

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»
(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Исследование психологического здоровья лиц рабочих профессий

Обучающийся

Е.Н. Бочкова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

канд. психол. наук, доцент Т.В. Чапала

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2023

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические аспекты проблемы психологического здоровья.....	12
1.1 Основные точки зрения на психологическое здоровье в трудах и исследованиях зарубежных психологов.....	12
1.2 Вопросы психологического здоровья в работах отечественных исследователей.....	16
1.3 Психологические особенности развития профессионала, осуществляющего деятельность в системе «человек-техника».....	22
Глава 2 Эмпирическое исследование психологического здоровья.....	34
2.1 Организация эксперимента и методы исследования.....	34
2.2 Результаты исследования. Анализ и интерпретация экспериментальных данных.....	43
2.3 Коррекционная работа. Разработка программы, основные направления.....	60
Заключение.....	68
Список используемой литературы.....	73
Приложение А Анкета.....	79
Приложение Б Расчет коэффициента корреляции.....	80

Введение

Актуальность исследования обусловлена тем, что основополагающим элементом устойчивого экономического развития каждой страны является здоровье нации. Трудовые ресурсы составляют основу экономики любого государства. По данным Организации Объединенных Наций люди, занятые в любой производственной и непроизводственной сфере, чье участие оказывает влияние на валовый внутренний продукт страны, составляет сорок пять процентов населения всего мира. Очевидно, что состояние здоровья этой части населения планеты является не только личным делом конкретного человека, но главной задачей государства в случае его озабоченности состоянием своего трудового потенциала.

Нездоровые люди обладают сниженной работоспособностью и не могут полностью участвовать в экономической жизни страны. Нарушение психического здоровья также может привести к проблемам в образовании, криминальной деятельности и проблемам в семейной и общественной жизни. Особенно важно уделять внимание здоровью в экономически трудных временах, когда стресс и тревожность могут возрасти у многих людей. В целом, сохранение и поддержание здоровья является фактором продуктивности, устойчивого развития и благополучия экономики.

Здоровые работники способны продуктивно трудиться, обеспечивая процветание экономики страны. Кроме того, они меньше болеют и имеют меньше осложнений здоровья, что сокращает траты на медицинское обслуживание и уменьшает нагрузку на систему здравоохранения в целом.

Всемирной организацией здравоохранения принята Резолюция WHA 60.26, в которой международная организация рекомендовала государствам, являющимся членами организации, принять меры к охране здоровья работающего населения. К числу таких мер Всемирная организация здравоохранения относит разработку национальной политики в сфере охраны здоровья работающего населения, меры по охране здоровья на рабочем

месте, реформирование национальной системы здравоохранения с повышением роли медицины труда, улучшение работы системы эпиднадзора в области профессиональных рисков [9].

В нашей стране приняты и воплощаются в жизнь национальные проекты и федеральные программы в области здравоохранения. Указом Президента РФ № 254 в 2019 году утверждена Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года. Стратегия развития здравоохранения направлена на обеспечение доступности и качества медицинских услуг, профилактику заболеваний и повышения уровня здоровья в целом. Это важная задача и ее осуществление должно быть включено в долгосрочные планы развития страны на ближайшие годы. В упомянутой Стратегии сформулированы приоритеты охраны – здоровье работающего населения. К числу основных направлений деятельности, обеспечивающих выполнение поставленных задач, отнесена деятельность по формированию системы мотивации населения, особенно детей и трудоспособного населения, к поддержанию и сохранению своего здоровья через концепцию здорового образа жизни [39].

Таким образом, ценность здоровья работающего населения, необходимость его охраны и укрепления закреплены на международном и внутригосударственном уровнях.

Широта понятия «здоровье» обусловлена его значимостью для человека в самых разных областях его деятельности. Понятие «здоровья» имеет тысячелетнюю историю, оно менялось вместе с представлениями человека о мире и о себе.

Изучая понятие «здоровье» на настоящем этапе за отправную точку можно взять формулировку, предложенную Всемирной организацией здравоохранения – состояние физического, социального и душевного благополучия в отсутствие болезней и физических дефектов [10].

Первый компонент здоровья – физическое здоровье предполагает отсутствие каких-либо соматических заболеваний и соответствующе нормам и требованиям внешней среды функционирование всех систем организма.

Второй компонент связан с поведением человека, его соответствием состоянию психического здоровья. Поведенческий компонент охватывает сферы образа жизни, правильного питания, физической культуры, активной жизненной позиции и прочее.

Третий компонент – психологическое состояние благополучия, которое включает личность, эмоции, мысли, убеждения и ценности.

Наука накопила многочисленные исследования по вопросам здоровья и психологического здоровья. В числе самых известных работ можно назвать исследования таких авторитетных ученых как А. Маслоу (A. Maslow), Г. Олпорт (G. Allport), К.Р. Роджерс (C.R. Rogers), В. Франкл (V. Frankl), Б.Г. Ананьев, Б.С. Братусь, Л.И. Божович, И.В. Дубровина, В.И. Слободчиков, О.В. Хухлаева и многих других.

Особое внимание учеными уделяется разработке критериев психологического здоровья; сопряженности феномена «здоровье» и его критериев с конструктами психологическое благополучие и отношение к здоровью; самостоятельности этих конструктов и точек пересечения с психологическим здоровьем, в том числе, через когнитивную составляющую, под которой понимают осведомленность личности о состоянии своего здоровья человека и уровень её знаний и компетенций по сохранению и поддержанию здоровья. В данном направлении проведены исследования Р.А. Березовской, В.А. Ворониной, Г.С. Никифоровым, Р.Н. Мясищевым и другими учеными.

В науке предприняты меры к изучению проблематики здоровья отдельных групп населения, объединенных по разным критериям. Учеными активно изучается проблематика психологического здоровья детей дошкольного возраста, младших школьников, студентов, педагогов, летчиков, а также других групп и слоев населения.

Проблематика психологического здоровья трудоспособного населения, а именно лиц, занятых рабочими профессиями, еще недостаточно разработана в современной науке.

Между тем указанная группа имеет ряд особенностей. Особенности изучаемой группы – людей, занятых профессиональной деятельностью в системе «человек-техника», изучаются наукой с разных сторон. Исследователи Ш. Бюлер (C. Bühler), Б. Ливехуд (B. Lievegoed), Б.Г. Ананьев, Л.Д. Кагермазова работали в направлении возрастной психологии по изучению молодого и зрелого возраста. Психология труда и профессионального самоопределения, которая дает представление об особенностях личности, основным видом деятельности, которой является тот или иной вид труда изучалась Дж. Холланд (J. Holland), Е.А. Климовым, Н.С. Пряжниковым и другими учеными.

Таким образом, в условиях признания значимости здоровья, принятия мер к охране и поддержанию здоровья трудоспособного населения, не только в интересах отдельно взятого человека, но и интересах государства. Анализ научной литературы показал, что в настоящее время в науке остаются открытыми и недостаточно изученными отдельные аспекты психологического здоровья данной группы населения. Между тем, именно научные изыскания и накопленные на их базе практические знания составляют основу успешной реализации стратегических задач в области сохранения и поддержания здоровья рабочих страны. Научные знания в изучаемой сфере имеют значение и для применения их конкретным человеком в своей ежедневной практике, как фундамент для построения и сохранения личного здоровья, являющегося залогом успешной благополучной жизни.

Вышеуказанные обстоятельства обусловили выбор темы и свидетельствуют в пользу её актуальности и новизны.

Цель исследования: исследование психологического здоровья через призму отношения к здоровью, уровня знаний и компетенций, в сфере сохранения и поддержания здоровья.

Объект исследования: психологическое здоровье.

Предмет исследования: аспекты психологического здоровья людей профессиональной группы «человек-техника» с точки зрения необходимого уровня осведомленности личности о состоянии своего здоровья человека и уровня знаний и компетенций по сохранению и поддержанию здоровья.

Гипотеза исследования: предполагаем, что психологическое здоровье работников ООО «ПНХМ», занятых в производстве (профессиональная группа «человек-техника») имеет особенности, существует взаимосвязь между уровнем знаний в области сохранения и поддержания здоровья и особенностями психологического здоровья исследуемой группы.

Задачи, подлежащие решению в ходе исследования, следующие:

- изучить основные научные представления и ведущие исследовательские подходы по проблеме психологического здоровья;
- подобрать и обосновать психодиагностические методики, использованные в исследовании;
- провести эмпирическое исследование состояния психологического здоровья рабочих;
- провести анализ полученных данных об особенностях психологического здоровья на предмет соответствия должному уровню заботы о собственном здоровье.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют гуманистическая парадигма здоровья А. Маслоу, Г. Олпорт, К.Р. Роджерс, концепции психологического здоровья И.В. Дубровиной, Г.С. Никифорова, О.В. Хухлаевой, теории возрастной психологии Ш. Бюлер, Б. Ливехуд, Б.Г. Ананьева, психологии труда Е.А. Климова.

Методы исследования: исследование проведено с использованием теоретических методов синтеза, анализа и обобщения полученных данных.

Эмпирическая часть исследования выполнена с использованием метода беседы, наблюдения, психодиагностического исследования в форме тестирования. В качестве метода обработки статистических данных использован коэффициент корреляции Спирмена (Spearman).

Методики исследования: Мини-СМИЛ Л.Н. Собчик, «Опросник общего здоровья» Д. Голдберга (D. Goldberg), опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

Методика Мини-СМИЛ даёт возможность оценить целый спектр проявлений, образующих портрет личности. По утверждению самого автора методики, она позволяет выявить ведущие тенденции личности. В психодиагностической практике указанная методика рассматривается как надежный инструмент для оценки психологического здоровья для выявления сильных и слабых сторон личности, что имеет ценность для составления коррекционной и профилактической программ в целях сохранения и поддержания психологического здоровья.

Для диагностики психологического благополучия и эмоциональной стабильности использован «Опросник общего здоровья» Д. Голдберга, которые для целей исследования приняты в качестве составляющих психологического здоровья.

Психологические особенности отношения к своему здоровью продиагностированы в выборке с помощью опросника Р.А. Березовской «Отношение к здоровью». Отношение к здоровью как психодиагностическая дефиниция включает установки личности, ценностно-мотивационного значения, которые связывают её с обществом. На наш взгляд, поскольку отношение к здоровью обладает характеристиками, присущими психическому отношению личности к окружающей действительности и к самому себе, то данный инструмент допустимо использовать в целях исследования психологического здоровья.

Эмпирическая база исследования: в исследовании приняли участие работники ООО «ПНХМ» город Пенза в количестве 50 человек, занятые в

производственном цикле предприятия, чья профессиональная деятельность относится к системе «человек-техника».

Научная новизна исследования: проблематика психологического здоровья трудоспособного населения, а именно лиц, занятых рабочими профессиями, мало изучена и недостаточно разработано в современной науке. В настоящем исследовании впервые предприняты меры к исследованию этого феномена для данной профессиональной группы и в подобном аспекте – психологическое здоровье через призму знаний и компетенций в области сохранения и поддержания здоровья.

Теоретическая значимость исследования заключается в изучении компонентов психологического здоровья, факторов, которые оказывают влияние на психологическое здоровье людей профессиональной группы «человек-техника», в частности уровня знаний и компетенций в области охраны и поддержания здоровья, имеющегося у рабочих.

Практическая значимость: исследование психологического здоровья людей, занятых в рабочих профессиях, позволяют понять механизмы возникновения проблем в рассматриваемой области и облегчить поиск эффективных способов их предотвращения, а также коррекции. Важным направлением исследования является изучение компонентов психологического здоровья, его критериев, а также факторов, которые оказывают влияние на психологическое здоровье. Исследование может помочь в разработке профилактических программ, предназначенных для уменьшения риска психологических проблем, обучения работников методам самопомощи и развития списка услуг для поддержки психологического здоровья. Кроме того, данная работа будет иметь практическое значение для исследований влияния новых технологий на психологическое здоровье работников и планирования изменений в сферу охраны здоровья рассматриваемой рабочих. Таким образом, научное исследование психологического здоровья людей, занятых в рабочих профессиях, имеет важное практическое значение для улучшения качества жизни этой группы

населения, а также для общественного здравоохранения и экономики в целом.

Научная достоверность результатов и обоснованность исследования обеспечена репрезентативностью выборки испытуемых, которую составили 50 респондентов с единым для всех видом профессиональной деятельности и находящиеся в периоде взрослости, а также проведением исследования с применением адекватных целям и задачам работы методов и использованием комплекса надежных, валидных и стандартизованных психологических диагностических методик, включая математико-статистическую обработку данных.

Личное участие автора заключается в самостоятельной постановке цели и формулировании задачи исследования, анализе и обобщении теоретического материала по выбранной теме, личном участии в сборе эмпирического материала, анализе, обработке, интерпретации результатов и применении корреляционного анализа данных.

Апробация результатов исследования: результаты исследования обсуждались в рамках научно – практической конференции «Дни науки в ТГУ» г. Тольятти, 2023 г., а также на Всероссийских и международных научно-практических конференциях, по итогам которых опубликованы следующие статьи: «Отдельные аспекты исследований в области психологии здоровья» (Молодые учёные России: сборник статей XVI Всероссийской научно-практической конференции. Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение», 2022. 294 с.), «Отдельные аспекты применения методов исследования психологии здоровья» (Перспективы науки и общества в условиях инновационного развития: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Уфа: Аэтерна, 2022. 208 с.), «Отдельные аспекты исследования психологии здоровья» (Наука. Образование. Инновации. Сборник научных трудов по материалам XXXVII Международной научно-практической конференции. Анапа: Изд-во «НИЦ ЭСП» в ЮФО, 2021. 303 с.).

Структура настоящего магистерского исследования состоит из введения, теоретической и эмпирической части, а также заключения.

Во введении отражена актуальность и обоснование темы, объект и предмет, цели и задачи, методы исследования, актуальность и практическая значимость работы.

В первой главе рассматриваются теоретические аспекты проблемы психологического здоровья, в том числе основные научные подходы, сложившиеся в отечественной науке и предлагаемые зарубежными исследователями. Также изучены основные научные точки зрения по вопросам периодизации этапа взрослости, возрастных кризисов, трудовой деятельности как ведущего вида деятельности в рассматриваемом возрасте.

Во второй главе обоснован выбор метода исследования, дана характеристика выборке исследования, изложены результаты эмпирического исследования, приведены итоги статистического анализа результатов исследования.

В заключении изложены итоги проведенного исследования.

Список литературы содержит перечень использованных научных источников, нормативно-правовых актов, информации международной и исследовательской организаций.

Исследование содержит два приложения. В первом приложении приведен бланк анкеты социально-психологической характеристики выборки, во втором приложении изложены расчеты корреляционного анализа коэффициента Спирмена.

Основной текст изложен на 72 страницах, работа содержит 6 рисунков, 2 приложения, список используемой литературы, состоящий из 52 источников, из которых 45 отечественных и 7 зарубежных.

Глава 1 Теоретические аспекты проблемы психологического здоровья

1.1 Основные точки зрения на психологическое здоровье в трудах и исследованиях зарубежных психологов

Психология здоровья – это направление психологии, которое изучает психологические факторы, влияющие на здоровье человека, его поведение в отношении болезней и лечения.

Ценность психологии здоровья заключается в следующем:

- помогает улучшить качество жизни: психологическое благополучие и здоровье часто взаимосвязаны. Исследования показывают, что люди, имеющие психологическую проблему, имеют «низкое качество жизни». Психологические и эмоциональные факторы могут быть затронуты во время лечения заболевания, а психологическая помощь может помочь улучшить качество жизни пациента;
- улучшает госпитальную работу: психологические интервенции могут помочь госпиталям улучшить качество обслуживания. Психологи в больницах и клиниках могут помочь работникам понять, как поддерживать и улучшать психологическое благополучие пациентов;
- уменьшает медицинские расходы: психологические интервенции могут помочь снизить медицинские расходы. Пациенты, имеющие ментальные проблемы, склонны чаще обращаться за медицинской помощью, что влечет увеличение затрат на здравоохранение. Психологические интервенции могут помочь управлять симптомами заболевания и предотвратить повторные обращения;
- помогает определить факторы риска и профилактические меры: психология здоровья может помочь установить факторы риска для заболевания и дать рекомендации по профилактике. Стремление к

лучшему здоровью может уменьшить риск хронических заболеваний и улучшить общее здоровье.

Таким образом, психология здоровья является важным направлением психологии и имеет большую ценность в практическом понимании.

В области психологического здоровья выделяются знаковые исследования, выполненные такими яркими представителями гуманистического направления зарубежной психологии, как В. Франкл, К. Роджерс, А. Маслоу, Г. Олпорт.

В центре теории В. Франкла лежит утверждение, что духовность, совесть и осмысленность – это неотъемлемые составляющие основы душевного здоровья. Поиски смысла жизни, которые включают ценности творчества, чувств и взаимоотношений, также являются частью этого понимания. Однако в случае, если человек оказывается в экзистенциальном вакууме, что проявляется состоянием пустоты и отсутствия цели, возникает потребность в решении внутриличностных конфликтов. Такие конфликты могут проявляться в виде неврозов, депрессий и агрессии [41].

Важная составляющая хорошей жизни, по мнению К. Роджерса, – это конгруэнтность, способность искренне и открыто реагировать и действовать, не скрывая истинных чувств и установок. К. Роджерс видел здоровье как нормальную составляющую личностного развития и создал модель полноценной личности [33].

Понятие проприативности человеческой природы было введено Г. Олпорт. Под проприативностью понимается стремление к росту, к самосовершенствованию. Также ученым были предложены критерии зрелой и здоровой личности [26].

Опираясь на свою теорию мотивации, А. Маслоу утверждал, что психологически здоровый человек – это самоактуализированный человек. А. Маслоу разработал, обосновал и предложил характеристики самоактуализированных людей [21].

Исследования представителей гуманистической психологии являются основополагающими в области психологического здоровья.

Следует сказать, что проблема психологического здоровья была исследована и в других направлениях зарубежной психологии.

Например, различные признаки здоровой эмоциональной зрелости были определены в рамках рационально-эмоционально-когнитивного направления А. Эллис [45].

Социокультурная теория личности основана на понятии самореализации, на понятии индивидуации построена теория аналитической психологии, на поиске самосовершенствования базируется индивидуальная теория.

Исследователь А. Антоновский, который сформулировал теорию салютогенеза, утверждал, что ключевым фактором в обеспечении здоровья человека является чувство связанности. Как правило, связанность понимается как совокупность трех составляющих: постижимость, которая заключается в принятии человеком окружающего мира как понятного и осознанного во всех его проявлениях, управляемость, которая подразумевает веру в свои силы и в возможность использования внешних ресурсов (друзей, коллег, религии) для решения проблем и преодоления трудностей, и осмысленность, которая означает, что внешний мир не только доступен для понимания, но и является важным и необходимым для человека [28].

Актуальные зарубежные исследования в области психологического здоровья предлагают рассматривать проблемы психологического здоровья также с иных ракурсов. В совместной работе Цзянь Ван (J. Wang) и Лиуна Генг (L. Geng) рассматривается влияние социально-экономического статуса на физическое и психологическое здоровье, учеными обсуждается образ жизни как посредник между указанными компонентами здоровья [51]. Некоторые ключевые соображения, которые лежат на пересечении культурного разнообразия и психологического здоровья предлагает к обсуждению Н. Гопалкришнан (N. Gopalkrishnan) [47].

Следует отметить, что в связи с мировой пандемией научный интерес к отдельным аспектам психологического здоровья возрос и в зарубежной научной среде активно обсуждаются новые вызовы современности [48, 49].

Исследования психологического здоровья, его критериев породили научный интерес к ряду других, сопряженных с указанным феноменом, явлений и конструктов. Изучая психологическое здоровье невозможно обойти такое явление как психологическое благополучие. Нередко в теории эти понятия отождествляют, что может говорить в пользу очевидной схожести и родства.

Теоретически оформленным понятие «психологического благополучия» стало благодаря исследованиям Н. Брэдбёрн (Norman M. Bradburn), который понимал под ним состояние счастья и в целом удовлетворение от жизни. Свой вклад в развитие научной мысли о благополучии внес Э. Динер (Ed Diener), которым было сформулировано понятие «субъективного благополучия». Субъективное благополучие представляет собой оценку жизни, положительные или отрицательные эмоции человека на происходящие события [27].

Современные зарубежные психологи предлагают ряд критериев, которые могут служить индикаторами психологического здоровья.

Психологически здоровый человек обладает сильной эмоциональной стабильностью и умеет решать проблемы, обладает гибкостью мышления, способен к адаптации к изменяющейся жизненной среде, а также обладает адекватной самооценкой, ему присуща уверенность в своих способностях. Он контролирует свои эмоции и способен поддерживать конструктивные отношения с окружающими людьми.

Психологически здоровый человек стремится к достижению баланса между своими психологическими потребностями и потребностями окружающей среды. Он понимает, что счастье и удовлетворение могут быть достигнуты только путем компромисса между своими личными целями и интересами и общественными потребностями и ценностями.

1.2 Вопросы психологического здоровья в работах отечественных исследователей

Относительно зарубежной психологии, которая давно занимается разработкой проблем психологического здоровья, рассматриваемый феномен для отечественной психологии является еще достаточно новым направлением.

В научной литературе в числе авторитетных ученых этого направления, предложивших свой концептуальный и обоснованный подход, традиционно указывают Б.С. Братусь. Согласно Б.С. Братусь структура личности состоит из трех уровней, два из которых ученый считал психологическими [6].

Термин «психологическое здоровье» был введен И.В. Дубровиной, которым она обозначает следующую совокупность: психическое здоровье, понимание человеком своих психических и личных особенностей, отношение к этим особенностям, а также социальную адаптацию и самореализацию [12].

Модель психологического здоровья, включающую такие компоненты, как ценность собственного «Я» и других, способность к рефлексии и самопознанию, через призму гармонии и баланса была предложена О.В. Хухлаевой. Примечательно в концепции О.В. Хухлаевой наличие рефлексии, стремление улучшать качество своей жизни [42].

Концепция «индивид-среда» была разработана и предложена В.А. Ананьевым, который выделил три уровня психологического здоровья: креативный, адаптивный и дезадаптивный [1].

По мнению, С.И. Оксанич «психологическое здоровье» является многокомпонентным явлением, формирующим структуру личности. В составе психологического здоровья ученый выделяет три компонента: эмоциональный, когнитивный и поведенческий [25].

Профессор В.И. Слободчиков разработал и предложил теорию развития человеческого в человеке в пределах его индивидуальной жизни, которая

легла в основу гуманитарно-антропологического подхода российской психологии [35].

С точки зрения А.В. Шувалова абсолютизация «индивидуального Я» и поднятие «самости» до ранга верховной ценности является ошибочной. Исследователь утверждает, что индивидуализм отделяет людей друг от друга и заставляет заикливаться на своих личных достижениях. В статье «Антропологические аспекты психологии здоровья» ученый высказывается критически относительно постулатов гуманистического подхода к психическому здоровью, ссылаясь на слова Б.С. Братуся о том, что такой подход лишает нас сакральности и тайны, и К.Н. Леонтьева, который отмечал, что доминирующий индивидуализм портит индивидуальность людей и нации [44].

Антропологическая модель, которую поддерживает А.В. Шувалов, предлагает искать решение проблемы психического здоровья в идеи самоодоления. Самоодоление основано на традиционных моральных принципах, перекликающихся с православной концепцией – любовь к ближнему, альтруизм, самопожертвование и предполагает преодоление эгоизма. «В сравнении с мировоззренческим контекстом гуманистической психологии, сосредоточенной на индивидуальной сущности человека, гуманитарно-антропологический подход представляет собой соотнесение рациональной психологической мысли с отеческой духовной и культурной традицией» [44].

Следует отметить, что отечественная наука не осталась в стороне и российскими учеными активно изучаются проблемы психологического здоровья, получивших рождение в связи с новым явлением пандемией коронавируса [3, 16, 34].

Физическое здоровье с медицинской точки зрения явление понятное и относительно изученное, уровень знаний о котором определяются состоянием технического прогресса. В отношении психологии здоровья говорить об изученности однозначно преждевременно.

Здесь следует сказать о позиции Всемирной организацией здравоохранения, которая связывает состояние здоровья с состоянием благополучия.

Ряд ученых не без оснований, если не отождествляют, то считают, что психологическое здоровье является составной частью психологического благополучия. По мнению А.В. Ворониной психологическое благополучие имеет несколько уровней автономных уровней, одним из которых является психологическое здоровье [8]. В работе А.А. Волочкова и Е.В. Репиной эмпирически доказана взаимосвязь отдельных аспектов психологического здоровья и благополучия [7].

В научных работах рассматривается целый ряд дискуссионных вопросов, связанных с оценкой психологического здоровья.

Обобщив существующие точки зрения и концепции на проблему критериев психологического здоровья, Г.С. Никифоров предложил двадцать семь критериев психологического здоровья. К числу критериев психологического здоровья ученый относит, в том числе, самоконтроль и адекватную самооценку [23].

Данные критерии также рассматривают в качестве составляющих конструкта «отношение к здоровью». В науке этот конструкт относится к числу разрабатываемых, у которого в настоящее время отсутствует сложившаяся дефиниция, единогласно поддерживаемая научным сообществом. Наиболее часто встречаемым подходом к «отношению к здоровью» можно считать такой, который определяет это явление как систему ценностных установок, связывающих личность с обществом.

Исследователь Р.А. Березовская предлагает рассматривать отношение к здоровью как особую систему связей личности с окружающей действительностью, которые могут нести угрозу здоровья этой личности, либо положительно сказываться на нем. Кроме этого, по мнению Р.А. Березовской, отношение к здоровью включает в себя самооценку своего психического и физического здоровья. Следует отметить, позицию

Р.А. Березовской относительно значимости развитости ценностного отношения индивида к своему здоровью как основного фактора профилактики и главную причину саморегуляции в сфере здоровья [4].

Важность отношения человека к своему здоровью и его влияние на жизнь были подчеркнуты и Г.С. Никифоровым. По мнению ученого система персональных связей личности с различными аспектами окружающей реальности может, как способствовать, так и угрожать здоровью, а также определять самой личностью свое физическое и психологическое состояние. В этой связи говорят о самосохранительном поведении. Самосохранительное поведение включает когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий аспекты [23].

Когнитивный аспект связан с пониманием и знанием человеком собственного здоровья, роли здоровья в жизни и наиболее важных факторах, которые могут оказывать воздействие на здоровье.

Эмоциональный аспект включает в себя переживания и чувства, связанные с состоянием здоровья, а мотивационно-поведенческий аспект определяет степень важности здоровья в личной иерархии ценностей, мотивацию для здорового образа жизни и характеристики поведения, когда здоровье находится под угрозой.

Данные подходы позволяют рассматривать психологическое здоровье через призму отношения к здоровью, в частности его когнитивного аспекта, выражающегося в уровне знаний и компетенций в сфере сохранения и поддержания здоровья. Эти выводы подчеркивают важность оценки психологического здоровья и отношения личности к своему здоровью для собственного благополучия и качества жизни.

Обозначая тему исследования, как изучение психологического здоровья отдельной группы населения, в целях выполнения поставленных задач полагаем обоснованным использовать психодиагностические средства указанной направленности.

В настоящее время определение критериев психологического здоровья является проблемой, вызывающей много дискуссий. Критерии психологического здоровья рассматриваются в рамках разрабатываемой научной парадигмы.

Психологическое здоровье является для отечественной психологической науки относительно новым явлением, но и на этом этапе своего изучения учеными отмечается его сложный многокомпонентный характер.

Группа духовных и общечеловеческих компонентов, к которым относятся преодоление эгоизма, приверженность к традиционным нравственным ценностям, дополняют картину с уже признанными критериями психологического здоровья: автономности и самореализации, самоактуализации и положительного отношения к себе. Таким образом, отечественная психология, решая вопрос критериев психологического здоровья, развивает и дополняет существующие в мировой науке воззрения на данную проблему.

В контексте настоящего исследования следует отметить близость понятий «здоровье» и «надежность»: «В том и в другом случае предполагается отсутствие каких-либо значимых нарушений и функционировании организма и составляющих его частей» [23].

Профессиональная надежность – это решение и исполнение человеком поставленных перед ним профессиональных задач за определенный временной промежуток, осуществляемых в согласованных условиях. Очевидно, что качественное и своевременное исполнение трудовых обязанностей невозможно без нормального, т.е. здорового функционирования всего организма.

Как показывают исследования, работники, имеющие проблемы со здоровьем, представляют потенциальную опасность в плане профессиональной надежности [24].

Убедительные цифры сравнительного анализа приводит М.В. Сокольская: «до 50 % отказов в АСУ связано с человеческим фактором; 80 % катастроф в авиации и 64 % аварий на морском флоте по мировой статистике являются результатом ошибок, допущенных в работе летчиками и моряками; 86% проездов запрещающих сигналов на железнодорожном транспорте происходит по вине машинистов». Автор концепции личностного здоровья считает, что оценка состояния здоровья человека невозможна вне связи с конкретной средой его жизнедеятельности, в частности профессиональной. Согласно концепции М.В. Сокольской «личностное здоровье» – «целостная, интегративная, динамическая характеристика личности, которая обусловлена социальной (в противовес асоциальной) субъективной активностью личности и проявляется в субъективном благополучии в рамках своей принадлежности к определенному социокультурному и профессиональному сообществу» [37].

Приведенные точки зрения свидетельствуют о понимании наукой особой актуальности изучения психологического здоровья человека во взрослом периоде его жизни. Однако на современном этапе данную область науки отличает не только многообразие направлений, но методологическая и категориальная неоднозначность, что впрочем, свидетельствует не о ее пороках, а о новизне и востребованности исследований.

Исследование проблемы психологического здоровья в целях обеспечения надежности профессиональной деятельности приобретает особую значимость. Сохранение психологического здоровья является не только приоритетной задачей государства и работодателя, но и, в первую очередь, самого человека, поскольку именно здоровье лежит в основе всех процессов жизнедеятельности, именно здоровье обеспечивает возможность реализации планов, духовного роста, здоровье является залогом активного и позитивного отношения человека к окружающему миру, установления продуктивных взаимно обогащающих контактов участников социума.

1.3 Психологические особенности развития профессионала, осуществляющего деятельность в системе «человек-техника»

Российская демографическая наука и статистика выделяют возрастные группы с позиции их юридического закрепления.

Согласно действующему российскому законодательству к основным социально-демографическим группам населения относятся:

- трудоспособное население – это лица с 16 лет до пенсионного возраста в соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона «О страховых пенсиях»;
- пенсионеры;
- дети до 15 лет [30].

С точки зрения психологии взрослость, как самый продолжительный период онтогенеза, совпадает с этапом трудоспособности.

Над темой взрослости работали многие ученые, каждым из которых были предложены свои гипотезы периодизации [14].

Полагая в основу реализацию самоопределения, Ш. Бюлер выделяет пять фаз развития взрослого человека: с 16 до 20 лет, с 16-20 лет до 25-30 лет, с 25-30 до 45-50 лет, с 45-50 до 65-70 лет, старше 70 лет, при этом первая – предшествует самоопределению, вторая – период проб и поиска: профессии, спутника жизни, третья – пора зрелости, которая характеризуется завершением поиска своего призвания, дела, созданием семьи, четвертая – это фаза стареющего человека, который завершает свою профессиональную деятельность, и заключительная – старость: обращение к прошлому и желание покоя [14].

Следующие семь фаз в жизни взрослого человека выделяет Б. Ливехуд: 21-28 лет, 28-35 лет, 35-42 года, 42-49 лет, 49-56 лет, 56-63 года, 63-70 лет, каждой из которых присущ свой вектор – создание собственного жизненного фундамента, формирование и апробация жизненных, половая зрелость,

профессиональный выбор, маниакально-депрессивный период, принятие собственного заката жизни, мудрость, «вторая молодость» [14].

Согласно теории психосоциального развития Э. Эриксона в жизни человека можно выделяются этапы: 13-19 лет; от 19 до 35-39 лет, от 35-39 до 60 лет, от 60 лет, которые именуются юность, молодость, зрелость – период, когда человек прочно связывает себя с определенным родом занятий, старость [32].

Согласно классификации ВОЗ для взрослых возраст до 44 лет считается молодым, 45-59 – средним, 60-74 – признан пожилым, 75-89 – старческим, люди 90-100 и старше – долгожителями.

Предлагаемая наукой периодизация взрослости носит описательный характер и в самом общем виде позволяет составить представление об этом периоде жизни человека, который в целом может быть описан как сложный, многоплановый процесс развития взрослого человека.

Ученый Б.Г. Ананьев выявил особенности механизмов развития психических функций, имеющих непосредственное отношение к периоду взрослости: с ростом жизненного опыта и профессионализма идет специализация психофизиологических функций, в данном периоде отмечен процесс повышения и стабилизации одних функций при одновременном снижении познавательных функций как память и интеллект, отмечена неравномерность развития уровня достижений человека [20].

В пользу сложности и многоплановости процесса развития взрослого человека также свидетельствуют широко изучаемые психологией возрастные кризисы взрослости.

На наш взгляд, возрастные кризисы являются важной характеристикой этого периода, свидетельствующей его сложности и неоднородности с точки зрения развития личности.

Следует отметить, что в зарубежной литературе периоды возрастных кризисов отмечаются как наиболее значимые для оценки развития в периоде взрослости.

Пики возникновения возрастных кризисов или периоды, на которые выпадают личностные сдвиги весьма условны: обычно к их числу относят возраст 20 лет, 30 лет, 40-45 лет, 55-60 лет и поздний возраст.

Причину кризисов связывают с внутренним стремлением к росту, который сопряжен или запускается рядом внешних факторов таких, как здоровье, материальное положение, социальное положение. Выход из кризиса также зависит от ряда причин, но в первую очередь продолжительность кризиса, тяжесть его течения и способ выхода из него зависят от личности самого человека.

По мнению Л.Д. Кагермазовой, «нормальная зрелая личность – это не личность, лишенная противоречий и трудностей, а личность, способная принимать, осознавать и оценивать эти противоречия, продуктивно их разрешать в соответствии со своими целями и нравственными идеалами, что ведет к новым стадиям, ступеням развития» [14].

В этой связи целесообразно остановится на таком понятии как зрелость. При общей схожести и терминологической сопряженности в использовании на обывательском уровне эти два понятия в науке не являются тождественными.

Существующие точки зрения таких ученых как Э. Эриксона, А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, позволяют говорить о том, что зрелость сопровождает взрослость, зрелость проявляет себя в совершенствовании когнитивных характеристик, правильности реакции на окружающую среду, росте внутренней автономии, принятии ответственности за себя и близких.

Действительно, состояние зрелости большинство людей достигают именно во взрослом возрасте, однако не всякий взрослый может быть назван зрелым человеком. Психологическое здоровье человека в периоде взрослости – это состояние, когда человек адаптирован к преобладающим условиям жизни и умеет справляться с различными психологическими стрессами.

Взрослым и зрелым людям присущи особенности психологического здоровья:

- самостоятельность и независимость, взрослые люди уже установили свой жизненный опыт, имеют свои ценности и убеждения, и также благодаря своей социальной и материальной независимости могут принимать решения самостоятельно;
- способность к самореализации, взрослые люди находят удовлетворение в своих интересах, талантах и достижениях. Имея постоянную работу, они могут реализовывать свои потребности профессионального роста и развития;
- умение контролировать свои эмоции, взрослые люди могут контролировать свои эмоции, реагируя на различные ситуации спокойствием и объективностью. Это улучшает их отношения с окружающими людьми.
- готовность к поддержке и помощи, взрослые люди более склонны к эмпатии и заботе о других, знают, как поддержать других людей в трудных жизненных ситуациях.
- постоянный процесс самосовершенствования, взрослые люди всегда стремятся к повышению своего уровня жизненной практики. Они часто стремятся обучаться, совершенствоваться, становиться мудрее и опытнее.

В целом, психологическое здоровье взрослых людей связано с тем, как они учитывают свои ценности, потребности, чувства и желания, и соответственно адаптируются к возможностям и ограничениям, которые присутствуют в их жизни.

Следующий аспект взрослости – это существенные изменения в социальной сфере относительно периода детства и юности. Период взрослости это начало трудовой деятельности, создание своей семьи и личная автономия, сепарация от семьи родителей, в том числе материальная, обусловленная наличием профессии.

Известный демограф Б.Ц. Урланис провел классификацию возрастной структуры населения, исходя из того, в какой возрастной группе индивиды

могут вносить наибольший вклад в общественно полезный труд. Эта классификация включает в себя три периода: дорабочий, рабочий и послерабочий периоды.

В дорабочий период входят дети до 15 лет, включая ясельный возраст (до 3-х лет), детсадовский возраст (3-6 лет) и школьный возраст (7-15 лет). В этом периоде их основная задача заключается в получении образования и развитии.

Рабочий период начинается с 16 лет и длится до 59 лет. Он подразделяется на три возрастные группы: юность (16-24 года), зрелость (25-44 года) и поздняя зрелость (45-59 лет). В этом периоде люди находятся в активной трудовой деятельности и могут вносить свой вклад в различные сферы жизни общества.

Послерабочий период начинается с 55 лет и длится до конца жизни. Он включает пожилых людей (55-64 года), старых (65-74 года), очень старых (75-85 лет) и престарелых (85 и более лет). Люди в этой группе уже вышли на пенсию и могут продолжать вносить свой вклад в общественную жизнь, например, занимаясь волонтерской деятельностью, сохраняя и передавая свой опыт и знания молодым поколениям и ведя активный образ жизни.

Классификация Б.Ц. Урланиса позволяет более точно оценить возрастную структуру населения и учитывать особенности работы и трудовой деятельности каждой возрастной группы [40].

Ребенок осознает и переживает учение как свою собственную трудовую обязанность, входящую в повседневную трудовую деятельность его окружения [5]. В периоде взрослости труд поглощает значительную часть жизни, по сути, являясь ее источником [13].

Конкретные психологические признаки труда сформулированы Е.А. Климовым. К их числу ученый относит понимание социальной значимости труда и его продукта, осознание обязательности этого труда, владение трудовыми навыками, понимание межличностных профессиональных отношений на производстве [17].

В литературе дискуссионным является вопрос соотношения понятий профессия, специальность, квалификация и должность.

В своей работе Н.С. Пряжников предлагает рассматривать указанные категории следующим образом: группу схожих или родственных специальностей объединять под категорией «профессия». Например, варианты медицинских специальностей: окулист, терапевт, педиатр и пр. объединены в одну профессию – врач. Показатель или уровень профессионального мастерства именовать квалификацией, а должность, в самом общем виде, рассматривать как понятие, подразумевающее под собой и разновидность руководящей работы, и уровень квалификации, и любую фиксированную работу [31].

Свое видение понятия «профессия» предложил Е.А. Климов. Он указывает, что профессия представляет собой следующее: «1 – область приложения сил человека (как субъекта труда); 2 – общность людей – профессионалов; 3 – подготовленность человека, позволяющая выполнять определенную работу; 4 – деятельность, сам процесс реализации трудовых функций» [17].

Определение «профессии» как области приложения совокупности сил человека с возможностью получать взамен средства к существованию является на сегодняшний день самым востребованным и принимаемым в науке и практике.

Иначе расставляя акценты, профессию определяют как регламентированный юридическими, социальными и техническими нормами род занятий, который реализуется в трудовой деятельности и независим от воли исполнителя [13].

Многообразность трудовой деятельности порождает многообразие классификации в зависимости от присущих ей характерных признаков.

В зависимости от характера нагрузки субъекта труда, степени физических усилий, прилагаемых для достижения результата, традиционно выделяют физический и умственный труд. Также выделяют труд статический

и динамический; монотонный и разнообразный; труд в стандартных комфортных условиях и труд в неблагоприятных или экстремальных условиях; труд в условиях регламента и при свободном распорядке; совместный или индивидуальный труд.

Автор концепции единства теории личности и выбора ею профессии Дж. Холанд, полагал, что успех в профессии обусловлен совокупностью интересов, установок личности, ее мотивами и ценностной ориентацией. Ученый выделяет типы личности в зависимости от профессиональной ориентации: предпринимательский и художественный, реалистичный и интеллектуальный, социальный и конвенциональный. Главный вывод по концепции Дж. Холланда заключается в том, что тип личности должен соответствовать типу профессиональной среды, именно это соответствие и обеспечивает удовлетворенность трудом [18].

Отечественная наука в лице Е.А. Климова предлагает психологическую квалификацию профессий, которая получила широкое распространение в среде специалистов в науке и практике. Согласно классификации Е.А. Климова в основу положена совокупность следующих элементов: предмет труда, цели труда, средства труда и профессиональную среду.

Рассматриваемая классификация состоит из пяти групп: профессии типа «человек-человек», «человек-техника и неживая природа», «человек-знаковая система», «человек-живая природа» и «человек-художественный образ».

В научной литературе психологическое здоровье в разрезе профессий или вида деятельности изучается довольно активно, однако наиболее часто встречающимися субъектами исследования выступают школьники, студенты, педагоги.

Рабочие профессии к системе «человек-техника» Е.А. Климов относит гностическим профессиям и профессиям ручного и машинного труда [17].

Интерес настоящего исследования сосредоточен на профессии типа «человек-техника».

Рабочие профессии, в которой заняты респонденты исследуемой выборки, исходя из объекта труда относятся к системе «человек-техника», по признаку цели включены в группу гностических профессий, по признаку основных средств являются профессиями ручного и машинного труда.

Профессии типа «человек-техника» имеют свои особенности, так как техника существенно влияет на профессиональную деятельность. Люди, занятые такими профессиями, работают с неживыми объектами труда, следовательно, работы включает материальную ответственность и требования технической безопасности. Рабочий должен контролировать не только свои действия, но и состояние техники, которое влияет на результат работы. Работникам, занятым в таких профессиях, необходимы сдержанность и устойчивость, способность контролировать свои эмоции, а также повышенное чувство ответственности.

Таким образом, к представителям рассматриваемой группы профессий предъявляется ряд требований, обусловленных характером труда: повышенные требования к вниманию, распределению и переключению, а также собранность, сосредоточенность, осторожность и решительность, а также способность и желание к совершенствованию навыков, умений и знаний.

Каждой профессиональной деятельности присущи определенные условия труда.

Профессия «человек-техника» имеет ряд особенностей, обусловленной характером и условиями труда. Люди, занятые профессией типа «человек-техника», работают с техническими, неживыми объектами труда (станки, оборудование, машины). Следовательно, данный труд обременен материальной ответственностью (например, рабочая сохранность оборудования) и сопряжен с повышенными требованиями технической безопасности (индивидуальной и коллективной). Кроме этого, рабочий в ходе своей деятельности должен контролировать не только свои действия, но

и состояние техники, состояние которой, помимо его уровня профессионализма, также существенно влияет на результат его работы.

Соответственно, это держит нервно-психическое напряжение и психологическое состояние работника на уровне выше нормального, допустимого в обычной бытовой обстановке: человек испытывает страх порчи дорогостоящего оборудования, во избежание возникновения аварии его концентрация и внимание повышены, некачественность оборудования вызывает раздражительность и нежелание работать.

В связи с чем, можно утверждать, что работникам, занятым в таких профессиях необходимы сдержанность, устойчивость, способность контролировать свои эмоции и должно быть присуще повышенное чувство ответственности.

Рабочие профессии предъявляют высокие требования к физической выносливости, концентрации внимания и умственной работоспособности. Поэтому, психологические особенности людей рабочих профессий обычно связаны с этими особенностями. Такие люди обладают высокой стойкостью к стрессу и умеют быстро переключаться между разными видами работы. Они склонны к тому, чтобы видеть цель в каждом задании и находить эффективные способы ее достижения. Также рабочие профессии требуют соблюдения техники безопасности и выполнения заданий в соответствии с инструкциями, поэтому люди, работающие в таких профессиях, обычно более ответственные и дисциплинированы.

Однако рабочие профессии могут быть сопряжены с определенными рисками (например, при работе с тяжелым оборудованием или в условиях высокой температуры), поэтому люди, занимающиеся такой работой, должны быть готовы к тому, что в любой момент может произойти непредвиденная ситуация. Также, работа в таких профессиях может связана с повышенным уровнем усталости, что требует от людей настойчивости и умения эффективно распределять свои силы.

Суммируя вышеизложенное, можно сказать, что психологические особенности людей рабочих профессий включают высокую работоспособность, сдержанность, уверенность, стойкость к стрессу, способность быстро переключаться, ответственность, дисциплинированность, решительность, готовность к риску и умение эффективно распределять свои силы.

Выборка характеризуется следующим:

- респонденты указанной выборки принадлежат одной возрастной группе, именуемом периодом взрослости, которому сопутствуют физиологические процессы, свойственные старению;
- период взрослости сопряжен с этапом прохождения возрастных кризисов;
- период взрослости в социальном плане предполагает решение человеком непростых продолжительных по времени ролевых задач (семья, карьера, забота о старших);
- респонденты выборки осуществляют свой ведущий вид деятельности в особых условиях, объясняемых характером труда в системе профессий «человек-техника» (физическое и моральное напряжение, самоконтроль, повышенный градус ответственности, скорость принятия решений, готовность к риску).

Из обзора научной литературы можно сделать вывод, что феномен «здоровье» всегда находился в центре внимания человечества. На протяжении всей истории человеческой цивилизации вместе с представлениями о себе и мире менялось представление о здоровье.

Изучение сложившихся научных подходов свидетельствует том, что здоровье – это сложный, многоаспектный феномен, которому присущи проявления в зависимости уровня: биологическом, психическом, социальном.

Несмотря на множество различных научных взглядов на понятие «здоровье», наблюдается тенденция к выделению в его составе или

рассмотрению в качестве неотъемлемого компонента это целостного понятия такого явления как психологическое здоровье. Именно психологическое здоровье наряду с функционирующими биологическими процессами обеспечивает индивиду возможность изучать картину внешнего мира через призму своего – внутреннего и возможность самореализоваться в социуме.

Современная наука в зависимости от научной парадигмы, в свете которой изучается рассматриваемый феномен, предлагает целый спектр критериев, позволяющих определить уровень психологического здоровья, наличие у него тех или иных особенностей.

По ряду параметров, очевидно свидетельствующих в пользу схожести двух конструктов, в теории допускается замена или отождествление понятия психологическое здоровье и благополучие.

К числу критериев психологического здоровья относят совладение с негативными эмоциями, отсутствие негативных установок в отношении с другими людьми, вера в свои силы, в возможность реализации своих планов, уверенность в себе и вера в возможность реализации собственных планов, адекватная реакция на внешний раздражитель.

Перечисленные критерии психологического здоровья рассматриваются отдельными учеными как элементы психологического благополучия.

Анализ научных воззрений позволяет говорить о том, что традиционно к числу критериев психологического здоровья относят способность к саморегулированию и самоконтролю, которые, в свою очередь, рассматриваются учеными во взаимосвязи с другим психологическим конструктом – отношением к здоровью.

Таким образом, с точки зрения науки психологическому здоровью присущ сложный многокомпонентный характер и тесная связь с другими конструктами психологии здоровья.

Изучение психологического здоровья человека, занятого трудом должно учитывать особенности, свойственные такой группе людей.

Во-первых, к числу таких особенностей следует отнести возраст человека. Каждый возраст сопровождаются характерные физиологические изменения и изменения психологического характера. Периоду взрослости свойственно прохождение череды возрастных кризисов. Социальная сфера предполагает решение человеком задач по созданию семьи.

Во-вторых, поскольку ведущим видом деятельности периода взрослости является трудовая деятельность, то занятость определенным видом труда предъявляет определенные требования к индивиду и поддерживает развитие и сохранение в нем определенных психологических и физических свойств.

Психологическое здоровье людей рабочих профессий как фактор, обеспечивающий надежность и качество выполняемых профессиональных задач, требует повышенного внимания.

Поскольку численность трудоспособного населения значительна, то изучение психологического здоровья актуально с социальной и с экономической позиций.

Глава 2 Эмпирическое исследование психологического здоровья

2.1 Организация эксперимента и методы исследования

В сфере научной учебной литературы социально-психологическое исследование представляет собой структуру, состоящую из трех уровней: эмпирического, теоретического и методологического [2].

Исследователь О.А. Артемьева справедливо указывает на значительное место, занимаемое эмпирическим уровнем в этой структуре. Он представляет собой получение первоначальных данных о социально-психологических фактах в рамках теоретической концепции, причем работа идет параллельно на теоретическом уровне. Теоретический уровень предполагает создание модели или концепции, которая подлежит проверке на эмпирическом уровне. Несмотря на то, что по объемам эмпирический уровень превосходит теоретический и методологический, он, тем не менее, определяется содержанием этих двух уровней [2].

Таким образом, становится очевидной необходимость разработки проверяемых гипотез на теоретическом уровне и методологической системности исследования. Прикладные и теоретические задачи психологии здоровья подлежат разрешению с применением современных психодиагностических средств.

Арсенал методик, используемых в научной и практической работе психолога очень разнообразен. В целях полноты представления о респонденте и исследуемой выборке, самые первые, дающие возможность прогнозировать ход дальнейшего исследования и вносить коррективы в проверяемую гипотезу, методики, используемые на первых этапах эмпирического исследования, это беседа и наблюдение.

Проведение беседы в доверительной обстановке с установлением комфортного личного контакта с респондентом позволяет получить первую исследовательскую информацию, а в целях психологического

консультирования позволяет сориентироваться и выбрать необходимый в дальнейшем инструментарий для работы с клиентом.

В ходе настоящего исследования проведению опросов предшествовали беседы с респондентами, как указывал Б.В. Кулагин, с целью установления индивидуальных особенностей членов выборки [19].

Как показывает практика беседа это лишь начало исследовательского пути, поскольку прогностичность беседы низка из-за недостаточной надёжности и валидности, а потому ее результаты должны быть подкреплены другими видами диагностики [2].

Беседе должна предшествовать серьезная подготовительная работа, в идеале должна быть исследована среда, окружение, личные аспекты респондента, поскольку качество результата, эффективность беседы будет зависеть не только от опыта и профессионализма специалиста, но от его компетентности в сфере деятельности респондента.

Помимо указанных особенностей беседы в числе факторов влияющих на результаты данных, полученных в ходе беседы, указывают на тенденциозность оценки, предвзятость эксперта, которые обусловлены эффектом схожести личных отношений.

Все указанное в совокупности влияет на достоверность и ценность результатов беседы.

Таким образом, базовому инструменту психолога – беседе должна предшествовать серьезная подготовительная работа: изучение среды (характер деятельности, структура предприятия, особенности трудового коллектива), определение цели беседы, разработка плана беседы.

Следующим методом исследования, использованным в ходе исследования, было наблюдение. Наблюдение как метод, дает возможность изучить респондента в естественных для него условиях или в условиях эксперимента.

По мнению Т.В. Чапала, в работе следует использовать схему, которая предполагает детальное описание события, предшествующее проблемной

ситуации, последующее изложение самой проблемы и рассмотрение ее последствий с учетом их значимости для клиента, при использовании метода наблюдения [43].

В наблюдении, также как и в беседе, значима фигура самого наблюдателя – его опыт, профессионализм, осведомленность прохождения естественных условий, правильно выстроенный эксперимент, все в конечном итоге влияет на полноту и качество данных исследования.

Профессионал с помощью названного психодиагностического метода может увидеть особенности психики, поведения, взаимодействия с другими людьми, что может стать отправной точкой в выборе последующих методов исследования [43].

Однако не стоит забывать о том, что в случае значимости фигуры исследователя, велика вероятность присутствия его необъективности, субъективизма, невозможность повторения условий наблюдения в подавляющем большинстве. Следовательно, не умаляя значимости беседы и наблюдения в качестве базовых опорных методов исследования, полная картина по респонденту или выборке может быть составлена только по итогам комплексного исследования, с применением совокупности различных методов.

Поскольку основной целью исследования является изучение психологического здоровья рабочих, то исследование, анализ и интерпретация полученных результатов проведены на предмет изучения состояния общего здоровья, психологического комфорта, эмоциональной устойчивости и в целом проявлений психологического благополучия объектов исследования.

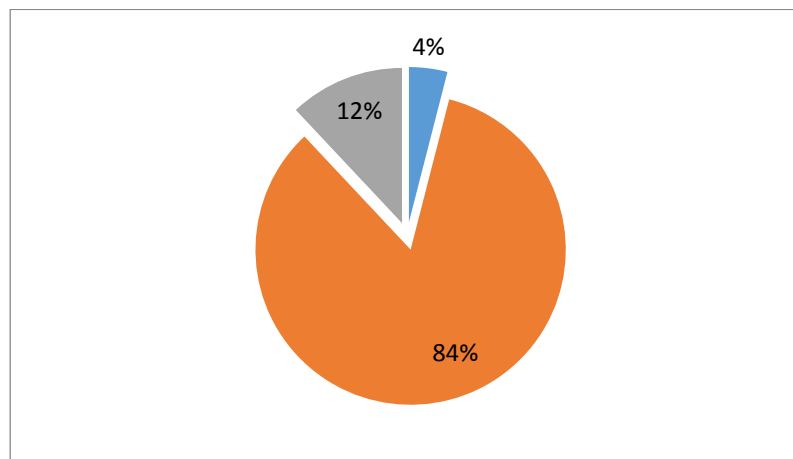
В качестве социально-психологической характеристики выборки использована анкета с вопросами о возрасте респондентов, половой принадлежности, образовании (высшее, средне-техническое, не имеется), месте рождения (сельская местность или городская), профессия (токарь, слесарь, оператор), отношение к профессии (удовлетворен выбором, не

удовлетворен), трудовые перспективы (намерен повышать уровень квалификации или нет), стаж работ (менее 2-х лет, 2-5 лет работы, свыше 10 лет), семейное положение, материальное положение (удовлетворительное/неудовлетворительное), хобби (есть, нет, какое), наличие детей, занятие спортом (физическими упражнениями) (да, нет, как регулярно), отношение к спиртным напиткам (пью редко, пью часто, не пью), хронические заболевания (да, нет) (Приложение А).

Задача – психодиагностическое исследование в период рабочего времени сотрудников ООО «ПНХМ», занятых непосредственно в производственном цикле в цехе № 1.

В исследовании приняли участие 50 человек, из них 43 мужчины и 7 женщин.

Из 50 человек, принявших участие в исследовании: с высшим техническим образованием – 2 человека, без образования (средняя школа) – 6 человек, 42 человека со средне-техническим образованием, соотношение указанных категорий показано на рисунке 1.



Обозначения: синий цвет – лица с высшим образованием, серый цвет – лица без образования, красный цвет – лица со средне - техническим образованием

Рисунок 1 – Образовательный уровень респондентов

Из 50 человек, принявших участие в исследовании, максимальный возраст составил 53 года, самому младшему – 25 лет.

В ходе исследования были использованы:

- Мини-СМИЛ Л.Н. Собчик;
- «Опросник общего здоровья» Д. Голдберга;
- опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

Как указывает Г.С. Никифоров, оценка индивидуумом своего психического и физического состояния входит в качестве важнейшего элемента в конструкт «отношение к здоровью». Отношение к здоровью рассматривается им как система избирательных связей личности, связывающей ее с окружающей действительностью [23].

Изучение психологического здоровья людей рабочих профессий невозможно без исследования вопроса оценки рабочим своего здоровья, уровня знаний и компетенций в рассматриваемой сфере.

Предполагаем, что оценка здоровья, уровень знаний о нем и знаний в области поддержания здоровья находятся в прямой связи с психологическим здоровьем личности, которое в свою очередь, обеспечивает состояние психологического благополучия личности.

Поэтому, следующей методикой, после беседы и наблюдения полагаем целесообразным использовать в целях исследования усовершенствованную модель Миннесотского многоаспектного личностного опросника автора Л.Н. Собчик [36].

Как поясняет сам автор методики, она дает возможность составить портрет личности. «Ведущая тенденция – это дефиниция, обозначающая основную вертикаль древа личности, которая включает в себя врожденные, генетически переданные психофизиологические особенности в качестве индивидуально-личностной predisposition» [36].

Разработанная Л.Н. Собчик психодиагностическая методика позволяет детально описать ту или иную личностную тенденцию.

Предложенная Л.Н. Собчик теория личности, именуемая теорией ведущих тенденций, основана на парадигме П.К. Анохина о преемственности уровней любой сложной системы, когда каждый нижележащий уровень содержит в себе зачатки последующего уровня.

Мини-СМИЛ представляет собой систему шкал, которые нацелены на оценку психологического здоровья человека. Исходя из целей настоящего исследования, данная методика позволит изучить психологическое здоровье рабочих через ее составляющие: самооценка, саморегулирование, самоконтроль, реакции на раздражители, отношения в социуме, личный настрой по показателям шкал «Сверхконтроль», «Импульсивность», «Эмоциональная лабильность», «Индивидуалистичность», «Оптимистичность», «Тревожность».

В целом, Мини-СМИЛ является надежным инструментом для оценки психологического здоровья и помогает выявить сильные и слабые стороны личности, что может быть весьма полезно для создания индивидуальной программы лечения и поддержки здоровья.

Согласно нормам, введенным Л.Н. Собчик, 3 балла и менее по каждой шкале означает отсутствие отклонений от нормы.

В ходе нашего исследования Мини-СМИЛ был проведен вручную, с респондентами была проведена разъяснительная беседа, зачитана инструкция, розданы бланки и вопросы теста.

Поскольку интерпретация теста представляет собой затратный по времени процесс и не исключает в связи со значительным количеством материала технических ошибок в подсчете и переводе сырых баллов с применением специальных индексов в анализируемые значения, то было принято решение воспользоваться онлайн-тестом путем последовательного внесения данных всех респондентов [38].

В своей монографии «Стандартизированное многофакторное исследование личности СМИЛ (MMPI)» Л.Н. Собчик относительно интерпретации данных указала на важность «всей имеющейся об

испытуемом информации» в отношении каждого респондента. Для адекватного представления об испытуемом не мешает взглянуть на него самого, «слепая» интерпретация может использоваться лишь в исследовательских целях, когда проверяется надежность методики, а также при крупномасштабных обследованиях» [36].

Поскольку целью настоящего исследования является изучение отдельных аспектов психологического здоровья группы лиц, занятых профессией типа «человек-техника», с учетом разъяснений разработчика примененной методики обследования, полагаем допустимым использование «слепой» интерпретации.

Вторым психодиагностическим средством, использованным в исследовании, был «Опросник общего здоровья» Д. Голдберга [46].

Опросник Д. Голдберга является методом индивидуальной психологической диагностики, который направлен на оценку различных характеристик личности человека. Оценка ответов позволяет выявить пять основных личностных черт: экстраверсия, невротизм, сознательность, доброжелательность и открытость новым опытам. Этот опросник имеет высокую ценность для психологических исследований благодаря своей широкой распространенности, нормативным данным и показателям достоверности и валидности. Он часто используется в исследованиях личности и психических расстройств, а также в клинической практике для оценки эффективности терапии и прогнозирования исходов. Главная задача данной методики определить у респондента состояние психологического благополучия и эмоциональной стабильности или отсутствие такового. Опросник максимально прост в применении и интерпретации: состоит из двенадцати вопросов, ответы на которые даются в форме «безусловного» да и нет, и в форме «пожалуй» да и «пожалуй» нет, за каждый из ответов в соответствии с предложенной градацией присваивается от 1 до 4 баллов.

В настоящем исследовании применен «Опросник общего здоровья» Д. Голдберга, изложенный в учебном пособии Г.С. Никифорова по М. Аргайлу [23].

Согласно предложенному варианту методики, утвердительные ответы дают высокие баллы, характеризую состояние респондента как нахождение в зоне психического дискомфорта, эмоциональной неустойчивости, отрицательные ответы (обратная оценка) свидетельствуют о психологическом благополучии.

В зарубежной научной литературе отмечается, что «Опросник общего состояния здоровья» (GHQ) используется для оценки текущего психического здоровья, и с момента его разработки Д. Голдбергом в 1970-х годах он широко применяется в разных условиях и в разных культурах [50]. Несмотря на кажущуюся простоту (GHQ) популярен в мировой психодиагностической практике как единая мера скрининга психологических проблем [52].

В статье сотрудников Иранского научно-исследовательского института медицинских наук со ссылкой на работы японских коллег отмечено, что недавние результаты японского исследования показали, что GHQ -12 можно использовать в качестве внутренне надежной и однородной шкалы, которая в основном учитывает факторы психологического стресса и социальной дисфункции [50].

В целом, как отмечают иранские ученые, GHQ -12 из 12 пунктов является надежным и действенным инструментом для измерения незначительных психологических расстройств у молодых людей и имеет хорошую факторную структуру.

Мировой опыт применения данной методики свидетельствует в пользу правильности выбора данного теста с целью определения психологического благополучия в нашем исследовании.

Психодиагностическим средством, использованным в ходе исследования, был опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской [23].

Опросник Р.А. Березовской «Отношение к здоровью» имеет практическую значимость в различных областях.

В медицинском смысле, опросник может быть полезным для оценки пациентов и нахождения причин поведенческих факторов, влияющих на здоровье.

В образовательной области, опросник может использоваться для оценки знаний и компетенций, связанных со здоровьем, и для разработки программ для улучшения здоровья.

В исследовательской области, опросник может помочь в изучении отношения людей к здоровью в разных группах населения, для разработки и последующего анализа социальных программ лечения и профилактики заболеваний.

Также опросник может быть полезным для оценки эффективности программ улучшения здоровья, для сравнения различных стратегий лечения и профилактики заболеваний, а также для оценки качества жизни пациентов.

Автор методики в качестве базовой теоретической концепции предлагает рассматривать концепцию «психологии отношений» [4].

Как утверждал В.Н. Мясищев, психические отношения являются внутренней стороной «...связи человека с действительностью, содержательно характеризующей личность как активного субъекта с его избирательным характером внутренних переживаний и внешних действий, направленных на различные стороны объективной действительности» [22].

По мнению Р.А. Березовской, теоретический конструкт «отношение к здоровью» структурно состоит из трех компонентов, которые впоследствии были положены в матрицу методики «Отношение к здоровью».

К их числу Р.А. Березовская относит следующие компоненты: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Первый представляет собой весь багаж знаний человека о здоровье, второй – чувства и переживания по поводу своего здоровья, а третий – непосредственно поведение, что делает и чего не делает человек в целях заботы о своем здоровье. Р.А. Березовская

особо отмечает, что важность понимания отношения к здоровью, как целостного и нерасчленимого явления [4].

Как психодиагностическая дефиниция «отношение к здоровью» включает установки личности, ценностно-мотивационного значения, которые связывают её с обществом.

На наш взгляд, поскольку отношение к здоровью обладает всеми характеристиками, присущими психическому отношению личности к окружающей действительности и к самому себе, то данный инструмент можно использовать в целях исследования психологического здоровья.

Структура опросника включает в себя систему соответствующих компонентов-шкал (или блоков вопросов). Результаты теста обработаны вручную.

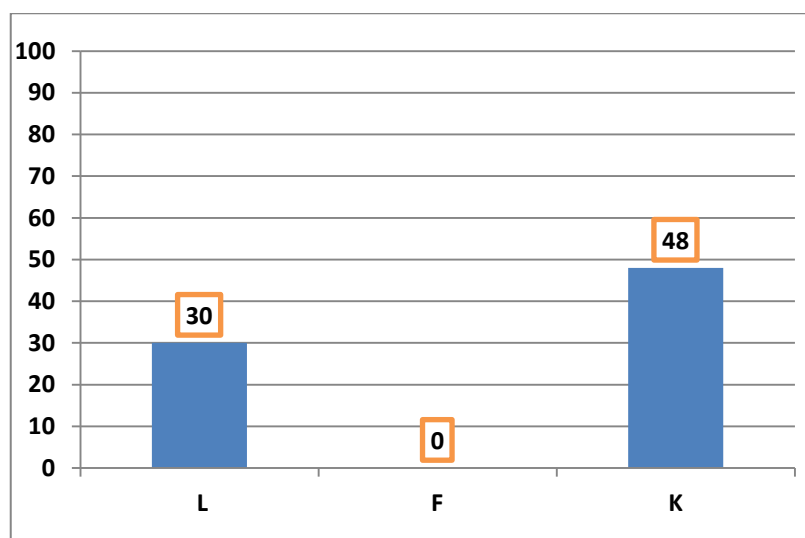
В специальной литературе отмечается, что опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской широко используется как в рутинной психодиагностической практике, так и в научных исследованиях.

2.2 Результаты исследования. Анализ и интерпретация экспериментальных данных

В опросе приняло участие 50 человек ООО «ПНХМ».

Шкалы достоверности с удовлетворительным результатом, который свидетельствует о надежности заявленных респондентами сведений, прошли только 21 человек.

Результаты прохождения шкал достоверности всеми респондентами в процентном соотношении изображены на рисунке 2.



Шкалы: достоверности L – ложь, F – достоверность, K – коррекция, цифра в рамке – процент анкет с ответами выше порога достоверности

Рисунок 2 – Результаты шкал достоверности по опроснику Мини-СМИЛ

Согласно онлайн-версии теста показатели шкалы L сформулированы следующим образом: «ответы даны неискренно».

Высокие показатели по шкале L свидетельствуют о желании выставить себя в лучшем свете, показать лучше, чем есть на самом деле.

В ходе настоящего исследования в качестве объяснения ситуации высоких показателей по шкале следует указать на опасения респондентов не соответствовать требованиям и ожиданиям администрации предприятия и, как следствие, риск потерять работу.

Повышенные показатели по шкале K свидетельствуют о механизме защиты от вмешательства или вторжения во внутренний мир респондента. Если показатели высокие, то речь идет об отсутствии желания искренне рассказывать о себе. В случае умеренно повышенных показателей по шкале K говорят о защитной реакции человека на попытку вторжения в мир его сокровенных переживаний. Высокие показатели по рассматриваемой шкале свидетельство наличия защитных реакций по типу вытеснения, отсутствие желания откровенно рассказать о себе и демонстрация своей социабельности, стремления произвести приятное впечатление.

Согласно онлайн-версии теста показатели шкалы К сформулированы следующим образом: «испытуемый неоткровенен».

При этом, в ходе обследования, не выявлено высоких показателей по шкале F, что позволяет сделать вывод об отсутствии взволнованности в момент обследования, которая могла бы повлиять на правильность понимания представленных утверждений, отсутствие небрежности в заполнении бланков, драматизации, переутомления, болезненного состояния.

Из 21 одного респондента, чьи результаты прошли порог достоверности, только один респондент продемонстрировал показатели в пределах рекомендуемой нормы по всем шкалам.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что 95 % человек из выборки демонстрируют высокие значения со значительным отрывом в 2-3 раза по шкалам сильного регистра: «Ригидность», «Импульсивность», «Интроверсия» и шкале слабого регистра «Оптимистичность».

Шкала «Ригидность» свидетельствует о трезвости ума, упрямстве, настойчивости. Возможна негибкость суждений, консерватизм, допускающих в своем поведении агрессию при стрессе.

Высокие показатели по шкале «Импульсивность» свидетельствует об активной жизненной позиции респондента, социальной, исследовательской и познавательской активности. Как правило, такие люди настроены на достижения в интересующей их области жизни и деятельности. В стрессовой ситуации им свойственна решительность, присуща способность действовать, вплоть до проявлений мужества.

Автор методики, также отмечает, что высокие показатели по этой шкале могут говорить о наличии зависимости мировоззрения респондента от его окружения. На наш взгляд, кроме характеристики психологического здоровья исследуемой группы, это имеет значение на этапе реализации коррекционных программ. Выявленная особенность предполагает включение в коррекционную программу не только индивидуальных форм работы, а в

обязательном порядке и групповые формы взаимодействия. Высокие показатели по указанным шкалам также свидетельствуют о склонности респондентов опираться на свой жизненный опыт, на свое собственное мнение, пусть иногда и основанном временном порыве.

Шкала «Интроверсия» несколько смягчает приведенные мощные черты порывов и активности. Шкала показывает слабость, безынициативность личностной позиции и заинтересованность внутренним миром личных переживаний.

Шкала «Оптимистичность» отражает устойчивую у респондента веру, надежду в лучшее, любовь ко всем проявлениям жизни, веру в свои силы, заряженность на достижение целей, положительную и высокую самооценку, однако этот набор характеризует подвижность активность в сфере моторики и вербального общения, нежели установку на совершение конкретных дел. В случае высоких показателей говорят об отсутствии желания человека погружаться в сложные проблемы, обесценивании сложно достижимого результата, ухода от трудностей любого рода.

Обобщая полученные данные, можно говорить о преобладании в исследуемой группе тенденций жизнелюбия, активной жизненной позиции, веры в свои силы, в затруднительных жизненных ситуациях склонности опираться на собственные силы, убежденность в свое правоте.

Результаты по тесту Мини-СМИЛ указывают на возможность реализации психологических установок, обеспечивающих в перспективе поддержание здоровья, как на физическом, так на психологических уровнях, но при грамотном проведении коррекционных программ, учитывающих особенности психологического здоровья респондентов.

Исследуемая группа также приняла участие в опросе по методике «Опросник общего здоровья» Д. Голдберга.

Указанная методика применена с целью определения у испытуемых состояния психологического комфорта или дискомфорта.

Психологическое благополучие с гедонистической и эвдемонической точек зрения предполагает, с одной стороны, состояние психологического комфорта и с другой – активность личности, стремление к саморазвитию и раскрытию своих возможностей.

Полученные в ходе теста результаты свидетельствуют о том, что 92 % испытуемых находятся в зоне психологического благополучия и общего здоровья, а состояние 8 % испытуемых, что составляет 44 человека, можно характеризовать как состояние эмоциональной неустойчивости, психологического дискомфорта.

Изучив данные, полученные с помощью «Опросника общего здоровья» Д. Голдберга, можно констатировать, что изучаемой группе индивидов в подавляющем большинстве присуща состояние психологического комфорта, а членов этой группы отличает активность личности, стремление к саморазвитию и к раскрытию своих возможностей.

Следующим психодиагностическим инструментом, использованным в исследовании, является опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

Адекватность отношения к собственному здоровью рассматривается через совокупность показателей, а именно: осведомленность о состоянии здоровья, адекватность действий, направленных на его сохранение и поддержание современным представлениям о здоровом образе жизни, степень тревожности, а также положение здоровья в системе терминальных и инструментальных ценностей человека. Перечисленные критерии образуют четыре блока – когнитивный, поведенческий, эмоциональный, ценностно-мотивационный [23].

Первый блок состоит из трёх вопросов.

Первый вопрос этого блока призван ответить на вопрос индивидуального понимания каждым испытуемым самого понятия, что подразумевает каждый из респондентов под данным понятием, какие признаки, черты, критерии объясняют и сопутствуют этому состоянию.

Опрос показал, что «здоровье» как ценностная категория в подавляющем большинстве респондентов, что составило 22 человека, понимается как «традиционный набор» здорового образа жизни – питание, активный отдых, спорт, режим дня. Следующим по частоте ответов, является ответ 11 человек о понимании «здоровья» как состояния без вредных привычек, без алкоголя и курения.

Затруднись дать описание здоровью 11 человек.

Для 7 человек здоровье представляет состояние спокойствия, хорошего настроения, ассоциируется с состоянием счастливой жизни.

В ходе опроса также получено 4 ответа, которые представляют различные варианты понимания рассматриваемой категории без возможности их группировки по общему признаку: наличие хобби, смена страны, отсутствие болезни и «не делать то, что вредно».

Таким образом, понимание здоровья у респондентов в большинстве случаев сводится к биологическому состоянию «неболезни». Психологическая составляющая, заключающееся в душевном спокойствии, психологическом комфорте, позитивном настрое, возможности самореализации, видимо не так очевидна, в силу чего эти маркеры психологического здоровья не фигурируют в ответах большинства опрошенных.

Второй вопрос направлен на выявление факторов, которые, по мнению респондентов, влияют на состояние здоровья.

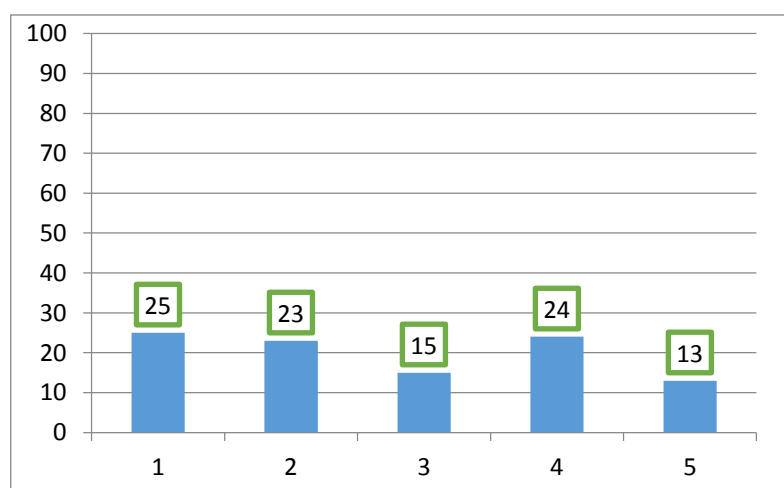
Традиционно перечень таких вопросов включает в себя отношение к медицине, к экологической обстановке, к работе, наличие личных привычек в питании, образе жизни.

Ранжирование ответов показало, что на первом месте среди факторов, влияющих на здоровье, находятся вредные привычки и далее по степени убывания значимости: недостаточная забота о себе, не правильный образ жизни, экологическая обстановка, особенности питания, профессиональная деятельность, качество медицинского обслуживания.

Результаты настоящего исследования не вступают в противоречие со данными, полученными в результате масштабных исследований общественного мнения, предлагаемых широкому вниманию Всероссийским центром изучения общественного мнения. Согласно его исследованиям ключевыми факторами, влияющими на состояние здоровья наших граждан, является качество продуктов питания, что составляет 44 %, на втором месте экологическая обстановка, что составляет 43 % [11].

Данные, полученные в ходе настоящего исследования, свидетельствуют о том, что испытуемым известно о влиянии вредных привычек на состояние здоровья. Им не свойственно перекладывать ответственность за состояние своего здоровья на внешние факторы. Респондентам известна практическая ценность здорового образа жизни.

Третий вопрос блока направлен на выяснение источников осведомленности и знаний респондентов в области здоровья, образа жизни. Результаты теста по этому вопросу представлены на рисунке 3.



Обозначения: 1 – телевидение, 2 – врачи, 3– газеты и журналы, 4 – друзья и знакомые, 5 – книги о здоровье, цифра в рамке – значимость источника информации в процентном соотношении

Рисунок 3 – Результаты опроса на третий вопрос когнитивного блока

Результаты опроса показали, что главным источником информации в сфере здоровья, заботы о своем состоянии является телевидение, на втором

месте находится ответ, из которого следует, что источником сведений в рассматриваемой области является окружение человека.

Данные исследования показали, что респонденты в поиске информации в сфере здоровья отдают предпочтение не профессиональной медицинской помощи и совету специалиста, не чтению специализированной литературы, а источникам, которые не всегда могут дать достоверную информацию, поскольку в подавляющем большинстве не являются источниками знаний в общепринятом смысле.

Из 50 участников психодиагностического исследования результаты теста по когнитивному блоку, свидетельствующие о состоянии ниже средних значений, принимаемых за усредненный показатель уровня адекватности, показали 15 человек, что составляет в процентном соотношении 30 % от общего числа испытуемых. Адекватное отношение к своему здоровью присуще только 45 человек, что составляет в процентном соотношении 70 % от общего числа респондентов.

Данные результаты свидетельствуют в пользу невысокого уровня научных знаний в области поддержания и заботы о здоровья, обывательской некомпетентности людей в этой сфере. Результаты предполагают отсутствие современных представлений о факторах риска для здоровья, значимости здоровья для успешной жизнедеятельности человека и обеспечения долголетия.

Полагаем, что данная картина в современных условиях информатизации общества не может быть признана удовлетворительной.

Эмоциональный блок посвящен исследованию реактивной и личностной тревожности. Ответы на вопросы данного блока интерпретируются с целью выявления особенностей тревоги и беспокойства по поводу своего здоровья или имеющего место недомогания респондента.

На вопрос «Как вы чувствуете себя чаще всего, когда со здоровьем у вас все благополучно?» получены ответы, среди которых наиболее популярными были ответы «я спокоен», «я доволен», «я счастлив», «мне

радостно», «я чувствую уверенность в себе», «я чувствую себя свободным», «я испытываю чувство внутреннего удовлетворения».

Ответы с позитивным значением лидируют. «Безразличие к собственному здоровью» такой ответ респонденты давала в два раза реже относительно ответов, которые демонстрируют высокий интерес к собственному здоровью. В связи, с чем можно суверенностью констатировать, что респонденты демонстрируют адекватное отношение к состоянию своего здоровья.

Ранжирование ответов на вопрос «Как вы чувствуете себя чаще всего, когда узнаете об ухудшении своего здоровья?» свидетельствуют о том, что все опрошенные эмоционально переживают ухудшение состояния своего здоровья, варианты ответов демонстрируют умеренную степень тревожности – самый популярный из ответов описывает состояние как «я расстроен», «я озабочен», «я встревожен и сильно нервничаю».

В целом оценка эмоционального блока говорит о том, что в состоянии ниже средних значений, принимаемых за усредненный показатель уровня адекватности, находится 11 человек, что составляет 22 % от опрошенных.

С учетом полученных результатов можно говорить, что эмпирические критерии степени адекватности присущи 78 % выборки, указанную группу отличает уровень тревожности, соответствующий оптимальному, членам группы не чуждо умение наслаждаться своим здоровьем и испытывать положительные эмоции от этого.

Поведенческий блок состоит из двух вопросов: первый направлен на оценку приверженности респондента к здоровому образу жизни.

Его основная задача выявить, что и насколько регулярно делает человек для своего здоровья: физические упражнения, диета, соблюдение режима труда и отдыха, закаливание, профилактическое посещение врача, контроль веса, посещение бани, отсутствие вредных привычек, спортивные секции, йога. Опросник предлагает десять вариантов ответов с возможностью указать свои предпочтения.

В аннотации к методике отмечается, что эти данные ярко демонстрируют как активную, так и пассивную форму заботы о своем здоровье, насколько сформировано, насколько выражена культура самосохранения у человека.

Результаты опроса исследуемой выборки показывают, что самым распространенным способом оздоровления является посещение бани (сауны). На втором месте у опрашиваемых из мер, предпринимаемых для сохранения здоровья, находятся отказ от вредных привычек и контроль веса.

Активные меры по поддержанию здоровья (занятие физическими упражнениями, посещение спортивных секций, применение оздоровительных методик) значительно отстают в популярности от пассивных мер сохранения здоровья.

Второй вопрос поведенческого блока: «Если вы чувствуете недомогание, то?» позволяет определить ценность профессиональной медицинской или психологической помощи в случае недуга или затруднительной ситуации, как часто и будет ли вообще человек обращаться за профессиональной помощью или предпочтет опору на собственные силы и знания.

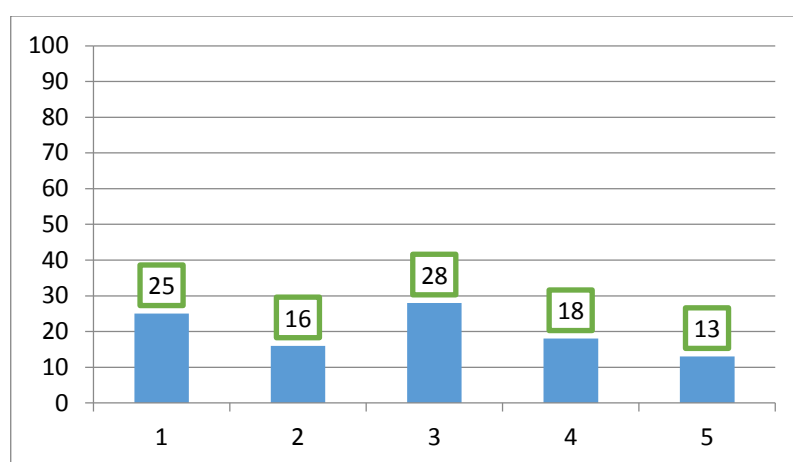
Результаты теста показали, что преобладание ответов «сам принимаю меры, исходя из собственного опыта», на втором месте у респондентов ответ «обращусь к врачу».

Следует отметить, что преобладание указанных ответов на второй вопрос поведенческого блока в «Опроснике общего здоровья» Р.А. Березовской ранее было выявлено в ходе исследования с применением Мини-СМИЛ: в основных шкалах продемонстрированы показатели, свидетельствующие о склонности респондентов опираться на свой жизненный опыт, на свое собственное мнение, пусть иногда и основанном на временном порыве.

Согласно исследованиям общественного мнения, россиян отличает самостоятельность в решении вопросов, связанных со стрессом, выявлен

низкий спрос на профессиональную помощь психолога, так 87 % опрошенных никогда не обращались к психологам, психотерапевтам, психоаналитикам. Следует отметить, что со временем динамика стала положительной и спрос на психологическую помощь стал расти – количество лиц, обратившихся за специальной помощью, удвоилось с 6 % в 2009 году против 12 % в 2022 году. Также зафиксирован рост успешных обращений к профессионалам: 8 % успешных кейсов против 4 % неуспешных [11].

Ранжирование ответов на этот вопрос представлено на рисунке 4.



Обозначения: 1 – обращаюсь к врачу, 2 – стараюсь не обращать внимания, 3 – сам принимаю меры, исходя из своего опыта, 4 – обращаюсь за советом к друзьям и знакомым, 5 – другое; цифра в рамке – преобладание действия в процентном соотношении

Рисунок 4 – Результаты опроса по второму вопросу поведенческого блока

Результаты теста по поведенческому блоку показали, что 26 респондентов набрали баллов в количестве ниже средних значений, принимаемых за усредненный показатель уровня адекватности, что в процентном соотношении от общего числа опрошенных составляет 52 % респондентов.

Такие результаты, характеризуют выборку крайне неудовлетворительно, поскольку продемонстрированная степень соответствия действий и поступков не отвечает адекватным представлениям

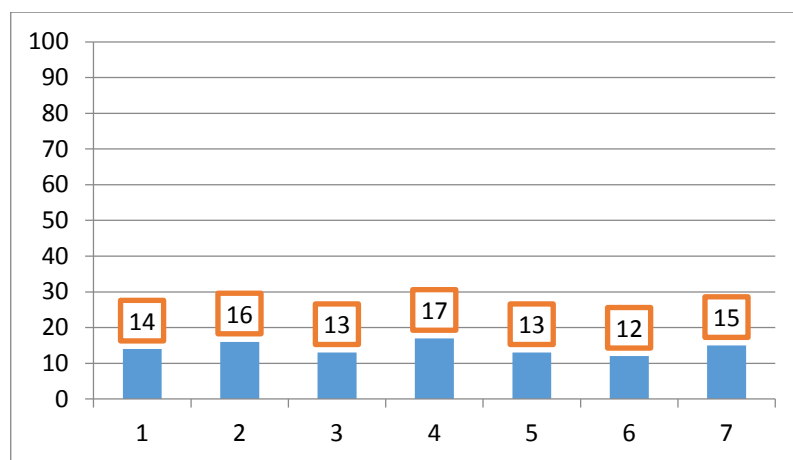
о таковой в контексте требований здорового образа жизни. Очевидно, что даже систематическое посещение бани не может быть первоочередной мерой, обеспечивающей поддержание здоровья, а самонадеянность в решении проблем со здоровьем, полагание на личный опыт, а не на медицинскую помощь, не является приемлемой мерой восстановления здоровья.

В совокупности полученные данные свидетельствуют о низком уровне самосохранительного поведения.

Ценностно-мотивационный блок состоит из трех вопросов.

Первый вопрос направлен на выяснение позиции здоровья в иерархии ценностей человека в данный момент, второй вопрос направлен на выяснение приоритета средств, позволяющих добиться поставленных целей.

Ранжирование ответов на первый вопрос представлено на рисунке 5.



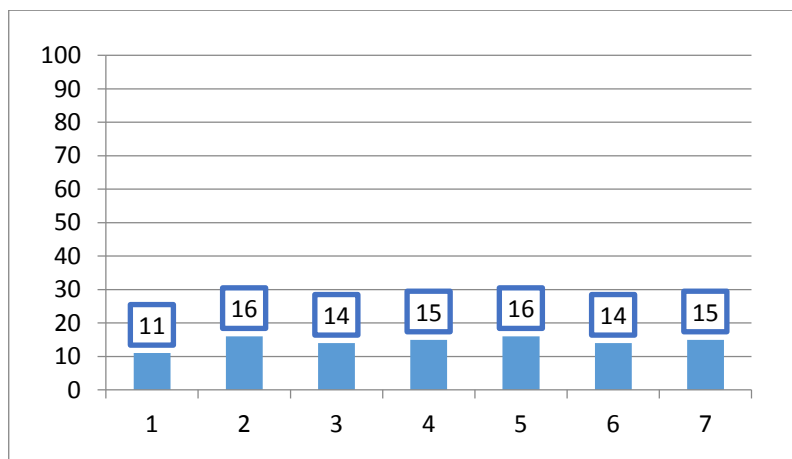
Шкалы: 1 – счастливая семейная жизнь, 2 – материальное благополучие, 3 – верные друзья, 4 – здоровье, 5 – карьера, 6 – признание и уважение окружающих, 7 – независимость (свобода), цифра в рамке – значимость в иерархии ценностей в процентном соотношении

Рисунок 5 – Результаты опроса на вопросы ценностно-мотивационного блока

Два класса ценностей согласно теории ценностных ориентаций бывают двух типов: терминальные и материальные. Первые – это ценности цели, приоритет личности, вторые – это ценности-средства.

Результаты свидетельствует о том, что здоровье лидирует в системе терминальных целей, на втором месте находится цель «материальное благополучие».

На рисунке 6 представлены результаты ранжирования ответов на второй вопрос, согласно которому цель «здоровье» делит первое место с целью «материальный достаток».



Шкалы: 1 – хорошее образование, 2 – материальный достаток, 3 – способности, 4 – везение (удача), 5 – здоровье, 6 – упорство, трудолюбие, 7 – нужные связи, поддержка друзей, цифра в рамке – значимость в иерархии ценностей в процентном соотношении

Рисунок 6 – Результаты опроса на вопрос ценностно-мотивационного блока

Сравнительный анализ показывает превышение значение «здоровья» в системе терминальных ценностей над «здоровьем» в системе инструментальных ценностей, более того, следует отметить, что этот перевес не значителен и «конкурентом» здоровью в предложенных системах ценностей выступает «материальное благополучие».

В таких обстоятельствах говорить о сформированном отношении к здоровью, как исключаящем потребительское отношение к нему, было бы преувеличением.

Ранжирование ответов, полученных в ходе исследования на вопрос: «Если вы заботитесь о своем здоровье недостаточно или нерегулярно, то почему?» позволяет оценить причины недостаточной заботы о собственном

здоровье. Как показало исследование лидеры среди причин – это нехватка времени, отсутствие соответствующих условий, необходимы большие материальные затраты. Однако перевес объективных фактов незначителен, и вторую группу причин недостаточной заботы о себе образуют ответы «нехватка силы воли», «нежелание себя ограничивать», «есть более важные дела». Таким образом, индивидуальная значимость причин недостаточной заботы обусловлена не только объективными причинами, но причинами субъективного толка. Поэтому говорить о сформированной ответственности за собственное здоровье в исследуемой группе было бы неверно. В данном случае нельзя исключать избегание ответственности за состояние здоровья.

Результаты теста по ценностно-мотивационному блоку показали, что только 4 респондента набрали баллы в количестве ниже средних значений, принимаемых за усредненный показатель уровня адекватности, что в процентном соотношении от общего числа опрошенных составляет 8 % от общего числа респондентов.

Исходя из указанного процентного соотношения, полагаем, что исследуемую группу по итогам сравнительного анализа следует характеризовать как группу с незначительным преобладанием ценности здоровья в качестве терминальной, а сформированность ценностного отношения к здоровью, обеспечивающего сохранность здоровья, у этой группы нельзя признать достаточной, поскольку избегание ответственности за состояние своего здоровья прослеживается при ранжировании ответов объективных причин недостаточной заботы о здоровье с незначительным отставанием от причин субъективных.

Гипотезой исследования является предположение о том, что психологическое здоровье работников ООО «ПНХМ», занятых в производстве (профессиональная группа «человек-техника»), имеет особенности и существует взаимосвязь между уровнем знаний в области сохранения и поддержания здоровья и особенностями психологического здоровья исследуемой группы.

В целях выяснения связи между некоторыми величинами используют корреляционный метод статистического анализа. Выбор метода корреляционного анализа зависит от двух основных условий: нормальности распределения значений и характера связи между переменным.

Нормальное распределение значений имеет место тогда, когда значения параметров, близкие к среднему значению, появляются очень часто относительно крайних значений параметров.

Характер связи между двумя переменными может быть линейным, что предполагает пропорциональное изменение одной переменной в случае изменения другой, и не линейным. В последнем случае говорят о монотонных отношениях между двумя переменными, которые выражаются в увеличении или уменьшении значений одной переменной в случае увеличения или уменьшения значений другой, но не с постоянной скоростью, как в линейной связи.

В ходе исследования получены параметры, не отвечающие условию нормальности распределения данных и характер их предполагаемой связи, очевидно, является не линейным. Принимая во внимание объем выборки, оптимальным методом корреляционного анализа в целях выяснения тесноты будет непараметрический коэффициент корреляции Спирмена.

В целях проверки правильности гипотезы коэффициент корреляции Спирмена рассчитан для выяснения тесноты связи между следующими параметрами (Приложение Б):

- параметрами шкалы L Мини-СМИЛ и параметрами когнитивного блока «Опросника отношение к здоровью» Р.А. Березовской;
- параметрами «Опросника общего здоровья» Д. Голдберга и параметрами когнитивного блока опросника «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской;
- параметрами когнитивного блока и параметрами ценностно-мотивационного блока опросника «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской;

- параметрами когнитивного блока и параметрами эмоционального блока опросника «Отношение к здоровью Р.А. Березовской»;
- параметрами когнитивного блока и параметрами поведенческого блока опросника «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

Формула расчета корреляции Спирмена следующая:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N - 1)} \quad (1)$$

где r_s – коэффициент корреляции Спирмена обозначен;

d – разность рангов каждой пары;

N – число парных наблюдений.

Коэффициента корреляции Спирмена имеет разброс значений от минус 1 до 1. Как показатель тесноты связи между параметрами оценивается по шкале следующим образом:

- очень сильная связь при коэффициенте от 0,9 до 1;
- сильная связь при коэффициенте от 0,7 до 0,9;
- средняя связь при коэффициенте от 0,5 до 0,7;
- слабая связь при коэффициенте от 0,3 до 0,5;
- очень слабая связь при коэффициенте от 0 до 0,3.

Корреляционный анализ тесноты связи результатов Мини-СМИЛ в части шкалы L и результатов когнитивного блока опросника «Отношение к здоровью» показал наличие сильной и обратной связи между параметрами по шкале L и параметрами когнитивного блока. Результаты, полученные при проведении данного корреляционного анализа, представлены в таблице Б.1.

Данный результат свидетельствуют о том, что чем выше уровень знаний и компетенций в области здоровья, тем ниже стремление исказить информацию о себе, представить себя в более выгодном свете.

Данный вывод согласуется с мнением Л.Н. Собчик по интерпретации данной шкалы, которая в своей монографии пишет, что чем выше уровень образования и культуры, тем ниже стремление указать недостоверные данные и исказить профиль [39].

Полагаем, что невысокой уровень знаний и компетенций в области сохранения и поддержания здоровья, который включает в себя общий уровень знаний в области психологии и психодиагностики, вызывает у респондентов в ходе тестирования желание показать себя в приукрашенном виде в связи с существующими опасениями утраты работы в случае не оправдания ожиданий администрации предприятия по результатам тестирования.

Корреляционный анализ тесноты связи результатов «Опросника общего здоровья» Д. Голдберга и результатов когнитивного блока опросника «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской показал, что связь между параметрами психологического дискомфорта и неблагополучия с параметрами когнитивного блока умеренная и обратная. Результаты, полученные при проведении данного корреляционного анализа, представлены в таблице Б.2.

В связи с чем, можно утверждать, что эмпирически доказана связь между уровнем психологического благополучия и уровнем знаний и компетенций в области сохранения и поддержания здоровья.

Корреляционный анализ тесноты связи между показателями когнитивного блока и показателями ценностно-мотивационного, эмоционального и поведенческого блоков опросника «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской, результаты, которого представлены в таблицах Б.3 – Б.5, показал следующее:

- связь между данными по когнитивному блоку и данными ценностно-мотивационного блока выявлена умеренная и прямая;
- связь между данными по когнитивному блоку и данными эмоционального блока выявлена умеренная и прямая;

– связь между данными по когнитивному блоку и данными поведенческого блока не установлена.

Таким образом, исследование показало, что чем осведомлённей человек о своем здоровье, чем обширнее и качественнее его знания и компетенции в сфере сохранения и поддержания здоровья, тем выше терминальная ценность здоровья в иерархии его ценностей.

Уровень знаний и компетенции в сфере охраны и поддержания здоровья с эмоциональным состоянием связан умеренно, что позволяет сделать вывод о том, что наличие знаний связано с благоприятным эмоциональным фоном, который выражается в положительных эмоциях, испытываемых человеком, и умеренным уровнем тревожности, обусловленного состоянием его здоровья.

Исследование показало отсутствие связи между показателями когнитивного и поведенческого блока. Следует отметить, что результаты по поведенческому блоку были невысокими, только половина опрошенных продемонстрировала адекватный уровень отношения к здоровью, другая половина респондентов показала бытовые знания о формах заботы о здоровье, крайнюю самонадеянность в вопросах самопомощи, выбор в пользу пассивных действий. Такие данные с очевидностью свидетельствуют об отсутствии знаний и компетенций в рассматриваемой сфере.

2.3 Коррекционная работа. Разработка программы, основные направления

В ходе практики была поставлена цель углубленной психодиагностики конкретного сотрудника и группы сотрудников, занятых непосредственно в производственном цикле, рабочих ООО «ПНХМ», с целью планирования дальнейшего психологического вмешательства.

Поставленные задачи были решены следующим образом:

- определить клиента или консультируемого – работники ООО «ПНХМ»;
- выделить задачи психологического изучения личности или группы – исследование на предмет личностного психологического здоровья;
- подобрать средства психодиагностики, методы наблюдение, беседа, опросник Д. Голдберга, Мини-СМИЛ Л.Н. Собчик, опросник Р.А. Березовской;
- методологически обосновать отобранные психодиагностические методики – рефлексивный отчет;
- реализовать разработанную программу исследования – составление индивидуального и календарного плана.

В основу работы были положены результаты психодиагностического исследования в форме беседы, наблюдения, тестирования, которые позволили утверждать, что повышение уровня знаний в области охраны и поддержания здоровья положительно влияет на качество и уровень заботы о нем. При выполнении работы по составлению психокоррекционной программы и просветительской деятельности учтены подходы, сформулированные А.А. Осиповой [29].

Поскольку гипотезой исследования является предположение о том, что психологическое здоровье имеет особенности, обусловленные уровнем знаний о нем, то психодиагностическое исследование и психокоррекционная работа проведена в данном направлении.

Цель программы – повысить уровень знаний и компетенций в сфере сохранения и поддержания здоровья и, как следствие, мотивации по сохранению психологического и физического здоровья отдельной группы сотрудников, рабочих производственного цикла ООО «ПНХМ».

Задачей предложенной программы является улучшение психологического здоровья.

Предложена программа коррекции, которая построена по двум направлениям: индивидуальная работа с персоналом предприятия и групповая.

При индивидуальной работе предлагается использовать рационально-эмотивную терапию А. Эллис [45].

Главная задача, которую позволяет достичь рационально-эмотивная терапия – это переформатировать сложившиеся убеждения и способствовать пересмотру сложившихся взглядов. Психолог выступает в качестве «авторитета», он просвещает, учит, рассказывает. Применяемая психотехника, предполагает обсуждение и опровержение иррациональных взглядов; проведение когнитивных упражнений; развитие воображения.

Групповая работа построена на методике групповых дискуссий, которая по функционалу отчасти перекликается с рационально-эмотивной терапией А. Эллис, поскольку предполагает обсуждение в группе, разъяснение, просвещение. При совместном применении указанные методики будут работать на достижение одной цели.

С помощью указанных методик предполагается осуществить переход от неадекватных и сложившихся установок и представлений о способах и привычек по сохранению и поддержанию здоровья к современным способам, которые в соответствии с актуальными знаниями в рассматриваемой сфере позволяют на качественно новом уровне обеспечивать и поддерживать состояние своего физического и психологического здоровья.

Продолжительность программы должна составлять не менее двух месяцев с периодичностью и продолжительностью встреч в индивидуальном порядке два раза по 1,5-2 ч. в неделю, групповые однократно в группах по 10 человек.

Программа предполагает выполнение работ в четырех блоках: диагностический, установочный, коррекционный и по оценке эффективности.

Оценка уровня физического и психологического здоровья, степени благополучия функционального здоровья производится посредством гемодинамической диагностики, миокинетической диагностики, опросника В.М. Русалова, опросников качества жизни, тестов оценки образа жизни; аналитическое исследование полученных результатов (интерпретация, заключения).

Последующие три блока программы реализуются в индивидуальном и групповом порядке с применением вышеуказанным методик.

На первом этапе проводится ориентировка – за круглым столом ведущий излагает суть проблемы, необходимость повышения ценности психологического здоровья и способы его достижения.

Второй этап – это сбор информации, обмен знаниями и мнениями, заслушивание точек зрения участников группы.

Третий этап – это упорядочение, обоснование и совместная оценка полученной в ходе обсуждения информации, уяснение, анализ и выбор решения, что предполагает выступления участников группы, подведение итогов ведущим.

Как показало исследование, следующим немаловажным условием в деле сохранения и поддержания надлежащего уровня знаний и компетенций в сфере здоровья является наличие в штате предприятия или обеспечиваемая возможность общения работников с психологом. Наличие сотрудника со специальным образованием позволит полноценно проводить работу по следующим направлениям:

- подбор и расстановка персонала, проведение качественной диагностики при приеме на работу, составление профессионально-психологического портрета, включая оценку уровня интеллекта, психофизиологических и личностных характеристик позволит максимально эффективно размещать персонал на предприятии;
- психологическое сопровождение трудовой деятельности, предполагает ведение работы по созданию благоприятного климата в

коллективе, его сплочению, устранение конфликтов, возможно предложение по вопросам политики поощрений и санкций;

– развитие корпоративной культуры, подразумевает разработку и поддержание правил и этики предприятия, путем сопоставления потребностей предприятия и основных социальных потребностей сотрудников организации, включая мониторинг удовлетворенности трудом;

– индивидуальное психологическое сопровождение и психологическое просвещение позволит разрешать трудные жизненные ситуации сотрудников предприятия силами психолога предприятия и повысить уровень психологической грамотности работников, обеспечит стойкий уровень психологического здоровья, что будет работать, в конечном итоге, на экономическую эффективность предприятия.

Исследование показало, что в изучаемой группе здоровье рассматривается респондентами как биологическое состояние «неболезни» и стереотипа представления о здоровом образе жизни как триады: «не пить, не курить, заниматься спортом». На существование психологической составляющей здоровья, представляемой опрошенными как ощущение счастья, душевного покоя, указали только 14 % из них.

Демонстрируя осведомленность о влиянии разных факторов на состояние здоровья, респонденты показали высокий уровень самонадеянности, полагания на собственные силы в случае ухудшения здоровья, предпочтя самолечение обращению за квалифицированной медицинской помощью.

Указанные ответы коррелируются с ответами об источниках информации в области здоровья и его обеспечения, так на первом месте у респондентов такие источники, как телевидение и «друзья и знакомые». Врачи, специалисты, научно-популярная литература не указаны в числе главных источников знаний.

Сопоставляя полученные в ходе исследования результаты по шкалам достоверности Мини-СМИЛ и результаты по когнитивной шкале опросника «Отношение к здоровью» можно прийти к следующим выводам.

Результаты, полученные по когнитивной шкале опросника «Отношение к здоровью», показали, что в числе главных источников, влияющих на уровень знаний респондентов о здоровье, значатся телевидение и сведения, полученные от друзей и знакомых. Врачи и специалисты, как источники информации, находятся на третьем месте при ранжировании средних значений. А такой источник знаний как научно-популярная литература отстает от упомянутых со значительным отрывом.

В условиях отсутствия взволнованности или напряжения при заполнении бланков Мини-СМИЛ, респонденты показали недостоверные результаты, в ходе исследования выявлены высокие показатели по шкале L, которая интерпретируется как неискренность и не откровенность.

В отдельных случаях, несмотря на заверения в анонимности исследования и демонстрации бланков с отсутствием персональных сведений, респондентами были высказаны опасения по поводу потери работы в случае неудовлетворительных результатов.

Указанные обстоятельства свидетельствуют о том, что предъявление методики, инструктаж и предварительная беседа психолога проведены правильно, однако невысокий уровень знаний и понимания ценности психологического обследования, которое базируется на откровенности и честности ответов респондентов, обусловили полученные результаты.

Корреляционный анализ выявил наличие тесной связи между уровнем знаний в области охраны и поддержания здоровья и данными по шкале L.

Таким образом, настоящее исследование выявило низкую степень соответствия представлений о психодиагностике и психологическом здоровье существующей научной точке зрения и в целом ее адекватности на сегодняшний день, которые сформировались у опрашиваемых лиц.

Полученные результаты подтверждаются данными Всероссийского центра изучения общественного мнения по состоянию на 2022 год:

- за профессиональной психологической помощью население обращается нечасто, при этом установлено, что женщины составляют большинство обратившихся (16 % женщин против 8 % мужчин), далее идет население возраста 18-24 лет (23 %), а также столичные жители и жители городов-миллионников (20 % и 19 % соответственно).
- граждане старшего поколения в абсолютном большинстве (92 %), люди со средним образованием и ниже (93 % и 98 % соответственно), а также активные телезрители (96 %) не обращались к психологу за получением специальной помощи [11].

Исследование показало, что осознание ценности здоровья и наличие необходимого багажа знаний позволит адекватно оценивать последствия своих действий, понимать значимость состояния своего здоровья для целей самореализации и в целом для психологического благополучия.

Респонденты, полагая, что здоровье равно «здоровый образ жизни», в числе мер, предпринимаемых регулярно для сохранения и поддержания здоровья, указали на посещение бани – в числе ответов на первом месте. Безусловно, влияние термических процедур значимо в целях укрепления здоровья, однако следует отметить, что ответ «закаливание» находится на одном из последних месте при ранжировании ответов. В связи с чем, можно предположить, что выбор в пользу посещения бани и предпочтение пассивных мер сохранения здоровья, а не регулярного занятия физическими упражнениями, закаливания и иных активных действий, объясняется незнанием актуальной научно обоснованной информации о пользе регулярных занятий спортом и других мер, реально влияющих на состояние здоровья.

Исследование показало, что респонденты имеют оптимальный уровень тревожности за состояние собственного здоровья, респонденты адекватно

реагируют на ухудшение своего здоровья и им также присуще умение наслаждаться состоянием своего и радоваться ему.

Настоящее исследование показало, что терминальная ценность нематериального опережает инструментальную ценность здоровья, при этом вторым при ранжировании ответов является ответ «материальный достаток», который в шкале ответов инструментальных ценностей занимает со здоровьем равные позиции. Это также нашло подтверждение при оценке заботы о собственном здоровье, респонденты объяснили недостаточную заботу о себе нехваткой времени, отсутствием соответствующих условий, большими материальными затратами. Таким образом, забота о здоровье «отодвинута» с первых позиций материальным благополучием.

По итогам исследования можно прийти к выводу о том, что психологическое здоровье людей рабочих профессий находится на адекватном уровне, ему присуще состояние комфорта, благополучия, умеренный уровень тревожности, стремление к саморазвитию. Однако недостаточный уровень знаний и компетенций в области сохранения и поддержания здоровья создает предпосылки к конкуренции с другой ценностью – материальным благополучием, а также создает объективно существующие риски для сохранения физического здоровья.

Заключение

Интерес к здоровью, как к сложному многофакторному феномену, не ослабевает на всем протяжении существования человеческой цивилизации, как на бытовательском, так и на профессиональном уровнях.

Традиционно на здоровье смотрят с трех позиций: биологической, психической, социальной.

В последнее время можно говорить о формировании тенденции к выделению в составе «здоровья» такой его неотъемлемой его части как психологическое здоровье. Психологическое здоровье, основанное на правильно функционирующих биологических процессах, обеспечивает человеку возможность изучать картину внешнего мира через призму своего внутреннего и возможность самореализоваться в социуме.

Традиционно к критериям психологического здоровья относят способность саморегулирования и самоконтроля, правильная самооценка, включая показатели здоровья, отсутствие негативных установок в отношениях с другими людьми, адекватную рефлексия, веру в свои силы, в возможность реализации своих планов, адекватную реакцию на внешний раздражитель.

Рассматривая психологическое здоровье как сложный многокомпонентный феномен, в научной литературе отмечается, что данное явление может характеризоваться с разных позиций.

Психологическое благополучие, эмоциональная стабильность и адекватное отношение к здоровью неотъемлемые составляющие психологического здоровья личности.

Изучая психологическое здоровье, отмечают его сопряженность с конструктами «отношение к здоровью» и психологическое благополучие. Указанные конструкты могут быть охарактеризованы через компоненты, которые являются критериями психологического здоровья.

Упомянутые критерии имеют существенное значение для состояния психологического здоровья людей профессиональной группы «человек-техника» в силу существующей специфики.

Человека, занятого трудом, отличает ряд особенностей.

Во-первых, это возраст. Как правило, к этому виду деятельности, как к ведущему виду деятельности, человек приходит в молодом и зрелом возрасте.

Во-вторых, вид деятельности человека. Выбор профессии обуславливает характер этой деятельности.

Эти факторы, действуя автономно и во взаимосвязи друг с другом, отражаются в своеобразии психики, которая, в свою очередь ответственна за психологическое здоровье работающего в системе «человек-техника»: повышенное напряжение, физический труд, высокая концентрация, материальная ответственность, скорость принятия решения, повышенная травматизация.

Поскольку численность трудоспособного населения значительна, то изучение психологического здоровья актуально с социальной и с экономической позиций.

Как показало исследование психологическое здоровье людей профессиональной группы «человек-техника» имеет свои особенности:

- жизнелюбие, удовлетворенность происходящим и собой, эмоциональная стабильность, состояние благополучия, умеренный уровень тревожности отмечены у большинства респондентов;
- психологическое здоровье в системе терминальных и инструментальных ценностей «соперничает» с ценностью материального благополучия.

Данные показатели находятся в тесной связи с уровнем знаний и компетенций в области сохранения здоровья. Недостаточный относительно современных представлений в сфере здоровья уровень знаний и компетенций в вопросах здоровья, его компонентах, способах его сбережения и

поддержания является причиной снижения психологического комфорта, высоких показателей самонадеянности и необоснованной веры в собственные силы в вопросах поддержания здоровья.

Полагаем, что уровень просвещения в вопросах здоровья и психологического здоровья влияет на состояние психологического здоровья, поскольку только необходимый багаж знаний позволяет оценивать последствия своих действий и понимать значимость состояния своего здоровья для целей самореализации.

Настоящее исследование продемонстрировало зависимость психологического здоровья от уровня просвещённости каждого индивида в рассматриваемой сфере, а также то, что ценностное отношение к здоровью находится в стадии формирования.

Активные просветительские действия, популяризация реклама в хорошем смысле слова здорового образа жизни не заставят ждать положительных результатов в области охраны и поддержания здоровья, в том числе такой тонкой материи как психологическое здоровье. Безусловно, от активной пропагандистской деятельности следует ожидать и повышения культуры в области взаимодействия человека и специалиста, оказывающего психологическую помощь, повышения доверия к таким специалистам и службам.

На значимость просвещения в деле укрепления здоровья неоднократно указано международными организациями и учеными [15].

Первым направлением в рассматриваемой сфере было и остается просвещение в сфере здорового образа жизни: больше доступной информации для людей не обладающими специальными познаниями, больше специалистов в области физкультуры и спорта, питания, и, конечно, психологии.

Вторым направлением просветительской деятельности должна быть работа по повышению доверия к специалистам – лицам, оказывающим психологическую помощь. Повышение доверия возможно достичь за счет

повышения качества подготовки специалистов, увеличения разъяснительной работы о возможностях психологической помощи, возвращения культуры обращения к психологам, в том числе, среди работодателей с целью побуждения последних к созданию в структуре предприятий и организаций структурных подразделений с психологами, привлекаемыми к работе на постоянной основе.

Полученные в ходе применения двух психодиагностических методик Мини-СМИЛ и «Опросника общего здоровья» Д. Голдберга результаты свидетельствуют о том, что изучаемую группу отличает положительное отношение к окружающему миру, оптимистичный настрой, вера в свои силы и мотивация достижения успеха.

Указанная особенность психологического здоровья характеризует изучаемую группу как общность индивидов открытых к получению и усвоению новых знаний, формированию привычек и навыков, способствующих выработке позитивных психоэмоциональных состояний и укреплению ценностного отношения к здоровью.

Развитие и укрепление культа здоровья и здорового стиля жизни непростая задача, которая имеет социальную, психологическую и педагогическую специфику и зависит от многих факторов. Её значимость для взрослого поколения очевидна и не требует доказательств – взрослое население является основой трудового, популяционного ресурса страны.

Рабочие профессии представляют собой определенный набор групп повышенного риска для возникновения психологических проблем и расстройств. Психологическое здоровье является важным аспектом общественного здравоохранения и становится все более значимым в условиях современного общества. Забота о здоровье, формирование здорового образа жизни трудоспособного населения определено в качестве приоритетной задачи государства в сфере здравоохранения.

Работодатели могут содействовать в поддержании психологического здоровья своих сотрудников, предоставляя им ресурсы и услуги для психологической поддержки.

Научные исследования психологического здоровья людей, занятых в рабочих профессиях, имеют большое значение для понимания механизмов возникновения этих проблем и поиска эффективных способов их предотвращения и лечения. Важным направлением таких исследований является анализ факторов, влияющих на психологическое здоровье работников, таких как нагрузки на работе, уровень стресса, социально-экономические условия, семейная и социальная поддержка, и, как показало настоящее исследование, уровень знаний о психологическом здоровье, здоровье в целом, у каждого конкретного человека.

Такие исследования могут помочь в разработке профилактических программ, предназначенных для уменьшения риска психологических проблем, обучения работников методам самопомощи и развития списка услуг для поддержки психологического здоровья. Кроме того, такие исследования могут иметь практическое применение для планирования изменений и исследования влияния новых технологий на психологическое здоровье работников.

Таким образом, научные исследования психологического здоровья людей, занятых в рабочих профессиях, имеют важное значение для улучшения качества жизни этой группы населения, а также для общественного здравоохранения и экономики в целом.

Список используемой литературы

1. Ананьев В. А. Психология здоровья новая отрасль человекознания. СПб. : Психология: итоги и перспективы, 1996. 384 с.
2. Артемьева О. А. Качественные и количественные методы исследования в психологии: учебное пособие для вузов. М. : Юрайт, 2022. 152 с.
3. Бачило Е. В. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 10. С. 130-136. URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2020/10/1199772982020101130> (дата обращения: 23.02.2023).
4. Березовская Р. А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2011. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovaniya-otnosheniya-k-zdorovyu-sovremennoe-sostoyanie-problemy-v-otechestvennoy-psihologii> (дата обращения: 07.03.2023).
5. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. Мастера психологии место издания. СПб. : Питер, 2008. 398 с.
6. Братусь Б. С. Аномалии личности. М. : Мысль, 1988. 348 с.
7. Волочков А. А., Репина Е. В. Структура психологического здоровья студентов // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2016. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-psihologicheskogo-zdorovya-studentov> (дата обращения: 22.03.2023).
8. Воронина А. В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы: Автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 : Томск, 2002 220 с.
9. Всемирная организация здравоохранения. Резолюция WHA 60.206 от 23.05.2007 URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health> (дата обращения 03.03.2023).

10. Всемирная организация здравоохранения. Устав Всемирной организации здравоохранения от 22.07.1946. URL: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution> (дата обращения 03.03.2023).

11. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). URL: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113991>. (дата обращения 06.03.2023).

12. Дубровина И. В. Психологическое здоровье личности в контексте возрастного развития. СПб. : ТЦ «Сфера», 2001. 615 с.

13. Иванова Е. М. Психология профессиональной деятельности. М. : ПЕР СЭ, 2006. 21 с.

14. Кагермазова Л. Ц. Возрастная психология (Психология развития). Электронный учебник. ДПО КБГУ. 276 с. URL: https://www.studmed.ru/kagermazova-lc-voznrastnaya-psihologiya-psihologiya-razvitiya_371d8bd9e92.html (дата обращения 03.03.2023).

15. Качаева М. А., Шпорт С. В., Трущелёв С. А. Стратегические направления деятельности воз по охране психического здоровья населения // Российский психиатрический журнал. 2017. № 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategicheskie-napravleniya-deyatelnosti-voz-po-ohrane-psihicheskogo-zdorovya-naseleniya> (дата обращения: 06.03.2023).

16. Качикаева Л. Т., Хомутова Н. Н. Детерминанты психологического здоровья в условиях пандемии // Здоровье населения и качество жизни : электронный сборник материалов IX Всероссийской с международным участием научно-практической конференции. 2022. Т. 1. С. 183-188. URL: https://szgmu.ru/upload/files/2022/СБОРНИК%20НиКЖ_2022_1%20часть.pdf (дата обращения: 23.02.2023).

17. Климов Е. А. Введение в психологию труда. М., 1988. 107 с.

18. Ковзиридзе М. А. Профессиография основы профессиоведения: Учебное пособие. Часть 1. М. : РУТ (МИИТ), 2018 .60 с.

19. Кулагин Б. В. Основы профессиональной психодиагностики. М. : «Медицина», 1984. 174 с.

20. Логинова Н. А. Антропологическая психология Б. Г. Ананьева // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2011. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/antropologicheskaya-psihologiya-b-g-ananieva> (дата обращения: 21.04.2023).
21. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб. : Евразия, 1999. 478 с.
22. Мясищев В. Н. Психологические отношения: избранные психологические труды. М. : Изд-во Московского психолого-социального ин-та ; Воронеж : МОДЭК, 2011. 356 с.
23. Никифоров Г. С. Психология здоровья. СПб. : Питер, 2006. 607 с.
24. Никольская А. А. Психологическое здоровье как условия надежной профессиональной деятельности. Тамбов. : Грамота. 2014. 119 с.
25. Оксанич С. И. Структурные компоненты психологического здоровья как условие развития и саморазвития личности // Сельскохозяйственный журнал. 2014. № 7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strukturnye-komponenty-psihologicheskogo-zdorovya-kak-uslovie-razvitiya-i-samorazvitiya-lichnosti> (дата обращения 03.03.2023).
26. Олпорт Г. Становление личности. Избранные труды. М. : Смысл, 2012. 480 с.
27. Орлова Д. Г. Психологическое и субъективное благополучие: определение, структура, исследования (обзор современных источников) // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-i-subektivnoe-blagopoluchie-opredelenie-struktura-issledovaniya-obzor-sovremennyh-istochnikov> (дата обращения: 27.04.2023).
28. Осин К. Н. Чувство связанности как показатель психологического здоровья и его диагностика // Психологическая диагностика. 2007. № 3. URL: <https://www.hse.ru/data/2010/08/11/1224866483/Осин%202007-3.pdf> (дата обращения 25.05.2021).
29. Осипова А. А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. М.: Сфера, 2002. 510 с.

30. Правила установления величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в субъектах Российской Федерации на очередной год [Электронный ресурс] : Постановление Правительства РФ от 26.06.2021 N 1022 (ред. от 15.12.2022) URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения 03.03.2023).

31. Пряжников Н. С. Психологический смысл труда: Учебное пособие к курсу «Психология труда и инженерная психология». М.: Институт практической психологии, Воронеж: НПО «МОДЭК, 1997. 352 с.

32. Психосоциальное развитие [Электронный ресурс]. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (дата обращения 03.03.2023).

33. Роджерс К. Р. Клиент-центрированная психотерапия. М.: Апрель Пресс, Издательство ЭКСМО-Пресс, 2002. 506 с.

34. Сидячева Н. В., Губанов А. В., Зотова Л. Э. Социально-психологические детерминанты психологического самочувствия в период пандемии COVID-19: данные международного исследования // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2020. № 4. С. 82-98. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psiologicheskie-determinanty-psiologicheskogo-samochuvstviya-v-period-pandemiicovid-19-dannye-mezhdunarodnogo> (дата обращения 25.05.2021).

35. Слободчиков В. И. О перспективах построения христиански ориентированной психологии // Московский психотерапевтический журнал. 2004. № 4. С. 5-17. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2004_n4/Slobodchikov (дата обращения 25.05.2021).

36. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. С.-Пб. : Речь, 2002. 192 с.

37. Сокольская М. В. Личностное здоровье профессионала // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2009. № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnoe-zdorovie-professionala> (дата обращения: 23.02.2023).

38. Сокращённый тест Мини-Смил. PSYTESTS.ORG: Психологические тесты онлайн. URL: <http://psytests.org/mmpi/minismil-run.html> (дата обращения 25.05.2021).

39. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года [Электронный ресурс] : Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/#review> (дата обращения 25.05.2021).

40. Урланис Б. Ц. Рождаемость и продолжительность жизни в СССР. М.: Госстатиздат, 1963. 136 с.

41. Франкл В. Человек в поисках смысла. URL: https://imwerden.de/pdf/frankl_chelovek_v_poiskakh_smysla_1990.pdf (дата обращения 25.05.2021).

42. Хухлаева О. В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников. М.: Академия, 2003. 148 с.

43. Чапала Т. В. Категории, нормы и методы исследования в психологии здоровья // Научен вектор на Балканите. 2017. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kategorii-normy-i-metody-issledovaniya-v-psihologii-zdorovya> (дата обращения: 07.03.2023).

44. Шувалов А. В. Антропологические аспекты психологии здоровья// Национальный психологический журнал. 2015. № 4 (20). С. 36. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/antropologicheskie-aspekty-psihologii-zdorovya> (дата обращения: 22.03.2023).

45. Эллис А., Драйден У. Практика рационально – эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд./ Пер. с англ. Т. Саушкиной. СПб. : Речь, 2002. 352 с.

46. Goldberg D., Williams P. A User's guide to the General Health Questionnaire. NEFR–NELSON, 1988. URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.7c1fe6b2-63e0fa4a-84d953ed-74722d776562/https/hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-66 (дата обращения: 23.02.2023).

47. Gopalkrishnan N. Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice // *Frontiers in Public Health*. 2018. N. 6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6018386/pdf/fpubh-06-00179.pdf> (дата обращения 25.05.2021).

48. Ford B. Q., Lam P., John O. P., Mauss, I. B. The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2018. Vol. 115.N.6.P.10751092.URL:https://eerlab.berkeley.edu/pdf/papers/Ford_etal_inpress_Acceptance2.pdf (дата обращения 25.05.2021).

49. Khan S., Siddique R., Li H. et al. Impact of coronavirus outbreak on psychological health // *Journal of Global Health*. 2020. Vol. 10. N. 1. P. 1-6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7180007/pdf/jogh-10-010331.pdf> (дата обращения 25.05.2021).

50. Montazeri, A., Harirchi, A.M., Shariati, M. et al. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 1, 66 (2003). URL: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-66>. (дата обращения: 23.02.2023).

51. Wang J, Geng L. Effects of Socioeconomic Status on Physical and Psychological Health: Lifestyle as a Mediator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16 (2): 281. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph16020281> (дата обращения: 23.02.2023).

52. WERNEKE, U., GOLDBERG, D., YALCIN, I., & ÜSTÜN, B. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire *Psychological Medicine*, 30 (4), 823-829. URL: [doi:10.1017/S0033291799002287](https://doi.org/10.1017/S0033291799002287) (дата обращения: 23.02.2023).

Приложение А

Анкета

Таблица А.1 – Социально-психологическая характеристика выборки

	Вопрос	Варианты ответа
1.	Укажите свой возраст	
2.	Укажите свой пол	
3.	Ваше образование (нужное подчеркнуть)	высшее средне-техническое отсутствует
4.	Место рождения (нужное подчеркнуть)	город сельская местность
5.	Ваша профессия	
6.	Ваше отношение к профессии (нужное подчеркнуть)	удовлетворен выбором не удовлетворен
7.	Каким видите свое профессиональное будущее (нужное подчеркнуть)	намерен повышать уровень квалификации намерен сменить профессию все устраивает, ничего не буду менять
8.	Стаж работ (нужное подчеркнуть)	менее 2-х лет 2-5 лет работы свыше 10 лет
9.	Семейное положение	
10.	Материальное положение	удовлетворительное не удовлетворительное
11.	Ваше хобби	
12.	Наличие детей	
13.	Занятие спортом	регулярно не регулярно не занимаюсь
14.	Отношение к спиртным напиткам	пью не пью пью редко
15.	Наличие хронических заболеваний	

Приложение Б

Расчет коэффициента корреляции

Таблица Б.1 – Расчет коэффициента корреляции Спирмена тесноты связи параметров шкалы L теста Мини-СМИЛ и когнитивного блока опросника «Отношение к здоровью»

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	4	18	15	1	18	1.5	272.25
2	1	68	6	26	7.5	26.5	361
3	5	22	22	3	25.5	3	506.25
4	4	38	15	11	18	11.5	42.25
5	4	44	15	14	18	14.5	12.25
6	4	29	15	7	18	7	121
7	3	56	14	17	14	17	9
8	2	61	10	21	11.5	21.5	100
9	4	38	15	11	18	11.5	42.25
10	0	74	1	29	3	29	676
11	5	23	22	4	25.5	4	462.25
12	5	33	22	9	25.5	9	272.25
13	5	18	22	1	25.5	1.5	576
14	1	68	6	26	7.5	26.5	361
15	0	66	1	25	3	25	484
16	1	57	6	18	7.5	18	110.25
17	2	53	10	16	11.5	16	20.25
18	1	65	6	24	7.5	24	272.25
19	5	24	22	5	25.5	5	420.25
20	5	31	22	8	25.5	8	306.25
21	5	44	22	14	25.5	14.5	121
22	0	63	1	23	3	23	400
23	4	35	15	10	18	10	64
24	4	28	15	6	18	6	144
25	2	59	10	20	11.5	20	72.25
26	0	71	1	28	3	28	625

Продолжение Приложения Б

Продолжение Таблицы Б.1

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
27	2	58	10	19	11.5	19	56.25
28	5	40	22	13	25.5	13	156.25
29	0	61	1	21	3	21.5	342.25

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N-1)} \quad (\text{Б.1})$$

$$r_s = -0,828$$

Таблица Б.2 – Расчет коэффициента корреляции Спирмена тесноты связи параметров «Опросника общего здоровья» Д. Голдберга и когнитивного блока опросника «Отношение к здоровью»

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	1	78	1	50	1	50	2401
2	2	65	2	45	2.5	45	1806.25
3	2	74	2	49	2.5	49	2162.25
4	3	66	4	46	4	46.5	1806.25
5	4	69	5	48	6.5	48	1722.25
6	4	58	5	41	6.5	41	1190.25
7	4	49	5	24	6.5	25	342.25
8	4	50	5	27	6.5	29	506.25
9	5	51	9	32	9.5	32.5	529
10	5	49	9	24	9.5	25	240.25
11	6	66	11	46	11.5	46.5	1225
12	6	57	11	39	11.5	39.5	784
13	7	55	13	35	15	35	400
14	7	49	13	24	15	25	100
15	7	59	13	42	15	42	729
16	7	61	13	43	15	43	784

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
17	7	57	13	39	15	39.5	600.25
18	5	40	22	13	25.5	13	156.25
19	8	43	18	16	20.5	17	12.25
20	8	39	18	5	20.5	7	182.25
21	8	44	18	19	20.5	20	0.25
22	8	40	18	10	20.5	11.5	81
23	8	53	18	34	20.5	34	182.25
24	9	56	24	36	24.5	37	156.25
25	9	48	24	23	24.5	23	2.25
26	10	50	26	27	28	29	1
27	10	56	26	36	28	37	81
28	10	44	26	19	28	20	64
29	10	40	26	10	28	11.5	272.25
30	10	35	26	3	28	3	625
31	11	41	31	14	31.5	14.5	289
32	11	47	31	22	31.5	22	90.25
33	12	56	33	36	35	37	4
34	12	39	33	5	35	7	784
35	12	40	33	10	35	11.5	552.25
36	12	41	33	14	35	14.5	420.25
37	12	39	33	5	35	7	784
38	13	39	38	5	39	7	1024
39	13	50	38	27	39	29	100
40	13	40	38	10	39	11.5	756.25
41	15	37	41	4	41	4	1369
42	16	30	42	1	1	1	1681
43	17	43	43	16	17	17	702.25
44	17	51	43	32	32.5	32.5	121

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.2

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
45	18	50	45	27	29	29	289
46	18	44	45	19	20	20	676
47	18	39	45	5	7	7	1521
48	19	43	48	16	17	17	1024
49	19	50	48	27	29	29	400
50	19	33	48	2	2	2	2209

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N-1)} \quad (\text{Б.2})$$

$$r_s = -0,65$$

Таблица Б.3 – Расчет коэффициента корреляции Спирмена тесноты связи параметров когнитивного блока и ценностно-мотивационного блока опросника «Отношение к здоровью»

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	18	82	1	6	2	6	16
2	42	78	10	5	10.5	5	30.25
3	51	85	20	8	21	8.5	156.25
4	49	85	16	8	16.5	8.5	64
5	46	84	14	7	14	7	49
6	38	66	7	3	7	3	16
7	18	75	1	4	2	4	4
8	27	63	5	2	5	2	9
9	30	59	6	1	6	1	25
10	40	86	8	10	8.5	10	2.25
11	59	89	35	11	35	11	576
12	57	90	31	12	32	12	400

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.3

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
13	58	93	34	13	34	13	441
14	22	95	4	14	4	14	100
15	62	100	40	16	41	16.5	600.25
16	18	99	1	15	2	15	169
17	52	100	23	16	24	16.5	56.25
18	47	101	15	18	15	18.5	12.25
19	57	101	31	18	32	18.5	182.25
20	44	102	13	20	13	20.5	56.25
21	40	102	8	20	8.5	20.5	144
22	51	103	20	22	21	23.5	6.25
23	60	103	36	22	37	23.5	182.25
24	61	103	39	22	39	23.5	240.25
25	56	103	28	22	29	23.5	30.25
26	42	109	10	30	10.5	30.5	400
27	65	107	43	26	43	27	256
28	49	107	16	26	16.5	27	110.25
29	57	107	31	26	32	27	25
30	71	108	49	29	49	29	400
31	50	109	18	30	18.5	30.5	144
32	60	111	36	32	37	32.5	20.25
33	56	112	28	34	29	34	25
34	55	115	27	35	27	35.5	72.25
35	62	115	40	35	41	35.5	30.25
36	56	116	28	37	29	37	64
37	51	117	20	38	21	38	289
38	52	118	23	39	24	40.5	272.25
39	50	118	18	39	18.5	40.5	484

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.3

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
40	53	118	26	39	26	40.5	210.25
41	43	120	12	43	12	43	961
42	68	128	48	44	48	44	16
43	66	130	44	45	45.5	45	0.25
44	74	132	50	46	50	46	16
45	66	133	44	47	45.5	47	2.25
46	62	135	40	48	41	48	49
47	66	140	44	49	45.5	49.5	16
48	66	140	44	49	45.5	49.5	16
49	52	118	23	39	24	40.5	272.25
50	60	111	36	32	37	32.5	20.25

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N-1)} \quad (\text{Б.3})$$

$$r_s = -0,628$$

Таблица Б.4 – Расчет коэффициента корреляции Спирмена тесноты связи параметров когнитивного блока и эмоционального блока опросника «Отношение к здоровью»

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	18	78	1	16	2	18	256
2	40	80	10	22	10.5	22.5	144
3	66	91	44	35	45.5	35	110.25
4	50	108	20	49	20.5	49	812.25
5	53	78	27	16	27	18	81
6	43	55	14	4	14	4	100
7	68	93	48	36	48	36.5	132.25
8	66	114	44	50	45.5	50	20.25

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.4

Исп.	X	Y	Ранг X, d_x	Ранг Y, d_y	Ранг X, d_x	Ранг Y, d_y	$(d_x - d_y)^2$
9	74	99	50	45	50	45	25
10	66	85	44	28	45.5	28.5	289
11	62	93	40	36	41	36.5	20.25
12	66	88	44	32	45.5	33	156.25
13	56	88	29	32	30	33	9
14	55	96	28	38	28	38.5	110.25
15	62	87	40	30	41	30.5	110.25
16	56	104	29	48	30	48	324
17	51	77	22	14	23	14.5	72.25
18	52	78	25	16	25.5	18	56.25
19	59	45	36	2	36	2	1156
20	57	85	32	28	33	28.5	20.25
21	58	87	35	30	35	30.5	20.25
22	22	78	4	16	4	18	196
23	62	96	40	38	41	38.5	6.25
24	18	30	1	1	2	1	1
25	52	78	25	16	25.5	18	56.25
26	47	101	17	46	17	46	841
27	57	97	32	40	33	40.5	56.25
28	44	51	15	3	15	3	144
29	40	76	10	12	10.5	12.5	4
30	51	97	22	40	23	40.5	306.25
31	60	56	37	5	37.5	5	1056.25
32	61	81	39	24	39	24	225
33	56	98	29	42	30	43	169
34	42	73	12	11	12.5	11	2.25
35	65	84	43	27	43	27	256
36	49	80	18	22	18.5	22.5	16

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.4

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
37	57	98	32	42	33	43	100
38	71	102	49	47	49	47	4
39	50	83	20	25	20.5	25.5	25
40	60	98	37	42	37.5	43	30.25
41	42	62	12	7	12.5	7	30.25
42	51	77	22	14	23	14.5	72.25
43	49	88	18	32	18.5	33	210.25
44	46	83	16	25	16	25.5	90.25
45	38	72	9	10	9	10	1
46	18	60	1	6	2	6	16
47	27	64	5	8	5.5	8.5	9
48	27	64	5	8	5.5	8.5	9
49	30	79	7	21	7.5	21	182.25
50	30	76	7	12	7.5	12.5	25

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N-1)} \quad (\text{Б.4})$$

$$r_s = 0,608$$

Таблица Б.5 – Расчет коэффициента корреляции Спирмена тесноты связи параметров когнитивного блока и поведенческого блока опросника «Отношение к здоровью»

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
1	18	19	1	1	2	1	1
2	40	52	8	33	8.5	33.5	625
3	30	68	6	47	6	47	1681
4	27	46	5	24	5	25	400
5	18	43	1	19	2	19.5	306.25
6	38	49	7	30	7	30.5	552.25

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.5

Исп.	X	Y	Ранг X, d_x	Ранг Y, d_y	Ранг X, d_x	Ранг Y, d_y	$(d_x - d_y)^2$
7	46	34	15	7	15	7.5	56.25
8	49	49	17	30	17.5	30.5	169
9	51	44	21	21	22	21.5	0.25
10	42	25	10	5	10.5	5	30.25
11	60	74	37	49	37.5	49	132.25
12	50	35	19	9	19.5	9	110.25
13	71	40	49	14	49	15	1156
14	57	42	32	17	33	17.5	240.25
15	49	53	17	35	17.5	35	306.25
16	65	56	43	37	43	37	36
17	42	58	10	38	10.5	38.5	784
18	56	45	29	23	30	23	49
19	61	42	39	17	39	17.5	462.25
20	60	46	37	24	37.5	25	156.25
21	51	52	21	33	22	33.5	132.25
22	40	37	8	10	8.5	11	6.25
23	44	63	14	44	14	44	900
24	57	37	32	10	33	11	484
25	47	38	16	13	16	13	9
26	52	70	24	48	24.5	48	552.25
27	18	30	1	6	2	6	16
28	62	58	40	38	41	38.5	6.25
29	22	60	4	40	4	41.5	1406.25
30	58	65	35	45	35	45.5	110.25
31	57	48	32	27	33	28	25
32	59	34	36	7	36	7.5	812.25
33	52	60	24	40	24.5	41.5	289
34	51	44	21	21	22	21.5	0.25
35	56	40	29	14	30	15	225

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.5

Исп.	X	Y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	Ранг X, d _x	Ранг Y, d _y	(d _x - d _y) ²
36	62	40	40	14	41	15	676
37	55	65	27	45	27.5	45.5	324
38	56	55	29	36	30	36	36
39	66	24	44	2	45.5	3	1806.25
40	62	48	40	27	41	28	169
41	66	24	44	2	45.5	3	1806.25
42	74	48	50	27	50	28	484
43	66	80	44	50	45.5	50	20.25
44	68	51	48	32	48	32	256
45	43	60	12	40	12.5	41.5	841
46	53	37	26	10	26	11	225
47	50	43	19	19	19.5	19.5	0
48	66	24	44	2	45.5	3	1806.25
49	55	46	27	24	27.5	25	6.25
50	43	60	12	40	12.5	41.5	841

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N-1)} \quad (\text{Б.5})$$

$$r_s = -0,0329$$