

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 Влияние стресса на отношение человека к своему здоровью

Обучающийся

И.Г. Гончаренко
(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный
руководитель

Д.с.н., доцент Т.Н. Иванова
(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретическое изучение влияния стресса на отношение человека к своему здоровью.....	8
1.1 Сущность понятия стресс и его влияние на личность.....	8
1.2 Возрастные и гендерные особенности влияния стресса на отношение человека к своему здоровью.....	19
Глава 2 Эмпирическое исследование психологического влияния стресса на отношение человека к своему здоровью.....	40
2.1 Методы и организация исследования.....	40
2.2 Результаты исследования психологического влияния стресса на отношение человека к своему здоровью.....	42
2.3 Рекомендации по снижению воздействия стресса на состояние здоровья.....	61
Заключение.....	65
Список используемой литературы.....	66
Приложение А Сводная таблица данных об испытуемых.....	74
Приложение Б Результаты, полученные по методике «Шкала организационного стресса Маклин (русскоязычная адаптация Н. Водопьяновой)».....	75
Приложение В Результаты экспресс-диагностики стрессовых факторов в деятельности руководителей (И.Д Ладанов, В.А Уразаева).....	76
Приложение Г Результаты, полученные по методике «Шкала PSM-25» Лемура-Тессье-Филлиона (Lemyr-Tessier-Fillion) в адаптации Н.Е. Водопьяновой.....	77

Введение

Актуальность темы. Задача сохранить здоровье человека является насущной и приоритетной для развития общества, ведь от этого зависит будущее страны, её процветание и благополучие. Осознание здоровья как бесспорной ценности, которая имеет важное значение для социального и индивидуального развития, детерминирует построение общественного и личностного пространства на основе сохранения здоровья. Отсутствие понимания необходимости конструировать свой жизненный мир и пространство на основе истинных ценностей, из которых здоровье является одной из самых важных, относиться к здоровью как к ресурсу, приводит к его частичной утрате или нивелированию, что на сегодня проявляется в культе тела и искусственной красоты, моде на разнообразные псевдоценности. Все эти проблемы диктуют необходимость исследования отношения к здоровью по-новому, с учетом актуальной социальной действительности, потребностей личности, изменения ее представлений о здоровье, о себе и окружающем мире.

Противоречие. В последние десятилетия растет интерес к изучению влияния стресса на отношение человека к своему здоровью. Однако исследования, посвященные последствиям стресса, сообщают о противоречивых результатах, вероятно, из-за множества факторов, которые могут смягчить эту связь. На наш взгляд, подход, который учитывает влияние стресса на отдельные компоненты отношения человека к своему здоровью будет способствовать лучшему пониманию механизмов, лежащих в основе сложных взаимосвязей между стрессом и отношением человека к своему здоровью.

Проблема. В настоящее время не хватает основательного раскрытия именно особенностей отношения к здоровью людей, которые имеют разный уровень стресса для определения путей сохранения и укрепления их здоровья.

Актуальность темы исследования обусловлена пока еще недостаточной разработанностью данной проблемы в трудах как современных отечественных

и зарубежных ученых, так и исследователей классических направлений прошлых лет. Такая обусловленность также связана с современным постоянно изменяющимся уровнем стресса и стрессовых ситуаций, которых становится с каждым днем все больше и больше.

Постоянно меняются и психологические условия возникновения стрессовых ситуаций, которые непосредственным образом связаны со спецификой современного профессионального труда, уровнем развития информационных технологий, социальными и коммуникационными взаимосвязями в современном обществе, изменяющейся правовой системой, уровнем развития современного образования.

Адаптация, приспособление человека к новым условиям жизни не всегда проходит спокойно и распланировано, постоянно встречаются сложные жизненные ситуации, несущие с собой стресс, переживания, нервные срывы. Именно такие соображения, размышления известных ученых, видных исследователей, теоретиков легли в основу выпускной квалификационной работы: «Влияние стресса на отношение человека к своему здоровью».

Объектом исследования является стрессовое состояние.

Предметом исследования является влияние стресса на отношение человека к своему здоровью.

Цель исследования: теоретически и эмпирически исследовать психологические особенности влияние стресса на отношение человека к своему здоровью.

Реализация данной цели требует решения взаимообусловленных задач:

- раскрыть психологическую сущность понятия стресса и его влияние на личность;
- осуществить теоретический анализ основных концепций и подходов к явлению психологической устойчивости к стрессу личности;
- эмпирически исследовать психологическое влияние стресса на отношение человека к своему здоровью;

– подобрать психологические рекомендации, направленные на усиление стрессоустойчивости.

Методологическая основа исследования:

- системный подход к изучению здоровья (В.А. Ананьев, В.М. Кабаева, Б.Ф. Ломов и др.);
- положения об отношении человека к своему здоровью как многоуровневой категории, которая представлена когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющей (И.С. Ганишина, Ю.Н. Казаков, Д.С. Прилепская, С.Н. Шилов и др.);
- концепция психологии отношений личности В. Мясищева;
- положения о влиянии стресса на личность (О.В. Белоус, Н.Е. Водопьянова, Г.К. Бисерова и др.).

Методы исследования: для решения поставленных задач использован следующий комплекс теоретических и экспериментальных методов:

- теоретический анализ научной литературы;
- сбор данных с помощью тестово-диагностических методик;
- статистические методы обработки информации: метод корреляции, анализ малых выборок с применением критерия Манна-Уитни, критерия Стьюдента, критерия Пирсона в программе SPSS Statistics 17.0.

Гипотеза исследования: предполагаем, что люди с низким уровнем стресса испытывают больше положительных эмоций, связанных со здоровьем, они менее напряжены и тревожны, в отличие от людей с более высоким уровнем стресса.

Методики исследования:

- шкала организационного стресса Маклин (русскоязычная адаптация Н. Водопьяновой);
- оценка профессионального стресса (Опросник Вайсмана);
- шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона (Lemyr-Tessier-Fillion) в адаптации Н.Е. Водопьяновой;
- опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

Программа исследования включала следующие этапы:

- теоретико-аналитический – постановка проблемы, цели и задач исследования, ознакомление с состоянием изучаемой проблемы в психологической науке и аналитико-синтетическое учение ее теоретических наработок по отдельным аспектам;
- организационный этап – подбор материалов для проведения экспериментального исследования;
- этап реализации экспериментального исследования – проведение психодиагностических процедур;
- итогово-аналитический этап – обработка и систематизация результатов исследования, формулирование выводов и составление общих рекомендаций по изучаемой проблеме.

Научная новизна исследования. Впервые установлено, что у людей с высоким и низким уровнем стресса существует различие между потребностью в крепком здоровье, знаниями о факторах его разрушения и укрепления и реальным поведением по его сохранению.

Теоретическая значимость исследования. Проведено обобщение данных научной литературы по вопросам влияния стресса на личность, а также рассмотрены возрастные и гендерные особенности влияния стресса на отношение человека к своему здоровью.

Практическая значимость исследования заключается в том, что результаты исследования могут быть использованы при разработке программ по формированию здорового образа жизни для людей среднего возраста, практическими психологами – при оказании психологической помощи людям с высоким уровнем стресса, направленной на повышение их самооэффективности в укреплении здоровья.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, содержит 14 рисунков, 4 таблицы, список использованной литературы (82 источника), 4 приложения. Основной текст работы изложен на 73 страницах.

Положения, выносимые на защиту:

- стресс является неотъемлемой частью жизни современного человека и имеет значительное влияние на его отношение к здоровью. Стресс влияет на мотивацию человека заниматься своим здоровьем, под влиянием стресса человек выбирает вредные привычки (курение, употребление алкоголя, нездоровое питание) как средство справиться со стрессом, стресс также может быть препятствием к полноценному самопринятию и т.д.
- люди с низким уровнем стресса, в отличие от людей с высоким и средним уровнем стресса, характеризуется достаточно высокой осведомленностью, компетентностью в сфере здоровья. Они осознают место здоровья в обеспечении социально-активной и длительной жизнедеятельности.
- люди с низким уровнем стресса характеризуются положительным эмоциональным фоном по отношению к здоровью, что указывает на их способность наслаждаться здоровьем. Люди с высоким уровнем стресса предпочитают пассивные формы заботы о здоровье, чаще выбирают дистанцирование или игнорирование как способы преодоления проблем со здоровьем.
- люди с высоким и средним уровнем стресса склонны проявлять ситуативную тревожность, фиксироваться на негативных эмоциональных переживаниях и воспроизводить их в ситуациях ухудшения здоровья. Люди с низким уровнем стресса характеризуются последовательным, ориентированным на сохранение здоровья поведением, склонностью к конструктивным копинг-стратегиям.

Глава 1 Теоретическое изучение влияния стресса на отношение человека к своему здоровью

1.1 Сущность понятия стресс и его влияние на личность

Стресс называют «чумой XXI века», ритм жизни современного поколения значительно изменился, стал более динамичным. Научно – техническая революция, в которой мы сейчас живем, требует от человека усвоения и обработки большого количества информации, что в свою очередь вызывает напряжение, которое постоянно сопровождает современную молодежь. Сегодня стресс прочно вошел в нашу жизнь, стал неотъемлемой ее частью. И неудивительно, что в последние годы он является причиной большинства заболеваний, так как оказывает разрушительное воздействие на наше здоровье.

Стресс – это совокупность физиологических и психологических реакций организма на определенный стимул – так называемый стрессовый фактор. В обращение это научное понятие ввел сначала американский психофизиолог У. Кэннон, когда исследовал две классические реакции на угрожающие влияния извне, первая – борьба, вторая – бегство [6].

Затем, несколько позже канадский ученый Г. Селье начал более детально изучать понятие стресса и определил его как неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему требование. Вообще существует большое количество определений этого понятия. Связано это с тем, что данное понятие используется в разных отраслях, оно может использоваться для того, чтобы описывать разные цели и задачи.

Устранить идею не специфичности стресса означает лишить его основного смысла. Окружающая среда всегда от нас чего-то требует, этот запрос является своеобразным и специфическим. К примеру, летом от жары человек покрывается потом и таким образом охлаждается, тогда как зимой – дрожит на холоде, чтобы согреться. Эти условия требуют активизации

приспособления к возникающим трудностям. Требование к необходимому приспособлению, к проблемам – неспецифично. Человеку необходимо привыкнуть к сложностям, какими бы они ни были.

Однако полностью отвлечься от исключительности того или иного стрессора невозможно о той причине, что не своеобразное действие всегда усложняется своеобразным действием соответствующего стрессора. Поэтому стрессор действует на каждого по-своему.

Стресс-фактор или стрессор – раздражитель, значительный по силе и длительности, оказывающий невосприимчивое влияние на человека, вызывая стресс. Не менее важное влияние оказывает и индивидуальная реакция на определенную стрессогенную ситуацию. Например, часть людей тяжело переживают коммуникативные конфликты, в то время, как другие, – дефицит времени. «Адаптивные способности мало зависят от своеобразия влияния и от удовольствия или неприятности ситуации, с которой человек столкнулся. Весомым фактором является именно важность необходимости изменить собственную ситуацию, привыкнуть к новым требованиям» [43].

Переживая стресс, на индивидуальном уровне люди каждый раз реорганизуют, модернизируют свое отношение к ситуации, пересматривают свое участие в случившемся. Главная задача в стрессовой ситуации – взглянуть на нее по-новому, расставить акценты и найти объяснение происходящему и как дальше действовать [19]. Сам Г. Селье утверждал, что для счастливой жизни необходимо иметь свою собственную степень стресса. Люди сами по себе не подвержены пассивному существованию. Они всегда стремятся к чему-то большему, предпочитают совершенствоваться и преуспевать в разных сферах своей жизни, ищут своего призвания и посвящают ему свое время, чтобы достичь определенных вершин. И желательно, чтобы каждый знал свой допустимый уровень стресса.

Стресс – диалог человека с миром, он никогда не прекращается, большие и маленькие стрессы сопровождают личность на протяжении всей жизни, придают существованию определенный смысл. Каждая жизненная ситуация

становится стрессогенной, только тогда, когда сам человек не равнодушен к ней, а событие влечёт эмоциональный отклик. На практике мы видим, что конкретная ситуация, в большинстве случаев негативная, затрагивает и выводит из равновесия, заставляет думать о её причинах и последствиях, становится источником нового опыта.

Стресс можно рассматривать как критическое событие, так и непрерывное жизненное состояние, оно является составной частью жизни, которая в умеренных дозах придает жизни вкус и аромат. Стрессы разделяют на физиологические, которые появляются под влиянием боли, холода, голода, низкой или высокой температуры и психологические, которые мы разберем дальше. Часто действия самого человека становятся причиной возникновения физиологического стресса, например, когда он не соблюдает режим сна, не контролирует свое питание, слишком много употребляет алкоголь или злоупотребляет курением.

И такие стрессы истощают адаптационные ресурсы, наследственно ограниченные, ослабляют иммунитет и увеличивают вероятность заболеваний [1]. Р. Лазарус утверждал, что «психологический стресс, отличающийся от физиологического, тем, что при условии его действия, влияние неблагоприятных стресс – факторов не является непосредственным, а опосредован через отношение человека к ситуации, которая с ним произошла. Физиологический стресс влияет абсолютно на всех, кто попадает под его действие, а вот психологический может затронуть одних, а других нет. Весомым условием возникновения эмоционального стресса является рассмотрение ситуации как угрозы. Сам по себе тревожный человек обычно реагирует на непривычные для него условия, как на угрожающие, и они являются для него стрессором. В то время как эмоционально стабильный человек не воспринимает такие же условия как отрицательные или стрессовые, может, наоборот, рассматривать их в качестве интересного приключения» [38].

Поэтому возникновение психического стресса определяется оценкой и интерпретацией происходящего и от этого зависит сила, продолжительность воздействия стрессора и его последствия. Хотя стресс и делят на два вида (физиологический и психологический), между ними есть взаимосвязь. Его суть состоит в том, что психологический стресс непременно вызывает физиологический стресс в виде скачков артериального давления, учащенного сердцебиения, головной боли, ощущения тяжести в животе, сонливости и т.д. В свою очередь физиологический стресс является источником эмоционального, изменяющего психическое состояние личности, повышающего уровень тревоги [20].

«Существует множество видов психологического стресса, их выделяют по типам стрессоров – информационные, профессиональные, финансовые, экологические и другие. Информационный стресс формируется в результате обработки большого количества информации, которую необходимо быстро овладеть, сюда часто относят и так называемый компьютерный стресс, возникающий, когда компьютер работает с перебоями, часто зависает или не сохраняет нужную информацию из-за сбоев в системе» [52].

«Профессиональный (рабочий) стресс, возникает в условиях, когда человек желает подняться по карьерной лестнице, но на своем пути встречает много препятствий, руководство не замечает и не награждает хорошо сделанную работу, убивает инициативу, в результате появляется постоянное недовольство своей работой, возникает безразличие, чувство постоянной усталости. Финансовый стресс появляется тогда, когда работа не позволяет обеспечивать желаемый уровень жизни, а заработная плата не покрывает в должной степени затрат. Финансовый стресс так же имеет место при отсутствии возможности запланировать отдых или совершить крупные приобретения, такие, как бытовая техника, машина, квартира или дом, садовый участок.

Экологический стресс возникает под влиянием загрязненной окружающей среды, наличия некачественных продуктов и отсутствия

пригодной для питья воды, неожиданных разрушительных природных катаклизмов или экстремальных условий.

Исходя из того, что человек – это существо социальное, выделяют также межличностный стресс, возникающий в результате недоразумений при общении с окружающими. Конфликты в семье, сложные отношения с любимым человеком так же вносят свой вклад в процесс возникновения и усиления действия межличностного стресса.

Внутриличностный стресс является следствием многих факторов. Среди таких факторов можно выделить несчастливую любовь, одиночество, отсутствие возможности создать семью, отсутствие возможности реализации в профессиональном плане, и другие личностные проблемы.

Кроме выше перечисленного, стресс так же подразделяют на групповой и индивидуальный. Групповой стресс возникает, когда есть какой-то вредный фактор, например война, голод, террористический акт, природные катаклизмы, которые распространяются на множество людей. При групповом стрессе может возникать эмоциональное заражение усиливающее действие стресса. Индивидуальный стресс переживается одним человеком в отдельности, под влиянием раздражителя, который может не влиять на других» [30, 53].

По стилю отклика на стрессовые ситуации выделяют эмоциональные стрессы, возникающие из-за конфликтных ситуаций дома, на работе, на улице, в городском транспорте. Долговременными и сильными стрессорами являются словесные образы, которые могут наносить вред человеку на протяжении многих лет. Когнитивный стресс может появиться под влиянием когнитивного диссонанса, состояния при котором происходит столкновение в сознании разногласий, знаний или установок. Внутренний дискомфорт всегда приобретает эмоциональную окраску. Эмоциональные стрессы делят на положительные и отрицательные. Позитивные появляются в результате профессиональных успехов, признании в любви или рождении первенца, выигрыша джекпота – они вызывают эустресс.

Хорошее настроение положительным образом влияет на иммунитет человека, его общее самочувствие и внешний вид. Этот вид стресса придает личности новые силы, вдохновляет и активизирует ее, вызывает чувство уверенности, показывает разноцветие жизни. Благодаря эустрессу люди имеют возможность научиться не бояться неожиданностей, необычных ситуаций, а это, в свою очередь, помогает двигаться навстречу новому опыту, возможностям достигать поставленных целей. Несмотря на все плюсы эустресса, сильные интенсивные положительные эмоции могут оказывать и вредное, негативное влияние. В качестве примера можно привести ситуацию, в которой они становятся причиной возникновения гипертонического криза, сердечного приступа, потери сознания. Под воздействием интенсивных эмоций человек может совершать непонятные поступки.

Отрицательный стресс, оказывающий разрушительное влияние на человека и его жизнь называется дистрессом. В этом состоянии личность часто испытывает раздражение, головные боли, усталость, появляются проблемы со сном, аппетитом, снижается работоспособность. Человек впадает в состояние апатии. Дистресс уменьшает сопротивляемость негативным факторам, ослабляет защитные функции организма вызывает проблемы со здоровьем. Однако нельзя сказать, что он исключительно всегда оказывает только вредное влияние, потому что в некоторых сложных ситуациях он даёт силы для их разрешения [38, 57].

Продолжительность воздействия – следующий фактор в классификации стресса, в соответствии с которым выделяют быстротечные, хронические и затяжные. Кратковременный острый стресс является реакцией на неожиданно возникшую ситуацию. В качестве наглядного примера можно привести вполне реальную ситуацию, когда человек проходит таможенную, понимает всю серьезность данного действия и находится в волнении. Вдруг, очередь начала двигаться очень быстро, и на достаточно простую просьбу показать паспорт турист, копаясь в сумочке, не может его найти, чувствует напряжение, но потом вспоминает, что положили его в карман курточки. После того, как

таможенный контроль пройден, волнение и стресс уходят. Острый стресс возникает в результате серьезного события, которое обрушивается как гром среди ясного неба на человека, лишая его равновесия. Например, воровство ценных вещей, ссора, потеря работы. Хронические стрессы отличаются длительным действием вредного фактора. Например, молодой человек долго не может найти работу, этот фактор давит на него, появляется головная боль, усталость, плохое настроение, отчаяние, чувство неуверенности в себе, в своем будущем, ухудшаются отношения с окружающими и близкими людьми [59, 61].

Хронический стресс, ставший следствием травмирующей ситуации, например природного катаклизма, изнасилования, участия в боевых действиях, которое со временем человек смог пережить, но все равно иногда вспоминает и снова углубляется в страдания, нуждается в помощи специалистов, в связи с тем, что губительно влияет на различные сферы жизни личности. В ответ на действие всевозможных стрессоров, у человека появляются те либо другие стресс-реакции, которые представляют собой адаптивные для целостного организма реакции, способные вернуть состояние равновесия и обеспечить обычную жизнедеятельность [41, 62, 63].

Г. Селье разделяет три стадии стресса, первая – реакция тревоги, характеризующаяся мобилизацией всех ресурсов организма и для нее присуща срочная адаптация, позволяющая личности жить в условиях действия этого стрессора. В этом заключается положительное значение стресс-реакции, хотя она и энергозатратна и не способна обеспечить эффективное и устойчивое приспособление организма к действию стрессора [65].

Стадия резистентности, человек эффективно противостоит внешним стрессорам, в это время может наблюдаться повышенная стрессоустойчивость. При повторных неоднократных воздействиях на организм как одних и тех же, так и разных стрессовых факторов умеренной интенсивности развивается устойчивая долгосрочная адаптация. У человека повышается сопротивляемость действию стрессовых факторов. Но, к

большому сожалению, человеческие резервы далеко не бесконечны, организм постепенно вырабатывает и истощает все свои заложенные природой ресурсы. Нервная система, какая бы она стойкая не была, не выдерживает нагрузки внешних стрессовых компонентов и начинает давать сбой, выражающийся в различных психических заболеваниях, переживаниях и проявления психологических факторов.

Этим характеризуется начало третьей стадии – истощение. Приспособительные возможности организма снижаются, и резко увеличивается опасность возникновения различных заболеваний [42].

Активное приспособление человеческого организма к повышенным стрессовым условиям, исследование адекватных реакций организма на те, или иные внешние обстоятельства всегда привлекали внимание [6].

Особое внимание в научной психологической литературе уделяется явлению стрессоустойчивости, которое по мнению многих авторитетных источников считается важнейшим психологическим процессом адаптации человека к стойким, длительным дискомфортным обстоятельствам. Самым непосредственным образом процесс адаптации к внешним стрессовым факторам можно рассматривать в контексте с различными эмоциональными проявлениями человека на те, или иные жизненные стрессовые факторы.

Здесь, скорее всего, стоит обратить особое внимание на эмоциональную устойчивость каждого отдельно взятого индивида. Проявление адаптации и адаптированности к стрессовым факторам носит чисто индивидуальный характер, зависит в большей степени от чувствительности человека, типа его нервной системы, жизненного опыта переживаемых стрессовых состояний в течение длительного периода времени. Чаще всего в этом плане исследователи оперируют такими понятиями как активное противостояние невротизирующим факторам, психическая уравновешенность человека, тип его нервной системы, психологическое желание победить тот или иной стрессовый фактор, предпринимая активные действия или активное бездействие.

Важным моментом в общем психологическом плане является толерантное отношение самого человека к всевозможным стрессовым ситуациям, равно как терпимое отношение к людям, которые могут своими словами или действиями вызвать стрессовое состояние.

В данном случае исследователи отмечают биполярные определения, имеющие противоположные значения, например, толерантность и интолерантность; психологическая устойчивость к стрессовым ситуациям и уязвимость по отношению к ним [47].

Многие ученые склонны рассматривать феномен стрессоустойчивости не в узком, отвлеченном смысле, а связывать его с другими свойствами личности. Примером такого видения данной проблемы характеризуется В. А. Бодров, известный советский и российский психолог.

В. А. Бодров, являясь выдающимся психофизиологом, доктором медицинских наук, активно работал в области психологии труда, наблюдая с научной точки зрения над людьми, которые попали в сложную стрессовую ситуацию. В своей психологической лаборатории, главным направлением исследований которой являлось обеспечение профессионального отбора кадров для организаций и предприятий, В. А. Бодров, применил комплексный, интегративный подход к исследованию степени адаптации человека к воздействию экстремальных факторов внешней и внутренней среды.

В его терминологии, скорее, рассматривая человека как целостную, замкнутую систему, присутствуют определения функциональная надежность личности, напряженные условия работы, активизация внутренних ресурсов человека, которая может способствовать активному преодолению стрессовых ситуаций на работе, на производстве, в условиях повседневной жизни [7].

Характерным взглядом на процессы адаптации человека являются определения понятия стрессоустойчивости современных авторов, среди которых можно выделить А. А. Баранова и А. А. Реан. Они рассматривают стрессоустойчивость как один из факторов, способствующих активному противостоянию человека внешним проявлениям стрессовых ситуаций. В

данном контексте авторами рассматриваются возможные варианты предупреждения человеком в своем личностном поведении с окружающими возможных негативных эмоциональных переживаний.

Помимо возможных психологических реакций, описываемых теорией бихевиоризма, проявление элементов слабости в поведении с окружающими, безусловно, несет дополнительные нападки и негативные действия со стороны других людей.

Здесь же можно упомянуть о возможных элементах современной широко известной теории виктимности, где слабая в психическом и психологическом плане личность не может справиться с агрессивным окружением, негативными поступками окружающих людей и становится по своей сути жертвой насилия.

Соответственно, наличие эмоциональной стойкости, эмоционально-волевых качеств личности нивелируют проявление стрессовых ситуаций, активно противодействуют негативным психологическим проявлениям. Можно отметить, что важной особенностью адаптации.

Таким образом, можно сказать, «что стрессоустойчивость – это частный случай психической стойкости, который проявляется при действии стресс-факторов или при хроническом стрессе» [13; 72].

В. М. Геньковская также обращается к понятию личности с точки зрения системного анализа и его основных свойств. Основные принципы системного подхода, которые, несомненно, по ее словам, «обладают механизмами обеспечения устойчивости, выражаются в свойствах совместимости элементов в системе, эмерджентности, непротиворечивости элементов в системе. Именно эти рассматриваемые качества придают устойчивость, как особую организацию существования, обеспечивающую максимально эффективное ее функционирование» [23, 68].

«В. В. Аршинова «стрессоустойчивость, психологическую устойчивость, психологическую безопасность и психологическую культуру рассматривает в системной взаимосвязи как единую, функциональную

психическую систему – называет ее системой «устойчивого развития личности»» [1]. Психологическая устойчивость личности к негативному влиянию социальной среды, с точки зрения С.П. Ивановой, – «это сложное системное образование, включающее определенные способности, навыки и умение адаптивно реагировать на внешние воздействия в конкретных условиях и поддерживать эмоциональные, когнитивные, поведенческие проявления, а также – процессы деятельности, в состоянии равновесия» [33, 36].

По мнению Н.Ю. Галкина «психологическая стойкость является социально значимой характеристикой личности. Она включает:

- способность к полноценной самореализации, личностному росту;
- умение своевременно и адекватно разрешать внутриличностные конфликты;
- умение сохранять относительную стабильность эмоциональной сферы;
- способность к эмоционально – волевой регуляции;
- способность ощущать адекватную ситуации мотивационную напряженность;
- эффективно противостоять внешним воздействиям, следуя своим собственным намерениям и целям» [21].

«Кроме перечисленных характеристик у стрессоустойчивой личности должно быть определенное соотношение независимости и конформности. В целом, в интегральном описании психологической стойкости личности С. П. Иванова выделяет три аспекта: стойкость; уравновешенность; сопротивляемость» [36].

В исследованиях С.А. Богданова обосновывается положение о том, что «стрессоустойчивость в значительной степени детерминирована динамическими (интенсивность, гибкость, лабильность) и содержательными (виды эмоций и чувств, их уровень) характеристиками эмоционального

процесса. Важный фактор – содержание и уровень эмоций, чувств, переживаний в экстраординарных условиях» [11].

«Реализация тех или иных стратегий преодоления стресса зависит также от таких характеристик, как уровень тревожности; локус контроля; уровень самооценки; адаптивность; эмоциональная лабильность, ригидность, импульсивность; интровертируемость – экстравертируемость; мотивация на достижение – избегание и другие. Наличие ресурсов устойчивости должны уменьшать стресс, так как они упрощают контроль потенциально стрессовых ситуаций. К таким ресурсам относятся знания, умения, финансовая обеспеченность, социальная поддержка, признание, уважение и любовь других» [12, 17, 29].

1.2 Возрастные и гендерные особенности влияния стресса на отношение человека к своему здоровью

На сегодняшний день проблематика здоровья разрабатывается в рамках различных научных дисциплин и направлений психологии, что приводит к возникновению широкого круга подходов в его трактовке, определении характеристик, факторов формирования и трансформации [2, 3, 15, 71].

Систематизация накопленных данных позволяет сгруппировать концептуальные подходы к пониманию проблем здоровья в соответствии с дисциплинарной принадлежностью и определить следующие группы: общенаучные, общепсихологические и специфические для социальной психологии подходы [22, 27].

И.В. Васильева и Ф.Р. Филатов [16] различают наиболее распространенные методологические платформы, в контексте которых рассматривается «здоровье». Представим их перечень и кратко раскроем их содержание:

«– Нормоцентрический подход, с позиции которого здоровье трактуется как совокупность среднестатистических норм восприятия, мышления,

эмоциональных реакций и поведения в сочетании с нормальным показателем соматического состояния человека.

– Феноменологический подход, в рамках которого проблемы здоровья имеют фундаментальный и полностью индивидуальный характер, представляют уникальный «способ бытия в мире». Здоровье входит в состав субъективной картины мира лица и анализируется только в его контексте.

– Кроскультурный подход подчеркивает социокультурную обусловленность здоровья. В соответствии с этим подходом характеристики здоровья относительно и детерминированы социальными, культурными обстоятельствами жизни, спецификой образа жизни определенной нации.

– Дискурсивный подход, в соответствии с которым здоровье исследуется как продукт определенного дискурса через анализ системы представлений о нем, отражающих социальную и психическую реальность. В дискурсе порождаются представления о здоровье, которые со временем становятся стереотипами и строят содержание и регулируют обыденное сознание людей. Дискурсы выступают теми формирующими факторами культуры, которые обуславливают порождение стереотипов в массовом сознании и, в то же время, являются латентными (глубинными) регуляторами здорового образа жизни как отдельных индивидов, так и целых групп, сообществ.

– В контексте аксиологического подхода здоровье рассматривается как ценность. Согласно А. Иванушкину здоровье представляет социальную ценность, средством выражения которой является общественная активность и общественно значимая деятельность» [31].

М. Рокич выделяет два класса ценностей: инструментальные и терминальные, которые могут трансформироваться под влиянием воспитания и культуры. Сущность терминальных ценностей (ценности «сами по себе») заключается в том, что они важны сами по себе, стоят того, чтобы человек к

ним стремился. В соответствии с этим данная группа ценностей называется – «ценности-цели». Среди них М. Рокич выделяет здоровье.

Инструментальные ценности используются для достижения ценностей-целей. Ими могут быть личностные черты и способы взаимодействия: ответственный, здоровый, рискованный, смелый, тот, который контролирует, наслаждается жизнью, потокает желаниям и т. д. [39].

Ценности определяют отношение участников группы к различным социальным объектам и явлениям, например, к здоровью. Кроме этого, ценности в значительной степени определяются местом и ролью группы в системе общественных отношений. На наш взгляд, понимание здоровья как терминальной ценности, в его классическом толковании, обязательно должно дополняться побудительной переменной, ведь просто осознавать значимость здоровья для своей жизни – мало, важно прилагать определенные усилия, действия для его достижения и сохранения [72].

Холистический подход: здоровье понимается как целостность и жизненная зрелость, приобретенная человеком в процессе его жизни; интеграция жизненного опыта и его использования; синтез фундаментальных расхождений человеческого бытия или интрапсихических полярностей; здоровье понимается через максимальное раскрытие потенциалов или компетенций здоровья, что имеет большое практическое значение для развития интегрированного человека, стремящегося достичь целостного здоровья и благополучия).

Синергетический и акмеологический подходы позволяют рассматривать специфику здоровья в соответствующих плоскостях: как живую систему, способную к самоорганизации и динамическое образование, положительная динамика которого зависит от жизненного, профессионального и духовного развития лица.

Социокультурный подход, согласно которому исследование здоровья социальных групп охватывает высший, социетальный уровень бытия. Его анализ должен происходить в разрезе социальных, культурных и

исторических особенностей развития общества. Следовательно, изучение здоровья как сложного феномена требует исследования той социокультурной основы, которая опосредует этот феномен и отражает актуальную социальную действительность.

«Интегративный подход заключается в признании и использовании любых объяснительных принципов, моделей и концептуальных схем для понимания специфики здоровья. Здоровье в структуре личности интегрируется с такими ее подструктурами как морально-этическая, мотивационно-смысловая, деятельностно-поведенческая, субъектно-активная, интерактивно-социальная и т.п.» [28, 35, 58].

Плеядой ученых высказывается мнение о том, что на сегодня исследование проблематики здоровья переходит на более высокие уровни познания – социальный или социетальный, охватывая целые группы и сообщества. С одной стороны, это свидетельствует о масштабах проблемы, ее значимости и перспективности для общества, а с другой – открывает новые просторы для научного поиска, в частности в разрезе исследования отношения к здоровью различных социальных групп [28, 35, 58].

Е.Б. Березина выделяет «общие и специфические социально-психологические теории и модели, в которых обобщается наработка в сфере социальной психологии здоровья, а также классифицируют существующие научные знания в соответствии с интраиндивидуальным, межперсональным и наиндивидуальным уровнями организации субъектов. К общим социально-психологическим теориям относится теория аттитюдов, социального сравнения, атрибутивная и социально-когнитивная теории. К специфическим теориям относят: модель убеждений о здоровье, теорию защитной мотивации, модель ментальных представлений о здоровье, поэтапные модели изменения поведения, связанного со здоровьем. Вместе с теориями причинного и запланированного поведения они входят в состав теорий индивидуального уровня» [7, 73].

Межперсональный уровень продемонстрирован социально-когнитивной теорией А. Бандуры и теорией социального сравнения Л. Фестингера.

В группу теорий аттитюдов входят две когнитивно-поведенческие теории – причинного действия (И. Айзен, М. Фишбайн [70]) и запланированного поведения (И. Айзен) [70]. В указанных теориях активность индивида по отношению к здоровью имеет рационалистический характер, ведь опирается на его поведенческие и нормативные убеждения, влияющие на аттитюды и субъективные нормы. В результате, упомянутые конструкты определяют интенцию лица поступать по отношению к здоровью определенным образом. Концепты теории запланированного поведения дополняются элементом контроля поведения, воспринимаемого индивидом и непосредственно определяющим интенцию и тип поведения в сфере здоровья.

Согласно теории социального сравнения Л. Фестингера, «оценка здоровья человека происходит путем сравнения себя с другими в соответствии с восходящими и нисходящими принципами. В данном случае сравнение своего здоровья со здоровьем других обладает мотивационной силой, оно подталкивает последовать положительным примерам. Сравнение по нисходящему принципу приводит к самоуспокоенности: индивид среди своего окружения выборочно находит лишь те примеры, которые подтверждают собственные взгляды и убеждения» [69].

Атрибутивные теории (К. Дэвис, Э. Джонсон, Г. Келли, Дж. Роттер и др.) раскрывают причины, в соответствии с которыми индивидом трактуется наличие/отсутствие здоровья или проблем, связанных с ним. Б. Вайнер, опираясь на идеи Дж. Роттера и Дж. Аткинсона, предположил, что надежды индивида на здоровье определяются его представлениями о причинах успехов и поражений: атрибуция поражений недостаточным усилиям лица (интернальный локус контроля) будет способствовать мотивации достижения, в то время как приписывание недостаточным способностям или внешним факторам будет ее уменьшать (экстернальный локус контроля) [13].

Социально-когнитивная теория А. Бандуры «постулирует определяющую роль самооффективности или субъективного контроля индивида в вопросах поддержки, сохранения и коррекции здоровья. Уверенность в себе, собственных силах позволяет человеку преодолевать трудности, выбирать тип поведения, направленный на сохранение своего здоровья» [67, 74].

Среди специфических социально-психологических теорий выделяется модель убеждений о здоровье И. Розенстока. Модель состоит из шести блоков: представление об уязвимости к болезни; ожидаемая тяжесть болезни; представление об эффективности мер в борьбе с болезнью; оценка собственных усилий; триггеры, запускающие поведение и общая мотивация к здоровью [79]. В этой теории главный акцент делается на когнитивных детерминантах поведения, в то время как в теории защитной мотивации Р. Роджерса – на аффективных факторах. Сила страха и чувство собственной уязвимости в отношении угрозы являются факторами, определяющими профилактические действия индивида в сфере собственного здоровья [79].

Модель саморегуляции здоровья Х. Левенталя «раскрывает содержание представлений человека об угрозе здоровью или о болезни, которые формируются под влиянием нескольких факторов: социального окружения, культурных и религиозных верований, а также особенностей личности. Указанные факторы обуславливают возникновение представлений о болезни, которые состоят из следующих переменных: идентичность (как человек называет болезнь), причины, последствия болезни, темпоральные ограничения, контроль и методы лечения» [75, 76].

Ученые различают поэтапные (постадийные) модели изменения поведения, связанного со здоровьем. Главной идеей транстеоретической модели (Дж. Прохаска, К. Деклимент) и модели формирования сохраняющего поведения (Дж. Вейнштейн) есть мысль о трансформации поведения во времени, сопровождающаяся изменением убеждений лица относительно здоровья [81].

Недостатком специфических социально-психологических теорий является то, что они мало объясняют механизм влияния убеждений и представлений на отношение к здоровью и стратегию выбора поведения, сохраняющего здоровье. Кроме этого, специфические теории и модели здоровья применяются для объяснения такого концепта как здоровье на индивидуальном уровне, что, бесспорно, сужает круг вопросов, которые они могут решать.

Проблемы со здоровьем на социетальном уровне можно анализировать с точки зрения теории диффузных инноваций (Э. Роджерс), суть которой заключается в том, что любая новая идея или практика оздоровления распространяются между членами группы или сообщества в соответствии с предполагаемой моделью. Когда новая идея приобретает «критическую массу», она ассимилируется с группой и усваивается всеми ее членами [78].

В трактовке «здоровья» в контексте исследуемой проблемы, мы руководствуемся предложенным Всемирной организацией здравоохранения и общепринятым определением здоровья как «состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни», и рассматриваем его, исходя из системного подхода как открытую иерархическую целостную систему, функционирующую на биологическом (функционирование психических процессов и состояний, которое обеспечивает адекватное реагирование на факторы окружающей среды), личностном (гармоничность психических свойств личности, ее устойчивость, уравновешенность и способность противостоять факторам, нарушающим ее целостность) и социальном (количество и качество межличностных связей лица, а также мера его привлечения к жизни общества, то есть полноценное выполнение социальных функций) уровнях.

Здоровье человека, в частности, зависит от определенного (адекватного или неадекватного, в соответствии с принципами здорового образа жизни) отношения к нему. «Причина неадекватного поведения человека в отношении здоровья коренится в природе человеческих потребностей, которым, как

отмечал С. Рубинштейн, присущ пассивно-активный характер, а также в специфике мотивационной сферы в целом, определяющей отношение человека к здоровью» [54, 77].

Проблема «отношения» в психологии на сегодня раскрывается как принцип исследования человека, как элемента субъективной реальности, способного к развитию; как многоуровневая категория, которая представлена тремя составляющими: когнитивной, эмоциональной, поведенческой (Р.А. Березовская [8], В.М. Кабаева [32] и др.); как подструктура сознания, определяющая поведение, в частности, в сфере здоровья, а также способы существования в мире в целом (С. Дерябо [25] и др.).

Отдельные вопросы отношения к здоровью освещаются в работах В.М. Кабаевой [32]. Специфику отношения к здоровью, его параметры у лиц с разным уровнем психоэмоционального напряжения, отношение женщин и мужчин к табакокурению с позиции влияния социально-психологических механизмов изучает В. Позняков и В. Хромова [50].

Отношение к здоровью студенческой молодежи со стороны ценностного подхода изучает российский ученый В.А. Соломонов. Он выделяет «психологические условия, обеспечивающие его успешное развитие, а именно: актуализация знаний о здоровье, развитие потребности в самопознании и познании другого, путем привлечения личностной и межперсональной рефлексии, формирование навыков оценивания и прогнозирования состояния собственного здоровья (прогностическая рефлексия)» [60].

В понимании понятия «отношение к здоровью» мы апеллируем к концепции психологии отношений личности В.Н. Мясищева. Он трактует «отношение» как одну из форм отражения действительности, представляющую интериоризированный опыт существования личности в социуме, природа которого отражает субъективное в человеке и раскрывает социально-психологическое содержание его связей со средой. Ученый подчеркивает, «что объектом отношения могут быть различные аспекты

социальной жизни, среди которых, конечно же, и здоровье человека. Отношение к здоровью является внутренней, психической стороной системы связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими ее здоровью» [45].

«Как теоретический конструкт «отношение к здоровью» является целостным и неделимым и его эмпирическое изучение, исходя из предложенной В.Н. Мясищевым трехкомпонентного строения отношения, возможно через выделение и анализ его структурных компонентов: когнитивного (знание о здоровье, основные факторы риска, критерии его оценки), аффективного (отражает эмоции, чувства и переживания, связанные с состоянием здоровья или его изменением) и конативного (особенности поведения в сфере здоровья, степень ее адекватности нормам здорового образа жизни, а также доминирующие копинг-стратегии в ситуациях, связанных с его ухудшением) компонентов» [45]..

Несмотря на достаточно глубокую проработку проблемы, отношение личности к здоровью в общепсихологическом дискурсе, наиболее сложный и противоречивый методологический статус понятия «отношение» занимает в социальной психологии. Это объясняется тем, что, с одной стороны, ее предметом могут быть различные виды отношений (как субъект-субъектные, так и субъект-объектные), с другой – проблематика социальной психологии не исчерпывается исследованием этих видов взаимоотношений. Кроме этого, как обращает внимание А. Левченко в социальной психологии «...изучаются главным образом не «отношения между..., а «отношение к...» [40, С. 254]. Вместе с этим, в социальной психологии можно отметить наличие терминологической несогласованности относительно толкования концепта «отношение» и близких, но не тождественных, к нему понятий, среди которых есть «социальное наставление», «социальное представление», «наставления на здоровый образ жизни» [82].

Анализ психологической литературы показал, что выделяется несколько подходов к пониманию терминов «отношение» и «социальное наставление».

Одна группа исследователей склонна считать отношение частью аттитюда и отождествлять эти термины (Н. Сарджвиладзе [56]), другая – подчеркивает базовый характер концепта «отношение» с точки зрения теории личности, а, следовательно, разграничивает «отношение» и «социальное наставление» (Р.А. Березовская [8], В.М. Кабаева [32]).

В ряде работ эти концепты являются вторичными и производными от социального представления или валеонаставления (И.Б. Бовина [9]). Однако, с позиции методологии, как подчеркивает Р.А. Березовская, «предпочтение следует отдавать категории «отношение» как наиболее обоснованной с позиции теории личности, интегрирующей все остальные понятия» [8, С. 222]. Таким образом, очевидно, что перспективным остается методологическая проработка понятия «отношение», а также изучение отношения субъекта (индивидуального или группового) к здоровью в рамках социальной психологии.

Анализ теоретических источников показал, что на сегодня общепринятой типологии отношения личности к здоровью в науке нет. Каждый ученый предлагает свое толкование того или иного типа отношения, опираясь на специфику собственного исследования. Исследователями выделяются следующие типы отношения к здоровью: «адекватное-неадекватное», «самосохраняющееся-рискованное-саморазрушительное», «осознанное-неосознанное», «ответственное-безответственное» и т.д.

В исследовании В.М. Кабаевой указывается на необходимость изучения интенсивности отношения молодежи к здоровью путем анализа его структурных компонентов. Ученый различает три группы молодежи в соответствии с интенсивностью отношения к здоровью:

- «нигилисты» воспринимают свое здоровье как средство достижения карьерных интересов, потребность в овладении новыми знаниями о здоровье отсутствует, не проявляют активность в поиске новой информации, демонстрируют равнодушие к страданиям других людей (показатели по эмоциональному и поведенческому компонентам

значительно ниже среднего значения, а по когнитивному – в пределах среднего значения);

– «нейтралы», которые относятся к здоровью как к факту, склонны поддерживать активный образ жизни и эмоционально ровное настроение, но при условии внешнего контроля (отношение является более когерентным, а все структурные компоненты находятся в пределах средних значений);

– «фанаты», которые имеют активную позицию и стремятся овладевать различными здоровьесберегающими технологиями (имеют очень высокие или выше среднего значения показатели по компонентам отношения к здоровью)» [32].

Исходя из теоретических положений В.М. Кабаевой на основе анализа степени проявления и когерентности взаимосвязи структурных компонентов отношения, соответственно степени адекватности принципам здорового образа жизни, можно выявить тип отношения молодежи к здоровью – «адекватный» (направленный на самосохранение), то есть такой, который имеет высокий или средний уровень проявления когнитивного, аффективного и конативного компонентов, а также когерентные связи между ними; и «неадекватный» (направленный на саморазрушение) – имеющий низкий уровень проявления хотя бы одного из структурных компонентов, а также несогласованность связи между ними [32].

Ухудшение состояния здоровья населения, вызванное нездоровым образом жизни, пассивностью в вопросах поддержки и сохранения здоровья чревато для страны социально-экономическим спадом, увеличением расходов на медицинское обслуживание, стремительным старением нации, а для отдельных людей – уменьшением профессиональной производительности, самоэффективности, снижением эмоционального фона жизнедеятельности, осложнениями в сфере социальной адаптации и коммуникации, и тому подобное.

Реалии настоящего заставляют активную молодежь жертвовать собственным здоровьем ради карьеры или экономического благополучия, а пассивную – подчиняться сложным условиям существования. В то же время, особенности психического и социально-психологического развития молодежи являются предпосылками трансформации их отношения к здоровью.

Следовательно, выделение и обоснование субъективных факторов, определяющих отношение лица к своему здоровью, может стать толчком к определению механизмов трансформации отношения, коррекции поведения молодежи в направлении формирования адекватного отношения к здоровью.

В контексте изучения моделей организации жизни молодежи П. Великий и А. Заикин разделяют молодежь на три группы, где очерчивают их отношение к здоровью. Первую группу представляет молодежь («профессионалы»), которая является очень ответственной в вопросах сохранения собственного здоровья, заботливо относится к нему и ориентируется на собственный потенциал в достижении целей.

Ко второй группе отнесены «рыночные авантюристы», которые эксплуатируют здоровье, не относятся к нему как к собственному капиталу и отрицают здоровый образ жизни. По нашему мнению, представители этой группы составляют подавляющее большинство современной молодежи.

«В реализации отношения к здоровью «постсоциалистической» молодежи (третья группа) главную роль играют семейные ценности и традиции. По мнению ученых, в случае доминирования здоровья в иерархии ценностей родителей и поддержании в семье здорового стиля жизни, молодой человек также будет склоняться к подражанию позитивным примерам» [18].

Российские социологи Н.Х. Гафиатулина и соавторы также обнаружили похожую проблему и пришли к выводу, что забота молодежи о здоровье имеет лечебную, а не профилактическую цель, и реализуется только в ситуации ухудшения здоровья или из-за страха перед заболеванием [23]. Такие данные, на наш взгляд, свидетельствуют о насущной необходимости проведения среди молодежи социально-психологических мероприятий, направленных на

развитие ответственного, осознанного отношения к своему здоровью, в процессе чего особое внимание следует уделить конативному компоненту отношения.

В социальной психологии достаточно работ, посвященных исследованию детерминант здоровья или болезни в целом, но анализ психологических факторов, которые могут обуславливать специфику отношения лица к здоровью представлен недостаточно. Так, в концепции «социокультурных эталонов здоровья» Е.Ю. Васильевой выделяются универсальные принципы или «неизменные матрицы», которые структурируют такие социально-психологические феномены, как социальные представления, ценностные ориентации, наставления лица на здоровый образ жизни или «валеонастановы», и выступают базовыми по отношению к ним [14]. Учитывая, что социокультурные эталоны здоровья являются первопричинами возникновения всех других феноменов, можно предположить, что отношение к здоровью опосредуются этими «устойчивыми прототипами» или «эталонами здоровья».

Существенную роль в выявлении отношения человека к здоровью играют социальные представления, выступающие важными элементами коллективной памяти. Согласно теории, С. Московичи социальные представления воспроизводят окружающую действительность в виде когнитивной структуры. Между социальной реальностью и представлениями существует двусторонняя связь: с одной стороны, окружающая действительность структурируется на основе представлений, а с другой – представления возникают в ответ на те или иные социальные события и процессы. «В структуре социального представления ученый выделяет следующие составляющие: информация (совокупность знаний о социальном объекте), поле представления (рамка, в которой существует представление), руководство, фиксирующее положительное или отрицательное отношение к объекту. Эмоционально окрашенное наставление становится в условиях недостатка информации, или нечеткого поля представления» [44]. В

соответствии с положениями теории С. Московичи отношение является частью наставления, а, следовательно, и социального представления. По нашему мнению, эти феномены хотя и связаны, но должны рассматриваться отдельно друг от друга.

Ж. Абрик, продолжая изучать действительность в русле теории репрезентаций, модернизирует структуру социального представления, предложенную С. Московичи. Он выделяет «центральный элемент – ядро, которое связано с коллективной памятью и плохо поддается трансформациям, и периферию, которая обеспечивает интеграцию индивидуального опыта каждого члена группы, поддерживает ее гетерогенность и, в отличие от ядра, является чувствительной к определенному контексту, а отсюда – динамичной и склонной к изменениям» [66]. Таким образом, в новой версии строения социальных представлений Ж. Абрик не выделяет отношение в структуре наставления, что позволяет нам рассматривать эти феномены как взаимосвязанные, а не подобные.

Исследуя социальные представления российской молодежи относительно здоровья И.Б. Бовина обнаружила, что ядро представлений составляют: спорт, красота, сила, радость, бодрость жизни, а периферию – улыбка, хорошее настроение, хорошее самочувствие, уверенность в себе и тому подобное. Анализ содержательного поля выявленных ученым социальных представлений молодежи о здоровье дает нам возможность сделать вывод, что в молодежных группах представления о здоровье являются достаточно адекватными нормам здорового образа жизни [9].

О.В. Савельева, А.М. Данилова и А.Д. Воронин констатируют, что социальные репрезентации опосредуют и определяют поведение индивида, в частности в вопросах здоровья [55]. Руководствуясь этими положениями, мы считаем, что на основе исследований представлений о здоровье, можно воспроизвести актуальную социальную реальность, понять, как регулировать оздоровительную практику в разных группах населения, проводить соответствующую коррекцию и изменять отношение лица к здоровью.

Среди психологических факторов, которые детерминируют отношение человека к своему здоровью существенное значение имеют ценностные ориентации. Они входят в состав конативного компонента отношения к здоровью и проявляются в зависимости от удовлетворения потребностей. Г.С. Никифоров указывает на следующие закономерности: в случае согласования доминирующих ценностей и соответствующих удовлетворенных потребностей, индивид достигает относительного здоровья; сочетание доминирующих ценностей и соответствующих фрустрированных потребностей приводит к актуализации здоровья, особенно в случае его нарушения.

Важное значение для соблюдения молодежью здорового образа жизни и достижения благополучия играют наставления на здоровый образ жизни, которые выступают предметом отдельного поиска в работах Г.Ф. Никифорова.

Валеонаставления представляют собой особые внутриличностные конструкты, поддерживающие здоровье индивида и определяющие «индивидуальную феноменологию здоровья...» [28, с. 15]. Авторы выделяют четыре типа валеонаставлений:

- самодостаточный (ресурсный), предусматривающий ориентацию на самостоятельную заботу о здоровье, ответственность за собственные действия;
- поддерживающий, предусматривающий попечение и постоянную поддержку здоровья;
- дефицитарный, заключающийся в ощущении нехватки собственных ресурсов для обеспечения здорового образа жизни, экстернальной атрибуции ответственности;
- манипулятивный, характеризующийся эксплуатационным отношением к здоровью, как инструмента достижения собственных целей.

В контексте формирования адекватного отношения к здоровью наиболее продуктивными являются ресурсный и поддерживающий типы

валеонаставлений. Г.С. Никифоров также выделяет наставления на пассивное отношение и сознательное пренебрежение собственным здоровьем, когда личность воспринимает и относится к здоровью как к данности и, в случае возникновения угрозы или заболевания, даже не применяет превентивных действий.

Интерпретация теории атрибутов Дж. Роттер под углом анализа социально-психологических особенностей здоровья лица позволяет использовать локус контроля как фактор для объяснения особенностей отношения человека к своему здоровью. Г.С. Никифоров подчеркивает: «Интернальность/экстернальность характеризует уровень развития чувства личной ответственности человека за состояние своего здоровья» [46, С. 286]. На наш взгляд, внутренний локус контроля является более продуктивным, ведь тогда человек осознает собственную ответственность за здоровье, рефлексировать по поводу возможных последствий негативного отношения к нему, в следствие чего активизируется когнитивный и конативный компоненты отношения.

Для понимания отношения людей к своему здоровью уместно рассмотреть механизмы их психологической защиты, ведь они определяют качество усвоения нового опыта, приобретения компетентности в отношении здоровья, влияют на их поведение в процессе взаимодействия с окружающими [10].

Г.С. Никифорова утверждает, что если рассматривать данный термин с точки зрения здоровья, то чаще всего используется отрицание и рационализация. Если человек будет отрицать негативную информацию, это может привести к тому, что появятся новые проблемы. К рационализации человек начнет прибегать для того, чтобы оправдать свое отношение

Блокировка негативной информации (например, «этого не может быть») или избегание новой информации (например, «мне не надо проходить медицинский осмотр, я и так здоров») приводит к отрицанию возможных

проблем. В целях оправдания неадекватного отношения к здоровью на поведенческом уровне человек может прибегать к рационализации.

По нашему мнению, желание быть принятым в референтную группу и получить одобрение со стороны «значимых других» может подталкивать человека к определенным типам поведения или влиять на когниции по поводу здоровья. в контексте теории социального обучения А. Бандуры социальное одобрение рассматривается как сильный мотивирующий фактор, заставляющий людей действовать в соответствии с нормами и правилами значимой группы. Например, курение или употребление алкоголя может объясняться желанием быть принятым или получить одобрение со стороны референтов [42].

«В контексте исследования эмоциональных факторов культуры ЗОЖ привлекают работы А.С. Копиной, А.А. Суловой и Е.В. Заикина, в которых объективированы связи между самооценкой состояния здоровья и психоэмоциональным напряжением. На основе применения разработанной ими «Методики экспресс-диагностики психоэмоционального напряжения и ее источников» сделан такой вывод: в целом, низкая самооценка здоровья связана с повышенным уровнем стресса и низкими показателями удовлетворенности жизнью» [5].

«Наблюдения доказывают, что как для женщин, так и для мужчин характерно расхождение между нормативными представлениями о здоровье и реальным поведением» [1, 37, 48]. «Установлены следующие гендерные различия отношение к здоровью:

- высшая терминальная ценность здоровья у женщин: женщины раньше начинают заботиться о своем здоровье, уделяют больше внимания правильному питанию, чаще обращаются к врачам в профилактических целях, реже практикуют вредные для здоровья привычки;
- женщины более склонны обращаться за помощью к неспециалистам (друзьям, знакомым, родственникам), тогда как для мужчин более

характерно не обращать внимания на недомогание, то есть реагировать по принципу отрицания;

– постоянная забота и ответственность за семью и близких побуждает женщин поддерживать интенсивный ритм жизни и высокий жизненный тонус;

– женщины в целом более чувствительны к изменениям в своем благополучии, они с большей вероятностью испытают чувство страха, когда узнают об ухудшении своего здоровья» [1, 37, 48];

– женщин отличает высокая интернальность локуса контроля в отношении болезни, а «мужчины чаще надеются на счастье»;

- в целом осознавая собственную ответственность за состояние своего здоровья, мужчины не скрывают своего пассивного отношения к любым угрозам для здоровья;

– женщины более ответственно относятся к собственному здоровью и к здоровью членов семьи;

– ответственнее относиться к собственному здоровью большинство мужчин «может принудить наличие серьезного заболевания или серьезных болевых симптомов».

«Таким образом, для женщин в целом характерен более высокий уровень адекватности отношения к здоровью по сравнению с мужчинами.

Ответственное отношение к здоровью как динамическое личностное образование претерпевает изменения в процессе жизнедеятельности лица, поэтому исследуются закономерности возрастной динамики. Относительно отношения к болезни установлено, что оно имеет тенденцию к изменению от недооценки в молодом возрасте к адекватному пониманию ее в зрелом, переоценки в немолодом и вновь недооценки в старческом возрасте» [24, 26, 34, 47, 49, 51, 64].

В целом, анализ научных публикаций позволяет сформулировать следующие выводы относительно связи между возрастом и ответственным отношением к здоровью:

- существует прямая возрастная динамика значимости здоровья;
- обратная зависимость между возрастом и уровнем ответственности за сохранение своего здоровья – молодое поколение отличается большей интернальностью в отношении здоровья;
- до 30 лет забота о здоровье в основном обусловлена мотивом самосохранения, после – фактическим состоянием здоровья.

«Итак, с возрастом отношение к здоровью приобретает противоречивый характер: ценность здоровья возрастает, а уровень поведенческой активности, направленной на его поддержание и укрепление, и интернальности в отношении здоровья снижается.

Теоретический анализ проблемы здоровья, отношения к здоровью и состояния здоровья современного человека позволил определить, что отношение к здоровью представляет собой внутреннюю сторону системы индивидуальных селективных, субъективно оценочных и социально детерминированных связей человека с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или угрожающих его здоровью, опосредованных жизненным опытом и определяемое спецификой проявления и когерентностью взаимосвязи когнитивного (характеризует знания о здоровье, основные факторы риска, критерии его оценки), аффективного (отражает эмоции, чувства и переживания, связанные с состоянием здоровья или его изменением) и конативного (характеризует особенности поведения в сфере здоровья) компонентов» [24, 51, 64].

Наиболее весомыми субъективными факторами отношения человека к здоровью являются социальные представления, наставления на здоровый образ жизни, ценностные ориентации, а также локус контроля.

Вывод по главе 1

Стресс выступает совокупностью физиологических и психологических реакций организма на определенный стимул – стрессовый фактор. На данный момент еще не существует единой точки зрения по толкованию понятия стрессоустойчивости. Ученые сходятся на том, что свойство

стрессоустойчивости на всех уровнях ее регуляции и проявления означает стабильность функций организма и психики при воздействии стресс-факторов, их резистентность и выносливость к внешним воздействиям, адаптированность человека к жизни и деятельности в конкретных стрессовых условиях и, наконец, способность компенсировать чрезмерные функциональные нарушения при воздействии стрессоров.

В контексте анализа проблемы отношения человека к здоровью важен анализ понятия здоровья и его определения. Теоретический анализ исследований показал, что проблема здоровья изучается с точки зрения различных общенаучных, общепсихологических и специфических социально-психологических подходов.

Мы толкуем его, опираясь на определение Всемирной организации здравоохранения, как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и рассматриваем его, исходя из системного подхода, как открытую иерархическую целостную систему, функционирующую на биологическом (функционирование психических процессов и состояний, которое обеспечивает адекватное реагирование на факторы окружающей среды), личностном (гармоничность психических свойств личности, ее устойчивость, уравновешенность и способность противостоять факторам, нарушающих ее целостность) и социальном (количество и качество межличностных связей лица, а также мера его привлечения к жизни общества, то есть полноценное выполнение социальных функций) уровнях.

Сегодня состояние здоровья населения в нашей стране можно оценить как дефицитарное, что обусловлено действием негативных социально-экономических факторов, спецификой общественного сознания и, отчасти, безответственным отношением людей к своему здоровью. В основу определения концепта «отношение к здоровью», в контексте исследования его социально-психологических особенностей, положена концепция психологии отношений личности В. Мясищева, по которой «отношение» является одной

из форм отражения действительности и представляет интериоризированный опыт существования личности в социуме, природа которого отражает субъективное в человеке и раскрывает социально-психологическое содержание его связей со средой.

Объектом отношения могут быть различные аспекты социальной жизни, в частности, и здоровье человека. Именно концепция отношения к здоровью интегрирует различные факторы, которые детерминируют поведение лица в сфере здоровья и позволяет определять отношение молодежи к здоровью, как внутреннюю сторону системы индивидуальных селективных, субъективно оценочных и социально детерминированных завязок молодого человека с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или угрожающих его здоровью, опосредованных жизненным опытом и определяемое спецификой проявления и когерентностью взаимосвязи когнитивного (характеризует знания о здоровье, основные факторы риска и антиризiku, критерии его оценки), аффективного (отражает эмоции, чувства и переживания, связанные с состоянием здоровья или его изменением) и конативного (характеризует особенности поведения в сфере здоровья) компонентов о своих проблемах и поиск поддержки как слабость.

Глава 2 Эмпирическое исследование психологического влияния стресса на отношение человека к своему здоровью

2.1 Методы и организация исследования

Цель – исследование влияния стресса на отношение человека к своему здоровью.

Задачи исследования:

- эмпирически исследовать психологическое влияние стресса на отношение человека к своему здоровью;
- подобрать психологические рекомендации, направленные на усиление стрессоустойчивости.

Объектом исследования является стрессовое состояние.

Предметом исследования является влияние стресса на отношение человека к своему здоровью.

Гипотеза исследования: предполагаем, что люди с низким уровнем стресса испытывают больше положительных эмоций, связанных со здоровьем, они менее напряжены и тревожны, в отличие от людей с более высоким уровнем стресса.

Методы исследования:

- теоретический анализ научной литературы;
- сбор данных с помощью тестово-диагностических методик;
- статистические методы обработки информации: метод корреляции, анализ малых выборок с применением критерия Манна-Уитни, критерия Стьюдента, критерия Пирсона [4].

Методики исследования:

- шкала организационного стресса Маклин (русскоязычная адаптация Н. Водопьяновой);
- методика оценки профессионального стресса (Опросник Вайсмана);

- шкала PSM-25 Лемура-Тессье-Филлиона (Lemyr-Tessier-Fillion) в адаптации Н.Е. Водопьяновой;
- опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

База исследования: Исследование проходило на базе УВД по г. Улан-Удэ. В исследовании приняли участие 32 лица.

Краткий обзор методик исследования

Шкала организационного стресса Маклин (русскоязычная адаптация Н. Водопьяновой)

«Данная методика измеряет восприимчивость к организационному стрессу, связанную с недостаточным умением общаться, принимать ценности других людей, адекватно оценивать ситуацию без ущерба для своего здоровья и работоспособности, негибкостью поведения и пассивностью по отношению к активным формам отдыха и восстановления жизненных сил.

Методика позволяет определить общий индекс организационного стресса (ОС) и пять дополнительных показателей:

- способность самопознания (когнитивность);
- широта интересов;
- принятие ценностей других;
- гибкость поведения;
- активность и продуктивность деятельности.

Оценка профессионального стресса (Опросник Вайсмана)

Методика предназначена для диагностики профессионального стресса. Производственный, или профессиональный, стресс представляет собой многомерный феномен, выражающийся в физиологических и психологических реакциях на сложную рабочую ситуацию.

Шкала PSM-25 Лемура-Тессье-Филлиона (Lemyr-Tessier-Fillion) в адаптации Н.Е. Водопьяновой предназначена для измерения стрессовых ощущений по соматическим, поведенческим и эмоциональным признакам (Приложение 2). Методика была первоначально разработана во Франции,

затем переведена и валидизирована в Англии, Испании и Японии. Перевод и адаптация русского варианта методики выполнены Н. Е. Водопьяновой.

Цель – измерение стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях.

Опросник состоит из 25 утверждений, и 8-балльной шкалы для ответов. Баллы от 1 до 8 означают частоту переживаний: «0» – никогда, «8» – ежедневно. Обработка результатов: подсчитывается сумма всех ответов – интегрального показателя психической напряженности (ППН). Вопрос 14 оценивается в обратном порядке. Чем больше ППН, тем выше уровень психологического стресса» [25].

Опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской. Как содержательную теоретико-психологическую базу опросника, разработанного Р.А. Березовской, выступает концепция В.Н. Мясищева, в соответствии с которой отношение к здоровью состоит из когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов. Пункты опросника организованы в четыре шкалы: когнитивная, эмоциональная, поведенческая и ценностно-мотивационная. По нашему мнению, две последние шкалы представляют целостное проявление когнитивного компонента отношения к здоровью. Опросник содержит девять блоков закрытых вопросов, которые можно анализировать как по отдельности, так и в составе соответствующей шкалы.

Вопросы, отражающие когнитивные аспекты отношения, направляются на выявление уровня осведомленности лица в сфере факторов, которые положительно или отрицательно сказываются на здоровье. Вопросы когнитивного блока позволяют выяснить наиболее авторитетные источники, которые могут поставлять человеку эту информацию.

Для оценки сформированности аффективного компонента отношения используются результаты, полученные из двух пунктов опросника. Они представляют собой модифицированный вариант шкалы самооценки тревожности, разработанной Ч. Спилбергом и Ю.Л. Ханиным. Вопросы, входящие в аффективный блок, используются для определения особенностей

эмоционального состояния (в том числе и уровня тревожности), связанного с переживанием состояния здоровья (благополучия) и состоянием недомогания (ухудшения самочувствия). Таким образом, в результате мы получаем показатель эмоционального фона здоровья и уровня тревожности в ситуациях, когда оно ухудшается.

2.2 Результаты исследования психологического влияния стресса на отношение человека к своему здоровью

Рассмотрим полученные результаты проведенного диагностического исследования. Характеристика выборки по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика выборки

Возраст	Средний возраст	Мужской пол	Женский пол
35-63	51,6	4	28
Всего 32 респондента			

Женщины составили 87,5% выборки, мужчины – 12,5%. Возраст испытуемых составил от 25 до 53 лет. Средний возраст составил при этом 41,6 года.

На рисунке 1 представлено распределение испытуемых по возрасту.

Как видно из представленных данных, 12,5 % (4 человека) испытуемых находятся в возрастном диапазоне от 25 до 30 лет. У 7 человек (21,9%) возраст находится в пределах от 31 до 40 лет. Возраст от 41 до 50 лет зафиксирован нами у большинства испытуемых (59,4%), двое испытуемых имеют возраст старше 40 лет.

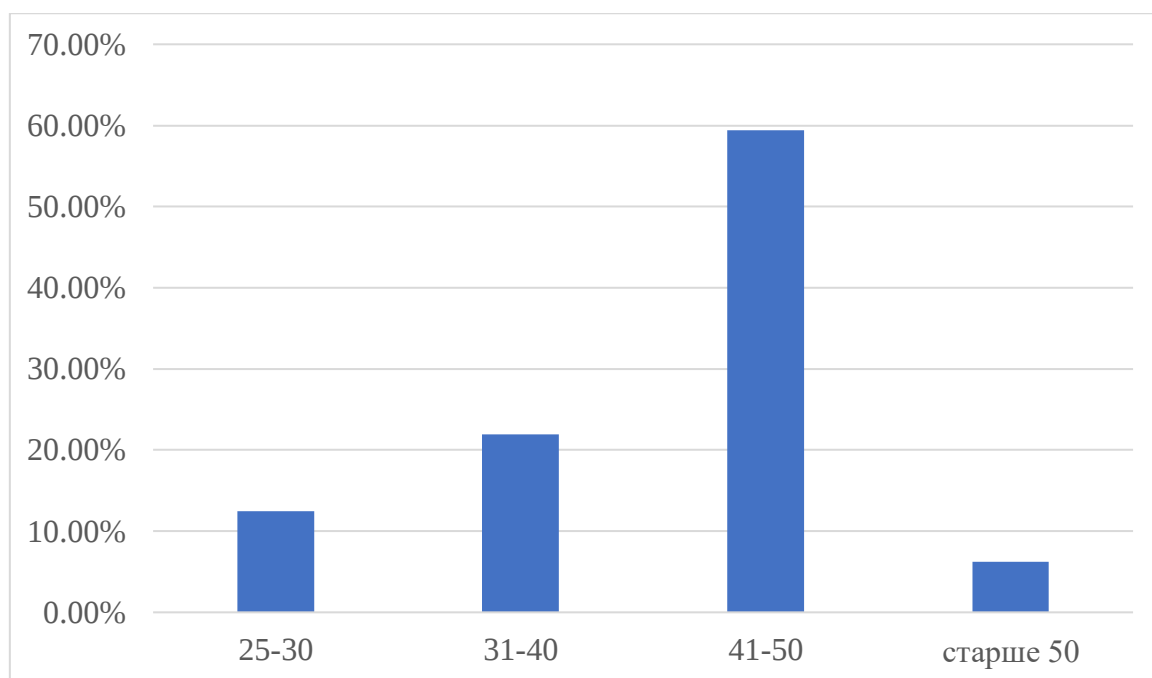


Рисунок 1 – Распределение испытуемых по возрасту

На первом этапе эмпирического исследования была проведена методика «Шкала организационного стресса» Маклин (в адаптации Н. Водопьяновой). Результаты методики представлены в таблице 2.

Среднее значение по интегрированной шкале организационного стресса составляет $52,4 \pm 2,105$, что соответствует поведению типа А (по Фридману). Это говорит о том, что испытуемые восприимчивы к организационному стрессу.

Таблица 2 – Результаты методики «Шкала организационного стресса» Маклин (в адаптации Н. Водопьяновой)

Шкала	Среднее арифметическое
Организационный стресс	52,4
Когнитивность	10,5
Широта интересов	10,0
Принятие ценностей	9,6
Гибкость поведения	11,5
Активность и продуктивность	10,7

На рисунке 2 представлено процентное распределение испытуемых по величине организационного стресса.

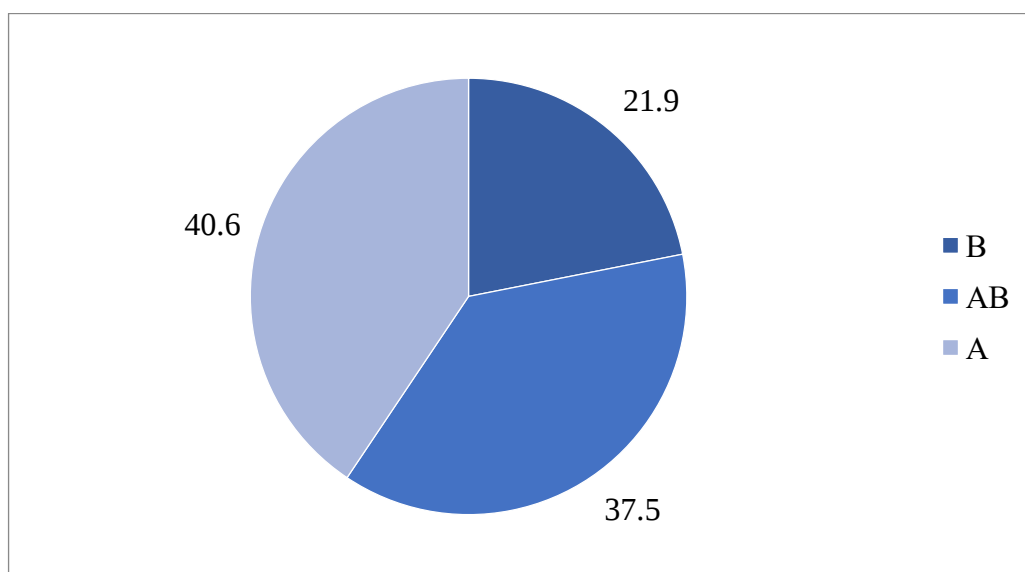


Рисунок 2 – Показатели организационного стресса испытуемых, %

Результаты, представленные на рисунке 2, показывают, что 40,6% всех испытуемых соответствуют типу А – это критический показатель, испытуемые находятся в состоянии стресса. Таким участникам эксперимента нужна профессиональная поддержка психолога, чтобы справиться с напряжением.

37,5% испытуемых имеют промежуточный тип АВ, что означает, что рабочая ситуация вызывает стресс, но у них есть резерв адаптации, который позволяет им справляться со стрессом на работе. Только 21,9% испытуемых относятся к типу В, то есть они устойчивы к стрессу, они самостоятельно справляются с трудностями и находят оптимальные для себя способы адаптации.

Результаты исследования показателей организационного стресса по отдельным шкалам (рисунок 3) показывают, что все шкалы у испытуемых находятся в средних значениях. Сравнивая эти шкалы между собой, видно, что самый высокий показатель установлен для «гибкости поведения» – испытуемые активно ищут способы решения проблем и переживают

негативные эмоции в ситуациях неудач; самый низкий показатель установлен для «принятия ценностей».

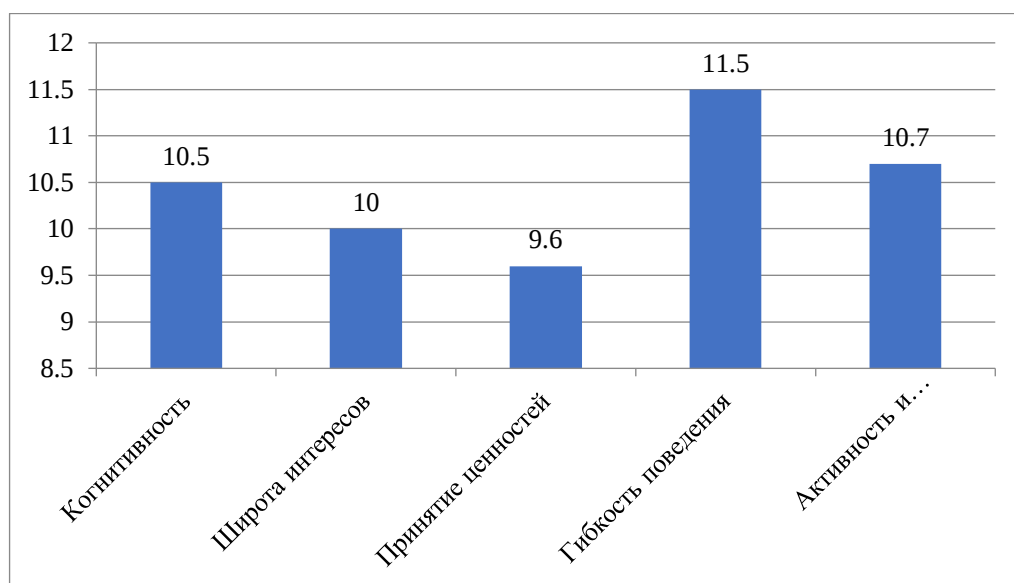


Рисунок 3 – Результаты показателей организационного стресса по отдельным шкалам

Следующей была применена методика «Оценка профессионального стресса» (Опросник Вайсмана). Результаты описательной статистики представлены в табл. 3.

Таблица 3 – Результаты оценки профессионального стресса (Опросник Вайсмана)

Шкала	Среднее арифметическое	Станд.ошибка среднего
Профессиональный стресс	40,2	3,658

Средний балл в группе испытуемых составил $40,2 \pm 3,658$, что соответствует среднему уровню выраженности профессионального стресса. Минимальное количество баллов по методике составляет 15, максимальное – 75. Для оценки уровня выраженности профессионального стресса отнесли к низкому уровню значения в диапазоне 15-35 баллов, к среднему – 36-55, а к

высокому – 56-75 баллов. Процентное распределение испытуемых по уровню выраженности профессионального стресса представлено на рисунке 4.

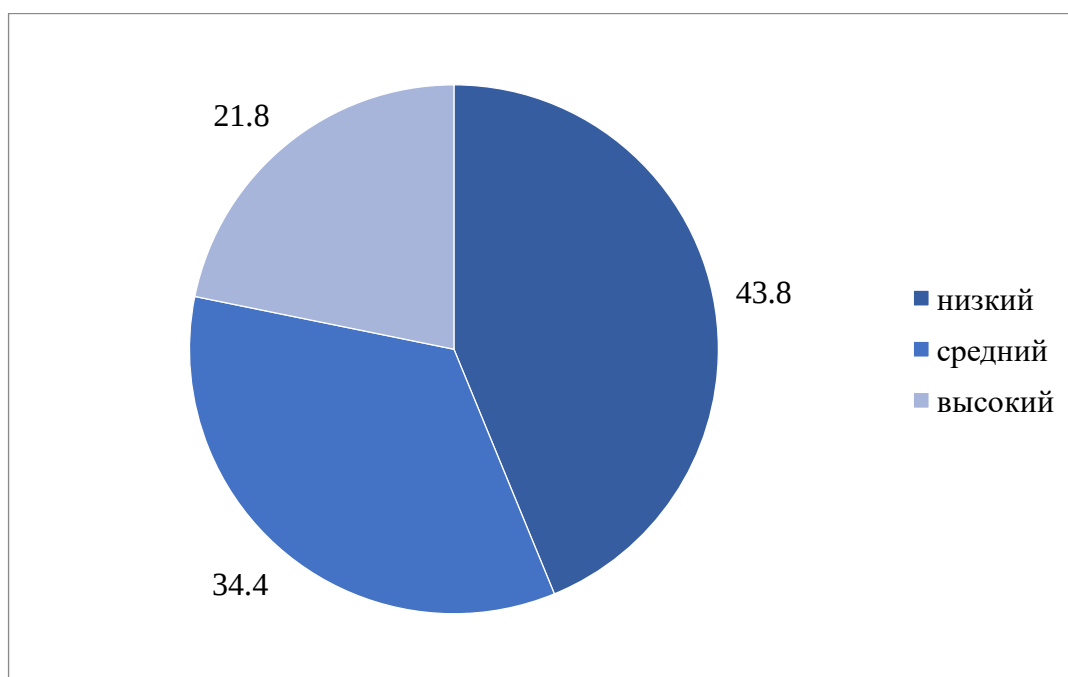


Рисунок 4 – Выраженность профессионального стресса у испытуемых

По данным, представленным на рисунке 5, можно сделать вывод, что 21,8% тестируемых испытывают высокий уровень стресса на работе. Причинами этого состояния респонденты называют такие факторы, как перегрузка работой и обязанностями в течение рабочего дня, отсутствие возможности влиять на решения и действия руководителей. Работники с высоким уровнем стресса также отмечают, что им часто приходится делать то, с чем они не согласны, и их график работы негативно влияет на личную и семейную жизнь.

У 34,4% респондентов уровень стресса является средним. Они указывают, что причинами стресса являются неспособность удовлетворить противоречивые требования коллег, неудовлетворительность своих служебных обязанностей и напряженные взаимоотношения с коллегами.

Большинство тестируемых (43,8%) не испытывает профессиональный стресс. Они хорошо осведомлены о возможностях роста в своей области, успешно справляются с рабочими обязанностями и имеют гармоничные отношения с окружающими. В целом, можно отметить, что респонденты данной категории успешно справляются со стрессовыми и трудными ситуациями при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Измерение феноменологической структуры переживаний стресса проведено с помощью Шкалы PSM-25 Лемура-Тессье-Филлиона (Lemur-Tessier-Fillion) в адаптации Н.Е. Водопьяновой. В ходе проведения диагностического исследования психологического стресса респондентов были получены средние сравнительные результаты, представленные в таблице 4.

Среднее значение по группе испытуемых составило $110,1 \pm 4,835$. Данный показатель находится на среднем уровне выраженности стресса. Процентное распределение испытуемых по уровням стресса представлено на рисунке 5.

Таблица 4 – Результаты исследования по шкале PSM-25

Баллы по опроснику	Среднее значение
Баллы	110,1

Низкий уровень стресса и психической напряженности, который свидетельствует о состоянии психологической адаптированности к рабочим нагрузкам, выявлен у 37,5% сотрудников. Средний уровень стресса выявлен у 46,8% испытуемых. Такие значения могут свидетельствовать о небольшой степени дезадаптации и начинающемся психическом дискомфорте. У 15,6% респондентов был выявлен высокий уровень стресса, для которого характерны не только эмоциональные симптомы, но и физические.

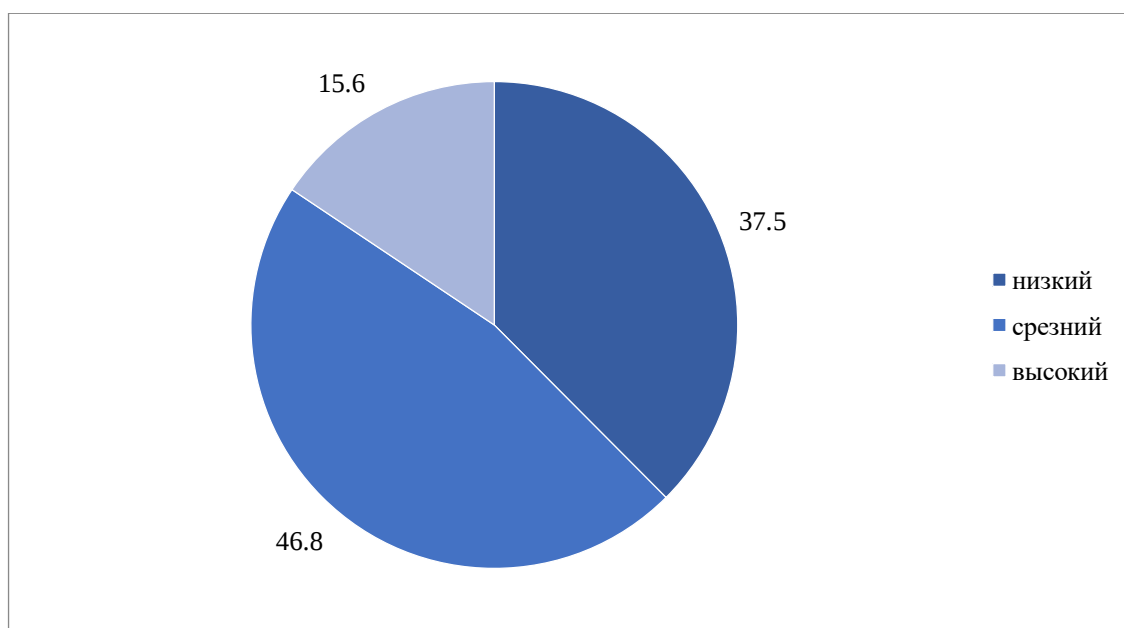


Рисунок 5 – Процентное распределение выборки испытуемых по шкале PSM-25

Для выявления особенностей отношения к здоровью респондентов был проведен сравнительный анализ средних значений, полученных с помощью опросника «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской, по основным структурным компонентам отношения у респондентов с высоким и средним уровнем стресса по шкале PSM-25 (группа 1) и у респондентов с низким уровнем стресса по шкале PSM-25 (группа 2): когнитивным, аффективным и конативным.

Когнитивный компонент отношения к здоровью состоял из двух параметров, первый из которых отражал перечень разнообразных источников, влияющих на осведомленность респондентов в вопросах о здоровье, то есть информационный параметр; второй – отражал факторы, которые, по их мнению, в основном влияют на здоровье.

Был проанализирован информационный параметр, включающий разнообразный перечень источников, было обнаружено, что источники информации по своему авторитету отличаются у испытуемых с разным уровнем стресса. Средние значения авторитетности различных источников

информации о здоровье в когнитивном компоненте отношения к здоровью можно увидеть на рисунке 6.

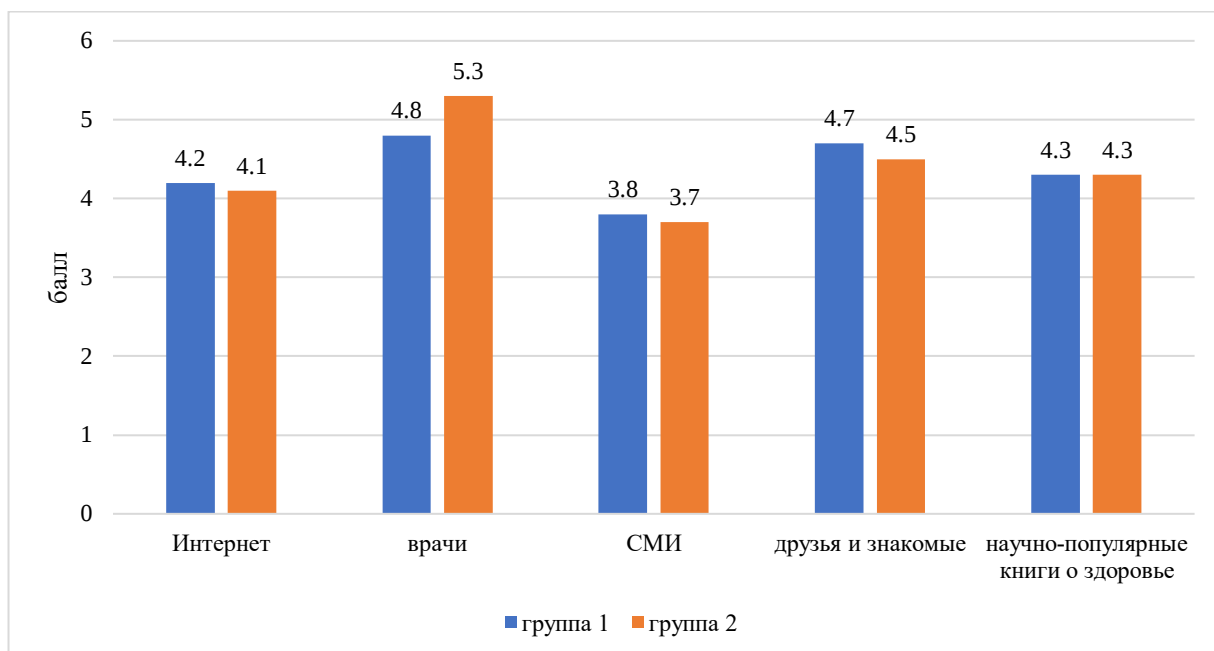


Рисунок 6 – Средние значения авторитета различных источников информации

Оказалось, что врачи пользуются большим авторитетом среди респондентов с низким уровнем стресса, чем среди представителей со средним и высоким уровнем стресса. Это различие подтверждается путем сравнения двух групп с использованием параметрического критерия t-Стьюдента ($p \leq 0,001$). Анализ представленных данных позволяет говорить, что наименьшее влияние на осведомленность в сфере здоровья имеет такая разновидность СМИ, как печатные издания.

Также нас интересовало, какие из существующих факторов жизнедеятельности респондентов больше всего влияют на состояние их здоровья, результаты исследования которого представлены на рисунке 7.

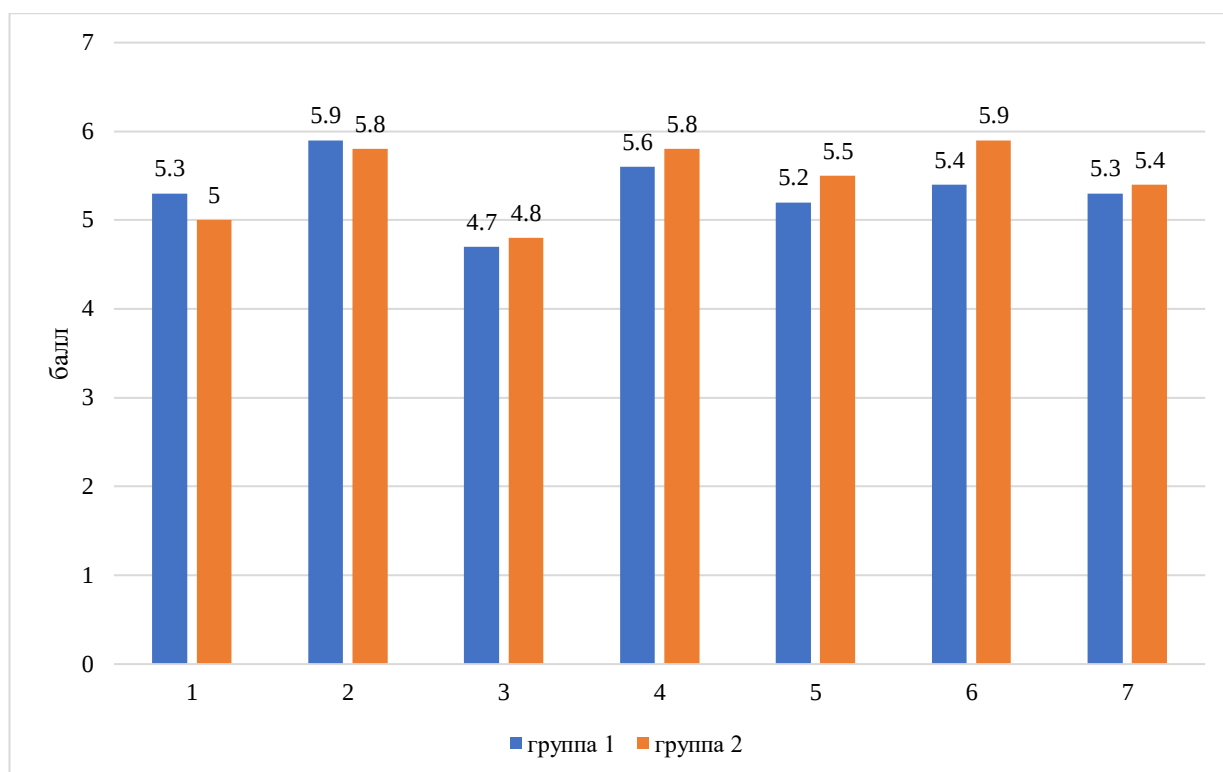


Рисунок 7 – Средние значения факторов, влияющих на здоровье: 1 – качество медицинского обслуживания; 2 – экология и среда; 3 – профессиональная деятельность; 4 – питание; 5 – плохие привычки; 6 – образ жизни; 7. – недостаточная забота о собственном здоровье

Из рисунка 7 видно, что главными факторами влияния на здоровье респондентов двух групп являются экологическая ситуация, качество питания и образ жизни.

Статистически значимые различия ($p \leq 0,02$) выявлены по такому фактору, как образ жизни. По нашему мнению, это может свидетельствовать о том, что испытуемые, которая относится к группе с низким уровнем стресса, больше осознают собственную роль в укреплении здоровья, а также понимают, что (при условии равенства и доступности всех других ресурсов) именно принятие личной ответственности может изменить состояние здоровья в положительную сторону.

В обеих группах респондентов уровень осознания факторов, влияющих на здоровье, а также уровень осведомленности в вопросах сохранения здоровья, имеет показатель выше среднего значения ($M=2,1$), то есть респонденты хорошо осознают различные факторы, которые могут ухудшать

или улучшать состояние здоровья. Учитывая высокие показатели по каждому из параметров, можно утверждать, что как в группе с низким, так и в группе с высоким уровнем стресса когнитивный компонент отношения к здоровью сформирован на высоком уровне.

Аффективный компонент имеет важное значение для формирования адекватного отношения, ведь преобладание положительных эмоций, сопровождающих здорового человека, способствуют активной целенаправленной деятельности субъекта по сохранению собственного здоровья. Для определения специфики аффективного компонента отношения к здоровью мы провели сравнительный анализ его проявления в исследуемых группах.

Руководствуясь статистическими данными относительно средних значений, которые были получены по методике Березовской, нами установлено, что уровень проявления такого параметра как эмоциональный фон выше среднего значения как в группе с высоким ($M = 49,7$), так и в группе с низким уровнем стресса ($M = 53,3$), что подтверждается статистически на уровне $t=2,7$, при $p \leq 0,01$. Что касается уровня тревожности в ситуациях, связанных с ухудшением здоровья, мы обнаружили, что он также выше указанной нормы в обеих группах, но респондентам, принадлежащим к первой группе, свойственен более широкий диапазон тревожных состояний ($M = 42,5$), чем респондентам с низким уровнем стресса ($M = 38,7$), что подтверждается на статистически значимом уровне ($t=2,4$, при $p \leq 0,02$). Таким образом, можно подтвердить гипотезу, что респонденты, принадлежащие к группе с низким уровнем стресса, испытывают больше положительных эмоций, связанных со здоровьем, они менее напряжены и тревожны, в отличие от респондентов с высоким и средним уровнем стресса.

Исследуя особенности проявления аффективного компонента отношения к здоровью, остановились на анализе отдельных эмоциональных состояний в группах респондентов с разным уровнем стресса.

На рисунке 8 представлен эмоциональный фон, сопровождающий респондентов, когда со здоровьем все в порядке.

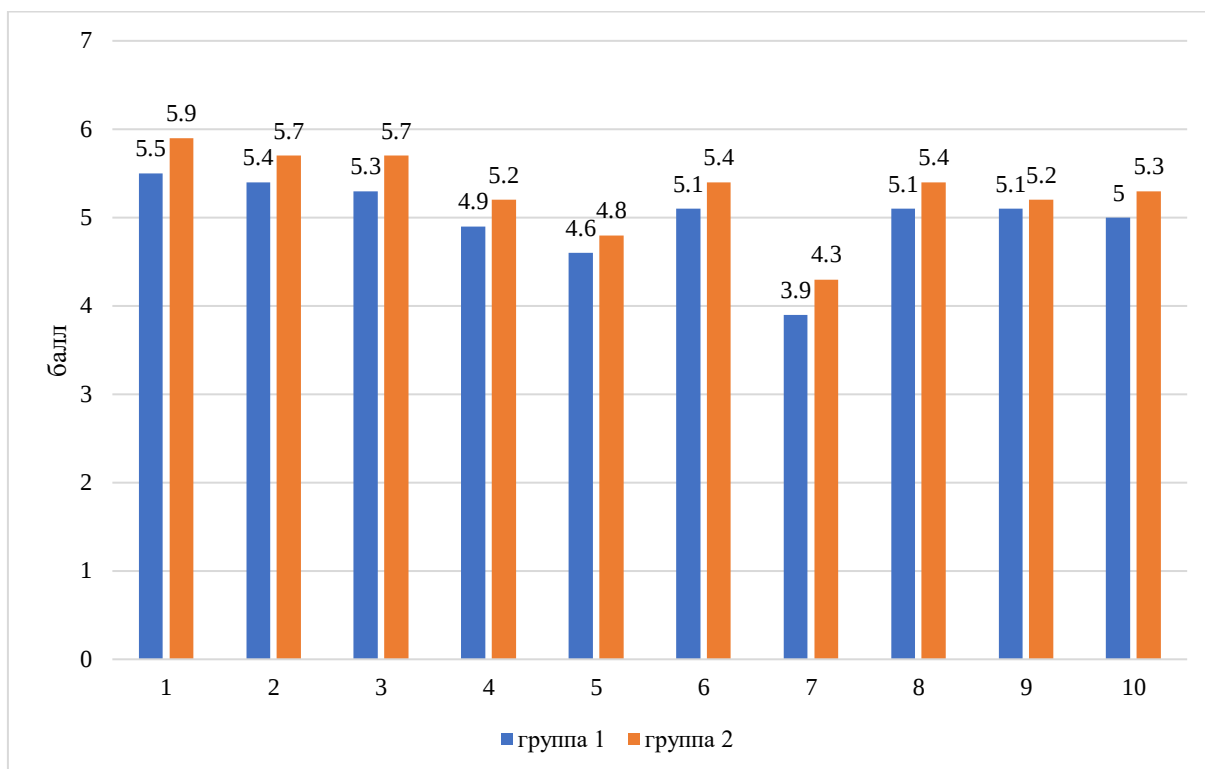


Рисунок 8 – Средние значения параметра «эмоциональный фон здоровья»: 1 – спокойствие; 2 – удовольствие; 3 – счастье; 4 – радость; 5 – ощущение отсутствия какой-либо угрозы; 6 – равнодушие; 7. – отсутствие обеспокоенности; 8 – уверенность в себе; 9 – свобода; 10 – внутреннее удовлетворение

Несмотря на преобладание высоких показателей по положительно окрашенным эмоциональным проявлениям, ощущение присутствия угрозы и обеспокоенность по этому поводу не покидает представителей обеих исследуемых групп. И все же, статистически значимые различия в исследуемых группах прослеживаются по таким эмоциональным проявлениям, как счастье ($t=0,3$, $p \leq 0,01$) и спокойствие ($t=1,7$, $p \leq 0,1$), присущие респондентам с низким уровнем стресса.

Важным также было установление того, какие именно эмоциональные проявления сопровождают респондентов во время ухудшения состояния

физического и психологического здоровья. Средние значения каждого эмоционального проявления можно увидеть на рисунке 9.

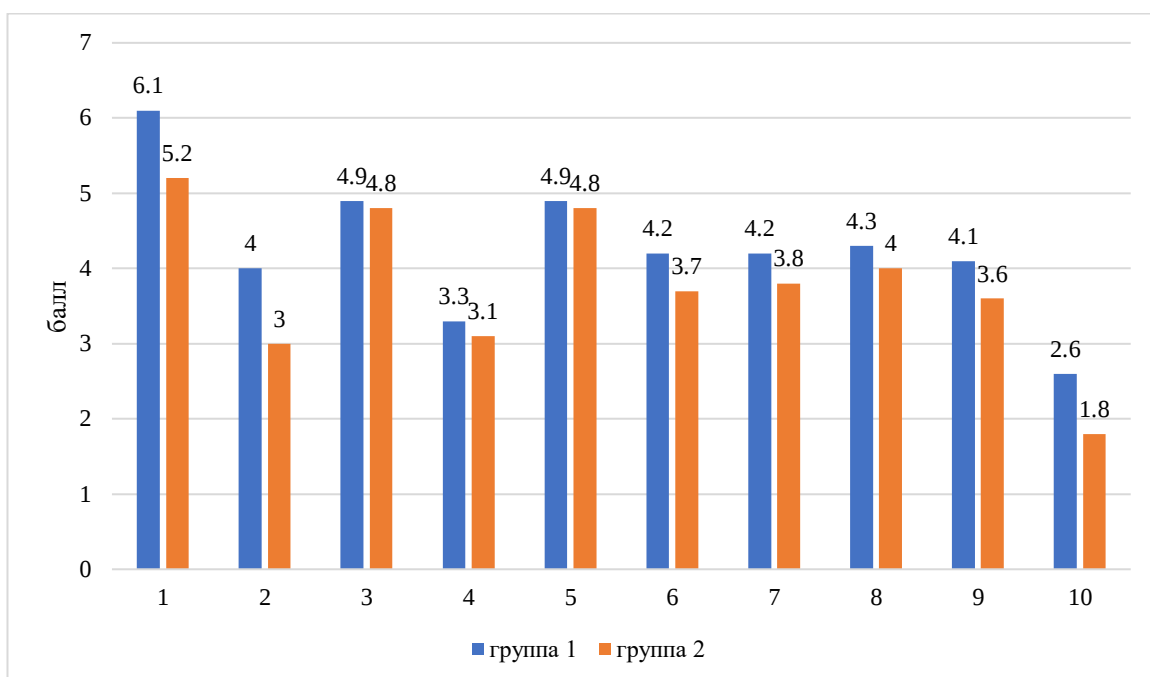


Рисунок 9 – Средние значения параметра тревожности: 1 – отсутствие покоя; 2 – сожаление; 3 – обеспокоенность; 4 – чувство вины; 5 – грусть; 6 – страх; 7 – раздраженность; 8 – подавленность; 9 – беспокойство и нервозность; 10 – стыд

Анализ представленных данных позволяет говорить, что наиболее выраженными эмоциональными проявлениями в ситуациях, когда состояние здоровья ухудшается являются: отсутствие покоя, обеспокоенность и грусть. Эти тревожные состояния проявляются в обеих исследуемых группах на высоком уровне. Статистически значимые различия между группами с низким и высоким уровнем стресса существуют по таким эмоциональным проявлениям, как страх ($t=2,1$, при $p \leq 0,03$), беспокойство и нервозность $t=2$, $p \leq 0,04$, раздражительность ($t=1,8$, при $p \leq 0,07$).

Учитывая все выше указанные особенности проявления аффективного компонента, можно утверждать, что положительный эмоциональный фон и тревожность у испытуемых с разным уровнем стресса проявляется по-разному. Для респондентов, имеющих низкий уровень стресса, в

эмоциональном аспекте свойственна направленность в сторону преобладания положительно окрашенных эмоций, что также положительно отражается на их жизнедеятельности; в то время как респонденты со средним и высоким уровнем стресса склонны концентрироваться на негативных эмоциональных переживаниях, что обычно ухудшает здоровье и качество жизни в целом. Таким образом, можно утверждать, что проявление аффективного компонента отношения к здоровью по проявлению положительных эмоций выше у людей с низким уровнем стресса по сравнению с людьми с более высоким уровнем стресса.

Для выявления особенностей поведения респондентов, связанных с сохранением и укреплением здоровья, или, наоборот, его ухудшением, был проанализирован конативный компонент отношения респондентов к здоровью. Для этого сначала сравнили средние значения проявления конативного компонента в исследуемых группах ($M = 34,7$ для группы с высоким и средним уровнем стресса и $M = 39,1$ для группы с низким уровнем стресса), со стандартным показателем по методике Березовской ($M = 41,8$). Оказалось, что в первой группе уровень проявления конативного компонента значительно ниже среднего показателя, в то время как во второй группе он приближается к среднему значению ($p \leq 0,01$). Это может свидетельствовать, о слабом проявлении этого компонента в группе с высоким и средним уровнем стресса, что проявляется в нежелании выполнять определенные меры для укрепления и сохранения физического и психологического здоровья. В группе с низким уровнем стресса этот показатель имеет средний уровень проявления, что свидетельствует о недостаточной сохраняющей активности и неустойчивой мотивации по укреплению здоровья.

На рисунке 10 представлены показатели уровней проявления той или иной поведенческой стратегии в исследуемых группах.

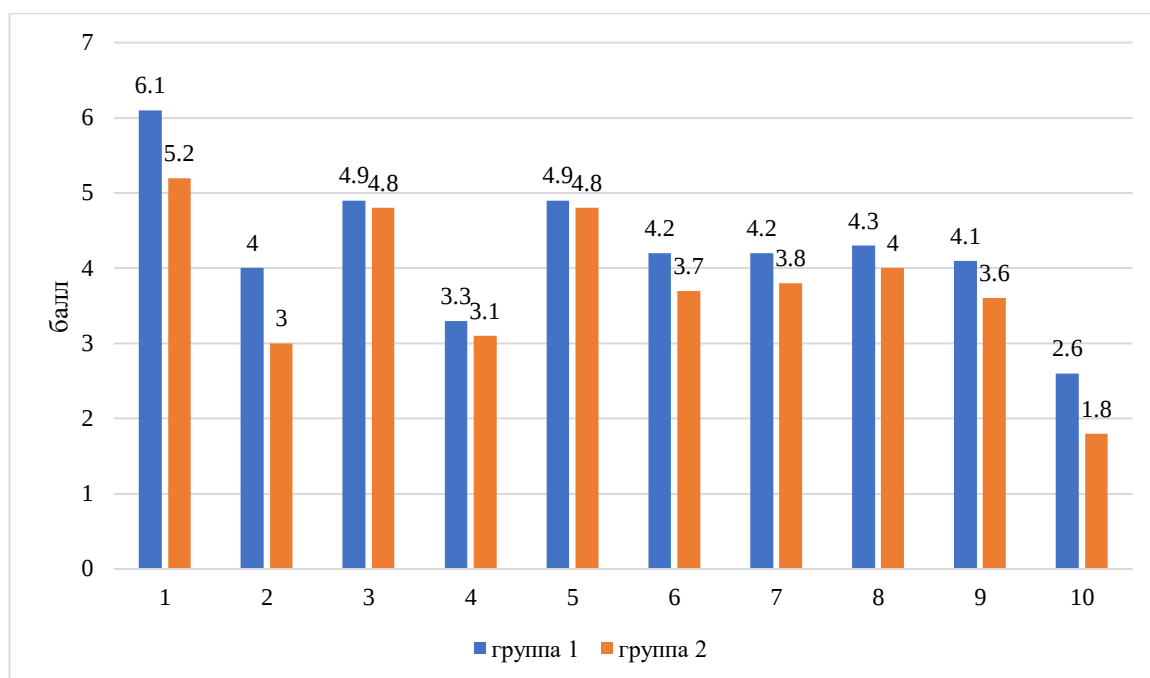


Рисунок 10 – Средние значения рангов поведенческих стратегий: 1 – физические упражнения (зарядка, бег и т.п.); 2 – диета; 3 – забота о режиме сна и отдыха; 4 – закаливание; 5 – посещение врача с профилактической целью; 6 – контроль веса; 7 – посещение сауны; 8 – избегание плохих привычек; 9 – посещение спортивных секций; 10 – практика специальных оздоровительных систем (йога и т.п.)

Чтобы выявить статистически значимые различия в поведенческих стратегиях каждой из исследуемых групп, использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Так, статистически значимые различия были выявлены по таким стратегиям, как: занятия физическими упражнениями ($p \leq 0,001$), соблюдение диеты ($p \leq 0,05$), закаливание ($p \leq 0,05$), контроль собственного веса ($p \leq 0,01$), избегание плохих привычек ($p \leq 0,01$) и занятия спортом ($p \leq 0,01$). Интересно, что именно среди респондентов с высоким уровнем стресса был выявлен наибольший показатель плохих привычек, что подтверждается на уровне поведения их склонности к злоупотреблению сигаретами и табакокурению.

Для проверки статистически значимых различий в проявлении поведения в ситуациях, связанных с ухудшением состояния здоровья, был применен параметрический критерий t-Стьюдента. Было установлено, что респонденты с высоким уровнем стресса прибегают к обозначенным копинг-

стратегиям чаще, чем респонденты противоположной группы. Эти данные отражены на рисунке 11.

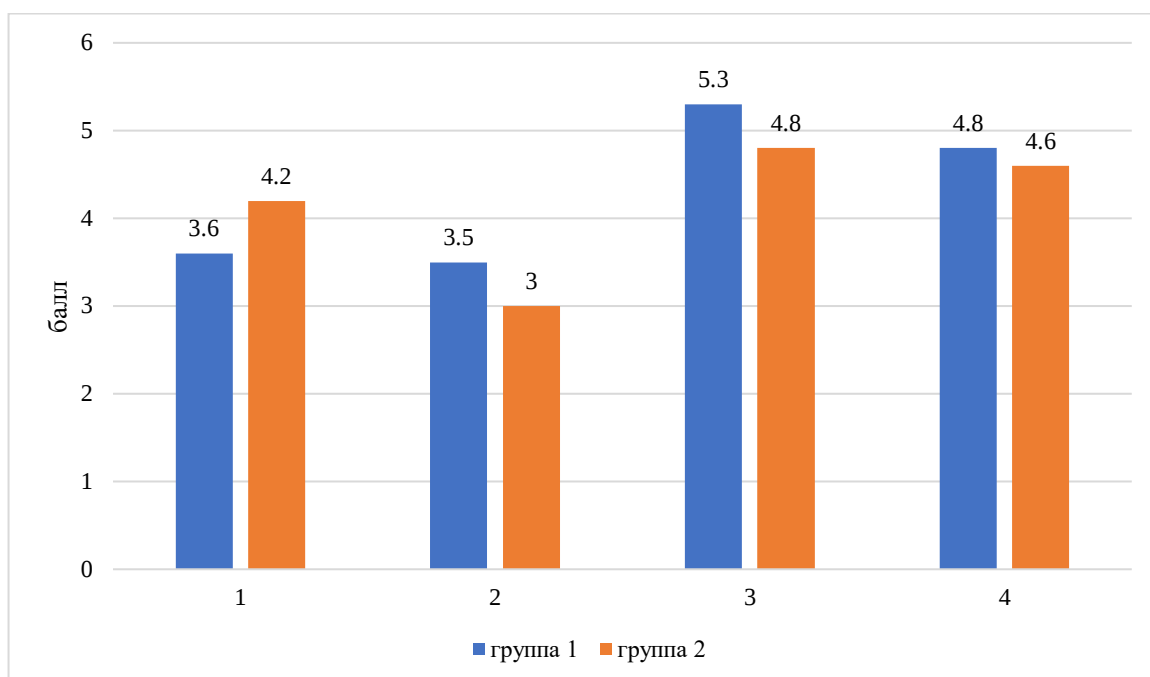


Рисунок 11 – Средние значения копинг-стратегий респондентов с разным уровнем стресса: 1 – поиск социальной поддержки среди профессионалов; 2 – дистанцирование; 3 – поведение с опорой на предыдущий опыт; 4 – поиск социальной поддержки среди близких и друзей

Как представлено на графике, самыми распространенными поведенческими стратегиями оказались: дистанцирование, как попытка не воспринимать всерьез происходящее со здоровьем, то есть игнорирование потребностей организма ($t=2,7$ при $p \leq 0,01$); поведение с опорой на предыдущий опыт преодоления неприятных состояний и ощущений, связанных со здоровьем ($t=2,7$ при $p \leq 0,05$). Среди испытуемых с низким уровнем стресса наиболее распространенным было поведение, основанное на опыте «значимых других», то есть поиск социальной поддержки среди профессионалов ($t=1,9$ при $p \leq 0,05$).

Подытоживая вышеупомянутые особенности в проявлении конативного компонента отношения к здоровью необходимо отметить, что в целом он имеет недостаточный уровень, что свидетельствует о слабой способности

респондентов регулировать состояние собственного здоровья и самостоятельно выполнять определенные действия, которые будут направляться на сохранение не только физического, но и психологического здоровья.

Поэтому, для того чтобы понять причины рискованного поведения в сфере здоровья, сравнили главные мотивы его пренебрежения среди людей с разным уровнем стресса, что отражено на рисунке 12.

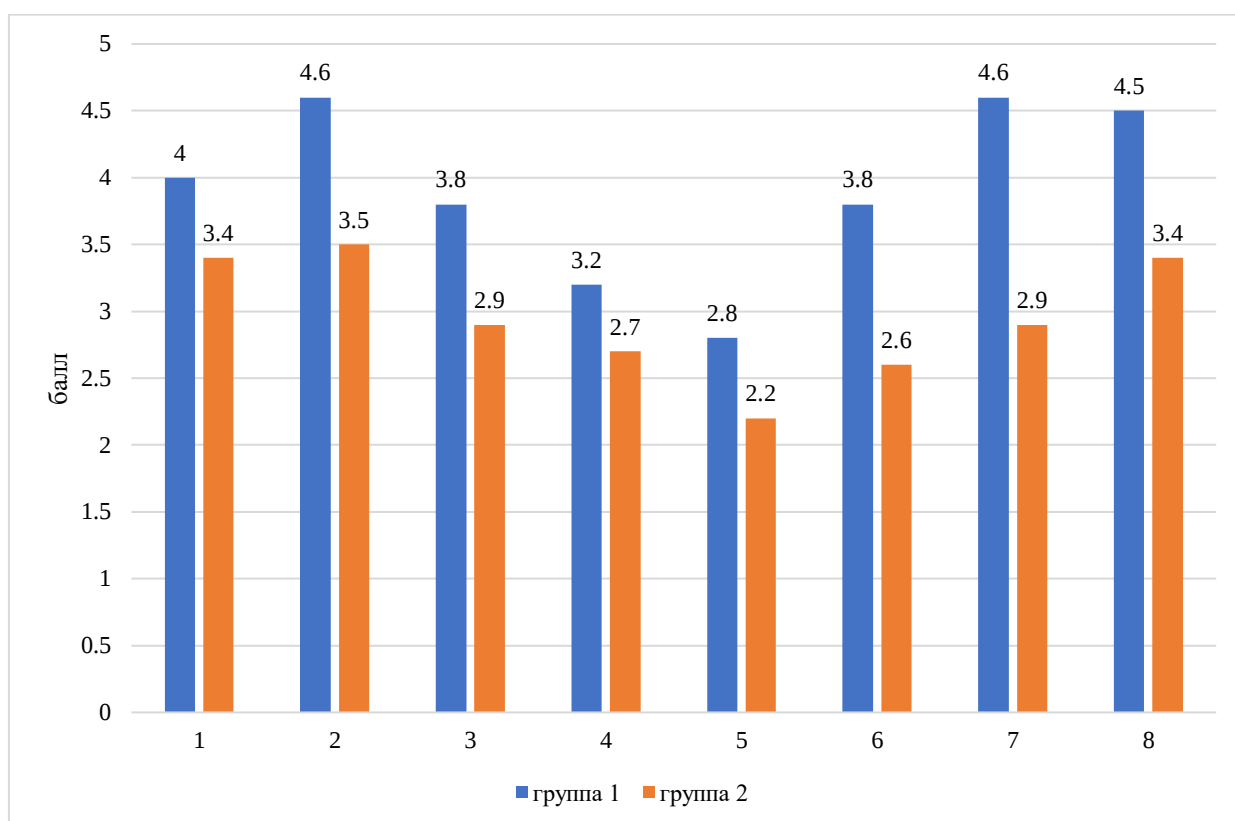


Рисунок 12 – Средние значения мотивов пренебрежения заботой о здоровье: 1 – не хватает силы воли; 2 – нет времени; 3 – нет компании; 4 – не хочу себя ограничивать; 5 – не знаю, что нужно делать; 6 – нет соответствующих условий; 7 – нет средств; 8 – есть более важные дела.

Опираясь на представленные результаты, можно констатировать, что сдерживающие мотивы по сохранению собственного здоровья присущи больше всего группе с высоким и средним уровнем стресса ($t=5,7$ $p \leq 0,001$). Статистически значимой в двух группах является различие по следующим мотивам: нежелание следить за здоровьем самостоятельно ($t=3,5$ $p \leq 0,001$);

наличие более важных дел ($t=2,8$ $p\leq 0,01$); отсутствие условий ($t=4,7$ $p\leq 0,001$), средств ($t=2,7$ $p\leq 0,01$), силы воли ($t=2$, $p\leq 0,05$) и свободного времени ($t=4,5$ $p\leq 0,001$).

В процессе анализа смысловой нагрузки доминирующих мотивов пренебрежения здоровьем было решено распределить их на две подгруппы в соответствии с локализацией: внутренние, с опорой на себя, и внешние, с опорой на факторы внешней среды. Оказывается, что респонденты с высоким уровнем стресса склонны объяснять недостаточность заботы о собственном здоровье внешними факторами.

Приписывание ответственности за собственное здоровье определенным случайным событиям или судьбе более присуще людям с высоким уровнем стресса, что подтверждается статистически ($t=3$, $p\leq 0,01$). Соотнесение средних значений по каждому типу ответственности со стандартными данными позволило установить, что каждый из типов локуса контроля имеет умеренный уровень проявления. Это свидетельствует о недостаточном уровне собственного ответственного поведения, связанного с сохранением здоровья.

Для определения социально-психологических особенностей отношения респондентов к здоровью важно обратить внимание на взаимосвязь его компонентов у людей с высоким и низким уровнем стресса. Для статистической обработки полученных данных использован параметрический тест Пирсона, который позволил выявить связи компонентов отношения к здоровью между собой, а также показать, каким образом структурные компоненты отношения соотносятся с такими факторами, как локус контроля в сфере здоровья, ценности, а также удовлетворенность респондентами различными сферами их жизни.

В процессе анализа полученных данных было установлено, что структурные компоненты отношения к здоровью людей с низким уровнем стресса взаимосвязаны на статистически значимом уровне. Статистический анализ выявил корреляции на уровне значимости $p\leq 0,001$ между когнитивным и конативным, когнитивным и аффективным; конативным и когнитивным, а

также между конативным и аффективным компонентами на уровне значимости $p \leq 0,05$.

Для большей наглядности эти связи изображены на рисунке 13.

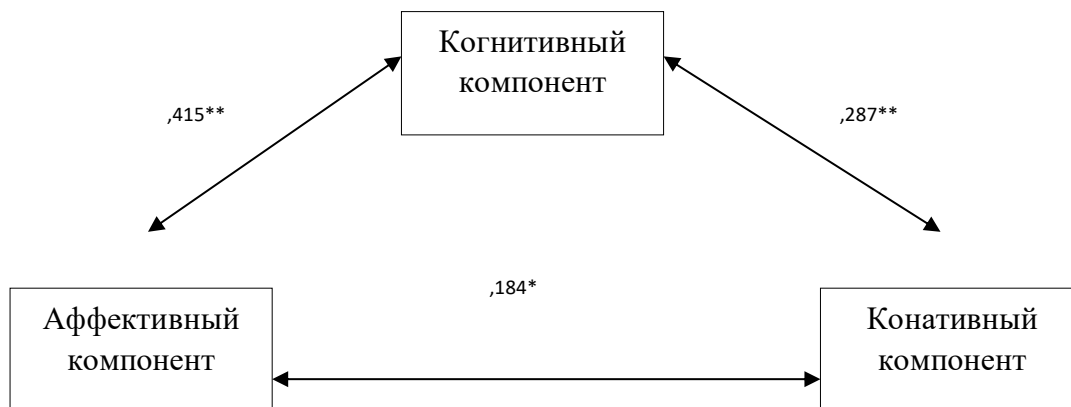


Рисунок 13 – Корреляционные связи между компонентами отношения к здоровью лиц с низким уровнем стресса (* - $p \leq 0,05$, ** - $p \leq 0,01$)

Наличие прямых корреляций между тремя составляющими отношения свидетельствует о гармоничном типе взаимосвязи между когнитивным, конативным и аффективным компонентами отношения к здоровью людей с низким уровнем стрессе.

Кроме этого, также было установлено, что когнитивный компонент отношения к здоровью положительно коррелирует с такими отдельными параметрами аффективного компонента, как эмоциональный фон, сопровождающий хорошее состояние здоровья ($r=0,374$, при $p \leq 0,01$), и показатель тревожности ($r=0,409$, при $p \leq 0,01$). Существование связи между когнитивным компонентом и двумя противоположными параметрами отношения к здоровью можно объяснить тем, что когнитивный компонент отношения к здоровью состоит как из знаний о путях и способах, укрепляющих здоровье и создающих положительный эмоциональный фон, так и из осознания негативных факторов, которые могут наносить вред и ухудшать здоровье человека, что активизирует ситуативную тревожность. В результате статистической обработки данных обнаружили прямую связь между уровнем

тревожности и мотивацией рискованного отношения к здоровью: чем выше у субъекта будет мотивация пренебрежения собственным здоровьем, тем больше будет уровень его тревожности по этому поводу ($r=0,392$, при $p \leq 0,01$).

В группе респондентов с высоким и средним уровнем стресса корреляции между структурными компонентами отношения к здоровью имеют другие особенности. Так, нами установлено существование тесной положительной связи на уровне значимости $p \leq 0,001$ между аффективным и когнитивным, а также аффективным и конативным компонентами отношения (рисунок 14).

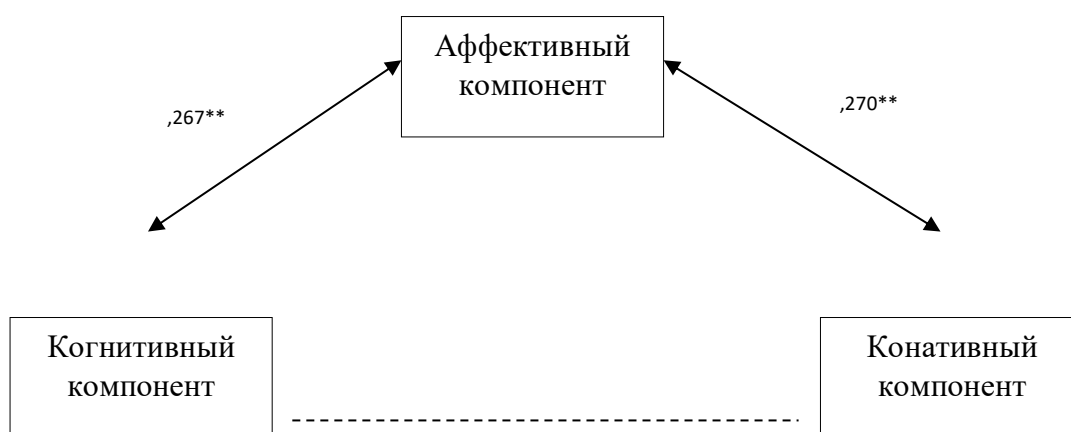


Рисунок 14 – Корреляционные связи между компонентами отношения к здоровью испытуемых с высоким и средним уровнем стресса (* - $p \leq 0,05$, ** - $p \leq 0,01$)

Представленные данные наглядно демонстрируют, что корреляционной связи между когнитивным и конативным компонентами отношения испытуемых к здоровью на статистически значимом уровне не обнаружено. На наш взгляд, это является свидетельством отсутствия когерентного типа взаимосвязи между когнитивным, конативным и аффективным компонентами отношения лиц с высоким и средним уровнем стресса, что может отражаться на сознании и вызывать диссонанс между знаниями о здоровье и реальной деятельностью по его сохранению.

В результате статистического анализа выявлено существование прямой связи между таким параметром аффективного компонента, как уровень тревожности с когнитивным и конативным компонентами отношения к здоровью ($r=0,203$ и $r=0,202$, при $p \leq 0,05$ соответственно): чем выше беспокойство человека о здоровье, тем чаще он будет искать информацию о том, как помочь ситуации, и выполнять определенные меры по улучшению здоровья.

Также было установлено, что люди с низким уровнем стресса в качестве факторов, которые влияют на состояние здоровья, указывали особенности питания, вредные привычки и образ жизни, а люди с высоким уровнем стресса – экологическую обстановку и профессиональную деятельность, что подтверждается статистически ($t=2,821$, $p \leq 0,01$).

В ходе исследования установлено существование обратной связи между уровнем профессионального стресса и когнитивным компонентом отношения к здоровью ($r=0,198$ при $p \leq 0,05$). Чем выше уровень профессионального стресса, тем меньше внимания респонденты уделяют получению информации о здоровье и здоровом образе жизни, они мало интересуются источниками получения информации о здоровье и здоровом образе жизни, не задумываются о влиянии различных факторов на состояние здоровья.

2.3 Рекомендации по снижению воздействия стресса на состояние здоровья

Своевременное выявление стресса. Прежде всего необходимо распознать для себя источники существующего стресса и проанализировать, каким образом личность готова справляться со стрессом в контексте действия того или иного источника. Здесь необходим анализ собственных мыслей, идей, чувств, привычек и отношения к тому, что вызывает стресс.

Стоит отметить, что причины стресса не всегда очевидны, поэтому анализ будет помогать человеку лучше определить, как стоит относиться к

стрессовым событиям, и чего именно стоит избегать. После этого стоит задуматься, существуют ли лучшие методы, укрепляющие ваше физическое и психологическое здоровье и помогающие именно вам чувствовать себя спокойно и держать ситуацию под контролем.

«Определение стратегий управления стрессом. Здесь важно, чтобы личность выбрала для себя путь преодоления стресса – изменение ситуации, или изменение отношения к ней.

Изменение ситуации происходит двумя путями:

- избегание стрессоров – избегание тем, вызывающих дискомфорт, споры, если это возможно и соответствует контексту ситуации;
- превращение стрессоров – определение для себя стратегий, каким образом возможно преобразовать ситуацию так или решить ее на таком уровне, чтобы снизить риски ее повторения до минимальных значений. Как правило, это касается изменения жизненной ежедневной деятельности, или ситуации общения с определенным кругом лиц, или с одним конкретным лицом и т.д.

Изменение отношения может включать стратегии:

- адаптация к стрессорам – умение человека смотреть на проблему под другим углом, более широко, выявлять положительные стороны, ставить достижимые цели для самого себя, обосновывать стандарты, по которым человек проживает жизнь и т.д.;
- принятие стрессоров – происходит в том случае, когда человек не может изменить ситуацию и не может контролировать некоторые аспекты жизни, например, поведение окружающих людей. В данном случае главной рекомендацией становится фокусирование внимания на тех аспектах, которые, наоборот, поддаются контролю и влиянию личности.

Использование техник релаксации. Это способность переключаться, в условиях тишины, комфорта, сосредоточенности, контроля дыхания, пассивности и т. д. Здесь стоит использовать воображение и другие

возможности, например, созерцание природы, красивых ландшафтов или приятных фото, цветов, прослушивание музыки, или же наоборот полное отсутствие звуков вокруг, полная тишина. Довольно часто в таких случаях рекомендуют обращаться к техникам массажа, ароматерапии и т.д.

Использование физических упражнений. Довольно много исследователей определяют физическую нагрузку одним из самых действенных способов развития стрессоустойчивости и немедленного преодоления стресса.

Физические упражнения улучшают способность организма использовать кислород и кровообращение, обуславливает выработку эндорфина, способствует улучшению дыхательной системы»[29].

Вывод по главе 2.

По результатам исследования по определению специфики отношения респондентов к здоровью через особенности проявления его компонентов было выявлено, что уровень осведомленности и компетентности респондентов в сфере здоровья, отражающий сущность когнитивного компонента, мало различается в группах испытуемых, а в их представлении о здоровье преобладают физические характеристики здоровья.

Аффективный компонент отношения к здоровью проявляется в преобладании положительного эмоционального фона у людей с низким уровнем стресса, что указывает на их способность находить эмоциональный баланс. Анализ ситуативной тревожности респондентов с высоким уровнем стресса что свидетельствует об их склонности фиксироваться, по большей части, на негативных эмоциональных переживаниях.

Конативный компонент отношения к здоровью людей с низким уровнем стресса характеризуется ориентацией на активное, последовательное, сохраняющее поведение, склонностью к конструктивному копингу (поиск социальной поддержки).

Испытуемые с высоким и средним уровнем стресса склонны к пассивным способам укрепления здоровья и в основном используют неконструктивный копинг (дистанцирование).

Заключение

В ходе выполнения работы были сделаны следующие выводы:

- отношение человека к здоровью является внутренней стороной системы селективных, субъективно оценочных, социально детерминированных связей человека с различными явлениями, способствующими или угрожающими его здоровью, опосредуется жизненным опытом и характеризуется спецификой проявления и когерентностью взаимосвязи когнитивного, аффективного и конативного компонентов;
- установлено, что когнитивный компонент отношения к здоровью у людей с разным уровнем стресса характеризуется достаточно высоким уровнем осведомленности, компетентности в сфере здоровья, осознанием места здоровья в обеспечении социально-активной и длительной жизнедеятельности, в содержание их представлений о здоровье входят такие центральные элементы, как спорт, сила, жизнь, отражающие физические характеристики здоровья;
- аффективный компонент отношения к здоровью людей с низким уровнем стресса характеризуется преимуществом положительного эмоционального фона, что указывает на качество эмоциональных переживаний и способность этой группы людей наслаждаться здоровьем;
- конативный компонент отношения к здоровью испытуемых с низким уровнем стресса отличается более последовательным, ориентированным на сохранение здоровья поведением, склонностью к более конструктивным копинг-стратегиям, в то же время, испытуемые с высоким уровнем стресса предпочитают пассивные формы заботы о здоровье, чаще выбирают дистанцирование или игнорирование как способы преодоления проблем со здоровьем.

Список используемой литературы

1. Акимов А.М., Каюмова М.М., Гафаров В.В. Отношение к своему здоровью и стресс в семье в открытой городской популяции: распространенность, взаимосвязи // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2018. Т. 33. № 4. С. 148-153.
2. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.
3. Ананьева Л. В. Методика формирования здорового образа жизни студентов вузов. Самара : Самарский национальный исследовательский университет имени академика С. П. Королёва, 2020. 44 с.
4. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. М. : Мединформ, 2018. 579 с.
5. Ахтямова В.А. Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека // Студенческий форум. 2020. № 40-1. С. 37-40.
6. Белоус О.В., Вареца Е.С., Дохоян А.М. Психологическое здоровье и стресс: ресурсы и поддержка. Армавир : Армавирский государственный педагогический университет, 2023. 93 с.
7. Березина Е.Б. Содержание и структура обыденных представлений о болезнях в молодежной среде : дисс...канд.психол.наук. М., 2011. 160 с.
8. Березовская Р. А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии // Вестник СПбГУ. 2011. Вып. 1. С. 222-226.
9. Бовина И. Б. Представления о здоровье и болезни в молодёжной среде // Вопросы психологии. 2005. №3. С. 90-97.
10. Бовина И.Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы : автореф. дис. на получение наук. степени доктора психол. наук. М., 2009. 48 с.
11. Богданов С.А. Психосоциальная поддержка в кризисной ситуации. М. : Детский фонд ООН, 2015. 76 с.

12. Буркова В.Н., Бутовская М.Л., Дронова Д.А. Эмпатия, тревожность и агрессия у московских студентов // Этнографическое обозрение. 2019. № 5. С. 169-188.
13. Вайнер Э.Н. Валеология. М. : Флинта, 2001. 416 с.
14. Васильева Е.Ю. Основы психологии для медицинских вузов. М. : Кнорус, 2022. 154 с.
15. Васильева Т.Н., Федотова И.В., Некрасова М.М. Психопрофилактика негативного влияния профессиональных факторов на здоровье и работоспособность школьных учителей // Социальные аспекты здоровья населения. 2019. Т. 65. № 3. С. 8.
16. Васильева О. С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М. : Академия, 2001. 352 с.
17. Васютин А. М. Психоанимационная терапия, или Лечение болезней души и тела с помощью образных психотерапевтических фильмов. Ростов-н/Д. : Феникс, 2015. 316 с.
18. Великий П., Заикина А. Ценности жизненной перспективы // Человеческие ресурсы. 2003. №3. С. 57-60.
19. Водопьянова Н. Е. Стресс-менеджмент. М. : Юрайт, 2018. 283 с.
20. Габулова И.М. Психологический анализ внутриличностных конфликтов // Флагман науки. 2023. № 9 (9). С. 326-329.
21. Галкина Н.Ю. Психологические методы профилактики стресса в современных условиях // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 60-2. С. 403-407.
22. Ганишина И.С. Психология здоровья. Ульяновск : Зебра, 2023. 69 с.
23. Гафиатулина Н.Х., Барановский С.Б., Самыгин С.И. Угроза общественной безопасности как фактор влияния на социальное здоровье российской студенческой молодежи // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2018. № 6. С. 25-29.

24. Дегтярева И.И., Троицкий Д.В., Алиев Э.А. Психолого-педагогический феномен, отношения человека к своему физическому и психическому здоровью // ОБЖ: Основы безопасности жизни. 2022. № 1. С. 35-37.
25. Дерябо С., Ясин В. Отношение к здоровью и к здоровому образу жизни: методика измерения // Директор школы, 2011. №2. С. 7-16.
26. Дубовицкая Т.Д., Шашков А.В., Кухарчук О.В. Отношение к здоровью и качество жизни человека // Мир науки. Педагогика и психология. 2023. Т. 11. № 4.
27. Евдокимов И.М. Психогигиеническая сторона физической культуры и спорта // Культура физическая и здоровье. 2023. № 1. С. 266-268.
28. Ериков В.М., Никулин А.А., Иванникова Т.В. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация лиц, имеющих отклонения в здоровье. СПб. : Лань, 2021. 192 с.
29. Жданов Р.И. Взаимосвязь стратегий совладания с экзаменационным стрессом и тревожности: роль пола, физиологических показателей и занятий спортом // Образование и саморазвитие. 2020. № 2. С. 57-73.
30. Заварзина О.В. Психология экстремальных ситуаций: монография. М. : ИНФРА-М, 2020. 176 с.
31. Иванушкин А. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека // Вестник АМН СССР. 1982. Т.4. С. 21-39.
32. Кабаева В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков : дис. ... канд. психол. наук. М., 2002. 280 с.
33. Казаков Ю.Н. Методология активации превентивной безопасности: человекознание, стрессаведение, здоровьесохранения. М. : Научный консультант, 2019. 454 с.

34. Каменева Т.Н., Разов П.В., Кунилова К.Д. Здоровье населения и отношение к нему в условиях нестабильности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31. № 2. С. 227-232.
35. Ключкова Е.В. Философия здоровья. М. : Теревинф, 2019. 274 с.
36. Копачевская М.И., Шмакова А.Ф. Здоровье и фитнес: влияние регулярных тренировок на психическое благополучие // Вестник науки. 2023. № 10. С. 603-607.
37. Котова М.Б., Розанов В.Б., Александров А.А. Образ жизни, отношение к здоровью и поведенческие привычки в условиях психосоциального стресса сотрудников общеобразовательных школ Москвы // Профилактическая медицина. 2013. Т. 16. № 5. С. 20-29.
38. Кутбиддинова Р. А. Психология стресса (виды стрессовых состояний, диагностика, методы саморегуляции). Южно-Сахалинск : СахГУ, 2019. 124 с.
39. Лебедева Л.В. Социальная психология. М. : ФЛИНТА, 2019. 230 с.
40. Левченко Е. История и теория психологии отношений. СПб. : Алетейя, 2003. 312 с.
41. Линде Н. Д. Эмоционально-образная (аналитически-действенная) терапия: чувство-образ-анализ-действие. М. : Генезис, 2018. 376 с.
42. Лифшиц М.В. Взаимосвязь базовых убеждений, насыщенности жизни стрессом и психологического благополучия // Человеческий капитал. 2019. № 10. С. 126-132.
43. Ломов Б. Ф. Системность в психологии. М. : МПСИ, 2011. 424 с.
44. Московичи С. Социальное представление: исторический взгляд // Психологический журнал. 1995. №2. С. 3-14.
45. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды. М.: Модэк МПСИ, 2004. 158 с.
46. Никифоров Г.С., Дудченко З.Ф. Психология здоровья в России: у истоков. М. : Скифия, 2019. 144 с.

47. Николаева Э.Ф. Качество жизни как фактор стрессовых состояний у лиц пожилого возраста // Балканское научное обозрение. 2020. № 3. С. 56-59.
48. Панченко Л.Л., Спиридонова Н.Э. Профессиональный стресс и отношение к здоровью у проводников пассажирских вагонов // Вестник Морского государственного университета. 2008. № 29. С. 93-106.
49. Пац Н.В., Грабовская И.П., Нестерович О.П. Влияние изменений состояния здоровья на стрессоустойчивость у студенческой молодежи // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2020. № 2 (18). С. 209-215.
50. Позняков В. П., Хромова В.Л. Социально-психологические особенности отношения к табакокурению у курящих и некурящих мужчин и женщин // Гуманитарная Экспертиза. 2009. №1. С. 196–200.
51. Прилепская Д.С. Исследование профессионального стресса и его влияния на здоровье человека на примере профессиональных групп подверженных повышенному уровню психологического давления // Экономика и социум. 2021. № 7. С. 424-431.
52. Психология стресса и методы его профилактики / Авт.-сост. – ст. преп. В.Р. Бильданова, доц. Г.К. Бисерова, доц. Г.Р. Шагивалеева. Елабуга: Издательство ЕИ КФУ, 2015. 142 с.
53. Разикова Н.И., Сорокина А.М. Здоровьесбережение персонала промышленного предприятия в современных условиях // Нефть и газ: опыт и инновации. 2020. Т. 4. № 2. С. 36-40.
54. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М. : АСТ, 2024. 960 с.
55. Савельева О.В., Данилова А.М., Воронин А.Д. Проблема гармонизации физического и психического здоровья человека // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2022. № 10. С. 555-559.
56. Сарджвеладзе Н. И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. Тбилиси : Мецниереба, 1989. 189 с.

57. Секач М.Ф. Психическая стойкость человека: Монография. М.: АПКиППРО, 2013. 143 с.
58. Секач М.Ф. Психология здоровья. М. : Академический проект, 2020. 192 с.
59. Солодков А. С. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная. М. : Спорт-Человек, 2022. 624 с.
60. Соломонов В. А. Психологические основы здоровья личности // Сборник научных трудов Северо-Кавказского государственного технического университета. 2005. №2 (14). С. 35–48.
61. Трифонова Т.А. Экология человека. М. : Академический Проект, 2020. 154 с.
62. Чекина Л.Ф., Фатеева В.В. Теоретико-методологические обоснования проблемы взаимосвязи профессионального стресса и психологического здоровья сотрудника организации // Обществознание и социальная психология. 2022. № 11. С. 87-93.
63. Шилов С. Н. Темперамент, адаптация и здоровье: монография Красноярск : Красноярский государственный педагогический университет имени В. П. Астафьева, 2022. 202 с.
64. Шмойлова Н.А., Каширский Д.В. Психологические особенности ценностного отношения к здоровью личности с разным уровнем самоактуализации // Психолог. 2019. № 3. С. 10-20.
65. Щербинская Е.С. Социально-гигиенический мониторинг и его роль в реализации целей устойчивого развития // Медицина труда и экология человека. 2020. № 4. С. 141-146.
66. Abric J. C. A structural approach to social representations / Jean Claude Abric // Representations of the social: bridging theoretical traditions. 2001. № 1. P. 42-47.
67. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behaviour change // Psychological review. 1977. Vol. 84, №. 2. P. 191-215.

68. Caraballo C, Dharmarajan K, Krumholz HM. Post hospital syndrome: is the stress of hospitalization causing harm // *Revista espanola de cardiologia* (English ed.). 2019. Nov;72(11):896-898.
69. Festinger L. A theory of social comparison processes // *Human Relations*. – 1954. №7 P. 117-140.
70. Fishbein M. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. MA : Addison-Wesley, 1975. 578 p.
71. Guidi J, Lucente M, Sonino N, Fava GA. Allostatic load and its impact on health: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2021;90(1):11–27.
72. Jamshidi S, Parker JS, Hashemi S. The effects of environmental factors on the patient outcomes in hospital environments: A review of literature. *Frontiers of Architectural Research*. 2020. Jun 1;9(2):249–63.
73. Johnston BC, Patrick DL, Devji T, Maxwell LJ, Bingham CO III, Beaton DE, et al. Patient-reported outcomes. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2019. Sep 23:479–92.
74. Kivimäki M, Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*. 2018. Apr;15(4):215-229.
75. Leventhal H. Illness representations and coping with health // *A Handbook of Psychology and Health*. 1984. Vol. 4. P. 219–252.
76. O'Connor DB, Thayer JF, Vedhara K. Stress and health: A review of psychobiological processes. *Annual review of psychology*. 2020. Sep 4;72(1).
77. Raghuveer A, Youngson E, Mathura P, Kassam N, McAlister FA. Trauma of Hospitalization Is Common in Medical Inpatients But Is Not Associated with Post-Discharge Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*. 2021. Sep;36(9):2579-2584.
78. Rogers E. M. Diffusion of innovations. New York : The Free Press, 1995. 526 p.

79. Rogers R. Protection motivation theory and preventive health: beyond the health belief model // Health Education Behavior. 1986. Vol. 1, № 3. P. 153-161.
80. Rosenstock I. Social learning theory and the health belief model // Health Education Behavior. 1988. Vol. 15, № 2. P. 175-183.
81. Weinstein N. D. Experimental evidence for stages of health behavior change: the precaution adoption process model applied to home random testing // Health Psychology. 1998. № 17. P. 445-453.
82. Wray F, Coleman S, Clarke D, Hudson K, Forster A, Teale E. Risk factors for manifestations of frailty in hospitalized older adults: A qualitative study. Journal of Advanced Nursing. 2022. Jun;78(6):1688-1703.

Приложение А

Сводная таблица данных об испытуемых

Таблица А.1 – Возраст и пол участников исследования

Номер испытуемого	Возраст	Пол
1	53	ж
2	38	ж
3	32	ж
4	42	ж
5	50	ж
6	52	ж
7	48	ж
8	38	ж
9	42	ж
10	43	ж
11	44	ж
12	44	ж
13	28	ж
14	25	ж
15	32	ж
16	50	ж
17	48	ж
18	49	ж
19	41	ж
20	39	м
21	49	ж
22	30	ж
23	28	ж
24	53	ж
25	33	м
26	39	ж
27	42	ж
28	44	м
29	44	м
30	44	ж
31	44	ж
32	47	ж

Приложение Б

Результаты, полученные по методике «Шкала организационного стресса Маклин» (русскоязычная адаптация Н. Водопьяновой)

Таблица Б.1 – Результаты, полученные по методике Шкала организационного стресса Маклин

Номер испытуемого	ОС, балл	Тип ОС	Когнитивность, балл	Широта интересов, балл	Принятие ценностей других, балл	Гибкость поведения, балл	Активность и продуктивность деятельности, балл
1	71	A	14	13	16	12	16
2	44	AB	6	9	8	12	9
3	39	B	8	8	7	9	7
4	48	AB	9	8	11	10	10
5	66	A	12	14	12	13	16
6	66	A	18	11	10	12	11
7	60	A	12	14	12	12	10
8	45	AB	10	9	9	11	6
9	48	AB	9	8	9	12	10
10	48	AB	12	8	6	10	12
11	59	A	12	11	7	16	13
12	49	AB	9	9	9	12	10
13	38	B	7	8	7	11	5
14	34	B	8	6	5	6	9
15	39	B	9	7	7	10	6
16	65	A	14	11	13	14	13
17	64	A	9	14	17	12	12
18	60	A	10	14	11	12	13
19	47	AB	8	10	8	11	10
20	45	AB	8	9	9	6	13
21	62	A	15	10	9	18	10
22	38	B	7	10	6	9	6
23	37	B	9	7	5	11	5
24	70	A	18	10	16	13	13
25	39	B	9	7	5	10	8
26	45	AB	9	8	7	9	12
27	47	AB	10	8	9	9	11
28	49	AB	8	11	9	11	10
29	48	AB	9	8	8	13	10
30	68	A	11	14	14	15	14
31	69	A	12	15	10	14	16
32	72	A	16	11	16	13	16

Приложение В

Результаты экспресс-диагностики стрессовых факторов в деятельности руководителей (И.Д Ладанов, В.А Уразаева)

Таблица В.1 – Результаты экспресс-диагностики стрессовых факторов в деятельности руководителей (И.Д Ладанов, В.А Уразаева)

Номер испытуемого	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
1	12	15	10	14
2	9	3	5	3
3	8	6	7	6
4	9	9	7	6
5	12	13	6	6
6	10	12	7	5
7	14	14	9	14
8	10	6	4	6
9	10	8	6	5
10	11	8	10	4
11	4	15	14	15
12	5	6	4	13
13	4	3	8	5
14	3	3	10	3
15	8	8	10	3
16	14	14	5	7
17	15	12	6	9
18	15	12	8	8
19	8	10	9	8
20	9	11	6	4
21	14	15	5	7
22	6	9	6	5
23	6	5	8	4
24	12	14	8	9
25	5	4	5	8
26	9	10	8	9
27	8	10	5	11
28	6	4	12	14
29	11	8	5	4
30	9	13	15	10
31	8	13	6	9
32	6	8	10	4

Приложение Г

Результаты, полученные по методике «Шкала PSM-25» Лемура-Тессье-Филлиона (Lemyr-Tessier-Fillion) в адаптации Н.Е. Водопьяновой

Таблица Г.1 – Результаты, полученные по методике «Шкала PSM-25»

Номер испытуемого	Количество баллов	Уровень
1	148	Высокий
2	120	Средний
3	89	Низкий
4	108	Средний
5	140	Высокий
6	116	Средний
7	120	Средний
8	94	Низкий
9	85	Низкий
10	114	Средний
11	124	Средний
12	98	Низкий
13	85	Низкий
14	90	Низкий
15	85	Низкий
16	120	Средний
17	115	Средний
18	132	Высокий
19	110	Средний
20	115	Средний
21	130	Высокий
22	86	Низкий
23	84	Низкий
24	118	Средний
25	96	Низкий
26	115	Средний
27	96	Низкий
28	96	Низкий
29	120	Средний
30	134	Высокий
31	116	Средний
32	125	Средний