение / Ф. Александер. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 336 с.
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2003. – 400 с.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 1. – С. 12-14.
5. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия) / Ю. А. Александровский. – М.: Литтерра, 2010. – 272 с.
6. Алекситимия – основные направления изучения / Р. Г. Есин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – № 12. – С. 148–151.
7. Алехин А. Н. Адаптация как концепт в медико-психологическом исследовании // К 10-летию кафедры клинической психологии РГПУ им. А. И. Герцена : сб. ст. – СПб., 2010. – С.27-32.
8. Алёхин А. Н. Здоровье человека как предмет психологического исследования // Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы V Международной научно-практической конференции. Тамбов, 05-06 июня 2015 г. Тамбов, 2015. С. 17-21.
9. Амосов Н. М. Раздумье о здоровье / Н. М. Амосов. – М. : Физкультура и спорт, 2007. – 192 с.
10. Ананьев В А. Основы психологии здоровья / В. А. Ананьев Кн. 1: Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. – 384с.
11. Антонов А. И. Опыт исследования установок на здоровье и продолжительность жизни // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. – М., 1989. – С. 44–45.

12. Апанасенко Г. Л. Валеология: теоретико-методологические основы // Здоровье человека – 7: Материалы VII Международного научного конгресса валеологов. Санкт-Петербург, 27-29 мая 2014 г. –СПб., 2014. – С. 13-18.

13. Апанасенко Г. Л. Индивидуальное здоровье: теория и практика // Валеология. – 2006. – № 1. – С. 5–13.

14. Арина Г. А. Гендерные и возрастные особенности внутренней картины здоровья в подростковом возрасте / Г. А. Арина, В. В Николаева // Материалы Конгресса Психическое здоровье человека XXI века. Москва, 07-08 октября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 13-15.

15. Баевский Р. М. / Введение в донозологическую диагностику / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева – М.: Слово, 2008. – 176 с.

16. Бажин Е. Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинд // Психологический журнал. – 1984. – № 3. – С. 152-162.

17. Бажин Е. Ф. Опросник уровня субъективного контроля (УСК) / Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинд. – М.: «СМЫСЛ», 1993. – 16 с.

18. Бартош Т. П. Особенности акцентуаций характера у подростков Магадана с признаками алекситимии / Т. П. Бартош, О. П. Бартош, М. В. Мычко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 2. – С. 49–54.

19. Баттакова Ж. Е. Репродуктивное здоровье и оценка доступности подростков и молодежи 15-19 лет для обращения за медицинской помощью / Ж. Е. Баттакова, Г. Ж. Токмурзиева, Т. И. Слажнёва // Евразийский союз ученых. – 2015. – № 4-7 (13). – С. 44-48.

20. Бахтин Ю. К. Валеология — наука о здоровье: тридцать пять лет на трудном пути становления [Электронный ресурс] // Молодой ученый. – 2015. – №17. – С. 36-42. – URL <https://moluch.ru/archive/97/21893/> (дата обращения: 26.01.2017).

21. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 268 с.

22. Березин Ф. Б., Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах / Ф. Б Березин, Т. В Барлас // Социальная и Клиническая психиатрия. – 2000. – Т.5, № 4. – С. 38-42.

23. Березовская Р. А. Отношение менеджеров к своему здоровью как фактору профессиональной деятельности : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / Березовская Регина Анатольевна. – СПб., 2001. – 20 с.

24. Бинсвангер Л. Бытие в мире: избранные статьи с приложением Джекоба Нидлмана. Критическое введение в экзистенциальный психоанализ Людвиг Бинсвангера : пер. с англ. М. ; СПб. : КСП + Ювента, 1999. – 256 с.

25. Блюм В. В. Исследование компонентов внутренней картины здоровья и показателей неблагополучия здоровья школьников // Психология человека в условиях здоровья и болезни: материалы V Международной научно-практической конференции. Тамбов, 05-06 июня 2015 г. –Тамбов, 2015. – С. 233-239.

26. Бовина И. Б. Здоровье и болезнь в представлениях молодежи / И. Б. Бовина, Н. Г. Малышева // Журнал практического психолога. – 2007. – № 5 – С. 47-64.

27. Богомаз С. А. Жизнестойкость как компонент инновационного потенциала человека // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 32. – С. 23-28.

28. Богомаз С. А. Психологическая безопасность молодежи в социальной среде / С. А. Богомаз, Н. В. Козлова // Ценностные основания психологии и психология ценностей: материалы 4-го Сиб. психол. форума. – Томск, 2011 – С. 241-145.

29. Братусь Б. С. Леонтьевские основания смысловых концепций личности / Б. С. Братусь // Психологическая теория деятельности: вчера, сегодня, завтра. – М.: Смысл, 2006. – С.117-133.

30. Брель Е. Ю. Проблема изучения алекситимии в психологических исследованиях // Вестник КемГУ. – 2012. – № 3. – С. 173-176.

31. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. – 2-е издание, переработанное и доп. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.

32. Буков Ю. А. Теоретические основы валеологии: Учебное пособие. – Симферополь, 2009. – 133 с.
33. Вайберт М. И. Здоровье в иерархии ценностей студенческой молодежи / Психологическая антропология: диалог парадигм: материалы VI Сибирского психологического форума. Томск, 12–14 ноября 2015 г. – Томск : Издательский Дом Томского государственного университета, 2016. – 290 с.
34. Василенко Т. Д. Методологические проблемы медицинской психологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 6(47). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 20.01.2018).
35. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. М.: Академия, 2001. – 352 с.
36. Васильева О. С. Смыслообразование как базовый процесс формирования внутренней картины здоровья // Материалы Всероссийской психологической конференции с международным участием. Ростов-на-Дону, 23–26 апреля 2014 г. – Ростов-на-Дону, 2014. – С. 29-30.
37. Васильева О. С. Экспериментальное изучение внутренней картины здоровья в юношеском возрасте // Известия Южного федерального университета. Технические науки. – 2006. – Т. 69, №. 14. – С. 316-324.
38. Вассерман Л. И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, В. Л. Федорова // Сибирский психологический журнал – 2008. – № 27. – С. 67-71.
39. Вассерман Л. И. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание личности / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 40. – С. 129-135.
40. Вассерман Л. И. Медицинская психодиагностика: современная методология исследования и интеграционные процессы в психологии и медицине [Электронный ресурс] / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова, Е. А. Дубинина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 4(27). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 12.11.2016).

41. Вишнякова Н. Н. Взаимосвязь целостности внутренней картины здоровья с уровнем нервно-психической адаптации у первокурсников / Н. Н. Вишнякова Н. И. Дьякова // Педагогика и медицина в служении человеку: материалы III Всероссийской научно-практической конференции. Красноярск, 1 дек. 2016 г. – Красноярск, 2016. – С. 206-214.

42. Воробьев В. М. Возможность практического применения концепции психической адаптации в медицинской психологии и психотерапии / В. М. Воробьев, Н. И. Коновалова // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. – 1995. – № 3. – С. 116-123.

43. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. / Л. С. Выготский. – М., 1956. – 356 с.

44. Гаранян Н. Г. Концепция алекситимии / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // Соц. и клинич. психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 128-145.

45. Гафиатулина Н. Х. Социальное здоровье российской молодежи в условиях риска трансформирующегося общества // Вестник Института истории, археологии и этнографии. – 2012. – №3 (31). – С. 137-142.

46. Гафиатулина Н. Х. Социальное здоровье российской молодежи как фактор национальной безопасности и готовности молодежи к военной службе / Н. Х. Гафиатулина, С. И. Самыгин, О. Т. Корнеева // Успехи современной науки. – 2016. – Т. 5, № 10. – С. 18-22.

47. Гинзбург И. А. Внутренняя картина здоровья как конструкт социокультурной детерминации // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2011. – № 18. – С. 241-245

48. Григорьев А. И. Технология «Навигатор здоровья» как компонент диспансеризации населения / А. И. Григорьев, В. А. Орлов // Материалы Российского медицинского форума-2006. Москва, 19-20 октября 2006 г. – М., 2006. – С. 36–47.

49. Гурвич И. Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 3. – С. 46-53.

50. Гуреева И. Л. Отношение к здоровью у пациентов с психосоматическими заболеваниями / И. Л. Гуреева, Е. Р. Исаева // Материалы V Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Курск, 19-20 ноября 2015. – С. 56-60.

51. Гуреева И. Л. Психологические особенности и отношение к здоровью у пациентов с артериальной гипертензией / И. Л. Гуреева, Е. Р. Исаева // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2015. – Т. 22, № 4. – С. 95-98.

52. Диденко Д. В. особенности внутренней картины здоровья у спортсменов, перенесших физическую травму // Наука в современном мире: материалы XXVI Международной научно-практической конференции. Центр научной мысли. Таганрог, 30 апреля 2016 г. – М., 2016. – С. 99-106.

53. Димов В. М. Здоровье как социальная проблема // Социально-гуманитарные знания. – 1999. – № 6. – С. 170-185.

54. Дмитрачков В. В. Некоторые черты личности и особенности вербализации эмоциональных состояний у детей с желчекаменной болезнью по результатам применения Торонтской алекситимической шкалы (TAS) / В. В. Дмитрачков, Н. Н. Былинский, В. Д. Юшко // Вопросы детской диетологии. – 2015. – т. 13, № 2. – С. 70.

55. Дмитренко А. А. Отношение молодежи к влиянию на здоровье отдельных аспектов личной гигиены / А. А. Дмитренко, Т. В. Енич // Смоленский медицинский альманах. – 2016. – № 4. – С. 224-228.

56. Донозологический контроль и укрепление соматического здоровья и функциональных резервов организма человека (Технология «Навигатор здоровья») Григорьев А. И. [и др.]. // ГНЦ ИМБП РАН, «Народный СпортПарк». – М., 2006. – 42 с.

57. Дьяконов И. Ф. Психологическая диагностика в практике врача / И. Ф. Дьяконов, Б. В. Овчинников. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 143 с.

58. Евдокимов В. И. Качество жизни: оценка и системный анализ. / В. И. Евдокимов, И. Л. Есауленко, О. И. Губина. – Воронеж, 2007. – 240 с.

59. Ельникова О. Е. Внутренняя картина болезни как психологический механизм, определяющий стратегию при потере здоровья // Традиции и инновации в начальном образовании: материалы российской научно-практической конференции. Елец, 12 апреля 2018 г. – Елец, 2018. – С. 83-86.

60. Ельникова О. Е. Диагностика эмоционального уровня внутренней картины болезни у представителей разных групп здоровья // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2014. – № 27 (3). – С. 27-33.

61. Ельникова О. Е. Интернальность как фактор, влияющий на субъективное отражение состояния здоровья человека / О. Е. Ельникова, А. А. Шатохин // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2016. – № 34 (2). – С. 14-21.

62. Ельникова О. Е. Уровни внутренней картины болезни у представителей разных групп здоровья // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2015. – № 1. – С. 43-48.

63. Жданов С. И. Структура и содержание позитивной внутренней картины здоровья студентов // Сибирский педагогический журнал. – 2008. – № 9. – С. 390-400.

64. Жилиев А. Г. Разработка психологического сопровождения национального проекта «Здоровье здоровых» // Психология в вузе. – 2010. – № 5 – С. 128-132.

65. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И. В. Журавлева. – М. : Наука, 2006. – 238с.

66. Журавлева И. В. Самооценка здоровья и самосохранительного поведения студентов // Актуальные проблемы здоровья детей и подростков и пути их решения: материалы 3 Всерос. конгр. с междунар. участием по школьной и университетской медицине. Москва, 25-27 февраля 2012 г.– М., 2012. – С. 150-152.

67. Захарова И. А. Хронические неспецифические заболевания легких у лиц молодого возраста. Распространенность, особенности клинико-функционального статуса и качества жизни : автореф. дис. ... д-ра медицинских наук : 14.01.25 / И. А. Захарова – СПб., 2017. – 34 с.

68. Изусина С. В. Внутренняя картина здоровья у студентов подростково-юношеского возраста и сирот // Психология обучения. – 2013. – № 5. – С. 51-59.
69. Изусина С. В. Формирование внутренней картины здоровья сирот юношеского возраста // Образование и общество. – 2014. – Т. 3, № 86. – С. 56-61.
70. Изучение здоровья учащейся молодежи с применением современных медико-социальных технологий / Камаев И. А. [и др.] // Современные технологии в медицине. – 2010. – № 1-2. – С. 129-131.
71. Исаева Е. Р. Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни // Медицинская психология в России. – 2015. – № 1 (30). – С. 8-16.
72. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. – 1993. – № 1 – С. 86-88.
73. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида // Психогенные и психосоматические расстройства: Тезисы научной конференции 24-25. XI. 1988. Тарту, 1988. – Т. 1. – С. 201-204.
74. Казначеев В. П. Внутренняя картина здоровья // Alma mater (Вестник высшей школы). – 1998 – № 9. – С. 49-52.
75. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: Обзорная информация. – М.: ВНИИМИ, 1988. – 220 с.
76. Каскаева Д. С. Анализ заболеваемости студентов первого курса в ходе углубленного медицинского осмотра за период с 2012-2015 годы в Красноярском государственном медицинском университете / Д. С. Каскаева, Е. Б. Дашиева // Сибирский медицинский журнал. – 2016. – Т. 143, № 4. – С. 26-28.
77. Каскаева Д. С. Динамика заболеваемости студентов Красноярского государственного медицинского университета от 1 к 6 курсу обучения / Д. С. Каскаева, Е. Б. Дашиева // Успехи современной науки. – 2017. – Т. 9, № 4. – С. 179-184.

78. Квашнина С. И. Образовательный процесс в техническом вузе и здоровье студенческой молодежи / С. И. Квашнина, С. Ф. Ахпателова // Современные проблемы науки и образования. – 2009. – № 6-2. – С. 22.

79. Ключко А. В. Суверенность личности как основание психологического здоровья / А. В. Ключко, О. М. Краснорядцева // Сибирская психология сегодня. – Кемерово. – 2002. – С. 34-41.

80. Ключко В. Е. Особенности операционализации понятия «инновационный потенциал личности» / В. Е. Ключко, О. М. Краснорядцева // Вестн. Том.гос.ун-та. – 2010. – №339. – С. 151-154.

81. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности: (введение в транспективный анализ) / В. Е. Ключко. – Томск: Том.гос.ун-т, 2005. – 174 с.

82. Ключко В. Е. Самореализация личности: системный взгляд / В. Е. Ключко, Э. В. Галажинский. – Томск : Изд-во Том.ун-та, 1999. – 154 с.

83. Козьмина Л. Б. Динамика психологического благополучия студентов-психологов в период обучения в вузе / Л. Б. Козьмина // Теория и практика общественного развития. – 2013. – Т.1., № 11. – С. 111-118.

84. Копина О. С. Информированность по вопросам здоровья у лиц с различным уровнем образования / О. С. Копина [и др.] – М.: Ин-т Социологии РАН, 1990. – 120 с.

85. Копытов А. В. Связь алекситимичности с алкогольными проблемами в подростковом и молодом возрасте // Здравоохранение. – 2011. – № 5. – С. 20-25.

86. Коробейникова Е. А. Оценка организации эффективности диспансерного наблюдения больных гипертонической болезнью как одного из приоритетных принципов охраны здоровья населения / Е. А. Коробейникова, А. Н. Мощев, М. Н. Гоголева // Материалы международной научной конференции: Научный диалог: Вопросы медицины. Москва, 15 ноября 2016 г. – М., 2016. – С. 11-13.

87. Королева Е. Г. Портрет психосоматического больного с позиции алекситимии / Е. Г. Королева, Д. Ю. Лайша, П. М. Буславский // Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих

расстройств: материалы междунар. конф., посвящ. 50-летию каф. психиатрии и наркологии. Гродно, 14 мая 2012 г. – Гродно, 2012. – С. 143–145.

88. Кoryтова Г. С. Внутренняя картина здоровья и социальные представления о нем у студентов педагогического вуза // Сибирский психологический журнал. – 2012. – № 46. – С. 131-143.

89. Косолапов А. Б. Комплексная динамическая оценка состояния здоровья студентов / А. Б. Косолапов, С. В. Горшков, Р. Б. Спиридонов // Валеология – 2006. – № 1. – С. 41-45.

90. Краснорядцева О. М. Психолого-образовательное сопровождение процесса становления профессиональной идентичности студентов педагогического колледжа / О. М. Краснорядцева, Ю. А. Трифонова // Психология обучения. – 2011. – № 11. – С. 74-83.

91. Кузнецова Л. Б. Динамика внутренней картины здоровья студентов // Психология образования. – 2011. – №7 – С.54-68.

92. Кузьмина Ю. В. Здоровье в системе ценностей студенческой молодежи / Ю. В. Кузьмина, Г. В. Залевский // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 38. – С. 20-23.

93. Кузьмина Ю. В. Проблемы психологии здоровья: методы диагностики / Ю. В. Кузьмина // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 38. – С. 77-79.

94. Кукуруза А. В. Характеристика внутренней картины здоровья подростков с соматической патологией. / А. В. Кукуруза, Е. А. Кириллова, Е. Э. Беляева [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 15.09.2015).

95. Куликов И. В. Особенности внутренней картины здоровья у врачей и людей без медицинского образования // Интеграционные процессы в науке в современных условиях: материалы международной научно-практической конференции. Киров, 05 марта 2016 г.– Киров, 2016. – С. 117-119.

96. Куликова И. В. Особенности эмоционального компонента внутренней картины здоровья у врачей и людей без медицинского образования // Современные аспекты профилактики заболеваний: материалы I материалы областной

студенческой научно-практической конференции. Самара, 27 мая 2015 г. – Самара, 2015. – С. 105-107.

97. Леонтьев Д. А. Позитивная психология – повестка дня нового столетия // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2012. – Т. 9, №4. – С. 36-58.

98. Лисицын Ю. П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости: Проблемная статья // Медицинская газета. – 2010, 19 марта, № 19. – С. 12.

99. Логинова И. О. Жизненное самоосуществление: системно-антропологический контекст : автореф. дис. д-ра психол. наук : 19.00.01 / Логинова Ирина Олеговна. – Томск, 2010. – 22 с.

100. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания: 4-е издание / Р. А. Лурия. – М. : Медицина, 1977. – 112 с

101. Лучкевич В. С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ : актовая речь / В. С. Лучкевич. — СПб. : СПбГМА им. И. И. Мечникова, 2011. – 86 с.

102. Любецкий Н. П. Социальное и физическое здоровье российской молодежи: культурно-историческое, социально-экономические и геополитические аспекты / Н. П. Любецкий, А. А. Князев, В. П. Лукьяненко // «Здоровье нации – основа процветания России»: материалы 8 Всероссийского форума. Москва, 18-20 июня 2014 г. – М., 2014. – С. 28-45.

103. Мадди С. Р. Теории личности: сравнительный анализ / С. Р. Мадди. – СПб: Речь, 2002. – 539 с.

104. Малкина-Пых И. Г. Об одном возможном методе психологической коррекции алекситимии // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Т.86, № 3. – С. 99-107.

105. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями // Педиатр. – 2014. – Т. 5, № 1. – С. 107-118.

106. Мамайчук И. И. Психологические аспекты здоровья ребенка // Психологические и этнические проблемы детства. – СПб., 1993. – С. 5-13.

107. Манаев О. Т. Контент-анализ как метод исследования. Социология: энциклопедия. М., 2003.
108. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / пер. с англ. – М.: Смысл, 1999. – 425 с.
109. Маслоу А. Самоактуализация / А. Маслоу // Психология личности: Тексты. – М., 1982. – 382 с.
110. Медицинская энциклопедия: справочная информация по медицине, 2012 г. [Электронный ресурс]: URL:<http://medencped.ru> (дата обращения: 15.10.2015).
111. Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф. З. Меерсон. – М. : наука, 1981. – 278 с.
112. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике / пер. на рус. яз.; под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 300 с.
113. Меренкова В. С. Влияние эмоционального интеллекта родителей на внутреннюю картину здоровья старших дошкольников // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2014. № 28(4). – С 126-129.
114. Меренкова В. С. Система поощрения и наказания в контексте исследования внутренней картины здоровья младших школьников / В. С. Меренкова, Е. Ю. Пономарева // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 18.
115. Меренкова В. С. Теоретические аспекты проблемы внутренней картины здоровья детей // Научное мнение. – 2016. – № 10. – С. 61-63.
116. Мормуль В. В. Психосемантическая характеристика внутренней картины «здоровья – болезни» у лиц, пострадавших от воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды / В. В. Мормуль, Л. Д. Сыркин, В. М. Усов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2011. – Т. 13, № 1-8. – С. 1910-1913.
117. Мэй Р. Искусство психологического консультирования / Р. Мэй. – М. : Класс, 1994. – 144 с.

118. Мясищев В. Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии / Мясищев В. Н. // Психология отношений. Избранные психологические труды / Под редакцией А. А. Бодалева. Москва – Воронеж, 1995. – 356 с.

119. Назарова И. Б. Здоровье и качество жизни жителей России // Социологические исследования. – 2014. – № 9. – С. 139-145.

120. Никифоров Г. С. Психология здоровья: Учебник для вузов / Г. С. Никифоров. СПб. : Питер, 2006. – 607 с.

121. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М. : Изд-во МГУ, 2000. – 168 с.

122. Николаева В. В. О психологической природе алекситимии [Электронный ресурс] / В. В. Николаева // Психология телесности и психосоматика. – 2007. – Режим доступа: <http://www.gestaltlife.ru/publications/13/view/126>. – (Дата обращения: 20.04.15).

123. Николаева Е. И. Внутренняя картина здоровья детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации / Е. И. Николаева, Г. В. Панчишко // Вестник психофизиологии. – 2014. – № 1. – С. 57-65.

124. Николаева Е. И. Значение внутренней картины здоровья в структуре его формирования / Е. И. Николаева, О. Е. Ельникова, В. С. Меренкова // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества Сер. "Труды Института психологии РАН". Москва, 2014. – С. 280-298.

125. Николаева Е. И. Модель взаимосвязи внутренней картины здоровья ребенка с типом семейного воспитания [Электронный ресурс] / Е. И. Николаева, В. С. Меренкова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2. – 7 с. – URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_24921435_62122933.pdf (дата обращения: 18.09.2017).

126. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. 2-е издание / Под ред. акад РАМН Ю. Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

127. Нурматова З. И. Молодежь и ее репродуктивное здоровье / З. И. Нурматова, А. А. Нурматов, М. Р. Юсупова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2012. – № 2. – С. 29-31.

128. Орлов В. А. Научные основы оценки и прогнозирования здоровья человека // Доклады Академии наук. – 2007. – № 6. – С. 2164-2167.

129. Орлов В. А. Унификация методов контроля соматического здоровья испытуемых разного возраста / В. А. Орлов, О. В. Стрижакова, О. Б. Фетисов // Вестник спортивной науки. – 2009. – № 5. – С. 48-50.

130. Отношение к здоровью и мотивация к отказу от курения у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / Е. Д. Четверкина [и др.] // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2017. – Т. 24, № 1. – С. 68-73.

131. Пономаренко В. А, Здоровье здорового человека // Мир психологии. – 2009. – № 2 – С. 182-193.

132. Попова Р. Э. Репродуктивное здоровье студенческой молодежи, двигательная активность и образ жизни / Р. Э. Попова, Л. П. Гурова // Физическая культура и спорт - основы здоровой нации: материалы III Международной научно-практической конференции. Чита, 18-19 февраля 2016 г. – Чита, 2016. – С. 213-217.

133. Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 3 декабря 2012 года №1006. Интернет ресурс: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=144651>

134. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 30 сентября 2015 г. N 683н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». Интернет ресурс: <http://rulaws.ru/acts/Prikaz-Minzdrava-Rossii-ot-30.09.2015-N-683n/>

135. Приходько А. Н. Здоровье молодежи – богатство России: Методические материалы для проведения федеральной акции [Электронный ресурс] – Томск, 2011. – режим доступа: <http://edu.tomsk.ru/teache-help> (дата обращения: 01.11. 2011).

136. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. М. 2013. Рекомендованы к применению Российским научным медицинским обществом терапевтов, Российским Обществом профилактики неинфекционных заболеваний. Интернет ресурс: <http://www.gnicpm.ru/309/14177/550251>

137. Рассказова Е. И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 81-90.

138. Рассказова Е. И. Модели стадий изменения поведения в психологии здоровья: возможности и ограничения // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2014. – №4. – С.102-119.

139. Рассказова Е. И. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий [Электронный ресурс] / Е. И. Рассказова, А. Ш. Тхостов, В. В. Гульдан // Психологические исследования. – 2016. – Т.9, № 50. С. 4. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 24.12.2017).

140. Рочев В. П. Экспресс-способы оценки состояния здоровья у студентов вуза // Вестник Пермского университета. – 2013. – Вып.3. – С. 104-108.

141. Русякова Е. Е. Отношение к здоровью и внутренняя картина здоровья школьников [Электронный ресурс] // Интернет-журнал «Мир науки». – 2015. – № 3. <http://mir-nauki.com/PDF/09PSMN315.pdf> (дата обращения: 20.11.2017).

142. Сандаков Я. П. Заболеваемость взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением. // Пермский медицинский журнал. – 2017. – Т. 34, № 5. – С. 102-106.

143. Семин И. Р. Взаимосвязь качества жизни и алекситимии у больных алкогольной зависимостью / И. Р. Семин, Д. О. Есин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6. – С. 10-13.

144. Семичев С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичев. – Л. : Медицина, 1987. – 182 с.

145. Семичов С. Б. Группировка состояний психического здоровья // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. Л., 1986. С. 8-17.

146. Семке В. Я. Психическое здоровье молодежи – залог процветания России // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 7-8.

147. Сердечно-сосудистое здоровье молодежи в аспекте проведения эффективной диспансеризации студенчества / М. Е. Евсеева [и др.] // Инновации и прогресс в кардиологии: материалы Российского национального конгресса кардиологов. Казань, 24-26 сентября 2014 г. – Казань, 2014. – С. 170-171.

148. Сиерес Д. О различных подходах к понятию «здоровье» / Д. Сиерес, В. Гавидия // Школа здоровья. – 1998. – Т.5, №1. – С.7-16.

149. Смайлова С. А. Особенности внутренней картины здоровья у тревожных подростков // Проблемы современного педагогического образования. – 2015. – № 47-2. – С. 304-314.

150. Смирнов В. М. Основные принципы и методы исследования внутренней картины болезни / В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с., С. 38-62.

151. Смирнова Э. В. Внутренняя картина здоровья в социально-психологическом контексте // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2017. – Т. 5, № 2 (17). – С. 232-238.

152. Смирнова Э. В. Внутренняя картина здоровья и социально-психологическая адаптированность личности // Психология здоровья и болезни: клинко-психологический подход: материалы VI Всероссийской конференции с международным участием. Курск, 08-09 декабря 2016 г. Курск, 2016. – С. 258-262.

153. Сухарев А. Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков / Сухарев А. Г. – М.: Медицина, 1991. – 272 с.

154. Тагирова Р. А. Психологическая устойчивость самосознания личности // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2009. – № 4. – С. 21-25.

155. Тархан А. У. Нейропсихологические механизмы алекситимии и ее связь с алкогольной анозогнозией // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 71-79.

156. Тархан А. У. Роль алекситимии в развитии эмоциональных и неврозоподобных расстройств при алкогольной зависимости / А. У. Тархан, С. П. Ерошин // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – №4. – С. 51-57.

157. Ткаченко И. В. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2017. – № 2 (72). – С. 77-84.

158. Тхостов А. Ш. Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации / А. Ш. Тхостов, Г. К. Сурнов // Психологический журнал. – 2005. – Т.26, № 6. – С. 16-24.

159. Урываев В. А. «Внутренняя картина лечения» и «внутренняя картина здоровья» // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы Всероссийской научно-практической конференции. Красноярск, 23-24 ноября 2012 г. – Красноярск, 2012. – С. 238-242.

160. Факторы риска неинфекционных заболеваний среди студентов Тверской медицинской академии / И. С Петрухин [и др.] // Тверской медицинский журнал – 2013. – № 2. – С. 1-10.

161. Фанталова Е. Б. Внутренний конфликт, внутренний вакуум и нейтральная зона как ценностно-ориентированные личностные конструкты в экзистенциальном пространстве человека // Вопросы. Гипотезы. Ответы: Наука XXI века: монография. Краснодар, 2012. Кн. 1. Гл. 1 «Человек и его внутренний мир». – С.27–44.

162. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. – Самара: Издательский дом БАХРАХ – М., 2001. – 128 с.

163. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта: монография. – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 72 с.

164. Фанталова Е. Б. Диагностика ценностей и внутренних конфликтов в общей и клинической психологии [Электронный ресурс] // Клиническая и

специальная психология. 2013. № 1. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n1/58926.shtml> (дата обращения: 28.02.2014)

165. Фанталова Е. Б. Методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах»: ценностно-ориентированные конструкты личности и их иллюстрация на конкретных примерах // Психология XXI века: теория, практика, перспектива: материалы III международной научно-практической конференции. Прага, 15-16 февраля 2013 г – Прага: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2013. – С.30-38.

166. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>. (дата обращения: 24.12.2016).

167. Федеральный закон №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://giod.consultant.ru/documents/1582009?items=100> (дата обращения: 14.12.2014).

168. Феномен алекситимии у лиц с табачной зависимостью / О. И. Сперанская [и др.] // Наркология. – 2012. – № 8. – С. 67–71.

169. Фирсова А. Е. Индикаторы антропологического подхода в педагогической теории и образовательной практике // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 9-4. – С. 873-876.

170. Фромм Э. Бегство от свободы / Э. Фромм – М.: АСТ:АСТ МОСКВА, 2009. – 284 с.

171. Холмогорова А. Б. Эмоциональные расстройства и современная культура / А. Б Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал: Юбилейный выпуск, 1992-2007. – 2007. – С. 98-125.

172. Хомская Е. Д. Нейропсихология индивидуальных различий / Е. Д. Хомская [и др.] М.: Роспедагентство, 1997. – С. 236-252.

173. Цветкова И. В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья [Электронный ресурс] // Психологические исследования. – 2012. – № 1(21). – С. 11. URL: <http://psystudy.ru0421200116/0011> (дата обращения: 16.10.2015).

174. Челпанов В. Б. Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие реальности // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2009. – № 3. – С. 147-155.

175. Челпанов В. Б. Целостная картина здоровья и целостная картина болезни у школьников–логопатов с синдромом дефицита внимания // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2010. – № 3-1. – С. 214-227.

176. Шевеленкова Т. Д. Психологическое благополучие личности / Т. Д. Шевеленкова, П. П. Фесенко // Психологическая диагностика. – 2005 – № 3. – С. 95-123.

177. Шеметова Г. Н. Проблемы здоровья современной студенческой молодежи и нерешенные вопросы организации лечебно-профилактической помощи / Г. Н. Шеметова, Е. В. Дудрова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 526-530.

178. Шибкова В. П. Здоровье и здоровый образ жизни современной студенческой молодежи / В. П. Шибкова, С. Н. Симонов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 79-82.

179. Шилова Л. С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социологические исследования. – 1999. – № 5. – С. 84-92.

180. Широкова И. В. Роль семьи в формировании внутренней картины здоровья детей младшего школьного возраста // Молодежная наука: тенденции развития. – 2017. – № 3. – С. 36-43.

181. Шишкова И. М. Понятие о внутренней картине здоровья // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2017. – Т. 4., № 1 (16). – С. 48-55.

182. Шклярчук В. Я. Здоровье в системе ценностных ориентаций студенческой молодежи // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. – 2007. – № 16. – С. 185-188.

183. Шпаковская О. Г. Роль алекситимии в формировании психосоматических расстройств и зависимых форм поведения / О. Г. Шпаковская, А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 31-38.

184. Шулаева М. А. Ценностные представления о здоровье и здоровом образе жизни студенческой молодежи // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2010. – № 3 (43). – С. 224-229.

185. Эйдельман Г. Н. Психологическое благополучие у современных молодых людей в период самоопределения / Г. Н. Эйдельман, Е. А. Сергиенко // In: Proceedings of the Conference of European Association of Pedagogues and Psychologists. Geneva: Center of the European Association of Pedagogues and Psychologists «Science», 2015. – pp. 202-212.

186. Юров Ю. В. Внутренняя картина здоровья в юношеском возрасте / Ю. В. Юров, А. И. Григорьев, С. В. Изусина // Известия Воронежского государственного педагогического университета. – 2012. – Т. 258. – С. 362-366.

187. Alexithymia and adult attachment representations: Associations with the five-factor model of personality and perceived relationship adjustment / G. J. Taylor [et. al.] // Comprehensive Psychiatry. – 2014. – Vol. 55(5). – P. 1258-1268.

188. Allport G. W. Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality. NewHaven: YaleUniversityPress, – К. : PSYLIB, 2005.

189. Alonso-Fernandez F. Alexithymia and its clinical and social consequence // Salud mental. – 2011. – Vol. 34, N. 6. – P. – 481-490.

190. Bauldry S. Conditional Health-related Benefits of Higher Education: An Assessment of Compensatory versus Accumulative Mechanisms // Social Science & Medicine. – 2014. – Vol. 111. – P. – 94-100.

191. Brassai L. A reason to stay healthy: The role of meaning in life in relation to physical activity and healthy eating among adolescents / L. Brassai, B. F. Piko, M. F. Steger // Journal of Health Psychology. – 2015. - Vol. 20, N. 5. – P. – 473-482.

192. Cameron L. D. The self-regulation of health and illness behavior / L. D. Cameron, H. Leventhal. – London; New York: Routledge, 2003. – P. – 157-183.

193. Carver C. S. On the self-regulation of behavior / C. S. Carver, M. F. Scheier.
– New York: Cambridge University Press, 1998. – 460 p.
194. Deci E. The dynamics of self-determination in personality and development /
E. Deci, R. Ryan // Self-related cognitions in anxiety and motivation. –Hillsdale, 1986. –
P. 171-194.
195. Educational Inequalities in Health Behaviors at Midlife: Is There a Role for
Early-life Cognition? / S. Clouston [et. al.] // Journal of Health and Social Behavior. –
2015. – Vol. 56, N. 3. – P. 323-340.
196. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model // American
journal of psychiatry. – 1980. – Vol. 137, N. 5. – P. 535-544.
197. Forgas J. P. Belief and affect: On the mental pre-cursors of health-related
cognition and behaviour // Journal of Health Psychology. – 2013. – N. 18. – P. 3-9.
198. Friedman H. S. Encyclopedia of Mental Health / by H. S. Friedman, 2nd ed. –
Academic Press, 2015. – Vol.1. – 2000 p.
199. Glanz K., Rimer B. K., Lewis F. M. Health behavior and health education.
Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. – P. 5-21.
200. Health Locus of Control, Health Related Behaviors and Demographic Factors:
A Study in a Turkish Population / A. Ozcakil [et. al.] // British Journal of Medicine &
Medical Research. – 2014. – Vol. 4 (21). – P. 3856-3869.
201. Health psychology: Theory, Research and Practice / D Marks. [et. al.].
London: Sage, 2000. – P. 7-28
202. Kristal N. Alexithymia and the effectiveness psychoanalytic treatments // Int.
J. Psychoana. Psychother. – 1983. N. 9. – P. 353-377.
203. Krystal N. Integration and Self Healing: Affect, Trauma, Alexithymia / N.
Krystal. – New York: Routledge, 2015. – 408 p.
204. Leventhal H. The common-sense model of self-regulation of health and
illness / H. Leventhal, I. Brissette, E Leventhal // The self-regulation of health and illness
behavior. London; New York: Routledge, – 2003. – P. 42-65.

205. Margolis R. Educational Differences in Healthy Behavior Changes and Adherence among Middle-aged Americans // *Journal of Health and Social Behavior*. – 2013. – Vol. 54(3). – P. 353-368.

206. Meaning in life and health: Proactive health orientation links meaning in life to health variables among American undergraduates / M. F. Steger [et. al.] // *Journal of Happiness Studies*. – 2014. – Vol. 16, N. 3. – P. 583-597.

207. Mujcic R. Is envy harmful to a society's psychological health and wellbeing? A longitudinal study of 18,000 adults / R. Mujcic, A. J. Oswald // *Social Science & Medicine*. – 2017. – Vol. 198. – P. 103-111.

208. Myers L. The relationship between two types of impaired emotion processing: repressive coping and alexithymia / L. Myers, N. Derakshan // *Front. Psychol.* – 2015. – Vol. 6 – P. 1-6.

209. Prevalence of gastrointestinal symptoms in alcoholic end the relationship with alexithymia / L. G. M. Van Rossum [et al.]. // *J. Psychiatry Research*. – 2004. – Vol. 129, N. 1. – P. 107-112.

210. Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes: reconocimiento y regulación emocional / R. Calvo Sagardoy [et. al.] // *Clínica y Salud*. – 2014. – Vol. 25, N. 1. – P. 19-37.

211. Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users / C. Cleland [et al.]. // *J. of Psychosomatic Research*. – 2005. – Vol. 58. – P. 299-306.

212. Risk of eating disorders, consumption of addictive substances and emotional difficulties in adolescent girls / M. S. Cruz-Sáez [et. al.] // *12th European Conference on Psychological Assessment*. Spain, San Sebastian, 17-20 July 2013. – San Sebastian, 2013. *Book of Abstracts*. – P. 284.

213. Rosa B. A. Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad Emotional expression in eating disorders: alexithymia and assertiveness // *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*. – 2011. – Vol. 49 (4). – P. 338-346.

214. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model // *Health Education Monographs*. 1974. – Vol. 2(4). – P. 328-335.).

215. Rosenstock I. M. Social learning theory and the health belief model / I. M. Rosenstock, V. J Strecher, M. H. Becker . // Health education quarterly. – 1988. – Vol. 15(2). P. 175–183.
216. Ryan R. M. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. / R. M Ryan, E. L Deci. // American psychologist, – 2000, –vol. 55, N. 1. – P. 68-78.).
217. Ryff C. D. The structure of psychological well-being revisited / C. D. Ryff, C. L. M Keyes. // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – Vol. 69, N. 4. – P. 719-727.
218. Seligman M. Positive health // Applied psychology: an international review. – 2008. – Vol. 57. – P. 3-18.
219. Sifneos P. E. Problems of psychotherapy of patients with alexsythimic characteristics and physical disease // J. Psichother. Psychosom. –1973. – Vol. 26. – P. 65-70.
220. Sifneos P. E. The prevalence of alexsythimic characteristics in psychosomatic patients // J. Psichother. Psychosom. – 1973 – Vol. 22. – P. 255-262.
221. Silva A. N. Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia / A. N. Silva, A. B. Vasco, J. C. Watson // Análise Psicológica. – 2013. – Vol. 2 (XXXI). – P. 197-211.
222. Taylor G. J. The alexithymia personality dimension / G. J. Taylor, R. M Bagby // The Oxford Handbook of Personality Disorders. – New York. – 2012. – P. 648-673.
223. Taylor G. J. Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia / G. J Taylor, R. M. Bagby // Journal of the American Psychoanalytic Association. – 2013. – Vol. 61. – P. 99-133.
224. Torres-Hernandez M. El papel de la alexitimia como factor psicomatico en la psoriasis / M. Torres-Hernandez, S. Lopez-Garcia, D. Pedroza-Escobar // Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. – 2015. – Vol. 53, N. 3. – P. 268-272.

Приложение А

Содержание и индекс семантических единиц категорий контент-анализа

Таблица А. 1 – Содержание и индекс семантических единиц категории «А»

Кодировочный индекс	Содержание семантических единиц категории «А» (когнитивный компонент ВКЗ)
1	2
A1	ответственность за здоровье, забота о здоровье, сила воли
A2	ЗОЖ, правильный образ жизни, спорт способствуют здоровью
A3	все болезни от нервов
A4	вредные привычки – враги здоровья
A5	психологическое здоровье способствует физическому
A6	правильное питание - залог здоровья
A7	здоровье - норма физического и психологического состояния
A8	наше здоровье в наших руках
A9	обращение к врачу, своевременное лечение способствует здоровью
A10	физическое и духовное развитие, физиологическое и психологическое
A11	влияние факторов внешних и внутренних, психологических, стрессы
A12	оптимальное функционирование организма
A13	дано от природы, наследственность
A14	студенческий период - нездоровье
A15	мера во всем, золотая середина, равновесие душевного и телесного
A16	самолечение приносит вред
A17	здоровье непредсказуемо
A18	нет здоровых есть не дообследованные
A19	здоровье - отсутствие болезней
A20	необходимы определенные условия среды
A21	другое

Таблица А. 2 – Содержание и индекс семантических единиц категории «В»

Кодировочный индекс	Содержание семантических единиц категории «В» (эмоциональный компонент ВКЗ)
1	2
B1	здоровье - состояние души
B2	хорошее настроение, положительные эмоции, эмоциональные причины
B3	влияние эмоционального на физическое
B4	психологическая устойчивость
B5	главное вера
B6	социальное благополучие
B7	чувство полного благополучия, довольство жизнью
B8	уверенность
B9	бодрость, активность
B10	отсутствие тревоги, беспокойства за будущее
B11	оптимизм, хорошее настроение, позитивные эмоции
B12	здоровье — это счастье
B13	влияние физического на эмоциональное
B14	состояние души, психическое здоровье
B15	легкость, гармония
B16	отсутствие чувства вины
B17	сила воли
B18	смелость
B19	спокойствие
B20	позитивные отношения с окружающими
B21	другое

Таблица А. 3 – Содержание и индекс семантических единиц категории «С»

Кодировочный индекс	Содержание семантических единиц категории «С» (поведенческий компонент ВКЗ)
1	2
C1	занятия спортом, активный отдых
C2	правильное питание, режим питания, строгая диета
C3	соблюдение правил гигиены
C4	при необходимости посещение врача, прием лекарств
C5	отказ от употребления алкоголя и никотина
C6	прием витаминов
C7	отсутствие вредных привычек
C8	правильное распределение времени, режим дня
C9	одежда по погоде
C10	вызов скорой помощи
C11	пристальное внимание к своему состоянию здоровья
C12	здоровый сон
C13	проявление воли
C14	утренняя зарядка
C15	контроль массы тела
C16	холодный душ, закаливание
C17	соблюдение режима дня
C18	проветривание, свежий воздух
C19	здоровый образ жизни
C20	полный медосмотр
C21	другое

Таблица А. 4 – Содержание и индекс семантических единиц категории «D»

Кодировочный индекс	Содержание семантических единиц категории «D» (мотивационно-ценностный компонент ВКЗ)
1	2
D1	здоровье - богатство
D2	бесценный дар, дар божий
D3	не купишь ни за какие деньги
D4	важнейшая ценность
D5	ценно так как недолговечно
D6	важнейший компонент жизнедеятельности, полноценной жизни
D7	самое главное в жизни
D8	хорошее здоровье – долгая жизнь
D9	ценно т.к. способствует достижениям в жизни, реализации потребностей
D10	быть здоровым чтобы быть счастливым
D11	здоровье как социальный статус
D12	здоровье определяет качество жизни, настроение
D13	здоровье способствует материальному благополучию
D14	расширяет круг общения
D15	здоровый человек- аутентичный
D16	возможность путешествий, активный образ жизни
D17	здоровье для создания благополучных семейных отношений
D18	здоровье для рождения здоровых детей
D19	для благополучной старости
D20	здоровье для красоты
D21	другое

Таблица А. 5 – Содержание и индекс семантических единиц категории «E»

Кодировочный индекс	Содержание семантических единиц категории «F» (сенситивный сенсологический)
1	2
E1	быстрая утомляемость
E2	мигрени
E3	боль, головные боли
E4	часто бывает плохо
E5	ухудшение состояния
E6	плохое самочувствие
E7	боли при физической нагрузке
E8	болею часто, долго
E9	редко болею
E10	болезни время от времени дают о себе знать

Приложение Б

Схемы факторных моделей ВКЗ в трех группах

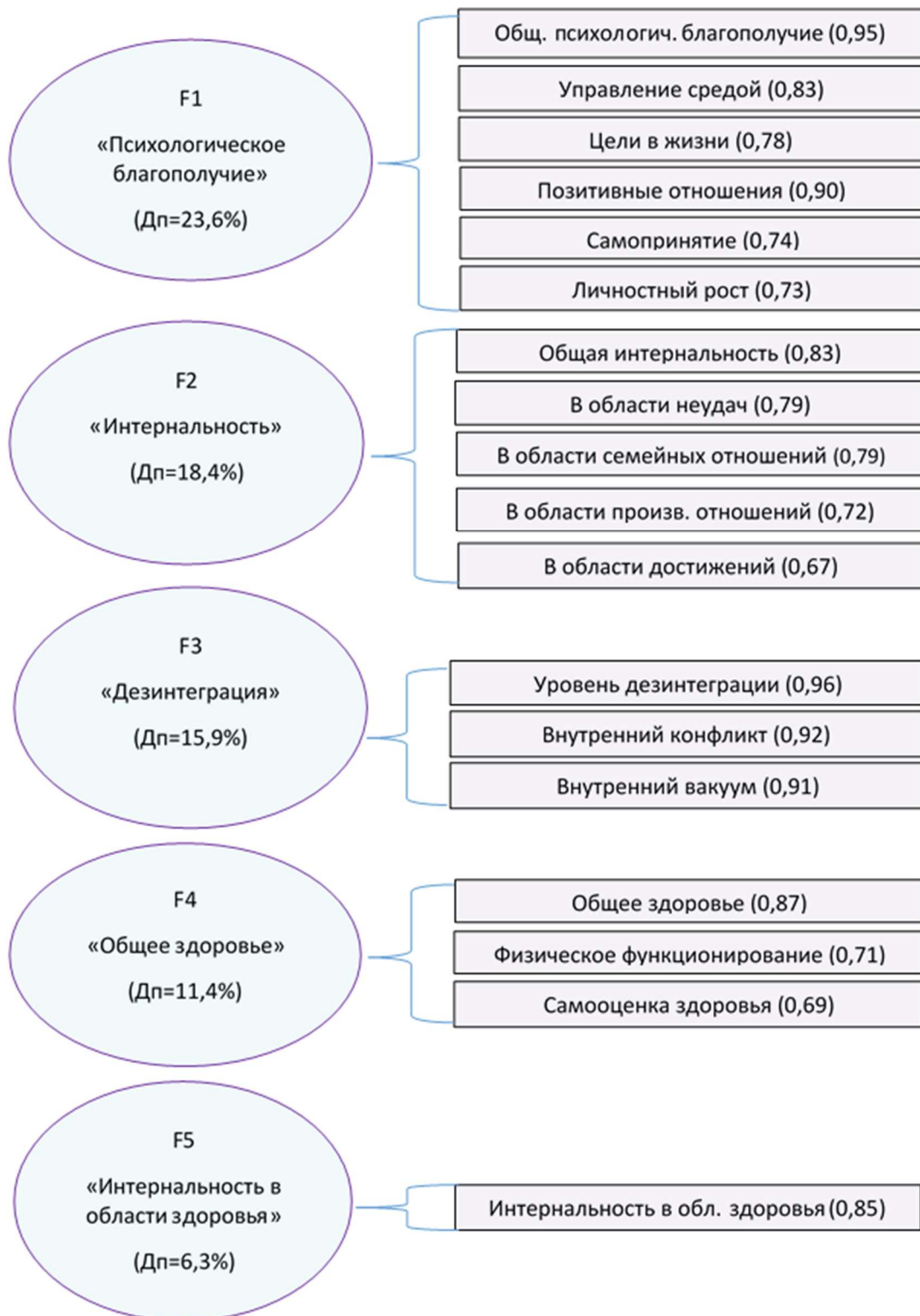


Рисунок Б. 1 – Схема факторной модели ВКЗ 1 группы диспансерного наблюдения

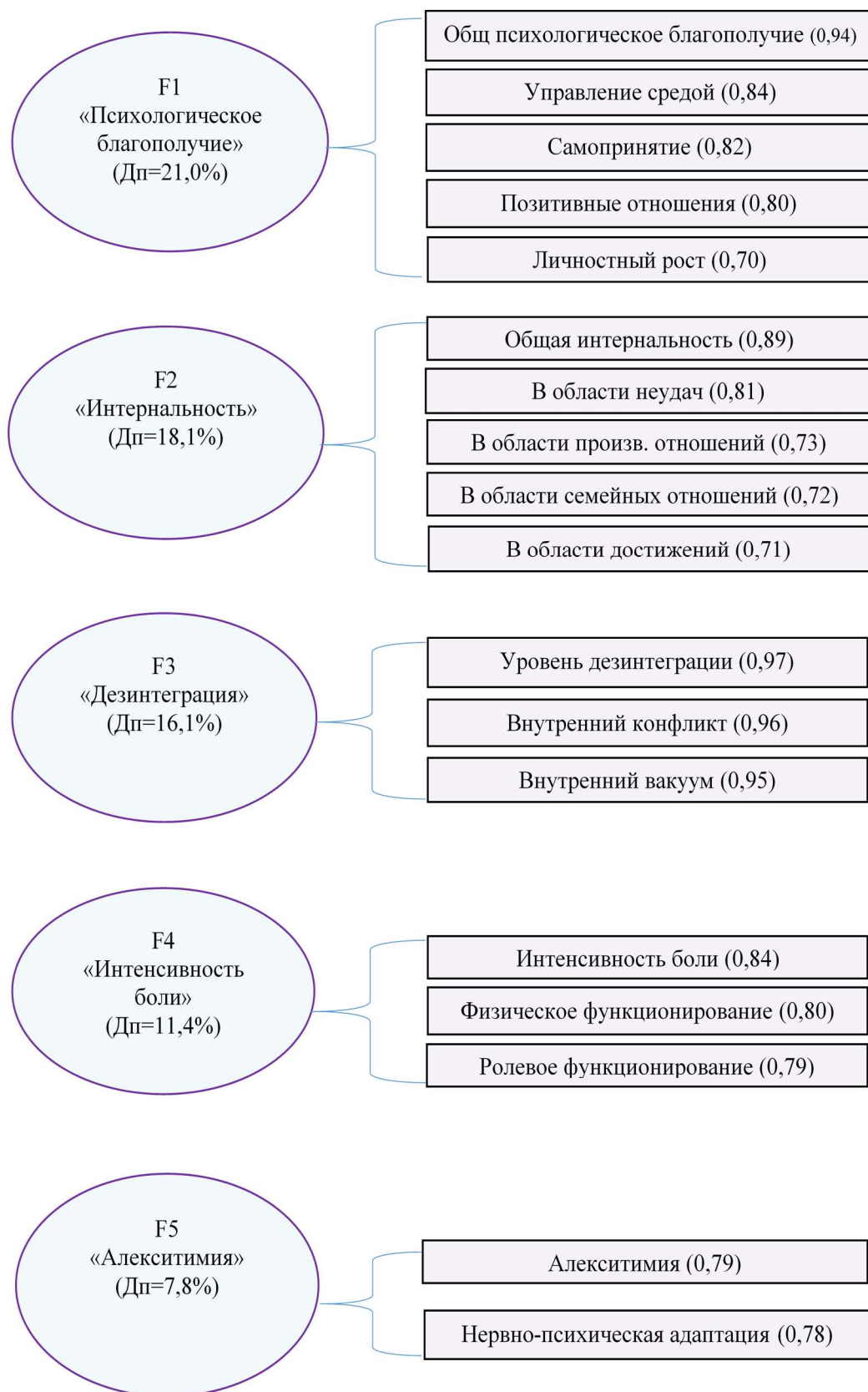


Рисунок Б. 2 – Факторная модель ВКЗ 2 группы диспансерного наблюдения

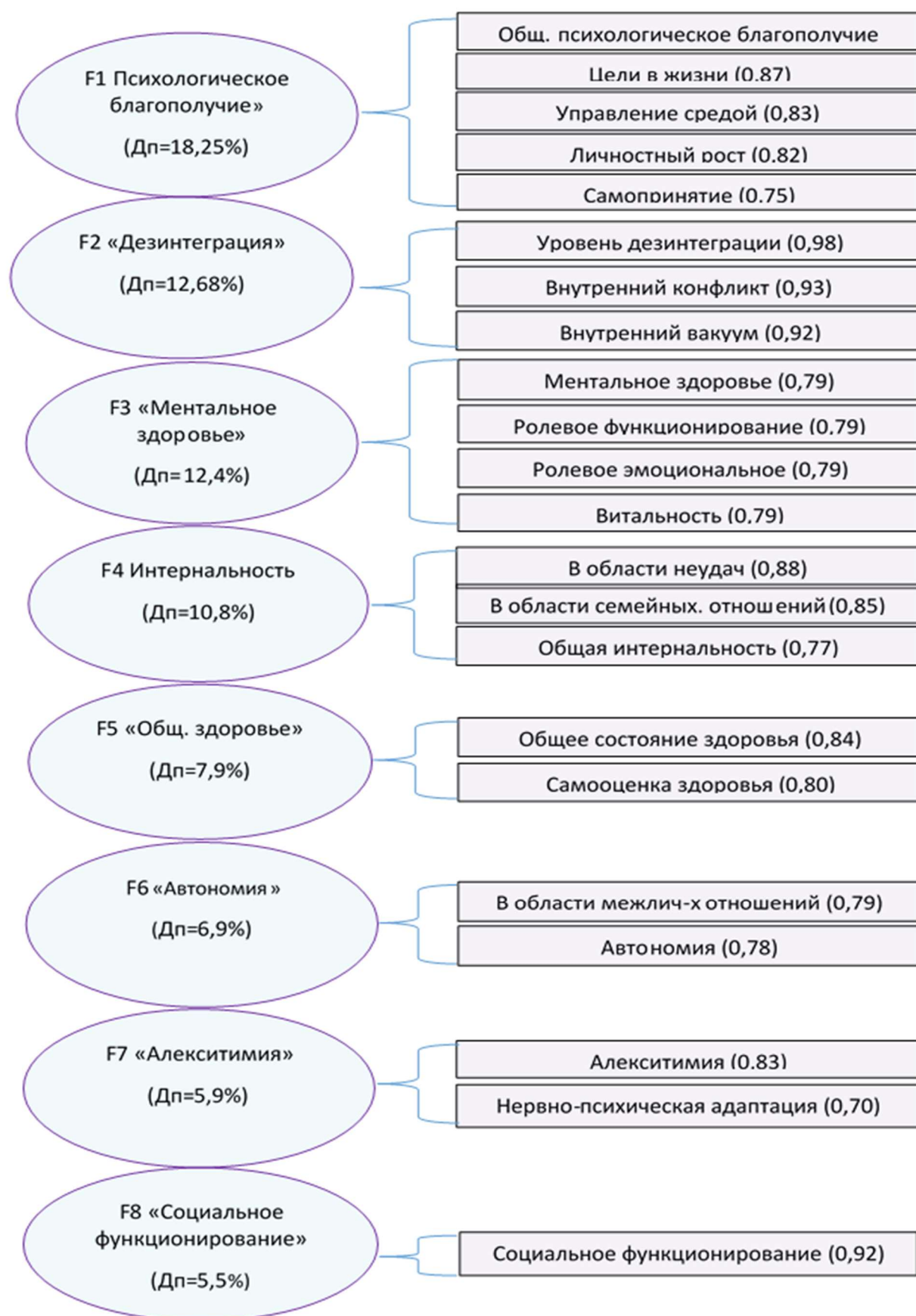


Рисунок Б. 3 – Факторная модель ВКЗ 3 группы диспансерного наблюдения