

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 Особенности стрессоустойчивости у лиц с хроническими заболеваниями ЖКТ

Обучающийся А.С. Шишмарева

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный канд. психол. наук, С.С. Белоусова

руководитель

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

Тольятти 2025

## Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретический обзор исследований по проблеме влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека .....	8
1.1 Анализ понятия «здоровье» в психологических исследованиях	8
1.2 Стрессовые ситуации и их воздействие на человека.....	17
1.3 Анализ влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека в современных исследованиях .....	26
1.4 Психотерапевтические подходы в работе с влиянием стрессовых ситуаций на здоровье .....	33
Глава 2 Эмпирическое исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье (на примере хронических заболеваний) .....	39
2.1 Организация эмпирического исследования.....	39
2.2 Интерпретация результатов исследования .....	48
2.3 Анализ влияния стрессовых ситуаций на здоровье.....	68
2.4 Методы психологического консультирования клиентов хроническими заболеваниями.....	73
Заключение .....	79
Список используемой литературы .....	81

## Введение

Стресс является частью жизни большинства людей, и из года в год, все большее влияние оказывает личность человека. Разнообразие вызывающих стресс факторов варьируется от психологических до физиологических, которые в свою очередь можно разделить на ситуационные и социальные. Под стрессовой ситуацией в психологии рассматриваются обстоятельства или событие, вызывающие сильное напряжение в виде индивидуального переживания.

Понятие «стрессовые ситуации» большинство исследований связывают с Ганс Селье, который описывал стресс как реакцию организма на любые внешние или внутренние воздействия, превышающие адаптивные возможности человека. Стрессовые ситуации могут быть вызваны различными психологическими факторами, которые требуют адаптации человека и могут вызывать как позитивные, так и негативные реакции. К таким факторам можно отнести эмоциональные переживания, физические нагрузки, изменения в окружающей среде и другие жизненные обстоятельства [17]. Как видно, стрессовые ситуации являются источником стресса, что требует от человека определенных ресурсов.

Х.Л. Магомедова, исследуя влияние стресса на здоровье человека, отмечает, что его последствия могут проявляться в различных формах: ухудшается внимание и память, усиливаются физиологические проявления различных заболеваний, могут появляться зависимости, страдают гормональная и иммунная системы [33]. Как показывают исследования психологов, под воздействием стресса у человека могут развиваться такие хронические заболевания, как сердечно-сосудистые, диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, астма, кожные заболевания, онкология и другие. При этом стресс может и являться причиной возникновения хронических заболеваний, так и следствием их возникновения, а сами заболевания требуют пересмотра человеком своего отношения к здоровью.

Восприятие человеком хронического заболевания может вызывать у человека различные психологические реакции, провоцирующие стресс, такие как страх и тревогу относительно будущего и возможностей выздоровления, чувство утраты контроля над своей жизнью, депрессию или подавленность из-за изменения привычного образа жизни. Влияние стресса на здоровье может иметь отсроченное действие, что делает важным исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье.

Актуальность исследования определена следующими противоречиями:

- между объективной необходимостью эффективного совладания со стрессом для поддержания здоровья и недостаточной сформированностью адаптивных стратегий совладания у лиц с хроническими заболеваниями;
- между потенциалом использования конструктивных копинг-стратегий для повышения стрессоустойчивости и ресурсного состояния, и их недостаточным применением у лиц с хроническими заболеваниями;
- между стремлением человека к высокому уровню здоровья и благополучия, и неосознанным влиянием интеллектуальных, эмоциональных и физиологических симптомов стресса на самооценку здоровья и психофизиологическую адаптацию.

Как видно, стрессовые ситуации являются одним из факторов нарушения здоровья, это делает данное исследование актуальным, поэтому темой исследования стало: «Особенности стрессоустойчивости у лиц с хроническими заболеваниями ЖКТ».

Целью исследования было изучение особенностей стрессоустойчивости личности у людей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Объект исследования: стрессоустойчивость личности

Предмет исследования: влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека. Особенности стрессоустойчивости личности с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Гипотеза исследования: существует взаимосвязь между физическим здоровьем человека и нахождением его в стрессовых ситуациях (хроническое заболевание): стрессоустойчивость и уровень стресса отличаются у людей с разным статусом физического здоровья. Задачи исследования:

- Провести анализ научной литературы с целью исследования проблемы влияния стрессовых ситуаций на физическое здоровье человека.
- Организовать эмпирическое исследование особенностей стрессоустойчивости личности у людей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
- Провести эмпирическое исследование особенностей стрессоустойчивости личности у людей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
- Сделать выводы и сформировать рекомендации для практических психологов по работе с состоянием человека в ситуациях хронического заболевания.

Теоретико–методологической основой исследования стали труды следующих авторов:

- психология здоровья рассматривается в трудах О.С. Васильевой (2001), В.Н. Бородулиной (2005), В.А. Ананьева (2006), М.Г. Ивановой (2006), И.В. Дубровиной (2009), В.Я. Горбункова (2012), И.И. Галецкой (2015), П.З. Абдулаевой (2017), М.Б. Алиевой (2017), Н.А. Жестковой (2018), Т.Н. Безуглой (2020), Е.С. Варенца (2023) и других;
- понятие «стресс» и «стрессовые ситуации» дано в работах Е.В. Климачевой (2006), А.В. Котенёвой (2016), М.А. Алиевой (2017), А.М. Албаковой (2021), Е.Д. Васильевой (2022) и других;

- влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека поднимается в исследованиях А.В. Короленко (2019), О.А. Болдыревой (2020), Н.Д. Бормотовой (2023), О.В. Белоус (2023), А.В. Вахнина (2023), И.В. Гуляченко (2023), Л.Н. Лукашевой (2023), А.А. Казаковой (2025) и других;
- обзор основных подходов к психотерапии стресса и повышения уровня здоровья (В.Р. Бильдановой (2015), А.В. Васильевой (2023), Г.И. Давыдова (2020), Т.В. Зарипова (2021) и других).

Теоретические методы: теоретический анализ литературы, обобщение исследований стрессовых и их влияния на здоровье в отечественной и в зарубежной психологии.

Эмпирические методы исследования: диагностические методики, направленных на выявление и изучения и коррекции целостности жизненных перспектив личности, и влияние психотравмирующего события. В данной работе были использованы следующие методики:

- Тест на определение уровня стресса (по В. Ю. Щербатых).
- Симптоматический опросник самочувствия (СОС) (авторы А.А. Волков, Н.Е. Водопьянова).
- Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк.
- Тест самооценки стрессоустойчивости (С. Коухена и Г. Виллиансона).

Методы исследования: анализ научной литературы по теме исследования, сравнение, обобщение; методы математической статистики: описательная статистика, корреляционный анализ.

Базой исследования стал ООО Медицинский центр «Санас», расположенного по адресу: г. Владивосток, улица 2-я Строительная, д. 13. Количество респондентов – 91 человек. В исследовании приняли 59 с хроническим заболеванием, 32 – без хронических заболеваний. Задачей было

выявить, как наличие хронического заболевания влияет на уровень физического здоровья и стресс.

Научная новизна исследования состоит в том, что изучено влияние на здоровье стрессовой ситуации, вызванной хронической болезнью, выделены особенности совладания со стрессом респондентов с заболеваниями ЖКТ.

Теоретическая значимость исследования заключается в обобщении научных исследований феномена «здоровье» в психологии, определении понятия «стрессовые ситуации», выявлении особенностей влияния стрессовых ситуаций на здоровье личности и характеристика психотерапевтических подходов к преодолению стресса, полученного в стрессовой ситуации.

Практическая значимость исследования состоит в том, что для респондентов с высоким уровнем стресса была разработана программа психотерапии.

Практическая апробация и внедрение результатов происходили на протяжении всей работы над магистерской диссертацией. Автором были опубликованы:

Основные положения, представленные на защиту:

- неадаптивные стратегии совладания со стрессом являются значимым фактором, усугубляющим хронические заболевания;
- низкий уровень использования конструктивных копинг–стратегий приводит к снижению ресурсного состояния и повышению невротизации у лиц с хроническими заболеваниями;
- самооценка здоровья респондентов находится в обратной зависимости от выраженности интеллектуальных, эмоциональных и физиологических симптомов стресса.

Структура магистерской диссертации: работа состоит из введения, двух глав (теоретической и эмпирической), выводов, заключения, списка использованной литературы (62 источника), содержит 11 таблиц, 5 рисунков и 5 приложений.

# **Глава 1 Теоретический обзор исследований по проблеме влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека**

## **1.1 Анализ понятия «здоровье» в психологических исследованиях**

Здоровье долгое время рассматривалось исследователями как отсутствие болезней, жалоб и болей, при этом в большей степени исследовались проявления различных болезней. Как отмечает М.Б. Алиева с соавторами, современное понимание здоровья, когда в основу ставится наличие ресурсов, было принято в 1946 году Всемирной организацией здравоохранения. Общепринятого понимания здоровья в психологии еще не сложилось [4].

А.А. Шакурова, исследуя проблему здоровья в зарубежной психологии, отмечает, что эта проблема поднималась в трудах представителей гуманистического направления Ш. Бюллера, К. Голдштайна, А. Маслоу, К. Роджерса, В. Франкла. Концепция здоровья Ш. Бюллера акцентирует внимание на здоровье как феномене, сочетающем в себе особенности как психического, так и физического состояния человека. Он рассматривает здоровье как психоэмоциональное благополучие, как динамический процесс адаптации к жизненным событиям. К. Голдштайн в своих трудах подчеркивал важность не только физиологического, но и психологического и социального аспектов здоровья. Рассматривая здоровье в аспектах активности и адаптации, он выделял два ключевых аспекта этого феномена: позитивный (когнитивный, эмоциональный) и негативный (физические болезни и нарушения). К. Роджерс в своих трудах здоровье рассматривал как процесс, связанный с самопониманием и развитием личности, поэтому делал акцент на индивидуальном опыте и самоактуализации. В. Франкл рассматривал здоровье как гармонию между душевным состоянием человека и его способностью находить смысл в жизни. В концепции А. Маслоу здоровье рассматривается как часть концепции личностного роста и

самореализации, в его модели здоровье связано не только с физическим состоянием, но и с удовлетворением психологических потребностей [53].

Интерес отечественных психологов к психологии здоровья возник лишь после снятия идеологических барьеров между Россией и западом, их реакции не были однозначными. Наряду с сомнениями в том, что здоровье может быть предметом исследования психологии, возникли попытки понять суть этого феномена с точки зрения психологии, привлечь к нему внимание [16]. В отечественной психологии исследования феномена «здоровье» было начато в начале 90-х годов прошлого столетия, основы понимания здоровой личности заложили такие ученые, как И.М. Балинский, И.П. Мержеевский, С.С. Корсаков и В.М. Бехтерев. И.М. Балинский исследовал влияние психологических факторов и воспитания на психические расстройства, И.П. Мержеевский рассматривал здоровье в аспектах окружающей среды и ее влияния на человека, С.С. Корсаков определил условия, необходимые для развития здоровой личности, включая наследственность и профилактику социальных влияний, В.М. Бехтерев также уделял внимание правильного воспитания для формирования здоровой личности. Как показало исследование Е.А. Чой, психология здоровья в отечественной науке продолжает развиваться и охватывает исследования факторов, влияющих на здоровье личности, а также технологии, способствующие его сохранению и развитию. В современных исследованиях большое внимание уделяется структуре личностного здоровья, психологии здорового образа жизни, а также взаимодействию с различными аспектами человеческой жизни [51].

В 1978 году J.D. Matarazzo предложил понимание понятия «здоровья» как полное физическое и психическое благополучие, его модель здоровья включает в себя биологические, психологические и социальные аспекты, подчеркивая их взаимосвязь. Здоровье является динамичным процессом, который зависит от множества факторов, включая образ жизни, окружающую среду, генетику и доступ к медицинским услугам [59].

В современной науке психология здоровья определяется как «наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития» [5, С. 9]. В понятие «здоровья» В.А. Ананьев включает определенные формы поведения, оказывающие влияние на качество жизни человека, позволяющее делать жизнь более благополучной и достигать высоких степеней самореализации. Исследование феномена здоровья В.Н. Бородулиным показало, что в современной гуманистической психологии оно относится к основным витальным ценностям, поэтому рассматривается как основной фактор личностного развития и самоактуализации [11].

Здоровье человека является комплексным феноменом и рассматривается в различных аспектах во многих науках (психология, педагогика, медицина, социология, акмеология, философия и другие). В каждой из наук феномен здоровье имеет свое толкование:

- В педагогике здоровье рассматривается в аспектах адаптации к учебной среде и социальным требованиям учебного заведения, позитивного отношения к учебной деятельности, умении выстраивать социальные взаимодействия, поддержка психологического благополучия педагогов [7].
- Медицинский аспект здоровья включает физическое, психическое, социальное, духовное и экологическое состояние человека, которые взаимосвязаны и имеют влияние на общее благополучие и самочувствие. Также, в медицине здоровье рассматривается в контексте лечения и реабилитации от различных заболеваний и с точки зрения профилактики заболеваний и поддержания общего хорошего состояния организма [47].
- В философии здоровье рассматривается как гармоничное состояние организма и его баланс, а также в связи с психическим благополучием, социальной адаптацией и духовностью. Философия также исследует

вопросы болезни и лечения, этики и морали, связанные с здоровьем [44].

– В социологии здоровье рассматривается как социальное явление, связанное с общественными условиями, социальными отношениями и неравенствами. Исследования фокусируются на влиянии социальных факторов на здоровье, доступ к здравоохранению, социальные нормы и роли, а также организацию системы здравоохранения [52].

– Психологические аспекты здоровья направлены на исследовании влияния психического состояния, эмоций и мышления на физическое и психическое благополучие человека. Это включает изучение связи между психологическими факторами и заболеваниями, стрессом, мотивацией, адаптацией, а также психологическую поддержку и роль психического состояния в принятии решений о здоровом образе жизни. Также изучается влияние психического состояния на физическую активность, диету и другие аспекты здоровья [26].

А.В. Шувалов в своей статье приводит определение здоровья, данное Всемирной организацией здоровья в 1958 году: «здоровье – это такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие» [55]. Сам автор, обобщая понимание здоровья в разных источниках, отмечает, что здоровье – это состояние, приближенное к идеальному, которое отражает многомерные аспекты человеческой реальности: физическое, психическое и духовное благополучие. Оно представляет собой сложный динамический процесс развития, включающий физиологические, психические и личностные аспекты. Это сложный и динамический процесс развития, включающий физиологические, психические и личностные аспекты с учетом индивидуальных особенностей каждого человека. Здоровье зависит от различных факторов, таких как экология, питание, условия жизни и социокультурные аспекты. Научное определение здоровья требует установления эталонов благополучия и

описания закономерностей возникновения болезней. Здоровье и болезнь рассматриваются как взаимозависимые понятия, коррелирующие со сущностью человеческого бытия. Здоровье представляет собой одну из высших ценностей в жизни индивида и общества в целом, отражая его культурно–исторический контекст.

Основной целью психологии здоровья является исследование взаимоотношений между психическим благополучием и физическим здоровьем, а также влияние на физическое здоровье таких психологических факторов как стресс, поведение и межличностные взаимоотношения. Как отмечает М.Б. Алиева, в основе здоровья человека лежит раскрытие его потенциалов, саморазвитие, самопознание, самосовершенствование и самоактуализации. Как видно, ответственность за сохранение здоровья индивида лежит на нем самом, что включает в себя принятие осознанных решений относительно образа жизни, таких как правильное питание, регулярная физическая активность, управление стрессом и избегание вредных привычек. Также забота о здоровье подразумевает при необходимости обращение за помощью и поддержкой к другим [4].

Основной задачей психологии здоровья является изучение и поддержание психического и физического благополучия личности, выявление факторов сохранения здоровья, разработка методов совладания со стрессами и преодоления психоэмоциональных трудностей [37]. Высокий уровень эмоциональной устойчивости предполагает развитие навыков саморегуляции, способность конструктивно решать конфликты, умение устанавливать здоровые психологические границы в отношениях, справляться со стрессом и адаптироваться к изменяющимся условиям.

Итак, в психологии здоровье рассматривается как многоаспектный феномен, который включает в себя физическое, психическое и социальное благополучие. Физическое здоровье заключается в нормальном функционировании органов и систем организма человека. Психическое здоровье характеризуется умением человека адаптироваться к жизненным

обстоятельствам и умением преодолевать стрессы. Социальное здоровье включает в себя умение выстраивать гармоничные взаимодействия с другими людьми и заниматься активной деятельностью.

Исследование П.З. Абдулаевой показало, что существует более 300 определений феномена «здоровье», которые можно разделить на несколько направлений:

- состояние полного физического, психического и социального благополучия;
- совокупность способностей организма, включающих жизнеспособность;
- динамическое состояние, позволяющее индивиду успешно справляться с жизненными обстоятельствами [1].

Существующие определения здоровья варьируются от статических (как состояние) до динамических (как процесс). Как состояние феномен здоровья включает в себя не только отсутствие заболеваний, но и общую жизненную активность, способность эффективно функционировать в социуме и поддерживать гармоничные отношения с окружающими и самим собой. Здоровье процесс включает изменения и адаптации в ответ на внутренние и внешние факторы, которые включают в себя формирование позитивных привычек, правильное питание и развитие навыков эмоционального интеллекта и устойчивости к стрессовым воздействиям. Основная роль в поддержании здоровья отводится самосознанию и саморефлексии, что включает в себя понимание своих потребностей и способов их удовлетворения.

П.З. Абдулаева в соавторстве с А.А. Османовой отмечают, что здоровье личности определяется рядом факторов, к основным из которых относятся:

- генетические, определяющие предрасположенность к различным заболеваниям;
- социально-экономические условия, такие как уровень дохода, образование и социальный статус;

- паттерны поведения, включающие в себя наличие вредных привычек и ведение здорового образа жизни;
- культурные факторы, оказывающие влияние на ценности и отношение к здоровью;
- психологические факторы, такие как уровень удовлетворенности жизнью, самоощущение и способность к рефлексии [1].

Г.С. Никифоров выделяет три группы психологических факторов здоровья: независимые (предшествующие), передающие, мотиваторы.

Независимые факторы включают в себя предрасполагающие, когнитивные, факторы социальной поддержки (семья, профессиональное окружение и социальная поддержка), демографические переменные (пол, возраст, этические или социальные группы). Его исследование показало, что к предрасполагающим факторам относятся паттерны поведения, склонность к оптимизму, выносливости и эмоциональные паттерны (алекситимия и репрессивный стиль личности). Алекситимия представляет собой неспособность человека распознавать свои и чужие эмоции, трудности в их выражении и взаимодействии с другими людьми. Репрессивный личностный стиль характеризуется склонностью человека подавлять или избегать выражения своих эмоций и чувств, что приводит к накоплению негативных эмоций и нарушению психического или физического здоровья. Когнитивные факторы включают в себя представление человека о здоровье и болезни, а также убеждения и установки, связанные с этими феноменами. Эти факторы здоровья включают в себя восприятие риска, отношение к медицинской помощи, стиль мышления и уровень информированности о здоровье [37].

Передающими факторами здоровья является совокупность поведенческих привычек, оказывающих влияние на состояние организма, укрепляющих или ослабляющих его. Г.С. Никифоров в эту группу факторов включает совладающее поведение, злоупотребление чем-либо (курение, еда, лекарства и т.п.), виды поведения, способствующие повышению здоровья и его профилактика, соблюдение правил сохранения здоровья. Автор особо

подчеркивает важность совладающего поведения, которое помогает справляться со стрессовыми ситуациями и предотвращать негативные последствия. Виды поведения, которые способствуют укреплению здоровья, включают в себя образ жизни, способствующий самосохранению. К правилам сохранения здоровья автор относит добровольные усилия, направленные на улучшение и сохранение здоровья [37].

К группе мотиваторов здоровья Г.С. Никифоров относит стрессоры и отношение человека к болезни. Стрессоры как фактора мотивации вызывают активацию защитных механизмов и запускают механизмы совладания [37]. Отношение человека к болезни характеризуется термином внутренняя картина здоровья, который описывает индивидуальное восприятие и понимание человеком своего состояния здоровья. И.В. Зябкина отмечает, что внутренняя картина здоровья характеризуется целостным представлением о себе в контексте здоровья и формируется на основе личного опыта, культурных представлений и социальных взаимодействий. Ее отличие от внутренней картины болезни заключается в направленности внимания на позитивном восприятии своего состояния и активном стремлении к поддержанию и улучшению здоровья. Компонентами внутренней картины здоровья являются понимание нормальности функционирования организма, осознание ценности здоровья, эмоциональные и чувственные переживания благополучия, мотивация к активному образу жизни и здоровым привычкам [25].

М.Б. Алиева выделяет такие факторы здоровой личности, как высокий уровень эмоциональной устойчивости, адекватная самооценка, способность к адаптации в различных жизненных ситуациях, наличие социального окружения и поддержки, а также развитые навыков управления стрессом, позитивное мышление, уверенность в себе и мотивация к саморазвитию [3].

Большинство психологов связывают здоровье личности с его благополучием, связывая его с высоким уровнем самосознания, умением выстраивать межличностные отношения, справляться со стрессовыми

жизненными обстоятельствами. В.И. Слободчиков, И.В. Дубровина, О.В. Хухлаева, Н.А. Жесткова, О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов эти компоненты здоровья относят к понятию «психологическое здоровье». Знание критериев и составляющих психологического здоровья способствует повышению психологического состояния и благополучия человека, помогает понять, какие аспекты психологического здоровья нуждаются в поддержке и коррекции, а также способствует разработке эффективных стратегий по сохранению и укреплению психического здоровья.

Как отмечает И.И. Галецкая, психологическое благополучие и психическое здоровье стоят на переднем крае важнейших проблем современности. Они являются не только ключевыми компонентами качества жизни, но и индикаторами уровня развития общества, а также силами, формирующими его будущее. Более того, психическое здоровье, связанное с психосоматическими взаимосвязями и психофизиологическими механизмами, образом жизни и поведением, играет ключевую роль в поддержании физического здоровья. Эти аспекты в совокупности создают симбиоз, определяющий не только наше благополучие, но и характеризующий уникальный путь каждого человека [18].

По мнению О.В. Хухлаевой обобщенная модель психологического здоровья также включает компоненты гармоничного развития личности, имеющие следующее содержание:

- гармония как внутренняя, так и внешняя основа благополучия;
- умение преодолевать жизненные трудности с целью собственного развития;
- наличие факторов, способствующих последующему развитию в ходе жизнедеятельности;
- сформированность основных психологических аспектов в соответствии с возрастом;
- способность полноценно функционировать, включая выполнение социальных и семейных обязанностей в соответствии с возрастом [50].

В.Я. Горбунков, изучая критерии оценки психологического здоровья личности, выделяет следующие составляющие этого феномена: эмоциональную устойчивость, зрелость чувств соответственно возрасту, совладения с негативными эмоциями, свободное, естественное проявление чувств и эмоций, сохранность привычного самочувствия, духовность, приоритет гуманистических ценностей, ориентация на саморазвитие, обогащение своей личности [19].

Таким образом, в современных исследованиях здоровье понимается как комплексный феномен, включающий физическое, психическое и социальное благополучие. Исследования показывают, что феномен здоровья взаимосвязан не только с физическим состоянием организма, но и с качеством межличностных отношений, уровнем социальной поддержки, эмоциональной устойчивостью и способностью к самоактуализации. У каждого человека существует индивидуальная внутренняя картина здоровья, которая формируется на основе личного опыта и культурных представлений, она играет основную роль в восприятии здоровья и в мотивации к его поддержанию. Стратегии сохранения и укрепления здоровья включают в себя управление стрессом, развитие позитивного мышления и адекватной самооценки, формирование навыков эмоциональной регуляции.

## **1.2 Стрессовые ситуации и их воздействие на человека**

В своем труде «Психология жизненных ситуаций» Л.Ф. Бурлачук понятие ситуации рассматривает как элемент жизни человека, оказывающий влияние на его поведение и психическое состояние. Любая жизненная ситуация, включает в себя множество факторов, таких как личностные характеристики, социальные условия и эмоциональные состояния, и побуждает человека к принятию решений и действий. Субъективное восприятие ситуации отличается у разных людей, оказывает влияние на его реакции и стратегии поведения. Стрессовая ситуация, в понимании автора,

характеризуется высокой эмоциональной нагрузкой, может вызывать чувство тревоги, неопределенности и беспомощности. Отмечая, что реакция на стресс зависит от индивидуальных особенностей и жизненного опыта человека, Л.Ф. Бурлачук акцентирует внимание на том, что стрессовые ситуации могут возникать из-за конфликта между ожиданиями и реальностью [12].

В.Р. Бильданова стрессовые ситуации относит к субъективным и объективным причинам психологического стресса:

- субъективные причины включают в себя ситуации могут быть вызваны эмоциями, провоцирующими спонтанные действия, или связаны с убеждениями личности или ее установками;
- к объективным причинам могут быть отнесены условия существования (условия жизни и работы), взаимоотношения с другими людьми, экономические и политические факторы, чрезвычайные условия и обстоятельства [8].

Л.А. Ягубова стрессовые ситуации определяет как особые психологические состояния, возникающие в ответ на напряжённые обстоятельства, которые воспринимаются как угроза, неудовлетворенность или страдание. Причинами возникновения стрессовых ситуаций могут быть различные виды стресса, такие как физиологический, психологический, эмоциональный, информационный и управленческий [56]. Е.В. Климачева отмечает, что не всегда стрессовые ситуации вызывают стресс, все зависит от личности человека и его восприятия данной ситуации.

Е.В. Климачева выделяет три модели поведения человека в стрессовых ситуациях:

- осознанное понимание ситуации и преобразование своего поведения в конструктивное;
- импульсивная реакция, ухудшающая отношения с окружающими, дающая не решение проблемы, а кратковременную разрядку;
- уход от ситуации, то есть защитный механизм психики по типу бегства–избегания, что позволяет избегать негативные чувства [28].

М.А. Алиева предлагает стрессовую ситуацию определять как обстоятельства жизни человека под воздействием стрессоров, которые могут нарушить внутреннее равновесие организма. Стрессовая ситуация отражается на биохимическом, физиологическом и психологическом состояниях человека и может вызывать у него высокую степень психологического напряжения, вызывающего сильное негативное воздействие на его поведение и межличностные отношения. Стрессовые ситуации могут варьироваться по силе воздействия и длительности, от кратковременных острых стрессов до хронических, которые могут приводить к серьезным последствиям для здоровья [3].

А.В. Васильева в своей работе рассматривает экстремальные ситуации, которые могут сопровождаться запредельным уровнем стресса. К экстремальным относят ситуации, в которых человек сталкивается с сильными эмоциональными и физиологическими реакциями, что может вызывать значительное нервно–психическое напряжение. К экстремальным событиям относят природные и техногенные катастрофы, военные действия, экстремальные условия труда [14]. Экстремальные ситуации сопровождаются обязательной угрозой жизни или здоровья и появляется в условиях, требующих мгновенных и решительных действий для адаптации. Стрессовые ситуации более широкие и могут возникать в повседневной жизни из–за различных факторов, включая работу, межличностные отношения или другие условия. А отличии от экстремальных, стрессовые ситуации вызываются длительными воздействиями или накоплением проблем, которые могут не требовать мгновенной реакции [42].

В зарубежной психологии стрессовая ситуация исследуется как сложный феномен, затрагивающий не только эмоциональное состояние человека, но и его физическое здоровье. Важные аспекты стрессовых ситуаций и влияния их на человека были исследованы Г. Селье, который не только ввел термин «стресс», но и исследовал факторы, угрожающие здоровью человека. Исследования Г. Селье были направлены на изучение

адаптационного синдрома, который включает три реакции организма на стресс: стадия тревоги, стадия сопротивления и стадия истощения. Исследования Г. Селье в области стресса показали, что его воздействие может приводить к нарушению функционирования организма, а, следовательно, к возникновению заболеваний. Открытия Г. Селье положили начало изучению влияния стресса на здоровье, поведение и общее качество жизни [62].

Изучая психологические факторы стресса, З.А. Албакова предлагает разделять их на внутренние и внешние, при этом внешние факторы включают в себя различные жизненные ситуации, которые человеку трудно контролировать, а внутренние причины связаны с личными установками, такими как пессимизм и низкая самооценка. Способность справляться со стрессовыми ситуациями варьируется в зависимости от характерологических и эмоциональных особенностей каждого человека [2].

Б.Ю. Шогенов, описывая влияние стресса на человека отмечает, что оно может быть как негативным (дистресс), так и позитивным (эустресс). Позитивный стресс может стимулировать активность и способствовать достижению целей, улучшая результативность. Негативный стресс может приводить к потере работоспособности, повышенной тревожности и различным физическим недомоганиям. Активируя симпатическую нервную систему, стресс физиологически возбуждает сердечно-сосудистую систему и выделяя гормоны (адреналин и кортизол). Такое воздействие приводит к повышению артериального давления и мышечному напряжению, вызывая при длительном воздействии проблемы со здоровьем. Оказывая воздействие и на психические процессы, такие как память и концентрация внимания, стресс может приводить к повышенной раздражительности, повышенному чувству тревоги, беспомощности [54].

Л.Н. Лукашова выделяет основными последствиями стресса увеличение тревожности, эмоциональную неустойчивость и депрессию. Адаптация к стрессу может негативно сказаться на способности

распоряжаться своим временем и ресурсами, а также привести к истощению [32].

А.А. Казакова стрессовые ситуации разделяет на краткосрочные и долговременные. Краткосрочные стрессы активируют ресурсы организма, долговременные могут вызывать нервно–психическое напряжение и серьезные проблемы со здоровьем. Краткосрочные стрессы вызывают острые стрессовые расстройства, а активация организма происходит посредством выделения адреналина и кортизола, выбора с кровь глюкозы, что помогает повысить физическую работоспособность и концентрацию внимания в критических для человека ситуациях. Долговременные стрессы относят к хроническим, их воздействие может носить истощающий для организма характер [27].

N. Schneiderman в соавторстве отмечает, что стрессовые ситуации психосоциального характера коррелируют с высокими уровнями как психических, так и соматических заболеваний. Особо сильное влияние на здоровье человека оказывает хронический стресс, который может вызывать нарушение функций иммунной системы. Авторы отмечают, что при преодолении последствий воздействия стрессовых ситуаций на человека необходимо учитывать не только их природу, но и внутренние ресурсы личности [61].

S.M. Monroe и G. Slavich, обсуждая разные виды стрессовых ситуаций подчеркивают, что эти ситуации представляют собой широкий спектр обстоятельств, оказывающих значительное воздействие на психическое и физическое здоровье. Авторы классифицируют стрессовые ситуации по различным критериям, включая их характер, интенсивность и влияние на индивидуума [60]. Как предполагал Г. Селье, стрессовые ситуации вызывают реакции, на основании которых стресс классифицируют на разные виды в зависимости от источника, реакции и продолжительности на острый, хронический, эпизодический острый, травматический, экологический, психологический, физиологический.

- Острый стресс возникает в результате воздействия стремительных или сложных ситуаций, вызывающих реакцию «бей или беги» и оказывающих такие физиологические изменения как учащение пульса и выброс адреналина.
- Хронический стресс возникает, если стрессовая ситуация сохраняется в течении длительного времени, что приводит к накоплению негативных психологических и психологических последствий, увеличивает риск повышения тревожности, возникновения сердечно–сосудистых заболеваний и депрессии.
- Эпизодический острый стресс возникает, когда человек испытывает частые эпизоды острого стресса, что может быть вызвано хаотичным или неорганизованным образом жизни, межличностными конфликтами, что ухудшает повседневную жизнь и увеличивает риск возникновения заболеваний.
- Травматический стресс возникает в результате воздействия травмирующих событий, таких как стихийные бедствия, несчастные случаи или акты насилия. Это вид стресса может приводить к появлению симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), включая навязчивые воспоминания, избегающее поведение и перевозбуждение.
- Экологический стресс возникает из–за неблагоприятных или сложных условий окружающей среды, включая шум, загрязнение, перенаселенность или небезопасные условия проживания. Вызывая чувство дискомфорта или тревоги, эти стрессоры вызывают чувства дискомфорта и тревоги, оказывая пагубное воздействие на физическое и психическое здоровье.
- Психологический стресс возникает из–за когнитивных или эмоциональных факторов (угрозы, беспокойство или негативные мысли). Этот стресс проявляется в виде тревоги, руминации или перфекционизма.

– Физиологический стресс является реакцией организма на внутренние или внешние факторы, нарушающие его гомеостаз (болезни, травмы, недосыпание и нехватка питательных веществ) [60].

Итак, стрессовая ситуация – это обстоятельства, приводящие к возникновению разных видов стресса. Реакции на стрессовые ситуации варьируются у разных людей, поэтому существует несколько моделей поведения человека в этих ситуациях. Реакции на стресс могут быть в виде конструктивного поведения (поиск поддержки, активное решение проблемы или использование техник релаксации) или неконструктивных методов (избегающее поведение), агрессивное или импульсивное поведение. Восприятие стрессовой ситуации зависит от множества факторов, таких как личные особенности, предыдущий жизненный опыт, уровень стрессоустойчивости и наличие поддержки окружающих. Эмоциональное состояние и способы преодоления стресса формируются на основе индивидуальных различий.

Исследование стрессовых факторов привело к изучению взаимосвязь между стрессорами и психологическими реакциями людей. Сначала исследования касались выявления физиологических и психологических последствий стресса, позже внимание ученых переключилось на то, как индивидуальные особенности, такие как характеристики личности, копинг-стратегии и социальная поддержка, влияют на реакции человека на стрессовые ситуации.

Исследование R.S. Lazarus и S. Folkman были направлены на понимание способов совладания со стрессовыми ситуациями, что отражается на поведении человека по преодолению жизненных трудностей. Они пришли к выводам, что при столкновении со стрессором, человек проводит первичную оценку, в которой определяет, представляет ли ситуация угрозу, вызов или безразличие. При условии, что стрессор воспринимается человеком как угроза, дается вторичная оценка, которая включает процесс определения доступных ресурсов и стратегий для преодоления стресса.

Стратегии преодоления стресса могут быть активными и конструктивными, такими как поиск решения проблемы, или неадаптивными (избегание, игнорирование). На выбор стратегии поведения в стрессовых ситуациях [58].

Поведение человека по преодолению стресса в трудных жизненных ситуациях в отечественной психологии носит название стратегий совладания, а в зарубежной науке используется понятие копинг–стратегий [36]. Н.М. Никольская и Р.М. Грановская выделяет Л. Мерфи, Н. Наан, Р. Лазаруса, С. Фолькмана как одних из первых исследователей копинг–стратегий, в отечественной науке эту проблему поднимают в своих трудах Л.И. Анцыферова, Е.Р. Исаева, Т.Л. Крюкова, Н.А. Сирота, Р.М. Ялтонский [38]. Способами совладания с трудностями, как отмечает Е.И. Рассказова, могут быть попытки овладеть ситуацией, смягчить ее, привыкнуть или уклониться от проблемы, то есть сознательные проявления регуляции эмоционального состояния, обусловленные различиями темперамента и привычного поведения [40].

С. Фолькман и Р. Лазарус совладанию приписывают следующие функции: регулирование эмоций (копинг, направленный на эмоции), управление проблемами, вызывающими дистресс (копинг, нацеленный на проблему) и стабилизацию ситуации. На рисунке 1 представлена классификация функций копинга.



Рисунок 1 – Функции копинга

Копинг по регуляции эмоций, фокусируется на управлении эмоциональными реакциями, возникающими в ответ на стресс, данная

функция помогает человеку адаптироваться к своим чувствам и переживаниям, даже если стресс длится достаточно долго. Управление проблемами подразумевает активные действия, направленные на решение проблемы или устранение источника стресса. При этом стратегии поведения включают в себя анализ ситуации, поиск альтернативных решений, планирование действий и реализацию конкретных шагов для преодоления трудностей. Стабилизация ситуации является завершением этих двух подходов и включает в себя создание устойчивого состояния после преодоления стресса, позволяя человеку восстановить равновесие и уверенность [40].

Э. Хейм в своей классификации стратегий совладания выделяет сферы их реализации: эмоциональная, когнитивная и поведенческая. В зависимости от степени адаптивности стратегии делятся на адаптивные, частично адаптивные и неадаптивные [40].

Т.Л. Крюкова, описывая современный подход к исследованию совладающего поведения, отмечает, что это поведение является целенаправленным и осознанным и позволяет субъектам адаптироваться к меняющимся условиям окружающей среды. Совладающее поведение включает в себя следующие функции: фиксирование негативных эмоций; управление проблемами, вызывающими стресс; поддержание положительного образа себя. Адаптация и успешное совладание с трудностями являются основой психологического благополучия и здоровья личности [31].

Таким образом, исследование проблемы стрессовых ситуаций и их влияния на человека показало, что они оказывают значительное влияние на его психическое состояние и ее здоровье. Ситуации носят название стрессовых, когда они вызывают у человека стресс, при этом стресс может иметь как субъективные, так и объективные причины. Субъективные факторы включают в себя личные эмоции и установки, которые могут усиливать восприятие стресса, в то время как объективные факторы обычно

связаны с условиями жизни, работой и межличностными отношениями. Высокая эмоциональная нагрузка в стрессовых ситуациях может вызывать тревогу и беспомощность, а поведение человека в таких обстоятельствах зависит от его индивидуального опыта и ресурсов. Особенности преодоления стресса в сложных жизненных ситуациях отражаются на поведении человека, которое исследуется как копинг–стратегии или стратегии совладания со стрессом. Эти стратегии могут быть как конструктивными (активное решение проблем и поддержка со стороны окружающих), так и неконструктивными (избегающее поведение). Стратегии совладания со стрессом, направленные на управление эмоциями и решение проблем, способствуют повышению адаптации человека к стрессовым ситуациям и способствовать восстановлению эмоционального равновесия.

### **1.3 Анализ влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека в современных исследованиях**

Как показал обзор исследований по проблеме стрессовых ситуаций, возникающих в разных жизненных ситуациях стресс, может оказывать значительное воздействие на психику и общее состояние организма. Современные исследования показывают, что хронические стрессовые ситуации могут приводить к возникновению различных заболеваний, включая сердечно–сосудистые, расстройства пищевого поведения и нарушения психического здоровья.

В.А. Фролов в своей статье рассматривает влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека и подчеркивает, что стресс стал неотъемлемой частью современной жизни. Стресс как состояние длительного нервно–психического напряжения может негативно сказываться на физическом и психическом здоровье, вызывая такие проблемы, как бессонница, повышенное давление и сердечно–сосудистые заболевания [48].

При анализе влияния стрессовых ситуаций на здоровье человека Е.В. Мельникова подчеркивает важность понимания различий между стрессом и дистрессом. Если стресс является естественной реакцией организма на внешние воздействия, то дистресс является негативным стрессом, возникающим, когда защитные силы организма истощены и он не может адаптироваться к новым условиям. В современных условиях стресс может накапливаться в результате негативных социальных взаимодействий и образа жизни. Е.В. Мельникова подчеркивает, что способность преодолевать стресс можно развивать, работая над осознанием своих эмоций и психофизиологических качеств, а также приобретая навыки управления им [34].

Исследуя влияние стресса на здоровье студентов, О.А. Болдырева отмечает, что стрессовые ситуации оказывают влияние и на физическое, и на психическое здоровье. Автор выявила следующие стрессовые ситуации у студентов: большая нагрузка во время обучения, необходимость адаптации к новым условиям, личные проблемы. Проявлениями психоэмоциональных нарушений в ответ на стрессовые ситуации могут быть тревожность, нервозность, депрессия и бессонница [9].

Исследуя влияние стрессовых ситуаций на обострение хронических заболеваний у подростков. Н.Д. Бормотова отмечает, что подростки регулярно испытывают стресс высокого уровня, что фактически способствует ухудшению состояния здоровья у подростков, что проявляется в различных хронических заболеваниях, таких как гастрит, аллергические реакции, синдром раздраженного кишечника и астма. Факторами обострения заболеваний являются психологическое состояние, отношение к учебе и соблюдение режима дня [10].

Е.С. Вареца с соавторами отмечает, что в основном воздействие стресса проявляется через психоэмоциональные реакции и физические симптомы, что может приводить к обострению хронических заболеваний. В результате психоэмоционального напряжения на стрессовую ситуацию

возникают повышение артериального давления, учащенное сердцебиение, расстройства пищеварения, такие как гастрит или синдром раздраженного кишечника, снижение иммунитета. Повышенный уровень стресса отражается и на психическом здоровье, что проявляется к возникновению тревоги, депрессии и других расстройств [13].

Исследование А.В. Вахниной с соавторами показало, что стрессовые ситуации отражаются на здоровье человека, проявляясь в различных формах, в зависимости от характера стрессоров и индивидуальных особенностей организма. Длительное психоэмоциональное напряжение могут вызывать трудные обстоятельства на работе или в учебе, семейные проблемы, а также негативные события в жизни. На деятельности сердечно–сосудистой системы это сказывается в виде повышения частоты сердечных сокращений, нарушении ритма сердца и других заболеваниях. Воздействие стресса на пищеварительной системе отражается в виде гастроэзофагеального рефлюкса, болей в желудке, а также синдрома раздраженного кишечника. Эндокринная система может реагировать на стресс развитием сахарного диабета второго типа. Изучение влияния стрессовых ситуаций на здоровье автором показало, что более 69% респондентов отмечали ухудшение здоровья, а почти половина респондентов связывала обострения хронических заболеваний именно с психоэмоциональным напряжением [17].

И.В. Гуляченко, анализируя связь между стрессом и физическим здоровьем, выявил, что в стрессовых ситуациях активируются симпатическая нервная система и выделяются гормоны стресса: кортизол, адреналин и норадреналин. Гормоны стресса вызывают повышенное сердцебиение, повышение кровяного давления и увеличение уровня глюкозы в крови. Все это может быть полезно при кратковременном воздействии стресса, но при хроническом стрессе эти реакции негативно сказываются на физическом здоровье человека. Высокий уровень кортизола отражается на работе иммунной системы, увеличивая риск инфекционных и аутоиммунных заболеваний, а также повышать вероятность возникновения сердечно–

сосудистых заболеваний, таких как гипертония и инфаркт миокарда. Бессонница также является одним из симптомов последствий стресса, она также негативно влияет на общее состояние здоровья и работоспособность [20].

В исследовании А.А. Казаковой отмечается, что жизнь современного человека наполнена большим количеством стрессовых ситуаций, при этом хронический стресс неизбежен, а его последствия разнообразны и серьезны. Выброс гормонов стресса запускает в организме реакцию «бей или беги», при длительном воздействии чего истощаются ресурсы организма, нарушается работа гипоталамо–гипофизарно–надпочечниковой системы и возникают различные заболевания, среди которых гипертония, диабет и ожирение. Подавление иммунной системы делает человека более восприимчивым к инфекциям и воспалительным процессам, из–за чего человек в большей мере подвержен простудам и имеет длительный период восстановления после заболеваний. Продолжающиеся длительное время стрессовые ситуации создают чувство беспомощности и апатии, что негативно сказывается на качестве жизни и может привести к социальной изоляции и снижению продуктивности. Стресс нарушает работу желудочно–кишечного тракта, вызывая такие заболевания, как язвенная болезнь и синдром раздраженного кишечника [27].

В своем исследовании Е.В. Климачева анализируя, какие модели поведения формируются у человека в ответ на стрессовые ситуации, разделяет их на три категории:

- конструктивное управление ситуацией, которое основано на сознательном поведении и способствует позитивным изменениям и навыкам саморегуляции;
- импульсивные реакции, приводящие к ухудшению как самой ситуации, так и межличностных отношений, вызывающие ухудшение здоровья;

– защитное поведение по типу ухода от ситуации, что приводит к подавлению негативных эмоций, но способствует формированию хронического стресса.

Конструктивное решение стрессовых ситуаций сопровождается осознанностью и приводит к улучшению здоровья и психоэмоционального состояния, увеличению самооценки и уверенности в себе. Избегание проблемы или импульсивные реакции на нее могут способствовать развитию психосоматических заболеваний, хронического стресса, а также повышать уровень тревоги и депрессии. Е.В. Климачева в своем исследовании пришла к выводу, что выбор модели поведения в стрессовой ситуации существенно влияет на физическое здоровье человека [28].

А.В. Короленко выявила, что люди, испытывающие стресс редко, чаще положительно оценивают свое здоровье, в то время как среди тех, кто регулярно страдает от стресса, наблюдается большая доля негативных самооценок. Частые стрессы коррелируют с высоким уровнем заболеваемости, включая как легкие, так и тяжелые недомогания. В частности, среди респондентов, часто испытывающих стресс, возрастает частота таких проблем, как головные боли и хроническая тревога. В своем исследовании она пришла к выводу, что стрессовые ситуации оказывают влияние не только на ухудшение здоровья человека, но и на формирование у них таких вредных привычек, как курение и прием алкогольных напитков. Люди, испытывающие постоянное воздействие стресса, чаще прибегают к использованию алкоголя и табака как средств снижения стресса и улучшения настроения. Исследование автора показало, что влияние стресса на человека может осуществляться не только через негативные последствия для здоровья, но и через изменение поведения [29].

Стрессовые ситуации и их восприятие оказывают значительное влияние на уровень жизнестойкости личности по мнению А.В. Котеневой. Высокая жизнестойкость способствует лучшему преодолению стресса, что сопровождается поддержанием здоровья и снижением рисков развития

заболеваний. Исследование автора показало, что ориентация на материальные ценности и комфорт, может приводить к снижению жизнестойкости и усугублению состояния здоровья. Важными факторами, помогающими человеку преодолевать стрессовые ситуации и снижать риски для здоровья, являются жизнестойкость и адаптивные стратегии совладания со стрессом. Адаптивными стратегиями, повышающими жизнестойкость личности, по мнению автора являются планирование решения проблем, положительная переоценка, самоконтроль и принятие ответственности [30].

Анализ влияния стресса на человека Л.Н. Лукашовой показал, что он отражается как появление таких симптомов как учащенное сердцебиение, повышенное кровяное давление и учащенное дыхание. Длительный стресс может приводить к истощению организма, к нарушениям в работе нервной системы и органов. Когда стресс достигает своего максимума, это может негативно сказываться на общем состоянии здоровья, не только усугубляя существующие заболевания, но и способствуя появлению новых [32].

Х.Л. Магомедова отмечает, что стресс влияет на различные системы организма и приводит к ухудшению общего самочувствия, оказывая значительное воздействие на здоровье человека. Переизбыток эмоционального напряжения в стрессовой ситуации способствует нарушению нормального функционирования нервной, пищеварительной, сердечно–сосудистой, опорно–двигательной, эндокринной и репродуктивной систем. Симптомами стресса могут быть головные боли, проблемы с сердцем, повышенное артериальное давление, нарушение сна и снижение иммунитета. Сердечно–сосудистые проблемы, язвы, гастриты и даже онкологические заболевания могут быть последствиями длительного нахождения человека в стрессе [33].

Исследование Ю.Г. Фроловой показало, что в условиях стресса у человека могут происходить изменения в восприятии своего тела и здоровья. Неспособность справиться со стрессом может приводить к появлению психосоматики, которая проявляется в виде физических симптомов

заболевания, но не подтверждается при медицинском осмотре. Стресс может вызывать головные боли, боли в животе, мышечное напряжение и другие физические болезненные симптомы, которые, в свою очередь, могут вызвать дополнительные проблемы со здоровьем, затрудняя процесс лечения и усугубляя существующее заболевание. Стрессовые ситуации могут служить триггером для развития таких заболеваний, когда эмоциональное напряжение накапливается и перерастает в физические симптомы [49].

Исследование А.В. Рапенковой в влиянии стрессовых ситуаций на обострение хронических заболеваний у студентов показало, что у студентов во время экзаменов наблюдаются обострения таких заболеваний, как гастрит, аллергические реакции, синдром раздраженного кишечника и другие. Психоэмоциональная нагрузка приводит к учащению пульса, повышению давления, мышечному напряжению и появлению чувства тревоги, что оказывает влияние на концентрацию внимания и общее самочувствие [39].

Таким образом, обзор исследований влияния стрессовых ситуаций на здоровье личности показал, что оно может проявляться на физическом и психическом уровнях. Возникновение хронического стресса может возникать из-за различных факторов, включая нагрузку в учебе, адаптацию к изменениям или личные проблемы, и приводить к различным заболеваниям, таким как сердечно-сосудистые или кожные, расстройства системы ЖКТ или иммунной системы, психические заболевания. Психоэмоциональными нарушениями воздействия стрессовых ситуаций являются повышение тревожности, появление депрессии и бессонницы. Факторами, способствующими ухудшению здоровья, являются хронические негативные социальные взаимодействия и образ жизни. Воздействие стресса на физиологическом уровне проявляется как повышение артериального давления, учащение сердцебиения и снижение иммунитета, что увеличивает восприимчивость к инфекционным заболеваниям. Длительное воздействие стресса может привести к более серьезным заболеваниям, таким как гипертония, диабет, а также психосоматическим расстройствам, вызванным

неспособностью справиться с эмоциональным напряжением. Поддержание высокого уровня жизнестойкости и использование адаптивных стратегий преодоления стресса могут существенно снизить его негативные последствия для здоровья человека.

#### **1.4. Психотерапевтические подходы в работе с влиянием стрессовых ситуаций на здоровье**

Психотерапия влияния стрессовых расстройств на здоровье человека фокусируется на выявлении и изменении негативных мыслительных и поведенческих паттернов, связанных со стрессом. Для повышения уровня здоровья можно использовать различные психотерапевтические направления и методы, такие как когнитивно–поведенческая терапия, психодинамический подход, телесно–ориентированная психотерапия и другие.

А.В. Розанов, рассматривая биопсихосоциальную модель взаимосвязи здоровья человека и стресса, стресс может привести к развитию таких состояний, как тревожные расстройства и депрессия, которые в свою очередь могут вызывать поведенческие и эмоциональные нарушения. Для улучшения общего здоровья он предлагает использовать методы, направленные на укрепление психоэмоционального состояния и адаптацию к стрессовым ситуациям [41].

В своей статье Г.И. Давыдова в соавторстве с Р.О. Жилкиной рассматривает методы работы со стрессом, направленные на повышение здоровья, уделяя особое внимание психотерапевтическим подходам. Автор выделяет психодинамический, когнитивный и рефлексивно–диалогический подходы. Психодинамический подход сосредоточен на осознании влияния стрессового события на личность, когнитивный подход акцентирует внимание на изменении неадаптивных мыслительных паттернов и создании адаптивных реакций на события. Рефлексивно–диалогический подход акцентирует важность развития самоотношения и личного самоопределения,

позволяющих осознанно выбирать способы реагирования на стрессовые ситуации. Основной целью данных психотерапевтических методов является обретение нового смысла жизни, развитие творческого потенциала и улучшение качества жизни. Психотерапия направлена на формирование саморегуляции, способствующей мобилизации внутренних ресурсов для совладания со стрессовыми ситуациями [21].

В психодинамическом подходе работа со стрессом строится на анализе бессознательных процессов и внутренних конфликтов, которые могут вызывать эмоциональное напряжение. В данном психологическом подходе стресс рассматривается как конфликт между Ид, Эго и СуперЭго, а акцент делается на понимании бессознательных процессов, влияющих на эмоциональное состояние и поведение человека. Основными методами работы в психодинамическом подходе являются терапевтический альянс, свободные ассоциации, интерпретация защитных механизмов и переносных реакций. И.А. Бедина в своей работе рассматривает краткосрочные методы, такие как фокусная, экспрессивная и экстренная психотерапия. Метод фокусной психотерапии направлен на идентификацию конфликта, приведшего к стрессовому состоянию, и его связь с бессознательными процессами. Экспрессивная психотерапия строится на использовании интерпретаций и исследовании эмоциональных реакций клиента. Экстренная психотерапия применяется в экстренных ситуациях для быстрого оказания помощи и предотвращения декомпенсации. В начале психотерапии анализируется не только текущие симптомы, но и прошлый опыт индивида, а также его межличностные отношения, что помогает выявить ключевые конфликты [6].

Одним из направлений психодинамического направления психологии является телесно–ориентированный подход, которые рассматривает взаимосвязь между телом и психикой, исходя из принципа, что физическое и эмоциональное состояние человека тесно взаимосвязаны. Основной целью телесно–ориентированной психотерапии является осознание своего

телесного состояния и проработка эмоциональных блоков, являющихся последствиями стрессовой ситуации. Данный подход основан на понимании того, что телесные зажимы и дискомфорт могут быть связаны с эмоциональными травмами и стрессовыми переживаниями. Т.В. Зарипова в соавторстве с И.М. Макиной рассматривает техники повышения устойчивости к стрессу и сохранения здоровья. В основном техники направлены на снятие напряжения и развитие осознания телесных ощущений. Как основные методы авторы выделяют релаксационные техники, включающие аутогенные тренировки и дыхательные упражнения, танатотерапию и холотропное дыхание, способствующие переживанию эмоционального опыта через телесное самовыражение, физические упражнения, направленные на снятие напряжения в мышцах и улучшающие общее состояние [24].

В.М. Ялтонский, описывая когнитивно–поведенческий подход психотерапии стрессовых расстройств, характеризует его как направление, основанное на взаимосвязи мыслей, эмоций и поведения. Данный подход предполагает, что негативные автоматические мысли, связанные со стрессовым событием, способствуют возникновению и поддержанию симптомов стресса и тревоги. Целью психотерапии в этом направлении является изменение негативных мыслей и их влияния на поведение и эмоциональное состояние индивида. Среди методов когнитивно–поведенческой терапии автор отмечает когнитивную реструктуризацию, обучение навыкам совладания со стрессом, экспозицию к травматическим воспоминаниям и применение техник релаксации. Идентификация когнаций, приводящих к длительному стрессу, помогает заменять их более конструктивными и реалистичными, что ведет к замене стратегий избегания ситуаций и позволяет уменьшить страх и тревогу [57].

Е.Д. Васильева предлагает разделять методы преодоления стресса на конструктивные, способствующие улучшению психического и физического состояния, включают в себя техники медитации, занятия спортом, а также

работу с психологом, и деструктивные, включающие избегающее поведение, негативно влияющие на жизнь. К числу конструктивных техник автор относит техники релаксации, дыхательные упражнения и аутотренинг, которые помогают справиться с тревожностью и напряжением [14].

М. Станишевский предлагает эмоционально–стрессовый подход к преодолению стресса, который направлен на профилактику и лечение негативных последствий стресса. Его метод включает следующие этапы:

- стабилизация психоэмоционального состояния предполагает выявлению эмоциональных блокировок клиента, создание безопасной атмосферы для открытого обсуждения чувств и переживаний;
- активизация внутренних резервов посредством использования ресурсы личности клиента, выявление сильных сторон и ценностей, позволяющих эффективно справляться со стрессом;
- формирование новых навыков методом обучения навыкам рефлексии, постановки достижимых целей и конструктивного реагирования на стрессовые ситуации;
- исследование и признание собственного опыта через научение анализу происходящих изменений в личностном состоянии, что способствует самопринятию и более глубокому пониманию своих реакций на стресс;
- развитие социального взаимодействия посредством возможности делиться опытом и получать поддержку от других [45].

А.В. Васильева, рассматривает интегративный подход к психотерапии посттравматического стрессового расстройства, фокус которого находится на травматическом событии. Автор предлагает структурированный алгоритм психотерапевтических интервенций, выделяя три основных этапа: стабилизация, проработка и интеграция. Среди методов, предлагаемых А.В. Васильевой, акцент делается на использование когнитивно–поведенческой терапии, нарративной терапии, а также техник, подобных ДПДГ (десенсибилизация и переработка движением глаз), что

свидетельствует о большем акценте на использование научно обоснованных методов с доказательной базой.

Стрессоустойчивость развивается через самопонимание, осознание стрессовых сигналов, анализ опыта, выбор эффективных стратегий поведения и поиск мотивации. Умение эффективно использовать ресурсы, предупреждать стрессовые ситуации и привлекать внешнюю помощь способствует повышению стрессоустойчивости. В многих профессиях это ключевое качество, от которого зависит здоровье и жизнь других людей [24].

Таким образом, психотерапия играет основную роль в преодолении негативных последствий стресса на здоровье человека, сосредотачиваясь на выявлении и изменении деструктивных мыслительных и поведенческих паттернов, связанных со стрессовыми событиями. Существует несколько подходов к психотерапии последствий стресса на здоровье человека, среди которых можно выделить такие как когнитивно–поведенческая терапия, психодинамический подход и телесно–ориентированная психотерапия. В рамках рассмотренных методов существует множество инструментов для повышения психоэмоционального состояния и адаптации к стрессовым ситуациям. Интеграция различных методов и подходов позволяет значительно увеличивать эффективность психотерапии стресса, предлагая целостный подход к улучшению их здоровья и качества жизни.

Выводы по первой главе.

Здоровье человека в психологии рассматривается как комплексный феномен, включающий физическое, психическое и социальное благополучие. Исследования показывают, что факторами здоровья являются качество межличностных отношений, социальная поддержка и эмоциональная устойчивость личности. Отношение личности к здоровью характеризует внутреннюю картину здоровья, которая формируется на основе личного

опыта и культурных традиций, оказывая влияние на восприятие здоровья и мотивацию к его поддержанию.

К стрессовым ситуациям относят жизненные события, вызывающие стресс. Стресс является одним из предметов исследования, который рассматривается в рамках адаптационного синдрома организма и включает три стадии: тревоги, резистентности и истощения. На первых двух стадиях происходит мобилизация и адаптация к стрессовым воздействиям, на последней стадии ресурсы и сопротивляемость снижены, что может приводить к возникновению болезней.

Хронический стресс может вызывать у человека различные заболевания, включая сердечно-сосудистые и психические расстройства, а также ослабление иммунной системы, приводя к возникновению гипертонии, диабета и другим серьезным заболеваниям. Факторами, способствующими ухудшению здоровья, являются хронические негативные социальные взаимодействия, заболевания и образ жизни.

Методы совладания со стрессом включают в себя управление эмоциями и активное решение проблем, что способствует адаптации к стрессовым ситуациям и восстановлению эмоционального равновесия. Психотерапия играет ведущую роль в преодолении негативных последствий стресса и сохранении здоровья, позволяя выявлять и изменять деструктивные паттерны мышления и поведения. Эффективность совладания со стрессом улучшение здоровья и качества жизни повышается при использовании различных подходов.

## **Глава 2 Эмпирическое исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье (на примере хронических заболеваний)**

### **2.1 Организация эмпирического исследования**

Целью эмпирического исследования было изучение взаимосвязи между факторами стресса и здоровьем (физическим состоянием человека), выявление особенностей стресса у людей в ситуации хронического заболевания ЖКТ.

Объектом эмпирического исследования: физическое здоровье человека.

Предмет исследования: влияние стрессовой ситуации хронической болезни желудочно–кишечного тракта на здоровье человека.

Задачи эмпирического исследования:

- Подобрать психодиагностические методики для эмпирического исследования влияния стрессовой ситуации на здоровье личности.
- Сформировать выборку, позволяющую достичь цель эмпирического исследования.
- Провести тестирование респондентов из выборки, выявить особенности здоровья у респондентов с хроническими болезнями желудочно–кишечного тракта.
- Разработать рекомендации по психологической поддержке людей, оказавшихся в стрессовой ситуации для повышения уровня здоровья.

Гипотеза исследования: существует взаимосвязь между физическим здоровьем человека и нахождением его в стрессовой ситуации (хроническое заболевание): стрессоустойчивость и уровень стресса отличаются у людей с разным статусом физического здоровья.

Этапами эмпирического исследования стали:

Этап 1. Организационный. Формирование методологического аппарата (цель, гипотеза, методы и методики) и выборки для проведения эмпирического исследования.

Этап 2. Констатирующий. Проведение констатирующего исследования влияния стресса на физическое здоровье человека.

Этап 3. Интерпретационный. Интерпретация полученных результатов, выявление особенностей стресса у людей с хроническими заболеваниями.

Этап 4. Определение направлений для психологического консультирования людей в ситуации хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В ходе организационного этапа исследования были отобраны валидные методики, что потребовало тщательного поиска и уточнения процедур обработки данных.

Для эмпирического исследования были подобраны следующие методики:

- Тест на определение уровня стресса (по В.Ю. Щербатых).
- Симптоматический опросник самочувствия (СОС) (авторы А.А. Волков, Н.Е. Водопьянова).
- Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык.
- Тест самооценки стрессоустойчивости (С. Коухена и Г. Виллиансона).

«Тест на определение уровня стресса» (по В.Ю. Щербатых) представляет собой психологический инструмент, предназначенный для оценки уровня стрессового состояния индивида. Этот тест базируется на концепции, что стресс является результатом взаимодействия человека с окружающей средой и зависит как от внешних факторов (действительных стрессоров), так и от внутренних (физических и психологических реакций). Тест включает в себя ряд утверждений или вопросов, по которым участник должен оценить свои ощущения и состояние в последнее время. Он включает интеллектуальные, поведенческие, эмоциональные и физиологические симптомы, каждый из которых оценивается с определенной весомостью, что позволяет получить интегральный показатель стресса.

- Интеллектуальные признаки стресса включают в себя преобладание негативных мыслей и трудности сосредоточения, что может привести к ухудшению памяти и постоянному вращению мыслей вокруг одной проблемы.
- Поведенческие признаки стресса включают потерю аппетита или переедание, что негативно сказывается на здоровье, возникают ошибки при выполнении привычных действий, изменения в речи характеризуются ускорением или замедлением.
- Эмоциональные симптомы проявляются в повышенной тревожности и мрачном настроении, а также в постоянном чувстве тоски или депрессии, раздражительности, снижении уверенности в себе и удовлетворенности жизнью, появлении чувства вины или недовольства собой.
- Физиологические симптомы включают боли в теле, учащенный или неритмичный пульс, нарушения пищеварения, напряжение в мышцах и повышенную утомляемость, дрожь в руках и изменения в весе.

Общая максимальная сумма по тесту может достигать 66 баллов, и важно понимать, что результаты варьируются от отсутствия стресса (0–5 баллов) до его сильной степени (свыше 40 баллов). Высокие результаты сигнализируют о том, что человеку может потребоваться помощь профессионала для восстановления психологического равновесия. Тест служит полезным инструментом для самооценки и выявления необходимости в стратегиях преодоления стрессовых состояний. Валидность и надежность методики подтверждена.

Симптоматический опросник самочувствия (СОС) (авторы А.А. Волков, Н.Е. Водопьянова) представляет собой инструмент для оценки психологического состояния человека в текущий момент и предрасположенность к стресс-реакциям и невротическим расстройствам. Он состоит из 42 вопросов, на которые необходимо ответить «да» или «нет», что позволяет выявить особенности самочувствия и уровень невротизации. В

зависимости от набранных баллов выделяются три уровня психологической устойчивости, начиная от высокого уровня адаптированности до низкой стрессоустойчивости и риска развития невротических расстройств. Опросник включает шкалы, оценивающие такие аспекты, как истощение психоэнергетических ресурсов, эмоциональная и вегетативная неустойчивость, нарушения сна, уровень тревоги и страха, склонность к зависимости (дезадаптацию). Валидность и надежность методики подтверждена.

– Шкала «Истощение психоэнергетических ресурсов» характеризует состояние, в котором человек испытывает отстранение от окружающих, повышенную утомляемость от общения, отсутствие интереса к физической активности и стремление к уединению для восстановления энергии.

– Шкала «Нарушение воли» отражает состояние, при котором у человека постоянные навязчивые мысли и трудности в управлении своими желаниями, что приводит к проблемам с концентрацией и выражением своих мыслей в деловом общении.

– Шкала «Эмоциональная неустойчивость» характеризует нестабильное состояние настроения, проявляющееся в частых и беспричинных переменах эмоций, пессимистическом восприятии будущего и использовании средств для регулирования эмоционального состояния.

– Шкала «Вегетативная неустойчивость» включает описание состояния, при котором человек испытывает дискомфорт и разнообразные вегетативные симптомы, такие как укачивание, головокружения, одышка, сердцебиение или непонятные ощущения в теле.

– Шкала «Нарушения сна» отражает наличие проблем с качеством и продолжительностью сна, что характеризуется трудностями с

засыпанием, частые ночные пробуждения, утреннюю усталость и наличие кошмаров или хождения во сне.

– Шкала «Тревога и страхи» характеризует эмоциональное состояние, вызванное наличием постоянной тревоги, навязчивых страхов и ситуационных опасений, таких как страх высоты или страх в темноте.

– Шкала «Дезадаптация (склонность к зависимости)» отражает склонность использовать психоактивные вещества и избеганию эмоций, как способа справиться с стрессом и трудностями в жизни, что затрудняет нормальную адаптацию к окружающим условиям.

Валидность и надежность методики «Симптоматический опросник самочувствия (СОС) (авторы А.А. Волков, Н.Е. Водопьянова)» подтверждена. Оценка общей невротизации производится следующим образом: 0–15 баллов – высокий уровень адаптированности, 16–26 баллов – средний уровень психологической устойчивости, 27–42 балла низкая стрессоустойчивость.

Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана был разработана авторами в 1988 году и адаптирована к русской аудитории в 2004 году. Это первая стандартная методика измерения копинга, состоящая из 50 утверждений, которые группируются в восемь шкал. Испытуемые оценивают, как часто проявляются у них различные стратегии преодоления трудностей в сложных жизненных ситуациях. Каждая из шкал отражает уникальный подход к решению стрессовых проблем: от конфронтации и самоконтроля до поиска социальной поддержки и положительной переоценки. Методика позволяет не только выявить особенности копинг-стратегий, но также определяет их положительные и отрицательные стороны в контексте психологической адаптации и стрессоустойчивости.

– Стратегия конфронтации предполагает активное разрешение проблем, при этом активность не всегда может быть целенаправленной, а направлена на отреагирование негативных эмоций, что может

привести к улучшению ситуации, но также рискует обернуться импульсивностью и конфликтами.

– Стратегия дистанцирования предполагает снижение значимости стрессовой ситуации и степени вовлеченности в не, что позволяет снизить значимость проблем, хотя может привести к обесцениванию собственных переживаний.

– Стратегия самоконтроля направлена на подавление и сдерживание эмоций, контроль за поведением, что способствует рациональному подходу к трудностям, но может вызвать трудности в выражении эмоций.

– Стратегия поиска социальной поддержки предоставляет доступ к поиску информации или привлечению внешних ресурсов, но может формировать зависимость от окружающих.

– Стратегия принятия ответственности помогает осознать свою роль в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, однако может вызвать неоправданную самокритику.

– Стратегия бегства–избегания заключается в реакции по типу уклонения, что заключается в отрицании, фантазировании, неоправданных ожиданиях, она быстро снижает эмоциональное напряжения, но затягивает решение самих проблем.

– Стратегия планирования решения проблемы демонстрирует организованный подход к преодолению трудностей, однако может привести к чрезмерной рациональности и недостатку спонтанности.

– Стратегия положительной переоценки предполагает положительное переосмысление стрессовой ситуации, но такая переоценка может способствовать недооценке собственных возможностей для решения проблемы.

Валидность и надежность методики «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана подтверждена.

Тест самооценки стрессоустойчивости (С. Коухена и Г. Виллиансона) помогает выявить уровень стрессоустойчивости человека через набор вопросов, связанных с его эмоциональным состоянием и восприятием жизненных трудностей. Испытуемому предлагается выбрать наиболее подходящий ответ на вопросы, касающиеся того, как часто они испытывают стресс, ощущение контроля над жизнью и уверенности в своих силах. Каждый ответ оценивается по шкале, где более высокие баллы указывают на большую восприимчивость к стрессу. После завершения теста результаты суммируются и интерпретируются в зависимости от набранных баллов и возраста испытуемого. Понятие стрессоустойчивость характеризуется способностью сохранять эмоциональное равновесие и уверенность в себе в стрессовых ситуациях, которые могут включать неожиданные неприятности и давление со стороны, умение контролировать свои реакции на проблемы и воспринимать их как преодолимые. Данная методика позволяет определить уровни стрессоустойчивости и предложить стратегии для ее улучшения. Валидность и надежность методики подтверждена.

Базой исследования был выбран Медицинский центр «Санас», г. Владивосток, улица 2-я Строительная, д. 13. Выборку составили 91 человек, из которых 32 человека без хронических заболеваний, 59 человек в разными хроническими заболеваниями: из которых было 6 человек с заболеваниями дыхательных путей, 38 человек с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, стеатогепатоз), 15 человек с различными хроническими заболеваниями (мигрень, эндометриоз, тромбоцитопения, ишемическая болезнь мозга, экзема, люмбаго, диабет 2 типа, гайморит).

Распределение выборки по возрасту и полу отражено на рисунке 1.

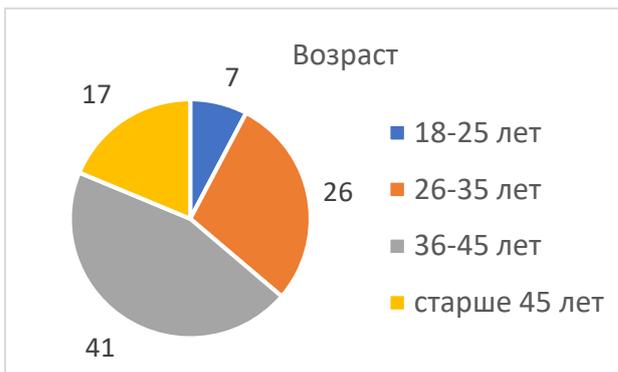


Рисунок 1 – Распределение выборки по полу и возрасту

Выборку составили 13 мужчин и 78 женщин, респонденты в возрасте от 18 до 64 лет, при этом в возрасте 18–25 лет 7 человек, от 26 до 35 лет – 26 человек, от 36 до 45 лет – 41 человек, старше 45 лет – 17 человек. Как видно большую часть выборки составили люди среднего возраста.

Распределение выборки по семейному положению и образованию отражено на рисунке 2.



Рисунок 2 – Распределение выборки по полу и возрасту

Среднее образование в выборке у 11 человек, среднее профессиональное – у 22 человек, а высшее – у 58 человек. По семейному положению распределение выборки следующее: состоят в законном браке – 50 человек, в гражданском браке – 16 человек, разведены – 10 человек. не состоят в браке – 15 человек. Как видно, большая часть выборки имеет высшее образование и состоят в законном браке.

Для проведения психодиагностики был создан электронный опросник в Google Forms, структурированный по группам вопросов с подробными инструкциями.

Каждому респонденту был задан вопрос о ситуациях вызывающих стресс, которые можно обобщить в 6 групп: конфликты в личной и профессиональной сферах (17 человек), финансовые трудности (12 человек), болезни близких (8 человек), проблемы на работе (22 человек), неопределенность и давление (8 человек), разлуки и потеря близких (6 человек). То есть чаще всего стрессовые ситуации связаны с проблемами на работе и в семье.

Также каждому человеку было предложено дать оценку своего здоровья по 10–балльной шкале: оценку 1–3 балла дали 13 человек, 4–6 баллов – 27 человек, 7–10 баллов – 51 человек. Как видно, несмотря на наличие хронических заболеваний большая часть респондентов оценивает свое здоровье высоко (51 человек).

После сбора данных, они были обработаны, создана база данных в Excel, а затем перенесены в SPSS для дальнейшего анализа и расчетов по шкалам используемых методик.

Для проверки достоверности гипотезы использовался коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена, посредством которого можно выявить направление и силу взаимосвязи между критериями и критерий Манна–Уитни, который позволяет выявить различия показателей в двух независимых группах и определить особенности здоровья в определенной группе.

Таким образом, организация эмпирического исследования была проведена, сформирована выборка, подобран материал для исследования, определены методы интерпретации данных и методы статистической обработки.

## 2.2 Интерпретация результатов исследования

На первом этапе исследования была дана характеристика признаков стресса, показателей симптоматики самочувствия, копинг-стратегий и стрессоустойчивости у респондентов с хроническими заболеваниями и без них. Для этого вся выборка была разделена на 2 группы: Группа 1 – 59 человек в разными хроническими заболеваниями и Группа 2 – 32 человека без хронических заболеваний.

Результаты исследования уровня стресса и его признаков методикой «Тест на определение уровня стресса (по В.Ю. Щербатых)» в группах с разным статусом здоровья отражены в приложении Б. В таблице 1 отражен анализ частоты встречаемости признаков стресса в исследуемых группах.

Таблица 1 – Распределение выраженности признаков стресса в группах с разным статусом здоровья

	Группа с хроническими заболеваниями						Группа без хронических заболеваний					
	1–4 раз		5–8 раз		9–12 раз		1–4 раз		5–8 раз		9–12 раз	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Интеллектуальные признаки стресса	44	74,6	13	22,0	2	3,4	25	78,1	7	21,9	0	0,0
Поведенческие признаки стресса	47	79,7	12	20,3	0	0,0	27	84,4	5	15,6	0	0,0
Эмоциональные симптомы	45	76,3	12	20,3	2	3,4	24	75,0	7	21,9	1	3,1
Физиологические симптомы	36	61,0	20	33,9	3	5,1	29	90,6	3	9,4	0	0,0

Так как в группах разное количество человек, для удобства сравнения все данные были переведены в проценты. По таблице видно, что в группе с хроническими заболеваниями:

- интеллектуальные признаки стресса встречаются редко у 44 человек (74,6%), умеренно – у 13 человек (21,9%), часто – у 2 человек (3,4%);
- поведенческие признаки стресса встречаются редко у 47 человек (79,7%), умеренно – у 12 человек (20,3%);
- эмоциональные симптомы стресса встречаются редко у 45 человек (76,3%), умеренно – у 12 человек (20,3%), часто – у 2 человек (3,4%);
- физиологические симптомы стресса встречаются редко у 36 человек (61%), умеренно – у 20 человек (33,9%), часто – у 3 человек (5,1%).

Итак, в группе респондентов с хроническими заболеваниями чаще встречаются интеллектуальные, эмоциональные и физиологические симптомы стресса.

В группе условно здоровых людей (без хронических заболеваний):

- интеллектуальные признаки стресса встречаются редко у 25 человек (78,1%), умеренно – у 7 человек (22%);
- поведенческие признаки стресса встречаются редко у 27 человек (84,4%), умеренно – у 5 человек (15,6%);
- эмоциональные симптомы стресса встречаются редко у 24 человек (75%), умеренно – у 7 человек (21,9%), часто – у 1 человека (3,1%);
- физиологические симптомы стресса встречаются редко у 20 человек (90,6%), умеренно – у 3 человек (9,4%).

В целом по группе у респондентов без хронических заболеваний чаще встречаются эмоциональные симптомы стресса. Различия во встречаемости симптомов стресса были выявлены методом критерия Манна–Уитни, вычисления которого показали, что значимые различия существуют во встречаемости в группе интеллектуальных ( $U_{эмп}=688,5$ ,  $p \leq 0,05$ ), поведенческих ( $U_{эмп}=717,5$ ,  $p \leq 0,05$ ) и физиологических ( $U_{эмп}=588,5$ ,  $p \leq 0,01$ ) признаков стресса, которые в группе респондентов с хроническими заболеваниями встречаются чаще.

Оценка общего уровня стресса проводилась посредством правил интерпретации, предложенных В.Ю. Щербатых, согласно которым значения

от 0 до 5 баллов свидетельствуют об отсутствии стресса в данный момент, 6–12 баллов – показывают наличие умеренного стресса, показатели от 13 до 24 баллов указывают на значительное напряжение как эмоциональных, так и физиологических систем организма, возникающее в ответ на мощный стрессорный фактор, с которым не удастся справиться, сильный стресс показывает наличие 25–40 баллов, а свыше 40 – свидетельствуют о наступлении стадии истощения. Общий уровень стресса по его выраженности в группах с разным статусом здоровья отражен на рисунке 3.

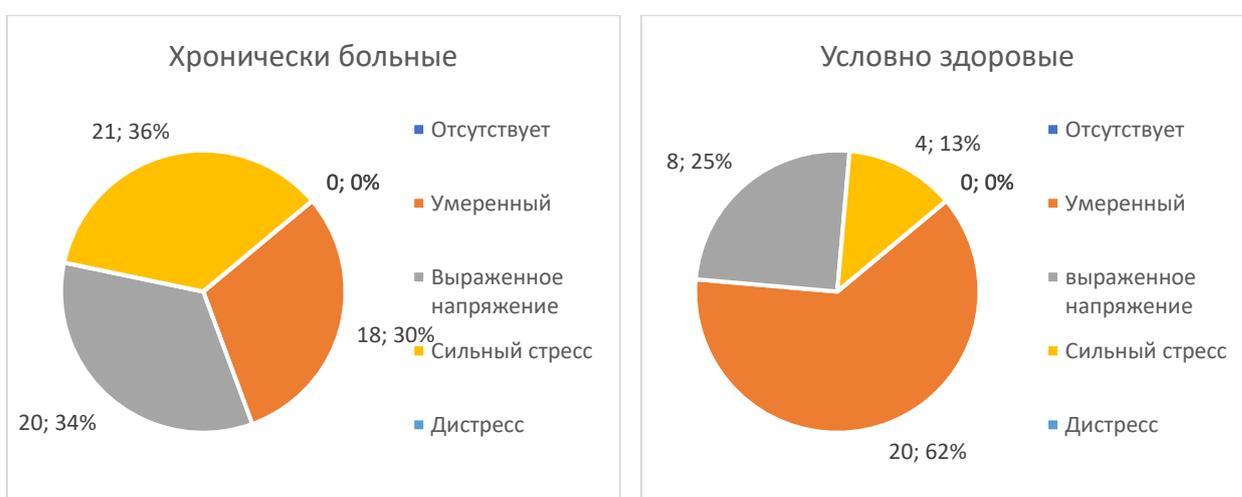


Рисунок 3 – Распределение выраженности стресса в группах с разным статусом здоровья

Как видно по диаграмме, в группе людей с хроническими заболеваниями умеренный уровень стресса у 18 человек (30%), выраженное напряжение – у 20 человек (34%), сильный стресс – у 21 человека (36%); в группе респондентов без хронических заболеваний умеренный уровень стресса у 20 человек (62%), выраженное напряжение – у 8 человек (25%), сильный стресс – у 4 человек (13%). Расчет критерия Манна–Уитни показал  $U_{\text{эмп}}=638,5$ ,  $p \leq 0,01$ , что свидетельствует о большей выраженности стресса у респондентов с хроническими заболеваниями.

Результаты исследования методикой «Симптоматический опросник самочувствия» отражены в приложении В, распределение по уровням

выраженности симптомов стресса в группах с разным статусом здоровья в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение по уровням адаптированности симптомов стресса в группах с разным статусом здоровья

Уровень выраженности	Хронически больные						Условно здоровые					
	Низкий		Средний		Высокий		Низкий		Средний		Высокий	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Психофизическая усталость	31	53	17	29	11	18	23	72	8	25	1	3
Нарушение воли	24	41	20	34	15	25	23	72	4	13	5	16
Эмоциональная неустойчивость	27	46	18	31	14	24	21	66	10	31	1	3
Вегетативная неустойчивость	30	51	19	32	10	17	28	88	2	6	2	6
Нарушения сна	25	42	18	31	16	27	24	75	7	22	1	3
Тревога и страхи	33	56	11	19	15	25	26	81	6	19	0	0
Дезадаптация	37	63	11	19	11	19	28	88	3	9	1	3
Уровень невротизации	26	44	15	25	18	31	25	78	7	22	0	0

Итак, адаптивность и стрессоустойчивости к стрессу в группе респондентов с хроническими заболеваниями имеет следующую выраженность по симптомам стресса:

- адаптированность к психофизической усталости выражена высоко у 31 человека (53%), средняя адаптированность – у 17 человек (29%), низкая адаптированность – у 11 человек (18%);
- снижение стрессоустойчивости в результате нарушения воли сильное у 15 человека (25%), умеренное – у 20 человек (34%), незначительное – у 24 человек (41%);
- снижение адаптированности в результате эмоциональной неустойчивости сильное у 14 человек (24%), умеренное – у 18 человек (31%), незначительное – у 27 человек (46%);
- вегетативная неустойчивость высокая у 10 человек (17%), умеренное – у 19 человек (32%), незначительное – у 30 человек (51%);
- симптом нарушение сна сильно влияет на стрессоустойчивость у 16 человек (27%), оказывает умеренное воздействие – у 18 человек (31%), незначительно влияет – у 25 человек (42%);

тревога и страхи сильно выражены у 15 человек (25%), умеренно влияют на стрессоустойчивость – у 18 человек (31%), слабо выражен – у 25 человек (42%);

– дезадаптация, которая проявляется в виде зависимостей, выражена слабо у 37 человек (63%), умеренно – у 11 человек (19%), сильно – у 11 человек (19%);

– общий уровень невротизации низкий – у 26 человек (44%), умеренный – у 15 человек (25%), высокий – у 18 человек (31%).

Итак, исследование показало в группе респондентов с хроническими заболеваниями наличие сильно выраженных симптомов стресса по всем показателям у 17–31% человек, что свидетельствует о снижении адаптационных ресурсов у этих людей.

В группе респондентов без хронических заболеваний выражено симптомов стресса имеет следующий вид:

– адаптированность к психофизической усталости выражена высоко у 23 человека (72%), средняя адаптированность – у 8 человек (25%), низкая адаптированность – у 1 человека (3%);

– снижение стрессоустойчивости в результате нарушения воли сильное у 5 человек (16%), умеренное – у 4 человек (13%), незначительное – у 23 человек (72%);

– снижение адаптированности в результате эмоциональной неустойчивости сильное у 1 человека (3%), умеренное – у 10 человек (31%), незначительное – у 21 человек (66%);

– вегетативная неустойчивость высокая у 2 человек (6%), умеренное – у 2 человек (6%), незначительное – у 28 человек (88%);

– симптом нарушение сна слабо влияет на стрессоустойчивость у 24 человек (75%), оказывает умеренное воздействие – у 7 человек (22%), сильно влияет – у 1 человек (3%);

– тревога и страхи умеренно влияют на стрессоустойчивость – у 6 человек (19%), оказывают слабое воздействие – у 26 человек (81%);

– дезадаптация, которая проявляется в виде зависимостей, выражена слабо у 28 человек (88%), умеренно – у 3 человек (9%), сильно – у 1 человека (3%);

– общий уровень невротизации низкий – у 25 человек (78%), умеренный – у 7 человек (22%), высокий отсутствует.

Итак, в группе респондентов без хронических заболеваний преобладает высокая адаптированность к психофизической усталости, при этом большинство участников демонстрируют незначительное снижение стрессоустойчивости из-за симптомов стресса, а также низкий общий уровень невротизации.

Исследование выраженности симптомов стресса показало, что в группе респондентов с хроническими заболеваниями выраженность симптомов стресса выше, чем в группе без хронических заболеваний. Респонденты без хронических заболеваний имеют более высокую адаптированность и значительно менее выраженные симптомы стресса, то есть их способность справляться с психофизическими нагрузками выше, а невротизация менее выражена. Для проверки наличия значимых различий в выраженности симптомов реакции на стресс был использован критерий Манна–Уитни, вычисления которого отражены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты вычисления критерия Манна–Уитни для симптомов стресса

	Психофизическая усталость	Нарушение воли	Эмоциональная неустойчивость	Вегетативная неустойчивость	Нарушения сна	Тревога и страхи	Дезадаптация
Uэмп	606	602	609	455	499	530	528
p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
С хроническими заболеваниями	2,6	3,0	2,8	2,7	2,9	2,6	2,4
Без хронических заболеваний	1,5	1,8	1,5	1,2	1,3	1,1	1,0

Учитывая, что критические значения критерия  $U_{0,01}=663$ , а  $U_{0,05}=745$ ,

можно увидеть, что по всем симптомам стресса существуют значимые различия. То есть можно говорить о том, что у респондентов с хроническими заболеваниями в большей степени повышена утомляемость от общения, отсутствует интерес к физической активности, существует стремление к уединению для восстановления энергии, существуют трудности в управлении своими желаниями и потребностями, им свойственны в большей степени частые и беспричинные перемены настроения и пессимистичность восприятия, проявление дискомфорта вегетативных симптомов, нарушение сна, повышенная тревожность и подверженность страхам, склонность к зависимости от алкоголя или лекарств.

Результаты исследования методикой «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана отражены в приложении Г, сырые балла были переведены в процент от максимального бала по шкале, в результате чего был проведен анализ распределения копинг-стратегий по критериям использования: редко (меньше 40%), умеренное использование (от 40 до 60%), предпочтение в использовании (более 60%). Результаты распределения копинг-стратегий по степени их использования отражены в таблице 4.

Таблица 4 – Использование копинг-стратегий в зависимости от статуса здоровья

	Хронически больные						Условно здоровые					
	Редко		Умерено		Предпочтение		Редко		Умерено		Предпочтение	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Конфронтационный копинг	11	19	12	20	36	61	4	13	12	38	16	50
Дистанцирование	5	8	18	31	36	61	7	22	8	25	17	53
Самоконтроль	5	8	15	25	39	66	1	3	7	22	24	75
Поиск социальной поддержки	1	2	13	22	45	76	0	0	8	25	24	75
Принятие ответственности	4	7	10	17	45	76	3	9	9	28	20	63
Бегство-избегание	4	7	16	27	39	66	3	9	16	50	13	41
Планирование решения проблемы	6	10	12	20	41	69	1	3	4	13	27	84

Продолжение таблицы 4

	Хронически больные						Условно здоровые					
	Редко		Умерено		Предпочтение		Редко		Умерено		Предпочтение	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Положительная переоценка	9	15	18	31	32	54	1	3	6	19	25	78

Согласно полученных результатов выраженность по уровням стратегий совладающего поведения в группе респондентов с хроническими заболеваниями распределилась следующим образом:

- стратегия конфронтации используется редко у 11 человек (19%), умеренно – у 12 человек (36%), имеет выраженное предпочтение – у 36 человек (61%);
- стратегия дистанцирования используется редко у 5 человек (8%), умеренно – у 18 человек (31%), имеет выраженное предпочтение – у 36 человек (61%);
- стратегия самоконтроля используется редко у 5 человек (8%), умеренно – у 15 человек (25%), имеет выраженное предпочтение – у 39 человек (66%);
- стратегия поиска социальной поддержки используется редко у 1 человека (2%), умеренно у 13 человек (22%), имеет выраженное предпочтение – у 45 человек (76%);
- стратегия принятия ответственности используется редко у 4 человек (7%), умеренно – у 10 человек (17%), имеет выраженное предпочтение – у 45 человек (76%);
- стратегия бегство–избегание используется редко у 4 человек (7%), умеренно – у 16 человек (27%), имеет выраженное предпочтение – у 39 человек (66%);
- стратегия планирования решения проблем используется редко у 6 человек (10%), умеренно – у 12 человек (20%), имеет выраженное

предпочтение – у 41 человек (69%);

– стратегия положительной переоценки используется редко у 9 человек (15%), умеренно – у 18 человек (31%), имеет выраженное предпочтение – у 32 человек (52%).

Итак, респонденты с хроническими заболеваниями отдают предпочтение стратегиям самоконтроля, поиска социальной поддержки, принятия ответственности и планирования решения проблем, в то время как стратегии конфронтации, дистанцирования и положительной переоценки используются реже.

В группе респондентов без хронических заболеваний стратегии поведения в стрессе распределилась следующим образом:

– стратегия конфронтации используется редко у 4 человек (13%), умеренно – у 12 человек (38%), имеет выраженное предпочтение – у 16 человек (50%);

– стратегия дистанцирования используется редко у 7 человек (22%), умеренно – у 8 человек (25%), имеет выраженное предпочтение – у 17 человек (53%);

– стратегия самоконтроля используется редко у 1 человек (3%), умеренно – у 7 человек (22%), имеет выраженное предпочтение – у 24 человек (75%);

– стратегия поиска социальной поддержки используется умеренно у 8 человек (25%), имеет выраженное предпочтение – у 24 человек (75%);

– стратегия принятия ответственности используется редко у 3 человек (9%), умеренно – у 9 человек (28%), имеет выраженное предпочтение – у 20 человек (63%);

– стратегия бегство–избегание используется редко у 3 человек (9%), умеренно – у 16 человек (50%), имеет выраженное предпочтение – у 13 человек (41%);

– стратегия планирования решения проблем используется редко у 1 человек (3%), умеренно – у 4 человек (13%), имеет выраженное

предпочтение – у 27 человек (84%);

– стратегия положительной переоценки используется редко у 1 человек (3%), умеренно – у 6 человек (19%), имеет выраженное предпочтение – у 25 человек (78%).

Итак, респонденты без хронических заболеваний предпочитают использовать в стрессовых ситуациях стратегии самоконтроля, поиска социальной поддержки, принятия ответственности и планирования решения проблем, что свидетельствует о высоком уровне адаптивного поведения и эффективного управления стрессом. Сравнение предпочтений копинг-стратегий показало, что респонденты с хроническими заболеваниями чаще используют при совладании со стрессом стратегии самоконтроля, поиска социальной поддержки, принятия ответственности и планирования решения проблем, а в группе без хронических заболеваний больший интерес наблюдается к стратегиям самоконтроля, планирования решения проблем, а также к поиску социальной поддержки.

Для проверки наличия значимых различий в копинг-стратегиях у респондентов с хроническими заболеваниями и без них был использован критерий Манна-Уитни, вычисления которого отражены в таблице 4.

Таблица 5 – Результаты вычисления критерия Манна-Уитни для копинг-стратегий

	Конфронтационный копинг	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск социальной поддержки	Принятие ответственности	Бегство-избегание	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
Uэмп	898,5	832,5	822,5	905,5	778	689,5	768	631,5
p						0,05		0,01
С хроническими заболеваниями	10,9	11,9	13,9	12,9	8,5	16,1	12,0	12,9
Без хронических заболеваний	10,8	11,1	14,7	12,8	7,9	14,2	13,2	15,3

Согласно полученным данным, значимые различия существуют по стратегиям бегство–избегание и положительная переоценка, при чем в группе респондентов с хроническими заболеваниями в большей степени выражена стратегия поведения в стрессе, которая характеризуется реакцией по типу уклонения, что может проявляться как отрицание наличия проблемы, фантазировании, необоснованных ожиданиях. У респондентов без хронических заболеваний в большей мере выражена стратегия, предполагающая положительное переосмысление стрессовой ситуации.

Результаты исследования методикой «Тест самооценки стрессоустойчивости» (С. Коухена и Г. Виллиансона) отражены в приложении Д. Так как оценка стрессоустойчивости авторами методики дается в зависимости от возраста, все показатели были переведены в уровни выраженности устойчивости к стрессу, что отражено на рисунке 4.

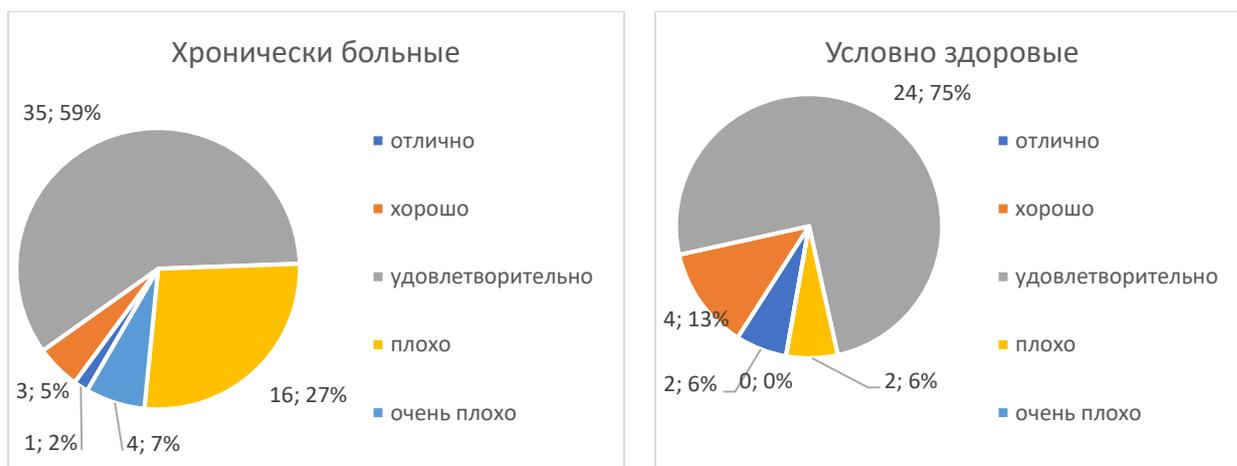


Рисунок 4 – Выраженность стрессоустойчивости в группах с разным статусом здоровья

Как видно по рисунку большую часть респондентов из обеих групп обладает удовлетворительной стрессоустойчивостью, распределение по уровням выраженности в обеих группах следующее:

– в группе респондентов с хроническими заболеваниями отличной

стрессоустойчивостью обладает 1 человек (2%), хороший уровень адаптированности к стрессовым ситуациям у 3 человек (5%), удовлетворительно справляются со стрессом 35 человек (59%), плохо справляются со стрессом 16 человек (27%), очень плохо умеют преодолевать стресс 4 человека (7%);

– в группе респондентов без хронических заболеваний отличной стрессоустойчивостью обладают 2 человек (6%), хороший уровень адаптированности к стрессовым ситуациям у 4 человек (13%), удовлетворительно справляются со стрессом 24 человек (75%), плохо справляются со стрессом 2 человек (6%).

Вычисления критерия Манна–Уитни показали, что  $U_{\text{эмп}}=620,5$  при  $p \leq 0,01$ , что подтвердило наличие значимых различий в стрессоустойчивости. Согласно полученным данным, респонденты с хроническими заболеваниями хуже справляются со стрессом, их уровень адаптационных способностей более слабый.

Проведенное исследование позволило определить качественные особенности преодоления стресса у респондентов с хроническими заболеваниями, что выражается в более высокой выраженности симптомов стресса, что указывает на неадаптивные стратегии адаптации к стрессовым ситуациям, как показало исследование, они чаще используют стратегии бегства или избегания, что может привести к неосознанному перенаправлению стресса в физические симптомы. Респонденты с хроническими заболеваниями менее устойчивы в стрессовых ситуациях, что может в дальнейшем негативно влиять на их общее психоэмоциональное состояние и качество жизни.

Так как в выборке 37 человек имеет заболевания желудочно–кишечного тракта, решено было выявить особенности реагирования на ситуацию хронической болезни этой категории людей. Возраст респондентов с заболеваниями ЖКТ от 26 до 64 лет, возраст респондентов без хронических заболеваний – от 18 до 50 лет.

средняя оценка здоровья 5,5 баллов, что соответствует средней оценке, в группе 2 (без хронических заболеваний – 31 человек) оценка здоровья 7,7 баллов, что соответствует высокой оценке. Распределение самооценок здоровья по уровням отражено на рисунке 5.

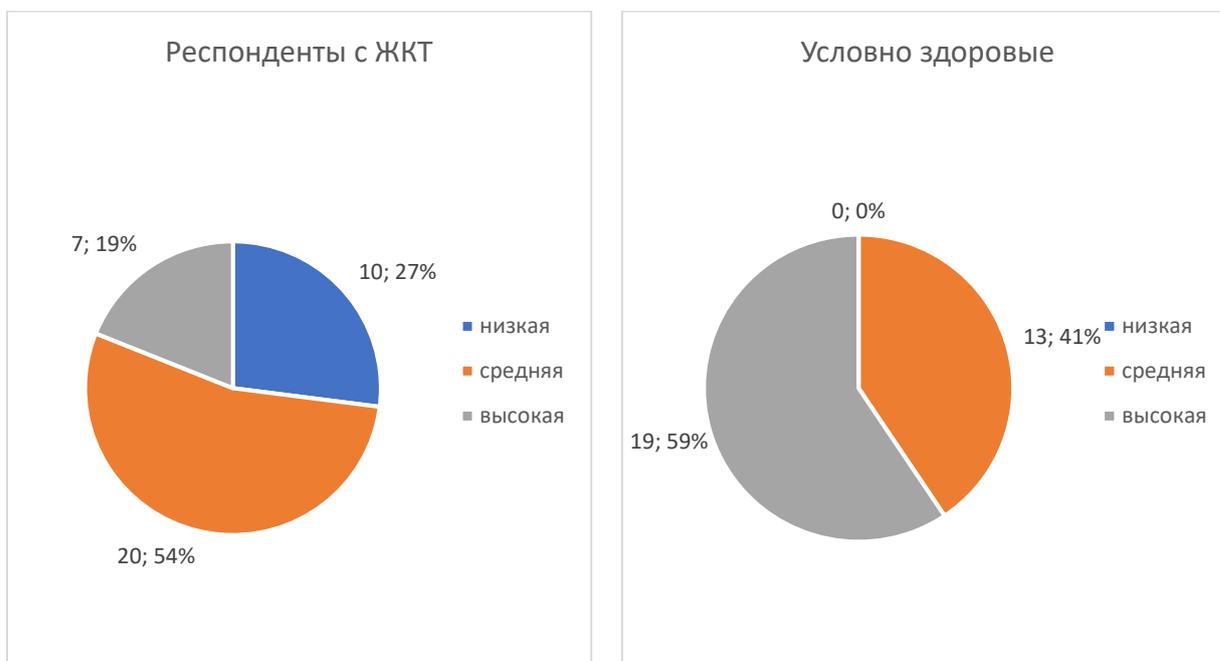


Рисунок 5 – Распределение самооценок здоровья

Как видно по распределению, в группе больных с хроническими заболеваниями ЖКТ большинство респондентов (20 человек, 54%) дали среднюю оценку своему здоровью, а респонденты без хронических заболеваний – как высокую (19 человек, 59%). Согласно полученным результатам, оценка своего здоровья у людей с хроническими заболеваниями ниже.

Результаты исследования уровня стресса и его признаков методикой Тест на определение уровня стресса (по В.Ю. Щербатых) были проанализированы с помощью описательной статистики (таблица 6).

Таблица 6 – Статистические показатели по методике В.Ю. Щербатых

Шкалы методики	Респонденты с заболеваниями ЖКТ					Условно здоровые				
	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение	Медиана	Минимум	Максимум	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение	Медиана	Минимум	Максимум
Интеллектуальные признаки стресса	4,0	2,4	4,0	1,0	11,0	3,0 3	2,1 9	2	1	8
Поведенческие признаки стресса	3,1	1,5	3,0	1,0	6,0	2,4 4	1,6 1	2	1	6
Эмоциональные симптомы	3,1	2,0	3,0	1,0	9,0	2,3 4	2,2 4	1	0	9
Физиологические симптомы	4,3	2,5	4,0	0,0	9,0	2,4 1	1,7 4	2	1	8
Общий уровень стресса	20,4	9,6	19,0	5,5	37,0	13, 8	8,5	10, 3	4	37, 5

По шкале «Интеллектуальные признаки» среднее значение более высокое в группе с хроническими заболеваниями ЖКТ, что свидетельствует о большей выраженности интеллектуальных проявлений стресса у людей с хроническими заболеваниями. Разброс значений в обеих группах в пределах нормы (в группе с хроническими заболеваниями ЖКТ разброс значений выше), что означает наличие в обеих группах респондентов с разной степенью выраженности интеллектуальных признаков стресса (низких, средних и высоких). Медианные значения также подчеркивают разницу (в группе с болезнями ЖКТ оно составляет 4, в то время как в группе условно здоровых людей медиана равна 2), это свидетельствует о том, что половина участников с болезнями ЖКТ демонстрирует более выраженные интеллектуальные признаки стресса по сравнению с респондентами без хронических заболеваний.

По шкале «Поведенческие признаки» среднее значение в группе без хронических заболеваний меньше, чем в группе с хроническими заболеваниями ЖКТ, что указывает на то, что, в целом, у участников этой

группы преобладает низкий уровень поведенческих признаков стресса. Медиана в группе с хроническими заболеваниями ЖКТ равна 3,0, что подчеркивает наличие у половины респондентов уровень стресса средней величины, что может свидетельствовать о том, что в данной группе более высокое число участников испытывают признаки стресса.

По шкале «Эмоциональные симптомы» среднее значение составляет 3,1, что уже указывает на более высокий уровень признаков стресса по сравнению со 2 группой. Стандартное отклонение в группе с хроническими заболеваниями ЖКТ равно 2 показывает, что хотя значения варьируются, общий уровень симптомов все же больше, чем в группе 2. Стандартное отклонение в группе без хронических заболеваний равно 2,23 большинство участников показывают низкую встречаемость эмоциональных симптомов, но некоторые из респондентов могут испытывать некоторые трудности в эмоциональной сфере. Итак, респонденты с болезнями ЖКТ демонстрируют более выраженные эмоциональные симптомы стресса по сравнению с группой респондентов без хронических болезней, где общий уровень эмоционального благополучия выше.

По шкале «Физиологические симптомы» обе группы демонстрируют идентичные средние и медианные значения, составляющие 2.406 и 2 соответственно, что указывает на схожий уровень физиологических проявлений стресса, с преобладанием низких значений. Наличие более высоких значений в группе респондентов с заболеваниями ЖКТ может свидетельствовать о наличии отдельных участников с более выраженными симптомами.

Оценка общего уровня стресса проводилась посредством правил интерпретации, предложенных В.Ю. Щербатых, который выделяет 5 показателей, согласно которым значения от 13 до 24 баллов указывают на значительное напряжение как эмоциональных, так и физиологических систем организма, возникающее в ответ на мощный стрессорный фактор, с которым не удастся справиться. Несмотря на то, что показатели средних значений

общей оценки уровня стресса в обеих группах находится в одинаковом диапазоне, респонденты с заболеваниями ЖКТ испытывают не только более выраженные уровни стресса, но и имеющие больший разброс значений, в то время как респонденты без хронических заболеваний демонстрирует существенно более низкие значения, сосредоточенные в основном в диапазоне нижних значений этого уровня стресса.

Итак, исследование уровня стресса и выраженности его признаков методикой В.Ю. Щербатых показало, что респонденты с хроническими заболеваниями показывают более высокие тестовые значения по шкалам «Интеллектуальные признаки», «Эмоциональные симптомы» и «Поведенческие признаки», что указывает на более выраженные проявления стресса, тогда как во второй группе преобладает низкий уровень этих же признаков. В группе респондентов без хронических заболеваний большинство респондентов остаются в пределах низкого уровня выраженности стресса, что говорит о лучшем эмоциональном благополучии и способности справляться с негативными факторами.

Результаты исследования методикой «Симптоматический опросник самочувствия» были проанализированы с помощью описательной статистики (таблица 7).

Таблица 7 – Результаты описательной статистики по методике «Симптоматический опросник самочувствия»

	Респонденты с заболеваниями ЖКТ			Условно здоровые		
	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение	Медиана	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение	Медиана
Психофизическая усталость	2,919	1,935	3	1,838	1,708	1
Нарушение воли	3,243	2,1	3	2,216	2,149	2
Эмоциональная неустойчивость	2,973	2,154	3	1,946	1,885	1
Вегетативная неустойчивость	2,892	1,76	3	1,568	1,676	1
Нарушения сна	2,919	2,113	3	1,676	1,717	1
Тревога и страхи	2,757	2,241	2	1,459	1,677	1

Продолжение таблицы 7

	Респонденты с заболеваниями ЖКТ			Условно здоровые		
	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение	Медиана	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение	Медиана
Дезадаптация	2,757	2,165	2	1,541	1,865	1
Уровень невротизации	21,892	4,415	23	18,541	5,786	20

В группе людей с хроническими заболеваниями ЖКТ средние значения по шкале «Психофизическая усталость», равные 2,919, показывают более высокие уровни усталости по сравнению с группой 2 (средний показатель – 1,838), что указывает на более выраженную усталость и низкую психологическую устойчивость респондентов 1 группы.

По шкале «Нарушение воли» более высокое среднее значение (3,243) в группе людей с хроническими заболеваниями ЖКТ по сравнению со значением в 2,216 во второй. Это указывает на то, что у респондентов с заболеваниями ЖКТ более ярко выражены проблемы с волевой регуляцией, в то время как в группе людей без хронических заболеваний наблюдается более выраженный уровень устойчивости к волевым нарушениям.

По шкале «Эмоциональная неустойчивость» у респондентов с хроническими заболеваниями ЖКТ более высокое среднее значение (2,97) по сравнению со группой без хронических заболеваний (1,946), что свидетельствует о более высокой степени эмоциональной нестабильности у респондентов с хроническими заболеваниями ЖКТ и может указывать на необходимость в немедленной эмоциональной поддержке.

По шкале «Вегетативная неустойчивость» также значение в группе с хроническими заболеваниями ЖКТ (среднее 2892) выше, чем в группе без хронических заболеваний (1,568), что подтверждает наличие больших проблем с вегетативной регуляцией у респондентов с хроническими

заболеваниями ЖКТ и может указывать на более высокий уровень стресса или эмоционального истощения.

По шкале «Нарушения сна» также наблюдается тенденция к более высоким показателям в группе с хроническими заболеваниями ЖКТ (2,919) по сравнению с низкими значениями в группе без хронических заболеваний (1,676), что свидетельствует о недостатке сна, а, следовательно, о более высоком уровне стресса и меньшей стрессоустойчивости у хронически больных, и их влиянии на общее самочувствие.

Средний показатель тревоги и страхов в группе респондентов с заболеваниями ЖКТ составляет 2,757, по сравнению с 1,459 в группе без хронических заболеваний, что подчеркивает более высокий уровень тревожности у респондентов группы с хроническими заболеваниями ЖКТ, что, вероятно, связано с их общим психофизическим состоянием.

По шкале «Дезадаптация» мы наблюдаются более высокие значения у респондентов группы с хроническими заболеваниями ЖКТ (2,757 против 1,541 во второй), что дает основание говорить о более высоком уровне трудностей в адаптации у участников с более низкой стрессоустойчивостью.

Об общем уровне невротизации и стрессоустойчивости авторы методики предлагают судить по трем критериям: высокий (до 15 баллов), низкий (27–42 балла) и средний (16–26 баллов). Судя по полученным результатам, средние значения соответствуют среднему уровню выраженности невротизации, но у респондентов группы с хроническими заболеваниями ЖКТ, значения ближе к максимальному. в то время как значения в группе без хронических заболеваний ближе к минимальному, то есть уровень невротизации респондентов с хроническими заболеваниями выше, а стрессоустойчивость меньше.

Результаты исследования способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности (копинг–стратегий) было также проведено методами описательной статистики (таблица 8).

Таблица 8 – Результаты описательной статистики для исследования копинг-стратегий

	С заболеваниями с ЖКТ					Условно здоровые				
	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение	Медиана	Минимум	Максимум	Среднее арифметическое	Стандартное отклонение	Медиана	Минимум	Максимум
Конфронтационный копинг	63,7	16,7	67	33	100	59,8	17,2	58,5	17	89
Дистанцирование	72,1	15,2	72	39	100	61,7	21,9	67	22	100
Самоконтроль	69,1	16,5	67	33	100	69,9	14,4	69	38	100
Поиск социальной поддержки	73,8	14,5	78	39	94	71,2	15,4	72	50	100
Принятие ответственности	74,9	16,1	75	33	100	66,1	16,6	67	25	92
Бегство избегание	69,5	16,1	71	25	100	59,3	17,6	58	17	96
Планирование решения проблемы	66,7	18,1	67	22	94	73,3	16,3	72	28	100
Положительная переоценка	58,1	19,7	62	14	95	72,7	16,4	73,5	33	100

Анализ средних значений выраженности стратегий поведения в стрессе показал незначительные различия в выраженности каждой стратегии в обеих группах. Итак, обе группы демонстрируют схожие стратегии совладания со стрессом, поэтому был использован критерий Т–Стьюдента для сравнения независимых выборок, вычисление которого показали наличие различий в выборках по следующим стратегиям:

- стратегия «Дистанцирования» в группе в группе с хроническими заболеваниями используется в большей степени ( $T=2,265$   $p=0,028$ );
- стратегия «Принятие ответственности» в группе в группе с хроническими заболеваниями ЖКТ используется чаще, чем у респондентов без хронических заболеваний ( $T=2,211$   $p=0,031$ );
- стратегия «Бегство–избегание» чаще используется в группе в группе с хроническими заболеваниями ЖКТ ( $T=2,485$   $p=0,016$ );
- стратегия «Положительная переоценка» чаще используется в группе респондентов без хронических заболеваний ( $T=3,365$   $p=0,001$ ).

Таким образом, респонденты с хроническими заболеваниями ЖКТ чаще использует стратегии дистанцирования, принятия ответственности,

бегства–избегания, реже используют стратегию положительной переоценки. Стратегии дистанцирования и бегства–избегания являются неконструктивными, так как могут приводить к игнорированию симптомов заболевания и снижению мотивации к преодолению стресса и избавления от заболевания, все это усугубляется тем, что редкое использование стратегии положительной переоценки может ухудшать психоэмоциональное состояние. Постоянные тенденции к использованию избегающих стратегий может приводить к хроническому стрессу и ухудшению самочувствия, что в свою очередь отражается на физическом здоровье.

Результаты исследования методикой «Тест самооценки стрессоустойчивости» были проанализированы методами описательной статистики. С учетом средних значений в целом по выборке (22) и их стандартному отклонению (4) можно выделить средние значения по группе (17–26 баллов), ниже среднего (22–31 балл), низкие (26–35 баллов), выше среднего (13–22 балла), высокие (9–17 баллов). Исходя из этой оценки можно увидеть, что в группе хронических больных с проблемами ЖКТ ( среднее значение = 21,9) и в группе без хронических заболеваний средние значения стрессоустойчивости, но значения стрессоустойчивости в группе хронических больных с проблемами ЖКТ ближе к верхней границе, а в группе без хронических заболеваний – к нижней, что свидетельствует о меньшей стрессоустойчивости больных с ЖКТ. Критерий Стьюдента (Тэмп=3.456 при  $p=0,001$ ), что свидетельствует о значимых различиях в стрессоустойчивости респондентов обеих групп: стрессоустойчивость респондентов с хроническими заболеваниями ЖКТ ниже.

Итак, респонденты с хроническими заболеваниями ЖКТ демонстрируют выраженные признаки стресса по всем шкалам, что говорит о значительной эмоциональной уязвимости этой категории. Уровень невротизации у этой группы респондентов близок к максимальному, что подчеркивает более высокие уровни стресса и меньшую стрессоустойчивость по сравнению с респондентами без хронических заболеваний из второй

группы. Респонденты с хроническими заболеваниями ЖКТ чаще используют стратегии дистанцирования и бегства–избегания, что может привести к накоплению негативных эмоций и, как следствие, физическим проявлениям стресса. Вместе с тем редкое использование стратегии положительной переоценки ограничивает использование собственных ресурсов для преодоления трудностей и адаптации к стрессовым ситуациям, снижая шансы на восстановление и увеличение срока ремиссии. Стрессоустойчивость респондентов с хроническими заболеваниями ниже.

### 2.3 Анализ влияния стрессовых ситуаций на здоровье

Влияние стрессовых ситуаций на здоровье было исследовано посредством коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена, который позволяет определить силу и направление корреляционной связи между двумя признаками. Критериями здоровья послужили оценки респондентами своего здоровья, которое необходимо было оценить по 10–бальной шкале, результаты чего отражены в приложении А. Исследование взаимосвязи между оценкой здоровья респондентами и признаками стресса, выявленными методикой «Тест на определение уровня стресса» (по В.Ю. Щербатых) отражено в таблице 9.

Таблица 9 – Результаты вычислений коэффициента ранговой корреляции для признаков стресса

	Интеллектуальные признаки стресса	Поведенческие признаки стресса	Эмоциональные симптомы	Физиологические симптомы	Общий уровень стресса
Оценка здоровья	-0,368***	-0,15	-0,23**	-0,386***	-0,405***

Учитывая, что для  $n=91$  критические значения  $R_s=0,21$  при  $\rho=0,05$  и  $R_s=0,27$  при  $\rho=0,01$ , можно отметить наличие значимых обратных корреляций:

- существует корреляция между количеством интеллектуальных признаков стресса и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,368$   $\rho = 0,001$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее выражены интеллектуальные признаки стресса, такие как преобладание негативных мыслей, трудности запоминания и концентрации внимания;
- существует корреляция между количеством эмоциональных симптомов стресса и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,23$   $\rho = 0,01$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее выражены эмоциональные симптомы стресса. Которые проявляются в виде повышенной тревожности и депрессии, раздражительности и уверенности в себе;
- существует корреляция между количеством физиологических симптомов стресса и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,386$   $\rho = 0,001$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее выражены физиологические симптомы стресса, которые включают телесные боли, нарушение работы сердечно-сосудистой системы, напряжение в мышцах, изменения в весе
- существует корреляция между общим уровнем стресса и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,405$   $\rho = 0,001$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее выражены симптомы стресса.

Итак, здоровье тесно взаимосвязано со способностью человека справляться со стрессовыми ситуациями, чем выше самооценка здоровья, тем менее выражены интеллектуальные, эмоциональные и физиологические симптомы стресса, что свидетельствует о лучшем адаптивном потенциале.

Исследование взаимосвязи между оценкой здоровья респондентами и признаками стресса, выявленными методикой «Симптоматический опросник самочувствия» отражено в таблице 10.

Таблица 10 – Результаты вычислений коэффициента ранговой корреляции для симптомов самочувствия

	Психофизическая усталость	Нарушение воли	Эмоциональная неустойчивость	Вегетативная неустойчивость	Нарушения сна	Тревога и страхи	Дезадаптация
Оценка здоровья	-0,268*	-0,365***	-0,47***	-0,482***	-0,387***	-0,401***	-0,35***

Между самооценкой здоровья и симптомами самочувствия также существует обратная корреляция:

- существует корреляция между психофизиологической усталостью и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,268$   $\rho = 0,05$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее выражено истощение психофизиологических ресурсов, потребность уединиться для восстановления энергии;
- существует корреляция между нарушением воли и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,363$   $\rho = 0,001$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее выражены трудности в управлении собой;
- существует корреляция между эмоциональной неустойчивостью и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,47$   $\rho = 0,001$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее выражено проявление нестабильности в настроении и эмоциях;
- существует корреляция между вегетативной неустойчивостью и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,482$   $\rho = 0,001$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее выражено проявление вегетативных симптомов, таких как такие как укачивание, головокружения, одышка, сердцебиение или непонятные ощущения в теле;
- существует корреляция между нарушениями сна и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,482$   $\rho = 0,001$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее проявляются проблемы с качеством и продолжительностью сна, что характеризуется трудностями с засыпанием, частые ночные

пробуждения, утреннюю усталость и наличие кошмаров или хождения во сне;

– существует корреляция между проявлениями тревоги и страха и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,482$   $\rho = 0,001$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее проявляются постоянная тревога, навязчивые страхи и ситуационные опасения;

– существует корреляция между проявлениями дезадаптации и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,482$   $\rho = 0,001$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем менее человек подвержен склонности использовать психоактивные вещества и избегания эмоций, как способа справиться с стрессом и трудностями в жизни.

Итак, между здоровьем и симптомами самочувствия существует значимая взаимосвязь, чем выше самооценка здоровья, тем меньше выражены симптомы стресса, которые проявляются в виде психофизиологической усталости, нарушении воли, эмоциональная и вегетативная неустойчивости, проблемах со сном, а также проявлениях тревоги и страха. Для повышения адаптивности к восприятию стрессовых ситуаций можно использовать активные действия по улучшению здоровья и благополучия, повышать позитивное отношение к себе и своим способностям.

Исследование взаимосвязи между оценкой здоровья респондентами и копинг–стратегиями отражено в таблице 11.

Таблица 11 – Результаты вычислений коэффициента ранговой корреляции для копинг–стратегий

	Конфронтационный копинг	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск социальной поддержки	Принятие ответственности	Бегство–избегание	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
Оценка здоровья	-0,025	-0,043	0,098	0,014	-0,147	-0,247*	0,284**	0,252*

Между самооценкой здоровья и используемыми копинг-стратегиями существует корреляция:

- существует обратная корреляция между стратегией бегство–избегание и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,247$   $\rho = 0,05$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем реже человек использует уклоняющееся поведение при совладании со стрессовыми ситуациями;
- существует обратная корреляция между стратегией планирование решения проблемы и самооценкой здоровья ( $R_s = -0,247$   $\rho = 0,01$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем реже человек использует организованный подход к преодолению трудностей;
- существует прямая корреляция между стратегией положительной переоценки и самооценкой здоровья ( $R_s = 0,232$   $\rho = 0,05$ ), то есть чем выше оценка здоровья, тем реже человек использует положительное переосмысление стрессовой ситуации.

Итак, высокая оценка здоровья связана с избеганием использования стратегий бегства–избегания и планирования решения проблемы, в то время как чаще используется положительное переосмысление стрессовых ситуаций. Это свидетельствует о том, что высокая оценка здоровья сопровождается конструктивным подходом к преодолению стрессовых ситуаций, что способствует лучшей адаптации и высокому психологическому благополучию.

Исследование взаимосвязи между оценкой здоровья респондентами и стрессоустойчивостью показало, что  $R_s = -4,424$ , то есть существует обратная взаимосвязь между оценкой здоровья и стрессоустойчивостью. Учитывая, что чем хуже стрессоустойчивость, тем, согласно интерпретации по методике, больше показатель, можно говорить о том, что высокий уровень стрессоустойчивости и преодоления стрессовых ситуаций коррелирует с самооценкой респондентами своего здоровья.

Таким образом, исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье показало, что на здоровье оказывают влияние интеллектуальные,

эмоциональные и физиологические симптомы стресса, чем меньше они проявляются. Тем выше самооценка здоровья. Люди с высокой оценкой здоровья реже испытывают трудности с управлением собой и эмоциональной стабильностью, что способствует лучшей психофизиологической адаптации. Кроме того, они менее подвержены проявлениям тревоги, проблемам со сном и используются конструктивные стратегии преодоления стресса.

#### **2.4 Методы психологического консультирования клиентов хроническими заболеваниями**

Целью психотерапии клиентов после переживания стрессовой ситуации является снижение уровня стресса, обучение навыкам совладания со стрессом, использование личностных ресурсов для повышения жизненного тонуса.

Задачами психолога являются создание безопасного и поддерживающего пространства, в котором участники смогут осознавать свои паттерны поведения и реакций на стресс, управлять стрессом, научиться использовать эффективные техники для поддержания психоэмоционального здоровья, а также обмениваться опытом и ресурсами для улучшения качества жизни.

Темы для занятий:

- Что такое стресс? Как он проявляется физически и эмоционально?
- Какие конкретные факторы вызывают стресс в повседневной жизни и в особенности при управлении хроническим заболеванием?
- Преобладающие реакции на стресс?
- Используемые методы для управления стрессом и их эффективность.
- Роль поддержки в совладании со стрессом.
- Ресурсы совладания со стрессом.
- Техники управления стрессом и снятия нервно-психического напряжения.

В рамках консультирования были использованы следующие техники и методы:

- Методами психологического консультирования стали когнитивно–поведенческие, телесно–ориентированные, медитации и арт–терапии.
- Осознание своих чувств и ощущений, улучшение понимания своих эмоциональных состояний проводилось методами медитации, инсайта и осознанности.
- Техники релаксации включали в себя дыхательные практики, упражнения на мышечную релаксацию и психическое расслабление, визуализацию безопасных мест для снижения уровня стресса, фиксирование своих телесных переживаний.
- Когнитивно–поведенческий подход включал в себя распознавание негативных мыслительных паттернов и их замену на более позитивные и конструктивные установки, обязательный упор делался на повышение телесной осознанности и управления телесным напряжением.
- Использование взаимодействия в группе для обмена опытом, поддержания друг друга и создания чувства общности способствует уменьшению чувства одиночества и повышает эмоциональную поддержку, что необходимо людям, находящимся в стрессовом состоянии.
- Повышение самооценки и уверенности в себе у людей с хроническими заболеваниями достигается посредством фокусировки на положительном опыте, достижениях и ресурсах человека.

Каждое занятие необходимо начинать с рефлексии актуального состояния, описания самочувствия и телесных проявлений эмоций, а заканчивать обратной связью о том, что полезного было на занятии, что участники могут взять в копилку своих навыков релаксации и снижения стресса.

Повестка дня:

- Введение и знакомство с участниками.
- Обсуждение актуальных вопросов психоэмоционального состояния участников.
- Презентация техник релаксации.
- Когнитивно–поведенческий подход.
- Групповая динамика и взаимодействие.
- Практика позитивной психологии.
- Заключение и подведение итогов.

Обсуждаемые темы и решения:

- Обсуждению необходимо сосредоточить на обсуждении проблем:
  - а) проявления угнетенного психоэмоционального состояния, которое вызывает разнообразные стрессовые проблемы;
  - б) наличие поддержки со стороны родных и близких и поиск личностных ресурсов;
  - в) исследовании страха обострения связанного с проявлениями хронического заболевания, поиск ресурсов для преодоления этого страха, использование реакций «бей или беги»;
  - г) проблеме снижения качества жизни из–за необходимости поддерживать определенный образ жизни и исключения привычек, доставляющих приятные ощущения;
  - д) преодоление страха неопределенности по поводу своего будущего, оказывающие влияние на профессиональные и семейные отношения, социальную активность;
  - е) способы совладания с депрессией и тревогой, сопровождающие хронические заболевания и создающие чувство потери контроля над жизнью и общим самочувствием;
- Обсуждение и предложение техник, направленных на улучшение состояния участников.
  - а) обучение техникам телесно–ориентированной психотерапии: навыкам осознанного дыхания, телесной осознанности, снятия напряжения

- через физические движения, массажные техники и постизометрическая релаксация мышечных зажимов;
- б) техники медитации и релаксации, помогающие сосредоточиться на настоящем моменте, без оценки возникающих мыслей и чувств;
  - в) когнитивно–поведенческие техники по изменению негативных мыслительных паттернов, использование техник релаксации и осознанности, а также развитие навыков решения проблем;
  - г) создание системы взаимопомощи для помощи и поддержки участников группы для совладания с их состоянием.

Особенности группового консультирования по снижению уровня стресса у людей с хроническими заболеваниями:

Групповая консультация предоставляет возможность установить взаимосвязь между участниками, что способствует формированию ощущения общности и уменьшению чувства непонимания.

Психологу–консультанту необходимо обладать специфическими знаниями и опытом, связанными как с психологией стресса, так и с особенностями хронических заболеваний. Использование методов релаксации, таких как дыхательные техники или медитации, может помочь участникам научиться управлять своим стрессом.

Необходимо в консультировании использовать обсуждение тем, связанных с влиянием стресса на симптомы заболевания, а также методы, которые могут помочь улучшить общее состояние участников. Кроме того, участие в групповых обсуждениях позволяет каждому члену группы делиться своими техниками преодоления стресса и находить новые подходы, что способствует не только индивидуальному, но и коллективному обучению.

Участники групповой консультации должны иметь возможность обсуждать свои успехи и трудности, что помогает укрепить мотивацию и повысить уровень самосознания. Регулярные подведения итогов и

обсуждения результатов могут увеличить их вовлеченность и желание применять разные техники в повседневной жизни.

### Выводы по второй главе

Для организации эмпирического исследования была поставлена цель и сформулирована гипотеза, подобраны методы и методики, сформирована выборка.

Респонденты с хроническими заболеваниями обладают более высоким уровнем стресса, что указывает на наличие неадаптивных стратегий совладания со стрессовыми ситуациями (чаще используют стратегию бегства–избегания, что может привести к неосознанному перенаправлению стресса в физические симптомы), что негативно сказывается на их здоровье.

Исследование хронических больных с заболеваниями ЖКТ показало, что их уровень невротизации близок к максимальному, что отрицательно влияет на их устойчивость к стрессам в стрессовых ситуациях. Респонденты с хроническими заболеваниями ЖКТ редко используют положительную переоценку, что негативно влияет на их ресурсное состояние, снижая стрессоустойчивость.

Исследование влияния стрессовых ситуаций на здоровье было проведено посредством коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена, критериями оценки здоровья послужила самооценка собственного здоровья респондентами с хроническими заболеваниями и без них. Согласно полученным результатам, на здоровье оказывают влияние интеллектуальные, эмоциональные и физиологические симптомы стресса, чем меньше они проявляются, тем выше самооценка здоровья. У респондентов с высокой самооценкой здоровья реже возникают трудности с управлением собой и эмоциональной стабильностью, что способствует лучшей психофизиологической адаптации, они менее подвержены проявлениям

тревоги, проблемам со сном и используются конструктивные стратегии преодоления стресса.

Для работы с людьми, испытывающих трудности преодоления стрессовых ситуаций, что проявляется в появлении хронических заболеваний, психологу необходимо обладать знаниями о стрессе и хронических заболеваниях, уметь использовать методы релаксации и проводить обсуждения, которые помогут человеку понять влияние стресса на их состояние и повысить мотивацию к управлению своим здоровьем.

Исследование хронических больных с заболеваниями ЖКТ показало, что их уровень невротизации близок к максимальному, что отрицательно влияет на их устойчивость к стрессам в стрессовых ситуациях. Респонденты с хроническими заболеваниями ЖКТ редко используют положительную переоценку, что негативно влияет на их ресурсное состояние, снижая стрессоустойчивость.

## Заключение

Целью исследования было изучение взаимосвязи между факторами стресса и здоровьем (физическим состоянием человека), выявление особенностей стресса у людей в ситуации хронического заболевания.

Для достижения цели был поставлен ряд задач, выполнение которых позволило сделать выводы.

Теоретический обзор исследований по проблеме влияния стрессовых ситуаций на здоровье показал, что в психологии здоровье рассматривается как комплексный феномен, включающий физическое, психическое и социальное благополучие, при этом важными факторами здоровья являются межличностные отношения, социальная поддержка и эмоциональная устойчивость. Стрессовые ситуации, вызываемые хронический стресс могут вызывать серьезные заболевания, эффективными методами преодоления хронического стресса являются психотерапия и управление своими эмоциями, что способствует улучшению здоровья и качества жизни.

В результате была сформулирована следующая гипотеза: существует взаимосвязь между физическим здоровьем человека и нахождением его в стрессовых ситуациях (хроническое заболевание): стрессоустойчивость и уровень стресса отличаются у людей с разным статусом физического здоровья.

Для проверки гипотезы, подобраны методы и методики, сформирована выборка из 91 человека, из которых 59 с хроническим заболеванием (в том числе и 37 человек с хроническими заболеваниями ЖКТ), 32 человека – без хронических заболеваний. Базой исследования стал ООО Медицинский центр «Санас», расположенного по адресу: г. Владивосток, улица 2-я Строительная, д. 13.

Эмпирическое исследование показало, что респонденты с хроническими заболеваниями, особенно ЖКТ, имеют высокий уровень

стресса и неадаптивные стратегии совладания, такие как дистанцирование и избегание, что негативно влияет на их здоровье.

На самооценку здоровья респондентами оказывает влияние восприятия ими стресса и реагирование на ситуацию симптомами и поведением. На самооценку здоровья в большей степени оказывают влияние интеллектуальные, эмоциональные и физиологические симптомы стресса, поведенческие симптомы не взаимосвязаны с оценкой здоровья.

Чем выше самооценка здоровья, тем меньше выражены симптомы стресса, которые проявляются в виде психофизиологической усталости, нарушении воли, эмоциональная и вегетативная неустойчивости, проблемах со сном, а также проявлениях тревоги и страха.

Высокая оценка здоровья сопровождается конструктивным подходом к преодолению стрессовых ситуаций, что способствует лучшей адаптации и высокому психологическому благополучию.

Высокий уровень стрессоустойчивости и способности к преодолению стрессовых ситуаций коррелирует с самооценкой респондентами своего здоровья.

Для работы с людьми, испытывающих трудности преодоления стрессовых ситуаций, что проявляется в появлении хронических заболеваний, психологу необходимо обладать знаниями о стрессе и хронических заболеваниях, уметь использовать методы релаксации и проводить обсуждения, которые помогут человеку понять влияние стресса на их состояние и повысить мотивацию к управлению своим здоровьем.

Таким образом, гипотеза была подтверждена: взаимосвязь между физическим здоровьем человека и нахождением его в стрессовых ситуациях (хроническое заболевание) существует, стрессоустойчивость и уровень стресса у людей с разным статусом физического здоровья отличаются.

## Список используемой литературы

1. Абдулаева П.З., Османова А.А. Психология здоровья как новое научное понятие, которое необходимо для полноценного функционирования человека в социуме, что определяет неразделимость телесного и психического // Научное обозрение. Медицинские науки. 2017. № 1. С. 5–11.
2. Лбакова З.А. Психологические факторы, влияющие на возникновения стресса // Вопросы науки и образования. 2021. №8 (133). С. 46–52.
3. Алиева М.А. Психология проявления стрессовых ситуаций // Мировая наука. 2019. №10 (31). С. 22–24.
4. Алиева М.Б., Бейбутова А.М., Чубанова Г.Р., Цахаева А.А. Психология здоровья. Киев. : ООО «Финансовая Рада Украины», 2017. 100 с.
5. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
6. Бедина И.А., Алкеева–Костычева Е.А. Основные концепции применения краткосрочной психодинамической психотерапии при стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. 2015. №6. С. 55–62.
7. Безуглая Т.И. Психологическое здоровье как психолого–педагогическая проблема // Евразийский Союз Ученых. 2020. №3–4 (72). С. 4–9.
8. Бильданова В.Р., Бисерова Г.К., Шагивалеева Г.Р. Психология стресса и методы его профилактики: учебно–методическое пособие. Елабуга : Издательство ЕИ КФУ, 2015. 142 с.
9. Олдырева О.А. Влияние стресса на здоровье студента и способы борьбы с ним // Наука XXI века: актуальные направления развития. 2020. № 1–2. С. 1–10.
10. Ормотова Н.Д. Влияние стрессовых ситуаций на обострения хронических заболеваний у подростков // Научный журнал «Дневник науки». 2023. № 12. С. 6–12.

11. Бородулин В.Н. Методологические и философские основания психологии здоровья // Известия ЮФУ. Технические науки. 2005. №7. С. 88–89.

урлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций: учебное пособие. М. : Российское педагогическое агентство, 1998. 263с.

13. Вареца Е.С., Белоус О.В., Дохоян А.М. Психологическое здоровье и стресс. Киров : Межрегиональный центр инновационных технологий в образовании, 2023. 95 с.

14. Васильева А.В. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства: интеграция опыта чрезвычайной ситуации // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 47–68.

15. Васильева Е.Д., Иогансон А.Д. Стресс и способы его преодоления // Проблемы теории и практики современной психологии. Иркутск : Иркутский государственный университет, 2022. С. 600–605.

16. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М. : ИЦ Академия, 2001. 352 с.

17. Вахнина А.В., Зяблицева А.С., Попова А.Д., Юферева С.М., Синцова С.В. Стресс как причина патологии // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2023. №5–2 (80). С. 36–45.

18. Галецкая И. И. Общая характеристика психологического здоровья и его основных критериев // Вестник Омского государственного педагогического университета. 2015. №2 (6). С. 66–69.

19. Горбунков В.Я. Критерии оценки психического здоровья личности // Бюллетень Национального научно–исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2012. №5. С. 18–20.

Гуляченко И.В. Взаимосвязь между стрессом и физическим здоровьем / И.В. Гуляченко // Развитие современной науки и технологий в условиях трансформационных процессов. СПб. : Печатный цех, 2023. С. 58–62.

авыдова Г.И., Жилкина Р.О. Технологии психотерапевтической работы по

преодолению стрессовых расстройств // Гуманитарные науки. 2020. №2 (50). С. 149–154.

22. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. №3(20). С. 17–21.

23. Жесткова Н.А. Сущность и структура понятия «психологическое здоровье человека» // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. №3. С. 384–392.

24. Зарипова Т.В., Макина И.М. Повышение стрессоустойчивости личности средствами телесно–ориентированного тренинга // Мир науки. Педагогика и психология. 2016. №6. С. 1–14.

25. Зябкина И.В. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. 2021. №1. С. 126–137.

26. Иванова М. Г., Портнова А. Г. Здоровье как предмет исследования в психологии // Психологическая наука и образование. 2006. Том 11. № 3. С. 99–102.

азакова А.А. Влияние стрессовых ситуация на здоровье человека // Экономика и социум. 2025. №5(132)–2. С. 1175–1178.

лимачева Е.В. Модели поведения человека в стрессовой ситуации // Вестник МГУЛ. Лесной вестник. 2006. №7. С. 54–56.

ороленко А.В. Стресс как фактор риска здоровья населения и распространения вредных привычек // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2019. №1 (12). С. 3–26.

отенёва А.В. Личностные уровни и система жизнеобеспечения личности в стрессовых ситуациях // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2016. №1. С. 111–116.

31. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения: современное состояние, проблемы и перспективы // Вестник Костромского

государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2008. №4. С. 147–153.

укашова Л.Н., Любушкина Л.А. Влияние стресса на психику человека // Инновационная наука. 2023. №12–2. С. 229–230.

33. Магомедова Х.Л. Влияние стресса на здоровье человека // Мировая наука. 2017. №6 (6). С. 16–19.

ельникова Е.В. Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека // Вестник магистратуры. 2022. №4–4 (127). С. 120–122.

ышко Ф.Г., Чернега Е.В. Психологические особенности преодоления стресса // Психология и педагогика служебной деятельности. 2021. №4. С. 130–134.

артова–Бочавер, С.К. «Coping–behavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова–Бочавер // Психологический журнал. 1997. – № 5. – С

нкифоров Г. С. Психология здоровья. СПб. : Питер, 2006. 607 с.

икольская Н.М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. СПб. : Речь, 2011. 507 с.

апенкова А.В. Влияние стрессовых ситуаций на обострение хронических заболеваний у студентов // Электронный научный журнал «Дневник науки». 2022. № 12. С.173–174.

асказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг–стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы исследований // Психологические исследования. – 2011. – № 3(17). – С. 4–16.

озанов В.А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 1. С. 79–86.

42. Розенова М.И., Екимова В.И., Кокурин А.В. Огнев А.С. Ефимова О. С. Страх и стресс в экстремальной ситуации // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 94–102.

43. Сирин С.А. Философия здоровья // Материалы конференции «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта российской федерации». Иркутск. 2019. Том 1. С. 331–344.

44. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. 2001. № 4. С. 91–105.

танишевский М. Профилактика и терапия негативных последствий стресса с помощью применения элементов эмоционально–стрессовой психотерапии. Перспективы стабилизации психологического состояния пациента и активизации внутренних резервов к преодолению последствий травмирующей ситуации // Studia Humanitatis. 2020. №2. С. 11–30.

46. Ушакова Е.В. О понимании здоровья в медицинском, педагогическом, социальном и физкультурном аспектах // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2017. №1 (4). С. 18–29.

47. Фoa Э.Б., Кин Т.М., Фридман М. Дж. Психодинамическая терапия посттравматического стрессового расстройства. М. : Когито–центр, 2005. 467 с.

48. Фролов В.А. Влияние стрессовые ситуации на здоровье человека // Международный журнал гуманитарных и гуманитарных наук. 2024. №1–2 (88). С. 85–88.

49. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск: Европейский государственный университет, 2003. 172 с.

50. Хухлаева О.В. Психологическое здоровье учащихся как цель работы школьной психологической службы // Школьный психолог. 2007. № 14. С. 97–130.

51. Чой Е.А. Психология здоровья и психологическое здоровье личности в отечественной психологии // Лучшая студенческая статья 2024. 2024. С. 157–161.

52. Чубенко Д.С. Социология здоровья: становление и пути развития // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. 2007. №1. С. 118–122.

53. Шакурова А.А. Вопросы психологического здоровья личности в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы психологического

благополучия. / Уральский государственный педагогический университет. – Екатеринбург–Фергана, 2022. С. 240–248.

54. Шогенов Б.Ю., Кумахова Д.Б. Влияние стресса на человека // Экономика и социум. 2020. №1 (68). С. 917–929.

55. Шувалов А.В. Психологическое здоровье человека // Вестник практической психологии образования. 2009. № 1 (18). С. 33–38.

56. Ягубова Л.А. Стрессовые ситуации, причины возникновения и их преодоление // Мировая наука. 2019. №10 (31). С. 234–237.

57. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Когнитивно–поведенческая психотерапия посттравматических стрессовых расстройств у сотрудников ОВД // Психопедагогика в правоохранительных органах. 1999. №1. С. 59–61.

58. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984. 480 p.

59. Matarazzo J.D. Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology // American Psychologist. 1980. № 35(9). pp. 807–817.

60. Monroe S.M., Slavich G. Psychological Stressors // Fink G. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior. Oxford: Elsevier. 2016. pp.109–115.

61. Schneiderman N., Ironson G., Siegel S. D. Stress and health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants // Annu Rev Clin Psychol. 2005. № 1. pp. 607–628.

62. Viner R. Hans Selye and the making of stress theory // social studies of science. London, 1999. Vol. 29. №3. pp. 391–410.