

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 Изучение взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости

Обучающийся

А.В. Преснякова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

канд. пед. наук, доцент Л.Ф. Чекина

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

Тольятти 2023

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретические аспекты изучения взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости.....	9
1.1 Проблема тревожности в зарубежных и отечественных исследованиях.....	9
1.2 Проблема психологического здоровья.....	15
1.3 Изучение взаимосвязи психологического здоровья с уровнем тревожности в период взрослости.....	22
Глава 2 Эмпирическое исследование взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости.....	36
2.1 Организация экспериментального исследования и методы исследования.....	36
2.2 Анализ и интерпретация результатов по выявлению уровня тревожности, психологического здоровья личности.	39
2.3 Корреляционный анализ взаимосвязи между исследуемыми параметрами.....	79
Заключение.....	92
Список используемой литературы.....	95

Введение

Актуальность исследования. Является ли внутренняя неуспокоенность, заботливая тревога о том, что ещё не произошло, но, вероятно, может случиться, нормальным, естественным свойством и способностью человеческой психики управлять жизнью своего владельца? Или, быть может, наоборот, такая обеспокоенность – следствие сомнений в самом себе, симптом психического неблагополучия, неуравновешенности и только усугубляет неспособность человека найти, и уверенно занять свое место в жизни? В поисках ответов на эти и подобные им вопросы дискутируют на сегодняшний день специалисты исследователи на страницах своих трудов в России и за ее рубежами.

Психологическое здоровье человека – важный компонент личности, дающий возможность актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические способности. Научная актуальность исследования – в том, чтобы внести посильный вклад в разрешение проблемы психологического здоровья личности, сблизить различные представления о нём, отыскав в каждом из них зерно истины.

Отечественные и зарубежные разработки проблемы психологического здоровья личности привлекают все чаще внимание психологов. Этот интерес вызван необходимостью понимания, что лежит в основе выбора жизненных стратегий, что участвует в регуляции поведения, какие механизмы лежат в основе психологического здоровья и как это отражается на построении отношений с окружающими.

Тревожность личности влияет на психологическое здоровье. Этот факт можно считать установленным. В то же время, адаптивность выступает условием продуктивной социальной активности, самоопределения личности.

В настоящее время ведутся исследования влияния различных факторов (субъективных и объективных) на психологическое здоровье, уточняется

понятие психологического здоровья личности, ведется разработка надежного и валидного инструментария.

Особенности личности и ее социальные характеристики активно изучаются в контексте психологического здоровья.

Множество авторов рассматривает этот вопрос: Д.А. Леонтьев, И.В. Дубровина, Л.В. Марищук, Р.В. Галимова, Т.О. Гордеева, Н.К. Бахарева, О.В. Хухлаева, Т.Д. Скуднова, Т.Д. Шевеленкова, А.В. Шулаев, Р. Мэй, П.П. Фесенко.

Проблема исследования. В условиях социально-экономической нестабильности меняется ритм и образ жизни современного человека. Проблема стресса и его влияния на здоровье имеет решающее значение в развитии личности, накладывая отпечаток на дальнейший жизненный путь. Тревожность и стресс, которую переживает личность коррелирует с интеллектуальными особенностями, некоторыми особенностями восприятия, и уровнем притязаний.

В связи с этим изучения проблемы влияния уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости является актуальным.

Противоречия прослеживаются в следующем:

- изученность проблемы в настоящее время все еще не способствует пониманию уровня взаимосвязи между психологическим здоровьем и тревожностью человека;
- несмотря на то, что в сфере эмпирического изучения данного явления существуют сложности, связанные с отсутствием подходящего психодиагностического инструментария для исследования психологического здоровья, особую важность представляет накопленный учеными-исследователями опыт в области теоретических исследований и психодиагностической работы по изучению психологического здоровья;

– имеющиеся научные разработки по тематике периода взрослости не дают оптимально полной картины для достаточного понимания сложности проявления взаимосвязи уровня тревожности, и психологического здоровья личности в период взрослости.

На основании этих противоречий нами была определена **цель исследования** – изучить психологическое здоровье личности в зависимости от уровня тревожности в период взрослости.

Объект исследования – психологическое здоровье личности в период взрослости.

Предмет исследования – взаимосвязь психологического здоровья личности от уровня тревожности в период взрослости.

Гипотеза исследования – мы предполагаем, что чем ниже уровень проявления тревожности, тем выше уровень психологического здоровья личности в период взрослости.

Для достижения цели нами были поставлены следующие **задачи**:

- изучить понятие «тревожность» в зарубежных и отечественных исследованиях;
- рассмотреть проблему психологического здоровья;
- проанализировать теоретические подходы на проблему взаимосвязи психологического здоровья и развития тревожности в период взрослости;
- выявить уровень психологического здоровья личности и уровень тревожности в период взрослости;
- изучить взаимосвязь психологического здоровья личности от уровня тревожности.

Теоретико-методологическая основа данного исследования – основные принципы отечественной психологии: личностный и деятельностный подход в контексте социокультурных факторов личностного развития А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, Б.Ф. Ломова, Л.С. Выготского,

теоретические положения гуманистической психологии (А. Маслоу, К. Роджерс); детерминизм; единство теории, эксперимента и практики.

Различные подходы к определению понятия тревожности (С.Ю. Головин, А.М. Прихожан, Л.И. Божович, Р.С. Немов, А.В. Петровский) и личностной тревожности (С.С. Степанов, Ф.Б. Березин, А.М. Прихожан, А.И. Захаров, Ч.Д. Спилбергер, Р. Мэй).

Методы и методики исследования. Для решения задач исследования применялся комплекс методов, адекватно отвечающий исходным методологическим позициям и теоретическим решениям проблемы:

- метод теоретического анализа;
- эмпирические методы – опрос, тестирование;
- метод количественного и качественного анализа данных.

В качестве тестового инструментария привлекались следующие психодиагностические методики:

- методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности;
- методика измерения уровня тревожности (Шкала Дж. Тейлора);
- методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд;
- методика «Шкала оценки качества жизни» (Н.Е. Водопьянова, в модификации Н.П. Фетискина и Т.И. Мироновой).

Экспериментальная база исследования. Экспериментальное исследование проводилось с испытуемыми двух групп первая группа, в количестве 30 человек испытуемые в возрасте 25-35 лет; вторая группа в количестве 30 человек испытуемые в возрасте 36-50 лет, на базе медицинской организации ООО «Новый Формат» г. Сызрань.

Новизна исследования:

- описаны основные подходы по проблеме проявления тревожности у личности в период взрослости;

– получение новых знаний о влиянии уровня тревожности на психологическое здоровье личности в период взрослости.

Теоретическая значимость исследования состоит в расширении представлений о теоретических аспектах изучения влияния уровня тревожности на психологическое здоровье личности в период взрослости.

Практическая значимость исследования. Получен экспериментальный материал взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости. Результаты исследования могут быть использованы психологами, студентами психологических факультетов.

Научность и достоверность результатов исследования обеспечивалась логикой построения исследования, определением методологической базы исследования, репрезентативностью выборки, применением комплекса методов сбора данных, адекватных поставленным задачам, использованием современных методов теоретического и статистического анализа данных.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в разработке алгоритма исследования, основных компонентов психологического здоровья личности в период взрослости. В разработке алгоритма выявления взаимосвязи между уровнем тревожности и психологическим здоровьем.

Апробация результатов исследования, проведенного в рамках магистерской диссертации, осуществлялась в процессе консультативной работы с сотрудниками организации «Новый Формат» по полученным диагностическим результатам с помощью диагностического инструментария.

На защиту выносятся следующие положения:

– проведенный теоретический анализ проблемы проявления тревожности и анализ проблемы психологического здоровья помогает

определить основные аспекты, влияющие на состояние психологического здоровья личности;

– описание основных уровней проявления тревожности, уровня качества жизни, уровня социально-психологической адаптации, поможет определить, какие особенности встречаются в период взрослости;

– изучение взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости при помощи корреляционного анализа способствует построению актуальной картины о проблемах психологического здоровья личности в период взрослости.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, содержит 13 рисунков, 18 таблиц, список используемой литературы (56 источников) включает источники на иностранном языке. Основной текст работы изложен на 99 страницах.

Глава 1 Теоретические аспекты изучения взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости

1.1 Проблема тревожности в зарубежных и отечественных исследованиях

Является ли внутренняя не успокоенность, заботливая тревога о том, что ещё не произошло, но, вероятно, может случиться, нормальным, естественным свойством и способностью человеческой психики управлять жизнью своего владельца? Или, быть может, наоборот, такая обеспокоенность – следствие сомнений в самом себе, симптом психического неблагополучия, неуравновешенности и только усугубляет неспособность человека найти, и уверено занять свое место в жизни? В поисках ответов на эти и подобные им вопросы дискутируют на сегодняшний день специалисты исследователи на страницах своих трудов в России и за ее рубежами.

Термин «тревожность» появляется в словарях примерно с 1771 года, но о том, откуда именно он появился, спорят до сих пор.

Психологический словарь под редакцией В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова определяет тревожность так: «индивидуальная психологическая особенность, заключающаяся в увеличенной предрасположенности испытывать беспокойство в самых разных жизненных обстановках, в том числе и в тех, что к этому не предрасполагают» [6].

В других источниках (сборниках) это определение уточняется в том смысле, что тревога наступает слишком быстро (психологический словарь под ред. Л.А. Карпенко) [19], А.Л. Венгер [11], В.К. Вилюнас [8]) а С.Л. Рубинштейн считает ее предрасположенностью человека переживать эмоциональное состояние в ситуации неопределенной опасности,

проявляющееся в ожидании неблагоприятного варианта развития событий [34].

По мнению Л.И. Божович, тревожность – это переживание, в основе которого – неудовлетворенность ведущих потребностей индивида. Тревожность может быть адекватной (отражает объективное отсутствие 15 условий удовлетворения той или иной потребности) и неадекватной (в ситуациях, когда эти условия в наличии) [5].

По определению Р.С. Немова: «Тревожность – постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях» [27].

Рассмотрением проблемы тревожности и страха занимаются многие отечественные психологи, наиболее авторитетные из которых – В.М. Астапов, А.М. Прихожан, Ю.Л. Ханин, А.И. Захаров, А.Л. Венгер.

Практический интерес представляет синдромный подход А.Л. Венгера. Психологический синдром предполагает «наличие комплекса взаимосвязанных признаков, часть которых считается ключевыми для образования синдрома. Так, тревожность – главный признак при синдроме хронической неуспешности, перерастающей к подростковому возрасту в тотальный регресс. При высокой тревожности для человека отличительны неуверенность в себе, постоянные опасения, страхи. Опасаясь совершить ошибки, такой человек всегда стремится контролировать себя. Это явление А.Л. Венгер называет тревожным гиперконтролем, который только нарушает обычное претворение в жизнь автоматизированных поступков. С уровнем тревожности он связывает степень стрессоустойчивости, объясняя это тем, что обстановка, которая человеком с низкой тревожностью воспринимается как абсолютно обычная, при высокой тревожности вызывает стресс. Состояние тревоги переживается как ожидание опасности, неопределенной угрозы. Острая тревога приводит к разрушению работы, панике» [11, 40, 44].

Особенный интерес представляют исследования В.А. Бакеева под началом А.В. Петровского, где тревожность рассматривалась с исследованием психологических приспособлений внушаемости, как результат реальной тревоги, образующейся в конкретных негативных условиях в жизни человека, как образования, образующиеся в ходе его работы и общения. Другими словами, это действие общественное, но не биологическое [19].

Психоаналитический подход к тревожности связан, «в первую очередь, с именем З. Фрейда (Sigmund Freud), выделившим механизмы происхождения тревоги. Тревога – начальная реакция на слабость при травме, активно ослабленная реакция «Я», репродуцируемая далее в надежде, что оно сможет самостоятельно управлять ее течением» [42, 45, 47]. Результатом работы З. Фрейда в данном направлении считается выделение 4 видов тревоги у человека:

- первичная тревога связана с переживанием отделения от матери;
- реалистическая тревога выступает как эмоциональный ответ организма на угрозу из окружающего мира;
- невротическая тревога связана с боязнью невозможности контролировать импульсы «оно» сексуального либо агрессивного характера;
- нравственная тревога выступает как робость «Я» не соблюсти запреты со стороны «Сверх-Я» [16, 24, 41].

Сущность понимания тревожности в социально-психологическом контексте сводится к тому, что тревога появляется при несоблюдении межличностных отношений. Данного направления придерживались К. Хорни (Karen Horney), Э. Фромм (Erich Fromm) и Г.С. Салливан (Harry Stack Sullivan) [10, 17, 35, 37].

С позиции поведенческого подхода тревожность считается чувственной реакцией, образующейся на базе относительных рефлексов.

А.М. Прихожан признает «источником социально-ситуационной тревоги не только обретенную ранее в похожих обстановках реакцию (опыт индивида), но и значимость ситуации для индивидуума, обусловленную культурными ценностями» [29].

Когнитивная модель тревожности А. Эллиса (Albert Ellis) и А. Бека (Aaron Beck) описывает признаки, отображающие работу специфических адаптационных систем: когнитивной, аффективной поведенческой, мотивационной и физиологической. Основной механизм борьбы с опасностью у обычного человека тот же, что и у больных с синдромом тревожности: стремительное принятие решений, физиологическая подготовка организма для бегства либо борьбы [28].

В гештальтпсихологии тревога рассматривается как состояние, образующееся между «здесь» и «там», между «теперь» и «тогда». Мысли о будущем порождают тревогу из-за его неопределённости, выбивают почву (здесь и сейчас) из-под ног, о существовании которой человек просто забывает, становясь на сыпучий песок неизвестного завтра.

Более того, когда мы в настоящем пытаемся прогнозировать результаты нашей деятельности, стараемся понять, насколько такие достижения будут соответствовать представлениям общества о впечатляющим успехе, мы начинаем испытывать беспокойство, тревогу и даже боязнь неудачи или неспособности добиться настоящего признания.

Влиятельным исследователем тревоги в когнитивной теории считается Р. Лазарус (Richard Lazarus). По его мнению, «ключ к пониманию тревоги – то, как человек видит опасную ситуацию. В центре теории тревоги стоит человек как воспринимающее существо. Хотя доктор Р. Лазарус полагает, что тревога является эмоцией, основанной на когнитивных посредниках между ситуацией и реакцией, он подчеркивает, что тревога связана не с патологией, а с самой природой человека» [21].

Однако во многих работах союзников когнитивной теории описывается не тревога, а действие эмоционального стресса на человека. Тревога – это неразгаданная боязнь, порождающая смутное чувство опасности.

Изучение теоретических построений наиболее влиятельных учёных из разных стран позволяет выделить две концепции понимания тревожности, которыми они оперирует по отдельности или совместно, – с одной стороны, речь идёт о врождённым качестве человеческой психики, а, с другой, – о механизме ее реагирования на недружелюбную или враждебную внешнюю среду, то есть о социальном факторе её происхождения.

Анализ основных работ показывает, что в понимании природы тревожности у зарубежных авторов можно проследить два подхода – сознание тревожности как присущие человеку свойство, и сознание тревожности как реакцию человека на агрессивный внешний мир, то есть выведение тревожности из общественных критериев жизни.

В целом, более мягким и гибким становится в последнее время отношение к данной проблематике в российской научной среде. Все чаще обращается внимание на то, что обеспокоенность, даже умеренное чувство тревоги – это нормальная, естественная реакция человека, которая более способствует, нежели препятствует здоровой и успешной жизнедеятельности. Другими словами, тревожная озабоченность всего лишь свидетельствует об осознании человеком некоторого несоответствия своего положения условиям внешней среды, в результате которого производится поиск путей изменения этого состояния.

Таким образом, обеспокоенность – это не беда, не проблема и не кризис, а, наоборот, – мотивация и стимул для адаптации и развития. Важно при этом, тем не менее, чтобы состояние тревожности не закреплялось в качестве привычного, не зацикливалось в сознании, не развивалось в направлении патологии, приобретая чрезмерный и довлеющий характер [31].

Делая что-то, мы начинаем беспокоиться, о том правильно ли мы поступаем и сможем ли добиться нужных результатов. Это беспокойство неизбежно сказывается на самой работе, явно порождая задержки и несуржицы, которые, конечно, не остаются без внимания окружающих. Замечания последних, как бы подтверждают нашу тревогу, делая пустые, как правило, мысли фактической реальностью. Так формируется порочный круг, который очень трудно разорвать. Хуже всего, если весь этот процесс, с самого начала возникновения внутренней психологической напряженности и вплоть до действительной причины кривых взглядов, насмешек и порицаний, остается неосознанным. В этом случае наше состояние только усугубляется [43].

Таким образом, проведя анализ научной литературы, мы пришли к выводу, что понятие «тревожность» многогранно.

Психологическая наука даёт различные толкования природы тревожности. Большинство психологов считает, что «рассматривать это понятие надо дифференцированно – как ситуативное явление и как личностную характеристику. Тревожность, имея природную основу (свойства нервной и эндокринной систем), складывается прижизненно, в результате действия социальных и личностных факторов».

Тревожность – фактор, опосредующий поведение человека в конкретных или широком диапазоне ситуаций. Тревожность – есть факт жизни, но узнать её можно далеко не всегда, поскольку напряженность, обеспокоенность, боязнь и даже страх могут являться под «личиной» и маской агрессии, обмана, жалоб на болезненное состояние, нарочитой активности, мнимой покорности судьбе и тому подобное.

1.2 Проблема психологического здоровья

Душевное здоровье человека – явление настолько сложное, многоаспектное и тонко организованное, что и по сей день наука не может прийти к универсальному осознанию всего этого микрокосма и дать удовлетворяющее все пытливые умы определение [4]. Поэтому приходится собирать мозаику по частям – обратимся хотя бы к главенствующим концептуальным представлениям об этом феномене.

О высокой значимости психологического здоровья можно судить по определению Устава ВОЗ: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

В данном случае профессиональное медицинское заключение, несколько приправленное, разумеется, политикой (поскольку речь идёт о международной организации), отражает единства мнений в глобальном масштабе: психическое благополучие в современном научном и общественном понимании – бесспорно инкорпорированная часть здоровья человека, существенная как для него самого, так и для всех остальных. Отсюда следует, что национальное сообщество и его государственная надстройка призваны заботиться, в том числе, и об этой стороне благополучия человека наравне с его физическим благополучием. Такое значительное расширение толкования позволяет заметить и заговорить о таких гораздо более масштабных и общих факторах благополучия человека, как благотворное устройство общественной жизни, стабильное и здоровое состояние экономики, техно- и экосферы [6].

Учебное пособие «Психическое здоровье и защитные механизмы личности» Л.Д. Деминой, И.А. Ральниковой начинается так: «Проблема психологического здоровья личности, живущей в нестабильном, изменяющемся мире, сложных, экстремальных социо-экологических

условиях, выступает на первый план в конце прожитого – начале нового, XXI века – века наук о человеке, среди которых и не только, на первый взгляд, консолидирующее место принадлежит психологии» [43].

В специальной литературе довольно широко и активно обсуждается проблема о социальном индуцировании специфических нарушений психологического здоровья. Один из первых указал на это доктор З. Фрейд.

Рассмотрим некоторые показатели психологического здоровья и методики их измерения. Сначала кратко представим уже установленные в литературе показатели.

Депрессия. Депрессивную симптоматику оценивают по шкале Центра эпидемиологических исследований – депрессия (CES-D). Например, в Соединенных Штатах CES-D является эффективным и широко используемым методом измерения депрессии у пожилых людей. NSHAP использовала более короткую форму шкалы CES-D из 11 пунктов штата Айова, используя те же категории ответов, что и в исходной шкале из 20 пунктов. Факторный анализ показывает, что краткая форма Айовы охватывает те же размеры, что и полная шкала CES-D, но с небольшой точностью. Вместо того, чтобы функционировать как диагностический инструмент для оценки депрессивного расстройства, CES-D указывает на депрессивную симптоматику в этой пожилой популяции. Ответы суммируются для получения общего балла, более высокие баллы указывают на более выраженную депрессивную симптоматику. В образце NSHAP стандартизированная альфа Кронбаха составляла 0,80.

Счастье. Респондентам был задан один вопрос: «Если бы вы рассматривали свою жизнь в целом в эти дни, насколько счастливы или несчастны вы в целом – чрезвычайно счастливы, очень счастливы, довольно счастливы, несчастливы иногда или несчастливы обычно?» Этот вопрос был выбран из-за его эквивалентности вопросу из Общего социального

исследования, которое установило параллельную валидность и использовалось в значительном количестве различных исследований.

Самооценка. При оценке этого показателя измеряют сильную конвергентную валидность одного элемента, взятого из шкалы самооценки Р. Розенберга, с другими конструкциями самооценки. Респонденты указывают, насколько верно для них утверждение: не совсем верно, несколько неверно, ни верно, ни неверно, в чем-то верно или очень верно.

Одиночество. При оценке этого показателя измеряют три пункта, указывающих на одиночество – «Мне не хватает общения», «Я чувствую себя обделенным» и «Я чувствую себя изолированным», – а также категории ответов были взяты из модуля одиночества HRS 2002. Ответы на каждый вопрос суммируются, при этом более высокие баллы указывают на большее одиночество. Внутренняя надежность, обнаруженная в модуле HRS, составляет 0,72. Однако в нашей выборке шкала одиночества достигла более высокой внутренней согласованности со стандартизированным значением альфа 0,81.

Следующие показатели качества жизни – тревога, стресс и самооценка эмоционального здоровья. Беспокойство измеряет модифицированная версия подшкалы тревоги (HADS) из семи пунктов Первоначально разработанный как скрининговый инструмент для оценки психологического дистресса у пациентов, HADS успешно использовался в популяционных исследованиях и доказал свою надежность и достоверность. Респонденты сообщают об ощущении тревожного настроения, мыслей и беспокойства за последнюю неделю по 4-балльной шкале Лайкерта от 0 до 3, где более высокие значения указывают на более высокий уровень тревожности; баллы суммируются, и общий балл по подшкале тревожности колеблется от 0 до 21. Интервьюируемых инструктируют давать немедленную реакцию на каждый вопрос [11].

Не подлежит сомнению на сегодняшний день доказанный наукой факт, что человек – существо общественное. Поэтому большую часть аномалий в психическом состоянии человеческого существа наука связывает, главным образом, с нарушениями в процессе его естественного встраивания в общественную жизнь, принятия и внутренне комфортного следования стандартам, нормам и правилам общежития, принятым большинством. Эта мысль характерна для многих направлений современных психоаналитики, психологии и отчетливо представлена в гуманистической психологии, в частности, работах А. Маслоу (Abraham Maslow). Как отмечала И.В. Дубровина, если термин «психическое здоровье» имеет отношение, с нашей точки зрения, прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом...» [25].

Инженерно-механистический научный подход 19-го века с его потрясающими техническими достижениями, далеко отошедший от индивидуальности подход века 20-го с его социальными революциями и борьбой идеологий до сравнительно недавнего времени определяли отношение к психологическим проблемам человека и феномену психики вообще, демонстрируя сугубый прагматизм и довольно прямолинейную ориентацию на экономическую или социальную полезность. До сих пор психология не считается частью медицины, а психическое здоровье рассматривается в логике и по критериям хорошо развитых психиатрии и психопатологии [22].

Как справедливо отмечает Б.С. Братусь, «когда встает вопрос о критериях психического здоровья, все сводится либо к статистическим критериям, либо к адаптационным, либо к негативным (пока явно не болен, то здоров)».

Только во второй половине прошлого века, когда в сферу научного интереса был включен здоровый человек, стало ясно, что применять

к личности только эти подходы и критерии недостаточно. Переосмысление проблем здоровья и патологии, обозначилось в переходе от жесткого фиксирования нормальных и болезненных состояний к исследованию процесса становления личности, ее свободного и искреннего самораскрытия [28].

В психологию термин «психологическое здоровье» введен относительно недавно, в девяностые годы прошлого века. Психологическое здоровье можно «рассматривать как феномен личности, включающий три основных аспекта: духовный, эмоциональный и социальный, из чего следует, что психически здоровый человек способен поддерживать душевное равновесие и социально адаптироваться к любым условиям, а психическое благополучие может характеризоваться гармоничностью, уравновешенностью и устойчивостью психики к различным факторам внутренней и внешней среды, что можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки для выполнения человеком «запредельных» жизненных целей и задач, связанных с поиском истины и смысла жизни».

Г.С. Никифоров предпринял попытку «перечислить характеристики (критерии) психического здоровья через проявления психических процессов, состояний, свойств личности (адекватность психического отражения, способность концентрировать внимание на предмете, креативность, эмоциональная устойчивость, оптимизм, нравственность, воля, энергичность и прочие), то есть то, что характеризует универсальные человеческие тенденции, личностные характеристики: адаптация к физической и общественной среде; адекватное восприятие социальной действительности; направленность на общественно-полезное дело; интерес к окружающему миру; культура потребления; альтруизм; демократизм в поведении; эмпатия; ответственность перед другими; бескорыстие» [27].

От психического здоровья личности зависит благополучие его самого, семьи, его цели и установки, самооценка и жизненный успех. Человеку

нужно стараться избегать стрессов, частой раздражительности, недосыпания, физического и эмоционального перенапряжения. Каждому необходим отдых, смена обстановки, расслабленность, чтобы не возникало нервных срывов, утраты самоконтроля, ориентации в пространстве и потерянности в социуме и мире.

Сегодня имеются разнообразные практические рекомендации относительно того, как именно можно устроить свою жизнь, чтобы сохранять и укреплять свое психическое благополучие. Предлагаются как модели образа жизни (или, как говорят американцы, – стили жизни), так и отдельные элементы, оказывающие ту или иную меру благотворного воздействия. В частности, забота о психическом здоровье включается в большинство современных доктрин о здоровом образе жизни, приобретших большую популярность в развитых странах мира, а в последние годы, – и в России. Однако подлинно научное понимание данной проблематики заключается в том, что для достижения желательного результата необходимо интегральное сочетание многих факторов, как зависимых, так и независимых непосредственно от самого субъекта. Здесь и общественное здоровье и благополучие в целом, система общественных ценностей, ориентаций и отношения к отдельной личности, благоприятное состояние окружающей техногенной и природной среды, а также, безусловно, базовое физическое благополучие самого индивида и его персональная ответственность перед самим собой, семьей и обществом. Исходя из этих же соображений, формулируются сегодня понятия здоровья человека и его расстройств, выстраиваются отношения этой проблематике [29].

Психологическое здоровье как интеграцию внутреннего и внешнего воздействия рассматривает О.В. Завгородняя [14]. «Давление внутренней реальности заключается в желании экспрессии, выражения внутреннего во внешнее, причем для внутренней реальности неважно в социально одобряемой или неодобряемой форме происходит выражение. Давление

внешней реальности заключается в требовании выполнения тех или иных социальных ролей и связанных с ними поведенческих форм деятельности. Противоречия между внутренней и внешней реальностью предполагают наличие своеобразного функционального органа, который бы отвечал за их интеграцию, так называемого личностного центра, высокоразвитость которого является основой психологического здоровья. Психологическое здоровье – состояние открытости опыту, тесного контакта с внутренней и внешней реальностью и конструктивного самовыражения в жизненной практике» [12].

Из проведенного исследования научных источников нами выделены следующие особо значимые показатели психологического здоровья:

- успешная адаптированность к социуму;
- наличие собственной жизненной позиции;
- активность, направленная на реализацию собственного внутреннего потенциала;
- духовность, свобода и ответственность;
- тождественность самому себе, своей природе, переживание своего «Я»;
- творчество;
- важность другого, эмпатическое понимание и принятие другого человека.

Таким образом, можно сказать, что существует масса различных подходов к проблеме психологического здоровья, как в медицинской и психологической парадигме, так и в теоретической психологии личности и психологической практике

1.3 Изучение взаимосвязи психологического здоровья с уровнем тревожности в период взрослости

В современном обществе растет уровень развития психических расстройств, среди взрослого населения. Была обнаружена прочная связь между психическим и физическим здоровьем. Однако мало что известно о потенциальных путях, через которые психическое здоровье влияет на физическое здоровье и наоборот (то есть о так называемых «косвенных эффектах»).

Человек – есть живой организм необычайно сложной конструкции, сформировавшийся на протяжении миллионов лет естественного отбора и десятков тысяч лет общественно-культурного развития. Таким образом, на сегодняшний день человек представляет собой многогранное существо со своей особенной физиологией, психикой и, разумеется, интеллектом – уникальным явлением в мире живой природы. В этой логике, однозначно, в каком-либо только одном отношении, характеризовать человеческое здоровье неверно. Здоровыми должны быть все компоненты человеческого существа – физический, эмоциональный, интеллектуальный, психический, а также компонент особого рода, вытекающий из природы человека как существа общественного. Показатель полноценного человеческого здоровья – способность комфортно жить, действовать и развиваться в сообществе, не испытывая при этом эмоциональных и психологических проблем, быть физически активным в соответствии с периодом его биологического возраста. [27].

Период взрослости принято рассматривать «с указанием границ возраста (18-60 лет – по Б.Г. Ананьеву) и подэтапов (ранняя взрослость, зрелость, поздняя взрослость). Однако формальное достижение этапа взрослости в современном мире оказывается слабо связанным с развитием содержательных критериев психологической взрослости. Отмечается

тенденция смещения или «размывания» границ возрастов: в некоторых возрастных периодизациях подростковый возраст может длиться до 18-21 года [35], а фактическое переживание кризиса идентичности, характерное для подросткового или юношеского возраста, смещается на более позднее время – 30-35 лет» [5].

Таким образом, современный «взрослый» может фактически быть незрелой личностью «календарно-возрастной» идентичности. Более того, как пишет З. Бауман (Zygmunt Bauman): «трудность состоит не столько в том, как обрести избранную идентичность... сколько в том, какую идентичность выбрать и как суметь сделать другой выбор, если ранее избранная идентичность потеряет ценность» [3].

Одна из базовых характеристик взрослости – способность к децентрации собственной позиции как на когнитивном уровне, так и личностном. Другая – переживание связи с культурным, историческим опытом предшествующих эпох и поколений (укорененность, причастность), в том числе переживание связи с другими людьми в группе. Третья – относительная автономия и независимость от окружения [2].

В условиях социально-экономической нестабильности меняется ритм и образ жизни современного человека: характер питания, низкая двигательная активность, информационные и психоэмоциональные перегрузки. Эмоциональная сфера, будучи особым классом психических процессов и состояний, отражает непосредственные переживания человека и воздействуют на его поведение и деятельность [1, 7]. Особая роль здесь отводится эмоциональному напряжению, в частности, – состоянию стресса. Стресс представляет собой состояние чрезмерно сильного и длительного психологического напряжения, которое возникает у человека, когда его нервная система получает эмоциональную перегрузку [15].

В научной среде и общественном сознании все отчетливее отражается понимание происходящей у нас на глазах глобальной тектонической

трансформации общественной жизни цивилизационного масштаба, которая сказывается на всех уровнях существования и жизнедеятельности человека – от сугубо индивидуального, семейного, уровня локальных сообществ до межнационального и мирового. Меняется сам уклад общественной жизни, оставляя позади эпоху тотальной индустриализации и безудержного потребления и вступая в новую эру преобладания высоких технологий, неограниченного информационного обмена, экономики знаний и услуг, интерактивного интеллектуального, эмоционального и духовного взаимодействия между людьми со всех континентов. Такие фундаментальные изменения, конечно, не могут не сказываться на обыденной жизни, на ощущении человеком своей уязвимости, на попытках адаптироваться, найти своё место в мире, который уже перестал быть прежним, но ещё не сформировался в новую устойчивую конструкцию. Традиционные общественные устои подвергаются сомнению, а иной раз испытывают прямое разрушительное давление со стороны агрессивной идеологии перемен. Ответная защитная реакция приводит к разделению, расколу обществ и людей. Техногенные явления, появившиеся в промышленную эпоху, оказывают существенное влияние на всю среду обитания человека, что вынуждает искать пути преодоления таких негативных воздействий, хотя сам факт их существования и степень исходящих от них угрозы до сих пор остаются предметом дискуссий на всех уровнях. В этих условиях проблематика психического здоровья человека приобретает ещё большее значение, а его осмысление в новом, расширенном, комплексном, системном ключе требует усилий со стороны многих отраслей современной науки.

Вопросы психологического здоровья личности в различных ракурсах рассматриваются в контексте проблем педагогической психологии, социальной психологии, психологии труда, организационной психологии,

юридической психологии, военной психологии и других областей психологии [9].

Наука сегодня утвердила понимание психологического здоровья личности в качестве особого динамического образования, характеризующего единство защищенности субъекта и сохранения во времени его способности к развитию в направлении личностно значимой цели. К внутренним индикаторам ее нарушения относятся психологический дискомфорт, депрессия, страх, тревожность и прочие неблагоприятные субъектные переживания и ощущения [18].

Тревожность здесь занимает особенное место, обусловленное неоднозначностью последствий ее возникновения и сохранения в психическом поле субъекта безопасности.

Преобладание негативного психического фона – самый явный показатель тревожности, а спектр его последствий достаточно широк: снижение умственной работоспособности, разрушение сферы его коммуникации, формирование у него устойчивых неблагоприятных психических состояний [20, 36].

Проблема заключается еще и в том, что, подобно патогенезу, тревожность может распространяться от носителя к ближайшему окружению, в особенности, если такая группа людей сплачивается на достаточно длительный период времени для решения одной и той же задачи и имеет достаточно длительный тесный контакт, общение и даже отношения. Если носитель занимает высокое положение, обладает авторитетом или способен манипулировать товарищами коллегами, то заражение вполне может состояться и привести к негативным, если не разрушительным последствиям для всего сообщества [26].

Таким образом, неконтролируемая или недостаточно контролируемая обеспокоенность, напряженность, тревожность, боязнь имеет ярко выраженный вредоносный характер, как для самого человека, так и для его

ближайшего окружения. Прогресс в этом случае, как минимум, тормозится, а в худшем случае останавливается вовсе. Человек перестаёт чувствовать уверенность в себе и своих силах, становится беззащитным и неспособным к самореализации и развитию. Более того, его эмоциональный фон, если сам человек достаточно влиятелен, ровно в том же смысле и зачастую степени парализует и ухудшает жизнь группы зависимых от него либо расположенных к нему людей [30, 46].

С другой стороны, обеспокоенность обостряет чувства, усиливает восприимчивость. Действительно, ведь в состоянии настороженности мы концентрируем свое внимание на происходящем вокруг нас, на том, что в состоянии покоя, привычности к обыденному окружен, при следование обыкновенной модели поведения в типичных и практически не меняющихся условиях, мы бы попросту не заметили или проигнорировали. А эта способность, в свою очередь, позволяет нам вырабатывать соответствующие обстоятельствам реакции, то есть брать ситуацию под контроль. Пожалуй, именно таким образом мы реанимируем и активируем присущую нам способность к адаптации, которая позволила нашему виду оформиться в процессе естественного отбора и развиваться в нынешнюю цивилизацию. И именно таким образом мы изменяемся под воздействием внешней среды, обеспечивая себе перспективу для успешного прогресса. Можно ли назвать здоровым такое состояние человеческой психики? Наверное, да. [32].

Возникает логическое противоречие, в соответствии с которым одна и та же характеристика, изменяя способность субъекта к управлению своими эмоциями и поведением в худшую или лучшую сторону, соответственно, препятствует или способствует достижению им психологического здоровья.

Одним из первых к изучению тревоги как субъектного состояния и тревожности как личностной характеристики обратился З. Фрейд, который связал тревогу с переживанием человеком напряжения, обеспокоенности, раздражительности, чувства грядущего неблагополучия [41]. Вместе с тем,

было показано, что в ряде случаев тревога является необходимым элементом приспособления человека к окружающей реальности. Проявления как слишком высокой, так и слишком низкой тревоги может с полным основанием трактоваться в качестве признаков дезадаптивной реакции, которая обнаруживается при отказе субъекта от приспособительного, адаптивного поведения.

Авторы (Р. Кеттел (Raymond Cattell), Ч. Спилбергер (Charles Spielberger), Ю.Л. Ханин и другие) традиционно различают ситуативную тревогу (состояние субъекта в определенный промежуток времени) и тревожность как достаточно устойчивое свойство личности. В зависимости от наличия в ситуации объективной угрозы Ч. Спилбергером выделяется также «объективная», «реальная тревога» и тревога «неадекватная», или, собственно, тревога, проявляющаяся при нейтральных, не угрожающих условиях. Тревогу различают также по факторам, которыми она вызывается (тревога выступления, тревога автора, тревога водителя) [52, 54, 56].

Независимо от разновидности, тревога, во всяком случае, вызывает неприятное, и даже болезненное состояние. Прежде всего, – это эмоциональный дискомфорт из-за осознаваемого или неосознанного ожидания неудачи или предчувствия опасности, которая может грозить в недалёком будущем [33]. Тревогу субъект переживает из-за неопределенной угрозы, чаще всего безобъективной. Практика подтверждает трудность изживания такой тревоги, так как осознание ее источника практически невозможно. Однако, ситуация меняется, как только угроза приобретает конкретное предметное содержание, оформляется в реакцию на визуализируемую и осознаваемую опасность, то есть перерастает в страх. Страх, в отличие от тревоги, более управляем как на личностном уровне, так и под внешним влиянием. Вместе с тем, не всегда тревогу удается объективировать и подвергнуть корректирующему воздействию.

Тревога, как *idée fixe*, трансформируется в обеспокоенность или боязнь, которую, человек начинает испытывать достаточно часто при малейшем поводе или более или менее постоянно. Если такое состояние психики сохраняется в течение достаточно долгого времени, то внутренняя энергия, которая неизбежно тратится на компенсацию негативных эмоций, попросту истощается, инстинкт самосохранения получает всё меньше подпитки, а нормальное и жизненно необходимое чувство уверенности в себе и своих силах, самостоятельности и внутренней защищенности почти пропадает [23, 48, 50].

Авторы фиксируют природную основу тревожности. В частности, в исследованиях Р. Кеттела она рассматривается в качестве свойства темперамента или индивидуального образования, вызываемого слабостью нервных процессов. Однако, несмотря на наличие врожденной предрасположенности, тревожность оформляется прижизненно под влиянием действия социальных и личностных факторов.

Возникновение достаточно серьезных для человека, нерешаемых обычными и известными способами проблем, которые ставят под угрозу его привычное или желательное положение дел в каком-либо отношении, вполне может вывести человека из равновесия, вызвать не просто обеспокоенность, но длящееся во времени состояние неустроенности, напряженности и постоянной тревоги за будущее. Быть может, сама угроза и не конкретна, быть может, и не так серьёзна, как представляется, но действует как болезненный фактор, нарушающий психическое благополучие. Каждый человек бывает, обеспокоен по-разному, в различной степени. Также может быть различной и реакция одного человека на разные угрозы. Однако достаточно длительное пребывание в таком состоянии тревожности действительно сулит серьезные нарушения психического здоровья, а иной раз и приобретение и закрепление такого рода черты характера, когда любая ситуационная угроза привычному, спокойному и в какой-то мере

счастливному образу жизни, положению, существованию будет вызывать интенсивную, сходную, не обоснованную реалиями болезнетворную реакцию.

Актуализация тревожности зависит не только от уровня угроз, заложенных в ситуации, но и от субъектных особенностей их восприятия. Личностная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные, связанные со специфическими ситуациями угрозы его престижу, самооценке, самоуважению [13, 49, 51]. «Зараженные» тревожностью люди усматривают угрозу практически во всём, опасаясь за целостность своей хрупкой самооценки, боясь, что вредоносное воздействие доберётся до него сквозь все «посты охраны» и ранит самое незащищенное и гиперчувствительное внутреннее «Я». Воля и способность таких людей оборонять себя как бы парализуется, ибо исчезает вовсе. Любой риск в любой ситуации становится для них «смертельным» [12]. Поэтому даже на солнце они начинают видеть тень, опасаясь, фигурально выражаясь, «пришествия тьмы» или «конца света».

В качестве внутренних, личностных факторов могут выступить также внутренние конфликты, вызываемые, например, самооценочными проблемами. При этом тревожность является свидетельством общей установки субъекта на неуверенность в себе. Боясь совершить ошибку или в какой-то определенной сфере, или абстрактную ошибку «вообще», он воспринимает себя как неумелого, неуспешного, слабого, неперспективного. В результате, даже понимая необходимость действия (преодоления угрозы, нейтрализации опасности, улучшения ситуации и тому подобное), он склоняется к позиции невмешательства. Принятое на рациональном уровне решение сталкивается с нравственными установками, вызывая, наряду с прочими негативными эмоциями, переживание тревожности. В качестве цепочки ее негативных последствий может выступить возникновение

депрессии, распространяющей, в свою очередь, дальнейший негатив на отношение субъекта к себе, к другим людям, к природной и социальной действительности. Все начинает преломляться через призму тревожности. Не ожидая от жизни и окружающих людей ничего позитивного, субъект утрачивает интерес к поддержанию своей защищенности и к дальнейшему развитию для достижения лично значимой цели. Итогом может выступить неадаптивная поведенческая активность, связанная с разрушением собственной безопасности личности (например, суицидальная активность) [9, 36].

Таким образом, тревожность сама по себе способна усиливать процесс нарушения психологического здоровья. Так, она может выступить предвестницей невроза, являясь, одновременно, его симптомом и механизмом развития. Будучи на эмоциональном уровне захваченным переживанием негатива, субъект снижает свою познавательную и двигательную активность. Результатом становится сужение поля восприятия и реакций субъекта на происходящее с ним и вокруг него. Как следствие, он утрачивает способность к получению полной информации относительно значимых для его безопасности факторов и построения своевременного противодействия заложенному в них негатива [14, 39]. Вследствие этого происходит дальнейшее падение подконтрольности субъекту значимых для его защищенности и развития факторов, что свидетельствует об усилении процессов нарушения его психологической безопасности.

В итоге приведённого анализа теоретических исследований в современной науке констатируем прямую и непосредственную связь между феноменом тревожности и показателем состояния человеческой психики. Но ведь, как было показано выше, влияние её самой по себе может быть как разрушительным, так и благотворным, может уязвлять, затягивать в порочный круг, парализуя нормальные реакции и угнетая способность

к самореализации и развитию, а может, наоборот, послужить хорошим стимулом и обеспечить мощную мотивацию для приспособления к негативным явлениям или тенденциям окружающей среды либо борьбе с ними, порождая здоровое сопротивление, научая новым умениям и навыкам, придавая сил и креативности и, так сказать, выковывая волю к движению вперёд, несмотря ни на что, к победе. Рискнём предположить, что дело тут во многом – в пороге этого ощущения. Если степень тревожности превышает нашу способность контролировать её, бороться с ней или использовать себе во благо, эффект будет негативным, а прогресс сменится упадком. Если же не позволять тревожности перерасти в патологию, то она становится прекрасным побуждением к самосовершенствованию.

Но градации «низкий» и «высокий» применительно к степени тревожности достаточно, относительно. Более адекватным для дифференциации позитивности тревожности с точки зрения психологического здоровья личности, вероятно, является использование термина «оптимальный уровень тревожности». Под оптимальным уровнем тревожности нами «понимается такой ее уровень, который соответствует нормальному протеканию процессов саморегуляции, обеспечивающему подконтрольность субъекту действия внешних и внутренних факторов, значимых для его защищенности и способности к развитию. Уровень тревожности ниже и выше оптимального блокирует адекватность когнитивной и поведенческой активности субъекта, снижая его способность к сохранению единства своей защищенности и способности к дальнейшему развитию, а, следовательно, психологического здоровья».

Таким образом, тревожность, в конечном счете, определяется процессами эмоционально-волевой саморегуляции субъекта. Саморегуляция лежит в основе сознательного управления субъектом своими внутренними психическими и внешними физическими действиями в самых сложных,

непростых и запутанных жизненных ситуациях. Саморегуляция, обеспечивая качество когнитивных и поведенческих процессов, непосредственно определяет уровень подконтрольности ему действия внешних и внутренних факторов, значимых для сохранения единства его защищенности и способности к продолжению развития в направлении значимой цели, то есть влияет на состояние его психологического здоровья. Тревожность, возникая как результат субъективной оценки факторов, действующих в отношении субъекта, в качестве опасных или безопасных, в этой ситуации является промежуточным параметром, опосредующим влияние этих факторов на процессы его саморегуляции, а, следовательно, и индикатором его психологического здоровья.

Вместе с тем, в современной психологии до сих пор не сложилось единого понимания психологической природы саморегуляции человека. Ее реализацию связывают с когнитивными или волевыми процессами. В первом случае возможность саморегуляции увязывается с осознанием субъектом необходимости предпринять конкретные действия для преодоления угрозы (приобретением преднамеренности), во втором случае – с реализацией субъектом волевого поведения (приобретением целенаправленности). Оба варианта не исключают «включения» обоих процессов.

Так, в работах ряда авторов (В. Франкл (Viktor Frankl), Р. Ассаджиоли (Roberto Assagioli) и другие) отстаивается идея, что в основе волевой регуляции лежит осознанность управления психическими процессами. Мышлением, эмоциональными переживаниями, желаниями, воображением и другими психическими процессами управляет Я субъекта, проявляющееся в волевых качествах таких как, например, решительность, смелость, целенаправленность.

Ю. Куль (Julius Kuhl) рассматривал волю как «процесс» контроля над действием. Данный процесс, в его интерпретации, включает реализацию направляющей, возбуждающей, поддерживающей функций, которые

обеспечивают выполнение задуманного действия. Отметим, что саморегуляция не может рассматриваться как врожденный механизм, требуется определенный уровень ее развития [53, 55].

Так, в трактовке К. Левина (Kurt Lewin), волевое поведение человека связано с возможностью образования у него квазипотребности, возможной только на высших уровнях развития человека. Соответственно, на более ранних этапах развития человек не обладает инструментами саморегуляции для управления своей безопасностью [38].

Кроме того, независимо от признания в саморегуляции приоритетности когнитивных или волевых процессов, авторы (А. Бен (Alexander Bain), Т. Рибо (Théodule-Armand Ribot), В. Джеймс (William James)) сходятся в признании того, что активизация саморегуляции осуществляется только в ситуациях возникновения препятствий в осуществлении лично-значимых намерений. Можно считать ситуацию нарушения психологического здоровья личности, определяемой по росту тревожности, препятствием, способным «включить» действие волевой саморегуляции, только при осознании субъектом, что возникшая ситуация препятствует достижению им необходимого уровня защищенности и возможности дальнейшего развития. Подобное осознание возможно на основе осуществления соответствующих мыслительных процессов. А. Бен, Т. Рибо, В. Джеймс отмечают влияние на процессы саморегуляции социальных ожиданий, процессов предвосхищения результатов осуществляемых действий, качества реализации способов внутреннего и внешнего контроля, анализа ситуаций, внутренней речи и тому подобное.

Развитие представлений о волевой саморегуляции в отечественной психологии во многом основано на работах Л.С. Выготского и его последователей (А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец, А.Р. Лурия), в которых произвольная саморегуляция, овладение субъектом своим поведением и управление им психическими процессами увязывается с использованием

знаков (средств). Детализация проблематики позволила увязать волевую регуляцию с реализацией субъектом волевого усилия (М.Я. Басов, А.И. Высоцкий, В.А. Иванников и другие). Волевое усилие при этом интерпретируется как требующая напряжения общая способность или набор частных способностей к осознаваемому усилению роли воли в выполнении конкретной деятельности. В качестве механизма создания побуждения для преодоления препятствий рассматривал волевое усилие В.И. Селиванов. Исследования позволили установить связь волевого усилия с эмоциональной и волевой сферами личности (В. Вилюнас, А.К. Маркова, Я.И. Рейковский и другие).

Таким образом, проведенный анализ проблемы, позволил отметить, что полноценное управление внешними и внутренними факторами, значимыми для психологического здоровья личности, основано на привлечении субъектом развитых процессов саморегуляции, базирующихся на развитии сложного комплекса индивидуально-психологических и социально-психологических качеств. Преодоление тревожности и повышение на этой основе психологического здоровья личности возможно посредством приобретения действиями субъекта преднамеренности, произвольности или развития волевых качеств личности. Данные процессы становятся возможными на этапе онтогенеза, когда субъект овладевает речью до уровня, позволяющего использовать ее для саморегуляции своей поведенческой активности.

Выводы по первой главе

На основе анализа научной литературы по теме исследования сделаны следующие выводы.

Под понятием «тревожность» понимается фактор, опосредующий поведение человека в конкретных или широком диапазоне ситуаций. Тревожность – есть факт жизни, но узнать её можно далеко не всегда, поскольку напряженность, обеспокоенность, боязнь и даже страх могут

являться под личиной агрессии, обмана, жалоб на болезненное состояние, нарочитой активности, мнимой покорности судьбе.

Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Психическое здоровье является неотъемлемой частью этого определения.

В итоге приведённого обсуждения и обзора теоретических изысканий в современной науке констатируем прямую и непосредственную связь между феноменом тревожности и показателем состояния человеческой психики. Но влияние её самой по себе может быть как разрушительным, так и благотворным, может уязвлять, затягивать в порочный круг, парализуя, нормальные реакции и угнетая способность к самореализации и развитию, а может, наоборот, послужить хорошим стимулом и обеспечить мощную мотивацию для приспособления к негативным явлениям или тенденциям окружающей среды либо борьбе с ними, порождая здоровое сопротивление, научая новым умениям и навыкам, придавая сил и креативности и, так сказать, выковывая волю к движению вперёд, несмотря ни на что, к победе. Рискнём предположить, что дело тут во многом – в пороге этого ощущения. Если степень тревожности превышает нашу способность контролировать её, бороться с нею или использовать себе во благо, эффект будет негативным, а прогресс сменится упадком. Если же не позволять тревожности перерасти в патологию, то она становится прекрасным побуждением к самосовершенствованию.

Глава 2 Эмпирическое исследование взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости

2.1 Организация экспериментального исследования и методы исследования

Настоящее эмпирическое исследование проводилось на базе лицензированной медицинской организации ООО «Новый Формат» (местонахождение: Самарская область г. Сызрань, проспект 50 лет Октября). В эмпирическом исследовании приняли участие респонденты в количестве шестидесяти человек, отобранные без ограничений из числа всех категорий персонала медицинской организации (врачи, медицинские сестры, санитарки). С целью установления взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости из испытуемых были составлены две группы: в количестве 30 человек испытуемые в возрасте 25-35 лет (первая группа); в количестве 30 человек испытуемые в возрасте 36-50 лет (вторая группа). Тесты проводились отдельно.

Цель эмпирического исследования: выявить уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости.

Задачи эмпирического исследования:

- выбрать и описать методики исследования уровня тревожности, психологического здоровья личности;
- с помощью выбранных диагностических методик провести диагностическое обследование респондентов с целью выявления уровня тревожности, психологического здоровья личности;
- провести сравнительный анализ в двух группах респондентов различного возраста;

- определить взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости;
- проанализировать результаты эмпирического исследования.

Этапы исследования:

- подготовительный этап: определение цели, задач, методов и методик эмпирического исследования, последовательности экспериментальных действий;
- диагностический этап (сбор эмпирического материала): изучение уровня тревожности, психологического здоровья личности в период взрослости в двух отдельных возрастных группах: 25-35 лет, 36-50 лет;
- проведение сравнительного анализа двух групп респондентов на основе полученных результатов диагностического этапа (сравнительный этап);
- проведение корреляционного анализа при помощи метода Пирсона (Pearson's chi-squared test) для выявления взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости в двух различных возрастных группах.

В исследовании использовались следующие методики:

- Методика Ч.Д. Спилбергера (Charles Donald Spielberger, State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) на выявление личностной и ситуативной тревожности.

Цель: Диагностика уровня тревожности как моментального состояния, связанного с конкретными обстоятельствами во временной точке, так и как проявления элемента структуры личности.

Структура уровней тревожности: незначительная – до 30 баллов, нормальная – 31 – 44 балла; повышенная – 45 и более.

- Методика определения уровня тревожности по Дж. Тейлор (Janet Allison Taylor Spence, Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)).

Цель: оценка уровня тревожности, как характерной черты (trait) личности для различных возрастных групп (расстройства, связанные с беспокойством, тревогой, страхом).

Подсчёт итога: каждый положительный ответ – 1 балл, отрицательный – 0,5 балла. При подсчете баллов определяются:

– незначительное беспокойство – от 0 до 6 баллов;

– нормальные опасения – от 6 до 20 баллов;

– повышенная тревожность – выше 20 баллов.

– Методика Роджерса-Даймонд: анкетирование для определения свойства личности и степени социальной и психологической адаптации, в основном, к новой обстановке (Carl Ransom Rogers, Rosalind E. Diamond, Rogers-Diamond questionnaire).

Цель: диагностика степени личностной адаптации и дезадаптации, а также перестройки (пересмотра) взглядов человека на самого себя, свои силы и реальные возможности, в кризисные моменты жизни и в критических обстоятельствах.

Опросник и соответствующие правила и критерии оценки результатов опроса разработаны в развитие теории личностноцентричного подхода К. Роджерса (person-centered psychotherapy). С их помощью определяются разные виды психических реакций человека на жизненные кризисные явления (к примеру, существенные изменения образа жизни, значительные необычные события) и назначаются конкретные меры адаптационной терапии в форме консультирования, разработке индивидуальных программ эмоционально-психологической коррекции (регулирование отрицательных и положительных эмоциональных сдвигов) и приспособления к новым условиям и окружению.

– Методика «Шкала оценки качества жизни» (Н.Е. Водопьянова, в модификации Н.П. Фетискина и Т.И. Мироновой).

Цель: оценка сугубо личного восприятия человеком своего душевного благополучия с одновременным выявлением областей повышенной неудовлетворённости и стрессового напряжения.

Опросник из 36 вопросов выявляет впечатления человека от своей профессиональной деятельности, уровня комфортности ближайшего окружения, степени самореализации, субъективного ощущения поддержки с любой стороны, а также характеризует качество его самоконтроля, меры жизненного оптимизма, обнажает и детализирует большую часть отрицательного эмоционального настроя.

Все перечисленные выше средства диагностики имеют глубокое научное обоснование и проработку, а также проверенные и хорошо зарекомендовали себя на практике. Примененные все вместе, эти методики позволяют добиться максимальной полноты информационного охвата, достоверности данных и высокого качества понимания психологического здоровья испытуемых, включая степень обеспокоенности и опаски как присущих индивидуально в структуре личности, так и возникающих как реакция на внешние обстоятельства под влиянием момента.

Методы обработки данных: математические расчёты общего применения, статистические приемы (критерий Т-Стьюдента, критерий корреляционный анализ Пирсона).

Фактические вычисления осуществлялись с применением программных комплексов Microsoft Excel 2010 и SPSS 21,0 for Windows.

2.2 Анализ и интерпретация результатов по выявлению уровня тревожности, психологического здоровья личности

Приступить к эмпирическому исследованию в рамках настоящей работы было решено с предложением обеим группам испытуемых провести анкетирование по методу Ч.Д. Спилбергера для первичного выявления

степени личностной и ситуативной тревожности. Бланк шкал для ответов содержит в себе 40 вопросов. Половина вопросов направлена на выявление ситуативной тревожности испытуемого респондента (то есть степени его обеспокоенности и опасений в данный конкретный момент времени). Вторая половина вопросов направлена на оценку личностной тревожности (то есть внутренне присущей, существующей достаточно длительное время характеристики психического состояния). Каждому испытуемому предлагается два бланка: один для показателей ситуативной тревожности, другой для измерения уровня личностной тревожности. Для эксперимента была выбрана групповая форма исследования.

Обследование начали с первой группы, испытуемые профессиональные медицинские работники в возрасте 25-35 лет. На основе ответов испытуемых присваиваются баллы, которые впоследствии в суммарном общем выражении определяют уровень проявления тревожности (обеспокоенности, опасений, страхов).

Результаты обследования представлены в табличной форме (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели проявления уровня тревожности в первой группе респондентов (25-35 лет)

Респонденты	Баллы		Уровень, доля %			
	ситуативная	личностная	ситуативная		личностная	
1	28	32	незначительный	46,67%	нормальный	53,33%
2	35	20	нормальный	63,64%	незначительный	36,36%
3	15	20	незначительный	42,86%	незначительный	57,14%
4	20	25	незначительный	44,44%	незначительный	55,56%
5	17	30	незначительный	36,17%	незначительный	63,83%
6	45	30	повышенный	60%	незначительный	40%

Продолжение таблицы 1

Респонденты	Баллы		Уровень, доля %			
	ситуативная	личностная	ситуативная		личностная	
7	25	28	незначительный	47,17%	незначительный	52,83%
8	32	21	нормальный	60,38%	незначительный	39,62%
9	60	55	повышенный	52,17%	высокий	47,83%
10	47	39	повышенный	54,65%	высокий	45,35%
11	32	15	повышенный	68,09%	незначительный	31,91%
12	21	18	незначительный	53,85%	незначительный	46,15%
13	19	36	незначительный	34,55%	нормальный	65,45%
14	18	41	незначительный	30,51%	нормальный	69,49%
15	28	15	незначительный	65,12%	незначительный	34,88%
16	30	25	незначительный	54,55%	незначительный	45,45%
17	17	30	незначительный	36,17%	незначительный	63,83%
18	13	10	незначительный	56,52%	незначительный	43,48%
19	42	35	нормальный	54,55%	нормальный	45,45%
20	50	64	повышенный	43,86%	повышенный	56,14%
21	25	18	незначительный	58,14%	незначительный	41,86%
22	30	17	незначительный	63,83%	незначительный	36,17%
23	11	20	незначительный	35,48%	незначительный	64,52%
24	25	20	незначительный	55,56%	незначительный	44,44%
25	51	40	повышенный	56,04%	повышенный	43,96%
26	32	36	нормальный	47,06%	нормальный	52,94%
27	20	18	незначительный	52,63%	незначительный	47,37%
28	29	20	незначительный	59,18%	незначительный	40,82%
29	14	30	незначительный	31,82%	незначительный	68,18%
30	46	38	повышенный	52,17%	высокий	45,35%
Общий процент по группе			-	50,82%	-	49,18%

Полученные баллы по каждой шкале суммируются. На основе суммы баллов, определяется уровень выраженности как ситуативной, так и личностной тревожности.

Полученные результаты преобладающего уровня тревожности представлены на рисунке 1.

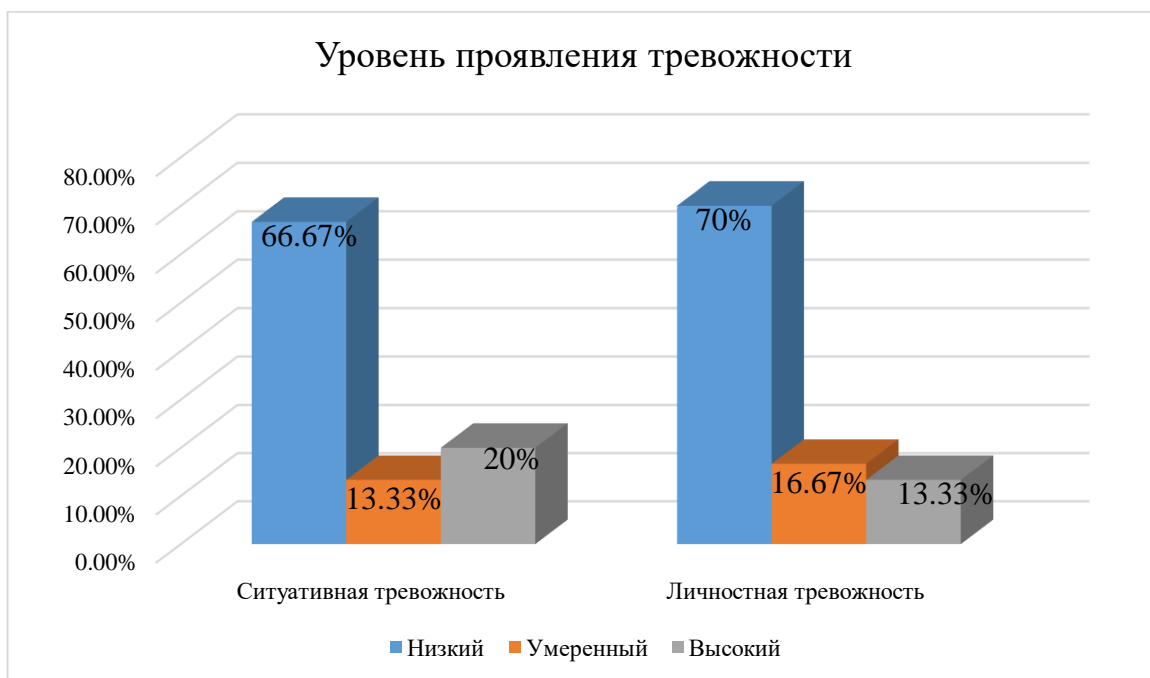


Рисунок 1 – Распределение % в группе испытуемых (25-35 лет) по уровням проявления тревожности

Начальное экспериментальное тестирование с применением методики «Методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности» в группе медицинских работников в возрасте 25-35 лет дало следующие результаты:

– в группе респондентов преобладает общий показатель незначительной тревожности (обеспокоенности, опасений и страхов). Проявление ситуативной и личностной тревожности в процентном соотношении находится практически на одном уровне: ситуативная тревожность 50,82%, личностная тревожность 49,18%;

– по шкале ситуативная тревожность преобладает незначительный уровень, который диагностирован у 20 (66,67%) испытуемых. По шкале личностная тревожность незначительный ее уровень диагностирован у 21 (70%) испытуемых. Для данного уровня проявления тревожности характерно пробуждение активности в человеке. В деятельности, которую выполняет человек, обязательно должны присутствовать мотивационные компоненты деятельности. У такого типа людей преобладает высокая ответственность за порученный участок работы;

– нормальный уровень проявления негативной психологической реакции диагностирован у 4 (13,33%) ситуативной тревожности, и у 5 (16,67%) личностной тревожности. Очевидно, что четверо респондентов находятся в состоянии стресса. У пятерых развиваются предпосылки к более высокому уровню личностной тревожности, которая в последующем может приобрести форму невротического состояния;

– повышенный уровень ситуативной тревожности был выявлен у 6 (20%) испытуемых. Данное состояние свидетельствует о том, что у человека, попавшего в сложную жизненную ситуацию, которая является для него стрессовой, проявляются такие негативные психические состояния, как напряженность, беспокойство, опасения и страхи, могут проявляться вегетативные возбуждения. В зависимости от силы проявления и интенсивности восприятия ситуации, проявляются данные характеристики человека. Личностная тревожность с повышенным уровнем проявления диагностирована у 4 (13,33%) испытуемых. Для данной категории респондентов характерно, то что не только стрессовая ситуация вызывает обеспокоенность и тревогу, но и любая ситуация может спровоцировать ярко выраженную тревожность у человека. Данный уровень тревоги, испытываемый постоянно, часто приводит к таким отрицательным явлениям, как невротические срывы, психосоматические заболевания.

Таким образом, проведенное обследование среди испытуемых медицинских работников в возрасте 25-35 лет показало, что для них наиболее характерно проявление незначительного уровня проявления как ситуативной, так и личностной тревоги.

Далее, обследование с применением данной методики была продолжена в группе испытуемых в возрасте 36-50 лет.

Результаты представлены в табличной форме (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели проявления уровня тревожности во второй группе респондентов (36-50 лет)

Респонденты	Баллы		Уровень, доля %			
	ситуативная	личностная	ситуативная		личностная	
1	35	48	нормальный	42.17%	повышенный	57.83%
2	31	40	нормальный	43.66%	нормальный	56.34%
3	39	54	нормальный	41.94%	повышенный	58.06%
4	65	35	повышенный	65%	нормальный	35%
5	41	40	нормальный	50.62%	нормальный	49.38%
6	25	17	незначительный	59.52%	незначительный	40.48%
7	56	47	повышенный	54.37%	повышенный	45.63%
8	69	56	повышенный	55.2%	повышенный	44.8%
9	47	18	повышенный	72.31%	незначительный	27.69%
10	30	50	незначительный	37.5%	повышенный	62.5%
11	54	32	повышенный	62.79%	нормальный	37.21%
12	48	45	повышенный	51.61%	повышенный	48.39%
13	39	40	нормальный	49.37%	нормальный	50.63%
14	14	20	незначительный	41.18%	незначительный	58.82%
15	85	100	повышенный	45.95%	повышенный	54.05%

Продолжение таблицы 2

Респонденты	Баллы		Уровень, доля %			
	ситуативная	личностная	ситуативная		личностная	
16	25	20	незначительный	55.56%	незначительный	44.44%
17	32	36	нормальный	47.06%	нормальный	52.94%
18	15	19	незначительный	44.12%	незначительный	55.88%
19	29	30	незначительный	49.15%	незначительный	50.85%
20	39	56	нормальный	41.05%	повышенный	58.95%
21	36	45	нормальный	44.44%	повышенный	55.56%
22	47	18	повышенный	72.31%	повышенный	27.69%
23	30	50	незначительный	37.5%	повышенный	62.5%
24	54	32	повышенный	62.79%	повышенный	37.21%
25	48	45	повышенный	51.61%	повышенный	48.39%
26	25	20	незначительный	55.56%	повышенный	44.44%
27	32	36	нормальный	47.06%	повышенный	52.94%
28	15	19	незначительный	44.12%	повышенный	55.88%
29	29	30	незначительный	49.15%	повышенный	50.85%
30	45	60	повышенный	42.86%	повышенный	57.14%
Общий процент по группе			–	53,59%	–	46,42%

На основе результатов из таблицы 2 мы можем выделить уровни ситуативной и личностной тревожности в группе респондентов.

Для наглядности отобразим полученные результаты на рисунке 2.

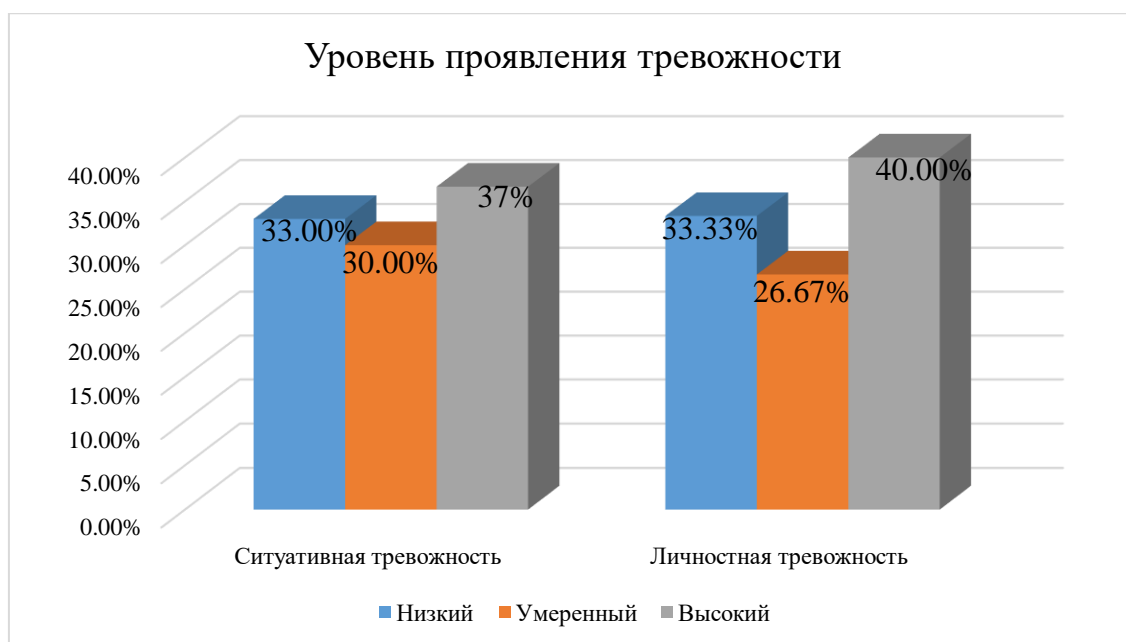


Рисунок 2 – Распределение % в группы испытуемых (36-50 лет) по уровням проявления тревожности

Данные, представленные на рисунке 2, позволяют нам сделать следующие выводы:

- в группе медицинских работников преобладает ситуативная тревожность над личностной тревожностью. Средний процент по группе ситуативной тревожности выше на 7,17%;

- незначительный уровень проявления тревожности как ситуативной, так и личностной, диагностирован у 10 (33,33%) испытуемых медицинских работников. Респонденты находятся в достаточно комфортных для себя условиях, без стрессовых ситуаций, поэтому ситуативная тревожность находится на низком уровне. Личностная тревожность так же не преобладает и у испытуемых, находятся в позитивном настроении, в гармонии с собой и окружающими;

- нормальный уровень по шкале ситуативная тревожность выше, чем личностная всего на одного испытуемого. Данные результаты могут свидетельствовать о том, при наличии у человека склонности к личностной

тревоге и беспокойству, они подвержены и ситуативной тревожности, стрессовые ситуации оказывают на них сильное влияние;

– в группе медицинских работников преобладает повышенный уровень тревожности как ситуативной (37%), так и личностной (40%). Испытуемым свойственно практически любую ситуацию воспринимать как стрессовую, доводя себя до уровня психических расстройств. При таком уровне стрессового напряжения взаимодействие с окружающими нарушено, социальная адаптированность находится на низком уровне.

Таким образом, в группе респондентов – медицинских работников (36-50 лет) преобладает высокий уровень и ситуативной и личностной тревожности.

На следующей стадии начального экспериментального тестирования проводится сопоставление и изучение уровня проявления беспокойства, озабоченности, тревожности и опасений у участников обеих групп. Для наглядности данные представлены на рисунке 3.

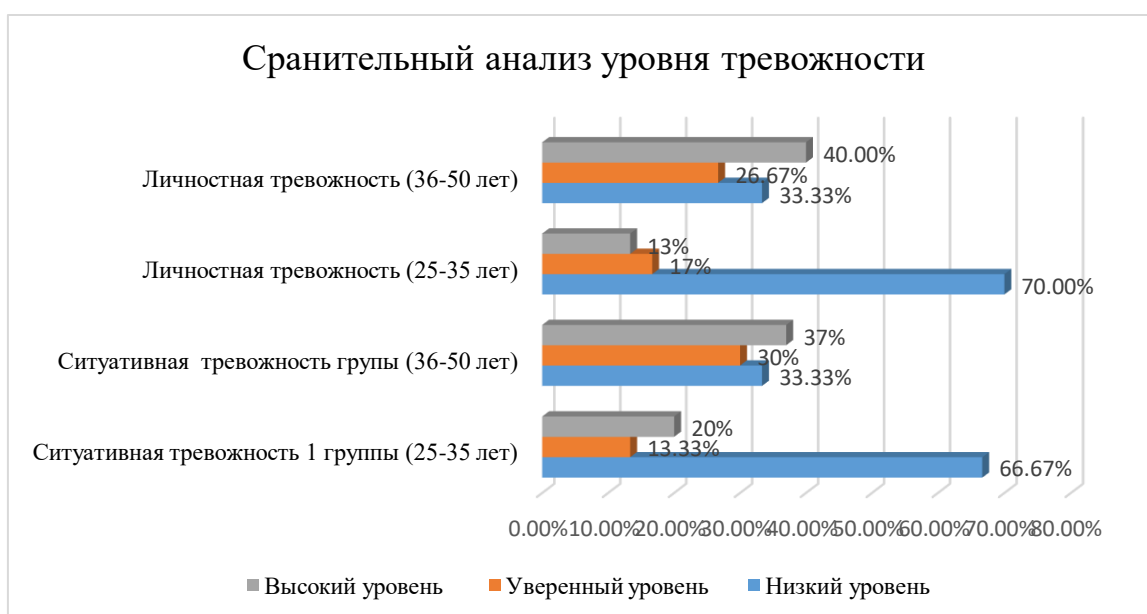


Рисунок 3 – Распределение % соотношения в двух группах испытуемых по уровням проявления тревожности

Сравнительный анализ данных, представленных на рисунке 3, позволяет сделать следующие выводы: у испытуемых медицинских работников в возрасте 25-35 лет преобладает низкий уровень ситуативной и личностной тревожности. Только у незначительной части группы присутствует проявления повышенного уровня тревожности. В группе респондентов в возрасте 36-50 лет наоборот, доминирует высокий уровень проявления ситуативной и личностной тревожности. Согласно полученным эмпирическим данным опроса, мы можем предположить, что люди в возрасте 36-50 лет, подвержены сильнее появлению тревожности. Чаще всего это связано со здоровьем человека, в более старшем возрасте происходит осознания процесса старения (ухудшения здоровья), в связи с этим начинает формироваться личностная тревожность, которая впоследствии развивается и в ситуативную. Чем старше человек, тем чаще воспринимает любую непривычную, нестандартную ситуацию как стрессовую.

Для подтверждения полученных результатов сравнительного анализа используем метод математической статистики, критерий Т-Стьюдента.

Результаты представлены в табличной форме (таблица 3).

Таблица 3 – Эмпирическое значение критерия Т-Стьюдента Сравнительный анализ по результатам диагностики уровня проявления тревожности

Названия шкал	Среднее в группе «группа 1 (25-35 лет)»	Среднее в группе «группа 2 (36-50 лет)»	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
ситуативная тревожность	39.3±16.265	28.567±12.44 2	2,871	0.006**
личностная тревожность	38.6±17.618	27.533±12.07 9	2,838	0.006**

Анализируя представленные данные в таблице 3, мы можем сделать следующие специфические выводы:

– в двух группах выявлены отличия между группой медицинских работников «группа 1 (25-35 лет)» и «группа 2 (36-50 лет)» по шкале «ситуативная тревожность» ($T=2.871$, $p<0,01$). Исходя из полученных данных, среднее значение составляет 39.3, что, в свою очередь, больше среднего значения, которое было выявлено в группе испытуемых медицинских работников «группа 2 (36-50 лет)». Их среднее значение составляет 25.567. Очевидно, что уровень проявления тревожности в первой группе ниже, чем во второй;

– далее проводился сравнительный анализ по шкале «личностная тревожность». Анализ показал, что среднее значение в группе испытуемых медицинских работников возрасте 25-35 лет составляет ($X =38.6$), в группе респондентов 36-50 лет среднее значение составляет ($X =27.533$). Очевидно, что уровень проявления личностной тревожности в возрастной группе 25-35 лет ниже, чем в более, старшей группе медицинских работников.

Таким образом, приведенный сравнительный анализ позволяет сделать вывод, что существуют значимые отличия в проявлении уровня тревожности в разных возрастных группах. Показатели по уровню тревожности выше в группе испытуемых более, старшего возраста – 36-50 лет.

На данном этапе было решено переходить к оценке общего уровня тревожности отобранных респондентов с применением методики измерения уровня тревожности (Шкала Дж. Тейлор).

Обследование проходило в две очереди. Более, младшая возрастная группа (25-35 лет) была опрошена первой. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Показатели проявления уровня тревожности по методике Дж. Тейлор в группе 1 (25-35 лет)

Респонденты	Сумма баллов	Степень обеспокоенности, тревожности
1	25	повышенная

Продолжение таблицы 4

Респонденты	Сумма баллов	Степень обеспокоенности, тревожности
2	15	нормальная с тенденцией к повышению
3	20	нормальная с тенденцией к повышению
4	36	повышенная
5	10	нормальная с тенденцией к снижению
6	6	нормальная с тенденцией к снижению
7	12	нормальная с тенденцией к снижению
8	25	повышенная
9	5	нормальная
10	41	критически высокая
11	10	нормальная с тенденцией к снижению
12	12	нормальная с тенденцией к снижению
13	9	нормальная с тенденцией к снижению
14	4	нормальная
15	50	критически высокая
16	14	нормальная с тенденцией к снижению
17	24	нормальная с тенденцией к повышению
18	31	повышенная
19	10	нормальная с тенденцией к снижению
20	9	нормальная с тенденцией к снижению
21	8	нормальная с тенденцией к снижению
22	15	нормальная с тенденцией к повышению
23	10	нормальная с тенденцией к снижению
24	8	нормальная с тенденцией к снижению
25	16	нормальная с тенденцией к повышению
26	13	нормальная с тенденцией к снижению
27	10	нормальная с тенденцией к снижению
28	17	нормальная с тенденцией к повышению
29	15	нормальная с тенденцией к повышению
30	10	нормальная с тенденцией к снижению
соотношение степени	критически высокая	6,67%
	повышенная	10%
	нормальная с тенденцией к повышению	23,33%
	нормальная с тенденцией к снижению	50%
	нормальная	6,67%

Отобранные для проведения эксперимента сотрудники медицинского учреждения продемонстрировали пять степеней обеспокоенности, тревожности и опасений.

Для наглядности данные представлены на рисунке 4.

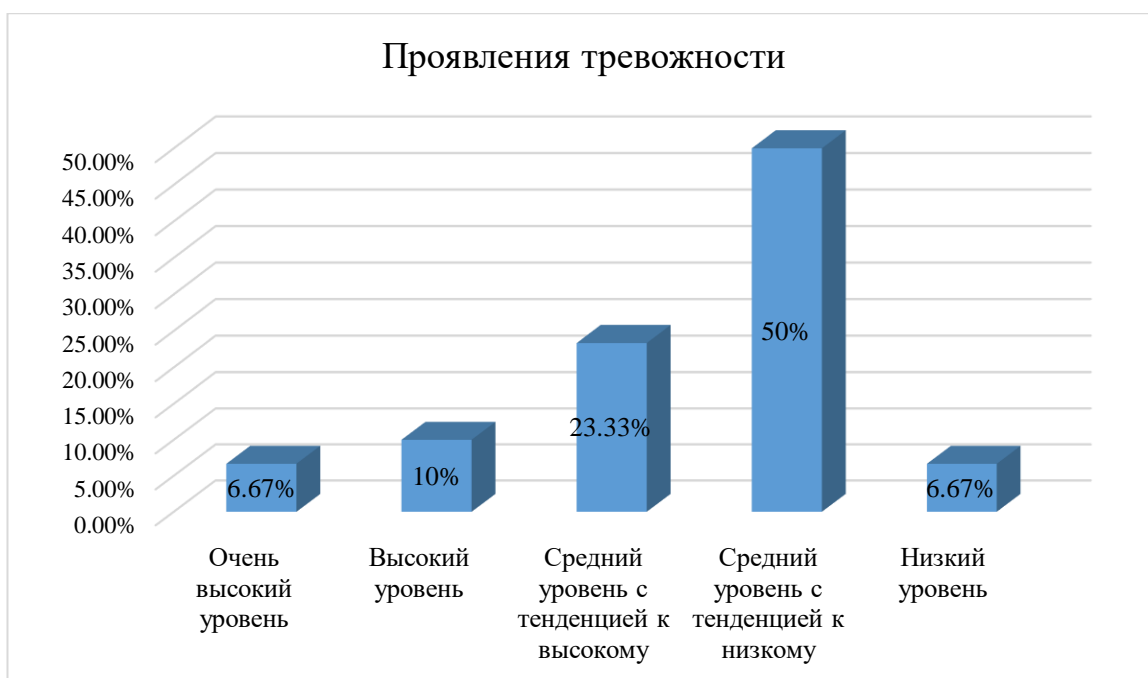


Рисунок 4 – Распределение группы 1 (25-35 лет) по уровням проявления тревожности

На представленной диаграмме очень хорошо видны те заключения, которые можно сделать по итогам обследования первой очереди испытуемых медицинских работников:

- в возрастной группе 25-35 лет, было выявлено 2 (6,67%) испытуемых, у которых преобладает критически высокий уровень тревожности. Уровень данного показателя – 10%. Можно предположить, что деятельность сотрудников медицинской организации сопряжена со значительным числом стрессов, в результате чего доля сотрудников имеет повышенный уровень беспокойства и тревожности. В то же время, стрессогенность работы затрудняет деятельность сотрудников с высокой тревожностью, в связи, с чем доля таких сотрудников, по мере увеличения стажа, остается небольшой;

- повышенный уровень был диагностирован у 3 (10%) респондентов. Испытуемые медицинские работники с данным уровнем чувствуют постоянную напряженность во всех сферах жизни. Имеют низкую

социальную адаптацию, не могут выстроить коммуникативный процесс с окружающими. Они подвержены, психическим расстройствам, частым депрессиям;

– средне-нормальная степень обеспокоенности с тенденцией к повышению преобладает у 7 (23,33%) испытуемых медицинских работников. Для респондентов с данным уровнем характерны проявления тревожности в стрессовых ситуациях, которые потенциально могут перерасти в более серьезные состояния человека: как депрессии, психические заболевания. Если своевременно не начать работу по снижению тревожности у данных испытуемых, они могут перейти на более высокий уровень проявления общей тревожности;

– у респондентов в группе 1 (25-35 лет) преобладает средне-нормальная степень беспокойства (с уклоном в сторону снижения), диагностирован у 15 (50%) испытуемых. Данная категория испытуемых чаще всего испытывает тревожность при нахождении в стрессовой ситуации, связанной с определенными условиями. Как правило, с данным типом тревожности у испытуемых при исчезновении стрессовой ситуации, тревожность и обеспокоенность исчезает и не распространяется на другие сферы жизнедеятельности;

– низкий уровень был выявлен только у 2 (6,67%) испытуемых. Даже в стрессовых ситуациях они сохраняют спокойствие, не поддаются панике, действуют логично и последовательно.

Резюмируя представленные выше аналитику, можно сказать, что в группе медицинских работников преобладает средняя степень тревожности с уклоном в сторону понижения.

Во вторую очередь было проведено анкетирование и обследования в более, старшей возрастной группе медицинских работников от 36 до 50 лет.

Результаты представлены в табличной форме (таблица 5).

Таблица 5 – Показатели проявления уровня тревожности по методике Дж. Тейлор в группе 2 (36-50 лет)

Респонденты	Сумма баллов	Степень обеспокоенности, тревожности
1	50	критически высокая
2	30	повышенная
3	36	повышенная
4	24	нормальная с тенденцией к повышению
5	45	критически высокая
6	47	критически высокая
7	36	повышенная
8	34	повышенная
9	15	нормальная с тенденцией к повышению
10	24	нормальная с тенденцией к повышению
11	23	нормальная с тенденцией к повышению
12	36	повышенная
13	21	нормальная с тенденцией к повышению
14	50	критически высокая
15	50	критически высокая
16	36	повышенная
17	41	критически высокая
18	24	нормальная с тенденцией к повышению
19	14	нормальная с тенденцией к снижению
20	23	нормальная с тенденцией к повышению
21	36	повышенная
22	38	повышенная
23	41	критически высокая
24	32	повышенная
25	25	повышенная
26	28	повышенная
27	47	критически высокая
28	13	нормальная с тенденцией к снижению
29	25	повышенная
30	10	нормальная с тенденцией к снижению
соотношение степеней	Очень высокий уровень	26,67%
	Высокий уровень	40%
	Нормальный уровень с тенденцией к повышению	23,33%
	Нормальный уровень с уклоном к понижению	10%
	Низкий уровень	0%

По результатам проведенного диагностического обследования были получены эмпирические данные по каждому респонденту, которые позволяют выделить уровни общей тревожности группы.

Результаты процентного распределения тревожности в группе представлены на рисунке 5.



Рисунок 5 – Распределение группы 2 (36-50 лет) по уровням проявления тревожности

На основе проведенного обследования можно выделить следующие степени тревожности у сотрудников медицинской организации, испытуемой группы:

– критически высокий уровень тревожности диагностировал у 8 (26,67%) испытуемых сотрудников. У респондентов данной подгруппы, отношение к себе проявляется, как слабому, неумелому. Высокий уровень ситуативной тревожности у респондентов, означает, что понижена эмоциональная устойчивость к изменчивым ситуациям. Респонденты с данным уровнем озабочены практически всегда последствиями своих

действий. Не умеют противостоять стрессу. Не справляются со сложными жизненными ситуациями, которые требуют проявления стойкости психического состояния. У данного типа респондентов преобладает депрессивное состояние, которое в большинстве случаев переходит в психически нездоровые состояния;

– высокий уровень был диагностирован у 12 (40%) испытуемых в группе. Данный уровень является преобладающим. Преобладание данного уровня, свидетельствует о том, что у человека, попавшего в сложную жизненную ситуацию, которая является для него стрессовой, проявляются такие состояния как напряженность, беспокойство, могут проявляться вегетативные возбуждения;

– средне-нормальная степень обеспокоенности, тревожности с тенденцией к повышению в группе проявилась у 7 (23,33%) респондентов. Умеренный уровень тревожности свидетельствует о том, что это более или менее спокойные сотрудники, достаточно активные и инициативные, общительные, хотя в некоторых ситуациях проявляют беспокойство. Однако возникновение тревожности в основном носит ситуативный характер;

– средне-нормальный уровень обеспокоенности и тревожности (с уклоном в сторону снижения) был диагностирована у 3 (10,5%) испытуемых. У этих медицинских работников обнаружилось низкие показатели личностной и ситуативной тревожностей, это позволяет им разрешать сложные жизненные ситуации.

Нормальный (низкий) уровень проявления тревожности в группе не диагностирован.

Таким образом, при помощи данной диагностической методики выявили, что у испытуемых в возрасте 36-50 лет преобладает высокий уровень тревожности.

Проведя опрос по данной методике, при анализе полученных

результатов было определено, что в группах преобладают разные уровни тревожности.

Проведем сравнительный анализ данных показателей, для выявления сходства/различий в группе.

Для наглядной демонстрации предоставим данные на рисунке 6.

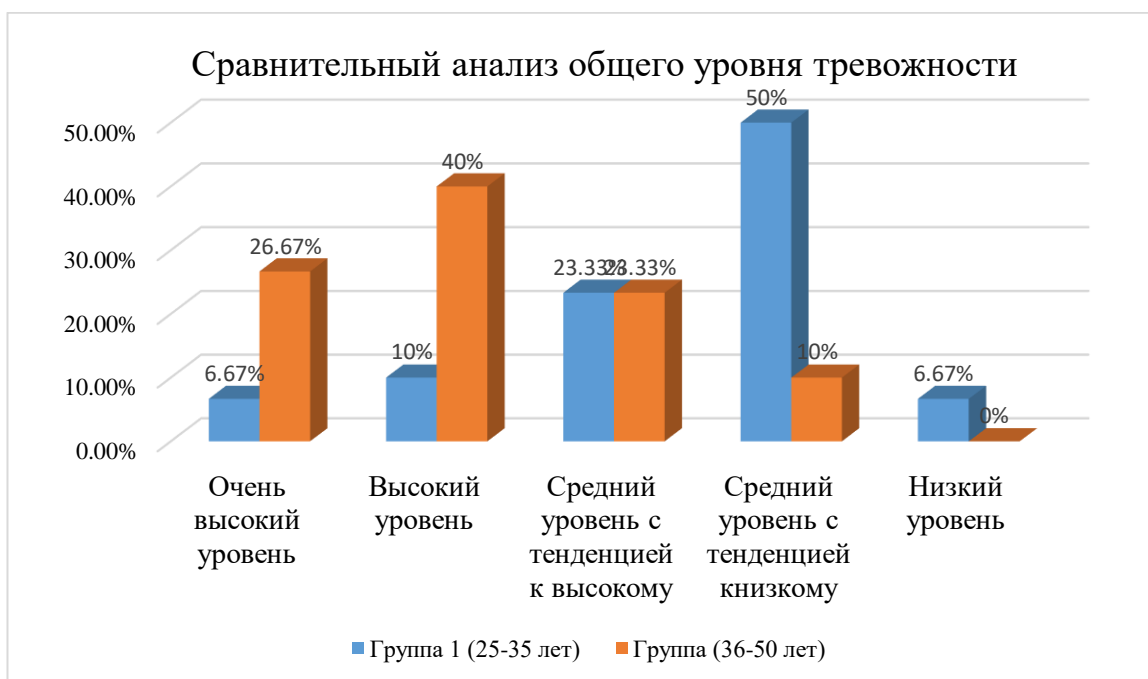


Рисунок 6 – Результаты сравнительного анализа по методике Дж. Тейлора

Данные, отраженные на рисунке, наглядно показывают, что у сотрудников медицинской организации в возрасте 36-50 лет показатели проявления уровня общей тревожности гораздо выше, чем у их более молодых коллег в возрасте 25-35 лет. В группе сотрудников более, возрастной категории не выявлено респондентов с низким уровнем тревожности, что свидетельствует о том, что с возрастом происходит изменения личностного плана. Люди становятся наиболее уязвимыми к внешним факторам, это проявляется в напряжении, фобиях, неумении справиться с ситуацией и сохранить спокойствие.

В качестве следующего промежуточного этапа эмпирического исследования был проведён статистический анализ с применением критерия Т-Стьюдента. Результаты представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Сравнительный анализ результатов диагностики уровня тревожности

Названия шкал	Среднее в группе «группа 1 (25-35 лет)»	Среднее в группе «группа 2 (36-50 лет)»	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
критически высокая степень	12.367±20.941	3.033±11.604	2,135	0.038*
повышенная	13.067±16.522	3.9±10.257	2,582	0.013*
нормальная степень с тенденцией повышению	5.133±9.58	4.067±7.656	0,476	0.636
нормальная степень с уклоном в сторону понижения	1.233±3.803	5.033±5.314	-3,185	0.002**
нормальная степень	0.033±0.183	0.3±1.149	-1,255	0.219

Данные, полученные в процессе сравнительного анализа, представленные в таблице 6, позволяет нам сделать определённые выводы:

– по шкале «Критически высокая степень тревожности, обеспокоенности» в группе испытуемых в возрастном периоде 25-35 лет было выявлено среднее значение, которое составляет 12.367, в более, старшей возрастной группе 36-50 лет данный показатель имеет значение 3.033. В данном случае эмпирическое значение согласно методу статистики составляет ($T=2.135$, $p<0,05$). На основе этого мы можем предположить, что очень высокий уровень проявления тревожности не свойственен испытуемым возрасте 25-30 лет. Для более, старшей категории испытуемых медицинских работников проявления данной степени обеспокоенности и тревожности присущи;

– сравнительный анализ по повышенному уровню тревожности показал, что среднее значение у испытуемых в группе 1 составляет ($X = 13.067$), во второй группе данное значение ниже и составляет ($X = 3.9$);

– сопоставление балльных оценок со всей очевидностью демонстрирует незначительность различий между восприятием респондентов из обеих групп. Вместе с тем, среднее по более, младшей возрастной группе – ($X = 5.133$) несколько превышает таковое по группе медицинских работников 36-50 лет – ($X = 4.067$);

– а вот по шкале «Средне-нормальная степень обеспокоенности, тревожности с уклоном в сторону понижения» существенные различия имеются. Видно, что среднее по категории работников 25-35 лет – 1.233, значительно меньше 5.033 – величины данного показателя у более старших возрастной категории;

– также практически отсутствует разница между средними значениями в обеих группах испытуемых по шкале «Нормальная степень тревожности». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, исчисленное в размере 0.033, меньше среднего по признаниям их более, старших товарищей, но не особенно отличается от полученного вычислением значения в 0.3.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ при помощи критерия Т-Стьюдента по методике Дж. Тейлор позволяет сделать следующие выводы: что в группе испытуемых в возрасте 36-50 лет преобладает высокий уровень тревожности, в группе испытуемых в возрасте 25-35 лет, уровень тревожности намного ниже.

Далее, информацию, накопленную в процессе проведения эмпирического исследования, следовало дополнить данными тестирования уровней социально-психологической адаптации по методике Роджерса-Даймонд.

В процессе группой формы опроса в группе испытуемых 1 (25-35 лет), были выявлены такие характеристики как: «приспособляемость»; «способность к принятию себя и окружающих»; «расположенность брать ответственность за происходящее на себя»; «внутренний психический контроль»; «эмоциональный комфорт»; «склонность к доминированию» и другие.

Результаты представлены в табличной форме (таблица 7).

Таблица 7 – Показатели по методике К. Роджерс – Р. Даймонд в группе 1 (25-35 лет)

Показатель		Число респондентов	Доля респондентов	
1	a	Приспособляемость	21	70%
	b	Неспособность приспособляться	9	30%
2	a	Лживость « - »	18	60%
	b	Лживость « + »	12	40%
3	a	Приятие себя	23	76,67%
	b	Отвержение себя	7	23,33%
4	a	Приятие окружающих	17	56,67%
	b	Отторжение окружающих	13	43,33%
5	a	Эмоциональный комфорт	20	66,67%
	b	Эмоциональный дискомфорт	10	33,33%
6	a	Самоконтроль	24	80%
	b	Внешнее руководство	6	20%
7	a	Доминирование	21	70%
	b	Ведомость	9	30%
8	a	Эскапизм	10	33,33%
	b	(уход от проблем)		

Данные, представленные в таблице 7, позволяют нам построить диаграмму с указанием процентного распределения по каждой шкале.

Результаты представлены на рисунке 7.



Рисунок 7 – Результаты полученных данных в группе 1 (25-35 лет) по методике К. Роджерса и Р. Даймонда

Проведенный анализ полученных данных (рисунок 7) позволяет нам сделать следующие выводы:

- в группе испытуемых было выявлено, что преобладает шкала «приспособляемость» – 21 (70%) испытуемых, над шкалой «неспособность приспособляться» – 9 (30%) испытуемых. В основном, среди испытуемых медицинских работников существует высокая приспособленность к существующим требованиям в сообществе. Так же требования, которые существуют в сообществе, соотносятся с потребностями, мотивами и интересами самого индивидуума. У девяти человек выявлено проявление дезадаптации, что в свою очередь свидетельствует о проявлении незрелой личности;

- у 12 (40%) испытуемых положительно проявилась шкала «лживость». С высокой степенью вероятности надо предполагать, что в процессе опроса

испытуемые отвечали неискренне, стремясь показать результаты лучше, чем они есть на самом деле;

– шкала «принятие себя» – 23 (76,67%) испытуемых доминирует над шкалой «отвержения себя» – 7 (23,33%). Преобладания шкалы принятия свидетельствует о том, что в основном испытуемые в группе имеют адекватную самооценку, удовлетворены своими личностными характеристиками. У семи испытуемых, показатель самооценки ниже нормы, либо наоборот неадекватно завышен, в результате чего они не удовлетворены своими личностными характеристиками;

– также в группе испытуемых преобладает шкала «принятие окружающих», диагностирована у 23 (76,67%) сотрудников. В группе испытуемых налажен процесс взаимодействия (общения), испытуемые стремятся взаимодействовать с окружающими при помощи совместной деятельности. Однако у 13 (43,33%) испытуемых медицинских работников данная потребность отсутствует, что мешает их взаимодействию с остальным коллективом;

– эмоциональный комфорт диагностирован у 20 (66,67%) испытуемых в группе 1 (25-35 лет). Данная категория сотрудников уверена в своем отношении к окружающим. Испытуемые, у которых был диагностирован эмоциональный дискомфорт у – 10 (33,33%) они проявляют себя как неуверенные, подавленные люди;

– в группе испытуемых преобладает внутренний контроль. Контроль имеет место у 24 (80%) респондентов. Для этих людей характерна склонность, воспринимать происходящее с ними, в качестве результата их собственных поступков и самостоятельно решать свои проблемы. При доминировании шкалы внешний контроль 6 (20%) испытуемых человек склонен приписывать считать явления и события в своей жизни независимыми от его воли;

– в группе выявлен высокий уровень стремления к лидерству, руководству при принятии решений, данная шкала по методике называется «доминирование», диагностирована у – 21 (70%) испытуемых. Зачастую при преобладании данного типа характера задачи индивидуума решаются за счет общих задач коллектива. Преобладание шкалы «Ведомость» диагностировано у – 9 (30%) испытуемых;

– шкала «уход от проблем» была выявлена у – 10 (33,33%) испытуемых, данная шкала характеризует индивида, как человека, который стремится к избеганию проблемных ситуаций.

Итоговые данные и применимая аналитика свидетельствуют о том, что в более, младшей возрастной группе медицинских работников преобладает высокий уровень социально-психологической адаптации.

Во вторую очередь было проведено анкетирование и обследование в более, старшей возрастной группе медицинских работников. Результаты представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Показатели по методике К. Роджерса - Р. Даймонд в группе 2 (36-50 лет)

Показатель		Число респондентов	Доля респондентов	
1	a	Приспособляемость	17	56,67%
	b	Неспособность приспособляться	13	43,33%
2	a	Лживость « - »	20	66,67%
	b	Лживость « + »	10	33,33%
3	a	Приятие себя	18	60%
	b	Отвержение себя	12	40%
4	a	Приятие окружающих	12	40%
	b	Отторжение окружающих	18	60%
5	a	Эмоциональный комфорт	13	43,33%
	b	Эмоциональный дискомфорт	17	56,67%
6	a	Самоконтроль	14	46,67%
	b	Внешнее руководство	16	53,33%
7	a	Доминирование	17	56,67%
	b	Ведомость	13	43,33%
8	a	Эскапизм	12	40%
	b	(уход от проблем)		

Анализ данных представленных в таблице 8, позволяет нам согласно, обработки результатов по методике выделить шкалы, обозначающие социально-психологическую адаптацию человека.

Результаты представлены на рисунке 8.

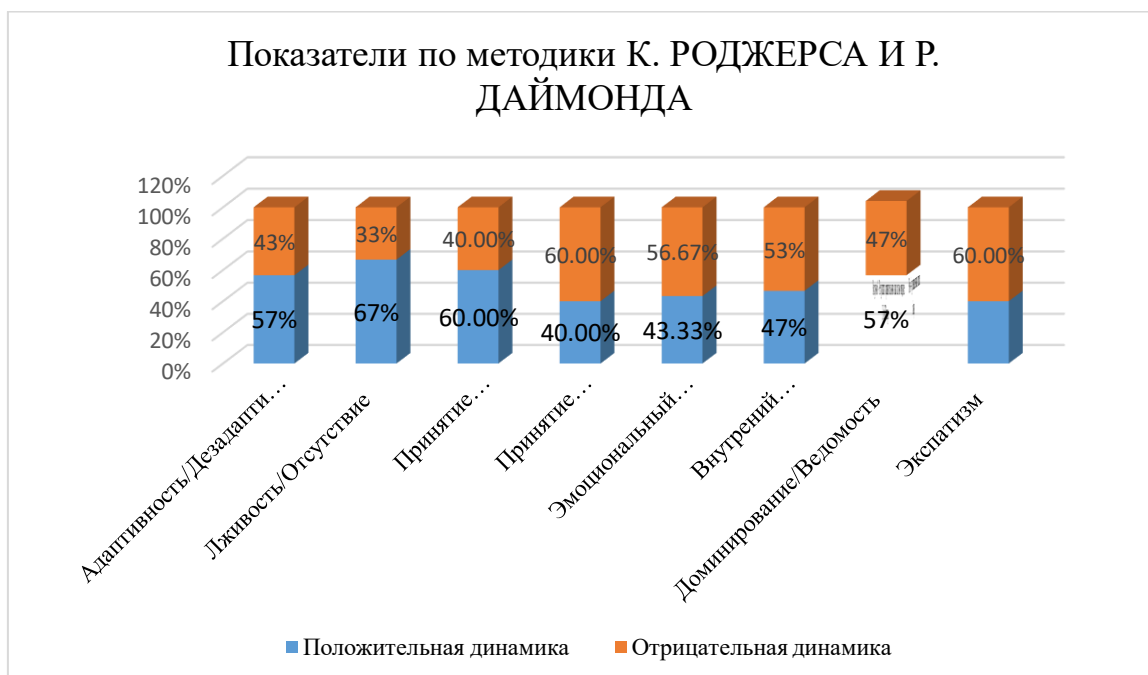


Рисунок 8 – Результаты полученных данных в группе 2 (36-50 лет) по методике К. Роджерса – Р. Даймонда

Обработка данных, представленная на рисунке 8, позволяет нам сделать следующие выводы:

– преобладает шкала «приспособляемость» – 17 (56,67%) испытуемых, над шкалой «неспособность приспособляться» – 13 (43,33%) испытуемых. Адаптация испытуемых группы находится на высоком уровне, то есть от них можно ожидать адекватного поведения в обществе, которое должно проявляться в высокой социальной компетентности, наличия широкого круга общения. Наличие дезадаптивности в группе является нормой для любого коллектива;

– у 10 (33,33%) испытуемых положительно проявилась шкала «лживость». С высокой степенью вероятности надо предполагать, что в процессе опроса испытуемые отвечали не искренне, стремясь показать результаты лучше, чем они есть на самом деле;

– в группе высокая степень самопринятия, диагностировано у – 18 (60%) испытуемых. Проявляется в гармоничных отношениях с социальным окружением, в отсутствии затяжных конфликтов. Шкала «отвержение себя» диагностирована у – 12 (40%) испытуемых. Характеризуются завышенной самооценкой, отсутствием самокритичности;

– также в группе испытуемых преобладает шкала «неприятие окружающих» 18 (60%) испытуемых. Принятие окружающих, диагностирована у – 12 (40%) сотрудников;

– группа испытуемых отличается высоким уровнем внутреннего дискомфорта, диагностировано у – 17 (56,67%) испытуемых. Эмоциональный комфорт диагностирован у – 13 (43,33%) испытуемых в группе 1 (25-35 лет). Данная категория сотрудников уверена в своем отношении к окружающим;

– в группе испытуемых преобладает внешний контроль, диагностирован у – 16 (53,33%) испытуемых. Ответственность за происходящее перекладывается на других. При этом они способны брать на себя личную ответственность за свои действия;

– в группе выявлен высокий уровень стремления к лидерству, руководству при принятии решений, данная шкала по методике называется «доминирование», диагностирована у – 17 (56,67%) испытуемых. Зачастую при преобладании данного типа характера задачи индивидуума решаются за счет общих задач коллектива. Преобладание шкалы «Ведомость» диагностировано у – 13 (43,37 %) испытуемых;

– шкала «уход от проблем» была выявлена у – 12 (40%) испытуемых, данная шкала характеризует индивида, как человека, который стремится к избеганию проблемных ситуаций.

Выше приведённые данные и предпринятый анализ очевидно свидетельствуют о том, что в группе среди испытуемых (36-50 лет) преобладает невысокий уровень социально-психологической адаптации, существуют проблемы в принятии себя, также они испытывают эмоциональный дискомфорт, преобладает внешний контроль над внутренним.

Проведем сравнительный анализ данных показателей, для выявления сходства/различий в различных возрастных группах медицинских работников.

Для наглядной демонстрации предоставим данные на рисунке 9.

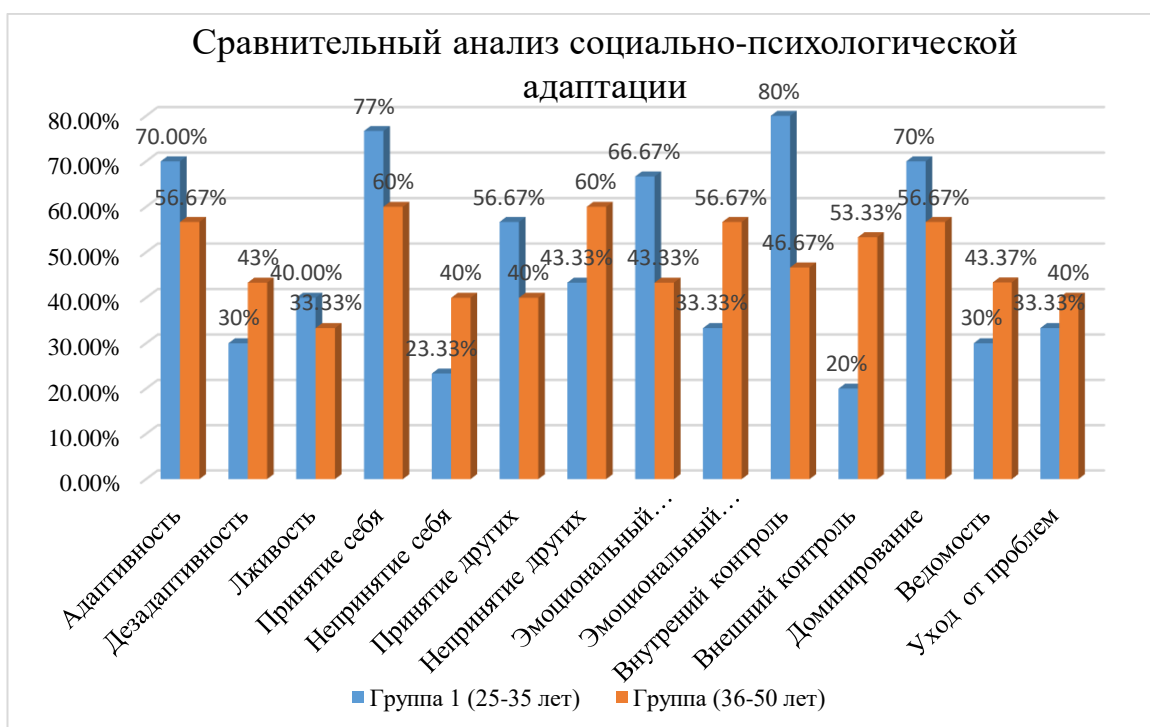


Рисунок 9 – Результаты сравнительного анализа по методике К. Роджерса – Р. Даймонд

Данные, отраженные на рисунке, наглядно показывают, что у сотрудников медицинской организации в возрасте 36-50 лет показатели проявления уровня социально-психологической адаптации ниже, чем у их коллег в более молодом возрасте 25-35 лет. В группе сотрудников более

возрастной категории существуют проблемы во взаимодействии с окружающими, они испытывают эмоциональный дискомфорт, преобладает внешний контроль над внутренним контролем.

В качестве следующего промежуточного этапа эмпирического исследования был проведён статистический сравнительный анализ с применением критерия Т-Стьюдента.

Результаты представлены в табличной форме (таблица 9).

Таблица 9 – Сравнительный анализ результатов диагностики уровня социально-психологической адаптации

Названия шкал	Среднее в группе «группа 1 (25-35 лет)»	Среднее в группе «группа 2 (36-50 лет)»	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
Приспособляемость	52.467±47.003	65.333±44.273	-1,091	0.28
Неспособность приспособливаться	39.733±46.586	27.233±46.129	1,044	0.301
Лживость	17.233±4.754	17.867±9.1	-0,338	0.737
Принятие себя	15.533±13.035	18.767±11.738	-1,01	0.317
Отвержение себя	8.3±10.36	3.6±6.642	2,092	0.042*
Принятие окружающих	10.4±9.453	10.533±9.457	-0,055	0.957
Отторжение окружающих	9.533±11.15	8.2±9.59	0,497	0.621
Эмоциональный комфорт	9.3±10.889	15.3±11.127	-2,111	0.039*
Эмоциональный дискомфорт	12.033±10.781	5.867±8.529	2,457	0.017*
Самоконтроль	17.033±18.818	25.133±17.445	-1,729	0.089
Внешнее руководство	10.967±10.572	6.567±10.224	1,639	0.107
Доминирование	5.367±4.832	6.367±4.657	-0,816	0.418
Ведомость	5.367±4.832	5.333±7.689	0,02	0.984
Уход от проблем	13.567±9.651	13.133±5.612	0,213	0.833

Данные, полученные в процессе сравнительного анализа, представленные в таблице 9, позволяют нам сделать определённые выводы:

– сопоставление балльных оценок по шкале «приспособляемость» со всей очевидностью демонстрирует незначительность различий между восприятием респондентов из обеих групп. Вместе с тем, среднее по более

молодой возрастной группе – 52.467, несколько меньше таковое по группе медицинских работников 36-50 лет – 65.333;

– также практически отсутствует разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «неспособность приспособливаться». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, больше среднего по признаниям их более, старших товарищей ($X_1 = 39.733$, $X_2 = 27.233$);

– сходным образом практически отсутствует разница между средними в обеих группах испытуемых по шкале «лживость». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, исчисленное в размере 17.233, меньше среднего по признаниям их более, старших товарищей, но не особенно отличается от полученного вычислением значения в 17.867;

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «принятие себя». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, меньше среднего по признаниям их более, старших товарищей ($X_1 = 15.533$, $X_2 = 18.767$);

– а вот по шкале «отвержение себя» существенные различия имеются ($T=2.092$, $p<0,05$). Видно, что среднее по категории работников 25-35 лет – ($X = 8.3$) значительно больше ($X = 3.6$) – величины данного показателя у более, старшей возрастной категории;

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «принятие окружающих». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, меньше среднего по признаниям их более, старших товарищей ($X_1 = 10.4$, $X_2 = 10.533$);

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «отторжение окружающих». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, больше среднего по признаниям в другой группе ($X_1 = 9.533$, $X_2 = 8.2$);

– а по шкале «эмоциональный комфорт» существенные различия также имеются ($T=-2.111$, $p<0,05$). Видно, что среднее по категории работников 25-35 лет – 9.3, значительно меньше 15.3 – величины данного показателя у более, старшей возрастной категории;

– и по шкале «эмоциональный дискомфорт» существенные различия вновь демонстрируются ($T=2.457$, $p<0,05$). Видно, что среднее по категории работников 25-35 лет значительно больше величины данного показателя у более, старшей возрастной категории ($X_1 =12.033$, $X_2 =5.867$);

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «самоконтроль». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, меньше среднего по признаниям их более, старших товарищей ($X_1 =17.033$, $X_2 =25.133$);

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «внешнее руководство». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, больше среднего по признаниям их более старших товарищей ($X_1 =10.967$, $X_2 =6.567$);

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «доминирование». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет – 5.367, меньше 6.367 – среднего по признаниям их более, старших товарищей;

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «ведомость». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет – 5.367, больше 5.333 – среднего по признаниям их более, старших товарищей;

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «уход от проблем». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет – 13.567, больше 13.133 – среднего по признаниям их более, старших товарищей.

Статистически значимые отличия были выявлены по следующим шкалам: «отвержение себя», «эмоциональный комфорт».

И наконец, можно приступить к изучению представлений отобранных медицинских работников об удовлетворённости их собственной жизнью. Для этого применим «Шкалу оценки качества жизни» (Н.Е. Водопьянова, в модификации Н.П. Фетискина и Т.И. Мироновой).

Напомним, что опросник из 36 вопросов выявляет впечатления человека от своей профессиональной деятельности, уровня комфортности ближайшего окружения, степени самореализации, субъективного ощущения поддержки с любой стороны, а также характеризует качество его самоконтроля, меры жизненного оптимизма, обнажает и детализирует большую часть отрицательного эмоционального настроения.

По традиции пропустив вперёд младших членов трудового коллектива медицинского учреждения. Результаты представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Уровни качества жизни в группе 1 (25-35 лет)

Показатель	Неудовлетворительно		Нормально		Очень хорошо	
	кол. чел	доля %	кол. чел	доля %	кол. чел	доля %
Профессиональная и учебная деятельность	7	23.33%	8	26.67%	15	50%
Самореализация	10	33.33%	12	40%	8	26.67%
Здоровье	8	26.67%	10	33.33%	12	40%
Отношения с близкими	5	16.67%	17	56.67%	8	26.67%
Поддержка	7	23.33%	13	43.33%	10	33.33%

Продолжение таблицы 10

Показатель	Неудовлетворительно		Нормально		Очень хорошо	
	кол. чел	доля %	кол. чел	доля %	кол. чел	доля %
Оптимистичность	4	13.33%	7	23.33%	21	70%
Напряженность	6	20%	11	36.67%	13	43,33%
Самоконтроль	10	33.33%	7	23.33%	13	43,33%
Отрицательный настрой	8	26.67%	12	40%	10	33.33%

Интегральным показателем в данном случае будет являться общий индекс качества жизни (ИКЖ) (таблица 11).

Таблица 11 – оценка уровня удовлетворенности по ИКЖ

Индекс качества жизни (ИКЖ), баллы							
Очень низкий (депрессивный)		Низкий		Средний		Высокий	
Кол. чел.	Доля, %	Кол. чел.	Доля, %	Кол. чел.	Доля, %	Кол. чел.	Доля, %
3	10%	4	13,33%	11	36,67	12	40%

Данные представленные в таблице 11 позволяют наглядно отобразить уровень индекса качества жизни. Результаты представлены на рисунке 10.

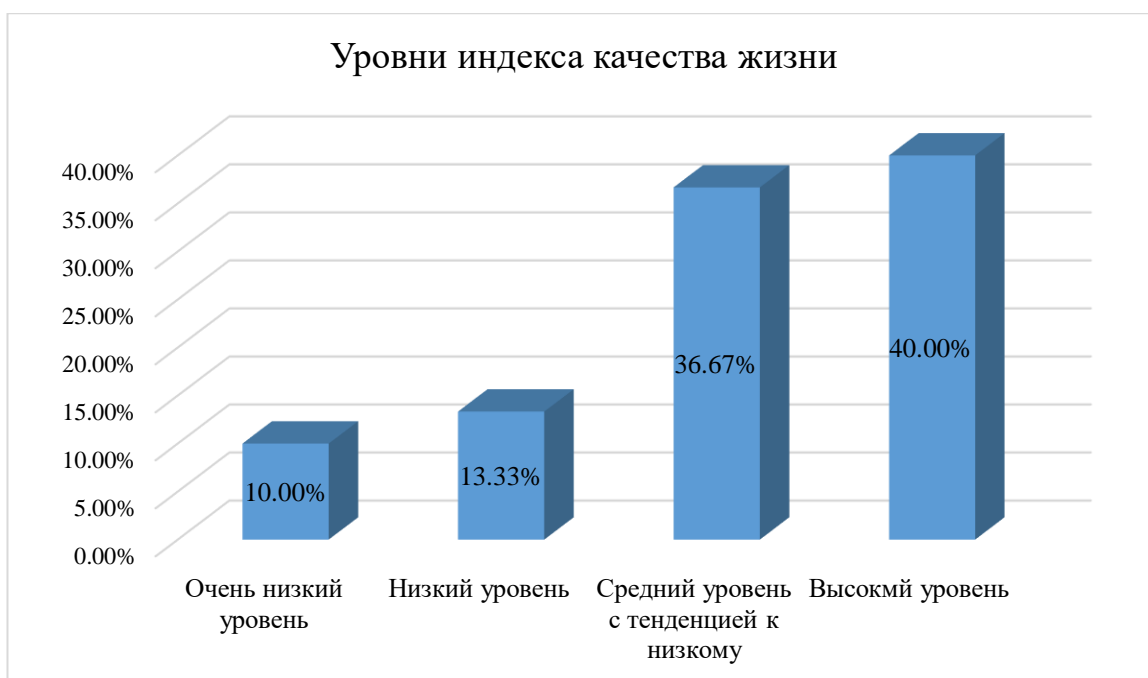


Рисунок 10 – Распределение группы 1 (25-35 лет) по уровням индекса качества жизни

Интересующие нас данные по критериям удовлетворённости более молодой исследуемой группы медицинских сотрудников предлагают следующую картину:

- оценки «удовлетворительно» и «очень хорошо» в отношении профессиональной и учебной деятельности – соответственно 26,67% и 50% – поставили более трех четвертей респондентов. Поставить совершенно точный диагноз только на основании данного исследования не представляется корректным, но можно предположить, что оставшиеся менее четверти коллектива (23,33%), возможно, заняты не своим делом либо не вписываются в данное конкретное сообщество. Не исключено также, что и в целом удовлетворённые служебным положением сотрудники иной раз испытывают некоторые затруднения;

- несколько иное впечатление складывается у испытуемых касательно фактической самореализации. Однако, и здесь результат довольно утешительный – оценки «очень хорошо» и «удовлетворительно» поставили

две трети работников, хотя доля последних больше, из чего следует, что всё могло бы быть немного лучше;

– оценку по критерию «здоровье» в части медицинских работников трудно назвать глубоко субъективной, поэтому наличие опасений более четверти из них (26,67%) и неполной удовлетворённости еще трети (33,33%) состоянием собственного здоровья вызывает тревогу;

– вполне пристойно выглядит мнение респондентов о состоянии их близкого круга общения и ощущение ими поддержки. Здесь наиболее несчастливых людей не набирается и на 25%;

– также приятно видеть подавляющий оптимизм, который испытывают 70% респондентов, хотя и тех, чьи надежды на будущее не так светлы, забывать не стоит;

– напряжённость в группе имеет высокий уровень 13 (43,33%) .средний уровень 11 (36,67%), низкий уровень диагностирован у 6 (20%);

– анализ данных предоставленных в таблице позволяет сделать вывод о том, что в группе преобладает высокий уровень самоконтроля у испытуемых 13 (43,33%);

– и наконец, вполне нормально, что большая часть испытуемых в группе, так или иначе время от времени испытывает и отрицательные человеческие эмоции.

В целом, надо сказать, что отношение к жизни у большинства этой части членов данного коллектива вполне благоприятно, хотя большинство из них – явно реалисты и осознают, что жизнь – сложная штука и не состоит из одних только удобных ответов на непростые вопросы.

Далее методика была проведена в группе 2 (36-50 лет).

Результаты представлены в табличной форме (таблица 12).

Таблица 12 –Уровни качества жизни в группе 2 (36-60 лет)

Показатель	Неудовлетворительно		Нормально		Очень хорошо	
	кол. чел	доля %	кол. чел	доля %	кол. чел	доля %
Профессиональная и учебная деятельность	12	40%	10	33,33%	8	26,67%
Самореализация	15	50%	8	26,67%	7	23.33%
Здоровье	17	56.67%	8	26,67%	5	16.67%
Отношения с близкими	9	30%	11	36.67%	10	33,33%
Поддержка	12	40%	8	26,67%	10	33,33%
Оптимистичность	6	20%	15	50%	9	30%
Напряженность	5	16,67	10	33,33%	15	50%
Самоконтроль	3	10%	7	23,33%	20	66.67%
Отрицательный настрой	11	36.67%	8	26.67%	11	36.67%

Анализ полученных результатов по каждой шкале позволяет определить уровень индекса качества группы жизни среди испытуемых. Согласно интерпретации данных по методике можно выделить 3 уровня.

Результаты представлены в табличной форме (таблица 13).

Таблица 13 – оценка уровня удовлетворенности по ИКЖ в группе 2 (36-50) лет

Индекс качества жизни (ИКЖ), баллы							
Очень низкий (депрессивный)		Низкий		Средний		Высокий	
Кол. чел.	Доля, %	Кол. чел.	Доля, %	Кол. чел.	Доля, %	Кол. чел.	Доля, %
3	10%	8	26,67%	9	30%	10	33,33%

Данные представленные в таблице 13 позволяют наглядно отобразить уровень индекса качества жизни.

Результаты представлены на рисунке 11.

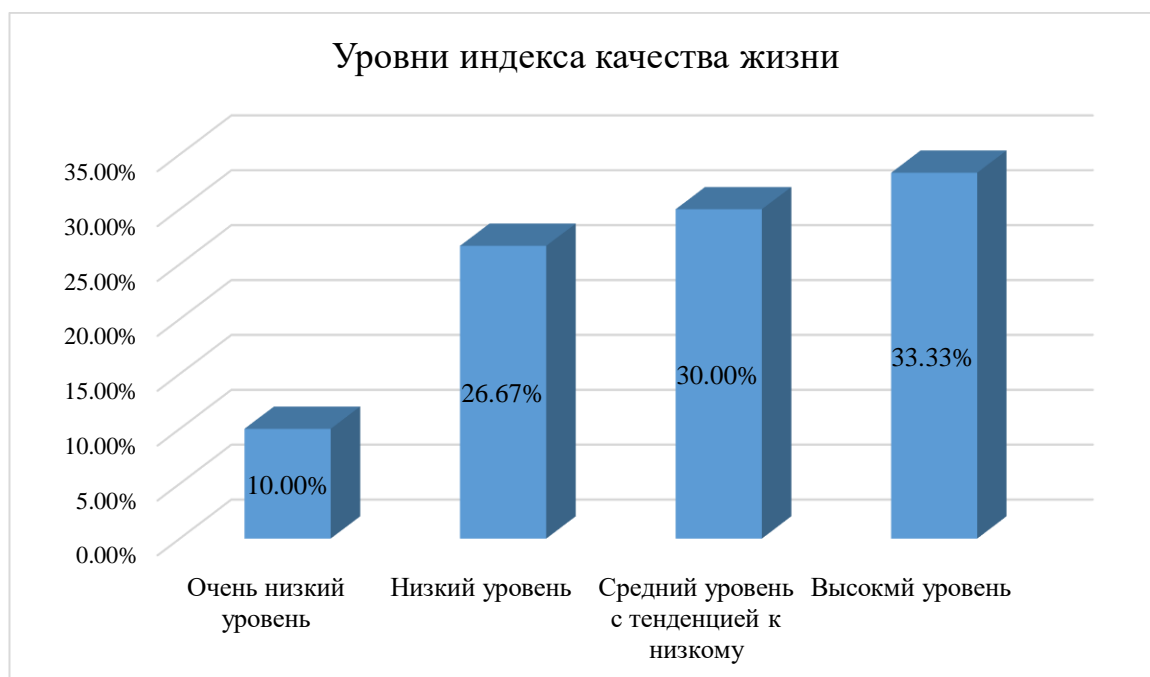


Рисунок 11 – Распределение группы 2 (36-50 лет) по уровням индекса качества жизни

Показатели, которые представлены на рисунке 11, дают нам возможность, сделать выводы по результатам проведенного исследования:

– как видно из полученных данных в группе преобладает низкий уровень удовлетворенности своей работой (карьерой), данный уровень был диагностирован у 12 (40%) испытуемых. Высокий уровень был выявлен у 8 (26,67%) респондентов. Мы предполагаем, что преобладание низкого уровня связано в первую очередь с тем, что к 50 годам человек осознает, что если с карьерой не сложилось, то дальше лучше уже не будет, так как осознают состояние своего здоровья. Можно допустить и ситуации, которые могут вызывать напряженность в рабочем коллективе;

– по шкале «личностные достижения и устремления» в группе доминирует низкий уровень – 15 (50%) испытуемых. Мы это связываем

с низким уровнем удовлетворённости от работы. Средний уровень был диагностирован у 8 (26,67%) испытуемых, высокий 7 (23,33%). Представляется, что в более позднем возрасте стремления к достижениям у человека снижаются, амбиции уменьшаются;

– низкий уровень удовлетворенности своим здоровьем был выявлен у 17 (56,67%) респондентов. Работа медицинских сотрудников сопряжена с высоким уровнем стресса, а также физической нагрузкой, что оказывает влияние в свою очередь на состояние здоровья человека. Так же в группе испытуемых были выявлены респонденты с высоким уровнем удовлетворения своим здоровьем 5 (16,67%), частично удовлетворены своим здоровьем 8 (26,67) испытуемых;

– общение с друзьями, близкими, а также ощущения поддержки, в группе находится на среднем и высоком уровне. Только у 10 (33,33%) испытуемых удовлетворение от общения находится на низком уровне;

– в данном случае эта часть респондентов, довольно умеренно относится к будущему, хотя треть респондентов отнюдь не испытывает оптимизма;

– отмечается высокая степень ощущения напряженности в коллективе (50%), по крайней мере со стороны более старшей его части;

– впечатляюще высокий уровень самоконтроля, тем не менее, не вызывает большого удивления, поскольку речь идёт о людях с большим жизненным опытом;

– примечательно, что впечатления о присутствии отрицательных эмоций разделились поровну по всем трём степеням оценки.

Анализ позволяет сделать вывод, что в группе испытуемых в возрасте от 36 до 50 лет преобладает низкий уровень удовлетворенностью качеством жизни.

Проведенное обследование в двух группах медицинских работников по последней из отобранных для настоящей работы методик позволяет провести сравнительную характеристику двух групп респондентов.

Результаты представим на рисунке 12.

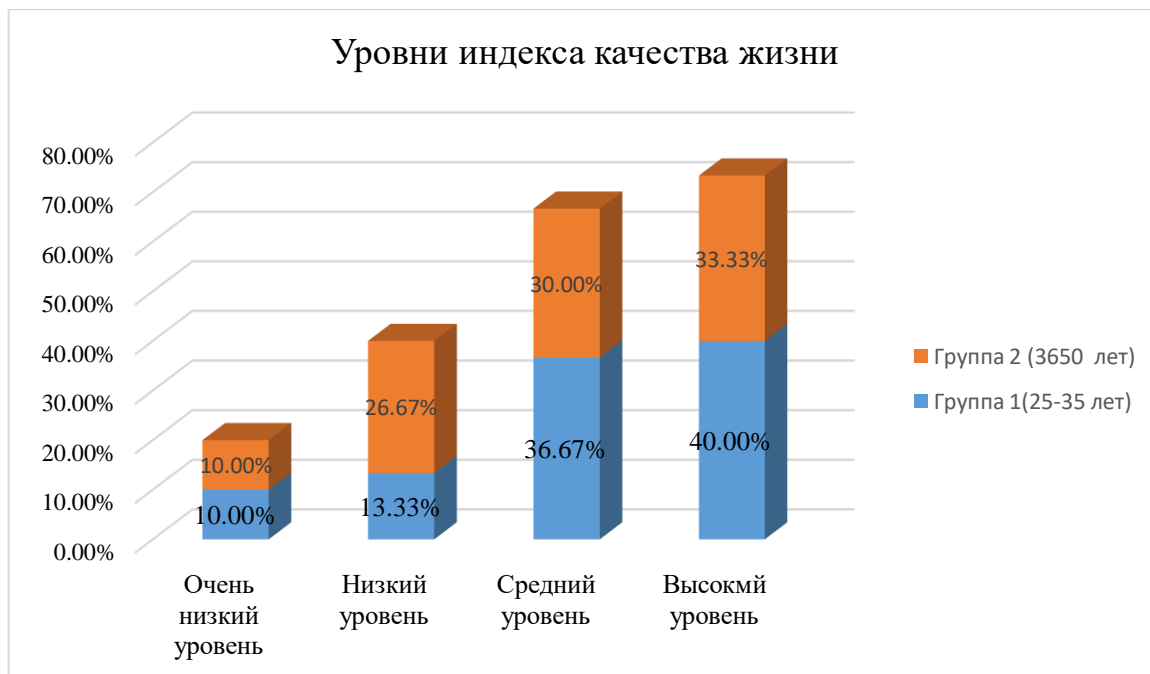


Рисунок 12 – Сравнительный анализ уровня индекса качества жизни в двух группах

Проводя сравнительный анализ можно сделать следующей вывод: что в группе респондентов в период ранней взрослости преобладает средний уровень удовлетворенностью жизнью. Это проявляется во всех сферах жизнедеятельности. У респондентов в возрасте 36-50 лет преобладает низкий уровень.

В качестве следующего промежуточного этапа эмпирического исследования был проведён статистический сравнительный анализ с применением критерия Т-Стьюдента. Результаты представлены в табличной форме (таблица 14).

Таблица 14 – Сравнительный анализ результатов диагностики уровня качества жизни в двух группах

Названия шкал	Среднее в группе «группа 1 (25-35 лет)»	Среднее в группе «группа 2 (36-50 лет)»	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
Профессиональная и учебная деятельность	20.6±9.485	25.133±9.982	-1,803	0.077
Самореализация	17.333±8.142	23.833±7.598	-3,197	0.002**
Здоровье	15.667±6.784	25.233±8.024	-4,987	0***
Отношения с близкими	19.833±9.244	25.8±7.17	-2,794	0.007**
Поддержка	19.2±9.43	25.1±8.023	-2,61	0.012*
Оптимистичность	22.167±8.789	26.767±10.143	-1,877	0.066
Напряженность	22.4±8.943	21.867±9.175	0,228	0.82
Самоконтроль	27.267±9.791	22.967±8.95	1,776	0.081
Отрицательный настрой	19.733±9.479	24.367±9.301	-1,911	0.061

Данные, полученные в процессе сравнительного анализа, представленные в таблице 14, позволяют нам сделать определённые выводы:

– сопоставление балльных оценок по шкале «профессиональная и учебная деятельность» со всей очевидностью демонстрирует незначительность различий между восприятием респондентов из обеих групп. Вместе с тем, среднее по более молодой возрастной группе – 20.6, несколько меньше такового по группе медицинских работников 36-50 лет – 25.133;

– а вот по шкале «самореализация» существенные различия имеются ($T=-3.197$, $p<0,01$). Видно, что среднее по категории работников 25-35 лет – 17.333, значительно меньше 23.833 – величины данного показателя у более, старшей возрастной категории;

– сходным образом по шкале «здоровье» существенные различия имеются ($T=-4.987$, $p<0,001$). Видно, что среднее по категории работников 25-35 лет – 15.667, значительно меньше 25.333 – величины данного показателя у более, старшей возрастной категории;

– и по шкале «отношения с близкими» существенные различия вновь демонстрируются ($T=-2.794$, $p<0,01$). Видно, что среднее по категории работников 25-35 лет – 19.833, значительно меньше 25.8 – величины данного показателя в другой группе;

– и по шкале «поддержка» существенные различия вновь демонстрируются ($T=-2.61$, $p<0,05$). Видно, что среднее по категории работников 25-35 лет – ($X =19.2$), значительно меньше ($X =25.1$) – величины данного показателя у более, старшей возрастной категории;

– практически отсутствует разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «оптимистичность». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, меньше среднего по признаниям их более, старших товарищей ($X1 =22.167$, $X2 =26.767$);

– практически отсутствует разница между средними в обеих группах испытуемых по шкале «напряженность». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, исчисленное в размере 22.4, больше среднего по признаниям их более старших товарищей, но не особенно отличается от полученного вычислением значения в 21.867;

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «самоконтроль». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет, больше среднего по признаниям их более, старших товарищей ($X1 =27.267$, $X2 =22.967$);

– практически отсутствует и разница между показателями в обеих группах испытуемых по шкале «негативный настрой». Из приведённого расчёта видно, что среднее по ответам работников 25-35 лет – 19.733, меньше 24.367 – среднего по признаниям их более, старших товарищей.

Статистические различия в двух группах значимы по шкалам: «личные достижения и устремления», «общение с друзьями (близкими)», «здоровье», «поддержка».

2.3 Корреляционный анализ взаимосвязи между исследуемыми параметрами

Проведенное диагностическое обследование по всем методикам, позволило выявить следующие: что у испытуемых медицинских работников в возрасте 25-35 лет низкий уровень проявления тревожности, высокий уровень удовлетворения жизнью, хорошая социально-психологическая адаптация. У испытуемых в возрасте 36-50 лет наоборот данные показатели имеют низкий уровень.

Далее для подтверждения выдвинутой гипотезы, проведен корреляционный анализ для выявления взаимосвязи изучаемых признаков. Корреляционный анализ начали с группы 1 (25-35 лет) Для этого будем использовать критерий Пирсона. Полученные данные представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Корреляционный анализ по критерию Пирсона в группе испытуемых в возрасте 25-35 лет

Наименование школы	Низкий уровень	высокий уровень	средней уровень с тенденцией к высокому	средний уровень с тенденцией к низкому	очень высокий уровень
приспособляемость	-0.132	-0.032	0.292	0.07	-0.329
и способность к приспособлению	-0.159	-0.232	-0.324	0.243	0.395*
лживость	-0.016	0.107	0.152	-0.037	-0.399*
принятия себя	-0.036	-0.029	0.449*	-0.086	-0.35
отвержение себя	-0.146	-0.214	-0.299	0.245	0.488**
принятие других	0.006	0.303	0.427*	-0.406*	-0.278
отторжение других	-0.223	-0.327	-0.457*	0.536**	0.395*
эмоциональный комфорт	0.12	0.207	0.514**	-0.43*	-0.318
эмоциональный дискомфорт	-0.184	-0.27	-0.377*	0.26	0.479**

Продолжение таблицы 15

Наименование школы	Низкий уровень	высокий уровень	средней уровень с тенденцией к высокому	средний уровень с тенденцией к низкому	очень высокий уровень
самоконтроль	-0.029	0.19	0.448*	-0.292	-0.33
внешнее руководство	-0.172	-0.251	-0.351	0.28	0.44*
доминирование	0.339	0.098	0.337	-0.264	-0.32
ведомость	-0.184	-0.27	-0.377*	0.285	0.48**
уход от проблем	-0.389*	-0.277	0.474**	0.092	-0.113

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Корреляционный анализ дает следующую картину:

– выявлены значимые положительные взаимосвязи между шкалой отвержения себя и шкалой «повышенная степень тревожности» ($r=0.488^{**}$, $p < 0,01$). Это свидетельствует о том, при отвержении себя человек имеет повышенную степень тревожности;

– между шкалой «эмоциональный дискомфорт» и повышенным уровнем тревоги существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0.479^{**}$, $p < 0,01$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «эмоциональный дискомфорт», тем больше выражены показатели по шкале повышенный уровень тревожности;

– между шкалой «эмоциональный комфорт» и шкалой «средне-нормальный уровень тревожности, обеспокоенности с тенденцией к повышению» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0.514^{**}$, $p < 0,01$);

– были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «ведомость» и шкалой «повышенная степень тревожности» ($r=0.48^{**}$, $p < 0,01$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «ведомость», тем больше выражены показатели по шкале «повышенная степень тревожности»;

– существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «уход от проблем» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с тенденцией к повышению» ($r=0.474^{**}$, $p<0,01$).

Корреляционный анализ позволяет сделать вывод, что существует прямая взаимосвязь между высоким уровнем проявления тревоги и такими социально-психологическими проявлениями как: отвержение себя, эмоциональный дискомфорт, ведомость, уход от проблем. При средне-нормальном уровне проявления тревожности у испытуемых наблюдается взаимосвязь с эмоциональным комфортом. Для наглядного изображения взаимосвязей построим корреляционную плеяду. Изобразим на рисунке 13.

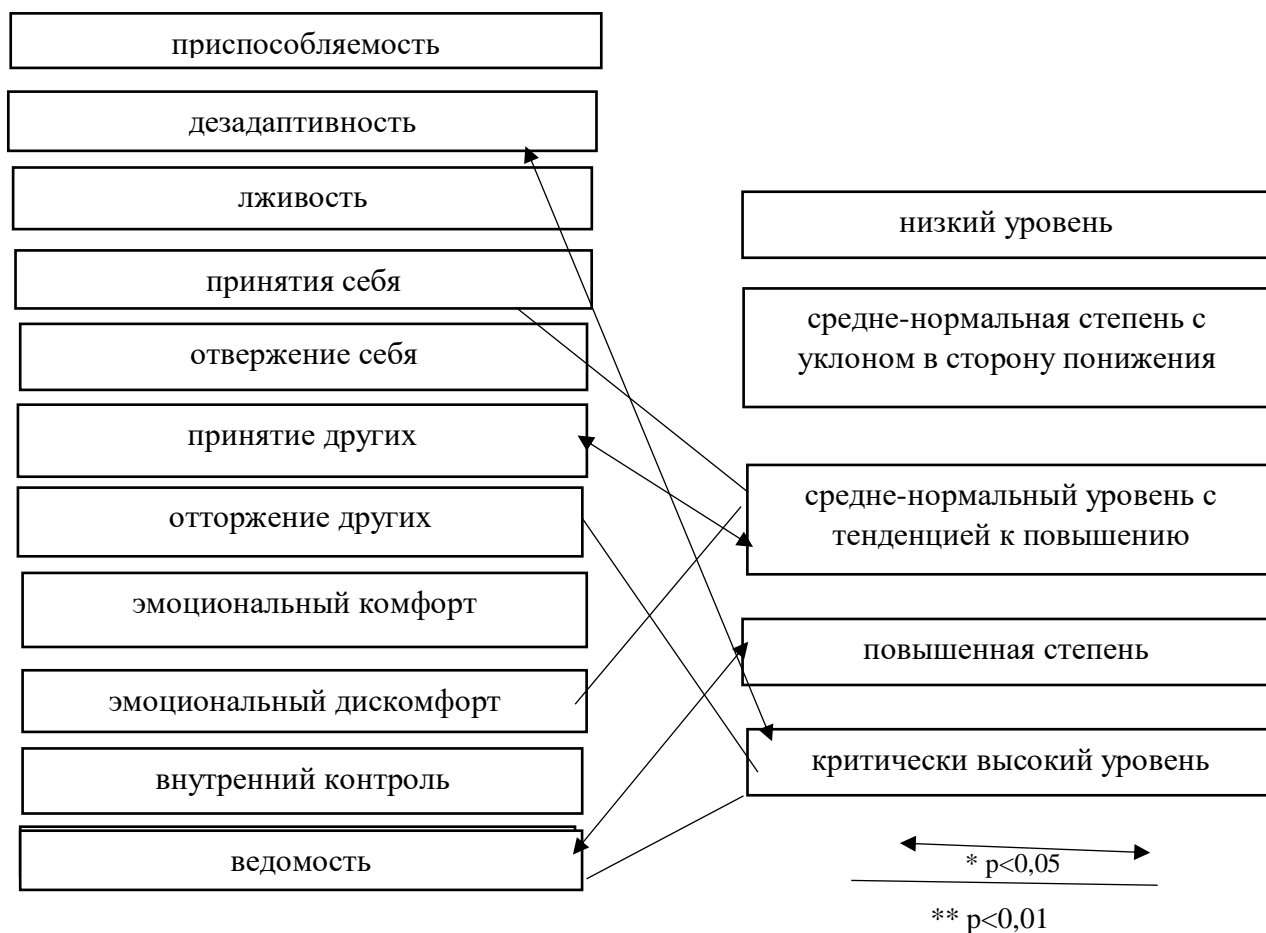


Рисунок 13 – Корреляционная плеяда показателей проявления тревожности и социально-психологической адаптации

Далее корреляционный анализ проведен в группе испытуемых в возрасте 36-50 лет. Для этого будем использовать критерий Пирсона.

Полученные данные представлены в таблице 16.

Таблица 16 – Корреляционный анализ по критерию Пирсона в группе испытуемых в возрасте 36-50 лет

Наименование шкалы	Нормальный уровень тревожности	Средне-нормальная степень тревожности с уклоном в сторону понижения	Средне-нормальная степень тревожности с тенденцией к повышению	Повышенная степень	Критическая и высокая степень
Приспособляемость	0.39*	0.475**	-0.56**	-0.341	-0.19
Неспособность к приспособлению	-0.494**	-0.429*	0.508**	0.566**	0.332
Лживость	0.437*	0.435*	-0.637***	-0.392*	-0.254
Принятие себя	0.49**	0.358	-0.59***	-0.36	-0.201
Отвержение себя	-0.469**	-0.44*	0.708***	0.285	0.159
Принятие других	0.329	0.523**	-0.562**	-0.343	-0.191
Отторжение других	-0.495**	-0.365*	0.639***	0.277	0.095
Эмоциональный комфорт	0.644***	-0.003	-0.456*	-0.278	-0.155
Эмоциональный дискомфорт	-0.617***	0.02	0.473**	0.175	0.045
Самоконтроль	0.58***	0.102	-0.48**	-0.292	-0.163
Внешнее руководство	-0.586***	-0.173	0.548**	0.287	0.16
Доминирование	0.443*	0.41*	-0.571***	-0.348	-0.194
Ведомость	0.443*	0.41*	-0.571***	-0.348	-0.194
Уход от проблем	0.069	-0.128	0.148	-0.352	-0.196

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

На основе данных корреляционного анализа можно сделать следующие выводы:

– были выявлены значимые положительные взаимосвязи между шкалой «приспособляемость» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с уклоном в сторону понижения» ($r=0.475^{**}$, $p<0,01$). Данный показатель говорит, что при среднем уровне тревожности у человека проявляется адаптивные способности;

– между шкалой «неспособность к приспособлению» и повышенной степенью тревоги существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0.566^{**}$, $p<0,01$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «неспособность к приспособлению», тем больше выражены показатели по шкале повышенный уровень тревожности;

– между шкалой «принятия себя» и шкалой «нормальная степень тревожности» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0.49^{**}$, $p<0,01$);

– были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «отвержение себя» и шкалой «средний уровень тревожности тенденцией к повышению» ($r=0.708^{***}$, $p<0,001$);

– существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «отторжение других» и шкалой «средней уровень с тенденцией к повышению» ($r=0.639^{***}$, $p<0,001$);

– существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «Эмоциональный комфорт» и шкалой «нормальная степень тревожности» ($r=0.644^{***}$, $p<0,001$);

– были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «Эмоциональный дискомфорт» и шкалой «средний уровень тревожности тенденцией к повышению» ($r=0.473^{**}$, $p<0,001$);

– между шкалой «самоконтроль» и шкалой «нормальный уровень тревожности» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0.58^{***}$, $p<0,01$);

– были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «внешнее руководство» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности тенденцией к повышению» ($r=0.548^{**}p<0,001$).

На основе поведенного корреляционного анализа мы установили, что существует прямая взаимосвязь между уровнем появления тревожности и социально-психологической адаптации. Было установлено, что при низком уровне проявления тревожности свойственны такие качества как: принятие себя, эмоциональный комфорт, самоконтроль. При средне-нормальном уровне тревожности тенденцией к повышению характерно неспособность приспособлению, отвержение себя, отторжение других, самоконтроль. При повышенной степени тревожности проявляются такие качества как неспособность к приспособлению.

Следующим этапом было проведение корреляционного анализа на выявления взаимосвязи между уровнем проявления тревожности и удовлетворенностью качеством жизни.

Для начала, приведем корреляционный анализ в группе испытуемых медицинских работников в возрасте 25-35 лет. Для этого будем использовать критерий Пирсена.

Полученные данные представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Корреляционный анализ по критерию Пирсена в группе испытуемых в возрасте 25-35 лет

Наименование шкалы	Критически высокая степень	Повышенная степень	Средне-нормальная степень тенденцией к повышению	Средне-нормальная степень уклоном в сторону понижения	Нормальная степень тревожност и
профессиональная учебная деятельность	-0.417*	-0.473**	-0.35	0.634***	0.263
самореализация	-0.369*	-0.477**	-0.313	0.582***	0.301
здоровье	-0.433*	-0.426*	-0.329	0.653***	0.177
отношения с близкими	-0.421*	-0.446*	-0.075	0.321	0.436*
поддержка	-0.367*	-0.538**	-0.204	0.432*	0.419*

Продолжение таблицы 17

Наименование шкалы	Критически высокая степень	Повышенная степень	Средне-нормальная степень тенденцией к повышению	Средне-нормальная степень уклоном в сторону понижения	Нормальная степень тревожности
оптимистичность	-0.419*	-0.502**	-0.24	0.541**	0.14
напряженность	-0.39*	-0.538**	-0.28	0.522**	0.392*
самоконтроль	-0.346	-0.399*	-0.461*	0.571***	0.377*
негативный настрой	-0.311	-0.553**	-0.315	0.506**	0.435*

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Корреляционный анализ дает следующую картину:

– были выявлены значимые положительные взаимосвязи между шкалой «профессиональная и учебная деятельность» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с уклоном в сторону понижения» ($r=0.634^{***}$ $p < 0,001$). Данный показатель говорит, что при средне-нормальном уровне тревожности с уклоном в сторону понижения, проявляется высокая удовлетворённость своей работой;

– между шкалой «самореализация» и средне-нормальной степенью тревожности с уклоном в сторону понижения существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0.582^{***}$, $p < 0,001$);

– между шкалой «здоровье» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с уклоном в сторону понижения» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0.653^{***}$, $p < 0,001$);

– были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «поддержка» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с уклоном в сторону понижения» ($r=0.432^* p < 0,01$);

– существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «оптимистичность» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с уклоном в сторону понижения» ($r=0.541^{**}$, $p < 0,01$);

– существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «напряженность» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с уклоном в сторону понижения» ($r=0.571^{***}$, $p<0,01$);

– были выявлены отрицательные взаимосвязи между шкалой «повышенная степень тревожности» и шкалой «профессиональная и учебная деятельность» ($r=-0.473^{**}$); шкалой «самореализация» ($r=-0.477^{**}$); шкалой «здоровье» ($r=-0.426^{*}$); шкалой «отношения с близкими» ($r=-0.446^{**}$); шкалой «поддержка» ($r=-0.538^{**}$); шкалой «оптимистичность» ($r=-0.502^{**}$); шкалой «напряженность» ($r=-0.538^{**}$); шкалой «самоконтроль» ($r=-0.399^{**}$).

На основе поведенного корреляционного анализа мы установили, что существует прямая взаимосвязь между уровнем появления тревожности и уровнем удовлетворения качеством жизни. Было установлено, что при низком уровне проявления тревожности свойственны такие качества как: удовлетворение от общения с друзьями, близкими; поддержка, самоконтроль. Так же было выявлено, что существуют отрицательные взаимосвязи между высоким уровнем тревожности и удовлетворённостью качеством жизни.

Далее корреляционный анализ на выявления взаимосвязи между уровнем проявления тревожности и удовлетворённостью качеством жизни провели на основе эмпирических данных группы испытуемых в возраста 36-50 лет. Для начало, приведем корреляционный анализ в группе испытуемых в возрасте 25-35 лет.

Для этого будем использовать критерий Пирсона.

Полученные данные представлены в табличной форме (таблица 18).

Таблица 18 – Корреляционный анализ по критерию Пирсона в группе испытуемых в возрасте 36-50 лет

Наименование шкалы	Нормальный уровень тревожности	Средне-нормальный уровень тревожности и с уклоном в сторону понижения	Средне-нормальный уровень с тенденцией к повышению	Повышенный уровень	Критически высокий уровень
профессиональная и учебная деятельность	-0.716***	-0.12	0.536**	0.433*	0.216
самореализация	-0.431*	-0.435*	0.573***	0.443*	0.228
здоровье	-0.537**	-0.248	0.411*	0.502**	0.318
отношения с близкими	-0.721***	-0.121	0.644***	0.382*	0.141
поддержка	-0.581***	-0.267	0.597***	0.456*	0.286
оптимистичность	-0.758***	-0.122	0.543**	0.468**	0.238
напряженность	-0.7***	-0.118	0.541**	0.331	0.251
самоконтроль	-0.745***	0.354	0.234	0.078	0.043
негативный настрой	-0.74***	-0.125	0.531**	0.533**	0.286

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Корреляционный анализ дает следующую картину:

– были выявлены отрицательные взаимосвязи между шкалой «нормальная степень тревожности» и шкалой «профессиональная и учебная деятельность» ($r = -0.716^{***}$); шкалой «самореализация» ($r = -0.431^*$); шкалой «здоровье» ($r = -0.537^{**}$); шкалой «отношения с близкими» ($r = -0,721^{***}$); шкалой «поддержка» ($r = -0.581^{***}$); шкалой «оптимистичность» ($r = -0.758^{***}$); шкалой «напряженность» ($r = -0.7^{***}$); шкалой «самоконтроль» ($r = -0.745^{***}$).

Данные показатели означают, что в группе испытуемых отсутствует нормальный уровень проявления тревожности. В связи, с чем выявляется не удовлетворенность качествами жизни по всем шкалам;

– были выявлены значимые положительные взаимосвязи между шкалой «профессиональная и учебная деятельность» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с тенденцией к повышению» ($r=0.536^{**}$, $p<0,01$). Данный показатель свидетельствует о том, что чем выше уровень тревожности у человека, тем ниже его удовлетворенность от своей профессиональной деятельности;

– между шкалой «самореализация» и средне-нормальная степень тревожности с тенденцией к повышению существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0.573^{***}$, $p<0,001$);

– между шкалой «здоровье» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с тенденцией к повышению» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0.411^*$, $p<0,05$);

– были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «поддержка» и шкалой «средне-нормальная степень тревожности с тенденцией к повышению» ($r=0.644^{***}$, $p<0,01$);

– существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «оптимистичность» и шкалой «средне-нормальная степень с тенденцией к повышению» ($r=0.543^{**}$, $p<0,01$);

– существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «напряженность» и шкалой «средне-нормальная степень с тенденцией к повышению» ($r=0.541^{***}$, $p<0,01$).

Корреляционный анализ позволяет сделать вывод, что в группе испытуемых выявлены взаимосвязи между уровнем удовлетворения качеством жизни и уровнем проявления общей тревожности. Было выявлено, что при высоком уровне проявления тревожности, у испытуемых по всем шкалам удовлетворенности качеством жизни, преобладает низкий уровень. Таким образом, можно сделать вывод, что чем выше уровень проявления тревожности у испытуемых, тем ниже удовлетворенность от уровня качества жизни.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить, что уровень появления тревожности оказывает влияние на уровень удовлетворенности качеством жизни. Согласно проведенному корреляционному анализу при высоком уровне проявления тревожности испытуемые имеют низкий уровень проявления социально - психологической адаптации. Это выражается в неприятии себя, испытывают эмоциональный дискомфорт, преобладает внешний контроль над внутренним контролем. При высоком уровне тревожности, выявлено, что проявляется низкий уровень удовлетворения качеством жизни.

Также корреляционный анализ позволил выявить, что существует различия в группе испытуемых в возрасте 25-35 лет и возрасте 36-50 лет. Для испытуемых группы 1 (25-35 лет) характерно стремление к взаимодействию с окружающими, высокий уровень адаптации, принятия себя и окружающих, высокий уровень самоконтроля, высокий уровень удовлетворения качеством собственной жизни. В группе 2 испытуемых в возрасте 36-50 лет преобладают низкие показатели адаптации, неприятия себя и других, низкая потребность во взаимодействии с окружающими людьми, не удовлетворенность карьерой, здоровьем.

Таким образом, проведенный корреляционный анализ подтвердил гипотезу исследования: чем ниже уровень проявления тревожности, тем выше уровень психологического здоровья личности в период взрослости.

Выводы по второй главе

Эмпирическое исследование было проведено с целью выявления взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости. Исследование было представлено тремя этапами, где на первом, подготовительном этапе были определены цели, задачи, методы методики исследования. На втором, диагностическом этапе был проведен сбор эмпирического материала. На третьем этапе проведен сравнительный анализ двух групп респондентов на основе полученных результатов

диагностического этапа. Четвертый завершающий этап основывался на корреляционном анализе методом Пирсона, который является непараметрическим методом, используемый с целью статистического изучения связи между явлениями. В этом случае «определяется связь между двумя количественными рядами изучаемых признаков и дается оценка тесноты установленной связи с помощью количественно выраженного коэффициента».

Исследование проводилось на базе медицинской организации ООО «Новый Формат». Выборка испытуемых составила две группы: первая группа, в количестве 30 человек испытуемые в возрасте 25-35 лет; вторая группа в количестве 30 человек испытуемые в возрасте 36-50 лет.

На первом этапе нами были подобраны методики для сбора эмпирических данных: методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности; методика определения уровня тревожности: методика измерения уровня тревожности (Шкала Дж. Тейлор); методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд; методика «Шкала оценки качества жизни» (Н.Е. Водопьянова, в модификации Н.П. Фетискина и Т.И. Мироновой).

На основе проведенного обследования были получены следующие данные:

- для испытуемых в возрасте 25-35 лет характерно проявления низкого уровня проявления как ситуативной, так и личностной тревожности;
- в группе респондентов (36-50 лет) преобладает высокий уровень и ситуативной и личностной тревожности;
- проведенное обследование по методике измерения уровня тревожности, позволило выявить, что в группе преобладает средний уровень (с тенденцией к низкому уровню);
- выявили, что у испытуемых в возрасте 36-50 лет преобладает высокий уровень тревожности;

– в группе испытуемых в возрасте 25-35 лет преобладает высокий уровень социально-психологической адаптации;

– в группе среди испытуемых (36-50 лет) преобладает невысокий уровень социально-психологической адаптации, существуют проблемы в принятии себя, испытывают эмоциональный дискомфорт, преобладает внешний контроль над внутренним;

– большая часть респондентов 25-35 лет преимущественно удовлетворена качеством жизни, однако она протекает не без выраженных проблем в той или иной ее сфере;

– проведенный анализ позволяет сделать вывод, что в группе испытуемых в возрасте от 36 до 50 лет преобладает низкий уровень удовлетворенностью качеством жизни.

В процессе сравнительного анализа было выявлено: существуют значимые отличия в проявлении уровня тревожности в разных возрастных группах. Показатели по уровню тревожности выше в группе испытуемых 36-50 лет. В группе испытуемых в возрасте 36-50 лет преобладает высокий уровень тревожности, в группе испытуемых в возрасте 25-35 лет, уровень тревожности намного ниже. Статистически значимые отличия были выявлены по следующим шкалам: «Непринятие себя», «Эмоциональный комфорт».

Проведенный корреляционный анализ подтвердил гипотезу исследования: чем ниже уровень проявления тревожности, тем выше уровень психологического здоровья личности в период взрослости.

Заключение

В рамках магистерской диссертации нами было проведено эмпирическое исследование, направленное на изучение взаимосвязь уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости

В ходе исследования нами были проанализированы научно-теоретические исследования по проблеме тревожности в зарубежных и отечественных исследованиях; проблема психологического здоровья; изучение взаимосвязи психологического здоровья с уровнем тревожности в период взрослости.

При исследовании было установлено следующее.

Психологическая наука даёт различные толкования природы и причин тревожности. Большинство психологов считают, что рассматривать это понятие надо дифференцированно – как ситуативное явление и как личностную характеристику, тревожность, имея природную основу (свойства нервной и эндокринной систем), складывается прижизненно, в результате действия социальных и личностных факторов.

Тревожность представляет собой фактор, опосредующий поведение человека в конкретных или широком диапазоне ситуаций. Тревожность – есть факт жизни, но узнать её можно далеко не всегда, поскольку напряженность, беспокойенность, боязнь и даже страх могут являться под «личиной» агрессии, обмана, жалоб на болезненное состояние, нарочитой активности, мнимой покорности судьбе.

Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. Психическое благополучие в современном научном и общественном понимании – бесспорно инкорпорированная часть здоровья человека, существенная как для него самого, так и для всех остальных. Отсюда следует, что национальное сообщество и его государственная

надстройка призваны заботиться, в том числе, и об этой стороне благополучия человека наравне с его физическим благоденствием. Такое значительное расширение толкования позволяет заметить и заговорить о таких гораздо более масштабных и общих факторах благополучия человека, как благотворное устройство общественной жизни, стабильное и здоровое состояние экономики, техно- и экосферы.

Констатируем прямую и непосредственную связь между феноменом тревожности и показателем состояния человеческой психики. Но влияние её (тревожности) самой по себе может быть как разрушительным, так и благотворным, может уязвлять, затягивать в порочный круг, парализуя нормальные реакции, и угнетая способность к самореализации и развитию, а может, наоборот, послужить хорошим стимулом и обеспечить мощную мотивацию для приспособления к негативным явлениям или тенденциям окружающей среды либо борьбе с ними, порождая здоровое сопротивление, научая новым умениям и навыкам, придавая сил и креативности и, так сказать, выковывая волю к движению вперёд, несмотря ни на что, к победе. Рискнём предположить, что дело тут во многом – в пороге этого ощущения. Если степень тревожности превышает нашу способность контролировать её, бороться с нею или использовать себе во благо, эффект будет негативным, а прогресс сменится упадком. Если же не позволять тревожности перерасти в патологию, то она становится прекрасным побуждением к самосовершенствованию.

В рамках проверки гипотезы было организовано и проведено эмпирическое исследование, где на первом этапе были выявлены у испытуемых уровни проявления тревожности, уровни удовлетворенности качеством жизни, уровень социально-психологической адаптации.

Для выявления взаимосвязи уровня тревожности и психологического здоровья личности в период взрослости было организовано эмпирическое исследование. Методики данного исследования включали в себя: методика

Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности; методика измерения уровня тревожности (Шкала Дж. Тейлор); методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд; методика «Шкала оценки качества жизни» (Н.Е. Водопьянова, в модификации Н.П. Фетискина и Т.И. Мироновой).

Проведенное эмпирическое исследование позволило выявить что – для испытуемых в возрасте 25-35 лет характерно проявления низкого уровня проявления как ситуативной, так и личностной тревожности; в группе респондентов (36-50 лет) преобладает высокий уровень и ситуативной и личностной тревожности; в группе 36-50 лет преобладает средний уровень (с тенденцией к низкому); у испытуемых в возрасте 36-50 лет преобладает высокий уровень тревожности; в группе испытуемых в возрасте 25-35 лет среди преобладает высокий уровень социально-психологической адаптации; в группе среди испытуемых (36-50 лет) преобладает невысокий уровень социально-психологической адаптации, существуют проблемы в принятии себя, испытывают эмоциональный дискомфорт, преобладает внешний контроль над внутренним; большая часть респондентов 25-35 лет преимущественно удовлетворена качеством жизни, однако она протекает не без выраженных проблем в той или иной ее сфере; проведенный анализ позволяет сделать вывод, что в группе испытуемых в возрасте от 36 до 50 лет преобладает низкий уровень удовлетворенностью качеством жизни.

Для выявления взаимосвязи между выявленными признаками был проведен корреляционный анализ. Использовался коэффициент корреляции Пирсона. Результаты показали, что существует взаимосвязь между изучаемыми параметрами.

Таким образом, задачи, поставленные в начале работы, были решены, цель исследования достигнута, гипотеза подтверждена.

Список используемой литературы

1. Алексеевкова Е. Г. Личность в условиях психической депривации. СПб. : Питер, 2009. 96 с.
2. Анисимова О. М., Терра Т. К. Самоотношение и удовлетворенность жизнью у мужчин в разные периоды взрослости // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2014. № 3. С. 128-137.
3. Бекетова Е. А. Особенности внутриличностного конфликта и ролевых ожиданий молодежи // Международный журнал фундаментальных и прикладных исследований. 2016. №11 (часть 4). С. 613-616.
4. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград, 1988. 180 с.
5. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды. М. : Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК» 2017. 351 с.
6. Большой психологический словарь / Под ред. Б. Г. Мещерякова, акад. В. П. Зинченко. М. : Прайм - Еврознак, 2003. 667 с.
7. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. Руководство практического психолога. М. : Канон+, 2020. 272 с.
8. Виллюнас В. К. Психология эмоций. СПб. : Питер, 2006. 496 с.
9. Бундулс Я. «Индивидуальная психология» Альфреда Адлера [Электронный ресурс]. <http://www.voppsy.ru/issues/1982/822/822133.html> (дата обращения: 20.07.2020).
10. Валеева А. С. Внутриличностный конфликт как социальное явление // Вестник Башкирского университета. 2007. Т.12. №4. С. 135-138.
11. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. Часть 1. 3-е изд. М. : Генезис, 2005. 160 с.

12. Григорян В. Г., Степанян А. Ю. Исследование взаимосвязи самооценки с негативными чертами личности // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2011. № 1. С. 162-166.
13. Диагностика оценочной тревожности. СПб. : Речь, 2004. 80 с.
14. Дыхан Л. Б., Пижугийда В. В., Бочарников Е. В. Тревожность подростков с разным уровнем здоровья // Известия Южного федерального университета. Технические науки. 2018. №2. С. 40-41.
15. Изард К. Эмоции человека. М. : Издательство Московского университета, 1980. 340 с.
16. Картунова А. А. Анализ научных исследований по изучению уровня тревожности личности // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2014. № 4. С. 66-70.
17. Ковалева Е. Б. Тревожность как фактор возникновения психологической защиты. [Электронный ресурс]. https://superinf.ru/view_helpstud.php?id=5705. (дата обращения: 20.10.2022).
18. Кочарян А. С. Психология переживаний. [Электронный ресурс]: <http://dspace.univer.kharkov.ua/bitstream> (дата обращения: 15.09.2022).
19. Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. Ростов н/Д.: Феникс, 2014. 494 с.
20. Кузнецова В. А., Зиммель Г. и Фрейд З. об истоках зарождения конфликта // *Juvenis scientia*. 2016. №2. С. 90-92.
21. Лазарус, Р. С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу // Психологические факторы на работе и охрана здоровья. 2015. №3. С. 121-126.
22. Левитов Н. Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Тревога и тревожность: Хрестоматия. М. : Пэр Сэ, 2008. 239 с. С. 75-84.
23. Ложкин Г. В. Практическая психология конфликта. Киев. МАУП, 2002. 225 с.

24. Малкова Е. Е. Тревожность и развитие личности. СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2015. 268 с.
25. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб. : Питер, 2006. 321 с.
26. Мэй Р. Проблема тревоги. Пер. с англ. А. Г. Гладкова. М. : Эксмо-Пресс, 2001. 432 с.
27. Немов Р. С. Социальная психология. СПб. : Питер, 2008. 208 с.
28. Осипова А. А. Общая психокоррекция М. : Сфера, 2004. 512 с.
29. Прихожан А. М. Психология тревожности. СПб. : Питер, 2007. 192 с.
30. Проявления тревожности в зрелом возрасте // Тест для определения мнения респондентов о причинах тревожности [Электронный ресурс]. <https://forms.gle/Mm5DCMNF3BhVjSpJ8>. (дата обращения: 07.11.2022).
31. Психоанализ. М. : Юрайт, 2016. 317 с.
32. Реан А. А. Психология личности: социализация, поведение, общение. М. : Олма-Пресс; СПб. : Прайм-Еврознак, 2004. 407 с.
33. Робер М. А. Психология индивида и группы. М. : Прогресс, 1988. 256 с.
34. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер, 2016. 720 с.
35. Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии. М. : СПб, 1999. 290 с.
36. Сансызбаева К. З. Влияние тревожности на уровень социальной фрустрации // Психология: проблемы практического применения: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Чита, июнь 2013 г.). Чита. Издательство Молодой ученый, 2013. С. 63-71.
37. Скворцова М. В. Тревожность и личностный рост: социально-психологические аспекты. Тольятти. ТГУ, 2016. 201 с.
38. Спилбергер Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги. М. : Прогресс, 2003. 514 с.

39. Тревога и тревожность. СПб. : Питер, 2001. 256 с.
40. Фонталова Н. С. Стресс в профессиональной деятельности и его психолого-экономические последствия // Известия Байкальского государственного университета. 2011. №5. С. 179-182.
41. Фрейд З. Тревога // Психология эмоций. Хрестоматия / Под ред. Вилюнаса В. СПб. : Питер, 2004. 496 с.
42. Фрейд З. Психоанализ и детские неврозы. СПб. : Алетейя, 2000. 295 с.
43. Фрустрация, психологическая самозащита и характер. Защитные психологические механизмы и их генезис. М. : МГУ, 2013. 150 с.
44. Хабирова Е. Р. Тревожность и ее последствия. СПб. : Питер, 2003. С. 301-302.
45. Холл К. С., Линдсей Г. Теории личности. М. : Изд-во Института Психотерапии, 2008. 672 с.
46. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 2016. № 2. С. 61.
47. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб. : Питер, 2020. 608 с.
48. Чайковская И. А. Изучение самоотношения личности с различным уровнем тревожности (на примере зрелого возраста) // Ученые записки Новгородского государственного университета. 2018. №1. С. 40-49.
49. Шпет М. С. Психологическая природа и причины личностной тревожности // Научный альманах. 2015. № 11. С. 5-13.
50. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2006. 256 с.
51. Ядов В. А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. М. : Арт-Пресс, 2009. 264 с.

52. Bettie B. Youngs. *Helping Your Teenager Deal With Stress: A Survival Guide for Parents and Children*. New York. 1986.
53. How Can I Stop Worrying So Much? // *Awake*. 2001. September, 22. p. 12–14.
54. Steincrohn P., LaFia D. *How to Master Your Nerves*. 1970. p. 14.
55. Sobolewska-Mellibruda Z. *Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików*. Warszawa, 2011.
56. Young J., Klosko J., Weishaar M. *Schema therapy*. N.Y., London, 2003.