



ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ

Коллективная монография

Рязань, 2024



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет имени
академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ

Коллективная монография

Рязань, 2024

УДК 159.923:61
ББК 88.37+88.48
З-467

Авторы: Е.А. Бурина, В.А. Мошквивская (разд. 1.1); Д.В. Чуканов, Н.В. Яковлева (разд. 1.2); В.А. Басацкая, И.В. Лазюк, И.А. Матвеева, И.В. Пономаренко (разд. 1.3); С.С. Вьюшкова, Т.Г. Тюко (разд. 1.4); В.Е. Капитанаки, П.А. Лифанова (разд. 1.5); Т.И. Леонова, А.М. Лесин (разд. 2.1); М.Н. Котлярова (разд. 2.2); И.М. Баннова, Л.Н. Карацук (разд. 2.3); А.С. Беткер, Л.М. Беткер (разд. 2.4); У.Н. Буханова, А.Н. Жолудова, М.А. Копаница, М.И. Поветко, О.В. Полякова, И.В. Черных (разд. 3.1); Т.Д. Джафарова, М.А. Рушина (разд. 3.2); М.А. Рушина, В.Е. Яковлева (разд. 3.3).

З-467 Здоровье и психологическое благополучие личности: коллективная монография / ред. кол.: Яковлева Н.В., Лесин А.М., Котлярова М.Н., Леонова Т.И.; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань, 2024. – 170 с.

ISBN 978-5-8423-0250-5

В коллективной монографии, посвященной 20-летию факультета клинической психологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, представлены результаты современных эмпирических исследований. Особое внимание уделяется вопросам психологического благополучия личности и здоровья: здоровьесберегающая деятельность как основа психологического благополучия личности; гармонизация ценностной сферы как фактор психологического благополучия личности; педагогические и психологические вопросы в медицинском образовании.

Монография рекомендована к изданию решением Научно-планового совета ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России от 10.10.2024, протокол № 2

УДК 159.923:61
ББК 88.37+88.48

©ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ: ПУТИ ПОИСКА ОПТИМАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ	3
РАЗДЕЛ 1. ЗДОРОВЬЕ КАК УСЛОВИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ.....	9
1.1. Особенности здоровьесберегающего поведения партнеров с различным репродуктивным статусом, ожидающих рождения ребенка.....	9
1.2. Особенности здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента	24
1.3. Исследование психоэмоционального состояния и психологических защит у школьников с идиопатическим сколиозом.....	40
1.4. Устойчивость к стрессу и стратегии совладания с ним у подростков со склонностью к дисморфофобии.....	57
1.5. Проявление психовегетативного синдрома у военнослужащих с расстройством приспособительных реакций	69
РАЗДЕЛ 2. ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ.....	81
2.1. Открытость новому опыту во взаимосвязи с ценностными ориентациями людей с инвалидизирующими последствиями позвоночно-спинномозговой травмы.....	81
2.2. Жизнестойкость как фактор благополучия сотрудников МЧС.....	88
2.3. Синдром отложенной жизни у студентов.....	102
2.4. Эмоциональный интеллект как эффективный способ раскрытия потенциала личности	115
РАЗДЕЛ 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	127
3.1. Использование инновационных методов обучения студентов фармацевтического факультета	127
3.2. Опыт проведения тренинговых мероприятий как один из факторов повышения стрессоустойчивости студентов-медиков	141
3.3. Доминирующие мотивы учебной деятельности у студентов психологов .	154
ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ.....	168

ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ: ПУТИ ПОИСКА ОПТИМАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

М.Н. Котлярова, Т.И. Леонова, А.М. Лесин

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

О неразрывной связи медицинской и психологической наук существует большое количество работ и исследований. Извечный спор материалистов и идеалистов в античности, работы Р. Декарта, посвященные психофизической проблеме, современные исследования, которые говорят о важности и необходимости взаимодействия психологов и медиков, в своем главном итоге ставят перед собой задачу улучшения качества жизни, здоровья и психологического благополучия личности каждого человека.

Субъективное благополучие личности и факторы, которые могут его определять, все чаще становятся предметом изучения современных исследователей (Леонтьев, 2020). При этом широта самого понятия субъективного благополучия личности, его многогранность и многокомпонентность делают очевидной необходимость мультидисциплинарного подхода к его исследованию (Вакарина, 2023), в который должны быть включены знания наук, в центре внимания которых находится человек и различные сферы его жизни, таких как философия, социология, экономика, экология и, в первую очередь, психология и медицина.

С точки зрения психологии, особый интерес составляет такая грань субъективного благополучия человека как психологическое благополучие личности. Отечественные психологи отмечают такие возможные составляющие психологического благополучия как удовлетворенность собственной жизнью при учете как ее актуальных, так и потенциальных аспектов, экзистенциональное переживание гармонии внутреннего и внешнего мира, позитивное отношение к окружающему миру и самому себе, социальную адаптивность, психическое и соматическое здоровье и т.д. (Борисов, 2020). Кроме того, исследователи

констатируют наличие взаимосвязи психологического благополучия с параметрами здоровья, ценностным отношением к нему, общим уровнем удовлетворенности в данной сфере (Шмойлова, 2022), что определяет необходимость их совместного исследования.

Вклад психологических факторов в личностное благополучие подтверждается и тем фактом, что установлено, что объективные характеристики внешней среды вносят сравнительно меньший вклад в формирование субъективного благополучия личности по сравнению с внутренними, связанными с ее особенностями и собственной активностью (Леонтьев, 2020). К подобным факторам, в том числе, можно отнести состояние здоровья человека и осуществляемая им здоровьесберегающая деятельность, мировоззрение и ценностные ориентации, стремление к саморазвитию, профессиональное становление и самореализация, межличностные взаимоотношения, что и определяет актуальность и своевременность создания данной коллективной монографии, а также затрагиваемую в ней проблематику, связанную с попыткой интеграции психологических и медицинских знаний о благополучии человека.

Достаточно остро на стыке психологии и медицины встают вопросы, связанные с формированием и осуществлением здоровьесберегающей деятельности как важного фактора психологического благополучия. Данная форма осознанного и целенаправленного управления уровнем своего здоровья позволяет человеку не просто более внимательно относиться к себе, но и осуществлять свою жизнедеятельность более осмысленно и целенаправленно, получая от этого удовлетворение (Яковлева, Яковлев, 2022).

Нельзя не говорить о важной роли в формировании психологического благополучия ценностной сферы, поскольку ценности являются фактически сжатой программой жизни человека, в соответствии с которой он согласует события жизненного пути (Лесин, 2022). Ценностная сфера может выступать как субъективная мера и ресурс психологического благополучия личности, даже в ситуациях нарушения здоровья (Леонова, 2022).

Говоря о взаимодействии психологической и медицинской наук, необходимо освещать вопросы образования в медицинских вузах, поскольку формирование компетентного специалиста, не только подготовленного инструментально, но и готового к пониманию важности субъективного благополучия при сопровождении пациента, важная задача современной высшей школы. Кроме того, психологическое благополучие самих студентов-медиков способствует их личностному и профессиональному росту (Кочетова и др., 2024), что требует соответствующей организации образовательного процесса.

Исходя из вышеизложенного, из всего многообразия тем, которые так или иначе отражают вопросы субъективного благополучия личности, мы выбрали три, которым посвятили данную монографию и которые совпадают с направлениями научно-исследовательской работы кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова:

- здоровьесберегающая деятельность как основа психологического благополучия личности;
- гармонизация ценностной сферы как фактор психологического благополучия личности;
- педагогические и психологические вопросы в медицинском образовании.

В данной монографии представлены результаты эмпирических исследований, проведенных авторами на различных выборках: студенты (И.М. Баннова, Л.Н. Каращук; Т.Д. Джафарова, М.А. Рушина, В.Е. Яковлева; У.Н. Буханова, А.Н. Жолудова, М.А. Копаница, М.И. Поветко, О.В. Полякова, И.В. Черных); старшеклассники (А.С. Беткер, Л.М. Беткер); подростки с идиопатическим сколиозом (В.А. Басацкая, И.В. Лазюк, И.А. Матвеева, И.В. Пономаренко), со склонностью к дисморфобии (С.С. Вьюшкова, Т.Г. Тюко); военнослужащие по призыву и курсанты, находящиеся на стационарном лечении в психиатрической клинике (В.Е. Капитанаки, П.А. Лифанова); сотрудники МЧС (М.Н. Котлярова); люди с инвалидизирующими

последствиями травм (Т.И. Леонова, А.М. Лесин); партнеры с различным репродуктивным статусом, ожидающие рождение ребенка (Е.А. Бурина, В.А. Мошквивская); врачи (Д.В. Чуканов, Н.В. Яковлева).

Авторы данной монографии фокус внимания сосредоточили на темах, связанных с самостигматизацией матерей; с синдромом отложенной жизни; психологическими защитами и психоэмоциональным состоянием, развитием эмоционального интеллекта, ролью способностей управления эмоциями в реализации потенциала личности; с особенностями здоровьесберегающего поведения и деятельности, приверженности лечению; устойчивостью к стрессу и стратегиями совладания с ним, стрессоустойчивостью, жизнестойкостью; проявлением психовегетативного синдрома; с эскапизмом; личностными особенностями; профессиональной мотивацией и инновационными методами обучения студентов.

Таким образом, материалы данной монографии могут быть полезны широкому кругу читателей, которые интересуются вопросами психологического благополучия на стыке психологической и медицинской наук.

Список литературы

1. Борисов Г.И. Подходы к изучению психологического благополучия // Психология образования: современный вектор развития: монография. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2020. – С. 157–174. – DOI: 10.15826/V978-5-7996-3101-7.

2. Вакарина Е.А. Междисциплинарный подход к исследованию благополучия личности // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2023. – №4. – С. 547–558. – DOI: 10.17072/2078-7898/2023-4-547-558.

3. Кочетова Ю.Ю., Баринова О.Г., Тимченко Н.С. Феномен психологического благополучия в контексте удовлетворенности учебной деятельностью студентов медицинского вуза // Интеграция образования. – 2024.

Т. 28. – № 1. – С. 52–67. <https://doi.org/10.15507/1991-9468.114.028.202401.052-067>.

4. Леонова Т.И. Психологическое благополучие людей с травмой спинного мозга // Проблемы психологического благополучия: Материалы Международной заочной научной конференции (Екатеринбург-Фергана, 01 апреля 2022 г.). – Екатеринбург-Фергана: [б.и.], 2022. – С. 481-486. – EDN OOQKNS.

5. Леонтьев Д.А. Счастье и субъективное благополучие: к конструированию понятийного поля // Мониторинг. – 2020. – №1 (155). – С. 14–37. – DOI:10.14515/monitoring.2020.1.02.

6. Лесин А.М. Характеристика жизнерадостности как ценности молодых людей // Вестник университета. – 2022. – № 3. – С. 201-206. – DOI 10.26425/1816-4277-2022-3-201-206. – EDN XPLAFR.

7. Шмойлова Н.А. Психологическое благополучие личности и его связь с отношением к здоровью // Актуальные проблемы экстремальной и кризисной психологии: материалы IV Всероссийской научно-практической конференции (Екатеринбург, 7–8 апреля 2022 г.). – Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2022. – С. 115–117.

8. Яковлева Н.В., Яковлев В.В. Психологические особенности здоровьесберегающей деятельности личности в эпоху новой коронавирусной инфекции // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2022. – Т. 10. – № 2(37). – С. 145-155. – DOI 10.23888/humJ2022102145-155.

РАЗДЕЛ 1. ЗДОРОВЬЕ КАК УСЛОВИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

1.1. Особенности здоровьесберегающего поведения партнеров с различным репродуктивным статусом, ожидающих рождения ребенка

Аннотация. Здоровьесберегающее поведение является важным компонентом психологической готовности к материнству. Особенности поведения партнеров в период подготовки к беременности и в период беременности отражают осознанный / не осознанный подход к родительству. Целью исследования являлось изучение особенностей здоровьесберегающего поведения в парах, ожидающих рождения ребенка, имеющих различный репродуктивный анамнез. Исследование проводилось на базе ГПЦ №1 г. Санкт-Петербург. Выборка представлена 161 беременной женщиной и 143 партнерами. Дизайн исследования представлен социально-демографической анкетой, полуструктурированным интервью, методикой «Нарушения здорового поведения». Для обработки полученных результатов использовался контент-анализ, описательные статистики, критерий U Манна-Уитни. Оценка компонентов здоровьесберегающего поведения указывает на сниженную физическую активность у 90% беременных женщин, половина беременных женщин на этапе подготовки к беременности продолжает употреблять алкоголь вплоть до диагностирования беременности, вне зависимости от способа наступления беременности. Партнеры, более чем в 50% исследуемой выборки не меняют свои привычки и продолжают употреблять привычные дозы алкоголя. Полученные данные указывают на необходимость повышения уровня информированности молодых родителей.

Ключевые слова: беременность, ЭКО, здоровьесберегающее поведение, рискованное поведение, профилактика.

Актуальность исследования. Формирование здорового образа жизни является одним из приоритетных направлений государства, охватывающее различные возрастные категории, от раннего детства до преклонного возраста. Для детей и взрослых во дворах домов строятся спортивные площадки, организуются спортивные секции, работодатели все активнее поощряют сотрудников, уделяющих внимание здоровому образу жизни, поощряют отказ от вредных привычек. Однако формирование ответственного отношения к своему здоровью зарождается в самом раннем возрасте, прежде всего в семье, в наблюдении за поведением родителей и прародителей. То, как они относятся к своему физическому и ментальному здоровью, умеют ли заботиться о своем теле, каким пищевым привычкам отдают предпочтение, посещают ли спортивные секции, употребляют ли алкоголь, курят, соблюдают ли принципы здоровьесберегающего поведения или склонны к проявлению рискованного поведения, все это формирует отношение ребенка к здоровьесберегающему поведению. Также доказано, что особенности пищевых привычек, распорядок дня, увлечение спортом, активный или более пассивный образ жизни беременной женщины отражается на ее здоровье, течении беременности и развитии ребенка (Astley, 2004; Andersen et al., 2009; Biddle et al., 2020; Джамалудинова, Гонян, 2017; Радзинский и соавт. 2002; Борисенко, 2003; Тювина, 2016). Рискованное поведение является одним из основополагающих объектов изучения в психологии здоровья. Изучение подобных поведенческих практик в период беременности становится особо важным, поскольку негативное влияние оказывается не только на мать, но и на формирование и развитие плода.

Около 86–93% женщин репродуктивного возраста употребляют алкоголь (Chambers, 2006). Возраст первого употребления алкоголя в среднем приходится на 14 лет. Употребление алкоголя негативно отражается на социальном поведении женщины и репродуктивном здоровье (Owens, 2010). Алкогольный синдром плода (АСП) или фетальный алкогольный синдром (ФАС) часто возникает у детей тех матерей, которые регулярно употребляли алкоголь во время беременности. В 1986 г. группа специалистов под руководством R. Little

установила, что влияние алкоголя на плод носит дозозависимый эффект. 10 гр. алкоголя ежедневно в первые недели беременности задерживают массу плода к рождению на 225 гр., 40 гр. алкоголя может привести к уродствам, а 60 гр. алкоголя ежедневно вызывает АСП. Важно отметить, что не каждая беременная женщина, употребляющая алкоголь в период ожидания ребенка, родит ребенка с ФАС (Протопопова, Колесникова и др., 2013). Употребление алкоголя в первые четыре недели беременности может оказаться критическим. Воздействие алкоголя способно вызвать появление врожденных дефектов и гибель плода (Cotton, 1979). При этом очень многие молодые женщины не отказываются от алкоголя в период планирования беременности (Мошкивская, 2021). Употребление алкоголя на более поздних сроках также пагубно влияет на рост и развитие плода, приводит к структурным или функциональным отклонениям, негативно воздействует на развитие головного мозга, костно-мышечную систему, зубы, легкие и рост плода в целом (Clarren et al, 1992). Помимо пагубного влияния алкоголя на развивающегося ребенка был изучен фактор курения. Табачный синдром возникает не только у женщин, выкуривающих более 5 сигарет в день в период беременности, но и у пассивных курильщиц. (Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009). Табакокурение во время беременности способно привести к повреждающему воздействию на процесс плацентации и приводит к предлежанию или преждевременной отслойке плаценты, нарушению плацентарного кровообращения. Основным симптомом данного синдрома является задержка внутриутробного развития, дыхательные нарушения в следствии ателектазов в легких и гипоксическое поражение ЦНС (Киселева, Чумакова, 2016).

Особое внимание в период подготовки к беременности, беременности и периоду кормления грудью следует уделять питанию. Здоровое, сбалансированное питание является залогом здоровья матери и ребенка. Проблема ожирения на данный момент, является одной из самых социально значимых хронических заболеваний, привлекающая внимание мирового медицинского сообщества. В мире ожирением страдает более 640 млн. человек,

в России около половины трудоспособного населения имеет избыточный вес, а 30% населения имеют ожирение. Имеются данные, указывающие на то, что ожирение осложняет течение беременности, родов, а также накладывает негативный отпечаток на развивающийся плод. На протяжении всего периода гестации риск возникновения акушерских осложнений у женщин с ожирением гораздо выше. Маловодие встречается в 9% случаев, многоводие в 4,8–19,6%, гестационный сахарный диабет в 4,54–25%, гестационный сахарный пиелонефрит в 16,5%, железодефицитная анемия в 17–56%. Указанные осложнения беременности имеют негативное влияние на развитие плода. У женщин с ожирением не формируется родовая доминанта, чем объясняется высокий уровень аномалий родовой деятельности. Сбалансированное питание снижает частоту возникновения акушерских осложнений, положительно сказывается на весе плода (частота рождения детей с крупной массой тела снижается на 19%), а также снижает статистику получения травмы в родах на 24% (Лазарева, 2015).

Итак, такие факторы как отказ от употребления алкоголя, никотина, введение в свою жизнь разнообразного, здорового питания, а также полноценная физическая активность важны для поддержания здоровья семьи в период подготовки и ожидания рождения ребенка. Представленное в данной статье исследование является частью более крупного исследования, направленного на изучение психологической готовности к материнству женщин, беременных в результате применения методов ВРТ. Структура психологической готовности к материнству изучалась с помощью 6 компонентов, одним из которых явился поведенческий компонент, включающий в себя здоровьесберегающее поведение.

Целью данного исследования являлось изучение особенностей здоровьесберегающего поведения в парах, ожидающих рождения ребенка и имеющих различный репродуктивный анамнез.

Задачи исследования. Изучение социально-демографических характеристик участников исследования, анализ знаний, установок и поведения

беременных женщин в отношении различных аспектов здоровьесберегающего поведения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе городского перинатального центра №1 г. Санкт-Петербурга и ЖК №41 г. Санкт-Петербурга. На первом этапе проводился анализ медицинской документации, отбор подходящих под задачи исследования беременных женщин. Критериями формирования выборки явились возраст от 18 до 50 лет, наличие подтвержденной, прогрессирующей беременности сроком более 22 недель, отсутствие репродуктивных потерь в анамнезе, отсутствие диспансерного учета у врача невролога, нарколога, психиатра.

Следующим этапом выступила встреча с участницами исследования и их партнерами, объяснение целей и условий участия, подписание письменного информационного согласия (исследование одобрено Этическим Комитетом СПбГУ №90 от 20.02.2019), заполнение социально-демографической анкеты. Далее проводилось первое авторское полуструктурированное интервью, в процессе которого велось наблюдение за респондентом/респондентами, особенности ответов и поведения фиксировались. Пара самостоятельно принимала решение о совместном или раздельном участии в исследовании. В продолжение исследования женщины получали стандартизированную экспериментально-диагностическую методику «Опросник нарушений здорового поведения» (Луценко Е.Л., Габелкова О.Е., 2013). Данный опросник диагностирует общий показатель склонности к нарушениям здорового поведения, содержит 8 субшкал такие как: 1) тяга к курению; 2) нарушения питания; 3) пренебрежение безопасностью; 4) тяга к алкоголю; 5) погоня за модным имиджем; 6) низкий самоконтроль; 7) эмоциональная некомпетентность; 8) саморазрушительное поведение.

На рисунке 1 представлен поведенческий компонент психологической готовности к материнству, в данной статье будет представлен только здоровьесберегающий аспект (первый блок – до родов).

Поведенческий компонент психологической готовности к материнству	
<p>Употребление ПАВ на этапе планирования беременности и в период беременности, нарушение питания, изменение физической нагрузки (вопросы интервью, опросник "Нарушения здорового поведения")</p>	<p>Поведение женщины в родах (вопросы второго интервью, наблюдение, работа с медицинской документацией)</p>

Рисунок 1 – Поведенческий компонент психологической готовности к материнству

Данный компонент предоставил возможность исследовать особенности здоровьесберегающего поведения в период планирования беременности и в период вынашивания беременности.

Основным инструментом изучения аспектов данного компонента являлось авторское полуструктурированное интервью. Авторское полуструктурированное интервью, направленное на изучение особенностей здоровьесберегающего поведения, включало в себя ряд вопросов о подготовке пары к беременности (употребление / ограничение алкоголя, курение, снижение интенсивности физической нагрузки, прием дополнительных витаминов, общее количество сна в сутки), ряд вопросов, направленных на знание о ФАС.

Полуструктурированное интервью обрабатывалось с помощью контент-анализа (Пашинян, 2012), в результате которого высказывания женщин делились на тематические группы, отражающие смысловую направленность переживаний по интересующим темам, далее ответы укрупнялись на категории готовность / неготовность к материнству. Подсчет данных методики «Нарушений здорового поведения» производился с помощью описательных статистик, сравнение групп с помощью критерия U Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждения. Выборка исследования представлена 161 беременной женщиной и 143 партнерами. Из них 80 женщин имели репродуктивные трудности и вынашивали беременность, наступившую с

помощью методов ВРТ, 81 женщина – не имела репродуктивных трудностей, беременность наступила спонтанно, физиологическим путем. Все участники исследования были разделены на две группы. Первую группу составили женщины, беременные с помощью методов ВРТ и их партнеры, вторую группу составили пары со спонтанно наступившей беременностью. Средний возраст женщин первой группы составил $34\pm 4,34$ лет, второй – $31\pm 3,68$ лет. Минимальный возраст в первой группе – 27 лет, во второй группе – 23 года, максимальный возраст в первой группе составил 49 лет, во второй – 39 лет.

В таблице 1 представлены социально-демографические характеристики выборки.

Таблица 1 – Социально-демографические характеристики выборки

Социально-демографические характеристики		Группа (количество респондентов)	
		Первая группа (n=81)	Вторая группа (n=80)
Возраст	Диапазон	18 - 49	18 - 49
	М (SD)	$34\pm 4,34$	$31,6\pm 5,03$
Совместное проживание с отцом ребенка	Совместное проживание	96% (n=78)	96% (n=77)
	Раздельное проживание	4% (n=3)	4% (n=3)
Наличие детей	Отсутствие детей	81% (n=66)	85% (n=68)
	Наличие детей	19% (n=15)	15% (n=12)
Образование	Высшее	77% (n=62)	76% (n=61)
	Неоконченное высшее	4% (n=3)	2,5% (n=2)
	Средне-специальное	19% (n=16)	21,5% (n=17)

Изученные социально-демографические характеристики в обеих группах женщин, беременных с помощью методов ВРТ и беременных в естественном цикле, достоверно не различаются. Средний возраст партнеров – 36 и 32 года; имеют высшее образование 77% и 76%; среднее образование – 19% и 21%; в зарегистрированном браке состоят 96% и 95%; имеют детей – 19% и 15%, соответственно.

На рисунке 2 представлено распределение типов бесплодия в исследуемой выборке. Бесплодие I было диагностировано у 64% женщин первой группы, бесплодие II у 11%, в 11% случаях основным фактором бесплодия являлся мужской фактор, в 7% – сочетанный, в 8% фактор, вызывающий репродуктивные трудности, выяснить не удалось.

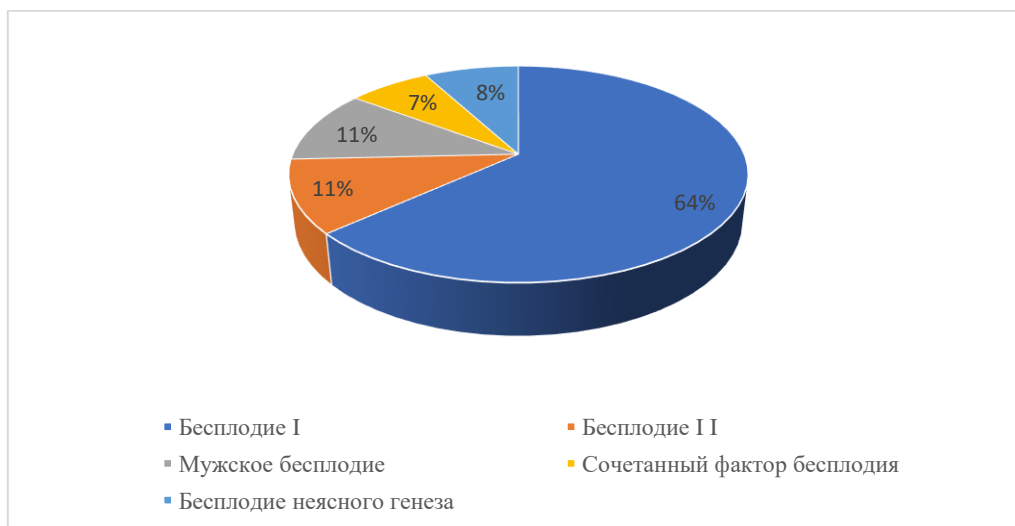


Рисунок 2 – Распределение типов бесплодия в исследуемой выборке

Выделяют два основных типа бесплодия – первичное и вторичное. Первичное бесплодие – состояние, при котором у женщины не было ни одной беременности, несмотря на регулярную половую жизнь в течение года без применения контрацептивных средств. Вторичное бесплодие – состояние, при котором у женщины в прошлом были беременности, однако в течение года регулярной половой жизни без предохранения зачатие более не происходит. Наиболее часто встречаемым типом бесплодия в исследуемой выборке является первичное бесплодие по женскому фактору.

Далее будет представлен анализ ответов, полученных в результате обработки вопросов интервью. Подготовкой к беременности, включающей в себя прием необходимых витаминов, уменьшение / увеличение спортивной нагрузки, прохождения медицинского осмотра в первой группе занималось 98% (n=78)

женщин и 88% (n=71) партнеров. Во второй группе – 75% (n=60) женщин и 60% (n=48) партнёров.

В интервью оценивались ограничения в употреблении алкоголя, никотина, изменения принципов питания и физических нагрузок в период беременности. Большинство женщин двух исследуемых групп воздерживались от курения, отмечая, что боролись с никотиновой зависимостью на этапе подготовки к беременности, при этом часть из них не исключает, что возобновит курение после рождения ребенка. 6% беременных женщин в обеих выборках сохранили привычку курения, уменьшив число выкуриваемых сигарет до минимума (рис. 3). Практически половина исследуемой выборки 46% (n=37) женщин первой группы и 54% (n=43) женщин второй группы продолжили употреблять привычные дозы алкоголя вплоть до момента диагностирования беременности. В период беременности, со слов исследуемых женщин, минимальные дозы алкоголя периодически употребляли 16% (n=13) женщин первой группы и 25% (n=20) женщин второй группы.



Рисунок 3 – Анализ употребления алкоголя и табакокурения в период подготовки к беременности

Продолжая употреблять алкоголь в период подготовки к беременности 69% (n=55) женщин первой группы и 84% (n=67) женщин второй группы утверждали, что знают о негативном влиянии алкоголя на плод. Только 27% (n=22) женщин

первой группы и 23% (n=18) женщин второй группы имели знания о ФАС. При этом, большинство женщин, в своем представлении занижают негативную сторону употребления алкоголя и табака, утверждая, что городская среда (загазованность от машин, проблемы с экологией) способны нанести более весомый вклад в негативное развитие ребенка. Полученные результаты указывают на низкий уровень осведомленности женщин о влиянии алкоголя на ребенка, и в целом об игнорирование серьезности вопроса.

Помимо употребления алкоголя женщиной, исследовалось употребление алкоголя партнером в период подготовки к беременности и в период беременности партнерши. В 68% (n=50) мужчин первой группы и 72% (n=53) мужчин второй группы был получен ответ, указывающий на отсутствие каких-либо изменений и продолжение употребления алкоголя в привычной дозе. При этом существует ряд исследований, указывающих на особенности употребления алкоголя в паре, когда мужчина, отказываясь от алкоголя, поддерживает беременную партнершу в неупотреблении. На рисунке 4 представлен анализ употребления алкоголя партнером.

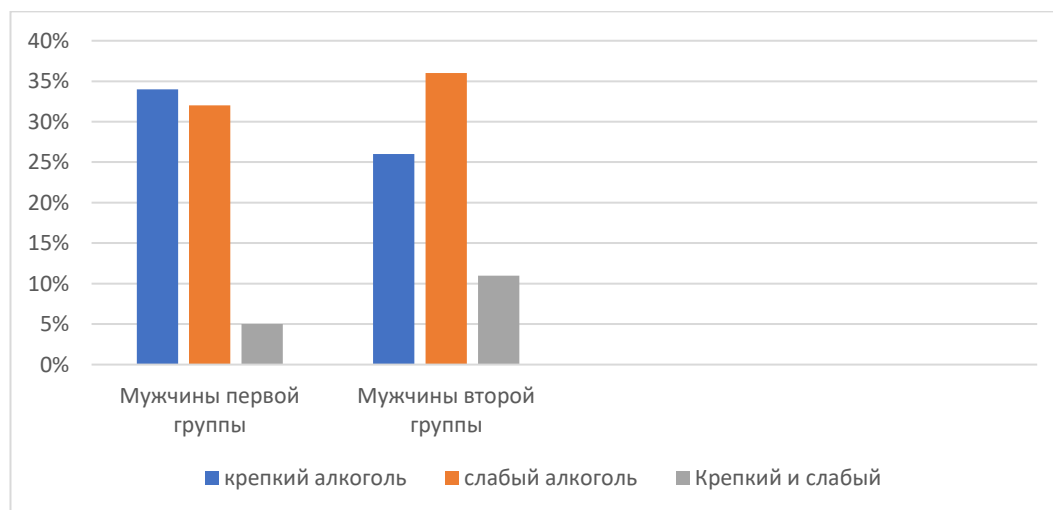


Рисунок 4 – Анализ употребления алкоголя партнером

Как показано на рисунке 4, 34% (n=25) мужчин первой группы и 26% (n=18) мужчин второй группы употребляют крепкий алкоголь, такой как коньяк,

водка, виски. 32% (n=24) мужчин и 36% (n=26) мужчин второй группы употребляют слабый алкоголь, такой как пиво и вино. Совмещают слабые и крепкие напитки 5% (n=4) мужчин первой группы и 11% (n=8) мужчин второй группы.

С помощью вопросов полуструктурированного интервью исследовался сон, регулярность и продолжительность пеших прогулок, наличие легкой физической нагрузки у беременной женщины. Женщины обеих исследуемых групп отметили, что в период беременности имеют сон 8 и более часов. Пешие прогулки также регулярны в обеих исследуемых группах, однако женщины первой группы в среднем гуляют 48 минут, женщины второй группы – 63 минуты. По 10% (n=16) женщин в каждой группе не ходят на прогулки: «вся моя активность – это дойти от машины или пройтись по магазину». Легкая физическая активность такая как пилатес, йога, плавание присутствует у 10% (n=16) исследуемых беременных женщин, 90% (n=145) беременных женщин не занимаются каким-либо спортом в период беременности. Считается, что беременным женщинам необходимо около 150 минут физической активности в неделю, не менее 30 минут в день, отсутствие таковой относится к проявлениям рискованного поведения (Прохорова О.В., Олина А.А., 2020).

Помимо ответов на вопросы полуструктурированного интервью женщины заполняли опросник «Нарушения здорового поведения» (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты нарушений здорового поведения в двух группах женщин

Название шкалы	M ± Sd Женщины первой группы (n=81)	M ±Sd Женщины второй группы (n=80)	U	p-level
Шкала 1. Тяга к курению	10,6±3,5	10,3±2,6	3244	0,987
Шкала 2. Нарушение питания	15±2,8	14,7±3,1	2974	0,365
Шкала 3. Пренебрежение безопасностью	18,5±3	18,5±2,9	3258	0,953

Шкала 4. Тяга к алкоголю	13,2±3,5	14,2±4,3	3540	0,310
Шкала 5. Погоня за модным имиджем	18,5±2,5	18,2±2,7	2860	0,196
Шкала 6. Низкий самоконтроль	15,3±2,1	15,6±2,4	3531	0,322
Шкала 7. Эмоциональная некомпетентность	11,9±1,9	11,6±2,1	3014	0,437
Шкала 8. Саморазрушительное поведение	4,70±1,2	4,71±1,1	3170	0,787
Общая склонность к нарушению здорового поведения	108,10±8,9	107,10±11,9	2834	0,320

Статистически значимых различий при сравнении женщин двух групп получено не было, средние показатели по каждой отдельной шкале не выходят за границы средних нормативных показателей.

Выводы. Оценка компонентов здоровьесберегающего поведения указывает на сниженную физическую активность у 90% беременных женщин вне зависимости от способа наступления беременности. Преобладание более пассивного образа жизни, полное исключение физкультуры, в том числе минимальных общеукрепляющих упражнений (без медицинских показаний), недостаточное количество пеших прогулок на свежем воздухе.

Половина респонденток, вне зависимости от репродуктивного анамнеза, на этапе подготовки к беременности продолжает употреблять алкоголь вплоть до диагностирования беременности. 16% женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом и 25% женщин, забеременевших спонтанно, употребляют слабые дозы алкоголя в течение беременности, в среднем 4–8 раз за весь период беременности. К слабым дозам алкоголя женщины относят 125 граммов вина или 250 граммов пива.

Партнеры, в большинстве случаев не меняют привычек в период подготовки к беременности и в период беременности женщины, и продолжают употреблять привычные дозы алкоголя.

Информация, полученная в результате проведенного исследования, указывает на низкую приверженность партнеров, планирующих / ожидающих рождения ребенка, принципам здорового образа жизни в половине случаев, на низкую информированность о тератогенном влиянии факторов алкоголя на здоровье ребенка. Многие недооценивают негативное влияние малоподвижного образа жизни, способного привести к чрезмерному набору веса в период беременности.

Однако при сравнении двух групп женщин и их партнеров с различным репродуктивным статусом, группа женщин, беременных с помощью методов ВРТ, имеет более высокие показатели осознанности и склонности к проявлению здоровьесберегающего поведения в сравнении с группой женщин, беременных в физиологическом цикле. Тем не менее, проведение программ, направленных на повышение информированности о значимости здоровьесберегающего поведения, позволит улучшить репродуктивное состояние нации. С этой целью в рамках исследования была разработана и активно использовалась брошюра, способствующая повышению осведомленности беременных женщин и их партнеров о негативном влиянии употребления алкоголя, табакокурения, дефицита питания и физической нагрузки на ребенка, а также включала в себя информацию о важности поддержания психического здоровья (рисунок 5).

- Содержание:*
- эмоции матери,
 - влияние алкоголя и курения на ребенка,
 - влияние питания на здоровье матери и ребенка,
 - химия родов,
 - грудное вскармливание.



Рисунок 5 – Брошюра «Моя здоровая беременность»

Данная брошюра получила обширный позитивный отклик от пар, планирующих беременность. В данный момент ведется работа над вторым выпуском издания, которое будет расширено за счет включения дополнительных разделов.

Список литературы

1. Борисенко Л.В. Перинатальные аспекты табакокурения: дис. – Российский университет дружбы народов, 2003.
2. Джамалудинова А.Ф. Репродуктивное здоровье населения России / А.Ф. Джамалудинова, М.М. Гонян // Молодой ученый. №14 (148) – 2017. – С. 10-13.
3. Киселева Л.Г. Абстинентный синдром новорожденных при табакокурении матерей во время беременности / Киселева Л.Г., Чумакова Г.Н. // Вопросы практической педиатрии. – 2016; №11(2). С. 38-43.
4. Лазарева Н.В. Профилактические технологии сохранения репродуктивного потенциала / Н.В. Лазарева // Региональное развитие: электронный научно-практический журнал. №. 5 (9). – 2015. – С. 44-50.
5. Луценко Е.Л. Опросник нарушений здорового поведения – новый инструмент для исследований в психологии здоровья / Е.Л. Луценко, О.Е. Габелкова // Вопросы психологии № 5, 2013, с. 142-153.
6. Марянян А.Ю. Алкоголь как один из вредных факторов, влияющих на плод: распространённость фетального алкогольного синдрома / А.Ю. Марянян, Н.В. Протопопова, Л.И. Колесникова, Т.С. Крупская // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – Т. 122, № 7. – С. 5-9.
7. Мошкивская В.А. Психологическая готовность к родительству в семьях с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом / В.А. Мошкивская // Вестник Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета № 4 (164). 2021. С. 32–54.

8. Пашина И.А. Контент-анализ как метод исследования: достоинства и ограничения / И.А. Пашина // Научная периодика: проблемы и решения. 2012. №3. С. 52-57.
9. Прохорова О.В. Физическая активность беременных: обзор литературы / Прохорова, О.В., Олина А.А. // Пермский медицинский журнал. Т. 37. – №. 4.– 2020. – С. 4-9.
10. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2005. №4. С. 62-74.
11. Тювина Н.А. Психоневрологические, морально-этические и социокультурные аспекты вспомогательных репродуктивных технологий / Тювина Н.А., Николаевская А.О. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. № 12 (5). – 2020. – С. 104-110.
12. Anderson T.W. In introduction to multivariate statistical analysis. – 1958. New York, Willey.
13. Astley S.J. Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: evidence of success / S.J. Astley // Pediatric and perinatal Epidemiology. – 2004. Vol.18, № 5. – P. 34-41.
14. Biddle Z. Caregivers of Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder / Z. Biddle, F.V. O’Callaghan, A.L. Finlay-Jones, N.E. Reid // Psychosocial Factors and Evidence for Self-compassion as a Potential Intervention Target // Mindfulness. – 2020. Vol. 11, № 9. – P. 2189-2198.
15. Chambers C.D. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn / C.D. Chambers // New England Journal of Medicine. – 2006. Vol. 354, № 6. – P. 579-587.
16. Clarren S.K. Pregnancy outcomes after weekly oral administration of ethanol during gestation in the pig-tailed macaque: comparing early gestational exposure to full gestational exposure / S.K. Clarren, S.J. Astley // Teratology. – 1992. Vol. 45, № 1. – P. 1-9.

17. Cotton N.S. The familial incidence of alcoholism: a review / N.S. Cotton // Journal of studies on alcohol. – 1979. Vol. 40, № 1. – P. 89-116.

Owens L.A. The impact of obesity on pregnancy outcome in glucose-tolerant women / L.A. Owens // Diabetes care. – 2010. Vol. 33, № 3. – P. 577-579.

1.2. Особенности здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента

Аннотация. Было проведено исследование здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента. Были использованы следующие методики: опросник «исследование здоровьесберегающей деятельности»; методика УСК для изучения особенности субъективного контроля; Способы совладающего поведения, WCQ; Профиль аттитюдодов по отношению к смерти, DAP-R; Тест смысложизненных ориентаций. По результатам исследования, экспериментальная группа отличается от контрольной группы по следующим шкалам «Мотивационно-ценностная сфера здоровьесберегающей деятельности», «Самооценка уровня здоровья», «Общая интернальность», «Интернальность в производственных отношениях», «Показатель осмысленности жизни», «Результативность жизни», «Локус контроля – жизнь», «Принятие ответственности», «Страх смерти». Наиболее часто используемая копинг-стратегия в контрольной группе – «Самоконтроль». В структуре здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента выделены четыре фактора «Осмысленность жизни и здоровья» «Момент здоровьесбережения» показывает, «Защита от вины» «Социально приемлемый ЗОЖ».

Ключевые слова: здоровьесберегающая деятельность, врачи, врачи в условиях повышенного риска смерти пациента, смерть пациента, копинг-стратегии.

Современное общество в настоящее время выдвигает проблему качества жизни как приоритетного направления исследования. При этом, представления о благополучии современного человека основываются не только на определенном уровне материального благосостояния, но и подразумевают рассмотрение особенностей такой категории как здоровье. Понятие здоровьесбережения отражает взаимосвязь образа жизни и здоровья человека. Витальная жизнедеятельность, как и другие формы активности человека, включает в себя уровни разной степени осознанности. Но, безусловно, ведущую роль в ней играет целенаправленная витальная активность человека – здоровьесберегающая деятельность, которая является базовым жизненным метапроцессом. Здоровьесберегающая деятельность направлена на воспроизводство индивидуальных жизненных ресурсов, необходимых для освоения личностью жизненного пространства. В ее структуре можно обнаружить традиционные компоненты деятельности: мотив, цель, система действий, контроль результата. В то же время здоровьесберегающей деятельности присущи специфические свойства: первичность, интегральность, системная оптимальность (Яковлева, 2013).

Следует отметить, что здоровьесберегающая деятельность врачей именно в условиях повышенного риска смерти пациента является наименее изученной, при её безусловной важности. Необходимость проработки данной проблемы обуславливается повышенным уровнем нервно-психического напряжения и эмоциональной нагрузкой врачей в упомянутых условиях. Здесь врачи сталкиваются со смертью и переживают смерть своих пациентов в разы чаще. Здоровьесберегающая деятельность в обозначенных условиях является решающим фактором для эффективной профессиональной деятельности специалистов.

Цель данной работы: выявить особенности здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента.

Общая гипотеза: существуют особенности здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента.

Частные гипотезы:

1. Здоровьесберегающая деятельность врачей в условиях повышенного риска смерти пациента имеет отличительные особенности по сравнению со здоровьесберегающей деятельностью врачей, не пребывающих в условиях повышенного риска смерти пациента.

2. Врачи в условиях повышенного риска смерти пациента имеют своеобразные причины структурных взаимосвязей психологических характеристик, обуславливающих здоровьесберегающую деятельность.

Нам представляется наиболее логичным исследовать здоровьесбережение как деятельность через субсистему базовых метапроцессов: мотивацию здоровьесбережения, оценку состояния здоровья, формирование программы здоровьесберегающих действий, здоровьесберегающее поведение и контроль результатов.

На измерение каждого из названных метапроцессов было направлено как минимум по две шкалы использованных нами методик:

1. Опросник «Исследование здоровьесберегающей деятельности» Яковлевой Н.В., Яковлева В.В.
2. методика УСК для изучения особенности субъективного контроля;
3. Способы совладающего поведения, WCQ Лазаруса;
4. Профиль аттитюдов по отношению к смерти, DAP-R;
5. Тест смысложизненных ориентаций, СЖО/PII.

Статистическая обработка проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 26. Использовался статистический критерий U-Манна Уитни, а также факторный анализ по методу главных компонент.

Исследование проводилось на базе ГБУ РО «Городская клиническая больница №5», ГБУ РО «Областная клиническая больница» и ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Исследование проводилось в период с 18.06.2023 по 15.10.2023. В проведении исследования нам была оказана помощь заместителем главного врача по медицинской части ГБУ РО «ГКБ №5» Ракчевой О.Е., заместителем главного врача по

организационно-методической работе ГБУ РО «ОКБ» Марковым А. И., главным врачом ГБУ РО «ГКБСМП» Тарасенко С.В., заместитель главного врача по медицинской части ГБУ РО «ГКБСМП» Копейкиным А.А.

Выборка: в исследовании принял участие 71 врач.

Экспериментальную группу составляли 36 врачей из отделений интенсивной терапии, гнойной хирургии, реанимации, реанимации и интенсивной терапии, отделения для больных с ОНМК. В возрасте от 25 до 55 лет, со стажем работы от 3х лет до 30 лет, условно здоровы. В отделениях уровень летальности был от 5,78 % до 41,14 %. Средний возраст – 37,3 лет, средний стаж работы в отделении – 11,2 лет.

Контрольную группу составили 35 врачей из отделений гинекологии, неврологии, ревматологии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологи, терапии. В возрасте от 26 до 54 лет, со стажем работы от 3х до 30 лет, условно здоровы. В отделениях уровень летальности был от 0% до 4,01%. Средний возраст – 41,2 год, средний стаж работы в отделении – 13,6 лет.

Статистический анализ показал отсутствие значимых отличий групп по половозрастному составу.

На первом этапе исследования мы вычислили средние значения результатов шкал респондентов и сравнили их с нормативными значениями. Мы выяснили, что наиболее часто используемой копинг-стратегией в экспериментальной группе является самоконтроль. То есть они склонны к преодолению негативных переживаний в связи с проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, склонны к высокому контролю поведения и к стремлению к самообладанию. Объясняться это может в целом более высоким параметром контроля (характеристики, позволяющей оценивать ощущение контрольности или неподконтрольности происходящего), которым отличаются врачи в условиях повышенного риска смерти пациента согласно исследованию Асеевой И. Н. Выполняя свои профессиональные обязанности, они воспринимают ситуацию как полностью подконтрольную им:

так как постоянно нужно быть готовыми принять ответственность за человеческую жизнь, а в экстренных случаях приходится принимать решение в считанные секунды. Эта стратегия помогает избегать эмоциогенных импульсивных поступков, которые могут помешать успешной профессиональной деятельности (Асеева, Попкова, 2011; Вассерман с соавт., 2009).

При этом, по большинству шкал экспериментальная группа имеет нормативные (средние) значения, за исключением шкал методики «Уровень субъективного контроля» (УСК), ввиду особенностей ее интерпретации. Это говорит о своеобразии исследуемого феномена, который проявляется сложнее, чем выраженность значений шкал. Соответственно, необходимо также исследование особенностей структуры взаимосвязей между исследуемыми признаками.

Далее нами было проведено выявление значимых различий по результатам шкалам между экспериментальной и контрольной группой с помощью непараметрического критерия U-Манна Уитни для независимых выборок. Мы обнаружили, что группы отличаются по девяти показателям.

Экспериментальная группа превосходит контрольную группу по 7 показателям: «Мотивационно-ценностная сфера здоровьесберегающей деятельности», «Самооценка уровня здоровья», «Общая интернальность», «Интернальность в производственных отношениях», «Показатель осмысленности жизни», «Результативность жизни», «Локус контроля – жизнь».

В то же время, контрольная группа превосходит экспериментальную по 2 показателям «Принятие ответственности» и «Страх смерти».

Раскроем получившиеся значимые различия между группами подробнее. По результатам нашего исследования врачи, находящиеся в условиях повышенного риска смерти пациента, более высоко оценивают свой уровень здоровья, чем врачи, не находящиеся в данных условиях. При этом следует отметить, что нами не были найдены исследования, которые говорили бы о более высоком уровне здоровья среди врачей, находящихся в условиях повышенного

риска смерти пациента, исследователи, напротив, констатируют, например, более высокий процент смертности до 50 лет среди специалистов хирургического профиля, по сравнению с другими врачебными специальностями (Ермолина и др., 2012) и указывают на негативные воздействия ряда факторов производственной среды и трудового процесса (Дубель, 2019). Данный факт может быть связан с особенностями работы врачей в условиях повышенного риска смерти пациента. Высокая частота восприятия тяжелых случаев заболеваний и сравнение своего состояния с состоянием пациента может приводить к завышенной самооценке своего здоровья.

Врачи в условиях повышенного риска смерти пациента также обладают более высоким показателем мотивационно-ценностной сферы здоровьесберегающей деятельности по сравнению с другими врачами. Данный факт может быть связан с особенностями работы врачей в условиях повышенного риска смерти пациента. Высокая частота восприятия тяжелых случаев заболеваний и активная деятельность по их излечению может приводить к изменению мотивов, потребностей, интересов, идеалов, мотивационных установок и диспозиций, детерминирующих в совокупности сознательное регулирование человеком состояния здоровья (Карпов, Яковлева, 2014).

Также врачи в условиях повышенного риска смерти пациента являются более интернальными, чем другие врачи. По мнению Комаровой Т.К., высокий уровень интернальности врача обеспечивает ему возможность меньшего эмоционального выгорания в ситуациях профессионального неуспеха. Это может быть обусловлено способностью интернала самостоятельно принимать решения и ответственность за их последствия на себя, что является своего рода личностным ресурсом копинга как эффективной стратегии поведения врача в сложных профессиональных ситуациях, которые нередко происходят в условиях повышенного риска смерти пациента (Комарова, 2015).

Помимо этого, врачи в условиях повышенного риска смерти пациента более интернальны в производственных отношениях, чем другие врачи. Мы это связываем с особой ролью коллектива в работе врачей в условиях повышенного

риска смерти пациента, как отмечает Еремина М.В., благополучное социальное взаимодействие во врачебном коллективе играет значительную роль в формировании положительного результата врачебной деятельности, как команды, что и влияет на интернальность производственных отношений респондентов (Еремина, 2022).

Если говорить о копинг-стратегиях, то врачи в условиях повышенного риска смерти пациента менее склонны использовать принятие ответственности, чем другие врачи. Мы это рассматриваем как способ адаптации к смертям пациентов. При меньшем использовании стратегии принятия ответственности врачи избегают самокритики и самообвинения вследствие смерти пациента, что способствует их эмоциональному отстранению и снижению остроты восприятия проблемы смерти пациента (Фильштинская, 2018).

Также врачи в условиях повышенного риска смерти пациента в меньшей степени подвержены страху смерти, чем другие врачи. Как известно, одним из источников страха смерти является не переработанный и не интегрированный опыт столкновения со смертью, и по нашему мнению, врачи в условиях повышенного риска смерти пациента реализуют проработку и интеграцию опыта столкновения со смертью эффективнее, чем другие врачи (Абдулгалимова, 2012).

При этом показатель осмысленности жизни у врачей в условиях повышенного риска смерти пациента выше, чем у других врачей. По нашему мнению, это может быть связано с несколькими причинами. Во-первых, само по себе восприятие смерти может становится толчком для более осмысленного отношения к жизни, что подтверждается выводами Д.А. Леонтьева и Г.Л. Тульчинского (Леонтьев, 2004; Тульчинский, 2003). Во-вторых, если рассматривать факт смерти пациента как травматическое событие или сами условия повышенного риска смерти пациента как травматические (следует отметить, что в исследовании Коргановой И.Н. отмечается наличие ассоциированных с профессиональной деятельностью симптомов ПТСР у 63,3% врачей в условиях повышенного риска смерти пациента, что также согласуется с

исследованием Thompson C.V., в котором диагностировалось наличие ПТСР у 10,1% практикующих хирургов (Корганова, 2004; Thompson, Naumann, Fellows, Bowley, Suggett, 2017)), то повышение осмысленности жизни с нашей точки зрения, может являться элементом посттравматического роста (Кутузова, 2007). При этом, следует отметить, что Гаврилова М.В. в своем исследовании указывает на наличие корреляции осмысленности жизни врачей с уровнем удовлетворенности их профессиональной деятельностью, а Феофанов, В. Н. в своем исследовании обнаружил отрицательную корреляцию показателя осмысленности жизни у врачей с уровнем профессионального выгорания. Таким образом, повышенный показатель осмысленности жизни у врачей в условиях повышенного риска смерти пациента является важным фактором для успешной адаптации к условиям работы данных врачей (Гаврилова, 2015; Феофанов, 2017).

Врачи в условиях повышенного риска смерти пациента характеризуются большей удовлетворенностью самореализацией, чем другие врачи. Как мы отметили ранее, это также можно рассматривать как эффект восприятия смерти или элемент посттравматического роста (Леонтьев, 2004; Тульчинский, 2003; Кутузова, 2007). Также следует отметить, что удовлетворенность прожитой частью жизни у медицинских работников обусловлена оценкой значимости результатов ответственной деятельности (Пухарева, Шутова, 2023). А наиболее значимой и ответственной деятельностью в этом плане является непосредственное спасение жизни пациента, что является основной частью работы врачей в условиях повышенного риска смерти пациента. И таким образом сама обстановка может способствовать повышению удовлетворенности прожитой частью жизни и самореализацией.

Врачи в условиях повышенного риска смерти пациента имеют более выраженный локус контроля-жизнь, чем другие врачи. Это говорит о большей убежденности в том, что контроль над жизнью возможен и в том, что можно свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Как мы отмечали ранее, объясняется это может в целом более высоким параметром контроля, которым отличаются врачи в условиях повышенного риска смерти пациента согласно

исследованию Асеевой И. Н. Постоянное нахождение в ситуациях, когда от твоего контроля зависит жизнь пациента может способствовать развитию убежденности и в возможности контроля над своей жизнью (Асеева, Попкова, 2011).

Далее мы провели факторный анализ по методу главных компонент по результатам шкал врачей в условиях повышенного риска смерти пациента. Проведенный факторный анализ по методу главных компонент позволил выявить четыре основных фактора, объясняющих в общем 54,532% общей дисперсии (Таблица 1).

Таблица 1 – Факторные нагрузки четырех факторов здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента

Признаки	Факторы			
	Осмысленность жизни и здоровья	Момент здоровьесбережения	Защита от вины	Социально приемлемый ЗОЖ
Мотивационно- ценностная сфера здоровьесберегающей деятельности	0,400	-0,297	-0,314	-0,004
Целеполагание в области здоровьесберегающей деятельности	0,372	-0,233	-0,040	0,735
Проектирование в области здоровьесбережения (эталонны здоровья)	0,398	-0,551	-0,158	-0,286
Самооценка уровня здоровья	0,348	-0,547	0,142	0,054
Поведенческие паттерны здоровьесбережения	0,262	-0,089	0,052	0,715
Самоэффективность в области здоровьесбережения	0,480	0,029	-0,211	0,545
Общая интернальность	0,714	-0,376	0,467	-0,135
Интернальность в области достижений	0,727	-0,372	0,331	-0,040
Интернальность в области неудач	0,410	-0,303	0,439	-0,082
Интернальность в семейных отношениях	0,336	-0,199	0,663	-0,102
Интернальность в производственных отношениях	0,584	-0,388	0,149	-0,243
Интернальность в межличностных отношениях	0,708	0,214	0,290	0,148

Интернальность в отношении здоровья и болезни	0,489	-0,625	-0,026	-0,026
Конфронтация	0,358	0,249	0,304	0,073
Дистанцирование	0,187	0,174	0,093	-0,407
Самоконтроль	0,419	-0,337	-0,224	-0,021
Поиск соц. Поддержки	0,297	0,660	0,285	0,091
Принятие ответственности	0,210	0,580	0,398	0,198
Бегство-избегание	0,204	0,597	0,304	-0,053
Планирование решения	0,570	0,156	-0,037	-0,036
Положительная переоценка	0,493	0,446	0,144	-0,211
Страх смерти	-0,417	0,249	0,264	0,167
Избегание темы смерти	-0,432	0,220	-0,172	-0,094
Нейтральное принятие	0,199	-0,224	0,092	-0,277
Приближающее принятие	-0,206	0,118	0,721	-0,097
Избавляющее принятие	-0,238	-0,042	0,754	0,179
Показатель осмысленности жизни	0,784	0,352	-0,334	-0,076
Цели в жизни	0,495	0,572	-0,096	-0,360
Процесс жизни	0,668	0,189	-0,255	0,289
Результативность жизни	0,691	0,293	-0,231	0,194
Локус контроля – Я	0,549	0,240	-0,314	-0,422
Локус контроля – жизнь	0,721	0,340	-0,235	-0,011
Дисперсия по факторам	23,308 %	13,223 %	10,475 %	7,525 %
Дисперсия общая	54,532 %			

Первый фактор мы назвали «Осмысленность жизни и здоровья». Он включает в себя такие шкалы, как «Показатель осмысленности жизни», «Интернальность в области достижений», «Локус контроля – жизнь», «Общая шкала интернальности», «Интернальность в межличностных отношениях», «Результативность жизни», «Процесс жизни», «Интернальность в производственных отношениях», «Планирование решения», «Локус контроля – Я», «Цели в жизни», «Положительная переоценка», «Интернальность в отношении здоровья и болезни», «Самоэффективность в области здоровьесбережения», и с отрицательным знаком «Избегание темы смерти». В первую очередь, мы обратим внимание, что наибольший вес в нем имеет шкала «показатель осмысленности жизни», остальные шкалы, входящие в этот фактор, по сути, осмысленность жизни характеризуют. Можно говорить, что осмысленность жизни связана с повышением самоэффективности в области здоровьесбережения и уменьшением избегания темы смерти (Гаврилова, 2015).

Второй фактор мы назвали «Момент здоровьесбережения». Он включает в себя такие шкалы, как «Поиск социальной поддержки», «Бегство-избегание», «Принятие ответственности», «Цели в жизни», «Положительная переоценка», и с отрицательным знаком «Самооценка уровня здоровья», «Проектирование в области здоровьесбережения (эталон здоровья)», «Интернальность здоровья и болезни». Мы можем наблюдать, что большую часть этого фактора занимают копинг-стратегии, в нем также присутствуют «цели в жизни», шкала, указывающая на «экстернальность здоровья и болезни», а также шкалы с отрицательным знаком, отражающие метапроцесс оценки состояния здоровья. Мы можем говорить, что различные развитые копинг-стратегии являются безусловно очень важными при работе врачей в условиях повышенного риска смерти пациента, что в том числе подтверждают результаты нашей работы. Данный фактор указывает на то, что использование копинг-стратегий связано с ухудшением оценки состояния здоровья у врачей в условиях повышенного риска смерти пациента. То есть, по нашему мнению, при снижении оценки уровня здоровья у врачей в условиях повышенного риска смерти пациента повышается активность метапроцесса здоровьесберегающего поведения.

Третий фактор мы назвали «Защита от вины». Он включает в себя такие шкалы, как «Избавляющее принятие», «Приближающее принятие», «Интернальность в семейных отношениях», «Общая шкала интернальности», «Интернальность в области неудач». В этом факторе наибольший вес занимают шкалы так называемого «позитивного отношения к смерти», которые заключается в вере в счастливую «послежизнь» и убеждении, что смерть предлагает освобождение от физической или психологической боли и страданий. Интересным представляется наличие в этом факторе шкал интернальности, а конкретнее, «интернальности в области неудач» которая измеряет склонность обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях. В этом плане наиболее логичным нам представляется описание данного фактора как личностной защиты. При высокой склонности обвинять себя в неудачах, если происходит смерть пациента, то облегчение собственной вины в этом случае

будет посредством убежденности, что таким образом пациент перестал страдать и попал в «лучшую» жизнь.

Четвертый фактор мы назвали «Социально приемлемый ЗОЖ». Он включает в себя такие шкалы, как «Целеполагание в области здоровьесберегающей деятельности», «Поведенческие паттерны здоровьесбережения», «Самоэффективность в области здоровьесбережения» и с отрицательным знаком «Локус контроля – Я». Мы видим в этом факторе наличие поведенческих паттернов здоровьесбережения, наличие цели в формировании программы здоровьесбережения и уверенность в эффективности своего здоровьесбережения, при этом, эти шкалы как бы противопоставляются шкале «локус контроля – Я». То есть, при снижении локуса контроля – Я (по сути, повышением экстернальности) происходит повышение здоровьесбережения. По нашему мнению, происходит это за счет различных влияний социума, например, программ по формированию или стимулированию здоровьесбережения, а также образа врача в национальной политике, как «пропагандиста здоровьесбережения», что иллюстрирует речь министра здравоохранения Российской Федерации: «...личный пример каждого по пропаганде здорового образа жизни является важной составляющей национальной политики. Врач должен задавать тон, должен подавать пример» (Мурашко, 2022).

По итогам проведенного эмпирического исследования можно сделать следующие выводы:

1. Здоровьесберегающая деятельность врачей в условиях повышенного риска смерти пациента значимо отличается от здоровьесберегающей деятельности других врачей по четырем из пяти выделенных базовых метапроцессов, а именно мотивации здоровьесбережения, оценки состояния здоровья, здоровьесберегающему поведению, контролю результатов.

2. Здоровьесберегающая деятельность врачей в условиях повышенного риска смерти пациента имеет значимые отличия по сравнению с другими врачами в сторону увеличения по следующим показателям: «Мотивационно-ценностная сфера здоровьесберегающей деятельности», «Самооценка уровня

здоровья», «Общая интернальность», «Интернальность в производственных отношениях», «Показатель осмысленности жизни», «Результативность жизни», «Локус контроля – жизнь». Помимо этого, имеет значимые отличия в сторону уменьшения по показателям «Принятие ответственности» и «Страх смерти».

3. Здоровьесберегающая деятельность врачей в условиях повышенного риска смерти пациента включает в себя четыре фактора. Первый фактор «Осмысленность жизни и здоровья» отвечает за осмысленную взаимосвязь компонентов здоровьесберегающей деятельности. Вторым фактор «Момент здоровьесбережения» показывает, каким образом метапроцесс здоровьесберегающего поведения связан с метапроцессом оценки состояния здоровья. Третий фактор «Защита от вины» является своеобразной личностной защитой от восприятия смертей пациентов. Четвертый фактор «социально приемлемый ЗОЖ» показывает, как влияет локус контроля на здоровьесберегающую деятельность.

Обе частные гипотезы исследования подтвердились. Общая гипотеза исследования полностью подтвердилась. Полученные нами факторы здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента были использованы для построения коррекционной программы. В качестве мишеней послужили осмысленность жизни и чувство вины.

Перспективой исследования является дальнейшее изучение здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента. Большой интерес в данном направлении представляет изучение здоровьесберегающей деятельности врачей в условиях повышенного риска смерти пациента в зависимости от стажа работы и гендерно-возрастных характеристик, изменение личностных характеристик и копинг-стратегий в зависимости от количества умерших пациентов, а также изучение технологий здоровьесбережения врачей в условиях повышенного риска смерти.

Список литературы

1. Thompson C.V., Naumann D.N., Fellows J.L., Bowley D.M., Suggett N. Post-traumatic stress disorder amongst surgical trainees: An unrecognised risk? *Surgeon*. 2017 Jun;15(3):123-130. doi: 10.1016/j.surge.2015.09.002. Epub 2015 Oct 23. PMID: 26482084.
2. Абдулгалимова С.А. Отношение к собственной смерти и переживание страха смерти // *Вестник СПИ*. 2012. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-sobstvennoy-smerti-i-perezhivanie-straha-smerti> (дата обращения: 13.12.2023).
3. Асеева И.Н. Взаимосвязь оптимизма и копинг-стратегий поведения у медицинских работников различных специализаций / И. Н. Асеева, Ю. А. Попкова // *Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Психология*. – 2011. – № 1(9). – С. 63-75. – EDN OEYUJD.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики способов совладания. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2009.
5. Гаврилова М.В. Содержание ценностно-смысловой сферы личности врача как критерий удовлетворенности их профессиональной деятельностью / М.В. Гаврилова, Т.В. Недуруева // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2015. – № 3-3. – С. 452-455. – EDN TNZLDN.
6. Дубель Е.В. Гигиеническая оценка факторов риска здоровью медицинских работников крупного многопрофильного стационара. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по ВАК РФ 14.02.01, Дубль Елизавета Владиславовна, 2019.
7. Еремина М.В. Роль социального взаимодействия врачей в коллективе в условиях пандемии / М.В. Еремина, А.Д. Доника // *Исторические основы профессиональной культуры в здравоохранении : Сборник статей международной научно-практической конференции, Гродно, 20 мая 2022 года / Отв. редактор М.Ю. Сурмач*. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2022. – С. 75-78. – EDN JOFFTP.

8. Ермолина Т.А., Мартынова Н.А., Калинин А.Г., Красильников С.В. Состояние здоровья медицинских работников. Обзор литературы // ВНМТ. 2012. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-zdorovya-meditsinskih-rabotnikov-obzor-literatury> (дата обращения: 10.04.2023).

9. Карпов А.В., Яковлева Н.В. Исследование мотивации здоровьесбережения как подсистемы витальной метакомпетентности личности // Известия ДГПУ. Психолого-педагогические науки. 2014. №1 (26). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-motivatsii-zdoroviesberezeniya-kak-subsystemy-vitalnoy-metakompetentnosti-lichnosti> (дата обращения: 12.12.2023).

10. Комарова Т.К. Эмоциональное выгорание врачей с разным локусом контроля / Т.К. Комарова // Системогенез учебной и профессиональной деятельности : Материалы VII Международной научно-практической конференции, Ярославль, 20–22 октября 2015 года. Том Часть 1. – Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2015. – С. 190-192. – EDN UWHPJL.

11. Корганова И.Н. Социально-психологические особенности профессиональной деятельности медицинского персонала отделений с высоким уровнем летальности в современных условиях. тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.00.52, кандидат медицинских наук Корганова, Ирина Николаевна, 2004.

12. Кутузова Д.А. Посттравматический рост [Электронный ресурс] электронные текстовые данные. – 2007. – Режим доступа: <http://publicverdict.ru/topics/rehabilitatio/5170807.html> (дата обращения 02.12.2023).

13. Леонтьев Д.А. Смысл смерти: на стороне жизни / Д.А Леонтьев // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия : журнал восточно-европейской ассоциации экзистенциальной терапии / Ред. С.Б. Есельсон. – 2004. – № 2 (5). – С. 40-50.

14. Мурашко М.А. Приветствие Министра здравоохранения Российской Федерации Михаила Мурашко участникам VI Всероссийского форума по

общественному здоровью / М.А. Мурашко // Министерство здравоохранения Российской Федерации [сайт]. – 2022. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2022/10/27/19473-privetstvie-ministra-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-mihaila-murashko-uchastnikam-vi-vserossiyskogo-foruma-po-obschestvennomu-zdorovyu> (дата обращения: 24.12.2023). - Текст: электронный.

15. Пухарева Т.С., Шутова Я.А. Взаимосвязь параметров осмысленности жизни и ответственности медицинских работников// Вестник университета. 2023. № 2. С. 196–203.

16. Тульчинский Г.Л. Танатология // Проективный философский словарь: новые термины и понятия / под ред. Г.Л. Тульчинского, М.Н. Эпштейна. СПб.: Алетейя, 2003. – С. 392-397.

17. Феофанов В.Н. Взаимосвязь профессионального выгорания и уровня осмысленности жизни у врачей / В. Н. Феофанов, Ю. В. Козлова // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2017. – Т. 16, № 1(140). – С. 62-71. – DOI 10.17922/2071-5323-2017-16-1-62-71. – EDN YNFETJ.

18. Фильштинская Е.Г. Отношение к смерти врачей и среднего медицинского персонала отделений реанимации / Е. Г. Фильштинская, М. В. Аборина // Современные научные исследования и разработки. – 2018. – № 10(27). – С. 877-880. – EDN YORSJV.

19. Яковлева Н.В. Здоровьесберегающая деятельность как базовый жизненный Метапроцесс // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdoroviesberegayuschaya-deyatelnost-kak-bazovyy-zhiznennyu-metaprotsess> (дата обращения: 13.05.2023).

1.3. Исследование психоэмоционального состояния и психологических защит у школьников с идиопатическим сколиозом

Аннотация. Подростковый идиопатический сколиоз определяется как трехмерная деформация позвоночника со скручивающим искривлением, возникающая у подростков в возрасте от 10 до 20 лет без известной конкретной этиологии. Многочисленные исследования показывают, что наряду с физическими трудностями, подростки с идиопатическим сколиозом испытывают и психосоциальные трудности. В статье представлены особенности психологических защит и психоэмоционального состояния подростков с идиопатическим сколиозом. Полученные данные позволяют утверждать, что подросткам с идиопатическим сколиозом свойственно использование защитных механизмов по типу компенсации, для них характерно снижение активности в ситуациях напряжения, преобладает тревога в отношениях с родителями. Также им свойственен высокий уровень депрессии, большей степенью проявляющийся в ангедонии, сниженном настроении и межличностных трудностях.

Ключевые слова: психологические защиты, идиопатический сколиоз, тревога, депрессия.

Введение. В современном обществе все больше распространяются заболевания, связанные с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Сколиоз распространяется на 15-30% среди школьников. Чаще всего, на начальной стадии заболевание не вызывает дискомфорт и не подвергается лечению. Поэтому нарушение осанки прогрессирует и далее достигает 50% случаев среди населения (Скиндер, 2012). В 85% случаев сколиоз является идиопатическим, т.е. для него не может быть установлена конкретная причина.

Кроме того, что у подростков с диагностированным сколиозом существует высокий риск возникновения инвалидности, болевых ощущений в поздний период и функциональных нарушений, данное нарушение опорно-двигательного

аппарата может представлять и косметический дефект, приводя к психологической травме и социальной изоляции (Бобылева, 2023).

Школьный период сопряжен с рядом стрессоров, но, помимо этого, у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата добавляется большое количество стрессовых ситуаций в связи с заболеванием. Возникающее напряжение отражается на физическом и психологическом благополучии.

Не каждый школьник с нарушением опорно-двигательного аппарата может справиться со своими негативными переживаниями и трудностями, что может приводить к проблемам адаптации, дезорганизации личности, развитию невротических расстройств и нарушениям в различных сферах жизни.

Поэтому крайне важно исследовать эмоционально-психологическое благополучие у школьников с идиопатическим сколиозом, помогать конструктивно справляться с трудностями, использовать оптимальные психологические защиты.

Вопрос психических особенностей подростков с идиопатическим сколиозом является актуальным ввиду их особенной сензитивности по отношению к внешним условиям развития, а также специфических личностных особенностей в сочетании с характером первичного дефекта. Сложности в адаптации к условиям образовательного процесса, трудности социализации в совокупности с неуверенностью в себе, непринятием собственного образа Я не позволяют достичь желаемого – психологического благополучия и реализации имеющегося потенциала подростков. Особая уязвимость данной категории школьников предполагает их изучение, а также создание практических рекомендаций для педагогов, психологов и родителей с целью последующего внедрения полученных знаний в практическое направление.

Цель исследования: изучить особенности психоэмоционального состояния и защитные механизмы школьников с идиопатическим сколиозом.

В результате заболевания, отклонений и недостатков подростки с нарушениями опорно-двигательного аппарата становятся неспособными к различным видам деятельности, что делает их неадаптированными к внешней

среде. Поэтому в социокультурной среде присутствует много негативных стереотипов и предрассудков, что выделяет людей с ограниченными возможностями в обществе (Тарасова, 2016).

Эти ограничения влияют на функциональные нарушения, снижают качество жизни и, следовательно, психологическое состояние. Пациенты испытывают депрессию, горе, гнев, ярость, чувства неполноценности, вины и тревоги. В основе этих реакций лежит сильный стресс, вызванный диагнозом заболевания.

Ограниченные возможности здоровья являются затрудненными условиями развития. Д.А. Леонтьев (2014) определяет это как не самое лучшее положение биологических и социальных условий личностного развития. Вследствие этого требуются особые усилия для выполнения тех трудностей развития, которые предстают перед человеком. При этом личности предъявляются повышенные требования.

Л.С. Выготский (2003) в своих исследованиях интересуется как прямым, так и вторичным влиянием дефекта. Из биологического характера болезни исходят первичные нарушения, а вторичные дефекты появляются в течение аномального и социального развития. Для одоления первичных нарушений помогает медицинское лечение. Основной психологической целью изучения аномального развития является вторичный дефект, он поддается коррекции.

Социальная депривация является важной причиной вторичных нарушений. Нарушения затрудняют взаимодействие с социумом, замедляют процесс получения знаний, умений и навыков. Часто у людей с ограниченными возможностями здоровья развивается «комплекс неполноценности», что также затрудняет общение, развитие и рост индивида (Выготский, 2003).

Подростки с идиопатическим сколиозом имеют свою специфику психологического состояния.

В эмоциональной сфере это проявляется в виде эмоциональной сенситивности и лабильности, при этом присоединяется тревога и депрессивность. Переживание одиночества и скуки, ностальгия по прошлым

временам, внутренний конфликт на фоне стремления к самостоятельности и социальной зависимости, сужение круга восприятия мира и вследствие этого происходит повышение подозрительности и паранойяльной настроенности.

Особенности когнитивной сферы могут проявляться в виде ригидности суждений, склонности к сверхценным образованиям, переживания ориентированы на прошлое, а тревожность устремляется в будущее, возникает конфликт между приобретенными ценностями ранее и настоящим образом жизни.

Особенности в поведенческой сфере проявляются в виде повышенной готовности к конфликтам, качественным изменением преобразованием межличностных контактов, переживанием собственной беспомощности, при этом возникает предусмотрительность в установлении социальных связей, возможен риск возникновения суицидальных мыслей (Яковлева, 2016).

Л.Г. Заборина (2012), изучая личностные характеристики и особенности эмоционального реагирования подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата, выделяет такие психологические особенности как сниженный фон настроения, угнетенность собственным положением, огорченность. Также, присутствует драматизация, тревожная мнительность, инфантильность, сенситивность.

Важно учитывать, что психологическое благополучие людей с ограниченными возможностями здоровья напрямую связано с наличием социальной поддержки и удовлетворенности ею. Не каждая форма поддержки может быть подходящей, поскольку она является не всегда осознанной (Леонтьев, 2014).

В России 86% детей школьного возраста имеют нарушения осанки, которые связаны с искажением органов и систем организма, таких как дыхательная, пищеварительная, сердечно-сосудистая и другие (Кулганов, 2013).

Сколиоз в разной степени влияет не только на развитие позвоночника, но и на развитие костей в других частях тела, функции органов и психическое здоровье, приводя к высоким и низким плечам, плоской спине, изгибам грудной

клетки, наклону таза, длинным и коротким ногам, а в серьезных случаях - к нарушению сердечно-легочной функции (Theroux, 2017).

Особенно у подростков асимметрия может привести к психосоциальным проблемам, таким как неуверенность в себе, склонность к депрессии, суицидальным мыслям и повышенному потреблению алкоголя (Freidel, 2002).

Переживание приобретенного дефекта становится дополнительным бременем для психического состояния человека, накладывая отпечаток на личность, способствуя возможному изменению самооценки, самоотношения, эмоционального фона и социальных отношений, и чаще всего приводит к развитию тяжелой депрессии.

Для того, чтобы справиться с различными психосоциальными трудностями подросткам с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимы личностные ресурсы, которые помогают активизировать эффективное защитно-совладающее поведение. В защитно-совладающей системе личности на первый план выходят защитные механизмы личности, которые связаны с бессознательными способами снижения внутреннего напряжения и эмоционального дискомфорта.

Р. М. Грановская (2010) считает, что с одной стороны психологическая защита приспособливает человека к своему внутреннему миру, а с другой – может ухудшать приспособление к внешней среде. Защита искажает реальность, что наносит ущерб личности в виде адекватности представлений об окружающей среде и своей уникальности. Она дает следующее определение психологической защите: это система стабилизации личности, нацеленная на устранение тревоги, отрицательных переживаний при расхождении существующей картины мир и новой неожиданной информации.

Стоит отметить, что у подростков с идиопатическим сколиозом защитно-совладающая система зачастую является инфантильной, слабодифференцированной, с преобладанием защитных механизмов, ориентированных на искажение восприятия реальности («реактивное образование», «проекция», «отрицание») (Пятакова, 2019).

Как уже было отмечено, помимо физических недостатков при нарушениях опорно-двигательного аппарата, нельзя игнорировать психологические нарушения у этих пациентов. В 1974 году Бенгтссон и соавторы впервые сообщили, что 26 женщин с тяжелым идиопатическим сколиозом испытывали гиперчувствительность, неуверенность и дистрофические настроения из-за сколиоза. Благодаря этим результатам многие исследования были сосредоточены на психологических изменениях у пациентов с нарушениями двигательных функций (Lin, 2019).

Подростки со сколиозом могут проявлять менее позитивный взгляд на жизнь, страдать от более низкой самооценки и испытывать больше трудностей в общении со сверстниками (Sanders, 2018).

Киметова И.С. и соавторы (2013) отмечают, что психологически неблагоприятные состояния были отмечены у 16 % пациентов с идиопатическим сколиозом. Более характерными для пациентов со сколиозом патологическими состояниями являются обсессивно-фобические нарушения (21,5 %) и невротическая депрессия (21,4 %). Несколько реже встречаются конверсионные нарушения (16,4 %) и тревога (14,6 %), вегетативные нарушения (12,4 %) и астения (12,1 %).

Стоит отметить, что среди общей распространенности 7% психических расстройств представлены у пациентов с идиопатическим сколиозом. Среди них самый высокий процент приходится на нарушения тревожного спектра (от 2% до 24% по данным различных исследований), распространенность же депрессивных расстройств отмечают в диапазоне от 3,3% до 12,4% (Lee, 2021).

Sanders A. et al. (2018) обнаружили, что 32% пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата испытывали значительный психологический стресс, независимо от типа лечения. В этом исследовании тревога представляла собой наиболее распространенную проблему среди подростков, и встречалась с такой же частотой, как у детей, больных раком и пациентов, перенесших трансплантацию сердца.

Более высокие симптомы тревоги у пациентов, находящихся на лечении по поводу нарушений опорно-двигательного аппарата, по сравнению со здоровыми людьми из контрольной группы также были продемонстрированы в исследовании Duramaz A. et al. (2018). Авторы указывают на заметное уменьшение таких симптомов после оперативной коррекции позвоночника.

Wong A. et al. (2019) продемонстрировали значительную распространенность болей в спине среди пациентов с идиопатическим сколиозом, независимо от хирургического лечения. Высокая распространенность хронической боли в спине увеличивает вероятность возникновения тревоги, депрессии, бессонницы и дневной сонливости. Муравьев С.В. (2014) указывает, что степень выраженности болевого синдрома при идиопатическом сколиозе связана с повышением уровня реактивной тревожности, преимущественно у юношей.

Wang H. et al. (2019) исследовали распространенность тревоги и депрессии у пациентов с идиопатическим сколиозом и обнаружили, что 7,3% пациентов проявляют симптомы, характерные для тяжелой депрессии.

Депрессия может быть понятной реакцией на потерю и травму самооценки, связанную с диагнозом, установленным в подростковом возрасте, который является наиболее уязвимым периодом для формирования взрослой идентичности (Płaszewski, 2014).

Невротическая депрессия у больных идиопатическим сколиозом встречается более чем в три раза чаще, чем у условно здоровых, – 21,4 и 9,5 % соответственно. При этом появление невротической депрессии регистрируется уже у пациентов с I и II ст. сколиоза (25,9 % в сравнении с 9,5 %) (Киметова, 2013).

Baird C., Gardner A. (2021) подчеркивают, что существует связь между диагнозом идиопатический сколиоз и проблемами психического здоровья. Авторы обнаружили, что 18% пациентов с идиопатическим сколиозом имели баллы, достаточные для установления диагноза депрессия.

Депрессивные симптомы, по оценке Lin T. et al., (2019) показали общую среднюю степень выраженности, которая была значительно выше среди пациенток женского пола. Большая выраженность симптомов депрессии среди подростков по сравнению со взрослыми пациентами отражает уязвимость подросткового возраста к проблемам психического здоровья. Авторы отмечают, что выраженность депрессии положительно коррелировала со степенью сколиотической кривизны позвоночника и продолжительностью фиксационного аспекта лечения.

Исследования показывают, что компоненты психического здоровья при прохождении реабилитации улучшаются медленнее физических компонентов самочувствия. Наиболее устойчивыми признаками психоэмоционального неблагополучия при идиопатическом сколиозе являются тревога, проблемы с вниманием и сниженная самооценка (Jalloh, 2023).

Методика проведения исследования. Основную группу исследования составили школьники с идиопатическим сколиозом, в количестве 31 человек, средний возраст составил $13,4 \pm 0,49$. Группу сравнения составили 29 условно здоровых школьников, средний возраст составил $14,7 \pm 0,5$.

Исследование степени напряженности психологических защит проводилось на основании Опросника «Индекс жизненного стиля» (авторы Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х.Р. Конт, адаптация Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева, Е.Б. Клубовой).

Для исследования депрессии использовали Опросник детской депрессии (автор М. Ковач, адаптация НИИ психологии); для изучения тревожности использовали Опросник многомерной оценки детской тревожности (авторы Е.Е. Ромицына, Л.И. Вассерман).

Статистическая обработка осуществлялась с помощью стандартных подсчетов средних значений и сырых баллов с использованием стандартных методов подсчета. Значимые различия устанавливались с помощью U-критерия Манна-Уитни. Подсчеты проводились с использованием пакета статистического программного обеспечения StatSoft «Statistica 10.1».

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании психологических защит школьников с идиопатическим сколиозом в сравнении с условно здоровыми школьниками получены следующие результаты, представленные на рисунке 1.

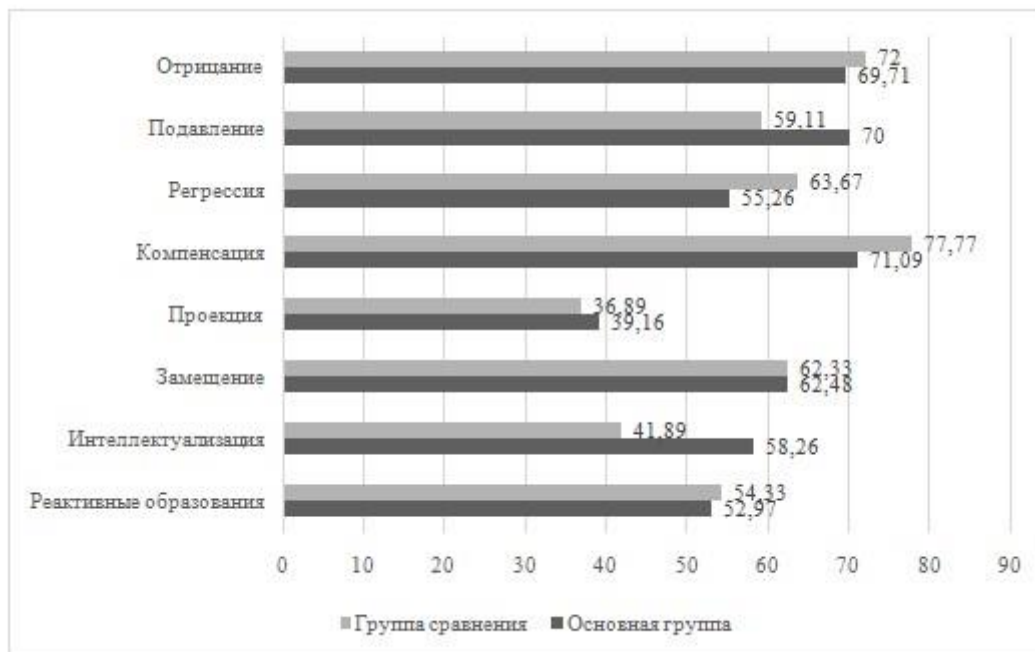


Рисунок 1 – Выраженность механизмов психологических защит в выборке школьников, средние значения

В основной группе высокий уровень по средним значениям демонстрирует механизм «Компенсация» ($71,09 \pm 26,20$), что означает стремление школьников с идиопатическим сколиозом восполнить недостатки любого рода достоинствами, в том числе не имеющими реального основания. Группа условно здоровых школьников, в свою очередь, также демонстрирует высокий уровень механизма «Компенсация» по средним значениям среди испытуемых ($71,78 \pm 22,49$). Высоким уровнем среди средних значений по данным группы сравнения обладает механизм «Отрицание» ($72 \pm 19,54$), следовательно, для респондентов характерно игнорирование критики в свой адрес, рассмотрение окружающих явлений как положительных, а также представление об образе себя в глазах других как о позитивном – проблемные аспекты внешней реальности игнорируются или трансформируются в противоположные. Низким уровнем для

обеих групп по средним значениям представлен механизм «Проекция»: для основной группы – $36,16 \pm 27,25$, для группы сравнения – $36,89 \pm 27,09$. Следовательно, школьникам не свойственно приписывание собственных чувств и мыслей другим людям с целью оправдать свое поведение.

Для основной группы в равной степени умеренно по средним значениям характерно использование следующих защит: «Отрицание» ($69,71 \pm 26,06$), «Подавление» ($70 \pm 30,67$), «Регрессия» ($55,26 \pm 36,51$), «Замещение» ($62,48 \pm 28,36$), «Интеллектуализация» ($58,26 \pm 22,18$), «Реактивные образования» ($52,97 \pm 34,77$). Следовательно, для школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата свойственно в умеренной степени игнорирование негативных явлений внешней и внутренней реальности, в период кризисов использование более простых и привычных стереотипов поведения, снижение уровня негативного аффекта через переадресацию импульса более доступному объекту взамен источника, интеллектуальное обоснование явлений в ущерб их эмоциональному восприятию, а также трансформация негативных компонентов эмоциональной и личностной сферы в субъективно противоположные явления.

Для группы сравнения в равной степени умеренно по средним значениям характерно использование следующих защит: «Подавление» ($59,11 \pm 30,84$), «Регрессия» ($63,67 \pm 27,95$), «Замещение» ($62,33 \pm 29,74$), «Интеллектуализация» ($41,89 \pm 28,40$), «Реактивные образования» ($54,33 \pm 35,17$). Следовательно, для условно здоровых школьников свойственно в умеренной степени игнорирование внутренней реальности, реализация поведенческих стереотипов более ранних периодов развития в ситуациях стресса, отреагирование негативных аффектов на доступных объектах в пользу недостижимого источника фрустрации, интеллектуальная обработка отрицательных переживаний в ущерб полноценному эмоциональному отреагированию, а также деформация негативных личностных и эмоциональных характеристик в субъективно противоположную модальность.

Таким образом, исследование выборки на предмет выраженности различных видов механизмов психологических защит обнаружило следующее.

Для основной группы особенно характерна компенсация имеющихся недостатков, в значительно меньшей мере свойственна проекция собственных характеристик на лиц окружения. Для группы сравнения ведущими защитами являются отрицание неприемлемых сторон окружающей действительности и фиксация на желаемых компонентах реальности, а также компенсация субъективно ощущаемых недостатков, наименее популярной – проекция собственных нежелательных чувств и мыслей на окружающих.

При исследовании уровня тревожности школьников с идиопатическим сколиозом в сравнении с условно здоровыми школьниками получены следующие результаты, представленные на рисунке 2.

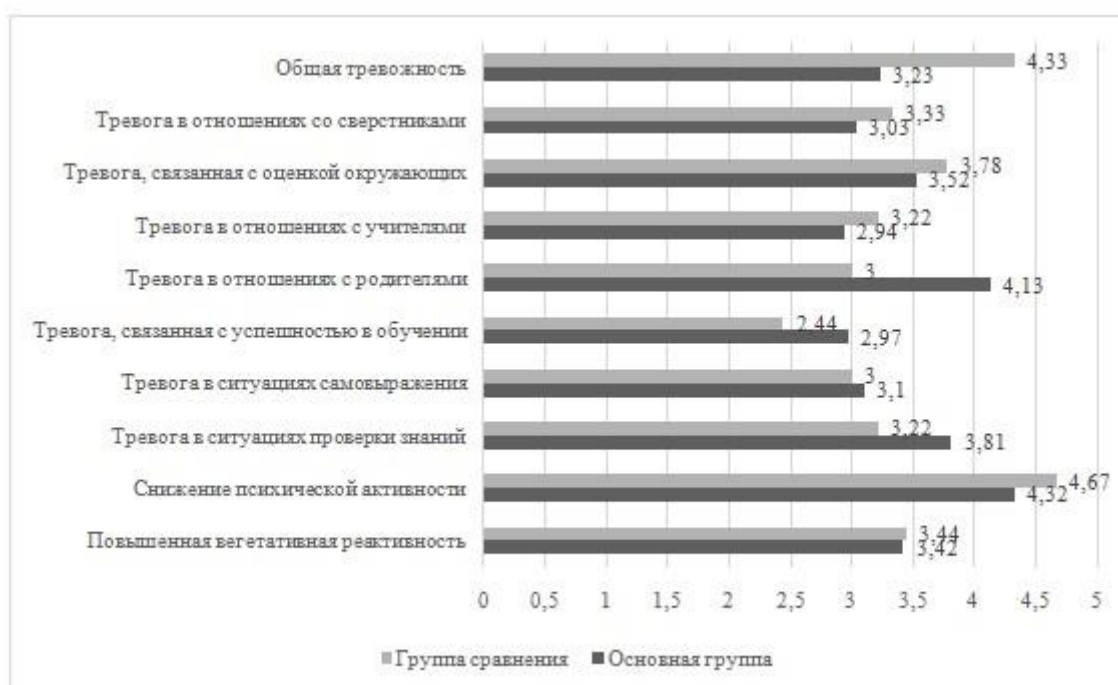


Рисунок 2 – Выраженность компонентов тревожности в выборке школьников, средние значения

Респонденты основной группы в среднем демонстрируют низкий уровень по параметру детской тревожности «Тревога, связанная с успешностью в обучении» ($2,97 \pm 1,98$), следовательно, для них не характерно возникновение тревоги в ситуациях оценки достигаемых успехов в обучении. Умеренный с тенденцией к низкому уровню демонстрируют респонденты основной группы

по шкале «Тревога в отношениях с учителями» ($2,94 \pm 2,34$), что может указывать как на низкую выраженность реагирования в контексте взаимоотношений школьников с преподавателями. Умеренный с тенденцией к высокому уровень компонентов тревоги был обнаружен по средним значениям для таких шкал, как «Тревога в отношениях с родителями» ($4,13 \pm 2,89$) и «Снижение психической активности» ($4,32 \pm 2,37$). Следовательно, для испытуемых основной группы характерно наличие переживаний по поводу взаимоотношений в семье, а также тревожное реагирование в ситуациях оценивания личности и поступков школьников со стороны членов семьи. Реагирование на факторы, вызывающие тревогу, происходит посредством появления признаков астенизации, что снижает адаптационный потенциал респондентов. Средние значения таких шкал, как «Общая тревожность» ($3,23 \pm 2,51$), «Тревога в отношениях со сверстниками» ($3,03 \pm 2,36$), «Тревога, связанная с оценкой окружающих» ($3,52 \pm 2,67$), «Тревога в ситуациях самовыражения» ($3,10 \pm 2,84$), «Тревога в ситуациях проверки знаний» ($3,81 \pm 2,86$), «Повышенная вегетативная реактивность» ($3,42 \pm 2,80$) в исследуемой выборке оказались на нормативном уровне, что означает наличие дополнительных ресурсов для достижения оптимальной адаптации.

Респонденты группы сравнения, в свою очередь, в среднем демонстрируют также низкий уровень по шкале «Тревога, связанная с успешностью в обучении» ($2,44 \pm 1,59$), что означает отсутствие повышенного напряжения в контексте оценивания выполненных заданий. «Общая тревожность» респондентов группы сравнения по средним значениям располагается на умеренном уровне с тенденцией к высокому ($4,33 \pm 2,69$). Данные результаты свидетельствуют о наличии среди условно здоровых испытуемых повышенного уровня интегральной тревожности, связанной с различными компонентами функционирования, в частности, уверенностью в себе, оценкой личных достижений и перспектив будущего. Шкала «Снижение психической активности» также демонстрирует умеренный с тенденцией к высокому уровень по средним значениям исследуемой выборки ($4,67 \pm 2,69$). Тревожное

реагирование испытуемых группы сравнения, следовательно, происходит через астенизированное состояние.

Таким образом, исследование групп школьников на предмет выраженности компонентов тревожности позволило определить, что для лиц основной группы не характерно наличие тревоги, связанной с успешностью в обучении. Более выраженными параметрами общей тревожности респондентов основной группы являются тревога в отношениях с родителями и снижение психической активности в ситуациях повышенного напряжения. Для лиц группы сравнения, в свою очередь, особенно характерно наличие низкого уровня тревоги, связанной с успешностью в обучении. Общая тревожность, а также снижение психической активности как параметры детской тревожности преобладают в исследуемой выборке условно здоровых школьников.

При исследовании показателей депрессии школьников с идиопатическим сколиозом в сравнении с условно здоровыми школьниками получены следующие результаты, представленные на рисунке 3.

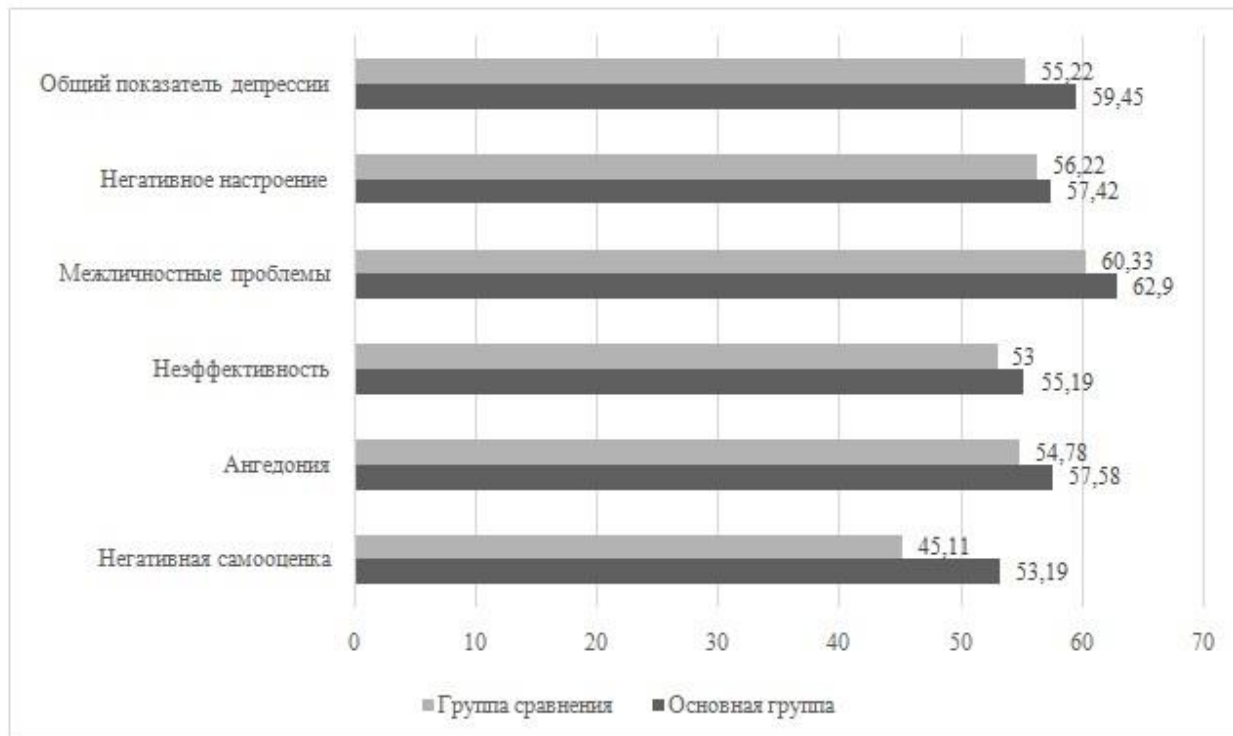


Рисунок 3 – Выраженность компонентов депрессии у школьников, средние значения

Испытуемые основной группы демонстрируют высокие средние значения по следующим шкалам: «Общий показатель депрессии» ($59,45 \pm 15,03$), «Негативное настроение» ($57,42 \pm 14,26$), «Межличностные проблемы» ($62,90 \pm 14,37$), а также «Ангедония» ($57,58 \pm 11,63$). Умеренный уровень средних значений иллюстрируют следующие шкалы: «Неэффективность» ($55,19 \pm 14,27$) и «Негативная самооценка» ($53,19 \pm 13,60$). Следовательно, для школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата характерным является наличие общего снижения настроения, повышенного уровня тревожности, высокого уровня истощаемости, а также дезадаптивного поведения, выражающегося в негативизме, непослушании и агрессии. При этом у них отсутствуют суицидальные мысли и убежденность в собственной неэффективности в сочетании с негативной оценкой собственных достижений.

Испытуемые группы сравнения демонстрируют высокие средние значения по параметрам «Негативное настроение» ($56,22 \pm 8,14$) и «Межличностные проблемы» ($60,33 \pm 15,58$). «Общий показатель депрессии» выражен в среднем на умеренном уровне с тенденцией к высокому ($55,22 \pm 9,23$). Такие шкалы, как «Неэффективность» ($53,00 \pm 13,49$), «Ангедония» ($54,78 \pm 7,43$), «Негативная самооценка» ($45,11 \pm 7,75$) представлены в среднем на умеренном уровне среди исследуемых респондентов. Следовательно, для условно здоровых школьников характерно наличие общего снижения настроения, а также дезадаптивное поведение в форме негативизма, агрессии и непослушания, что вносит вклад в повышение интегрального показателя депрессивности рассматриваемой группы. При этом у них отсутствует ощущение собственной неэффективности, оценка личных достижений как незначимых и негативных, суицидальные мысли, а также истощаемость в процессе обучения и развития.

Таким образом, исследование групп школьников на предмет выраженности уровня депрессии позволило выяснить, что для школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата характерно наличие высокого уровня депрессии, выражающегося в сниженном настроении, межличностных проблемах и ангедонии, однако негативная оценка собственной деятельности как

неэффективной для них не свойственна. Для условно здоровых школьников характерно наличие умеренного уровня депрессии с тенденцией к высокому, а именно: сниженного настроения, межличностных проблем. Негативная оценка собственной деятельности как неэффективной, а также ангедония для них не свойственны.

Выводы.

1. При исследовании механизмов психологических защит было выявлено, что для школьников с идиопатическим сколиозом характерно использование механизма компенсации, менее характерно – механизма проекции. Для условно здоровых лиц ведущими являются механизмы отрицания и компенсации, менее выраженным – механизм проекции.

2. Для школьников с идиопатическим сколиозом наиболее характерными являются тревога в отношениях с родителями и снижение психической активности в ситуациях напряжения. Для условно здоровых лиц свойственна общая тревожность, а также снижение психической активности.

3. Для школьников с идиопатическим сколиозом характерно наличие высокого уровня депрессии, выражающегося в сниженном настроении, межличностных проблемах и ангедонии. Для условно здоровых свойственно наличие умеренного уровня депрессии, преобладают сниженное настроение и межличностные проблемы.

Список литературы

1. Бобылева Ю. В. Влияние комплексной реабилитации на величину сколиотической деформации у детей и подростков с идиопатическим сколиозом / Ю. В. Бобылева, А. А. Кинзерский // Физическая культура, спорт, туризм: наука, образование, технологии: Материалы XI Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, посвященной 100-летию Минспорта России и 10-летию науки и технологий в России, Челябинск, 21

апреля 2023 года. – Челябинск: Уральский государственный университет физической культуры, 2023. – С. 219-220.

2. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.

3. Грановская Р.М. Психологическая защита у детей / Р.М. Грановская, И.М. Никольская // – СПб.: Речь, 2010. – 352 с.

4. Заборина Л.Г. Исследование личностных характеристик и особенностей эмоционального реагирования у лиц с ограниченными возможностями здоровья / Л.Г. Заборина // Ученые записки, 2012, № 6, Серия Педагогика и психология, – 2012, № 5(46). – С.298-306.

5. Киметова И. С. Психоэмоциональный профиль пациентов со сколиозом / И.С. Киметова, Н.Л. Александрова, М.В. Михайловский // Хирургия позвоночника. – 2013. – №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihuemotsionalnyy-profil-patsientov-so-skoliozom> (дата обращения: 01.11.2023).

6. Кулганов В.А. Основы клинической психологии / В.А. Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов // – СПб.: Питер. – 2013. – 463 с.

7. Леонтьев, Д. А. Развитие личности в норме и в затрудненных условиях / Д. А. Леонтьев // Культурно-историческая психология. – 2014. – Т. 10, № 3. – С. 97-106.

8. Муравьев С.В. Боли в спине и эмоциональные расстройства у подростков с идиопатическим сколиозом / С.В. Муравьев // Пермский медицинский журнал. – 2014. – Т. 31. – №2. – С. 34-38. doi: 10.17816/pmj31234-38.

9. Пятакова Г.В. Личностные ресурсы защитно-совладающего поведения подростков с идиопатическим сколиозом на этапе подготовки к операции / Г.В. Пятакова, А.О. Кожевникова, С.В. Виссарионов // Хирургия позвоночника. – 2019. – Т. 16. – № 2. – С. 64–72. DOI: <http://dx.doi.org/10.14531/ss2019.2.64-72>.

10. Скиндер Л.А. Физическая реабилитация детей с нарушением осанки и сколиозом / Л.А. Скиндер, А.Н. Герасевич, Т.Д. Полякова, М.Д. Панкова // – Брест. гос. ун-т имени А.С. Пушкина. – Брест : БрГУ, 2012. – 210 с.
11. Тарасова И. В. Психолого-социальные аспекты работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья / И. В. Тарасова // Универсальная безбарьерная среда в образовательной организации: лучшие практики в России и за рубежом. – 2016. – С. 158-162.
12. Яковлева Н.В. Обзор психологических исследований инвалидности / Н.В. Яковлева, Н.Н. Уланова, И.М. Шишкова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2016. – № 2 (13).
13. Baird C. A report of the number of adolescents screened as warranting further investigation for depression and social anxiety in a pre-operative cohort with idiopathic scoliosis / C. Baird, A. Gardner // The Surgeon. – 2021. – Vol. 19. – No 5. – 263-267 pp. doi.org/10.1016/j.surge.2020.07.009.
14. Duramaz A. The effect of deformity correction on psychiatric condition of the adolescent with adolescent idiopathic scoliosis / A. Duramaz, S. Ylmaz , N. Ziroğlu, B. Duramaz, T. Kara // Eur Spine J. – 2018. – Vol. 27(9):2233-2240. doi: 10.1007/s00586-018-5639-4.
15. Freidel K. Quality of life in women with idiopathic scoliosis / K. Freidel, F. Petermann, D. Reichel, A. Steiner, P. Warschburger, H.R. Weiss // Spine. – 2002. – Vol. 27(4):E87-91. doi: 10.1097/00007632-200202150-00013.
16. Jalloh H. Adolescent idiopathic scoliosis patients treated with bracing, surgery, or observation showed no difference in behavioral and emotional function over a 2-year period / H. Jalloh, L.M. Andras, A. Sanders, S. Iantorno, A. Hamilton, P.D. Choi, D.L. Skaggs// Medicine (Baltimore). – 2023. – Vol. 102(3):e32610. doi: 10.1097/MD.00000000000032610.
17. Lee S. Is There an Association Between Psychiatric Disorders and Adolescent Idiopathic Scoliosis? A Large-database Study / S. Lee, H. Chae, J. Kwon, S. Sung, H. Lee, S. Moon, B. Lee // Clinical Orthopaedics and Related Research. – 2021. – Vol. 479(8). DOI: 10.1097/CORR.0000000000001716.

18. Lin T. Extent of Depression in Juvenile and Adolescent Patients with Idiopathic Scoliosis During Treatment with Braces / T. Lin, Y. Meng, Zh.Ji, H. Jiang, W.Shao, R. Gao, X. Zhou, // World Neurosurgery. – 2019. – Vol.126. doi.org/10.1016/j.wneu.2019.01.095.
19. Płaszewski M. Mental health of adults treated in adolescence with scoliosis-specific exercise program or observed for idiopathic scoliosis / M. Płaszewski, I. Cieśliński, R. Nowobilski, T. Kotwicki, J. Terech, M. Furgał// ScientificWorldJournal. – 2014. – Vol. 932827. doi: 10.1155/2014/932827.
20. Sanders A. Clinically Significant Psychological and Emotional Distress in 32% of Adolescent Idiopathic Scoliosis Patients / A. Sanders, L. Iantorno, S. Hamilton, A. Choi, P. Skaggs // Spine deformity. – 2018. – Vol.6. doi:10.1016/j.jspd.2017.12.014.
21. Theroux J. Prevalence of low back pain in adolescents with idiopathic scoliosis: a systematic review / J. Theroux, N. Stomski, C.J. Hodgetts // Chiropr Man Therap. – 2017. – Vol. 25(10): doi:10.1186/s12998-017-0143-1.
22. Wang H. Mental health of patients with adolescent idiopathic scoliosis and their parents in China: a cross-sectional survey / H. Wang, T. Li, W. Yuan, Z. Zhang, J. Wei, G. Qiu, J. Shen//BMC Psychiatry. – 2019. – Vol. 19(1):147. doi: 10.1186/s12888-019-2128-1.
23. Wong A. How Common Is Back Pain and What Biopsychosocial Factors Are Associated With Back Pain in Patients With Adolescent Idiopathic Scoliosis? / A. Wong, D. Samartzis, P. Cheung, J. Cheung // Clinical Orthopaedics and Related Research. – 2019. – Vol. 477(4). DOI: 10.1097/CORR.0000000000000569.

1.4. Устойчивость к стрессу и стратегии совладания с ним у подростков со склонностью к дисморфофобии

Аннотация. Дисморфофобическое расстройство оказывает неблагоприятное влияние на нервно-психическую устойчивость подростков, жизнестойкость личности, поскольку выступает дестабилизирующим фактором

ее развития и формирования. В данной статье приведены результаты исследования устойчивости к стрессу и стратегий совладания с ним у подростков со склонностью к дисморфофобическому расстройству. Направленность копинг-стратегий, выступающих важным предиктором психологического благополучия, оценивается с точки зрения эффективности / неэффективности, за критерий адаптивности принимается понижение чувства уязвимости к стрессам.

Ключевые слова: дисморфофобия, нервно-психическая устойчивость, копинг-стратегии, подростки.

Проблема дисморфофобий становится все более **актуальной** в обществе и на сегодняшний день стоит как никогда остро. Недовольство собой и своим телом стало широко распространенным явлением в постоянно динамично развивающемся мире, а «социализация и нормализация» дисморфофобии заставляет обратить на нее внимание врачей, социальных работников и клинических психологов. Несмотря на возможные отрицательные последствия неправильно сформированного образа тела, эта тема не нашла должного раскрытия в трудах психологов (Леви, 2008; Матюшенко 2013). Вместе с этой проблемой сама по себе жизнь и учебная деятельность подростка содержит в себе значительную совокупность различных стрессоров, поэтому для них присуще наличие стресса и нервно-психического напряжения. Совладающее поведение со стрессом направлено на повышение адаптации подростков к среде, определяется через совокупность копинг-стратегий и заслуживает отдельного рассмотрения из-за своей специфичности. Различные аспекты исследуемых феноменов до сих пор остаются дискуссионными и слабо структурированными, поэтому актуальность данного исследования не вызывает сомнений.

Теоретический анализ состояния проблемы раскрывает тот факт, что дисморфофобия связана с реальными или надуманными физическими недостатками. Это навязчивый страх, который имеет невротический характер и протекает на не психотическом уровне, грубые изменения психической

деятельности при дисморфофобии отсутствуют. Дисморфофобии всегда связаны с реальными или надуманными физическими недостатками (Якимова, 2017).

Данные многих исследований свидетельствуют о полиморфной картине синдрома дисморфофобии, развивающегося в рамках гетерогенной психической патологии (шизофрения, расстройство личности, аффективные расстройства, психические расстройства органического генеза). Синдром может возникать под влиянием психоэмоционального стресса, а также аутохтонно. Клиническая картина подростковой дисморфофобии может включать как монотематические сверхценные представления (33%) о «дефекте» внешности, требующем хирургической коррекции, так и входить в структуру других психопатологических симптомокомплексов (ипохондрический, депрессивный, обсессивно-компульсивный, бредовый), подчиняясь их динамике и далеко не всегда приобретая хронический характер (Медведев, 2016).

Психический стресс в подростковом возрасте является формой отражения субъектом сложной, значимой для него ситуации. Психологическая устойчивость в таких ситуациях зависит от способности личности к адекватному разрешению ситуации. Главным фактором, определяющим механизмы реагирования личности на стресс, выработки стратегий поведения совладания со стрессом и адаптации подростка, является не столько объективная сущность «сложности» ситуации, сколько ее субъективная личностная оценка (Андреева, 2006). А важным предиктором психологического благополучия, здоровья и успешности деятельности выступают копинг-стратегии (Рокицкая, 2018).

Исследования копинг-поведения в подростковом возрасте напрямую связаны с проблемой адекватного прогноза поведения подростков в стрессовой ситуации, важны для разработки стратегий, направленных на контроль, профилактику и коррекцию девиантного поведения (Степченко, 2022).

Целью нашего эмпирического исследования являлось изучение устойчивости к стрессу и стратегий совладания с ним у подростков со склонностью к дисморфофобии. В исследовании предполагалось, что подростки, склонные к дисморфофобии, обладают низким уровнем нервно-психической

устойчивости (НПУ) и предпочитают использовать неадаптивные стратегии преодоления стресса.

Для достижения цели и выполнения задач исследования было проведено психологическое обследование 47 подростков, возраст которых составлял от 15 до 18 лет. В ходе дальнейшей работы были образованы группы испытуемых с высокой (n=20) и низкой (n=27) склонностью к дисморфофобии. Каждая группа тестировалась по выбранным методикам для последующего сравнения результатов.

В соответствии с предметом и поставленными задачами исследования были использованы следующие методы и методики:

1. Анкета DCQ (оценка дисморфической озабоченности);
2. Анкета BDDQ-DV (оценка дисморфического расстройства тела);
3. Опросник образа собственного тела (О. А. Скугаревский и С. В. Сивуха);
4. Анкета оценки НПУ «Прогноз»;
5. Копинг-тест Р. Лазаруса. Оценка поведения в трудной жизненной ситуации.

Результаты эмпирического исследования. На основании полученных результатов по анкете BDDQ-DV, все респонденты были разделены на 2 группы: основную – имеющие высокие значения по шкале, и контрольную – чьи результаты находились в коридоре низких значений.

Анализ результатов исследования НПУ показал, что большинство подростков со склонностью к дисморфофобии имеют высокую вероятность нервно-психических срывов (хорошей НПУ обладают 15% респондентов основной группы, удовлетворительной – 35% и неудовлетворительной – 50%). На их нервно-психическую неустойчивость могут указывать такие признаки, как неуверенность в себе, перепады настроения и сложные отношения с окружающими. Подростки же без таковой склонности имеют более переменные показатели устойчивости в стрессе с преобладанием удовлетворительных результатов.

Подростки со склонностью к дисморфофобии более подвержены срывам в регуляции эмоций, поведения и когнитивных функций при психическом и физическом напряжении (среднее значение НПУ для группы с выявленной склонностью к дисморфофобии равно $(2,90+0,44)$).

Такое контрпродуктивное поведение наблюдается при начальных стадиях некоторых психических заболеваний. Поэтому для подростков с негативным отношением к своему телу, достигающим уровня дисморфофобии, наличие признаков нервно-психической неустойчивости вполне объяснимо. У них достоверно чаще наблюдается низкий уровень эмоциональной устойчивости, самооценки, а также повышенная тревожность в ситуации дезадаптации.

Таблица 1 – Сравнительный анализ по методике оценки НПУ «Прогноз»

Шкала	Группа с выявленной склонностью к дисморфофобии (n=20)		Группа без выявленной склонности к дисморфофобии (n=27)		U-критерий Манна-Уитни	P
	M+m	σ	M+m	σ		
НПУ	2,90+0,44	1,97	4,78+0,52	2,69	157,00	$p \leq 0,05$

Примечание: НПУ – нервно-психическая устойчивость; M – среднее значение по группе, m – статистическая ошибка среднего, σ – стандартное отклонение.

Дезадаптация в ситуации стресса может быть объяснима такими особенностями нервно-психической неустойчивости, как уязвимость, неуверенность в себе и низкая самооценка. Эти признаки в полной мере присущи представителям изучаемой группы и без условий нестандартной ситуации могут оставаться скрытыми от посторонних глаз, но достоверно проявятся в обстоятельствах, требующих регуляции своего взаимодействия со средой в процессе сложной деятельности.

Причины нервно-психической неустойчивости подростков могут быть разными, от врожденных особенностей психики до ранее пережитых психотравмирующих ситуаций и структурных изменений в головном мозге. А

среди опасных последствий можно выделить возникновение различных психосоматических заболеваний.

По результатам изучения стратегий совладания со стрессом, у неудовлетворенных своим телом лиц, высокие показатели были выявлены во всех шкалах. Однако наблюдаемое преобладание в шкалах «Конфронтация» (50%) и «Дистанцирование» (55%), позволяет определить эти стратегии совладания со стрессом как ведущие.

Известно, что дистанцирование происходит с обесцениванием своих переживаний, усилий, возможностей, отказом от преодоления. Обычно личности, склонные к дистанцированию, заранее уверены, что у них ничего не получится, а значит незачем и начинать действовать. Частое использование данного копинга говорит о том, что респонденты преодолевают негативные переживания за счет субъективного снижения значимости ситуации, снижение эмоциональной вовлеченности в нее.

Дистанцирующимся подросткам часто свойственны катастрофизация, самокопание, недоведение дел до конца из-за неуверенности в себе и страха сделать все неидеально.

При выраженном предпочтении конфронтационного копинга у личности наблюдаются импульсивность, суетливость, возбуждение, враждебность, трудности планирования действий и прогнозирования. Такие подростки часто вступают в споры, считают свою точку зрения единственно правильной, быстро принимают решения – сначала делают, а потом мужественно преодолевают созданные трудности.

Высокие значения по шкале Конфронтация предполагают частые попытки подростков со склонностью к дисморфофобии решать проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. В их поведении могут наблюдаться импульсивность, враждебность, неоправданное упорство. Очень часто такая стратегия рассматривается как неадаптивная.

Полученные нами результаты также выявили, что копинг-стратегии подростков, склонных к дисморфофобии, в ситуации стресса приобретают яркую выраженность. Это означает их довольно частое и активное использование в ситуациях стресса и жизненных трудностях.

В ходе сравнительного анализа были определены достоверные различия репертуара совладающего поведения подростков основной и контрольной групп.

Подростки со склонностью к дисморфофобии достоверно чаще (при $p \leq 0,05$) используют такие стратегии, как «Дистанцирование» и «Принятие ответственности». Это характеризует тех подростков, которые преодолевают негативные переживания в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. В отличие от подростков, имеющих положительный образ своего тела, подростки основной группы чаще нацелены на обесценивание собственной значимости, прибегание к юмору и попытки переключения внимания в ситуациях стресса. Также существует вероятность обесценивания собственных переживаний, недооценка значимости и возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций.

Стратегия принятия ответственности предполагает признание подростками своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, а в ряде случаев отмечается отчетливый компонент самообвинения.

При умеренном использовании данная стратегия отражает готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках. Однако выраженность данной стратегии в поведении подростков, склонных к дисморфофобии ($57,90 \pm 2,03$), может приводить к неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой.

Достоверно реже респонденты основной группы прибегали к копингу «Бегство-Избегание» (при $p \leq 0,05$). В ситуации стресса они, как правило, не отрицают проблемы и действуют ответственно, без уклонения и погружения в фантазии. Так, подростки со склонностью к дисморфофобии не склонны к накоплению трудностей из-за затруднительных решений, и, наоборот,

расположены к целенаправленному анализу ситуации и возможных вариантов поведения. Редкое предпочтение способствует появлению конструктивных форм поведения, вовлечение в проблемную ситуацию и принятие ответственности на себя.

Отдельно стоит отметить достоверные различия (при $p \leq 0,05$) в степени выраженности используемых копингов. Для подростков, у которых отмечается склонность к дисморфофобии, характерно более активное и частое использование исследуемых стратегий совладания со стрессом.

Таблица 2 – Результаты сравнительного анализа по методике Р. Лазаруса

Шкала	Группа с выявленной склонностью к дисморфофобии (n=20)		Группа без выявленной склонности к дисморфофобии (n=27)		U-критерий Манна-Уитни	P
	M+m	σ	M+m	σ		
К	60,20+3,10	13,84	54,63+2,00	10,40	201,50	
ДД	63,60+2,52	11,28	53,19+2,23	11,57	132,00	$p \leq 0,05$
С	57,25+2,63	11,77	50,59+2,53	13,16	188,50	
ПСП	53,10+2,92	13,05	46,78+2,10	10,90	190,00	
ПО	57,90+2,03	9,07	47,83+1,43	7,42	98,50	$p \leq 0,05$
Б-И	51,85+2,46	12,79	63,60+3,20	14,33	141,00	$p \leq 0,05$
ПР	55,55+2,38	10,66	49,00+2,20	11,44	193,00	
ПП	53,25+2,43	10,84	54,11+2,00	10,37	255,00	
ВК	58,06+1,45	6,48	51,00+0,90	4,68	118,50	$p \leq 0,05$

Примечание: К – конфронтация, Д – дистанцирование, С – самоконтроль, ПСП – поиск социальной поддержки, ПО – принятие ответственности, Б-И – бегство-избегание, ПР – поиск решения проблемы, ПП – положительная переоценка, ВК – выраженность копинга.

В результате анализа корреляционных взаимосвязей между показателями шкал психодиагностических методик, были выявлены положительные и отрицательные корреляционные связи, представленные на нижележащем рисунке.

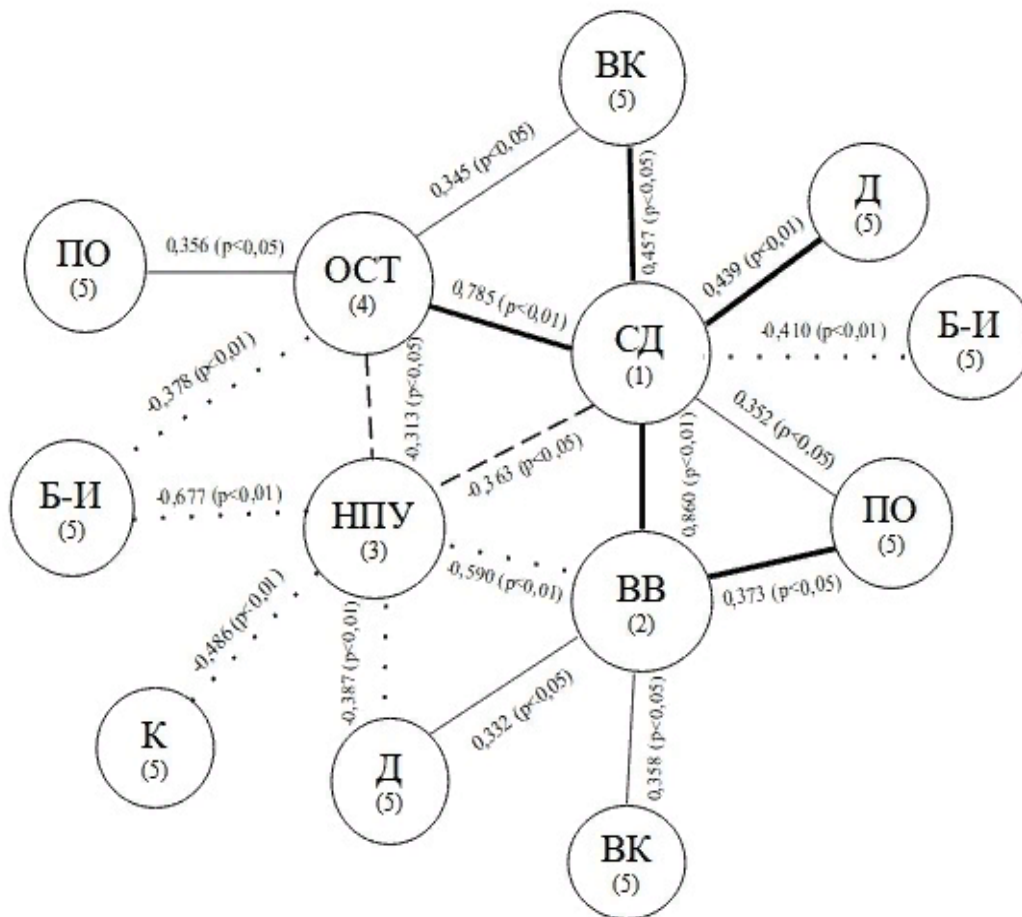


Рисунок 1 – Корреляционная плеяда между показателями шкал психодиагностических методик

Примечание:



Корреляция значима на уровне 0,01;

Корреляция значима на уровне 0,05;

Корреляция обратной значимости на уровне 0,05;

Корреляция обратной значимости на уровне 0,01.

СД – склонность к дисморфофобии, ВВ – внимание к внешнему виду, НПУ – нервно-психическая устойчивость, ОСТ – образ собственного тела, Б-И – бегство-избегание, ПО – принятие ответственности, К – конфронтация, Д – дистанцирование, ВК – выраженность копинга.

1 – Анкета BDDQ-DV;

2 – Анкета DCQ;

3 – Методика оценки НПУ «Прогноз»;

4 – Опросник образа собственного тела;

5 – Копинг-тест Р. Лазаруса.

Наличие данных корреляционных связей указывает на то, что существует устойчивая положительная взаимосвязь ($p < 0,01$) между образом собственного тела подростка с его склонностью к дисморфофобии. Если в подростковом возрасте часто наблюдается негативное представление, неудовлетворенность своим телом, то это сказывается на самооценке, повышая риск появления дисморфофобического расстройства. Впоследствии закрепляется идея физического недостатка, которая приводит к чувству неполноценности и замкнутости.

Также выявлена взаимосвязь между чрезмерным вниманием к своей внешности и склонностью к дисморфофобии ($p < 0,01$). Когда внимание к внешности и ее значимость преувеличена, подростки очень остро переживают все найденные изъяны, как мнимые, так и действительные, что, несомненно, приводит к снижению самооценки. Обнаруженная корреляция свидетельствует о том, что повышенное внимание подростка к своей внешности, болезненное отношение к любому отклонению от нормы во внешности могут приводить к стойкому беспокойству и формированию дисморфофобии.

Изучение нервно-психической устойчивости позволило выявить отрицательные связи данного показателя со склонностью к дисморфофобии (при $p < 0,05$), с образом собственного тела (при $p < 0,05$) и вниманием к внешнему виду (при $p < 0,01$). Это свидетельствует о том, что изучаемый контингент с чрезмерной озабоченностью своим внешним видом будет подвержен нервным срывам в ситуации дезадаптации. Стрессовая ситуация может стать психотравмирующим фактором для подростка и повлечь за собой не только ухудшение поведенческих навыков, но и риск развития психического нарушения.

Шкала НПУ (нервно-психическая устойчивость) также отрицательно коррелирует с некоторыми изучаемыми копинг-стратегиями подростков. А именно, шкалами Дистанцирование, Конфронтация и Бегство-Избегание (по методике Р. Лазаруса) на уровне значимости 0,01. Перечисленные стратегии совладания со стрессом не присущи тем подросткам, чей уровень нервнопсихической устойчивости оценивается выше удовлетворительного.

Склонность к дисморфофобии, выявленная по анкете BDDQ-DV, имеет положительную взаимосвязь с такой стратегией совладания со стрессом, как Дистанцирование на уровне значимости 0,01. Это свидетельствует о том, что в стрессовой ситуации подросткам, склонным к дисморфофобии, свойственно отстранение и отказ от преодоления трудностей из-за неуверенности в себе и страха неудачи.

Также можно отметить, что склонность к дисморфофобии связана с использованием подростками копинга Принятие ответственности, однако двусторонняя корреляция значима на уровне 0,05. Это значит, что существует зависимость между тем, что подростки имеют неудовлетворенность собственным телом и отдают предпочтение неоправданной самокритике и самообвинению с переживанием чувства вины в условиях стресса. Указанные особенности, как известно, являются фактором риска развития депрессивных состояний.

Стратегия принятия ответственности, в свою очередь, положительно коррелирует со сформировавшимся образом собственного тела подростка (на уровне значимости 0,05) и чрезмерным вниманием к внешнему виду. Это еще раз указывает на потребность подростков с негативным образом своего тела искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках.

В ходе исследования установлено наличие отрицательной взаимосвязи (при $p < 0,01$) между склонностью к дисморфофобии и использованием стратегии Бегство-Избегание. Это говорит о том, что подростки со склонностью к дисморфофобии не игнорируют возникающие проблемы и не пытаются уклоняться от ответственности. Редкое предпочтение стратегии Бегство-Избегание может способствовать появлению конструктивных форм поведения, вовлечение в проблемную ситуацию и принятие ответственности на себя.

В результате корреляционного анализа удалось установить и положительную корреляционную значимость выраженности копинга и склонности к дисморфофобии. Подростки, имеющие в анамнезе склонность к

дисморфофобии, достоверно часто и широко применяют свойственные им стратегии совладания в стрессе.

Резюмируя, было установлено наличие взаимосвязей между склонностью к дисморфофобии и частотой применения определенных стратегий копинг-поведения. Изученная склонность предполагает наличие у личности таких стратегий совладания со стрессом, как дистанцирование и принятие ответственности. Исследование позволило выявить и стратегии, которые не свойственны лицам со склонностью к дисморфофобии: подросткам в минимальной степени присуще уклонение от ответственности в ситуации стресса.

Таким образом, нельзя однозначно заявить о том, что подростки с признаками дисморфофобического расстройства используют только адаптивные или только неадаптивные копинг-стратегии. Тем не менее, исследование четко продемонстрировало более низкую устойчивость к стрессу и высокую напряженность в использовании стратегий совладания у таких подростков.

Практическая значимость исследования определяется возможностью использования полученного материала для создания программы повышения адаптивного потенциала личности подростков, склонных к дисморфофобии, с целью развития их копинг-ресурсов и коррекцию неадекватной самооценки; а также в консультативной и психопрофилактической работе с подростками и их родителями.

Список литературы

1. Андреева И. А. Стресс в подростковом возрасте / И. А. Андреева // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2006. – №4.
2. Леви Т. С. Отношение к телу в структуре самоотношения / Т. С. Леви // Знание. Понимание. Умение. – 2008. – №3.
3. Матюшенко Е. Н. Дисморфофобия в дерматологической практике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2013.

4. Медведев В. Э. Дисторфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность / В. Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. – №1.

5. Рокицкая Ю.А. Факторная структура копинг-поведения подростков / Ю. А. Рокицкая // Вестник ЮУрГГПУ. – 2018. – №3.

6. Степченко Т. А. Особенности совладающего поведения подростков с различной самооценкой / Т. А. Степченко, С. В. Симукова, Г. В. Егоров [и др.] // Ученые записки университета Лесгафта. – 2022. – №8.

7. Якимова Л. С. Психосоциальные и психологические факторы развития дисторфофобий у современных подростков / Л. С. Якимова, Н. А. Кравцова // Pacific Medical Journal. – 2017. – №3.

1.5. Проявление психовегетативного синдрома у военнослужащих с расстройством приспособительных реакций

Аннотация. В статье приведены результаты психодиагностического обследования военнослужащих по призыву и курсантов, находящихся на стационарном лечении в психиатрической клинике с диагнозом «Расстройство приспособительных реакций». Представлены личностно-типологические особенности, особенности состояния, адаптационный потенциал и особенности вегетативного тонуса военнослужащих. Также представлена специфика проявления психовегетативного синдрома у военнослужащих.

Ключевые слова: расстройство приспособительных реакций, личностно-типологические особенности, адаптационный потенциал, вегетативный тонус, психовегетативный синдром.

На сегодняшний день крайне **актуальным** является мониторинг не только физического, но и психического здоровья военнослужащих, в связи с выраженным снижением адаптационных возможностей у части военнослужащих по призыву. Например, рядом исследований подтверждается,

что около 40% военнослужащих имеют в структуре нарушений психического здоровья именно невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F40-F48 по МКБ-10 (Капитанаки, 2022; Чуркин, Мартюшов, 2010; МКБ-10).

Расстройство приспособительных реакций по МКБ 10 (F43.2) определяется как состояние субъективного дистресса и эмоциональное расстройство, препятствующее социальному функционированию и продуктивности, возникающее в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию (Милевский, 2003).

Расстройство адаптации или приспособительных реакций представляет собой патологическое состояние, которое возникает при невозможности приспособиться к жизненным изменениям и проявляется эмоциональными расстройствами, нарушением социальной адаптации и снижением работоспособности (Чуркин, Мартюшов, 2010; МКБ-10).

Под психовегетативным синдром (ПВС) подразумеваются разнообразные по происхождению и проявлениям нарушения соматических (вегетативных) функций, обусловленные расстройством их нейрогенной регуляции (Вейн, 1998; Вейн, 2012). Психовегетативный синдром проявляется, по А.М. Вейну, перманентно-пароксизмальными нарушениями, обусловленными дисфункцией неспецифических систем мозга (надсегментарными вегетативными системами) (Вейн, 1998; Вейн, 2012).

С целью изучения проявлений психовегетативного синдрома у лиц с диагнозом «Расстройство приспособительных реакций», а также их личностно-типологических особенностей, адаптационного потенциала, и особенностей состояния, было проведено обследование военнослужащих, проходящих службу по призыву, и курсантов военно-учебного заведения. Для получения более чёткой картины психовегетативного синдрома были изучены как особенности курсантов, адаптирующихся к стандартной учебной ситуации с некоторыми изменениями, так и срочников, адаптирующихся к ситуации службы, отличающейся от уже знакомой им (во время получения среднего общего

образования) ситуации обучения. При формировании групп исследуемых учитывался срок службы или учёбы: были выбраны респонденты, находящиеся в периоде адаптации к учёбе/службе. Исследование проводилось во время прохождения практики от учебного заведения, в психиатрических учреждениях, содержащих на стационарном лечении курсантов и военнослужащих с диагнозом «Расстройство приспособительных реакций».

Объектом исследования являются военнослужащие с диагнозом «Расстройство приспособительных реакций».

Предметом является проявление психовегетативного синдрома у военнослужащих с диагнозом «Расстройство приспособительных реакций».

Первую группу исследования составили курсанты военно-учебного заведения с диагнозом «Расстройство приспособительных реакций» (n=16). Вторая группа состояла из военнослужащих, проходивших службу по призыву в ВС РФ, с диагнозом «Расстройство приспособительных реакций» (n=16).

В ходе обследования использовались методики: МЛЮ «Адаптивность-200» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В.), методика «Копинг-тест» (Lazarus R., Folkman S.) и адаптированная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева методика диагностики показателей и форм агрессивного поведения (Buss A., Durkey A.), критерии диагностики исходного вегетативного тонуса (Вейн А.М. с соавт., 1981), методика диагностики доминирующего психического состояния «Доминирующее состояние» (ДС) (Куликов Л.В.), вегетативный индекс Кердо. Также были изучены анамнестические данные военнослужащих по призыву и курсантов с диагнозом «Расстройство приспособительных реакций».

Изучение анамнестических данных позволило выявить, что 81,25% исследуемых имели в анамнезе суицидальные попытки или показывали выраженное суицидальное поведение, у 43,75% кто-либо из ближайших родственников имел наркотические, алкогольные зависимости или проявлял суицидальное поведение в любом виде.

В ходе обучения в школе, а также последующего обучения курсантов в военно-учебном заведении, большинство обследуемых имели среднюю

успеваемость и не имели интереса к учёбе, либо же имели один-два любимых предмета.

Анализ характеристик с мест учёбы или работы показал, что у большинства обследуемых (87,5%) не наблюдалось девиантного поведения, но при этом они характеризовались как тревожные, с депрессивными тенденциями, не способные поддерживать долгие дружеские взаимоотношения.

За период прохождения службы в ВС РФ или нахождения в военно-учебном заведении, согласно характеристикам, большинство обследуемых (84%) поначалу не показывали ни девиантного поведения, ни явных дезадаптивных поведенческих особенностей. Но также у большинства (72%) отмечались трудности в межличностном общении и особенно в построении дружеских отношений.

В ходе анализа данных, полученных по шкалам 3-4 уровня МЛО «Адаптивность-200», были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) адаптационного потенциала военнослужащих срочной службы и курсантов с расстройством приспособительных реакций по шкале моральная нормативность (МН), где группа курсантов имеет показатели выше, чем группа срочников, что может объясняться тем, что курсанты изначально психологически и физически подготавливаются к службе, и у них наблюдается большая дисциплинированность, а также большая ориентированность на общепринятые моральные ценности (см. Таблица 1).

Таблица 1 – Особенности личностно-адаптационного потенциала военнослужащих с расстройством приспособительных реакций (методика МЛО «Адаптивность-200»)

	М1	М2	t-критерий Стьюдента
МН – Моральная Нормативность	9,88	13,38	0,013

Одновременно с данными результатами, сравнительный анализ по методике «Способы совладающего поведения» Лазаруса указывает на

достоверные различия по шкалам дистанцирование и положительная переоценка ($p < 0,05$) (см. Таблица 2). Для курсантов характерна меньшая напряжённость копинга дистанцирование по сравнению со срочниками, а также меньшая напряжённость копинга положительная переоценка, что в целом свидетельствует о том, что курсанты больше подготовлены к различным трудностям. У солдат срочной службы также чаще встречаются напряжённые копинги, что свидетельствует о том, что данная группа использует свои защиты чаще и нуждается в них больше.

Таблица 2 – Особенности способов совладающего поведения военнослужащих с расстройством приспособительных реакций (методика «Способы совладающего поведения»)

	M1	M2	t-критерий Стьюдента
Дистанцирование	9	11	,050
Положительная Переоценка	10,75	13,63	,038

В ходе исследования личностно-типологических особенностей военнослужащих сравнительный анализ по шкалам 1-го уровня МЛО «Адаптивность-200» выявлено, что курсанты имеют достоверно меньшие значения по шкале паранойяльности ($p < 0,01$), но также более высокие по шкале социальной интроверсии ($p < 0,05$) (см. Таблица 3).

Таблица 3 – Особенности типологических характеристик военнослужащих с расстройством приспособительных реакций (методика МЛО «Адаптивность-200»)

	M1	M2	t-критерий Стьюдента
Pa - Паранойяльность	56,5	63,5	,010
Si - Социальная интроверсия	67,75	62,63	,039

В результате исследования особенностей состояния военнослужащих сравнительный анализ по методике «Доминирующее состояние» Куликова

показал, что курсанты по шкале активное-пассивное отношение к жизненной ситуации имеют достоверно более низкие значения ($p < 0,05$). По шкалам же раскованность-напряжённость и спокойствие-тревога курсанты имеют большее число высоких показателей ($p < 0,05$), что говорит о том, что курсанты оценивают трудные ситуации чаще как неразрешимые, но при этом активное отвержение отсутствует, эмоциональная острота непринятия снижена (см. Таблица 4). Также нет сильного стремления осуществлять какие-либо изменения в себе, в своём поведении или в ситуации, что может быть связано с высоким уровнем спокойствия (шкала «Спокойствие-тревога»). Пассивное отношение к жизненной ситуации также дополняет получившуюся картину, так как это показывает преобладание пессимистической позиции, неверия в возможность успешного преодоления препятствия, что может объясняться нежеланием решать это препятствие. Подобные показатели также наблюдаются при депрессивных настроениях и расстройствах, а также в результате дезадаптации. Также могли сыграть роль бытовые аспекты и межличностные конфликты, так как наблюдается неудовлетворённость жизненной ситуацией.

Таблица 4 – Особенности доминирующего состояния военнослужащих с расстройством приспособительных реакций (методика «Доминирующее состояние» Куликова)

	M1	M2	t-критерий Стьюдента
Активное-Пассивное Отношение К Жизненной Ситуации	27,13	33,13	0,050
Раскованность-Напряжённость	26,13	34,5	0,050
Спокойствие-Тревога	26,5	37,13	0,036

Сравнительный анализ по опроснику агрессивности Басса-Дарки показал существующие достоверные различия по шкале вербальная агрессия ($p < 0,05$), по которой курсанты имеют меньший показатель, чем срочники, что говорит о том, что срочники более склонны выражать негативные чувства через словесную форму: криком, повышенным тоном, проклятиями и угрозами. Возможно,

данные показатели связаны с тем, что курсанты в силу особенностей места учёбы более дисциплинированы и сдержаны (см. Таблица 5).

Таблица 5 – Особенности форм агрессивности у военнослужащих с расстройством приспособительных реакций (опросник агрессивности Басса-Дарки)

	M1	M2	t-критерий Стьюдента
Вербальная Агрессия	87,75	113,75	0,050

В результате исследования вегетативного тонуса военнослужащих сравнительным анализом по методике «критерии диагностики исходного вегетативного тонуса», было установлено существование ряда достоверных различий между группами курсантов и военнослужащих по призыву по критериям повышенного-пониженного потоотделения ($p < 0,01$), склонности-не склонности к пастозности тканей (отёкам) ($p < 0,05$), повышению-понижению температуры тела ($p < 0,05$), низкой-высокой температуры тела при инфекциях ($p < 0,001$), частым-редким обморокам ($p < 0,01$) и расширенному-суженному зрачку ($p < 0,01$). Данная информация показывает, что курсанты с расстройством приспособительных реакций более склонны к уменьшенному потоотделению, повышенной температуре тела, в том числе при инфекциях, более частым обморокам. Также курсанты по сравнению со срочниками не склонны к пастозности тканей, и их зрачок более расширен. Различия объясняются преимущественно склонностью к симпатикотонии среди группы курсантов, в то время как срочники имеют склонность к ваготонии (см. Таблица 6).

Результаты сравнительного анализа по методике Вегетативный индекс Кердо также показывает, что группе курсантов более свойственно преобладание симпатической нервной системы, а группе солдат срочной службы – парасимпатической ($p < 0,01$) (см. Таблица 6).

Таблица 6 – Особенности вегетативного тонуса у военнослужащих с расстройством приспособительных реакций (методика «Критерии диагностики исходного вегетативного тонуса (А.М. Вейн с соавт., 1981 г., вегетативный индекс Кердо)

	M1	M2	t-критерий Стьюдента
Потоотделение Уменьшено-Повышено	0,75	0,25	0,003
Пастозность Тканей Характерна - Нет	0,63	0,25	0,033
Температура Тела Склонна К Повышению - Понижению	0,63	0,25	0,033
Температура При Инфекциях Высокая - Низкая	1	0,38	0,000
Обмороки Редко - Часто	0,38	0,88	0,003
Зрачок Расширен - Сужен	0,75	0,25	0,003
Вегетативный Индекс Кердо	0,75	0,26	0,003

На заключительном этапе анализа результатов исследования был выполнен факторный анализ.

По результатам факторного анализа были выявлены два наиболее значимых компонента расстройства приспособительных реакций (см. Таблица 7).

Для первого компонента наиболее сильные связи имеют шкалы поведенческой регуляции, личностного адаптационного потенциала, шизоидности, психотических реакций и состояний, дезадаптивных нарушений, раскованности-напряжённости, спокойствия-тревожности, надёжности, враждебности, высокого-низкого тонуса, психастении, обиды, удовлетворённости-неудовлетворённости жизненной ситуацией, устойчивости-неустойчивости эмоционального тона, раздражительности, ипохондрии, агрессивности, психопатии, истерии, вербальной агрессии, гипомании, подозрительности, физической агрессии и чувства вины. Так как в данный фактор вошли шкалы, отображающие, адаптационный потенциал исследуемых лиц, их личностно-типологические особенности и особенности состояния, то данный фактор можно назвать психологическим.

Для второго компонента наиболее выражены связи между высокими показателями по шкалам повышенной-сниженной физической активности по утрам, повышенного-пониженного систолического и диастолического артериального давления, повышенной-пониженной частоты сердечных сокращений, дермографизма, суженного-расширенного зрачка, а также показатель индекса Кердо. Так как в данный фактор вошли только соматические показатели, его можно назвать соматическим.

Таблица 7 – Факторный анализ по методикам Многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, методике диагностики доминирующего психического состояния «Доминирующее состояние» Л.В. Куликова (ДС), Опроснику уровня агрессивности Басса-Дарки, Опроснику Способы совладающего поведения Лазаруса, критериям диагностики исходного вегетативного тонуса (А.М. Вейн с соавт., 1981г) и индексу Кердо

	Компонент
	1
ПР - поведенческая регуляция	0,959
ЛАП - личностный адаптационный потенциал	0,035
Sc - шизоидность	0,926
ПС - психотические реакции и состояния	0,909
ДАН - дезадаптивные нарушения	0,904
Раскованность-Напряжённость	0,898
Спокойствие-Тревога	0,880
F - надёжность	0,878
Враждебность	0,872
Тонус Высокий-Низкий	0,871
Pt - психастения	0,866
Обида	0,856
Удовлетворённость-Неудовлетворённость Жизненной Ситуацией	0,855
Устойчивость-Неустойчивость Эмоционального Тона	0,848
Раздражительность	0,834
Hs - ипохондрия	0,830
Агрессивность	0,824
Pd - психопатия	0,784

Ну - истерия	0,765
Вербальная агрессия	0,731
Ма - гипомания	0,729
Подозрительность	0,726
Физическая агрессия	0,711
Чувство вины	0,705
	Компонент
	2
Физическая активность повышена по утрам	0,875
Физическая активность снижена	-0,875
САД повышено	0,830
ДАД повышено	0,830
САД снижено	-0,830
ДАД снижено	-0,830
ЧСС повышено	0,825
ЧСС снижено	-0,824
Дермографизм розовый белый	0,787
Дермографизм красный стойкий	-0,787
Вегетативный индекс Кердо	0,768
Зрачок Расширен	0,768
Зрачок Сужен	-0,767
Позднее засыпание и раннее пробуждение	0,696
Сон глубокий продолжительный, медленный переход к бодрствованию	-0,696
Температура тела склонна к повышению	0,569
Температура тела склонна к понижению	-0,568
Температура при инфекциях субфебрильная	-0,563
Температура при инфекциях высокая	0,562

Таким образом, анализ полученных в ходе исследования результатов позволяет сделать следующие выводы:

1. И у курсантов, и у военнослужащих по призыву низкие личностные адаптационные способности, а также коммуникативные способности и моральная нормативность, хотя при этом группа курсантов ориентирована на моральные общие ценности незначительно выше, так как им менее свойственна вербальная агрессия, а также их социальная интроверсированность ниже.

2. И у курсантов, и у военнослужащих по призыву отсутствует напряжённость копинг-механизмов, а также состояние обеих групп почти не

отличается, за исключением того, что курсантам более характерно пассивное отношение к жизненной ситуации.

3. Курсанты с расстройством приспособительных реакций более склонны к уменьшенному потоотделению, повышенной температуре тела, в том числе при инфекциях, более частым обморокам. Также курсанты по сравнению со срочниками не склонны к пастозности тканей, и их зрачок более расширен. Группе курсантов более свойственно преобладание симпатической нервной системы, а группе солдат срочной службы – парасимпатической.

4. В результате факторного анализа были выявлены два фактора расстройства адаптации: психологический и соматический. В психологический фактор вошли такие показатели, как: показатель поведенческой регуляции, личностного адаптационного потенциала, шизоидности, психотических реакций и состояний, дезадаптивных нарушений, раскованности-напряжённости, спокойствия-тревожности, надёжности, враждебности, высокого-низкого тонуса, психастении, обиды, удовлетворённости-неудовлетворённости жизненной ситуацией, устойчивости-неустойчивости эмоционального тона, раздражительности, ипохондрии, агрессивности, психопатии, истерии, вербальной агрессии, гипомании, подозрительности, физической агрессии и чувства вины. В данный фактор вошли показатели, отображающие адаптационный потенциал исследуемых лиц, их личностно-типологические особенности и особенности состояния.

5. Для второго фактора значимыми показателями оказались показатели повышенной-сниженной физической активности по утрам, повышенного-пониженного систолического и диастолического артериального давления, повышенной-пониженной частоты сердечных сокращений, дермографизма, суженного-расширенного зрачка, а также показатель индекса Кердо. Можно заметить, что все показатели здесь соматические.

Список литературы

1. Вейн А. М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. 4-е изд. М.: МЕДпрессинформ, 2012. 112 с.
2. Вейн А.М. с соавт. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.: МИА, 1998. 752 с.
3. Капитанаки В.Е. Патопсихологические предикторы и прогноз формирования расстройств адаптации у военнослужащих по призыву: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04 / Вероника Евгеньевна Капитанаки. – СПб., 2022. – 199 с.
4. Классификация болезней в психиатрии и наркологии: пособие для врачей / под ред. М.М. Милевского. – М.: Триада Х, 2003. – 194 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10/УСД-10: Клинич. Описания и указания по диагностике /ВОЗ; Пер. на рус. Яз. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 303 с.
6. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М., МегаПро, 2010. – 132 с.

РАЗДЕЛ 2. ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

2.1. Открытость новому опыту во взаимосвязи с ценностными ориентациями людей с инвалидизирующими последствиями позвоночно- спинномозговой травмы

Аннотация. Данная статья содержит описание и интерпретацию результатов эмпирического исследования такого компонента психологического благополучия людей с инвалидизирующими последствиями травмы спинного мозга как открытость новому опыту во взаимосвязи с особенностями их ценностных ориентаций. Отмечается, что открытость всему новому и возможность построения целостной, непротиворечивой картины мира, несмотря на значительные изменения состояния здоровья, является тем аспектом психологического благополучия людей с инвалидизирующей травмой, который тесно связан с ценностными ориентациями их личности. Делается предположение о ресурсной роли возможности профессиональной самореализации, обучения и образования для поддержания их психологического благополучия, а также значимости достижения конкретных и очевидных результатов в различных сферах жизни.

Ключевые слова: личность, ценностные ориентации, психологическое благополучие, открытость опыту, последствия позвоночно-спинномозговой травмы.

Актуальность исследования. Традиционно актуальной задачей психологической науки является исследование личности. Особенную прикладную значимость данные исследования приобретают в ситуациях ее столкновения со сложными жизненными ситуациями, связанными с определенной трансформацией образа жизни человека, его социального статуса, способности к трудовой деятельности, физических возможностей. К подобным

ситуациям можно отнести в том числе те, которые связаны со значительным, а иногда и одномоментным, изменением состояния здоровья человека, сопровождающимся риском его инвалидизации, нарушением мобильности, способности к самостоятельному передвижению, например, в силу травмы спинного мозга (Морозова, 2021). Исследователи отмечают, что процесс и успешность реабилитации и социально-психологической адаптации при инвалидизирующей травме спинного мозга во многом могут определяться учетом особенностей направленности личности и ее ценностных ориентаций (Littooi, 2016).

Ценностные ориентации личности представляют собой смыслопорождающие и мотивообразующие элементы направленности личности, аккумулируют в себе важные жизненные цели и приоритетные пути их достижения, определяют отношение человека к самому себе и окружающему миру в целом, направление и содержание его активности (Лесин, 2020). При этом известно, что ценностные ориентации достаточно устойчивая характеристика направленности личности, однако, как мы указывали ранее (Гребенкина, Лесин, 2015), они достаточно восприимчивы к изменениям социальных условий в особенности, если эти изменения происходят быстро и имеют значительное влияние на людей. Очевидно, что изменения, которые происходят с каждым человеком индивидуально, также могут быть сопряжены с изменениями в направленности и, в частности, в ценностных ориентациях личности. В этом случае можно предположить, что ценностные ориентации могут быть необходимыми ресурсными личностными компонентами, которые могут способствовать социальной реинтеграции и адаптации людей, которые перенесли инвалидизирующую травму спинного мозга, которая одномоментно изменила весь привычный уклад их жизни, как в физической, так и в общественной сферах. Все это демонстрирует необходимость исследования ценностной сферы личности лиц, которые в результате резко приобретенной травмы спинного мозга столкнулись с инвалидизацией и необходимостью передвижения с использованием инвалидного кресла. При этом надо отметить,

что сам факт того, что респонденты шли на контакт с исследователем, могли в беседе с ним говорить о своей травме, имели возможность работать и учиться, быть включенным в социальную среду, общаться, говорит о том, что данные люди в определенной степени уже смогли адаптироваться к изменениям, а результаты исследования их ценностных ориентаций могут быть полезны для практических психологов и социальных работников для разработки программ реабилитации, социализации и адаптации людей, получивших травмы, связанные с ограничением физических возможностей.

Исследователи отмечают высокую значимость ценностных ориентаций личности для ее формирования и функционирования, в том числе для развития жизнестойкости (Леонова, 2022) как свойства личности, определяющего психологическую устойчивость личности при столкновении с жизненными ситуациями разных уровней сложности, возможность сохранения внутреннего равновесия и эффективности осуществляемой деятельности и общий уровень психологического благополучия человека в целом. Отмеченные факты определяют значимость и актуальность исследования особенностей ценностно-смысловой сферы личности с точки зрения ее ресурсности для повышения субъективного качества жизни и благополучия и цель данного исследования соответственно.

Материалы и методы. Нами было проведено эмпирическое исследование открытости новому опыту как одного из аспектов психологического благополучия людей с травмами спинного мозга, имеющими инвалидизирующие последствия, во взаимосвязи с особенностями их ценностных ориентаций. В исследовании приняли участие 62 человека (19 женщин (31%) и 43 мужчины (69%)), средний возраст которых составил 36 лет. Среди причин получения травмы лидирующее место занимает дорожно-транспортные происшествия (45%), также имели место падение в воду или ныряние (31%), падение с высоты (23%), бытовая травма (2%). Возраст получения травмы варьировался от 6 до 36 лет (средний возраст – 21 год), а давность травмы – от 2 до 39 лет (средний возраст – 15 лет), такой широкий

возрастной диапазон позволил сформировать репрезентативную выборку, отражающую общие тенденции психологического благополучия и особенностей ценностных ориентаций людей, которых объединяют следующие особенности здоровья и физического состояния: передвижение с помощью инвалидного кресла вследствие инвалидизирующей травмы спинного мозга, сохранность двигательных функций рук. Использовались следующие методики: «Шкала психологического благополучия» Рифф К. (адаптация Шевеленковой Т.Д., Фесенко П.П.), «Морфологический тест жизненных ценностей» Сопова В.Ф. и Карпушиной Л.В.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что такой показатель психологического благополучия как «человек как открытая система», который отражает открытость человека новому опыту и информации, целостность и непротиворечивость картины мира, естественность реакций на его вызовы, имел больше всего взаимосвязей с выраженностью значимости различных ценностей по сравнению с другими компонентами психологического благополучия (3 положительные взаимосвязи; такое же количество взаимосвязей имел показатель личностного роста, остальные компоненты психологического благополучия не обнаружили взаимосвязей с ценностными ориентациями). Видимо, открытость изменениям, в том числе значительным, связанным с жизнью и здоровьем, как один из аспектов психологического благополучия людей, получивших инвалидизирующую травму, наиболее тесно связан с особенностями ценностно-смысловой сферы их личности и направленности в целом, возможно, является одним из центральных, смыслообразующих аспектов психологического благополучия личности. Это говорит о важности принятия всех, даже негативных изменений, открытости будущему, способности трансформировать свои жизненные цели и способы их достижения, не замыкаясь в границах полученной травмы и прошлого опыта решения задач, во многом становящегося неактуальным после травмы.

Были обнаружены положительные взаимосвязи показателей открытости опыту и значимости таких ценностей как духовное удовлетворение, достижения

и сохранение индивидуальности. Можно предположить, что чем большую важность для людей с инвалидизирующими последствиями спинномозговой травмы имеют возможность получения внутреннего удовлетворения от реализуемой активности, личностная заинтересованность в ней, стремление к получению конкретных результатов этой активности, при этом с возможностью сохранить и утвердить собственную независимость от других людей, тем более они готовы принимать новый опыт и интегрировать его в свою жизнь, что является значимым фактором их психологического благополучия в целом. Также данные корреляции говорят о значимости абстрактных ценностей, возвышения над тленностью материальных благ с целью преодоления различных ограничений в физическом плане. Эти взаимосвязи, на наш взгляд, могут определять отдельные мишени работы специалистов, осуществляющих сопровождение социально-психологической адаптации данной группы людей.

Выраженность открытости новому ожидаемо оказалась положительно взаимосвязана со значимостью ценности сохранения собственной индивидуальности именно в сфере физической активности. Судя по всему, чем больше принявшие участие в исследовании люди стремятся поддерживать физическую форму и даже заниматься такими видами активности, которые выделяли бы их среди других, что при этом может быть проявлением не только психологической компенсации утраченной возможности к самостоятельному передвижению, но и ее гиперкомпенсацией, тем выше их готовность к интеграции возникающих изменений в жизненный опыт.

Также была установлена положительная взаимосвязь рассматриваемого компонента психологического благополучия со значимостью профессиональной сферы жизни для людей со спинномозговой травмой. Видимо, чем более важной для человека, столкнувшегося с инвалидизирующей травмой, является возможность продолжения профессиональной трудовой деятельности даже в новых, изменившихся условиях здоровья и мобильности, реализация себя в данной сфере, тем более он открыт для принятия случившихся изменений, трансформации жизни с их учетом. Возможно, эти данные могут указывать на

ресурсность активного включения людей, получивших инвалидизирующую травму, в профессиональную деятельность с точки зрения обеспечения их субъективного благополучия, что было отмечено нами и в других исследованиях (Леонова, 2022).

Обнаруженные положительные взаимосвязи открытости опыту со значимостью таких ценностей в профессиональной деятельности как духовное удовлетворение, креативность, собственный престиж, достижения также подтверждает предположение о значимой роли данной сферы жизни и связанной с ней активности в ценностной картине мира людей, столкнувшихся с данной травмой.

Важность сферы обучения и образования для поддержания психологического благополучия людей, получивших спинномозговую травму, подтверждается обнаруженными положительными взаимосвязями показателя открытости опыту и значимости ценностей креативности и духовного удовлетворения в данной сфере жизни. Видимо, интерес к познанию, глубокому погружению в изучаемую науку, а также стремление обнаружить в ней что-то новое, внести собственный вклад, получение удовлетворения от данного процесса может сопровождаться и повышением открытости всему новому в целом, в том числе и значительным изменениям состояния здоровья.

Интересно, что были обнаружены положительные взаимосвязи рассматриваемого компонента психологического благополучия людей с инвалидизирующей травмой со значимостью ценностей духовного удовлетворения и достижений в сфере семейной жизни, а также ценностей активных социальных контактов и достижений в сфере общественной жизни. Данные взаимосвязи могут свидетельствовать о важности межличностных отношений и их качества для повышения их субъективного благополучия и качества жизни. Так, открытости новому опыту и построению целостной, непротиворечивой картины мира в ситуации травмы могут способствовать стремление к созданию и сохранению искренних, основанных на духовной близости и взаимопонимании отношений с близкими людьми, членами семьи, и

в то же время активному социальному взаимодействию с обществом в целом, желание занять собственное значимое место в его структуре. При этом, как уже отмечалось ранее, в обеих этих сферах жизни для них важно получать реальные, конкретные результаты, иметь возможность сравнить их с результатами других людей, с точки зрения поддержания психологического благополучия, утверждать свою состоятельность в глазах окружающих людей и своих собственных.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования было установлено, что открытость новому опыту и информации, естественность реакций на жизненные вызовы, в том числе связанные со значительным изменением состояния здоровья и мобильности, возможность несмотря на них выстраивать целостную, непротиворечивую картину мира оказалась тесно связана с ценностными ориентациями личности людей с инвалидизирующими спинномозговыми травмами. Кроме того, значимыми для поддержания их психологического благополучия являются возможность получения как внутреннего удовлетворения от осуществляемой активности, так и достижение конкретных, ощутимых результатов, которые были бы очевидны как для них самих, так и для окружающих людей, что может проявляться как в сфере общественных отношений и социальной активности, так и в близких, семейных отношениях. Ресурсными также могут становиться сохранение возможности реализации себя в профессиональной сфере и познание, получение удовольствия от его процесса и способности внести собственный вклад в интересующую научную область.

Результаты данного исследования, а также выделенные мишени работы по повышению готовности принимать новый опыт и жизненные изменения, а также психологического благополучия людей, получивших инвалидизирующую травму спинного мозга, в целом, могут быть полезны для специалистов, осуществляющих психологическое сопровождение данной группы населения в процессе их социально-психологической адаптации после полученной травмы.

Список литературы

1. Гребенкина Л.К., Лесин А.М. Некоторые особенности направленности и ценностной сферы личности студентов-первокурсников высшей школы // Российский научный журнал. – 2015. – №1 (44). – С. 88–94.
2. Леонова Т.И. Психологическое благополучие людей с травмой спинного мозга // Материалы международной научно-практической конференции «Проблемы психологического благополучия» (Екатеринбург, 1 апреля 2022 г.). – Екатеринбург-Фергана, 2022. – С. 481–486.
3. Леонова Т.И. Теоретический обзор исследований взаимосвязей жизнестойкости и ценностно-смысловой сферы личности // Сборник материалов IX международной конференции студентов и молодых ученых «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия» (Рязань, 23-24 ноября 2022 года). – Рязань: ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2022. – С. 345–350.
4. Лесин А.М. Определение личностной значимости и содержания ценностей // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2020. – Т. 8. – № 4 (31). – С. 445–455. URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=460> (дата обращения 10.02.2024). DOI:10.23888/humJ20204445-455.
5. Морозова Е.В., Алексанин С.С. Реабилитационная приверженность больных и инвалидов ведущих инвалидизирующих патологий // Вестник психотерапии. – 2021. – № 79(84). – С. 75–92.
6. Littooij E., Leget C.J., Stolwijk-Swüste J.M., Doodeman S., Widdershoven G. A., Dekker J. The importance of ‘global meaning’ for people rehabilitating from spinal cord injury // Spinal Cord. – 2016. – Vol. 54. – P. 1047–1052. DOI:10.1038/sc.2016.48.

2.2. Жизнестойкость как фактор благополучия сотрудников МЧС

Аннотация. Идея жизнестойкости косвенно присутствовала уже в идеях античных философов. В настоящее время изучение жизнестойкости выступает целью многих исследований в области психологии и к настоящему времени

достаточно хорошо освещена в трудах отечественных и зарубежных специалистов. Данная проблема не теряет актуальности, поскольку темп изменений современного мира таков, что требует от человека адаптивности, прочности при проживании им стрессовых, экстремальных ситуаций. Жизнестойкость есть базовое свойство личности, ее потенциал, который является предиктором успешности в разных сферах жизнедеятельности, психологического комфорта и благополучия.

Развитое свойство жизнестойкости особо актуально для поддержания здоровья, эффективности деятельности специалистов экстремального профиля. Несмотря на то, что это свойство закладывается в детстве в отношениях с родителями, активно формируется в подростковый возраст, развивать его при необходимости на взрослом этапе жизни возможно. Поэтому нами было проведено пилотное исследование, направленное на выявление особенностей структурных компонентов жизнестойкости, «сопутствующих» данному свойству локуса контроля, копинг-стратегий, уровню стресса, субъективному ощущению успешности среди сотрудников МЧС. Помимо этого, освещено понимание жизнестойкости в отечественной и зарубежной психологии.

Ключевые слова: жизнестойкость, личностный потенциал.

Актуальность. Турбулентность, нестабильность современного мира не может не отражаться на психологическом состоянии человека. Поэтому сохранение оптимального уровня адаптации при преодолении различных трудных жизненных ситуаций является не только необходимым, но и важным условием сохранения психологического здоровья человека, его сохранности в профессиональной деятельности. Поэтому проблема жизнестойкости в современной психологической науке остается актуальной, поскольку данный фактор способствует поддержанию благополучия на всех уровнях (психическом, физическом, социальном).

Феномен жизнестойкости активно изучается в современной науке, поэтому постоянно происходит пополнение, изменение представлений о жизнестойкости

как теоретическом конструкте, так и о практических детерминантах, влияющих на жизнестойкость личности (Рассказова, 2015).

Цель данной статьи – дать представление о различных теоретических и практических данных в области исследования жизнестойкости, представить результаты пилотного исследования жизнестойкости у сотрудников МЧС.

Проблема жизнестойкости в отечественной и зарубежной психологии. Косвенным образом проблема жизнестойкости нашла свое отражение еще в работах античных философов, трудах философов Нового времени, экзистенциальной философии. Данный аспект оставим за рамками данной статьи, а подробнее остановимся на исследованиях в отечественной и зарубежной психологии по данной проблеме.

В зарубежной литературе существует такое понятие как «hardiness», в переводе на русский язык обозначающее «жизнестойкость», данное понятие ввели в научный оборот американские ученые С. Кобейса и С. Мадди в 80-е гг двадцатого века (Александрова, 2004). Согласно определению С. Мадди, жизнестойкость (hardiness): «представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Это мера способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности».

Этот феномен был изучен профессором Сальваторе Мадди из Школы социальной экологии Калифорнийского университета. В своем исследовании он изучал менеджеров телефонной компании «Illinois Bell», которые переживали значительные изменения и стресс (Ярошук, 2020).

С. Мадди проводил исследование на выборке, состоящей из 450 менеджеров, по разным медицинским и психологическим параметрам.

Он обнаружил, что почти две трети людей, участвующих в исследовании, испытывали ухудшение здоровья, снижение эффективности работы и качества отношений. Фактически проявляя симптомы острой реакции на стресс, описанные в концепции Г. Селье.

Кроме того, были зафиксированы случаи попыток суицида, депрессий, увеличения количества разводов. Однако, оставшаяся треть выборки проявила себя по-другому, чувствуя себя здоровее, улучшая отношения, повышая эффективность работы и проявляя творческий потенциал. Заметив эти существенные различия, С. Мадди начал изучать данный феномен. Мадди выделил три особенные *установки* «успешных» людей: вовлеченность в стрессовые ситуации (это уверенность, что чем более включен человек в происходящее событие, тем больше вероятность найти выход из сложной ситуации. Люди, которые активно участвуют в своей деятельности, получают удовольствие не только от конечного результата, но и от самого процесса.), контроль над окружением (уверенность в том, что усилия по преодолению неблагоприятной ситуации могут повлиять на результат деятельности, даже если абсолютный успех не гарантирован) и применение трансформационных стратегий для преодоления стресса (принятие риска – уверенность в том, любая ситуация (в том числе непредвиденная) способствует развитию человека и дает ему бесценный опыт. Человек, который имеет высокий уровень принятия риска, всегда открыт новому и любые изменения воспринимает как полезные) (Гаранина, 2023). У «пострадавших» эти установки отсутствовали.

Согласно С. Мадди, система жизнестойкости выглядит следующим образом: врожденная уязвимость в ответ на действие хронических и острых стрессоров рождает напряжение, мобилизуя организм на психическом и физическом уровне, что в свою очередь приводит к нарушению благополучия, которое может проявляться болезнями, психологическими проблемами, неэффективностью жизнедеятельности. Буфером, противодействующим нарушению благополучия, выступают механизмы жизнестойкости. С. Мадди выделил их пять. Это жизнестойкие убеждения, к которым относятся контроль, принятие риска и вовлеченность. Жизнестойкое совладание – готовность активно действовать в стрессовой ситуации. Социальная поддержка – трансформационное преодоление трудностей в процессе поиска эффективной

социальной поддержки. Физическая и психическая мобилизация. Жизнестойкие практики здоровья (Корнилова, 2020).

Анализ зарубежных исследований помог выделить несколько направлений в изучении жизнестойкости в теоретическом аспекте.

В рамках первого направления жизнестойкость способствует адаптации индивида к окружающей среде. Изучаются личностные качества человека, которые помогают ему адаптироваться к изменениям среды и стрессорам. К наиболее изучаемым факторам можно отнести уровень самооценки, самосознание, рефлексивность, оптимизм, уровень стрессоустойчивости.

Второе направление изучает факторы риска жизнестойкости. Исследования направлены на выявление различных факторов, которые способствуют или препятствуют определенному успеху в жизни.

Третье направление рассматривает жизнестойкость как отдельную черту личности. Жизнестойкость в данном случае рассматривается как способность эффективно преодолевать трудные жизненные ситуации и достигать поставленных целей (Корнилова, 2020).

Обобщая накопленный зарубежной психологией теоретический опыт можно констатировать, что жизнестойкость понимается как: способность совладания со стрессом (A. La Greca), способность каждого преодолевать любую жизненную ситуацию, возвысится над ней (V. Frankl), вера в успешность своих, как следствие убеждений человека в собственной эффективности (A. Bandura), нацеленность на развитие, способность организовывать и направлять свою деятельность (R. Ryan, E. Deci), обобщенный способ функционирования личности, включающий вовлеченность, контроль, принятия риска (P.T. Bartone), усилия, направленные на преодоление трудностей для достижения поставленных целей, при ожидании благоприятного успеха (C. Carver, M. Scheier) (Корнилова, 2020).

В российской психологической науке значение слова «жизнестойкость» аналогично понятию зарубежных стран «hardiness» или с существующим более современным термином «resilience», в переводе с русского языка означает «упругость», «эластичность» (Александрова, 2004).

Д.А. Леонтьев ввел в научный обиход понятие «жизнестойкость», по своему лексическому толкованию имеющее тесную связь с английским термином «vitality», обозначающее «способность», и с понятием «resistance», в переводе «сопротивление», «жизнестойкость», чем с понятием «resilience» – «жизнеустойчивость» (Рассказова, Леонтьев, 2011).

В отечественной науке выделяют три этапа формирования исследовательского интереса к данной теме. Изначально исследовалась адаптация индивида к трудным жизненным обстоятельствам. Изучались те индивидуально – психологические особенности человека, которые могли способствовать развитию его жизнестойкости, и, следовательно, более успешной приспособляемости человека к изменившимся условиям.

Далее исследование этого феномена происходило в русле того, что жизнестойкость – это процесс, который помогает человеку справляться с трудностями.

На третьем этапе жизнестойкость изучалась в контексте того, как внутренние мотивы человека влияют на его поведение и деятельность. Исходя из данной точки зрения, внутренние мотивы являются стимулирующим звеном личности в процессе поиска смысла, самореализации и гармонии (Долженко, 2011).

Процесс активного изучения феномена жизнестойкости породил в отечественной, так же, как и в зарубежной науке, некоторое разнообразие в определении данного конструкта. Так, жизнестойкость, с позиций отечественных ученых, это: интегративная способность, способствующая успешной адаптации личности, которая включает в себя установки, смыслы, интеллект, навык преодоления сложных ситуаций и навык взаимодействия с другими (Л.А. Александрова), диспозиционный оптимизм (Т.О. Гордеева), вера

в собственные силы, управление процессами собственной жизни при вовлеченности в жизненные события (Е.А. Митрофанова), способность сохранять свою целостность при решении жизненных задач, воспринимая данный процесс как удовлетворенность жизнью (Е.А. Рыльская), свойство, которое трансформирует трудные ситуации в возможности (С.А. Богомаз), умение создавать и реализовывать жизненные смыслы в каждой конкретной ситуации социального бытия (Т. В. Наливайко), адаптации и трансадаптации, как альтернатива виктимности (М.А. Одинцова), эффективное сопротивление бедствиям на основе использования внутренних и внешних ресурсов (А.В. Махнач), основа высокой работоспособности, внутренней гармоничности, психического здоровья, охранный буфер от личностных расстройств и дезорганизации (Е.И. Коржова) (Гаранина, 2023).

После теоретических исследований феномена жизнестойкости стала формироваться и ее эмпирическая база, и жизнестойкость начала изучаться уже как индивидуальная черта личности. Следует отметить, что в некоторых работах данный термин заменен на похожие понятия, например, такие как жизнеспособность, жизнеустойчивость, житнетворчество, личностный потенциал. Однако не все считают эти понятия тождественными. Данный факт, скорее всего, связан с особенностями перевода на русский язык термина «hardiness» (Богомаз, 2009).

В ряде отечественных и зарубежных исследованиях показано, что жизнестойкость прямо связана с такими личностными характеристиками, как уверенность в себе, оптимизм, целеустремленность, интернальность в сфере личных достижений, личностная эффективность, настойчивость, ответственность, «сильный» характер, самостоятельность, готовность к деятельности (Логинова, 2009).

Жизнестойкость как внутренний ресурс личности. Жизнестойкость часто изучается в контексте личностных ресурсов. Наряду с понятием «ресурс», в научной литературе используется понятие «потенциал».

Д.А. Леонтьев описывает потенциал личности как комплексный показатель зрелости индивида, который показывает, насколько успешно личность преодолевает себя, окружающие обстоятельства и поставленные задачи. Э.Ф. Зеер рассматривает личностный потенциал как ресурсные возможности для профессионального развития человека, его способность успешно выполнять профессиональную деятельность, которая поддерживается личностным потенциалом. И.Т. Фролов видит в личностном потенциале стремление к самосовершенствованию и саморазвитию. М.В. Денекко определяет личностный потенциал как внутреннюю физическую и духовную энергию человека, его активную позицию, направленность на творческое самовыражение и самореализацию (Рассказова, Леонтьев, 2011).

По мнению Н.В. Макарова, личностный потенциал – это система ресурсов личности, которая постоянно возобновляется, пополняется и имеет иерархическую структуру, состоящую из трех уровней. На первом находится биологический потенциал индивида. Второй связан с психической регуляцией. Третий основывается на личностно-смысловом саморазвитии и представляет тот самый потенциал личности.

В обобщенном виде под личностными ресурсами понимаются «сильные стороны» человека, которые увеличивают вероятность преодоления трудностей, либо кризисов. Е.И. Рассказова утверждает, что именно поиск ресурсов является ключевым моментом при выходе из трудных жизненных ситуаций (Рассказова, 2015).

Достаточно большой пласт исследований посвящен изучению личностного потенциала у специалистов, чья профессиональная деятельность сопряжена с экстремальностью (спасатели МЧС и СМП, сотрудники правоохранительных органов, военнослужащие, летчики и другие). Профессии экстремального профиля характеризуются как работа с повышенным риском и интенсивным стрессом. Характер стрессоров может быть различным – это криминальные, чрезвычайные обстоятельства, а также ситуации техногенного, природного, политического, социального характера. На деятельность специалистов

экстремального профиля ежедневно влияют огромное количество внешних и внутренних факторов, их работа требует серьезной затраты физических и психологических ресурсов. Ежедневно специалист должен подстраиваться под постоянно меняющиеся условия его окружения. Работникам данной сферы деятельности особенно сильно необходимо развивать такие личностные качества, как самоотверженность, решительность, устойчивость к стрессорам, жизнестойкость.

С целью выработки стратегии повышения жизнестойкости нами было проведено пилотное исследование, в котором приняли участие сотрудники МЧС г. Рязани. Общая численность группы составила 30 человек: мужчины в количестве 21 человека в возрасте от 21 до 48 лет, женщины в количестве 9 человек в возрасте от 29 до 41 года. Данная группа была нами разделена на две подгруппы. В первую вошли те сотрудники, которые непосредственно участвуют в выездах на различные экстренные ситуации в регионе (по условиям труда относятся к 3-4 классу вредности – «вредные и опасные условия труда»), во вторую - сотрудники, работа которых не связана с фактором экстремальности (относятся к первому классу вредности – «оптимальные условия»).

С целью выявления факторов, способствующих успешному совладанию со стрессом и снижению внутреннего напряжения – тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова (2006).

В целях выявления копинг-стратегий, копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности – опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизированной в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифионовой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой.

Шкала общей самоэффективности (General Self-Efficacy Scale, GSE) Р. Щварцера, М. Ерусалема предназначена для измерения субъективного ощущения личностной эффективности.

С целью выявления типа контроля в ситуациях достижения, неудачи, в области производственных и семейных отношений, а также в области здоровья, нами была использована методика «Уровень субъективного контроля» Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, Л. М. Эткинд.

Шкала психологического стресса PSM-25. Авторы: R. Teessier, L. Lemyre L. Fillion (1990) в адаптации Н.Е. Водопьяновой (2009). Данная шкала предназначена для изучения феноменологической структуры переживаний стресса, измерения стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях.

Таблица 1 – Сравнение результатов исследования в двух группах сотрудников МЧС (U-критерия Манна-Уитни)

<i>Шкала</i>	<i>Среднее значение в группе «МЧС»</i>	<i>Среднее значение в группе «Профессии неэкстремального профиля»</i>	<i>Эмпирическое значение критерия</i>	
<i>Общий критерий жизнестойкости</i>	93,800	88,400	355,500	<i>Зона неопределенности</i>
<i>Вовлеченность</i>	40,233	36,867	337,500	<i>Зона неопределенности</i>
<i>Контроль</i>	34,600	31,067	330,000	<i>Зона неопределенности</i>
<i>Принятие риска</i>	18,967	17,933	352,000	<i>Зона незначимости</i>
<i>Конфронтация</i>	45,233	59,000	117,000	<i>Зона значимости</i>
<i>Дистанцирование</i>	41,067	61,133	76,000	<i>Зона значимости</i>
<i>Самоконтроль</i>	41,967	48,700	305,000	<i>Зона неопределенности</i>
<i>Поиск соц. поддержки</i>	47,167	55,700	214,000	<i>Зона значимости</i>
<i>Принятие ответственности</i>	37,667	52,767	75,000	<i>Зона значимости</i>
<i>Бегство-избегание</i>	45,233	62,000	110,500	<i>Зона значимости</i>
<i>Планирование решений</i>	48,033	53,567	319,000	<i>Зона неопределенности</i>
<i>Положительная переоценка</i>	46,900	56,133	183,500	<i>Зона значимости</i>
<i>Общая шкала интернальности</i>	4,667	4,200	383,500	<i>Зона незначимости</i>
<i>Область достижений</i>	5,933	5,900	419,500	<i>Зона незначимости</i>
<i>Область неудач</i>	4,900	3,900	330,000	<i>Зона неопределенности</i>
<i>Семейные отношения</i>	5,167	4,633	383,500	<i>Зона незначимости</i>

<i>Производственные отношения</i>	4,067	3,467	359,000	Зона незначимости
<i>Межличностные отношения</i>	6,233	5,533	323,500	Зона неопределенности
<i>Здоровье и болезни</i>	4,467	4,800	364,500	Зона незначимости
<i>Показатель психической напряженности</i>	52,000	99,067	100,500	Зона значимости
<i>Шкала общей самооффективности</i>	32,600	32,200	359,000	Зона незначимости

Как видно из выше представленных результатов (см. Таблица 1), в группах сравнения были выявлены статистически значимые отличия в двух выборках:

- по шкале «Конфронтация» ($U=117$, $p \leq 0,01$). Показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» ниже, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий;
- значимые различия по шкале «Дистанцирование» ($U=76$, $p \leq 0,01$). Показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» ниже, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий;
- значимые различия по шкале «Поиск социальной поддержки» ($U=214,000$, $p \leq 0,01$). Показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» ниже, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий;
- значимые различия по шкале «Принятие ответственности» ($U=75$, $p \leq 0,01$). Показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» ниже, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий;
- по шкале «Бегство-избегание» ($U=110,5$, $p \leq 0,01$). Показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» ниже, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий;
- по шкале «Положительная переоценка» ($U=183,5$, $p \leq 0,01$). Показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» выше, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий;
- по шкале «Показатель психической напряженности» ($U=100,5$, $p \leq 0,01$). Показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» ниже, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий.

По шкалам: «Вовлеченность» ($U=337,5$, $p\leq 0,05$), показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» выше, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий; «Контроль» ($U=330$, $p\leq 0,05$), показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» выше, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий; «Самоконтроль» ($U=305$, $p\leq 0,05$), показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» ниже, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий; «Планирование решений» ($U=319$, $p\leq 0,05$), показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» ниже, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий; «Межличностные отношения» ($U=323,5$, $p\leq 0,05$), показатель данной шкалы у группы сотрудников «МЧС» выше, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий; «Область неудач» ($U=330$, $p\leq 0,05$), показатель данной шкалы у группы сотрудников скорой «МЧС» выше, чем у сотрудников «неэкстремальных» профессий.

Как видно из приведенных данных, выявлен ряд отличий среди сотрудников МЧС, которые в рамках должностных обязанностей выезжают непосредственно на место экстремальных ситуаций и тех, которые дистанцированы от этих событий. По критериям жизнестойкости вовлеченность и контроль среди сотрудников первой группы показатели выше, хотя значимого различия выявлено не было. Очевидно, что погруженность в ситуацию при непосредственном присутствии на месте ЧС, гарантируют большую включенность, ориентацию в ситуации, уверенность в том, что чрезвычайную ситуацию можно взять под контроль, вселяют уверенность, что результат может быть положительным.

Данные, полученные по другим параметрам сравнения, планируется в дальнейшем использовать в качестве стратегических направлений при составлении программы, направленной на формирование жизнестойкости взрослых людей – сотрудников экстремальных служб.

Список литературы

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: Сб. научн. трудов. Вып. 2 / под ред. М. М. Горбатовой, А. В. Серого, М. С. Ясницкого. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. С. 82-90.
2. Богомаз С.А. Жизнестойкость как компонент инновационного потенциала человека / С.А. Богомаз, Д.Ю. Баланев // Сибирский психологич. журнал. - 2009. - № 32. - С. 23-28.
3. Гаранина М.М. Феномен жизнестойкости: подходы к рассмотрению, перспективы изучения // Международный научно-исследовательский журнал № 12 (138). - с. 1-11.
4. Долженко Я.А. Некоторые аспекты изучения проблемы жизнестойкости // актуальные вопросы современной педагогики: материалы I Международной конференции. - Уфа: Лето, 2011. - с. 15-18.
5. Ефимова О.И., Игдырова С.В., Ощепков А. А. Взаимосвязь ценностных ориентаций и жизнестойкости личности у нормативных и девиантных подростков // Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2011. № 1. С. 61-71.
6. Корнилова Т.В. Современные зарубежные исследования феномена жизнестойкости (hardiness) / Т.В. Корнилова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика.- 2020. - Т. 26. - № 4. - С. 223-229.
7. Леонтьев Д.А. Тест жизнестойкости. / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. - М.: Смысл, 2006. - 63 с.
8. Логинова М.В. Жизнестойкость как внутренний ключевой ресурс личности // Вестник Московского университета МВД России. - 2009. - № 6. - С. 19-22.
9. Опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой. Доступно по: https://psylab.info/%D0%9E%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%C2%AB%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BE%D

0%B1%D1%8B_%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B5%D0%B3%D0%BE_%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%C2%BB_%D0%9B%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D1%80%D1%83%D1%81%D0%B0 Ссылка активна на 10.05.2024.

10. Рассказова Е.И. Экзистенциональное и психологическое измерение жизнестойкости // Вопросы психологии. 2015. № 4. С. 101-108.

11. Рассказова Е.И., Леонтьев Д.А. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / науч. ред. Д.А. Леонтьев. -М.: Смысл, 2011. - С. 178-209.

12. Тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова (2006). Доступно по: <https://psytests.org/exist/pvs3r.html> Ссылка активна на 10.05.2024.

13. Тест «Уровень субъективного контроля» Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, Л.М. Эткинд. Доступно по: <https://psytests.org/life/gse.html>. Ссылка активна на 10.05.2024.

14. Шкала общей самоэффективности (General Self-Efficacy Scale, GSE) Р. Шварцера, М. Ерусалема Доступно по: <https://psytests.org/exist/pvs3r.html> Ссылка активна на 10.05.2024.

15. Шкала психологического стресса PSM-25. Авторы: R.Teessier, ЛюLemyre L.Fillion (1990) в адаптации Н.Е. Водопьяновой (2009). Доступно по: <https://psytests.org/stress/psm25r.html>. Ссылка активна на 10.05.2024.

16. Ярошук И.В. Психология жизнестойкости: обзор теоретических концепций, эмпирических исследований и методик диагностики / И.В. Ярошук // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. - 2020. - Т. 33. - № 1. - С. 50-60.

2.3. Синдром отложенной жизни у студентов

Аннотация. В данной статье рассматриваются аспекты наличия синдрома отложенной жизни (СОЖ) у студентов и поиск прогностических параметров (предикторов), сопутствующих появлению изучаемого феномена. Этот феномен прослеживается в кросс-культурных исследованиях, затрагивает человека любой профессии и возрастной категории. Нестабильность в экономике, политике и абсолютно каждой сфере жизни формирует у населения неуверенность в завтрашнем дне. Люди ищут потребность не жить, а выживать, и это всё является благоприятными условиями для формирования синдрома отложенной жизни. При синдроме отложенной жизни человек постоянно откладывает настоящую жизнь на скорое будущее, которое обязательно наступит когда-то потом, через какое-то время, когда решатся все насущные проблемы и задачи. А пока будущее не наступило, человек не может позволить себе жить полной жизнью. Но парадокс заключается в том, что поворотный момент жизни так и не наступает, а продолжает откладываться раз за разом.

Ключевые слова: синдром отложенной жизни, жизненный сценарий, невроз отложенной жизни, типологические особенности личности, смысложизненные ориентации.

Актуальность исследования выбранной темы определяется, как показывают исследования В.П. Серкина, Ю.Э. Макаревской, В.Г.Горошко, Е.В. Найдёновой, О.С. Виндекер, И.А. Быковой, тенденцией к появлению синдрома отложенной жизни у большинства людей, независимо от их социального статуса, должности, образования, места и их образа жизни, который в свою очередь влияет на качество проживания своих дней.

Цель исследования. Изучение выраженности синдрома отложенной жизни у студентов с определёнными типологическими особенностями и смысложизненными ориентациями.

Задачи исследования. 1) Проанализировать и обобщить определения понятия «синдром отложенной жизни» в трудах отечественных и зарубежных учёных; 2) Подобрать методики для исследования синдрома отложенной жизни и особенностей личности студентов; 3) Провести эмпирическое исследование синдрома отложенной жизни и особенностей личности студентов; 4) Провести качественно-количественный анализ полученных результатов; 5) Провести анализ результатов с помощью методов математической статистики; 6) Сформулировать выводы исследования на основе полученных результатов.

Гипотезой исследования выступает следующее предположение: существует связь между выраженностью синдрома отложенной жизни, определёнными типологическими особенностями личности и смысложизненными ориентациями студентов.

Частные гипотезы:

- 1) Существует связь между выраженностью синдрома отложенной жизни и типологических особенностей личности студентов;
- 2) Существует связь между выраженностью синдрома отложенной жизни и смысложизненных ориентаций студентов;

При проведении исследования использовались следующие методы:

- 1) теоретический анализ научной литературы;
- 2) психодиагностический метод;
- 3) качественно-количественный анализ полученных данных;
- 4) контент-анализ;
- 5) использование методов математической статистики для обработки полученных данных.

Практическая значимость работы заключается в том, что результаты, полученные в ходе исследования феномена «синдром отложенной жизни» в студенческой деятельности, могут найти своё применение в работе психологов, психотерапевтов, а что не мало важно, и педагогов университетов. А также результаты исследования могут быть использованы для более подробного теоретического и прикладного изучения данной темы. Не стоит недооценивать

влияние результатов и на саму выборку: данные могут быть полезны самим студентам для саморефлексии, личностного роста и самосовершенствования.

В современном представлении синдром отложенной жизни является одним из жизненных сценариев, который имеет достаточно много вариаций, в зависимости от контекста, относительно которого человек откладывает свою жизнь: это может быть «Северный сценарий» (Серкин, 1997), «Ипотечный сценарий» (Быкова, Серкин 2015), «Офисный сценарий» (Макаревская, Рябикина, Горошко, 2018), «Декретный сценарий» (Сафина, 2019) и «Сценарий незамужества» (Панченкова, Серкин, 2017).

Для синдрома отложенной жизни характерно ожидание поворотного момента, после которого жизнь кардинально изменится в лучшую сторону и этот момент является очень ценным и значимым для человека, а в настоящем времени истинная жизнь в представлении человека с синдромом отложенной жизни является неполноценной (Горошко, Шубина, 2017). А будущее, которое конструирует перед собой человек, размытое, нечёткое, просто есть ожидание того, что будет лучше, чем сейчас, и из-за этого ожидания люди перестают обращать внимания на свою нынешнюю жизнь, не пытаясь её улучшить в настоящем моменте.

Исходя из представленных теоретических аспектов, можно отметить, что синдром отложенной жизни является определённым жизненным сценарием, который проявляется в постоянном откладывании собственной жизни на потом (Найденова, 2022). При продолжительном следовании данному стилю жизни, он имеет тенденцию трансформироваться в невроз отложенной жизни и представляет уже более отягощённую форму (Дорофеева, 2020). Изучение синдрома отложенной жизни является достаточно перспективным направлением в прикладной науке, поскольку напрямую влияет на качество жизни абсолютно любого человека.

В соответствии с целями и гипотезами была собрана **выборка**, представленная 60 студентами 1-5 курсов университетов Рязани (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Академия ФСИН России, ФГБОУ ВО РГРТУ им.

В.Ф. Уткина, РГУ им. С.А. Есенина) в половом соотношении 1:1. Возраст испытуемых варьировался от 18 до 23 лет. Исследование проводилось в период с 11 марта по 15 апреля 2023 года.

Методики предъявлялись испытуемым в следующем порядке:

- 1) Анкета «Синдром отложенной жизни» Ю.А. Дорофеевой, В.П. Серкина;
- 2) СД «Синдром отложенной жизни» В.Г. Горошко;
- 3) «Индивидуально типологический опросник» Л.Н. Собчик;
- 4) «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леоньева.

Инструментом статистической обработки стал статистический пакет для социальных наук (IBM SPSS Statistics 23). Математико-статистическая обработка эмпирических данных включала применение следующих критериев и методов.

1. Описательная статистика.
2. Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова;
3. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена;

Распределение было проверено на нормальность с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. При проверке было выявлено, что распределение исследуемой выборки не соответствует нормальному, поэтому для дальнейшего анализа мы будем использовать непараметрические критерии.

Результаты исследования. Анализа методики семантический дифференциал «Синдром отложенной жизни» показал, что изучаемый конструкт не имеет сильных различий в мужской и женской частях выборки и составляет около 50% выраженности. Выраженность синдрома в женской выборке составила 51,72%, в мужской – 49,83%.

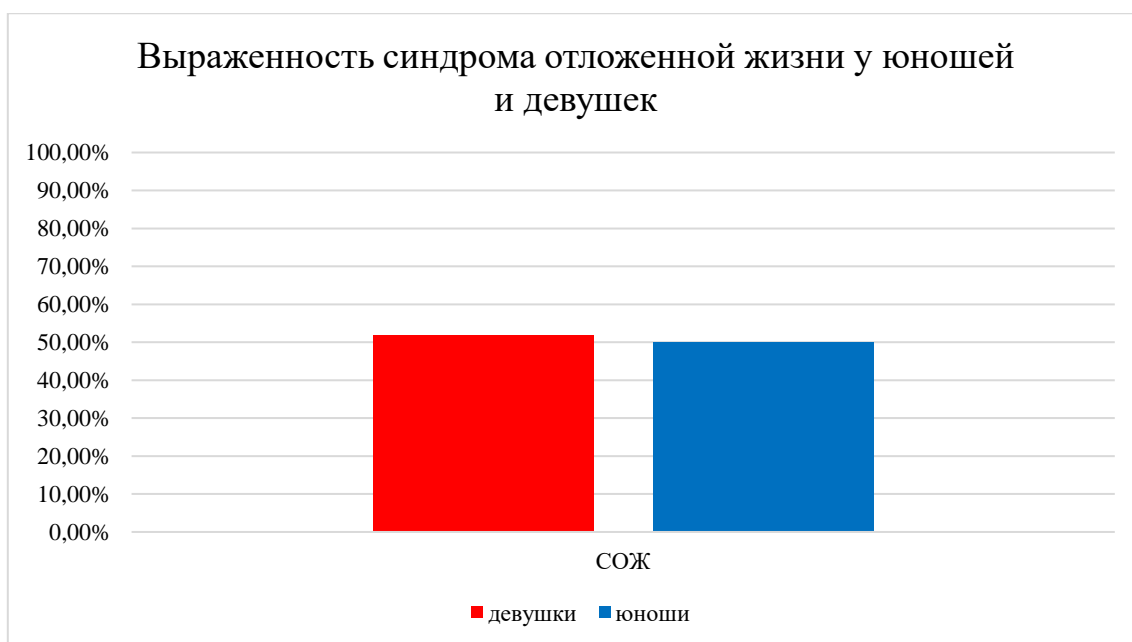


Рисунок 1 – Выраженность синдрома отложенной жизни у юношей и девушек

Контент-анализ эмпирических данных анкеты «Синдром отложенной жизни» Ю.А. Дорофеевой, В.П. Серкина позволил выделить следующие прогностические параметры синдрома отложенной жизни, которые набрали максимальное частотное соотношение среди других предикторов. Для всей выборки характерно ожидание таких событий как: окончание университета (у девушек – 25%, у юношей – 19%, в целом по выборке – 25%), появление первой работы и получение материальной независимости (у девушек – 20%, у юношей – 34%, в целом по выборке – 18%) и переезд (у девушек – 20%, у юношей – 15,3%, в целом по выборке – 25%).

Для женской выборки характерны такие предикторы, как: изменения в личной жизни – 15 %, изменениях во внешности – 12,5%.

Предикторами, характерными только для мужской выборки, являются сдача краткосрочных работ в университете – 13% и создание собственного бизнеса – 11,7% от всех ответов мужчин.

Так же идентичными для обоих выборок являются показатели «другое»: в этот предиктор входят локальные, лично-значимые для определённых

респондентов ответы («признаюсь в любви», «напишу песню», «научусь играть на музыкальном инструменте» и т.д.).

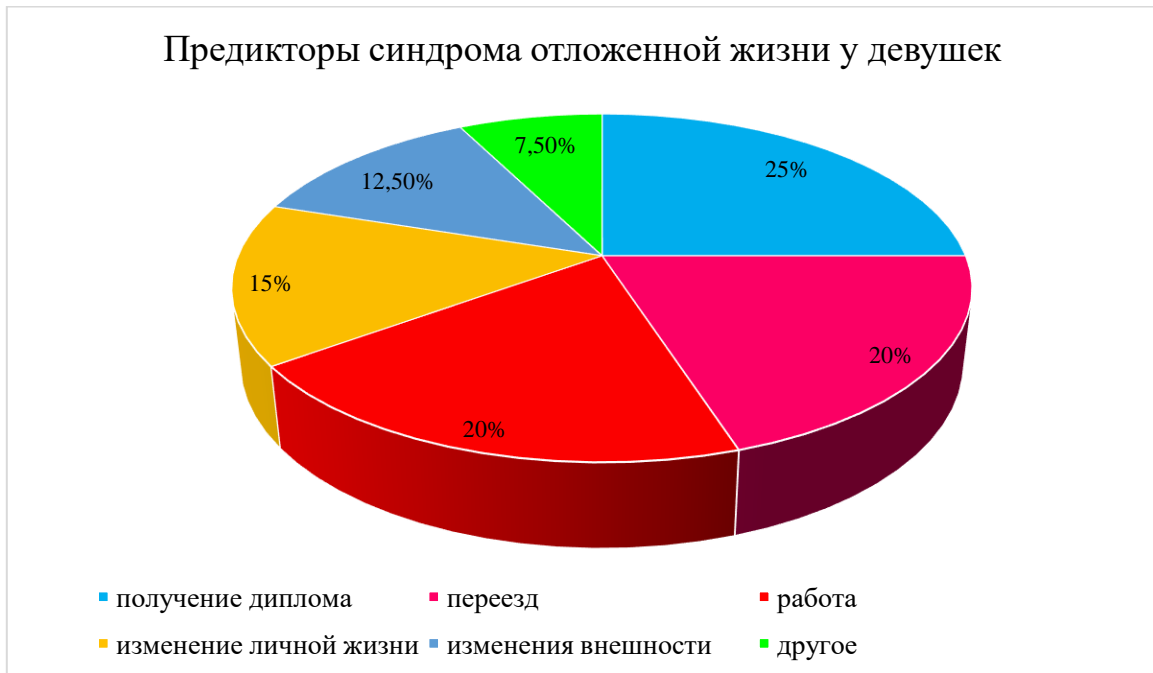


Рисунок 2 – Предикторы синдрома отложенной жизни у девушек

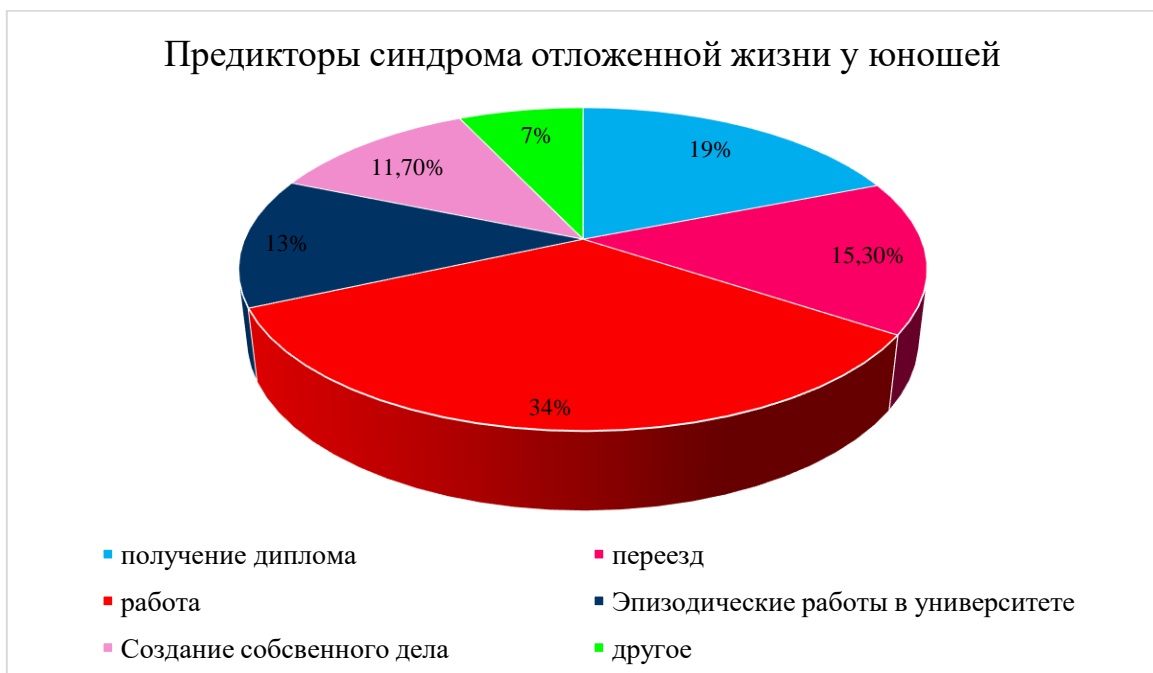


Рисунок 3 – Предикторы синдрома отложенной жизни у юношей

Результаты «Индивидуально-типологического опросника» Л.Н. Собчик, характеризуют выборку следующими типологическими особенностями:

выраженной экстравертированностью (показатели экстраверсии среди девушек выражены на 77,8%, среди юношей на 74,4%), повышенной тревожностью (девушки – 77,8%, юноши – 72,2%), не высокой спонтанностью (девушки – 47,8%, юноши – 46,7), ригидностью чуть выше среднего (у девушек – 67,8%, у юношей – 65,6%), средне выраженной агрессивностью (одинаковый показатель по всей выборке – 54,4%). Девушки по выборке более сензитивны, чем юноши (девушки – 70%, юноши – 51,1%). В целом, девушки имеют более выраженные показатели по всем шкалам данной методики.

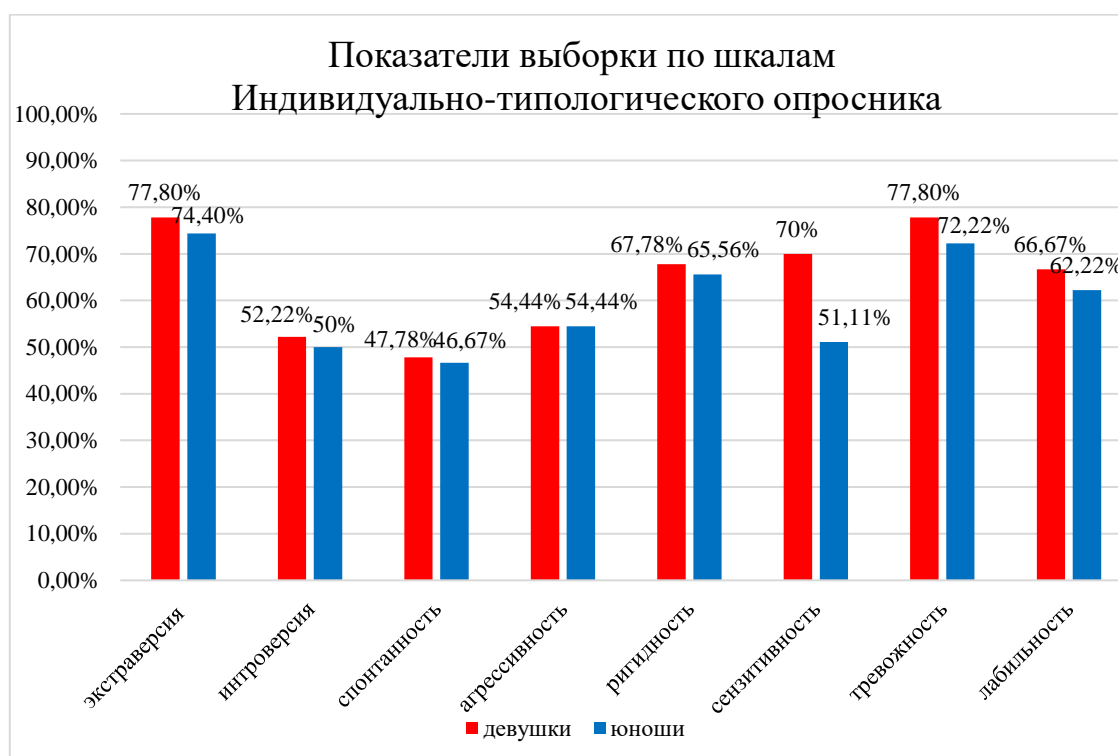


Рисунок 4 – Показатели выборки по шкалам индивидуально-типологического опросника

Таким образом, выборку можно охарактеризовать как имеющую такие типологические особенности, как «тревожность», «экстраверсия», низкая «спонтанность», что в дальнейшем даёт нам возможность предположить о наличии определённых корреляционных связях с полученными выше предикторами синдрома отложенной жизни.

Результаты методики «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева не имеют сильных различий, все показатели находятся в пределах

62,9%-77,8%. По показателям выраженности общей осмысленности жизни более высокие значения у девушек – 73,43%, у юношей – 66,21%.

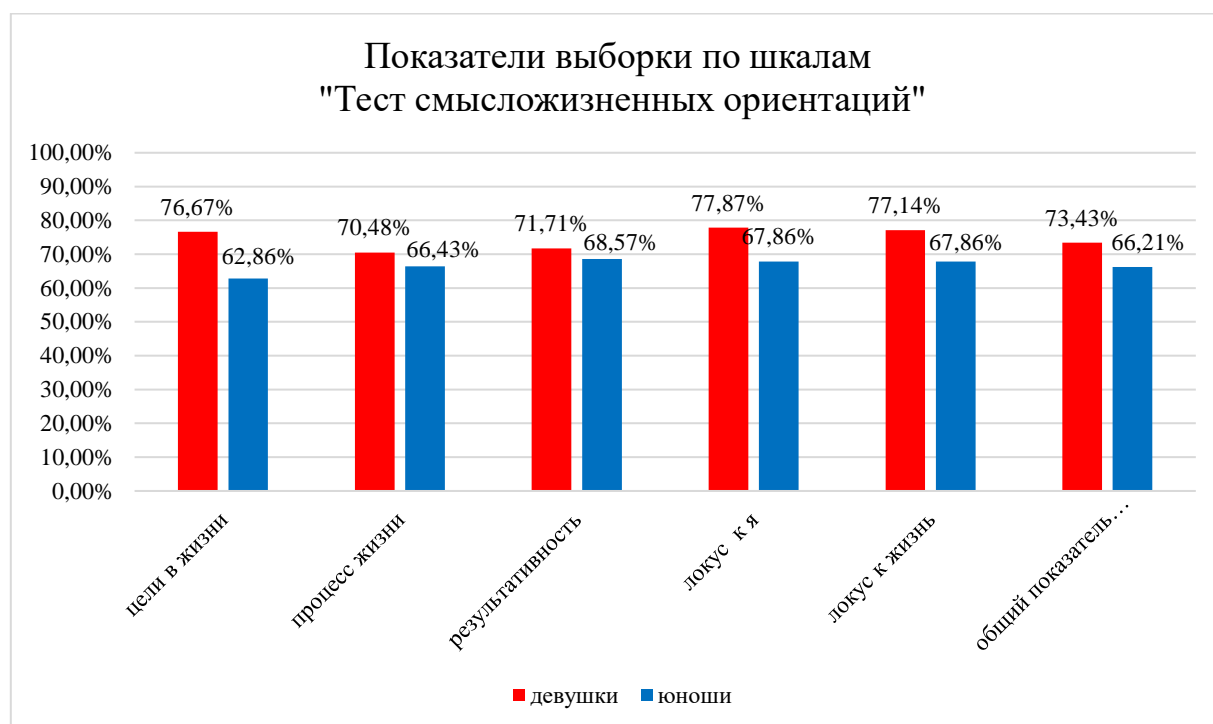


Рисунок 5 – Показатели по шкалам «Тест смысложизненных ориентаций»

Самые значимые различия по полу наблюдаются по шкале «цели в жизни».

Переходя к статистической обработке, мы проверили выборку на нормальность распределения с помощью Z-критерия Колмогорова-Смирнова. Из полученных результатов можно сделать вывод о том, что выборка не соответствует закону нормального распределения, поэтому в дальнейшем для статистической обработки будут использоваться непараметрические критерии.

Поиск связи между выраженностью синдрома отложенной жизни и смысложизненными ориентациями студентов показал следующее.

Таблица 1 – Результаты корреляционного анализа

Корреляции	Сила связи	Уровень значимости
Выраженность СОЖ и «Цели в жизни»	-0,288*	$p \leq 0,05$
Выраженность СОЖ и «Процесс жизни»	-0,259*	$p \leq 0,05$

Выраженность СОЖ и «Результативность»	-0,254	$p \geq 0,05$
Выраженность СОЖ и «Локус контроля «Я»	-0,180	$p \geq 0,05$
Выраженность СОЖ и «Локус контроля «Жизнь»	-0,265	$p \leq 0,05$
Выраженность СОЖ и «Общая осмысленность»	-0,333**	$p \leq 0,01$

* – Статистически значимая слабая связь;

** – Статистически значимая умеренная связь.

Чем выше выраженность синдрома отложенной жизни, тем ниже показатели шкал «Цели в жизни», «Процесс жизни» и «Общая осмысленность».

Поиск связи между выраженностью синдрома отложенной жизни и индивидуально-типологическими особенностями показал следующие результаты.

Таблица 2 – Результаты корреляционного анализа

Корреляции	Сила связи	Уровень значимости
Выраженность СОЖ и «Экстраверсия»	-0,201	$p \geq 0,05$
Выраженность СОЖ и «Лабильность»	-0,193	$p \geq 0,05$
Выраженность СОЖ и «Интроверсия»	0,118	$p \geq 0,05$
Выраженность СОЖ и Агрессия	-0,173	$p \geq 0,05$
Выраженность СОЖ и «Сензитивность»	0,010	$p \geq 0,05$
Выраженность СОЖ и «Ригидность»	0,843**	$p \leq 0,01$
Выраженность СОЖ и «Тревожность»	0,971**	$p \leq 0,01$
Выраженность СОЖ и «Спонтанность»	-0,303*	$p \leq 0,05$

* – Статистически значимая слабая связь;

** – Статистически значимая умеренная связь.

Чем выше выраженность синдрома отложенной жизни, тем выше показатели по шкалам «тревожность», «ригидность», и ниже показатели по шкале «спонтанность».

Обсуждение результатов. Контент-анализ прогностических параметров синдрома отложенной жизни, показал, что основными предикторами СОЖ, характерными для всей выборки, являются: получение диплома/окончание

университета; получение материальной независимости/появление первой работы; переезд. Такие показатели являются характерными для юношеского возраста и основного вида деятельности – получение образования. Желание достичь целей по получению специальности и получению работы является естественным для данной возрастной категории, но долгосрочность данных целей приводит к формированию синдрома отложенной жизни.

Несколько предикторов было характерно только для женской, и только для мужской выборки. Для девушек не мало значимым является изменение личной жизни (15%) и изменение внешности (12,5%), а для молодых людей – завершение эпизодических работ в университете (13%) (сдача курсовой работы, решение контрольных работ) и создание собственного дела (11,7%).

Наличие таких различий по предикторам между мужской и женской выборкой может свидетельствовать о том, что на девушках сказывается влияние социальных и гендерных ролей – они делают акцент на изменениях своего социального статуса, задумываются о замужестве и постоянном поддержании внешней красоты. Но влияние оказывается и на мужскую половину выборки, поскольку для них создание собственного бизнеса играет важную роль в достижении определённого материального статуса и значимости в обществе. Данные частотного анализа требуют дальнейшей проверки и более значимых статистических подтверждений.

В результате поиска корреляционных связей эмпирических данных мы можем говорить о том, что выдвинутые нами гипотезы подтверждаются:

- существует связь между выраженностью синдрома отложенной жизни и типологических особенностей личности студентов;
- существует связь между выраженностью синдрома отложенной жизни и смысложизненных ориентаций студентов.

Синдром отложенной жизни имеет статистически значимую отрицательную связь на 5% уровне значимости со шкалой «Цели в жизни». То есть чем выше выраженность синдрома отложенной жизни, тем ниже выраженность показателей шкалы «Цели в жизни». То есть синдром отложенной

жизни может формироваться на фоне снижения осознанности и возможности формулирования чётко поставленной цели. Отсутствие целостного образа желаемого, временной направленности и перспективы в достижении цели провоцирует откладывание своей жизни.

Синдром отложенной жизни имеет статистически значимую отрицательную связь на 5% уровне значимости со шкалой «Процесс жизни», то есть чем выше выраженность синдрома отложенной жизни, тем ниже показатели по шкале «Процесс жизни», ниже удовлетворённость собственной жизнью. Неудовлетворённость жизнью в настоящее время, ее эмоциональная ненасыщенность и непродуктивность, снижает фокус на положительных моментах здесь и сейчас, а все свои ресурсы и мысли человек направляет на мечты об идеальном будущем, и, следовательно, не живёт «в моменте».

Синдром отложенной жизни имеет статистически значимую отрицательную связь на 5% уровне значимости со шкалой «Локус контроля жизнь», то есть чем выше выраженность синдрома отложенной жизни, тем ниже выраженность показателей по шкале «Локус контроля Жизнь». Слабое принятие ответственности за свою жизнь, слабое чувство собственной значимости в принятии решений может продуцировать формирование синдрома отложенной жизни. Чувство собственной неполноценности, бессмысленность планирования и убеждённость в том, что жизнь нам неподвластна, так же снижают мотивацию планировать что-то в настоящем времени и модернизировать свою жизнь, поэтому человек просто ставит жизнь «на паузу» и откладывает всё на потом.

Синдром отложенной жизни имеет статистически значимую отрицательную связь на 1% уровне значимости со шкалой «Общая осмысленность жизни», то есть чем сильнее проявляется выраженность синдрома отложенной жизни, тем ниже показатели по шкале «Общая осмысленность жизни». То есть, недостаточная общая осмысленность человеком его жизненного пути, нарушенная целостность системы взглядов и убеждений, неоформленность жизненных целей и сниженная осознанность выборов, совершаемых в жизни, может привести к формированию откладывания жизни на

потом. Так как, способность действовать здесь и сейчас, возможность идти на риски, предпринимать важные решения в своей жизни может действительно осознанный человек, который знает, чего он хочет от своего существования.

Первые прямые корреляции были получены в процессе статистической обработки шкал индивидуально типологического опросника Л.Н. Собчик и выраженности СОЖ.

Синдром отложенной жизни имеет статистически значимую положительную связь на 1% уровне значимости со шкалой «Тревожность». То есть, человек, постоянно переживая, сомневаясь в принятии решений, обдумывая последствия и результат совершённого действия, скорее всего боится рискнуть и сделать шаг в сторону своей лучшей жизни, таким образом, продолжая тревожиться о том, что ещё даже не произошло. Выраженная мнительность, боязливость, склонность к паническим атакам и страхам могут провоцировать синдром отложенной жизни.

Синдром отложенной жизни имеет статистически значимую положительную связь на 1% уровне значимости со шкалой «Ригидность». То есть, чем больше человек остаётся привержен своим старым привычкам, образу жизни, тем больше шанс формирования синдрома отложенной жизни. Негибкость, шаблонная деятельность, неспособность адаптироваться под новые реалии и темп современной жизни закрывают новые горизонты для достижений, и чувство того, что жизнь проходит мимо, может только усилиться.

Синдром отложенной жизни имеет статистически значимую отрицательную связь на 5% уровне значимости со шкалой «Спонтанность», то есть чем выше выраженность синдрома отложенной жизни, тем ниже показатели по шкале «Спонтанность». Человек, обладающий качествами лидера, стремящийся к личностному самоутверждению, достижению будет меньше склонен к синдрому отложенной жизни. Это связано с тем, что лёгкость в принятии решений и ответственность за проживание своей жизни дают внутреннюю свободу и возможность к осуществлению своих планов или движению в направлении их достижения. Спонтанность, способствует

формированию готовности прожить этот момент прямо сейчас и предотвращает риск формирования синдрома отложенной жизни.

Выводы. Синдром отложенной жизни можно охарактеризовать как жизненный сценарий, характеризующийся постоянным откладыванием жизни на будущее время. Синдром отложенной жизни имеет свои прогностические параметры, а его выраженность имеет связь с определёнными типологическими особенностями и смысложизненными ориентациями. Люди с синдромом отложенной жизни имеют определённые типологические особенности личности, а именно, повышенную тревожность, ригидность, слабую спонтанность, сниженную общую осмысленность жизненного процесса, трудности в чётком формулировании целей и моделировании образа желаемого результата, низкие показатели удовлетворённости проживаемой жизни, считают её неинтересной и ненасыщенной. Не чувствуют себя субъектом собственной жизни, не обладают достаточной личностной значимостью для принятия собственных решений и свободного выбора для конструирования своей лучшей жизни. Синдром отложенной жизни у студентов характеризуется такими предикторами как: ожидание окончания университета; появление первой работы и получение материальной независимости; переезд. Для женской выборки характерны такие предикторы, как: изменения в личной жизни и во внешности, для мужской – сдача краткосрочных работ и создание собственного дела.

Дальнейшее исследование синдрома отложенной жизни может продолжиться в формировании модели данного синдрома у студентов, поиске новых предикторов, и экспериментальном исследовании причинно-следственных связей индивидуально-типологических особенностей и смысложизненных ориентаций.

Список литературы

1. Быкова И.А., Серкин В.П. Жизнь в ипотеке: психологические особенности // Вестник Кемеровского государственного университета. - 2015. - №3. - С. 63-67.

2. Горошко В.Г., Шубина О.В. Синдром отложенной жизни: актуальное состояние проблемы // Сборник материалов XVI Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией И.Б. Шуванова, Ю.Э. Макаревной, И.Г. Макаревной. - Сочи: Сочинский государственный университет, 2017. - С. 113-115.
3. Дорофеева Ю.А. Феноменология сценария «Жизнь как предисловие» (у офисных сотрудников). Магистерская дисс. - 2020 М.: НИУ ВШЭ.
4. Макаревая Ю.Э., Рябикина З.И., Горошко В.Г. Личностные детерминанты синдрома отложенной жизни // Психология человека как субъекта познания, общения и деятельности. - 2018. - №1. - С. 1693-1707.
5. Найденова Е.В. Влияние синдрома отложенной жизни на удовлетворённость жизнью личности // Инновационная наука: Психология, Педагогика, Дефектология. 2022. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-sindroma-otlozhennoy-zhizni-na-udovletvorennost-zhiznyu-lichnosti> (дата обращения: 11,04.2023).
6. Панченкова О.В., Серкин В.П. Незамужество женщин среднего возраста как фактор сценариев и неврозов отложенной жизни // Сборник статей VII Международной научно-практической конференции. - Владивосток: Морской гос. ун-т им. адмирала Г. И. Невельского, 2017. - С. 186-193.
7. Сафина А.С. Краткий сценарий отложенной жизни: декретный сценарий // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. - 2019. - №9. - С. 80-86.
8. Серкин В.П. Жизненные сценарии северян и их влияние на принятие решений // Колыма. - 1997. - №4. - С. 20-23.

2.4. Эмоциональный интеллект как эффективный способ раскрытия потенциала личности

Аннотация. В статье рассматривается вопрос развития эмоционального интеллекта, роли способностей управления эмоциями в реализации потенциала

личности. Приводятся результаты проекта «Как повысить успеваемость с помощью управления эмоциями», раскрывающего связь между развитием способности управления эмоциями и изменением субъективного отношения подростков к своей успеваемости. Приведены результаты изучения особенностей управления эмоциями у старшеклассников в педагогических ситуациях старшей школы; установлены дефициты опыта управления эмоциями, импульсивности поведения в принятии решений у старшеклассников. Приведены приемы развития эмоционального интеллекта у старшеклассников, позволяющие включать их в качестве значимого компонента развивающих программ психолого-педагогической направленности, поддержки внутренней мотивации в деятельности и отношениях, а также умение управлять эмоциональными состояниями, развитием навыков саморегуляции личности.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, личностный потенциал, самореализация личности, управление эмоциями, успешность.

Актуальность исследования. В быстро меняющемся мире для того, чтобы быть успешными на рынке труда, требуются навыки работы в ситуациях высокой неопределенности, креативное мышление, умение работать в команде. В обществе все выше стали цениться саморегуляция, стрессоустойчивость, психологические ресурсы личности, предсказывающие готовность идти на риск ради успеха. В успешности профессиональной деятельности одна из важных составляющих – управление своими эмоциями и влияние на эмоциональное состояние других людей – совокупность способностей, обозначенных термином «эмоциональный интеллект».

Все больше ученых и практиков обращают свое внимание на необходимость развития эмоционального интеллекта как инструмента психологической поддержки в решении сложных и нестандартных задач, успешной самореализации потенциала личности (Монина, 2021).

В широком плане эмоциональный интеллект определяется как способность человека к эффективной когнитивной переработке любой эмоциональной

информации. По мнению ученых, эмоциональный интеллект – это когнитивная способность обработки информации, содержащейся в эмоциях (Карузо, Сэловей, 2016). В структуру эмоционального интеллекта входит совокупность способностей человека, связанных с пониманием своих чувств и эмоций других людей, их оценкой, установлением причин возникновения эмоций, регуляцией своих эмоциональных процессов в интересах интеллектуального и личностного развития, что выступает важной предпосылкой продуктивной мыслительной деятельности, поддерживает внутреннюю решительность, заинтересованность в деятельности и отношениях. Стержневым в структуре эмоционального интеллекта выступает управление эмоциями – это комплекс способностей, которые способствуют осознанию и пониманию собственных эмоций и эмоций окружающих, использованию эмоции для решения задач, связанных с отношениями и мотивацией деятельности.

Способность управления своими эмоциями и влияния на эмоциональное состояние других людей наиболее эффективно сказывается на самореализацию и раскрытие потенциала личности (Сергиенко, 2019).

Развернем эмоциональный интеллект в понимании Д.А. Леонтьева, исходя от понятия личностного потенциала: «Личностный потенциал – это потенциал саморегуляции, помогающий личности преодолеть навязчивое воздействие внутренних стимулов и внешних давлений и прокладывать свой не прямой путь в изменчивом мире, руководствуясь своими целями и смыслами» (Леонтьев, 2019).

Для эффективной саморегуляции необходимы: когнитивная переработка эмоциональной информации о своих желаниях, умение анализировать их причины, способы и методы регуляции внутреннего состояния в нестандартных ситуациях. Эти процессы нельзя сформировать, можно только поддерживать их развитие. Какие инструменты могут поддержать и развить становление личностного потенциала? Период становления личностного потенциала выпадает на непростую ступень старшего школьного возраста, характерную состоянием неопределенности, нереализованностью потребностей. Для

успешного преодоления возрастных затруднений подростку важно раскрывать свой личностный потенциал саморегуляции, в том числе через оценку и управление своими эмоциональным состоянием и эмоциями окружающих.

Знаний по предметам, высокого уровень интеллектуального развития будет недостаточно для достойного преодоления вызовов изменяющейся среды в будущем. Непредсказуемость, наличие необходимости выбора стратегии в ситуации угрозы, могут ввести в ступор человека с низко развитым эмоциональным интеллектом. Рациональное использование энергии эмоций, перенаправление ее в необходимое на данный момент направление являются одним из секретов успеха.

В данной статье осветим полезную к применению информацию из результатов ученического проекта: «Как повысить успеваемость с помощью управления эмоциями», направленного на изучение связи между особенностью субъективного отношения подростков к своей успеваемости и способностью управления эмоциями (Беткер, 2021).

Исследование проводилось на базе муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Гимназия №1» г. Ханты-Мансийска. В исследовании приняло участие 32 учащихся старших классов (обучающихся параллели 9 классов).

Цель исследования. Изучить особенности управления эмоциями в педагогических ситуациях старшей школы, разработать специальные упражнения по управлению эмоциями, способствующие повышению успеваемости.

Задачи исследования. 1. Изучить особенности управления эмоциями в педагогических ситуациях старшей школы;

2. Апробировать эффективность рефлексивных упражнений, направленных на повышения успеваемости с помощью управления эмоциями.

Материалы и методы. Для решения первой задачи по изучению особенностей управления эмоциями в педагогических ситуациях старшей школы был разработан авторский мини-опросник для старшеклассников в возрасте от

16 до 17 лет, включающий вопросы по оценке эмоционального состояния в школе, а также по отношению к своей успеваемости и способности регулировать эмоции.

1. Как вы думаете, влияют ли события вашей личной жизни на успеваемость?

2. Что вы думаете по поводу успешности своей учебной деятельности?

3. Замечали ли вы за собой, как ваши эмоции влияют на вашу успеваемость?

4. Какую эмоцию вы испытываете чаще всего в школе? (радость, печаль, страх, гнев, удивление, интерес, доверие, отвращение)

5. Какие эмоции помогают вам сосредоточиться над работой, обдумать её? (радость, печаль, страх, гнев, удивление, интерес, доверие, отвращение)

6. Какие эмоции положительно влияют на вашу успеваемость? (радость, печаль, страх, гнев, удивление, интерес, доверие, отвращение)

7. Часто ли вы испытывали стыд, вину из-за импульсивности своего поведения?

8. Предпринимали ли вы попытки управления своими эмоциями или эмоциональным состоянием другого человека?

9. Считаете ли вы важным навык управления эмоциями для достижения успеха в деятельности?

Для облегчения оценки своего эмоционального состояния при ответах на вопросы (4,5,6) участникам опроса был предложен перечень базовых эмоций: радость, печаль, страх, гнев, удивление, интерес, доверие, отвращение.

При проведении анкетирования используются следующие методы обработки информации:

нематематические методы обработки информации: группировка, классификация, обобщение, сопоставление;

– математические методы обработки данных: шкалирование, ранжирование, среднее арифметическое, расчет доли от общего числа.

Анкетирование предполагало ответы респондентов на 9 вопросов. Для оценки своего эмоционального состояния при ответах на вопросы (4,5,6) участникам опроса был предложен перечень базовых эмоций: радость, печаль, страх, гнев, удивление, интерес, доверие, отвращение.

Для решения второй задачи был подобран ряд рефлексивных практик, способствующих изменениям в регуляции поведения развития и осознания собственных эмоциональных состояний и их причин. В качестве мотивационного материала (цветовые триггеры эмоциональной информации) был использован инструмент «Квадрат эмоций» (Р. Плутчек). В основе этого инструмента лежат два компонента эмоций: валентность (приятная или неприятная эмоция) и энергия. По оси x откладывается степень приятности: от самой неприятной до самой приятной. Ось y - уровень энергии: от низкого уровня до высокого. Ведение дневника заключалось в измерении валентности и силы своего эмоционального состояния, определении его контекста, записи эмоций, испытываемых в школе во время учебной деятельности (рис.1).

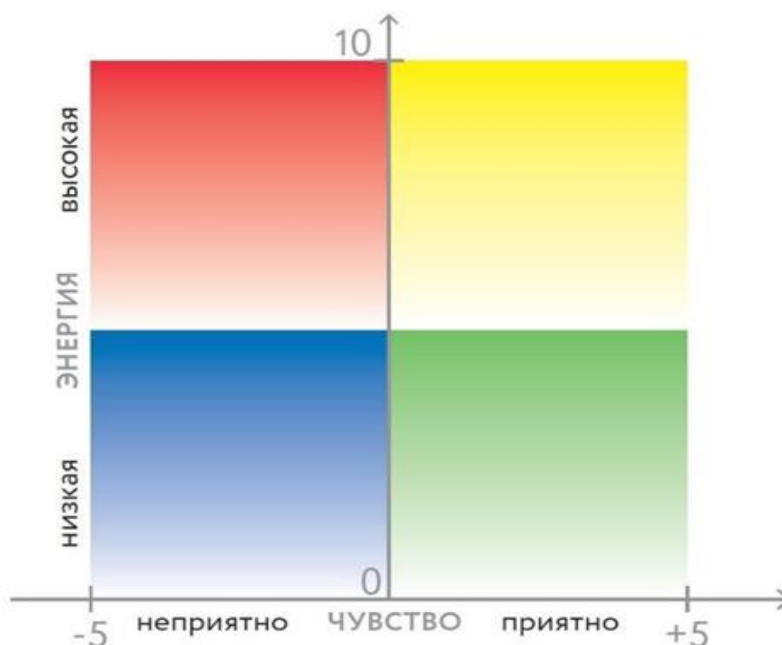


Рисунок 1 – «Квадрат эмоций»

С помощью следующих вопросов старшеклассники анализировали собственное эмоциональное состояние:

- Что я сейчас чувствую (чувствовал, чувствовала)?
- Насколько сильна эта эмоция?
- Почему я её испытываю?
- Полезна ли мне эта эмоция?
- Буду ли я её поддерживать или изменю её?

Результаты и их обсуждение. По результатам опроса было выведено, что на вопрос о влиянии личной жизни на успеваемость 88% учащихся дали утвердительный ответ, 12% посчитали, что их личная жизнь не влияет на успеваемость. Из этого мы можем предположить, что только 12% учащихся испытывают трудности в установлении причинно-следственных связей между проблемами в личной жизни и успешностью учебной деятельности.

Результаты анализа ответов обучающихся на вопрос «Что вы думаете по поводу своей успеваемости?» большинство опрошенных (68,8 %) формулировали односложные нейтрального характера ответы. В таких ответах учеников встречались высказывания «ничего», «все нормально» или «не знаю, мне все равно». Скорее всего это говорит об отсутствии интереса к своей успеваемости. В 15,6% ответы опрошенных носят положительно окрашенную оценку своей успеваемости («у меня все хорошо», «отлично с учебой» и пр.). Также в ответах (15,6%) на данный вопрос учащиеся указывали на проблемы, испытываемые в учебе (например, «у меня проблемы с русским и математикой», «долги по физике» и пр.), что говорит о субъективной оценке учениками рисков академической неуспешности. Таким образом, большинство учащихся продемонстрировали нейтральное отношение к собственной учебной успеваемости.

На вопрос о влиянии эмоций на успеваемость 41% опрошенных ответил утвердительно и 59 % отрицательно. Это показывает, что большинство учащихся не устанавливают причинно-следственных связей между успешностью учебной деятельности и субъективным психоэмоциональным состоянием в педагогических ситуациях.

На вопрос «Какую эмоцию вы испытываете чаще всего в школе?» преимущественно были названы такие эмоции как радость (40%), гнев (21%), печаль (18 %) и страх (12%). В меньшей мере участниками опроса были выбраны эмоции интереса (6%) и отвращения (3%). В качестве эмоций, испытываемых в школе, не были выбраны эмоции удивления и доверия.

Таблица 1 – Эмоции подростков в школе

№ п/п	Базовые эмоции	Всего (%)
1.	Радость	40%
2.	Гнев	21%
3.	Печаль	18%
4.	Страх	12%
5.	Интерес	6 %
6.	Отвращение	3 %
7.	Удивление	0%
8.	Доверие	0%

Анализируя модальность эмоций, выбранных учащимися, мы можем констатировать, что 40% опрошенных испытывают в школе эмоцию радости, связанную с удовлетворением базовых потребностей, в том числе и с успеваемостью. У 21% учащихся, испытывающих гнев, можно констатировать наличие трудностей (внутренних и внешних), возникающих в процессе решения учебных задач. Однако такие дети потенциально обладают большим внутренним ресурсом, так как гнев – сильная, стеническая эмоция, которая в ситуации самоанализа может стать ресурсом для перенаправления ее энергии в конструктивное русло. У 18 % выражена астеническая эмоция печали, что может быть связано с не только не удовлетворительной успеваемостью, но и проблемами вне школы. Незначительная часть детей (12%) испытывают в школе страх, что может быть связано с повышенной ответственностью таких детей, давлением педагогов и родителей, опасениями с ожиданиями неуспешности и осуждения со стороны окружающих. Низкая встречаемость выбора эмоции интереса свидетельствует об отсутствии новизны, однообразия обстановки в

школе и подходах к преподаванию. По этой же причине не были выбраны также эмоции удивления и доверия. У 3% опрошенных, выбравших эмоцию отвращения, продемонстрирована реакция отторжения школьной среды.

Таблица 2 – Эмоции, которые помогают думать подросткам в школе

№ п/п	Базовые эмоции	Всего (%)
1.	Радость	31%
2.	Интерес	25%
3.	Удивление	16%
4.	Доверие	16%
5.	Страх	12%
6.	Гнев	0 %
7.	Печаль	0%
8.	Отвращение	0%

Анализируя ответы опрошенных на вопрос эмоций, помогающих мыслить, были названы преимущественно положительные эмоции. На первом месте радость (31%), на втором – интерес (25%) и на третьем месте доверие и доверие (16%). Часть подростков мотивирует переживание эмоции страх (12%). Не были выбраны эмоции гнева, печали и отвращения.

На вопрос о положительном влиянии эмоций на успеваемость были выбраны четыре эмоциональных контекста. На первом месте радость (50%), на втором месте интерес (31%), удивление ушло на третье место (16%) и четвёртое заняло доверие (3%). Данный выбор свидетельствует о том, что, как и в предыдущем вопросе, большинство учащихся считает, что только положительные эмоции помогают в учёбе. Они не рассматривают их как дезорганизаторов учебного процесса.

По итогам ответов восьмого вопроса, можно сказать, что большинство (87%) подростков испытывали такие социальные эмоции, как вина и стыд из-за своего импульсивного поведения. Это также может свидетельствовать об использовании педагогами родителей в ситуациях учебных затруднений давления.

На вопрос о попытках управления своими эмоциями утвердительно ответило 31% опрошенных, 69% отметили, что не предпринимали попыток управления своими эмоциями и не видят в этом смысла. По итогам ответов последнего вопроса о важности умения управления своими эмоциями большинство ответило утвердительно (97%), остальные (3%) дали отрицательный ответ.

Итоги данного опросника позволили сделать следующие выводы об отсутствии у большинства ребят попыток управления своими эмоциями, импульсивности в принятии решений («на эмоциях»), дефиците опыта установления причинно-следственных связей между эмоциональными состояниями и успешностью решения задач обучения.

Подросткам, испытывающим трудности в анализе собственных эмоциональных состояний, было предложены рефлексивные практики, способствующие развитию способности к регуляции поведения и поддержки становления процессов саморегуляции средствами развития осознания собственных эмоциональных состояний и их причин. Такими техниками стали: «Квадрат настроения», упражнения на развитие эмотивной лексики (словарь эмоций), систематическое ведение дневников эмоций и обсуждение их результатов на специальных занятиях с педагогом-психологом. Школьникам предлагалось анализировать различные эмоциогенные ситуации школьной жизни опираясь на следующие вопросы: «Что я чувствую?», «Что вызвало данное состояние?» «Эта эмоция помогает Вам в настоящий момент? Если да, как Вы будете ее поддерживать? Если нет, как Вы собираетесь изменить эту эмоцию?»

Использование данных инструментов было направлено на проверку гипотезы о положительном влиянии специальных упражнений по управлению эмоциями (дневник настроения) на успеваемость у подростков.

Повторный опрос для промежуточной проверки эффективности данных мер показал, что использование рефлексивных практик по осознанию собственных эмоций положительно сказывается на: отношении учащихся к

педагогическим ситуациям, повышении показателей положительного отношения к успеваемости, повышении показателей эмоциональных состояний, испытываемых в школе: радости, интереса, доверия (Беткер, 2021).

Проиллюстрируем позитивные изменения показателей увеличения положительных эмоций, испытываемых обучающимися в школе по результатам контрольного замера (таблица 3).

Таблица 3 – Эмоции подростков в школе

№ п/п	Базовые эмоции	Всего (%)
1.	Радость	59 %
2.	Интерес	16 %
3.	Доверие	13 %
4.	Удивление	3%
5.	Гнев	3%
6.	Страх	3%
7.	Печаль	3 %
8.	Отвращение	0 %

Выводы. Таким образом, применение специальных упражнений по управлению эмоциями у подростков оказало положительное влияние на ощущение субъективной успешности, повышение показателей эмоциональных состояний, испытываемых в школе (радости, интереса, доверия), способствующих повышению чувства уверенности в себе и результатах своей деятельности.

Сложная задача раскрытия потенциала личности, успешности в различных сферах жизни человека, а также в личных отношениях, производительности труда и качестве жизни, предполагает развитие тех способностей, которые будут направлены на понимание своих эмоций и эмоционального состояния других людей, регуляцию своего внутреннего состояния и его влияния на состояние других людей. Именно внимание к развитию гибких навыков эмоционального интеллекта становится условием для реализации личности, раскрытию её

потенциала. Эмоциональный интеллект может выступать ресурсом, основой для развития личностного потенциала.

Список литературы

1. Беткер Л.М. Как повысить успеваемость с помощью управления эмоциями / Л.М. Беткер, А.С. Беткер // Образование Югории. – 2021. – № 1 (59). – С.81-85.

2. Леонтьев Д.Н. Три мишени: личностный потенциал – зачем, что и как? /Д.Н. Леонтьев // Образовательная политика. – 2019. – №3 (79). – С.10-16.

3. Моница Г.Б. Эмоциональный интеллект как фактор личностного и профессионального роста/ Г.М. Моница // Социология. – 2011. №3 (33). – С. 84-95.

4. Сергиенко Е.А. Аффект и интеллект. Чтение для мира? /Е.А. Моница // Образовательная политика. – 2019. – №3 (79). – С.17-25.

5. Эмоциональный интеллект руководителя: как развивать и применять : / Дэвид Карузо, Питер Сэловей / – Санкт-Петербург : Питер. – 2016. – 319 с.

РАЗДЕЛ 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

3.1. Использование инновационных методов обучения студентов фармацевтического факультета

Аннотация. Фармация – одна из ключевых составляющих в структуре национальной экономики и является значимой частью глобальной системы здравоохранения. Фармацевтическая отрасль сегодня одна из наиболее динамично развивающихся отраслей российской промышленности, от которой ожидают достижения передового уровня научно-технического и технологического развития – «прорывных технологий» и создания экспортно-ориентированного потенциала. В этой связи, сегодня особо остро стоят вопросы формирования кадрового потенциала, способного реализовать поставленные, на государственном уровне, задачи обеспечения лекарственной безопасности и технологического суверенитета страны. Удовлетворению поставленных задач посвящена работа профессорско-преподавательского состава по корректировке учебных планов и внедрение в них возможности использования игропрактики, для приближения будущих специалистов к реальной профессиональной деятельности.

Ключевые слова: цифровизация, игропрактика, системное технологическое мышление, виртуальная реальность, викторины.

Современное высшее фармацевтическое образование, основывается на компетентностном подходе. Конечным результатом обучения будущих провизоров является формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций для дальнейшего решения задач, которые будут возникать в профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств. Передовой преподаватель университета понимает, что недостаточно только передать студенту набор дидактических единиц дисциплины, сегодня

важно сформировать у выпускника компетенции, то есть готовность применить свои знания, умения и опыт профессиональной деятельности. Для этого необходимо искать пути активизации учебно-познавательной деятельности обучающегося для освоения конкретного предмета, понимания им межпредметных связей, что в дальнейшем приведет к повышению эффективности образовательного процесса в целом.

Молодежь XXI века отличается от молодежи XX века. Текущее поколение студентов современные философы, психологи и социологи называют «Поколение Z» или поколение «зумеров». Основными отличительными особенностями этих обучающихся являются: клиповое мышление; быстрый темп работы с большими объемами данных; тесная связь с гаджетами и низкая потребность в социальном взаимодействии.

Принимая эти факты во внимание, а также с целью усиления практической направленности в подготовке провизоров, преподавателям профильных кафедр фармацевтического факультета необходимо вести поиск новых образовательных технологий, которые позволят сформировать у студентов умения и навыки системного, технологического мышления для решения реальных проблемных ситуаций фармацевтической деятельности. Инновационные методы обучения, учитывающие особенности нынешнего поколения, предполагают как индивидуальную самостоятельную работу, так и совместную деятельность (контактную работу с преподавателем) и помогают в раскрытии личностного потенциала обучающихся.

Часто преподавателю бывает необходимо поставить себя на место студента, чтобы понять потребности студента к образованию. Такое смещение позиции необходимо для того, чтобы помочь студенту выбрать правильную траекторию обучения и в итоге достичь общей цели обучения – формирования компетенций. В рамках современного образовательного процесса, обучающийся становится не объектом педагогического воздействия, а субъектом познавательной деятельности, в которой преподавателю отводится роль *тьютора*. Основными задачами преподавателя становятся выстраивание

стратегии обучения, консультативная помощь и наставническая работа, чтобы гармонизировать цели студента с тем, что необходимо изучить. Подобное «педагогическое содействие» позволяет реализовать концепцию субъект-субъектного обучения.

Отметим, что после пандемии коронавируса произошла смена техноуклада. Цифровизация плотно вошла во все сферы деятельности, особенно в образовательный процесс. Сегодня надо двигаться в два раза быстрее, при этом сохраняя тренд на бережение здоровья. Преподаватели в настоящее время стремятся использовать активные, интерактивные методы обучения и элементы геймификации (игропрактики).

Одним из современных направлений развития активного обучения на кафедрах фармацевтического факультета стала *образовательная игра*. Подобный тип обучения позволяет удовлетворить запрос современного рынка труда на сотрудников, обладающих «гибкими навыками» (soft skills), т.к. образовательные игры дают возможность развить критическое мышление, эмпатию, коммуникативность и т.д.

Игровые занятия позволяют:

- сформировать и использовать профессиональное мышление;
- снизить уровень стресса во время контрольных мероприятий;
- достичь микроформатного способа усвоения новой информации;
- формировать и проявлять лидерские качества, способность отстаивать собственную точку зрения;
- обучить созданию комфортного климата в коллективе, работе в команде.

Роль преподавателя в игре при этом направлять и мотивировать студентов на поиск решений нестандартных игровых задач, а не давать готовые ответы и контролировать степень усвоения знаний студентом. В результате, использование образовательных игр позволяет полностью соответствовать концепции новой образовательной парадигмы.

Ещё одним очевидным плюсом использования подобного формата обучения является возможность создания вариативных ситуаций близких к

реальным производственным задачам профессионала. Например, при помощи игр можно рассмотреть вопросы, касающиеся фармацевтической разработки новых лекарственных средств (ЛС), химического анализа фармацевтических субстанций и лекарственных препаратов (ЛП), разработки промышленных регламентов производства ЛС и многое другое. Таким образом, инновационным направлением развития активного обучения студентов фармацевтического факультета может быть прикладная образовательная игра, максимально отражающая компетентностный подход в образовании (Буханова, 2023).

Преподавателями профильных кафедр фармацевтического факультета были разработаны образовательные прикладные настольные игры *«Путь целителя»* и *«Лото: Вспомогательные вещества в таблетировании»*.

Настольная игра *«Путь целителя»* используется для проведения рубежного контроля по дисциплине *«Фармацевтическая химия»* у студентов 3 курса (5 семестр), а также может быть применена для контроля остаточных знаний по данной дисциплине у студентов 4 и 5 курсов специальности 33.05.01 Фармация.

Результаты оценки эффективности использования данной игры в образовательном процессе представлены на диаграмме.



Таким образом, разработанная настольная игра *«Путь целителя»* успешно конкурирует с традиционными методами контроля знаний обучающихся (письменной контрольной работой, устным опросом и др.) и наглядно демонстрирует межпредметные связи с дисциплинами

«Фармакология», «Фармацевтическая технология», что способствует формированию необходимых компетенций провизоров (Копаница, 2023).

С целью повышения эффективности дистанционного обучения данная игра была переведена и в цифровой формат с возможностью одновременного подключения к игровому процессу всей группы обучающихся (5).



Рисунок 1 – Цифровой аналог игры на платформе «Miro»

Образовательная игра **«Лото: Вспомогательные вещества в таблетировании»** была разработана для студентов 4 курса специальности 33.05.01 Фармация в качестве альтернативного метода запоминания классификации вспомогательных веществ. Кроме того, ее можно применять и для контроля полученных знаний по данной теме.

Игра была апробирована со студентами 4 курса на занятии по дисциплине «Фармацевтическая технология». По результатам анонимного опроса обучающихся, проведенного после игры, студентами была дана положительная оценка подобного способа проведения занятия. Респонденты отметили, что игра позволяет выявить недостатки в усвоении информации, повышает уровень концентрации и в целом представляет интересный вид деятельности для обучающегося (Поветко, 2022).

Значительно упростить цифровизацию образовательного контента помогла платформа для создания онлайн-викторин Qizizz. Данная программа позволяет создавать онлайн-игры и участвовать в них без авторизации, не требует особых условий и аппаратуры. Есть возможность здоровой

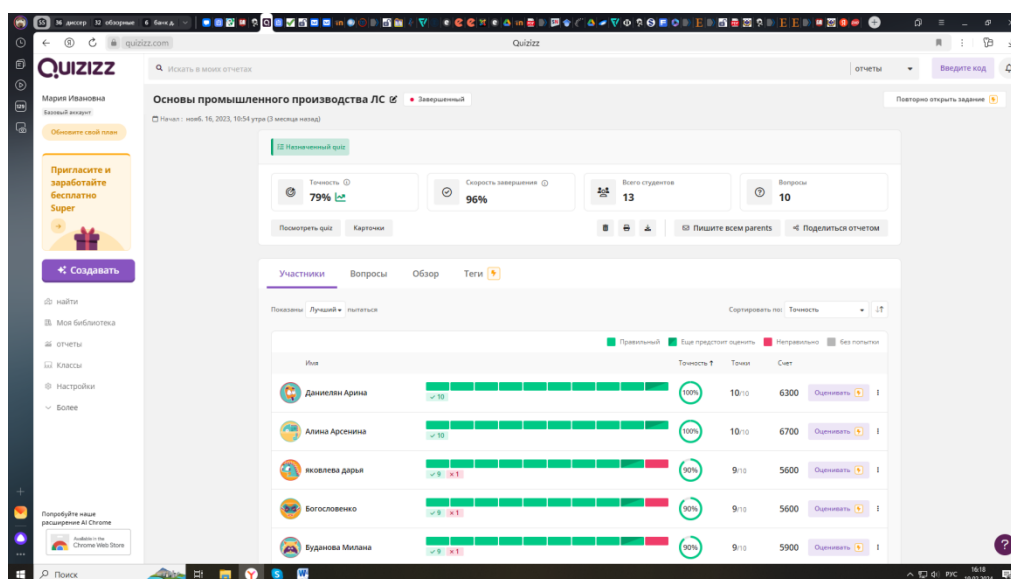
конкуренции, анонимности при прохождении, закрепления информации различными форматами вопросов по теме дисциплины, а у студента формируется понимание того, что необходимо доработать в изученном материале. При этом данный метод интерактивного обучения позволяет «разгрузить» интенсивную учебную работу, так как есть возможность создания развлекательного формата изучаемых вопросов, подкрепления положительной реакции на правильные ответы позитивными изображениями («мемами») и ими же снизить негативную окраску восприятия студентами неверных ответов.

При помощи программы Quizizz был разработан тест *«Анализ лекарственных средств промышленного производства»*, который использовался при проведении текущего контроля знаний студентов 4 курса 33.05.01 Фармация при изучении фармацевтической химии (VIII семестр). Тест включает в себя 17 заданий: вопросы, предполагающий выбор одного правильного ответа; блок вопросов с множественным выбором правильных ответов; вопрос с открытым ответом и графический вопрос. Возможность создания вопросов с применением графических объектов (картинок) и другие формы модернизации вопросов делают тестовые задания увлекательными и интересным для студентов.

Такой метод проведения текущего контроля имеет конкурентные преимущества в сравнении с традиционными формами (устный/письменный опрос) как для студентов, так и для преподавателя. Студенты в игровом формате, за короткий промежуток времени, отвечая на вопросы теста, продемонстрировали уровень подготовки, обобщили свои знания по контролю качества ЛС промышленного производства, а преподаватель по окончании тестирования перевел набранные студентами баллы в традиционную шкалу выставления оценок, что позволило объективно оценить знания студентов. Применение тестирования на платформе Quizizz показывает лучшую усвояемость полученных знаний студентами, а также способствует более основательной подготовке к последующим практическим занятиям.

Современные образовательные технологии включают в себя использование такого педагогического приема, как *рефлексия*. Рефлексия в процессе педагогического взаимодействия способствует максимальной эффективности развития и саморазвития каждого из участников образовательного процесса. Данный метод является самоанализом уровня знаний и практических умений студента. Традиционно рефлексия осуществляется в формате диалога «преподаватель-студенты», например, фронтальный опрос, когда в течение короткого временного промежутка, преподавателем формулируются вопросы по основным аспектам пройденной темы, а студенты дают на них ответы, осуществляя, таким образом, обратную связь (Арустамян, 2018). С целью модернизации метода рефлексии мы разработали викторины с использованием платформы Qizizz, для повышения объективности самоанализа студентом.

В ходе прохождения обучающимися викторины формируется отчет, где указан общий процент правильных ответов, также программа позволяет оценить в процентах количество правильных и неправильных ответов для каждого вопроса в отдельности.



информационно-коммуникационных технологий, доступность программно-технических средств, гаджетов расширяет возможность дизайна видеоигр и использования симуляционного обучения. Внедрение симуляционных образовательных технологий, способствует модернизации фармацевтического образования, так как позволяет обучающемуся приобрести практический опыт в сфере обращения лекарственных средств или усовершенствовать его с помощью искусственно созданной ситуации в интерактивной модели, аналогичной профессиональной.

У студентов фармацевтического факультета должно быть сформировано системное технологическое мышление для понимания организации промышленного производства ЛС, протекания технологических процессов, функционирования фармацевтической системы качества. Для этого в рамках дисциплины «Фармацевтическая технология», а также в период производственных практик, проводятся экскурсии на фармацевтические и биотехнологические предприятия, с целью визуализация информации, полученной на занятиях, о работе аппаратов, машин, автоматизированных линий при выполнении отдельных операций и стадий технологического процесса. Однако, возможность посещения фармацевтических предприятий для вуза может быть ограничена, из-за соблюдения предприятием требований Правил надлежащей производственной практики, либо по иным причинам, так, например, в 2020 году в связи с эпидемиологической обстановкой посещение предприятий было запрещено.

В случае, даже если экскурсия будет проведена, на фармацевтических предприятиях остаются помещения, доступ посторонних лиц в которые ограничен или вообще запрещен, в частности, в помещения высоких классов чистоты, особенно, если эти помещения находятся в эксплуатации. Поэтому студенты не всегда могут ознакомиться с реальной работой персонала в данных помещениях и оборудованием, находящимся в них.

Некоторые предприятия-производители ЛС создают виртуальные 3D-туры по помещениям своих предприятий с ознакомительной целью, в рамках

продвижения своей продукции. Преподаватели кафедры фармацевтической технологии используют их в образовательном процессе, но данные видеопособия не могут выступать в качестве замены экскурсий, поскольку не имеют четкого маршрута передвижения по предприятию и сопроводительной информации для обучающегося. На занятиях также используются видеоролики, размещенные в различных видео-хостингах: Rutube, Видео Mail.ru, Вконтакте и т.д., в настоящее время именно они являются альтернативой средств визуализации технологических процессов. Однако видеоролики также не дают полноценной картины работы фармацевтических предприятий, так как не создают ощущения погруженности пользователя в изображение, в них не всегда удается рассмотреть внутреннее устройство и детали оборудования, понять принцип работы. Также, видеоролики лишены интерактивного наполнения и варибельности заданий, которые можно предложить обучающимся после их просмотра.

Для ликвидации вышеперечисленных недостатков на фармацевтическом факультете разрабатывался собственный продукт: учебный комплекс для виртуальных очков. В 2021 была подана заявка (с1-118077) на конкурс СТАРТ-1-21 (очередь III). Заявка не была поддержана по результатам конкурса. Однако после партнёром вуза ООО «Скопинфарм» на факультет был закуплен симуляционный комплекс **«Виртуальный фармацевтический завод для ВУЗов»** с полным методическим обеспечением, разработанный ЕАНП для вузов, готовящих специалистов 33.05.01 Фармация. Сегодня комплекс активно внедряется в образовательный процесс. Так при проведении практических занятий по «Фармацевтической технологии» для российских и иностранных студентов 4 и 5 курсов проводятся экскурсии по виртуальному фармацевтическому предприятию, где они знакомятся с каждой стадией производства таблеток «Парацетамол», особенностями работы персонала. Вся экскурсия сопровождается информационным материалом самой программы, а также дополнительными пояснениями преподавателя. Студенты полностью погружены в процесс, одновременно изучают полный цикл производства ЛС,

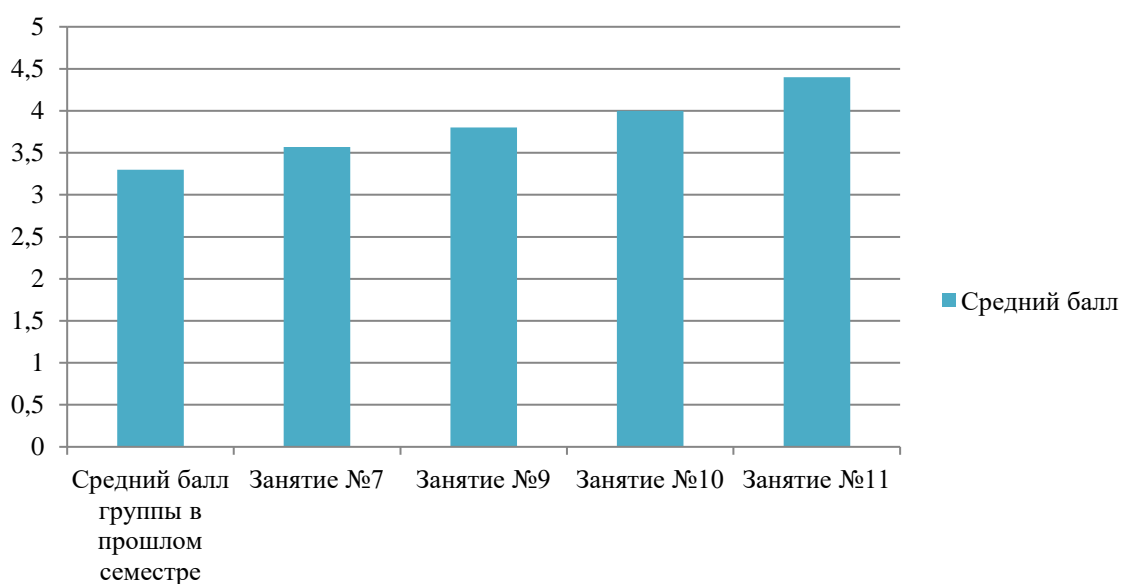
принципы работы оборудования, виды внутренней нормативной документации и др.



Рисунок 6, 7 – Применение симуляционного комплекса «Виртуальный фармацевтический завод для ВУЗов» в учебном процессе

Положительными результатами использования данного симуляционного комплекса и внедрения интерактивного цифрового обучения стало повышение интереса студентов к изучению «Фармацевтической технологии». Об этом свидетельствует повышение среднего балла в группе студентов после проведения текущих и рубежных контролей дисциплины.

Средний балл



Симуляционный комплекс имеет режим запрограммированных ошибок, который позволил нам разработать пакет олимпиадных заданий для студентов 4 курса специальности 33.05.01. Фармация.



Рисунок 8 – Использование комплекса в профориентационной работе

Кроме того, комплекс «Виртуальный завод» может использоваться в обучении магистрантов направления 33.04.01 «Промышленная фармация», ординаторов специальность 33.08.01 «Фармацевтическая технология», обучающихся СПО 33.02.01 «Фармация». Мы активно используем комплекс в профориентационной работе со школьниками и студентами колледжей фармацевтического профиля.

Использование подобного комплекса в образовательном процессе способствует формированию у студентов необходимых компетенций, стойкого интереса к построению индустриальной карьеры. Навыки, приобретенные при работе с комплексом, позволят выпускникам-провизорам значительно сократить период адаптации на реальных рабочих местах фармацевтических предприятий.

Таким образом, можно подвести итог, что формирование познавательной активности, накопление знаний студентами-медиками, относящихся к «Поколению Z», происходило в эру цифровых технологий, что оказало отрицательное влияние на их психофизические характеристики, критически важные в

образовательном процессе – они испытывают значительные трудности при концентрации внимания, не желают прилагать усилия для переработки информации, не способны воспринимать большие объемы информации, нацелены на получение «вознаграждения» в процессе обучения, быстро теряя интерес к предмету, если награда или бонус не предусмотрены или же не предоставляются в желаемом им объеме. Исследования показывают, что внимание зумеров быстро рассеивается, поэтому желательно добавлять в программу дополнительные короткие задания и викторины, так как студенты предпочитают работать в небольших группах – это дает им возможность быть более творческими и общаться. При повторении учебного материала и при обмене знаниями для студентов очень эффективна геймификация, им нравятся игровые задания, они становятся более активными и сосредотачиваются на интересном процессе (Полякова, 2023). Результаты исследования студентов фармацевтического факультета показывают хорошие результаты усваивания ключевых тем дисциплин с применением игровых и информационных технологий. Методика применения вышеописанных технологий и ресурсов может быть предложена для внедрения на других факультетах вуза.

Список литературы

1. Арустамян Д.В. Использование интерактивных методов обучения в учебном процессе / Д.В. Арустамян, Е.А. Дроздова // Журнал «Евразийский союз ученых», №7. – 2018. – С. 7-8.
2. Буханова У.Н. Опыт разработки и применения образовательной прикладной настольной игры при изучении фармацевтической химии // У.Н. Буханова, И.В. Черных, М.А. Копаница, М.И. Поветко, Е.Е. Кириченко, О.В. Калинин // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – Том 11. – № 2 (41). – 2023.
3. Заславская О.Ю. Применение принципов игрового дизайна и игровых механик к неигровому контенту / О.Ю. Заславская // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Информатика и

информатизация образования. – 2020. – № 1(51). – С. 30-33. DOI 10.25688/2072-9014.2020.51.1.03.

4. Копаница М.А. Игропрактика в фармацевтическом образовании / М.А. Копаница, И.В. Черных, У.Н. Буханова, М.И. Поветко, Е.Е. Кириченко // Сборник трудов по материалам Всероссийской учебно-методической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Н.Ф. Крутько и Году педагога и наставника «Современные вызовы для медицинского образования и их решения»; под ред. В.А. Лазаренко. В 2-х томах. - Том 1. - Курск, 02 февраля 2023. – С. 276-278.

5. Онлайн-доска и Платформа для визуальной совместной работы «Miro». URL: <https://miro.com/> (дата обращения: 18.01.2021).

6. Поветко М.И. Игропрактика как способ повышения качества обучения фармацевтической технологии / М.И. Поветко, У.Н. Буханова // Сборник статей I Международного научно-педагогического форума, посвященного 80-летию ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого «Интеграция медицинского и фармацевтического образования, науки и практики». – Красноярск, 02-04 февраля 2022 г. – С. 120 – 124.

7. Полякова О.В. Цифровые сервисы на службе преподавателя медицинского вуза // О.В. Полякова, А.Н. Жолудова // XXX Рязанские педагогические чтения «Образование и социокультурная сфера: история и современность: научные статьи Всероссийской научно-практической конференции, 13-14 марта 2023 г. / под общ. ред. Л.А. Байковой, Н.В. Евтешиной, А.А. Захаровой, Н.А. Фоминой. – Рязань: ИП Жуков В.Ю., 2023. – С. 171–176.

8. Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 005\2011 «О безопасности упаковки» (с изменениями на 18 октября 2016 года).

3.2. Опыт проведения тренинговых мероприятий как один из факторов повышения стрессоустойчивости студентов-медиков

Аннотация. На сегодняшний день концепция «стресса» представляет собой существенный и полиморфный феномен. Стресс окружает человека в различных сферах жизни, в повседневной деятельности, на рабочем месте и прочих сферах. Образовательная среда также не остаётся в стороне, где студенты сталкиваются с интенсивной учебной нагрузкой и ответственностью перед своими обязанностями. Эти факторы могут привести к разнообразным негативным последствиям, включая ухудшение здоровья и успеваемости. Один из эффективных методов снижения уровня стресса у студентов и повышения их стрессоустойчивости – это проведение специализированных тренингов. В данной статье описывается содержание и методика проведения таких мероприятий, охватывающих различные стратегии по снижению уровня стресса и улучшению психологической устойчивости. Тренинги проводились среди студентов-медиков, поскольку именно эта группа студентов, выступая на медицинскую практику и исполняя свою роль в качестве будущих медицинских специалистов, подвержена стрессам. Упомянутые тренинги направлены на развитие стрессоустойчивости среди студентов, что является важным параметром для успешной профессиональной эффективности будущих медицинских работников и должно быть интегрировано в образовательную программу высшего учебного заведения.

Ключевые слова: стресс, стрессоустойчивость, тренинг, студенты-медики, образовательная программа.

Стрессоустойчивость можно отнести к качественной характеристике личности, которую следует развивать и повышать. Отметим, что стрессоустойчивость – это способность человека эффективно справляться с негативными факторами окружающей среды и сохранять психическое и физическое здоровье (Селье, 1992). Стрессоустойчивость является важным

фактором успешности и адаптации в современном обществе, а также необходимым условием успешной профессиональной деятельности студентов-медиков (Рубальская, 2015). Однако многие из студентов испытывают трудности в развитии данного качества. Для решения этой проблемы были проведены тренинговые мероприятия по развитию стрессоустойчивости в студенческой среде (Андреева, 2010).

В данной работе мы рассмотрим содержание и методику проведения тренинговых занятий, а также результаты их оценки.

Цель исследования: изучение эффективности тренинговых занятий для развития навыков стрессоустойчивости у студентов-медиков – будущих медицинских работников.

Для достижения поставленной цели был изучен теоретический аспект проблемы стресса и стрессоустойчивости; рассмотрены особенности стресса у студентов медицинского вуза; на начальных этапах был определен уровень стрессоустойчивости студентов-медиков; разработаны и проведены тренинговые мероприятия и определена их роль в повышении стрессоустойчивости у студентов-медиков.

Стресс – это естественная реакция на требования жизни. Стресс может быть вызван множеством факторов, таких как работа, отношения, финансы, проблемы со здоровьем и многое другое. Стресс может оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на человека (Куликов, 1997). Хотя определенный уровень стресса может мотивировать и помогать людям в достижении личных целей, но слишком сильный стресс может привести к негативным последствиям, таким как тревога, депрессия и выгорание. Особенно это актуально для студентов медицинских специальностей, которые сталкиваются с высоким уровнем стресса из-за требовательного характера учебы и будущей профессии (Ли, 2005).

Управление стрессом является важным навыком для студентов, обучающихся на медицинских специальностях. Управлять стрессом может не каждый, поэтому будущим медикам необходимо развивать данный навык, чтобы

поддерживать свое благополучие и эффективно работать в учебе и будущей карьере (Щербатых, 2007). Однако многим учащимся трудно развить этот навык, поскольку их не учат эффективно справляться со стрессом. Поэтому есть необходимость помогать/учить студентов справляться со стрессом и регулировать стрессовые ситуации, т.к. от них зависит жизнь человека (Абабков, 2004).

Одним из способов решения этой проблемы является внедрение программ обучения управлению стрессом. Эти программы могут предоставить студентам необходимые инструменты и стратегии для управления стрессом и повышения устойчивости (Каменюкин, 2004).

Программа по снижению уровня стресса для студентов-медиков охватывает различные темы, связанные со стрессом и управлением им (Мельник, 2014). Эти темы включают в себя:

1. Понимание стресса. Студенты должны быть осведомлены о понятии стресса, его причинах и влиянии на разум и тело. Им также следует узнать о различных типах стресса, таких как острый стресс, хронический стресс и травматический стресс.

2. Выявление личных факторов стресса. Студентам следует предложить задуматься о своей жизни и определить факторы, вызывающие у них стресс. Это может включать академическое давление, личные отношения, финансовые проблемы и т. д.

3. Стратегии преодоления стресса. Студентов следует обучать различным стратегиям преодоления стрессовой ситуации, позволяющим эффективно справляться со стрессом и снижать его уровень влияния на человека. Они включают методы релаксации, навыки управления временем, навыки решения проблем и позитивное мышление (Бал, 2012).

4. Повышение устойчивости к стрессу. Стрессоустойчивость – это способность восстанавливаться после трудных ситуаций. Студентов следует учить тому, как повысить стрессоустойчивость, развивая позитивное мышление, практикуя заботу о себе и создавая поле поддержки.

5. Методы снижения стресса. Студентов следует познакомить с различными методами, которые могут помочь снизить уровень стресса, такими как медитация осознанности, физические упражнения и творческая деятельность.

6. Управление стрессом на рабочем месте. Студенты-медики должны быть осведомлены о высоком уровне стресса, с которым они могут столкнуться в своей будущей карьере, и о том, как эффективно с ним справляться. Это включает в себя изучение методов ухода за собой, установление границ и обращение за поддержкой, когда это необходимо.

Программа обучения управлению стрессом для студентов-медиков может проводиться в различных форматах, таких как мастер-классы, семинары (онлайн, оффлайн, смешанный формат обучения). Ниже приведены некоторые ключевые элементы, которые были включены в наши мероприятия:

1. Интерактивное обучение. Обучение должно быть интерактивным и увлекательным, с возможностью участвовать и задавать вопросы. Это помогает почувствовать им себя более вовлеченными и заинтересованными в программе.

2. Обучение на основе опыта. Студенты должны иметь возможность практиковать стратегии и методы преодоления трудностей, которые они изучают на тренинге. Это может помочь им глубже понять, как применять эти навыки в своей жизни.

3. Групповые занятия. Групповые занятия можно использовать для развития чувства общности и поддержки среди учащихся. Эти мероприятия также могут предоставить учащимся возможность учиться друг у друга и делиться своим опытом.

4. Ролевая игра. Ролевая игра может быть эффективным способом моделирования реальных ситуаций и позволить учащимся практиковать свои навыки преодоления трудностей в безопасной и контролируемой среде.

5. Обратная связь и оценка: важно собирать отзывы студентов на протяжении всей программы обучения, чтобы обеспечить ее эффективность.

Эффективность программ обучения управления стрессом для студентов-медиков можно оценить несколькими способами, в том числе:

1. Оценки до и после обучения. Студентам может быть проведено тестирование до и после обучения для определения показателей стрессоустойчивости.

2. Измерения самоотчета. Студентов также можно попросить самостоятельно сообщить об уровне стресса до и после программы обучения, чтобы определить, произошло ли снижение воспринимаемого ими уровня стресса.

3. Наблюдения. Можно наблюдать за студентами во время программы обучения, чтобы оценить их вовлеченность, участие и применение преподаваемых навыков и методов.

4. Последующие опросы. Последующие опросы могут быть проведены, чтобы определить, продолжают ли студенты использовать стратегии и методы преодоления трудностей, которые они изучили, в своей повседневной жизни.

Развитие стрессоустойчивости является важным фактором для успешной адаптации к профессиональной деятельности студентов (Лозгачева, 2004). Следовательно, необходимо проводить психологическую работу среди студентов по развитию их стрессоустойчивости, включая в себя теоретические занятия и практические упражнения. Разработанная методика может быть использована как инструмент для достижения данной цели и может быть применена как в рамках учебного процесса, так и во внеучебной деятельности студентов.

Эмпирическая работа проводилась на базе Медицинского института Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы. Опираясь на теоретический анализ проблемы стрессоустойчивости студентов, нами было проведено исследование, которое включало в себя:

1. Диагностику начального уровня стрессоустойчивости у студентов-медиков;

2. Комплекс тренинговых занятий со студентами экспериментальной группы;

3. Диагностику уровня стрессоустойчивости после занятий в экспериментальной группе и в контрольной.

В исследовании принимали участие студенты направления «Лечебное дело» и «Стоматология» в количестве 34 человек, 2 группы по 17 человек: экспериментальная и контрольная, в возрасте 19-24 года.

В качестве **методик** для исследования использовались: опросник «Актуальное состояние (АС)», опросник «Определение доминирующего состояния (ДС-6)» и тест самооценки стрессоустойчивости С. Кохена и Г. Виллиансона.

На констатирующем этапе выбранные методики были предложены студентам контрольной и экспериментальной групп. Полученные данные были обработаны с применением U-критерий Манна-Уитни для выявления значимых различий. Методики «Актуальное состояние (АС)», «Определение доминирующего состояния, ДС-6» и методика самооценки стрессоустойчивости С. Кохена и Г. Виллиансона не выявили значимых различий между контрольной и экспериментальной группами.

Опросник «Актуальное состояние» (АС). Предмет данной методики – актуальное психическое состояние, его важнейшие параметры, включая доминирующие чувства и общую оценку жизненных событий субъективного настоящего.

Ак – активация/деактивация

То – тонус высокий/низкий

Са – самочувствие физическое

Сп – спокойствие/тревога

Во – возбуждение эмоциональное

Результаты, полученные по данной методике, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели «Актуального состояния» в контрольной и экспериментальной группах студентов-медиков до проведения тренинговых мероприятий

Группа испытуемых	Ак	То	Са	Сп	Во
Контрольная группа	40	39	37	37	38
Экспериментальная группа	40	37	37	41	38
Уровень значимости	0,755	0,700	0,652	0,618	0,722

Определение доминирующего состояния ДС-6. Методика ДС представляет собой опросник с набором утверждений, описывающих признаки, которые характеризуют состояние, поведение, отношение человека к различным явлениям.

Ак – активное/пассивное отношение

То – тонус высокий/низкий

Сп – спокойствие/тревога

Ус – устойчивость эмоционального тона

Уд – удовлетворенность жизнью

По – положительный образ себя

Результаты, полученные по данной методике, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели «Доминирующего состояния» в контрольной и экспериментальной группах студентов-медиков до проведения тренинговых мероприятий

Группа испытуемых	Ак	То	Сп	Ус	Уд	По
Контрольная группа	45	40	47	43	46	39
Экспериментальная группа	47	44	49	46	48	44
Уровень значимости	0,747	0,698	0,786	0,652	0,729	0,613

Различия между контрольной и экспериментальной группами незначимы. Это говорит о том, что на констатирующем этапе исследования характеристики

доминирующего состояния студентов контрольной и экспериментальной группы также не отличаются.

Тест самооценки стрессоустойчивости (С. Коухен, Г. Виллиансон).

Методика предназначена для диагностики стрессоустойчивости личности.

Результаты, полученные по данной методике, представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Показатели самооценки стрессоустойчивости (по С. Коухену и Г. Виллиансону) в контрольной и экспериментальной группах студентов-медиков до проведения тренинговых мероприятий

Группа испытуемых	Показатель
Контрольная группа	23
Экспериментальная группа	19

Согласно результатам методики, результаты от 15 до 25 говорят о тревожном уровне самооценки стрессоустойчивости. Соответственно, обе группы студентов, и контрольная, и экспериментальная, попадают в данную категорию.

Таким образом, результаты, полученные в ходе выявления уровня стрессоустойчивости студентов-медиков, свидетельствуют, во-первых, об отсутствии различий между контрольной и экспериментальной группами в оценке своего актуального и доминирующего состояния и самооценки стрессоустойчивости, во-вторых, о необходимости проведения комплекса тренинговых занятий, направленного на повышение стрессоустойчивости.

На основании теоретического анализа проблемы стрессоустойчивости студентов-медиков и результатов диагностики стрессоустойчивости констатирующего этапа исследования был разработан и реализован комплекс тренинговых занятий, направленный на развитие стрессоустойчивости студентов-медиков.

Было проведено 10 встреч, продолжительностью 60-90 минут в течение 2,5 месяцев.

По завершении проведения комплекса тренинговых занятий студентам двух групп, и экспериментальной группы, и контрольной, было предложено повторно заполнить методики «Актуальное состояние (АС)», «Определение доминирующего состояния, ДС-6», и самооценки стрессоустойчивости С. Кохена и Г. Виллиансона. для выявления эффективности проведенных занятий на развитие стрессоустойчивости у студентов-медиков.

Данные были обработаны математически, с использованием U-критерий Манна-Уитни. Исследовав уровень стрессоустойчивости, получили эмпирические значения, которые попали в зону значимости.

Результаты, полученные при повторном проведении методики актуального состояния, представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Показатели «Актуального состояния» в контрольной и экспериментальной группах студентов-медиков после проведения тренинговых мероприятий

Группа испытуемых	Ак	То	Са	Сп	Во
Контрольная группа	41	39	38	35	34
Экспериментальная группа	44	46	45	45	44
Уровень значимости	0,638	0,035*	0,039*	0,041*	0,040*

Различия между контрольной и экспериментальной группами значимы на уровне $p < 0.05$. По шкале «Активация/деактивация» значимых различий не выявлено.

Как видно из таблицы 4, студенты из экспериментальной группы после прохождения комплекса тренинговых занятий демонстрируют более высокий уровень таких показателей актуального состояния, как тонус, физическое самочувствие, спокойствие и эмоциональное возбуждение. Таким образом, занятия способствовали улучшению их актуального состояния.

Сравнение результатов по данной методике представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Сравнение результатов «Актуального состояния» в контрольной и экспериментальной группах студентов-медиков после проведения тренинговых мероприятий

Показатели	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	Констат. этап	Контрол. этап	Уровень значим.	Констат. этап	Контрол. этап	Уровень значим.
Ак	40	41	0,644	40	44	0,655
То	39	39	0,621	37	46	0,046*
Са	37	38	0,678	37	45	0,040*
Сп	37	35	0,633	41	45	0,631
Во	38	34	0,598	38	44	0,039*

Различия между контрольной группой на констатирующем и контрольном этапах незначимы.

Различия между экспериментальной группой на констатирующем и контрольном этапах значимы на уровне $p < 0.05$. По шкалам «Активация/деактивация» и «Спокойствие/тревога» значимых различий не выявлено.

Как видно из таблицы 5, в контрольной группе не произошло значимых изменений по показателям методики АС. В экспериментальной группе после проведения комплекса занятий повысились показатели тонуса, физического самочувствия и эмоционального возбуждения. Вероятно, данные показатели повысились за счет выполняемых на тренинговых занятиях упражнений и игр, направленных на снятие напряжения и повышения уровня контроля над стрессовыми ситуациями.

Результаты, полученные при повторном проведении методики определения доминирующего состояния, представлены в таблице 6.

Различия между контрольной и экспериментальной группами значимы на уровне $p < 0.01$. По шкалам «Тонус высокий/низкий» и «Удовлетворенность жизнью» значимых различий не выявлено.

Таблица 6 – Показатели «Доминирующего состояния» в контрольной и экспериментальной группах студентов-медиков после проведения тренинговых мероприятий

Группа испытуемых	Ак	То	Сп	Ус	Уд	По
Контрольная группа	45	41	45	42	47	41
Экспериментальная группа	53	46	58	49	50	51
Уровень значимости	0,002**	0,532	0,005**	0,037*	0,643	0,007**

Как видно из таблицы 6, студенты из экспериментальной группы после прохождения комплекса тренинговых занятий демонстрируют более высокий уровень таких показателей доминирующего состояния, как активное отношение, спокойствие, устойчивость эмоционального тона и положительный образ жизни. Таким образом, занятия способствовали улучшению их доминирующего состояния.

Сравнение результатов по данной методике представлено в таблице 7.

Таблица 7 – Сравнение результатов «Доминирующего состояния» в контрольной и экспериментальной группах студентов-медиков после проведения тренинговых мероприятий

Показатели	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	Констат этап	Контроль этап	Уровень значим.	Констат этап	Контроль этап	Уровень значим.
Ак	45	45	0,666	47	53	0,004**
То	40	41	0,679	44	46	0,598
Сп	47	45	0,721	49	58	0,005**
Ус	43	42	0,653	46	49	0,612
Уд	46	47	0,697	48	50	0,683
По	39	41	0,731	44	51	0,004**

Различия между контрольной группой на констатирующем и контрольным этапах незначимы.

Различия между экспериментальной группой на констатирующем и контрольным этапах значимы на уровне $p < 0.01$. По шкалам «Тонус высокий/низкий», «Устойчивость эмоционального тона» и «Удовлетворенность жизнью» значимых различий не выявлено.

Как видно из таблицы 7, в контрольной группе не произошло значимых изменений по показателям методики ДС. В экспериментальной группе после проведения комплекса занятий повысились показатели активного отношения, спокойствия и положительного образа жизни. Вероятно, данные показатели улучшились за счет проводимых на тренинговых занятиях дискуссий, направленных на обсуждение явлений стресса, путей решения стрессовых ситуаций, а также снижения уровня стресса.

Результаты, полученные при повторном проведении теста самооценки стрессоустойчивости, представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Показатели самооценки стрессоустойчивости (по С.Коухену и Г. Виллиансону) в контрольной и экспериментальной группах студентов-медиков после проведения тренинговых мероприятий

Группа испытуемых	Показатель
Контрольная группа	23
Экспериментальная группа	14

На констатирующем этапе в экспериментальной группе значения были выше, а после проведения тренинговых мероприятий стали ниже. В рамках используемой методики принято считать, что чем ниже оценка, тем выше выраженность показателя. Это говорит о том, что у студентов экспериментальной группы повысилась самооценка стрессоустойчивости. Так же согласно результатам, показатели от 9 до 15 считаются средними (удовлетворительными) в то время, как при первом замере результаты были в пределах «тревожно».

Таким образом, можно сделать **вывод**, что проведение тренинговых занятий способствовало снижению уровня стресса и повышению самооценки стрессоустойчивости у студентов-медиков, что положительно сказывается на их психологическом благополучии и профессиональной деятельности.

Дальнейшие исследования могут быть направлены на изучение эффективности различных методов тренинга для снижения стресса и повышения стрессоустойчивости у студентов-медиков, а также на оценку долгосрочных результатов по итогу проведения тренинговых мероприятий.

Программы обучения управлению стрессом являются важным компонентом медицинского образования. Предоставляя студентам необходимые инструменты и стратегии для снижения уровня стресса, мы можем помочь им сохранить свое благополучие и эффективно учиться, сохраняя свои навыки и компетенции в будущей карьере.

На наш взгляд, данного рода практические занятия тренингового характера должны реализовываться в рамках учебных программ, чтобы помогать всем студентам управлять своим поведением и владеть собой в стрессовых жизненных ситуациях.

Как мы отмечали выше, повышенный уровень стресса ведет к снижению качества обучения и ухудшению здоровья студентов, а также может привести к психологическим проблемам. В связи с этим, разработка программ, направленных на развитие стрессоустойчивости у студентов, является актуальной задачей для психологов системы образования. А проведенное нами исследование и представленная программа является важным шагом в развитии психологической подготовки будущих медицинских работников.

Список литературы

1. Абабков, В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб: Речь, 2004. – 166 с.
2. Андреева, А.А. Стрессоустойчивость студентов и их отношение к учебной деятельности. – Тамбов: Изд-во ТГУ, 2010. – 167 с.

3. Бал, В. Усиливаем стрессоустойчивость. Как успешно нейтрализовать негативный стресс. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 99 с.
4. Каменюкин, А.Г. Антистресс-тренинг. – СПб.: Питер, 2004. – 192с.
5. Куликов Л. В. Психология настроения. СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 1997. – 228 с.
6. Ли, К.Х. Социально-психологические технологии формирования стрессоустойчивости человека Вуза. – М., 2005. – 26 с.
7. Лозгачева, О.В. Формирование стрессоустойчивости на этапе профессионализации. – Екатеринбург, 2004. – 189 с.
8. Мельник Ш. Стрессоустойчивость: как сохранять спокойствие и высокую эффективность в любых ситуациях. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014. – 239 с.
9. Рубальская, Е.А. Взаимосвязь самоотношения и стрессоустойчивости будущих специалистов. – М.: Сергиев Посад, 2015. – 200 с.
10. Селье Г. Когда стресс не приносит горя (Стресс без дистресса). – М.: «Ренар», 1992. – 192 стр.
11. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2007. – 256 с.

3.3. Доминирующие мотивы учебной деятельности у студентов психологов

Аннотация. Вопрос профессиональной мотивации имеет особое и одно из важных значений. Именно в проблеме мотивации мы можем понять, где и как человек взаимодействует с обществом, социализируется в нем, в какой момент образовательный процесс начинает приобретать приоритетное значение для человека и т.д. На сегодняшний день подготовка студентов к их профессиональной деятельности не всегда основывается на получении знаний, навыков и умений будущей профессии, а чаще всего на получении хороших оценок и успешной сдачи сессии. В большинстве случаев учебная деятельность приобрела для студентов формальный характер. Как правило, студентов

отчисляются на первом курсе. И возможно это правильно, так как если студент не справляется и не понимает сразу с чем ему придется столкнуться в профессии, то тратить время попусту не стоит. Студентам-психологам, которые будут помогать людям в «настройке» психического состояния, необходимы глубокие знания в профессиональной деятельности, а не поверхностные. Поэтому в рамках данной работы мы рассматриваем и изучаем доминирующие мотивы учебной деятельности студентов-психологов.

Ключевые слова: мотивы, мотивация, учебная деятельность, студенты-психологи, обучение.

Студенчество является особым и одним из важных периодов жизни для каждого студента. Благодаря Б.Г. Ананьеву и его психологической школе, существует постановка самой проблемы студенчества, как особой возрастной, а также социально-психологической категории.

Можно заметить, что на сегодняшний день не все студенты в рамках учебного процесса самостоятельно используют дополнительную литературу в качестве подготовки к занятиям. Им сложнее стало ставить перед собой правильные учебные цели и задачи. Как нам известно, для этого требуется проявление большей самостоятельности и умения правильно выбирать приоритеты при организации и распределении рабочего времени.

Изучение вопроса профессионально-ориентированной мотивации у студентов-психологов дает возможность нам не только решать задачи о повышении эффективности учебной деятельности, но и позволяет правильно воспроизводить сам процесс обучения и планирование дальнейшей профессиональной карьеры студентов.

Целью настоящего исследования является выявление доминирующих мотивов учебной деятельности у студентов-психологов.

Для достижения поставленной цели был изучен теоретический материал отечественных и зарубежных источников по вопросам мотивов учебной деятельности студентов; выделены основные психологические факторы,

определяющие мотивы учебной деятельности у студентов; проведено эмпирическое исследование и выявлены соотношения между ведущими мотивами учебной деятельности и этапами учебной деятельности у студентов-психологов.

Существует множество подходов и методов изучения проблемы мотивации, где рассматриваются сущность, природа и структура самого мотива (М. Аргайл, К. Левин, З. Фрейд, Л.И. Божович, С.Л. Рубинштейн и др.). Следует отметить, мотивация студентов к обучению кардинально отличается от мотивации школьников и может изменяться на протяжении всего учебного процесса в вузе. В переходный период, период кризиса развития, возникают другие мотивации, другие ценностные ориентации, другие потребности и интересы и уже на этой основе преобразуются черты личности, весьма отличающиеся от предыдущего периода ее развития.

А.А. Вербицкий, А.А. Реан, М.В. Делеу и другими учёными было доказано, что мотивация является важным условием для успешного обучения. Под мотивацией понимаются процессы, методы и средства, стимулирующие студентов к обучению, овладению учебным материалом. Сюда мы можем отнести эмоции и желания, интересы и потребности, идеалы и установки, то есть все, что стимулирует человека к определённому поведению, к достижению конкретного результата. Поэтому мотивация представляет собой сложную систему, в которой происходит целый набор процессов, связанных с выбором и принятием решения, а также его анализом и оценкой правильности (Асеев, 1994).

Шопенгауэр впервые использовал термин «мотивация» в своей статье под названием «Четыре принципа разумного разума» (1900-1910). С этого времени этим термином в психологии обозначают причины человеческой деятельности и действий животных.

Рассмотрим этапы, которые проходит личностная мотивация каждого человека.

Первый этап – это появление спроса. Возникает потребность в чем-то, она часто проявляется в ощущении человеком нехватки, отсутствия чего-то

значимого. Эта потребность начинает заставлять личность искать возможности, предпринимать какие-либо действия для ее устранения.

Второй этап – поиск путей для удовлетворения этой потребности. Чтобы устранить возникшую потребность, человек начинает искать возможности, средства для ее удовлетворения, подавления или пренебрежения.

Третий этап – определение результата действия. Здесь человек решает, что и как ему следует делать, какой цели добиваться, чтобы удовлетворить потребность. Здесь можно выделить четыре важных, связанных между собой вопроса: что мне надо получить, чтобы устранить потребность; что мне нужно для этого сделать; в какой степени я могу достичь желаемого; насколько то, что я получу, устранит мою потребность?

Четвертый этап – это осуществление действия. На этом этапе человек совершает действия, которые должны, наконец, дать ему возможность получить то, что нужно для удовлетворения потребности. Именно на этом этапе можно вносить корректировки в цели.

Пятый этап – вознаграждение за результат действия. Выполнив действие, человек либо устраняет свои потребности, либо может использовать его для обмена на желаемое. На этом этапе человек осознает, привело ли выполнение действия к нужному результату. В соответствии с этим либо ослабляют, либо сохраняют, либо усиливают мотивацию к действию.

Шестой этап – это устранение спроса. Исходя из уровня снятия стресса от наличия потребности, и понимания того, к чему ведёт устранение потребности, это усиливает или ослабляет мотивацию к обучению, студент может не производить никаких действий до возникновения новых потребностей или продолжать совершать какие-либо действия для их устранения.

На сегодняшний день в психологии отсутствует единое определение термину «мотивация». Одни авторы под мотивацией понимают совокупность определяющих поведение факторов (К. Мэдсен, Дж. Годфруа), другие ею обозначают набор мотивов (К.К. Платонов), третьи считают её стимулом,

который побуждает человека к совершению действия и обозначает направление к результату.

Отметим, что мотивация является важной составляющей частью учебной деятельности, одним из факторов эффективности учебного процесса (Орлов, 2018).

На сегодняшний момент принято выделять внутреннюю и внешнюю мотивацию в образовательной деятельности. Но если рассматривать ее с позиции личности как субъекта этой деятельности, она будет связана только с внутренней особенностью учащегося.

Деятельность в психологии, является понимаем взаимодействия именно активного человека и среды, где человек ставит себе определенные цели, сознательно идет к ним и достигает их тогда, когда у него появляется либо определяется потребность и мотив. Игра, общение, учение и труд – это виды мотивов, которые обеспечивают человеку существование и формируют его как личность (Божович, 1972).

Образовательная деятельность нацелена только на приобретение знаний, что ограничивает ее сферу воздействия на личность. Здесь возникает вопрос, что делать, если студенту не нужны эти знания и предлагаемое образование. Можно обнаружить, что цель может оставаться желаемой, если будет способствовать получению результата. Например, учащийся стремится получать знания и выполняет определенные действия не потому, что ему нравится учиться, а потому что он хочет получить хорошую, высокооплачиваемую профессию (Брюнин, 2014).

В учебной деятельности у студентов-психологов объединяются потребности, как было выявлено, не только мышление, восприятие, память, воображение, внимание, но и мотивы, воля, потребности и эмоции.

У студентов учебная деятельность является ведущей деятельностью, то есть имеется в виду, что в ходе действия данной учебной деятельности происходит формирование личностных свойств, главных психических процессов; у студентов-психологов появляются новообразования, которые будут

соответствовать не только возрасту, но и внутреннему плану действий, произвольности, самоконтролю, рефлексии и тд.

Рассмотрение студента с этих точек зрения позволяет определить его качества и способности, возрастные и личностные особенности.

Для среднего возраста (18-20 лет) студентов-первокурсников характерно формирование характера, активно развивается комплекс нравственных и эстетических чувств, происходит «примеривание» на себя различных социальных ролей: гражданской, профессиональной, трудовой и др. Однако часто присутствует стремление к необоснованному риску, невозможность предвидения последствий своих действий, в том числе нарушающих нормы этики и культуры. Поэтому В.Т. Лисовский отмечает, что возраст 19-20 лет является временем самоотверженных действий, полного погружения в деятельность.

Когда молодой человек становится студентом, повышается его уверенность в себе и свои способности, и это является предвестником яркой, интересной и наполненной жизни. Однако на втором и третьем курсах студенты часто начинают задавать себе вопросы, правильно ли они выбрали вуз, специальность, свою будущую профессию? К концу третьего курса, как правило, студент приходит к окончательному ответу на эти вопросы. К сожалению, часто может быть принято решение сменить свою сферу деятельности.

Одним из важных компонентов анализа сферы мотивации у студентов психологов к учебной деятельности, является само отношение студентов к этой деятельности. А.К. Маркова определила три типа отношения студентов к учебной деятельности: отрицательное, нейтральное, положительное.

Эмпирическая работа проводилась на базе кафедры психологии и педагогики филологического факультета Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы. В выборку вошли 86 студентов-психологов возрастом 18 – 22 лет. Данная группа студентов была разделена на две подгруппы – 43 студента первого и второго курса и 43 студента третьего и четвертого курса). Для исследования были выбраны две методики:

1. Методика изучения мотивов учебной деятельности студентов (модифицированная А.А. Реаном, В.А. Якуниным).

2. Методика изучения мотивации обучения в вузе Т.И. Ильиной.

Обратимся к результатам исследования.

В рамках методики изучения мотивов учебной деятельности студентов (модифицированная А.А. Реаном, В.А. Якуниным) всем студентам – испытуемым был дан список, состоящий из шестнадцати мотивов. Каждому испытуемому нужно было выбрать пять наиболее подходящих и значимых для него мотивов.

Ниже на рисунке 1 мы видим результаты, полученные в группе студентов первого и второго курсов по определению преобладания тех или иных мотивов учебной деятельности.

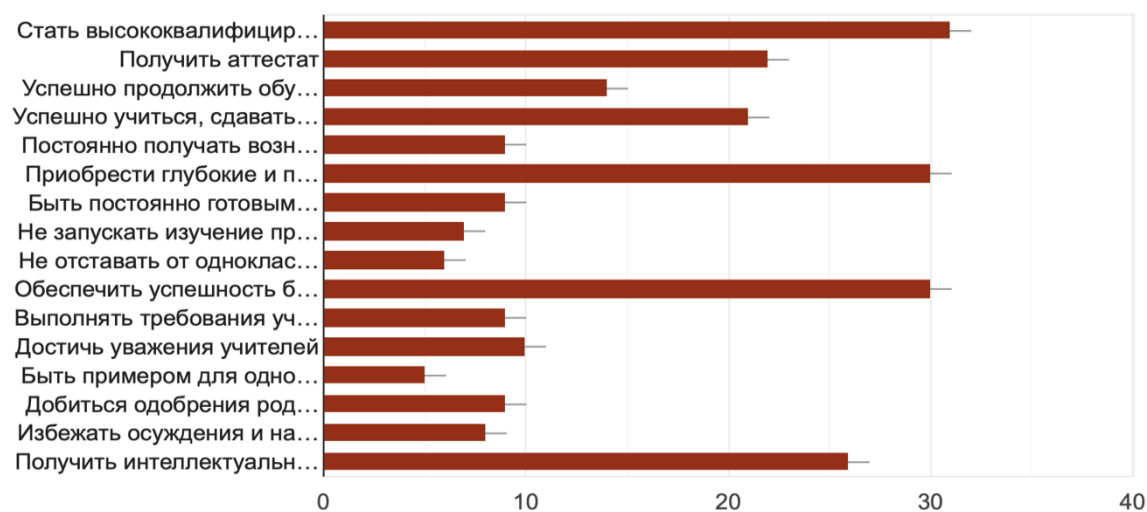


Рисунок 1 – Ранжирование мотивов учебной деятельности студентов-психологов первых и вторых курсов

Как мы видим чаще всего студенты выбирали такие мотивы как: стать высококвалифицированным специалистом; приобрести глубокие и прочные

знания; обеспечить успешность будущей профессиональной деятельности и получить интеллектуальное удовлетворение.

Здесь мы можем говорить о том, что студенты-психологи, которые только что поступили в Университет и имеют опыт обучения буквально один год относятся к образованию, как к способу достижения благополучия в будущем. Такое осознанное обучение позволяет достичь студентам мастерства в профессиональной деятельности. Знания, которые приобретают студенты-психологи в рамках обучения, способствуют формированию их правильного мировосприятия, коррекции поведения в социуме и рефлексии.

Можно предположить, что социально ориентированные мотивы выбирали студенты на начальном этапе обучения, ввиду недостатка должных психологических знаний, т.к. они только «входят» в учебный процесс.

Согласно результатам рисунка 2 мы видим полученные показатели в группе студентов третьего и четвертого курсов по преобладанию тех или иных мотивов учебной деятельности.

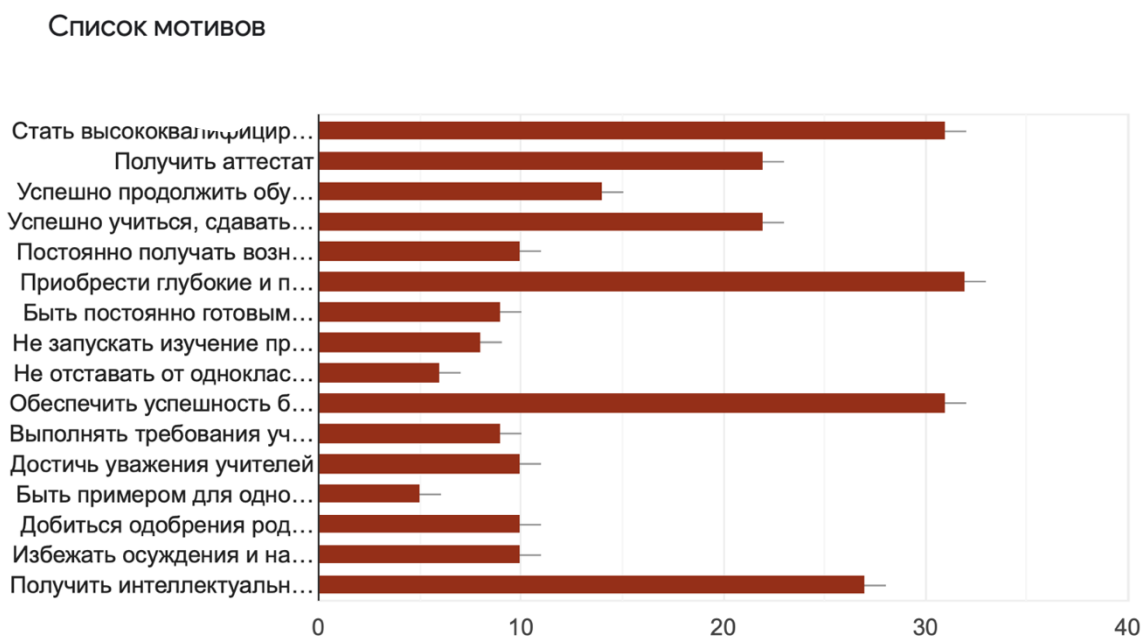


Рисунок 2 – Ранжирование мотивов учебной деятельности студентов-психологов третьего и четвертого курсов

Исходя из представленных результатов, мы видим четыре доминирующих мотива у студентов-психологов старших курсов, а именно: стать высококвалифицированным специалистом; приобрести глубокие и прочные знания; обеспечить успешность будущей профессиональной деятельности; получить интеллектуальное удовлетворение.

Возможно, данный результат был получен ввиду того, что студенты-психологи старших курсов не просто нацелены на приобретение знаний в области психологии, но и нацелены на проработку собственного восприятия в рамках учебного процесса. Ввиду этого мотивами к образованию стали осознанные цели и собственные желания. Важно так же отметить, что внешних социальных мотивов, то есть мотивов навязанных кем-то, у студентов-психологов старших курсов не наблюдается. Это можно связать с тем, что многие студенты уже сталкиваются с трудовой деятельностью. А именно, в период обучения на старших курсах многие студенты уже имеют опыт официального трудоустройства и самостоятельной финансовой жизнедеятельности. Данный опыт закаляет характер студентов, ведь находить общий язык с коллегами не всегда легко, а заслужить уважение еще тяжелее, тем более у начальства, поэтому студенты старших курсов более закалены по отношению к общественному мнению.

Несмотря на разные причины доминирования данных мотивов у студентов младших и старших курсов обучения, факт того, что ведущие мотивы одинаковые, остается фактом.

Можем сделать вывод, что мотивы к обучению, с которыми поступает студент в Университет, остаются неизменными вплоть до выпуска, и могут являться своеобразной установкой, которая программирует мозг человека на определенные действия с момента начала обучения в вузе.

Согласно методике изучения мотивации обучения в вузе (по Т.И. Ильиной) студентам – испытуемым предоставлялся список из сорока шести утверждений и четырех открытых вопросов. Задача испытуемых согласиться «+»

или не согласится «-» с утверждениями, то есть показать относится ли это к респонденту или нет.

Обработка и интерпретация результатов проходила по трем шкалам:

1. Шкала «Приобретение знаний»,
2. Шкала «Овладение профессией»,
3. Шкала «Получение диплома».

По каждой шкале определяется максимальное количество баллов, которое может набрать испытуемый. В нашем случае результаты были усреднены.

Как видим из таблицы 1 приобретение знаний у студентов психологов начальных курсов стоит на первом месте среди мотивов получения образования, что несомненно является показателем зрелой личности. так же можем говорить об осознанном образовании и здоровом взгляде на мир, желании развиваться и работать с пониманием целей и выбором вектора деятельности.

Таблица 1 – Средние показатели мотивов обучения в вузе студентов-психологов первых и вторых курсов (по Т.И. Ильиной)

Сумма баллов среди групп испытуемых	Шкалы		
	Приобретение знаний	Овладение профессией	Получение диплома
	354,5	223	197,5

Также из таблицы 1 можно узнать, что овладение профессией меньше интересует наших респондентов, но тем не менее для большинства из них это так же является резонансом для получения образования. Можно предположить, что мотив «овладение профессией» является одной из целей, к которой может привести ранее описанный мотив. Ведь без умения должных знаний мы не сможем в полной мере добиться мастерства в выбранной профессии и достичь в рамках профессии, повторимся, желаемых результатов.

Отметим, что возможной причиной спада результатов на мотиве «овладение профессией» может являться то, что студенты не имеют цели работать в дальнейшем по профессии «психолог» или связывать жизнь с данным

направление. Психология – наука, дающая не только важные профессиональные знания, но также в рамках обучения на данной специальности можно обрести массу жизненно-важных навыков и умений. Знания, полученные из области психологии пригодятся в любой другой профессии, будь то педагог, врач, спортсмен, работник отдела кадров и т.д. В деятельности психолога специалиста важно также понимать, как ты можешь помочь самому себе. Например: найти эмоциональное равновесие в стрессовой ситуации; справиться со вспышкой гнева; знать к какому специалисту обратиться (психолог, психиатр, психотерапевт и т.д.); понимание психологии человека; знать, как не навредить людям советами, просьбами и т.д.

Этот список можно продолжать бесконечно, но главное, что мы можем вынести это то, что психология «живет» в каждой сфере нашей жизни.

Обратим внимание на шкалу «получение диплома». В данном случае мы видим, что для студентов младших курсов «пустое» получение диплома не является главным мотивом к обучению. Конечно, мы не можем утверждать, что студенты-психологи готовы отказаться от диплома, но мы смело делаем вывод, исходя из полученных данных, что мотив «получение диплома» не является причиной поступления в ВУЗ и дальнейшего обучения в нем. Возможно, для студентов начальных курсов диплом не воспринимается как обязательный и серьезный документ.

Таблица 2 – Средние показатели мотивов обучения в вузе студентов-психологов третьих и четвертых курсов (по Т.И. Ильиной)

Сумма баллов среди групп испытуемых	Шкалы		
	Приобретение знаний	Овладение профессией	Получение диплома
	402,7	395,6	232,4

Как мы видим из таблицы 2 у студентов старших курсов показатели всех трех шкал имеют значение выше среднего, в отличие от студентов младших курсов.

То есть в данном случае мы имеем небольшие изменения в мотивах к обучению среди старшекурсников. Это может быть связано с осознанием количества потраченного времени, энергии, материальных средств на образование, что привело к пониманию важности получения диплома или восприятию его как трофея, финальной точки, являющейся доказательством собственной компетенции и напоминанием о труде, вложенном в обучение.

Показатели шкалы «овладение профессией» у студентов третьих и четвертых курсов выше, нежели у студентов младших курсов, что может быть связано с повышенной ориентацией на работу. С возрастом возрастает чувство ответственности за свою жизнь, а также усиливается желание быть независимым, поэтому студентов старших курсов все меньше интересует обучение ради обучения, а данный стимул меняется на «обучение ради достижения целей».

Можем предположить, что многие студенты третьих и четвертых курсов, если изначально не рассматривали психологию как свою будущую профессию, со временем нашли себя именно в ней, поэтому возросло желание получить больше теоретических и практических знаний, дабы в будущем закрепиться в этой профессии.

В результате изучения и анализа теоретического материала и исследований по вопросу доминирующей мотивации у студентов-психологов, можно сделать вывод, что мотивационная сфера человека, в особенности у студентов, очень неоднородна и сложна.

В настоящее время, в психологии еще не пришли к единому мнению какова же суть мотива. В ходе изучения этого вопроса, были названы, в качестве мотива, самые различные психические феномены, к примеру: чувства, идеи, переживания (Л.И. Божович); потребности, побуждения, влечения и склонности (Х. Хекхаузен); желания, мысли, привычки (П.А. Рудик); помыслы и установки

(Г.А. Ковалев), психические процессы, свойства личности, характер и состояния личности (К.К. Платонов), предметы внешнего мира (А.Н. Леонтьев); побуждения, благодаря которым появляется целенаправленный характер определенных действий (В.С. Мерлин); соображения, по которым человек должен действовать (Ж. Годфруа).

Мотивация человека зачастую связана с личностными характеристиками. Многие наши результаты деятельности зависят от нашей уверенности, ответственности, общительности и т.д.

Мотивация учебной деятельности имеет важное значение для профессиональной характеристики личности. Эта мотивация служит одновременно и показателем, и критерием качества профессионального развития будущих специалистов в своей области. Мотивация выступает как процесс, который направляет, регулирует и активизирует действия студента в учении. В случае изменения мотива учения у студента полностью перестраивается смысл его учебной деятельности.

Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод, что получение диплома для студентов старших курсов играет более значимую роль, чем у студентов-психологов младших курсов. При этом доминирующие мотивы в учебной деятельности у студентов старших и младших курсов, остаются одинаковыми. Студенты-психологи осознанно подходят к обучению и ставят цели, основанные на собственных потребностях и убеждениях, а также в процессе получения образования формируют и укрепляют свою личность. В свою очередь осознанное обучение позволяет достичь мастерства в профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Асеев В.Г. Проблема мотивации и личности // Теоретические проблемы психологии личности. – М., 1994. - С.122.

2. Божович Л.И. Изучение мотивации поведения детей и подростков / Под ред. Л.И.Божович и Л.В.Благонадежной. – М., 1972. – электронный ресурс сайта http://www.koob.ru/age_psychology/.

3. Брюнин, А.В. Профессиональная мотивация учащейся молодежи [Текст] / Вестник Краснодарского университета МВД России № 4 (26), 2014.

4. Орлов Ю.М. Потребностно-мотивационные факторы эффективности учебной деятельности студентов ВУЗа: Автореф. ...д-ра психол. н. - М.,2018. – электронный ресурс сайта http://www.koob.ru/age_psychology/.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Баннова Ирина Михайловна – студент факультета клинической психологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Басацкая Влада Александровна – студент факультета социальной работы и клинической психологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск.

Беткер Алиса Сергеевна – студент, специальность «Юриспруденция», ФГБОУ ВО «Югорский государственный университет», Ханты-Мансийск.

Беткер Людмила Михайловна – к.психол.н., доцент, кафедра педагогики, психологии и управления образованием АУ «Институт развития образования», Ханты-Мансийск.

Бурина Екатерина Александровна – к.психол.н., преподаватель кафедры медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ, Санкт-Петербург.

Буханова Ульяна Николаевна – старший преподаватель кафедры фармацевтической технологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Вьюшкова Светлана Сергеевна – к.психол.н., доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии ГАОУ ВО ЛО ЛГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург.

Капитанаки Вероника Евгеньевна – к.психол.н., старший преподаватель кафедры психофизиологии и клинической психологии ГАОУ ВО ЛО ЛГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург.

Карашук Любовь Николаевна – старший преподаватель кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Копаница Мария Андреевна – старший преподаватель кафедры фармацевтической химии и фармакогнозии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Котлярова Марина Николаевна – к.психол.н., доцент, доцент кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Лазюк Ирина Викторовна – старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск.

Леонова Татьяна Игоревна – клинический психолог, старший лаборант кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Лесин Александр Михайлович – к.психол.н., доцент кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Лифанова Полина Александровна – студент факультета психологии ГАОУ ВО ЛО ЛГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург.

Матвеева Ирина Александровна – старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск.

Мошквивская Валентина Анатольевна – к.психол.н., медицинский психолог Городского перинатального центра №1, Санкт-Петербург.

Поветко Мария Ивановна – ассистент кафедры фармацевтической технологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Пономаренко Ирина Владимировна – старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск.

Тюко Татьяна Геннадьевна – студент факультета психологии ГАОУ ВО ЛО ЛГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург.

Чуканов Даниил Владимирович – студент факультета клинической психологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Яковлева Наталья Валентиновна – к.психол.н., доцент, заведующая кафедрой общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Жолудова Алла Николаевна – к.пед.н., доцент кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Полякова Олеся Витальевна – к.пед.н., доцент кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Черных Иван Владимирович – д.биол.н., доцент, заведующий кафедрой фармацевтической химии и фармакогнозии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань.

Джафарова Тамара Джамаладдин кызы – магистр 2 курса, кафедра психологии и педагогики ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, Москва.

Рушина Марина Александровна – к.психол.н., доцент кафедры психологии и педагогики ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, Москва.

Яковлева Валерия Евгеньевна – магистр 2 курса, кафедра психологии и педагогики ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, Москва.

Научное издание

ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ

Коллективная монография

Подписано в печать 21.10.2024. Дата выхода в свет 20.11.2024.

Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 10,04. Уч.-изд. л. 7,01.

Бумага ксероксная. Печать ризографическая. Тираж 500 экз.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9

Отпечатано в типографии Book Jet
390005, г. Рязань, ул. Пушкина, д. 18
Сайт: <http://bookjet.ru> e-mail: info@bookjet.ru
Тел.: +7(4912) 466-151