Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Факультет психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК
Руководитель ООП
канд. психол. наук, доцент
_____ Т.Е. Левицкая
подпись
«19» января 2023 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА СПЕЦИАЛИСТА
(ДИПЛОМНАЯ РАБОТА)

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СПЕЦИАЛИСТОВ IT-СФЕРЫ В КОНТЕКСТЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

по специальности 37.05.01 Клиническая психология
специализация «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»

Либерт Ангелина Юрьевна

Руководитель ВКР
канд. психол. наук, доцент
_____ Н.А. Тренькаева
подпись
«18» января 2023 г.

Автор работы
студент группы № 20703
_____ А.Ю. Либерт
подпись
«18» января 2023 г.

Томск – 2023

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ 3

Глава 1 Теоретические аспекты изучения психосоматического здоровья и качества жизни 7

1.1 Психосоматическое здоровье 7

1.1.1 Определение понятия психосоматическое здоровье 7

1.1.2 Критерии и компоненты психосоматического здоровья 15

1.1.3 Роль психосоматического здоровья в патогенезе соматических заболеваний 20

1.2 Качество жизни 22

1.2.1 Определение понятия качество жизни 22

1.2.2 Разработанность вопроса психосоматического здоровья специалистов IT-сферы в контексте качества жизни 25

Выводы по 1 главе 30

Глава 2 Эмпирическое исследование психосоматического здоровья в контексте качества жизни специалистов IT-сферы 32

2.1 Организация и методы эмпирического исследования 32

2.2 Результаты эмпирического исследования 38

2.3 Статистический анализ результатов эмпирического исследования 46

Выводы по главе 2 55

Заключение 57

Список использованной литературы 60

Приложение А 67

Приложение Б 69

Приложение В 74

Приложение Г 76

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В последнее время все чаще говорится о том, что технический прогресс имеет психопатологические последствия, способствуя развитию и хронификации психических заболеваний, особенно заболеваний невротического плана, а также их соматизации.

Однако до настоящего времени не проводилось детального анализа того, как именно развитие информационных технологий в профессиональной сфере связано с соматическими заболеваниями и о каких психологических последствиях может идти речь.

Важным фактом являет то, что информационное общество представляет собой не просто совокупность новых технологических средств, расширяющих возможности человека. Оно создает совершенно особую среду существования и развития индивида, трансформируя психические функции, способы коммуникации, формы и модели идентификации межличностных отношений. Для клинической психологии это оборачивается трансформацией традиционного соотношения норма/патология, возникновением новых типов психических нарушений и патоморфозом давно описанных.

Информационные технологии выступают мощным провокатором психофизиологического возбуждения, что само по себе выступает фактором риска развития нарушений психического здоровья так и фактором хронификации уже имеющихся соматических заболеваний.

Проблемы изучения психического здоровья поднималась еще в работах Г. Селье, Р. Розенман, М. Фридман, Р. Лазаруса. Ими было показано, что стресс на рабочем месте и монотонность работы приводят к возрастанию психического и эмоционального напряжения, проявляющихся в виде чувства тревоги, депрессии, психосоматических и соматических расстройств. Особое значение данный вопрос принимает в IT-сфере, так как специфика работы специалистов данной сферы напрямую связана с вышеописанными факторами.

В связи с этим особую актуальность приобретает проблема характера взаимосвязи психосоматического здоровья и качества жизни в информационной сфере.

Несмотря на достаточно высокий интерес к изучению вышеописанной проблемы вопрос о характере взаимосвязи психосоматического здоровья и качества жизни IT-специалистов остается недостаточно изученным, а результаты имеющихся исследований противоречивы.

В связи с этим была выбрана **тема данной работы** – «Психосоматическое здоровье специалистов IT-сферы в контексте качества жизни».

Цель исследования – изучение взаимосвязи компонентов психосоматического здоровья и качества жизни специалистов IT-сферы.

Объект исследования – психосоматическое здоровье специалистов IT-сферы.

Предмет исследования – взаимосвязь компонентов психосоматического здоровья и качества жизни специалистов IT-сферы.

В соответствии с целью работы были сформулированы следующие **задачи:**

1. Провести теоретический анализ и рассмотреть понятие психосоматического здоровья, его компонентов и критериев в зарубежной и отечественной научной литературе.

2. Провести теоретический анализ и рассмотреть разработанность вопроса взаимосвязи компонентов психосоматического здоровья и качества жизни специалистов IT-сферы.

3. Провести эмпирическое исследование характера взаимосвязи компонентов психосоматического здоровья и качества жизни специалистов IT-сферы.

4. Написать заключение на основании проведенного исследования и его результатов

В качестве **гипотез исследования** были выдвинуты предположения о том, что:

– существует взаимосвязь между субъективно-оценочным компонентом качества жизни и психосоматическим здоровьем специалистов IT-сферы.

– существует корреляционная связь между интегральным показателем психосоматического здоровья и интегральным показателем качества жизни специалистов IT-сферы.

Теоретико-методологические основы исследования.

Методологическим основанием исследования является концепция 3-мерной модели здоровья В. П. Куликова, многоуровневая модель психического здоровья Б. С. Братуся, модель психологических следствий технического прогресса (Е. И. Рассказов, В. А. Емелин, А. Ш. Тхостов).

Также в основу методологии легли работы, посвященные компонентам и уровням психического здоровья авторами которых являются И. В. Дубровина, М. М. Решетников, В. Я. Семке и С. С. Громбах.

Выборка исследования. В исследовании приняло участие 70 респондентов в возрасте от 20 до 34 лет. Из них 34 респондента женщины и 36 мужчины.

Исследование было проведено на базе IT-компаний (Студия T, Smart world, Umbrella It, Айко +)

Методы исследования:

1. Теоретические: анализ, обобщение, систематизация научно-исследовательской литературы по проблеме исследования.

2. Эмпирические: тестирование, анкетирование.

3.Методы статистического анализа и интерпретации эмпирических данных.

Методики исследования:

1.Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB).

2. Опросник «Оценка качества жизни» SF-36(Health Status Survey)

3. Методика «Диагностика доминирующего состояния» Л. В. Куликова

4. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Научная новизна состоит в исследовании характера взаимосвязи компонентов психосоматического здоровья специалистов IT-сферы в контексте качества жизни, что ранее не изучалось.

Практическая значимость исследования состоит в возможности использовать результаты данной работы для дальнейшего изучения весьма актуальной для современного общества сферы – информационной и проблематики психосоматического здоровья, особенно в контексте качества жизни. Теоретические и практические результаты могут выступать основанием для разработки психопрофилактических и психогигиенических программ, направленных на повышение уровня психосоматического здоровья, качества жизни и стабильности психоэмоциональной сферы специалистов IT-сферы.

Структура работы.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложений; описывается проблематика психосоматического здоровья, его компоненты, роль психического здоровья в патогенезе соматических заболеваний и их соотношение на основе зарубежных и отечественных исследований; освещается разработанность вопроса психосоматического здоровья в контексте качества жизни.

Во второй главе приведены методики, использованные в исследовании, их описание, а также непосредственно проанализированы результаты эмпирического исследования.

Выпускная квалификационная работа расположена на 77 страницах, состоит из оглавления, введения, двух глав, заключения, содержит 7 таблиц, список литературы включает 63 источника и 4 приложения.

Глава 1 Теоретические аспекты изучения психосоматического здоровья и качества жизни

1.1 Психосоматическое здоровье

1.1.1 Определение понятия психосоматическое здоровье

Современный этап развития общества характеризуется повышенным вниманием к человеку, как сложной многоуровневой системе, включающей биологический, психологический и социальный уровни. Здесь особое внимание уделяется проблеме здоровья и его сохранения, как биологического, так и психического.

Психология здоровья – новое направление в отечественной психологии, определяющее приоритеты научных интересов, связи со смежными областями научного знания. Центральная проблема психологии здоровья — сохранение и укрепление здоровья с опорой на психологическую составляющую, когда само здоровье делается подлинным условием для совершенного раскрытия человеческих потенциалов, самосовершенствования, саморазвития, самоактуализации, а также самопознания.

Актуальность проблемы психического здоровья подчеркивается достаточно большим количеством зарубежных и отечественных исследований, рассматривающей компоненты психического здоровья и его факторы.

Однако долгое время во всем мире на первый план ставилось лишь здоровье биологическое, физическое. Проводилось множество исследований для того, чтобы показать, какие факторы могут повлиять на изменение физического состояния организма. И лишь в последние десятилетия мировому научному сообществу удалось доказать важность не только физического здоровья, но и психологического.

В то время как понятие психосоматическое здоровье используется в научной отечественной литературы относительно недавно и не имеет на данном этапе развития науки точного определения. В связи с этим в нашей работе

психосоматическое здоровье будет рассматриваться как показатель соотношения психического и соматического здоровья.

Прежде чем обратиться к понятию психосоматического здоровья, целесообразно, в-первую очередь, обратиться к определению понятия здоровья в целом.

Изучением здоровья занимались ещё с древних времён (Цицерон, Платон, Гиппократ). Самое раннее определение здоровья дал Алкмеон: «Здоровье есть гармония противоположно направленных сил» [15].

Несмотря на столь длительную историю, данное понятие по-прежнему представляет особый исследовательский интерес. Данный интерес связан с его сложностью и многоаспектностью.

Так в современной науке понятие «здоровье» до сих пор не имеет общепринятого определения. Рассмотрим некоторые из них [15]:

1. Состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней (ВОЗ).

2. Гармоническое единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными явлениями, которые и определяют, в конечном счете, состояние человека (Ю. П. Лисицын).

3. Оптимальное состояние организма, обеспечивающее реализацию генетических программ безусловно рефлекторной, инстинктивной, генеративной функций и умственной деятельности, реализующей фенотипическое поведение, направленное на социальную и культурную сферы (Г. А. Кураев).

Исходя из вышесказанного, можно отметить, что здоровье понятие междисциплинарное и изучено оно, может быть, только на основании комплексного подхода.

В науке, частности психологии изучению проблемы здоровья посвящено много исследований, которые направлены на сущность и характеристики

данного понятия (В. И. Лебедев, Г. С. Никифоров, Г. К. Ушаков, А. Маслоу, Г. Олпорт и др.). Но термин «психическое здоровье» трактуется в медицине, философии и психологии далеко не однозначно.

Даже ВОЗ представляет два определения психического здоровья:

1. Состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

2. Состояние, способствующее наиболее полному физическому, умственному и эмоциональному развитию человека.

Стоит отметить, что определения ВОЗ отражают больше психологические критерии здоровья, нежели медицинские.

Первоначально в медицинской или психиатрической модели психическое здоровье рассматривалось с двух точек зрения:

1. Как некая мера вероятности развития болезни в рамках медицинской модели [16]

2. Как отсутствие психического заболевания [25] [28].

Главным критерием в данных подходах является понятие «нормы». Соответственно данные определения можно назвать «негативными».

В психологическом же подходе основываются больше на анализе здорового функционирования личности как процесса позитивного, а не на психических заболеваниях.

В зарубежных исследованиях понятие «здоровья» раскрывается через такое понятие как самоактуализация/самореализация (А. Маслоу), стремление к смыслу (В. Франкл) и др.

По мнению Г. В. Олпорта, здоровье личности имеет тесную связь с личностной зрелостью, которая выражается в единстве и гармонии личностных качеств и ценностей, а также в корректном самовосприятии и отношении к другим людям [28].

К. Роджерс указывает, что самоактуализация содействует развитию

индивида в направлении все большей самодостаточности, сложности, зрелости и компетентности. По его выражению, «в каждом есть стремление делаться компетентным и способным, насколько для нас это возможно биологически» [42, с.67]. Данный автор также прибегает к понятию «полноценной жизни», что, по нашему мнению, также имеет самое непосредственное отношение к психическому здоровью.

На современном этапе развития науки в центре внимания психологов находятся различные уровни здоровья: психическое, психологическое, социальное и основной акцент ставится на концепции комплексного подхода к изучаемой проблеме.

Важным содержанием понятия «психическое здоровье» становится не отсутствие болезней, так как не всегда нарушение психического здоровья есть психическое заболевание, а возможность правильного функционирования на всех этапах развития. Включая процессы социализации, за счет наличия необходимых для этого условий.

Современные подходы в психологии характеризуют психическое здоровье как зрелость, а также как сохранность и высокую активность механизмов личностной саморегуляции, как меру способности трансцендировать («выводить за пределы») собственную биологическую, смысловую, социальную детерминированность, выступая в качестве активного и автономного субъекта своей жизни в постоянно изменяющемся мире [37].

В. М. Розин считает, что «психическое здоровье — это не органическое состояние психики, а тип жизни и организация личности» [38].

Особый интерес представляет 3-мерная модель здоровья В. П. Куликова, где «наряду с континуумом количественных проявлений здоровья продолжительность жизни, энергетический потенциал, адаптивные возможности, резистентность, физическое развитие) и качественных проявлений здоровья (психологическая стрессоустойчивость, тревожность,

удовлетворенность жизнью) представлена глубинная ось, отражающая поведенческую адаптацию» [20].

В данной модели учитываются показатели соматического и психического здоровья, а также «результат их взаимодействия, реализуемый в поведении субъекта, характеризующийся числом степеней свободы поведения или свободой жизни как возможностью принятия решений, активного влияния на свою жизнь и жизнь окружающих». Эта свобода придает уверенность, свободу, оптимизм, удовлетворенность, позитивно сказывается на психическом здоровье.

Некоторыми авторами был предпринят комплексный подход к определению интересующего нас термина:

«Психическое здоровье – состояние равновесия между человеком и внешним миром, адекватность его реакций на общественные факторы (социальную среду), а также на физические, биологические и психические влияния; соответствие реакций силе и частоте внешних раздражителей; гармония между человеком и окружающими, согласованность представлений об объективной реальности у данного человека с представлениями других людей; критический подход к любым обстоятельствам жизни» (Ю.Б. Тарнавский, 1990).

«Психическое здоровье – отсутствие выраженных психических расстройств; определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолеть неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах; состояние равновесия между человеком и окружающим миром, гармонии между ним и обществом, сосуществование представлений отдельного человека с представлениями других людей об объективной реальности» (Н. Сарториус, цит. по С. М. Громбаху, 1988)

Разные модели психического здоровья обращены к разным характеристикам индивида. В ряде работ отечественных исследователей

представлено целостное видение феномена «психического здоровья» (Б. С. Братусь, И. В. Дубровина, В. И. Слободчиков и др.)

Б. С. Братусь предложил многоуровневую модель психического здоровья, выделяя несколько уровней личностной структуры, каждому из которых соответствует собственное понимание психического здоровья [4].

В частности, отмечается, что «психическое здоровье» следует рассматривать не как однородное образование, а как образование, имеющее сложное, по уровневое строение:

1. Высший уровень – личностно-смысловой, личностного здоровья, определяется качеством смысловых отношений человека.

2. Уровень индивидуально-психологического здоровья, оценка которого

зависит от способностей человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений.

3. Уровень психофизиологического здоровья определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности.

Не смотря на разнообразие подходов к определению понятия «психического здоровья» и его критериев, вопрос определения понятия все еще остается одним из спорных.

Вторым спорным вопросом в данной проблематике является тот факт, что достаточно долгое время в научном обществе отождествляли понятие «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». И лишь недавно И. В. Дубровиной было введено понятие «психологического здоровья» как самостоятельного уровня здоровья в целом.

Она строго разделила понятие «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». Первое «имеет отношение к отдельным психическим процессам и механизмам, второе же относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа

и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психологического здоровья» [9] [10].

Психологическое здоровье — это психологические аспекты психического здоровья, то есть совокупность личностных характеристик, являющихся предпосылками стрессоустойчивости, социальной адаптации, успешной самореализации [9] [10].

При этом понятие «психологического здоровья» не противопоставляется понятию «психического здоровья». Оно неразрывно связано с ним.

Если психическое здоровье связано с развитием психики, то психологическое здоровье связано непосредственно с развитием личности.

И. В. Дубровина дает подробную характеристику психологического здоровья. Психологическое здоровье заключается в том, что человек находит достойное, с его точки зрения, удовлетворяющее его место в познаваемом, переживаемом им мире.

Оно предполагает интерес к жизни, свободу мысли и инициативу, увлеченность какой-либо областью научной или практической деятельности, активность и самостоятельность, ответственность и способность к риску, веру в себя и уважение другого, разборчивость в средствах достижения цели, способность к сильным чувствам и переживаниям, осознание своей индивидуальности и радостное удивление по поводу своеобразия всех окружающих людей, творчество в самых разных сферах жизни и деятельности [10].

По мнению И. В. Дубровиной психологическое здоровье включает:

– психическое здоровье как результат полноценного психического развития и развития личности;

– осознание растущим человеком особенностей и качеств своего психического и личностного развития;

– отношение к осознаваемым психическим и личностным особенностям и качествам;

– гуманистическую направленность личности и формирующегося мировоззрения [10].

Несмотря на то, что в отечественной науке произошло разделение понятий психического и психологического здоровья, в основе многих подходов лежит идея об их неразрывности. В то время как в зарубежных источниках даже не поднимался вопрос об их разделении и существует лишь одно понятие «mental health».

Соотнося взгляды многих исследователей на проблему психического здоровья, можно заметить, что оно представляет собой обобщённую характеристику благополучия, содержащую ряд компонентов: интеллектуальный, эмоциональный и социальный. И его сутью является постепенное осознание и принятие человеком особенностей своего психического развития, своей личности. Таким образом, оно выступает условием адекватного выполнения человеком возрастных, социальных и культурных ролей.

Обобщая приведенные определения, можно сделать вывод, что под психическим здоровьем подразумевается состояние равновесия различных психических свойств и процессов, умение ими владеть, адекватно использовать и развивать. Психическое здоровье характеризуется отсутствием каких бы то ни было «болезненных» симптомов, благодаря чему человек может гармонично функционировать в социуме.

1.1.2 Критерии и компоненты психосоматического здоровья

Критериев психического здоровья выделяют достаточно много, и они разнообразны.

Всемирная организация здравоохранения выделяет следующие критерии психического здоровья:

1. осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».

2. чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.

3. критичность к себе и своей собственной психической деятельности и её результатам.

4. соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.

5. способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами.

6. способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы.

7. способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Другие авторы выделяют следующие критерии психического здоровья (Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова):

1. «Сила» (или мощность), т.е. достаточный уровень психической энергии, необходимой для реализации себя в обществе.

2. Гармония в психике, позволяющая адаптироваться к обществу, быть адекватным его требованиям.

3. Устойчивая «Я-концепция» – позитивная, адекватная, стабильная самооценка

Достаточно развернутая совокупность критериев психического здоровья представлена в рамках рационально-эмотивного подхода А. Эллиса:

1. Интерес к самому себе. Чувствительный и эмоционально здоровый человек ставит свои интересы чуть выше интересов других, жертвует собой в некоторой степени ради тех, о ком заботится, но не полностью.

2. Общественный интерес. Если человек поступает безнравственно, маловероятно, что он построит себе мир, в котором сможет жить уютно и счастливо.

3. Самоуправление (самоконтроль). Способность брать на себя ответственность за свою жизнь и одновременно стремление к объединению с другими без требования значительной поддержки.

4. Высокая фрустрационная устойчивость. Предоставление права себе и другим совершать ошибки без осуждения своей личности и личности других людей. По принципу «ошибок не делает тот, кто не работает».

5. Гибкость. Пластичность мысли, открытость изменениям. Человек психически здоровый не ставит себе и другим жестких неизменяемых правил.

6. Принятие неопределенности. Мы живем в мире вероятностей и случая, в котором никогда не будет существовать полной определенности.

7. Ориентация на творческие планы. Творческие интересы занимают большую часть существования психически здорового человека и требуют вовлеченности.

8. Научное мышление. Стремление быть более объективным, рациональным. Регуляция своих чувств и действий посредством реагирования и оценивания их последствий в соответствии со степенью влияния на достижение близких и далеких целей.

9. Принятие самого себя. Я люблю себя только за то, что живу и имею возможность радоваться, делая добро другим. Отказ от оценки своей внутренней ценности по внешним достижениям или под влиянием оценки других. Стремление скорее радоваться жизни, чем утверждать себя.

10. Риск. Эмоционально здоровый человек склонен рисковать оправданно и стремится делать то, чего он хочет, даже когда существует возможность неудачи. Стремление быть предприимчивым, но не безрассудно храбрым.

11. Длительный гедонизм. Поиск удовольствия как в настоящем, так и в возможном будущем. Человек считает, что лучше думать о сегодняшнем дне и о завтрашнем; не одержим немедленным получением удовлетворения.

12. Нон-утопизм. Психически здоровый человек отказывается от нереалистичного стремления к всеохватывающему счастью, радости, совершенству или к полному исключению тревоги, депрессии, враждебности.

13. Ответственность за свои эмоциональные нарушения. Психически здоровый человек склонен принимать большую часть ответственности за свои нарушения, а не стремится с целью защиты обвинять других или социальные условия.

С. М. Громбах (1988) рассматривает следующие критерии психического здоровья:

1. Отсутствие психических заболеваний.

2.Нормальное психическое развитие – психическое развитие, соответствующее возрасту и гармоничное. Гармоничность развития заключается в примерно одинаковом уровне развития всех показателей интеллекта. Чрезмерное развитие одних при отставании других не должно служить благоприятным показателем психического здоровья.

3. Благоприятное функциональное состояние высших отделов центральной нервной системы. Показателем данного критерия служит умственная работоспособность, интегрирующая основные свойства психики, — восприятие, внимание, память и другие. Умственная работоспособность определяется как объем умственной работы, выполняемый без снижения установившегося на оптимальном для данного индивидуума уровне функционирования организма.

4. Положительное эмоциональное состояние. Эмоциональное состояние – более или менее устойчивый характер откликов на те или иные жизненные факты, эмоциональный фон, то, что обычно именуется настроением. Когда речь идет о психическом здоровье, внимание должно фиксироваться именно на эмоциональном состоянии, то есть преимущественно присущем данному индивиду настроении.

Несколько иная классификация групп психического здоровья (ступеней) имеется в книге В. Я. Семке:

1 ступень. Индивид, способный выдерживать влияние многообразных социальных и природных факторов без каких-либо нарушений в функционировании органов и систем. Человек, находящийся на данной ступени, несмотря на возможные изменения в своем самочувствии, сохраняет заряд активности, бодрости, оптимизма и уравновешенности.

2 ступень. Промежуточная область между практическим здоровьем и болезнью. Уловить переход от нормы к патологии очень сложно», — отмечает В. Я. Семке.

3 ступень. Для данной ступени характерно формирование своеобразных дезадаптационных личностных реакций. Прежде всего, имеет место утрата адаптационного характера личностного реагирования. Данная ступень отличается преддверием болезни, и человек, находящийся на ней, имеет высокие шансы заболеть тем или иным нервно-психическим расстройством.

4 ступень. Переход к формированию отчетливого «стереотипа болезни», появлению выраженных и относительно стойких дезадаптационных состояний.

Значимым критерием психического здоровья можно выделить феномен психического равновесия- гармония эмоциональной, волевой и познавательной сфер личности. Нарушения психического равновесия приводят к личностной деградации, деструкции, социальной и персональной дезадаптации.

Именно критерий психического здоровья связан и с целостным развитием личности, её адаптивными возможностями и свойствами, их адекватностью реакций на внешние воздействия [7].

Таким образом, можно сказать, что до сих пор нет единых критериев понимания психического здоровья. Каждый автор понимает его по-своему, выделяет критерии исходя из той парадигмы, которой он придерживается.

Кроме того, проблема психического здоровья усугубляется еще и тем, что нет четкого разграничения понятий «психического» и «психологического» здоровья и действительно ли все критерии психического здоровья, приписанные различными авторами к его признакам, свидетельствуют о его наличии.

Исходя из приведенных выше классификаций в нашем исследовании мы будем использовать следующие характеристики психосоматического здоровья:

1. Психическое равновесие (гармония эмоциональной, волевой и познавательной сфер личности).

2. Общее здоровье и физическое функционирование.

3. Эмоциональное состояние: устойчивость настроений, эмоционального фона, отсутствие эмоциональных нарушений (тревожные, депрессивные состояния).

4. Устойчивая «Я-концепция» – позитивная, адекватная, стабильная самооценка.

5. Критичность к себе, своей собственной психической деятельности и её результатам.

1.1.3 Роль психосоматического здоровья в патогенезе соматических заболеваний

Изучение влияния психологических факторов на возникновение и развитие соматических заболеваний имеет долгую историю. Еще Гиппократ, говоря о жидкостях тела, утверждал, что гораздо важнее знать, какой человек болен, а не чем он болен. В Древней Индии считали, что тоска, печаль, гнев и испуг «первые ступени на лестнице любой болезни».

Как научное направление о влиянии психологических факторов на соматические заболевания сформировалась наука психосоматика. В рамках данной науки было сформировано утверждение, об обязательном сопровождении эмоций соматическими проявлениями. [6] [33].

Особенностью психосоматических расстройств является их происхождение. Оно обусловлено нарушениями психической сферы, но проявления преобладают в соматической. Исходя из этого можно сделать вывод, что происхождение соматический заболеваний так или иначе связано с аффективными нарушениями.

В экспериментальной клинической психологии и теории психосоматики наличие связи между состояниями выраженной психической декомпенсации и развитием целого ряда соматических патологий (либо же обострением их патогенеза на фоне психологического неблагополучия) является научно установленным фактом.

Однако, в современной клинике психосоматических расстройств многие выводы, достигнутые в более ранних исследованиях, подвергаются постоянному и часто глубокому пересмотру [50]. Постоянный пересмотр, связан с тем, что к этиологии многих заболеваний, прежде считавшихся исконно соматическими, добавляются новые психологические факторы.

Наиболее изучен вопрос влияния алекситимии на развитие соматических заболеваний (мигрень, боли в пояснице, синдром раздраженного кишечника,

астма, тошнота, аллергия, дерматологические нарушения), а также тревожных расстройств.

Она может выступать в качестве пускового фактора. У больных с соматическим заболеванием распространенность алекситимии достигает 63%. Кроме того, алекситимия связана с худшими исходами и повышенными психосоциальными сопутствующими заболеваниям [49].

Выявлено специфическое сочетание психологических особенностей (алекситимия, низкая прогностическая способность, высокий уровень агрессивности), которые являются предрасположенностью к развитию психосоматических заболеваний и взаимосвязаны с эмоциональными (тревожно-депрессивными) расстройствами [53] [55]. Так же некоторые исследования показывают, что проблемы с психическим здоровьем могут быть вызваны стрессом с неопределенными симптомами [55] [32].

1.2 Качество жизни

1.2.1 Определение понятия качество жизни

Понятийный и терминологический аппарат в исследованиях качества жизни в настоящий момент нельзя считать полностью устоявшимся и общепринятым. Разные исследователи определяют качество жизни в рамках своих подходов, предлагают разные модели и методы оценки.

Помимо понятия «качество жизни», в науке существует много родственных понятий, содержание которых очень часто пересекается, что создаёт дополнительные проблемы в формулировке единого определения. В их число входят: субъективное качество жизни, благополучие, психологическое благополучие, субъективное благополучие, уровень жизни.

Наиболее общее понятие качества жизни определяется через совокупность физического, умственного и социального благополучия и удовлетворения.

При этом с одной стороны принято считать, что категория качества жизни включает в себя все процессы, связанные с жизнедеятельностью человека и общества в целом, с другой стороны охватывают только часть этих процессов [44].

Так ВОЗ определяет качество жизни как индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства. [21].

А. А Новик и Т. И. Ионова предложили похожее определение дополнив его психологическими компонентами:

«Качество жизни — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [27].

Б. М. Генкин рассматривает определение качества жизни через призму благоустройства общества:

«Качество жизни – условия человеческого бытия, его материальное благополучие, доступность образования и медицины, развитая инфраструктура, межличностные отношения, свобода выражения гражданской и политической позиции» [27].

Отечественный учёный А. И. Субетто, говоря о качестве жизни, определяется, что это система духовных, материальных, социокультурных, демографических и экологических компонентов жизни. По мнению автора, качество жизни находится во взаимосвязи с качеством человека и является неделимой от человеческих качеств [44].

Одним из наиболее обоснованных и признанных подходов к определению понятия качества жизни является подход Д. А. Леонтьева в рамках психологии смысла. Он определяется качество жизни как уровень развития и степень удовлетворения потребностей и выделяет его особенности:

1. Понятие качества жизни по сути своей имеет более многогранное понятие, нежели понятие уровня жизни.
2. Качество жизни состоит из двух составляющих: объективное (уровень жизни, социальное обеспечение, уровень занятости и др.) и субъективное (удовлетворённость работой и частной жизнью, эмоциональные контакты и другие) [23].

Соответственно качество жизни Д. А. Леонтьев рассматривает как социально-экономическую категорию.

Обобщая изученные определения качество жизни включает в себя не просто удовлетворенность жизнью, а также эмоциональные, когнитивные процессы и объективные условия среды существования.

Следует отметить, что наличие большого количества предикторов качества жизни в научной литературе, а также их разнонаправленность способствовали формированию трех основных подходов к дифференциации его

факторов: по состоянию здоровья; по социально-экономическим показателям; по психологическим показателям [19].

Анализ научной литературы по проблеме качества жизни показывает многообразие определений данного понятия. Которые сводятся к 2 аспектам: объективные условия существования и субъективная оценка данных условий существования.

В нашем исследовании качество жизни рассматривается, как интегральная характеристика, объединяющая физическое, социальное и психологическое функционирование человека. Которая основана на его субъективном восприятии и индивидуальном переживании окружающих обстоятельств. В частности, оценке уровня здоровья, ролевого и социального функционирования и эмоционального состояния.

1.2.2 Разработанность вопроса психосоматического здоровья специалистов IT-сферы в контексте качества жизни

Информационная среда и ее развитие затрагивает важнейшую для человека проблему его субъективных границ и их приватности.

Как отмечал В. М. Розин, «... интернет и мобильная связь постепенно становятся еще одним социально-техническим телом человека (наряду с другими – электричеством, транспортом, жильем, одеждой и прочее), колоссально расширяя его возможности, с другой стороны, они существенно трансформируют его психику и отчасти телесность» [28].

Областью влияния информационных технологий в отношении психосоматического здоровья так же является критическое изменение форм коммуникации и межличностного общения, затрагивающее одну из важнейших сфер развития – социализацию.

Сегодня в качестве самого близкого технологического медиума выступает смартфон, с которым индивид информационного общества проводит больше всего времени, в особенности если специфика работы связана непосредственно с информационными технологиями. Например IT-специальности.

Важный аспект информационной среды – изменение структуры и особенностей потребностей человека. Новые технические средства формируют новые, а также изменяют прежние способы удовлетворения уже существующих потребностей.

Помимо своей основной функции, технические средства начинают выполнять и другие – рабочий инструментарий, способ самореализации и так далее, что становится ценностью.

Обзор литературы по проблеме психосоматического здоровья в контексте качества жизни свидетельствует о том, что она является недостаточно разработанной, но активно изучаемой в научном обществе.

К настоящему времени наиболее разработанные концепции, затрагивают вопросы психологических последствий информационных технологий. Они представлены в рамках двух направлений исследований: исследований технологических зависимостей и исследований трансформации идентичности.

Говоря словами Л. Сриваставы [29], сказанными о мобильной связи, современные технологии «продвинулись значительно дальше технических средств, став ключевыми «социальными объектами», присутствующими в каждой стороне жизни пользователя». Отсюда возникает вопрос: «Могут ли технические средства включаться в структуру идентичности человека, становясь основой его «Я»?»

На примере нарушения цикла «сон-бодрствование» было доказано, что регулярное использование электронных гаджетов связано с жалобами на нарушения сна неклинического уровня, а также имеет связь с уровнем тревоги и депрессивности.

Важным заключением исследователей является то, что информационные технологии являются самостоятельным предиктором нарушений сна и психического здоровья. Этот эффект не всегда сводится к тревоге, депрессии и другим поведенческим факторам нарушения гигиены сна, но и более очевидно проявляется на фоне «благополучия», при низком уровне тревоги.

Исследователи пришли к выводу: «оценка влияния информационных технологий на психическое здоровье человека может касаться широкого круга патогенных областей, связанных с радикальным изменением среды существования, условий социализации, трансформации высших психических функций, идентификации и др.» [23] [18].

Таким образом, быстрое развитие технических средств приводит к целой серии психологических изменений – расширению и «размыванию» границ телесности (в широком смысле), нарастанию риска формирования зависимости, изменению структуры потребностей и деятельности и т. д.

Относительно недавно была предпринята попытка разработки модели психологических следствий технического прогресса. Она подразумевает выделение в структуре этих изменений отдельных векторов, а также операциональных критериев для диагностики каждого вектора. [6].

Выделяются четыре категории изменений:

1. Связанные с формированием психологической зависимости:

a. Субъективное представление о возможности отказа от технического средства.

b. Признаки психологической зависимости (чрезмерное использование технического средства, пренебрежение другими делами и т.д.).

2. Связанные с изменением телесных границ и рефлексией этого процесса:

a. Расширение границ в сфере общения. Иллюзорное переживание доступности других людей при помощи технического средства, а также связанные с этим переживанием ожидания и действия.

b. Расширение границ в сфере информации. Представления о быстрой доступности любой информации.

c. Рефлексия нарушения границ. Осознание и негативная эмоциональная реакция на нарушение собственных психологических границ в результате пользования техническим средством

3. Связанные с формированием новых потребностей:

a. Функциональность. Субъективная значимость выполнения техническим средством своей основной функции.

b. Удобство. Субъективная значимость удобства технического средства и наличия всех необходимых дополнительных функций.

c. Создание имиджа. Представление о техническом средстве как важном компоненте своего имиджа.

Данная модель легла в основу методики оценки изменения психологических границ при пользовании техническими средствами (МИГ-ТС) [9].

Изучение вопроса о взаимосвязи психосоматического здоровья IT-специалистов и качества жизни в ракурсе психологии здоровья, психосоматики и клинической психологии отражается буквально парой исследований.

В результате некоторых из них, были получены данные о том, что к работе в IT-сфере стремятся люди, обладающим определенным психологическим портретом.

Им присущ низкий уровень контактности и сензитивности, сложности в меж половом взаимодействии и выражении эмоций, склонность к тревожности.

Этот психологический потрет прослеживается со студенческой скамьи и до полноценной работы в выбранной сфере. Таким образом, можно сделать выводы, что психическое здоровье IT-специалистов уже со студенчества подвергается угрозам, которые связаны с самой спецификой работы и таким феноменом как качество жизни.

Насыщенный график, сидячая работа, минимальное количество или полное отсутствие эмоциональных контактов и вербального общения приводит к тому, что у работников IT-сферы увеличивается риск развития эмоциональных нарушений, деформаций и соматических заболеваний, что является фактором, снижающим психосоматическое здоровье.

Так же были выявлены проблемы в сфере реализации потребностей у данной группы исследований.

Отсутствие возможности реализовать потребности является причиной накапливания физического и психологического напряжения, разрядка которого приводит к различным нарушениям.

Так в исследовании [9] предполагалось, что при использовании Интернета меняются способы реализации и механизмы копинг-стратегий. Это

сказывается как на удовлетворенности жизнью, ее качестве, так и на выраженности психопатологической симптоматики.

«Информационный» способ реализации копинг-стратегий усиливает порожденные технологиями психологические изменения, делая эти технологии субъективно еще более незаменимыми. В свою очередь, эти изменения могут приводить к изменениям в структуре психологического благополучия и здоровья [9].

Выводы по 1 главе

Психосоматическое здоровье в данном исследовании рассматривается через соотношение 2 феноменов: психическое и соматическое здоровье. Характеризуется отсутствием каких бы то ни было «болезненных» симптомов в психической и соматической сферах, благодаря чему человек может гармонично функционировать в социуме.

Термин «психосоматическое здоровье» неоднозначен, он связывает две относительно самостоятельные области знания — психологию и медицину, и в основе данной связи лежит понимание того, что любое соматическое нарушение всегда так или иначе связано с изменениями в психическом состоянии человека.

Отсюда «психическое здоровье» рассматривается в медицинском подходе как мера вероятности развития болезни, отсутствие болезни, психических нарушений и аномалий личности.

В психологическом подходе традиционно при разработке вопросов психического здоровья основываются на анализе здорового функционирования личности как позитивного процесса.

Психическое здоровье описывается здесь через разные категории: через

самоактуализацию, самореализацию, удовлетворенность жизнью, стремление к смыслу, стрессоустойчивость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции, и другие.

Под психическим здоровьем в нашем исследование мы понимаем состояние равновесия различных психических свойств и процессов, умение ими владеть, адекватно использовать и развивать.

Качество жизни рассматривается в исследовании, как интегральная характеристика, объединяющая физическое, социальное и психологическое функционирование человека. Которая основана на его субъективном восприятии и индивидуальном переживании окружающих обстоятельств.

Разработанность вопроса изучения психосоматического здоровья в информационной среде в основном связана с исследованиями алекситимии, нарушения цикла «сон-бодрствование», тревожными и депрессивными расстройствами, стрессом, а вопрос о взаимосвязи с качеством жизни связан со спецификой информационный среды как профессиональной сферы.

Глава 2 Эмпирическое исследование психосоматического здоровья в контексте качества жизни специалистов IT-сферы

2.1 Организация и методы эмпирического исследования

Цель эмпирического исследования – изучение взаимосвязи компонентов психосоматического здоровья и качества жизни специалистов IT-сферы.

Задачи эмпирического исследования:

1. Сбор и анализ данных полученных путем онлайн-анкетирования о психосоматическом здоровье специалистов IT-сферы и его компонентах.
2. Сбор и анализ данных, полученных путем онлайн-анкетирования о качестве жизни-специалистов IT-сферы.
3. Проведение количественной обработки полученных данных с помощью статистических методов.

Гипотезой эмпирического исследования послужило 2 допущения:

– существует взаимосвязь между субъективно-оценочным компонентом качества жизни и психосоматическим здоровьем специалистов IT-сферы.

– существует значимая корреляция между интегральным показателем психосоматического здоровья и интегральным показателем качества жизни специалистов IT-сферы.

В исследовании приняло участие 70 респондентов в возрасте от 20 до 34 лет. Из них

34 респондента женщины и 36 мужчины (Рисунок 1). Средний возраст респондентов составил 25,5 лет.

Рисунок 1 – Распределение выборки по полу (N=70)

Исследование было проведено с помощью гугл-формы на базе четырех IT-компаний:

Студия Т, Айко +, Smart world (Томск) и Umbrella It (Санкт-Петербург)

Для решения поставленных исследовательских задач был выбран следующий методический инструментарий:

1. Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB).
2. Опросник «Оценка качества жизни» SF-36(Health Status Survey).
3. Методика «Диагностика доминирующего состояния» Л. В. Куликова.
4. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS).

Для исследования психосоматического здоровья и его компонентов были использованы методики:

1. Методика «Диагностика доминирующего состояния» Л.В. Куликова
2. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Для исследования соматического здоровья (отдельных жалоб и общего состояния) был использован Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB).

Для оценки субъективного уровня качества жизни использовался опросник «Оценка качества жизни» SF-36(Health Status Survey).

При выборе методик наиболее существенными были несколько факторов:

1. Соответствие методик поставленной исследовательской цели и гипотезе.

2. Возможность самостоятельного заполнения методик респондентами, без дополнительного наблюдения и пояснений.

3. Психометрические показатели (надежность, валидность) методик.

Рассмотрим более подробно каждую методику:

1.Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB) (см. Приложение А).

Опросник адаптирован в психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева.

Цель – выявление интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического самочувствия респондентов.

Суммарная оценка интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического состояния образует самостоятельный фактор, определяющий психический статус личности.

Опросник состоит из 24 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале: О - нет, 1 - слегка, 2 - несколько, 3 - значительно, 4 - сильно.

Обработка данных связана с вычислением суммарной оценки недомоганий по определенным шкалам:

1. «Истощение». Показатель этой шкалы характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии потребность человека в помощи

2. «Желудочные жалобы». Шкала отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий (эпигастральный синдром).

3. «Боли в различных частях тела» или тревматический фактор». Выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер

4. «Сердечные жалобы». Шкала указывает на локализацию недомоганий преимущественно в сосудистой сфере.

5. «Давление» (интенсивность) жалоб. Эта шкала включает все 24 приведенные выше жалобы и представляет собой интегральную оценку 4-х предыдущих шкал. Шкала характеризует общую эмоционально окрашенную интенсивность жалоб.

2. Опросник «Оценка качества жизни» SF-36(Health Status Survey) (см. Приложение Б).

Опросник «Оценка качества жизни» относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни, он широко распространен в США и странах Европы. Перевод на русский язык и апробация методики были проведены «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). [ССЫЛКА]

Цель – определение особенностей функционирования респондента.

Опросник состоит из 36 пунктов. Они сгруппированы в восемь шкал:

1. Физическое функционирование
2. Ролевая функционирование, обусловленное физическим состоянием
3. Интенсивность боли
4. Общее здоровье
5. Жизненная активность
6. Социальное функционирование
7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием
8. Психическое здоровье

Шкалы образуют два интегральных показателя: психический компонент здоровья и физический компонент здоровья. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

3. Методика «Диагностика доминирующего состояния» Л. В. Куликова(краткая) (см. Приложение В).

Цель – определение характеристик настроений и других характеристик личностного уровня психических состояний с помощью субъективных оценок респондента. Основным назначением опросника является диагностика относительно устойчивых (доминирующих) состояний [20].

Опросник состоит из 42 пунктов. Они сгруппированы в шесть шкал:

1. Шкала «Ак»: «активное-пассивное отношение к жизненной ситуации».

2. Шкала «То»: «тонус: высокий-низкий».

3. Шкала «Сп»: «спокойствие-тревога».

4. Шкала «Ус»: «устойчивость-неустойчивость эмоционального тона».

5. Шкала «Уд»: «удовлетворенность-неудовлетворенность жизнью в целом (ее ходом, процессом самореализации)».

6. Шкала «По»: «положительный -отрицательный образ самого себя».

4. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) (см. Приложение Г).

Цель – определение и оценка тяжести симптомов депрессии и тревоги.

Шкала составлена из 14 утверждений, включающих две подшкалы:

1. подшкала A – «тревога» (anxiety)
2. подшкала D – «депрессия» (depression)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие степень нарастания симптоматики – градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Полученные результаты исследования обработаны электронной таблицей Microsoft Excel и текстовым редактором Microsoft Word. Анализ эмпирических

данных проведен с помощью статистического пакета SPSS. Для проверки на нормальность использовался критерий Колмогорова и описательные статистики.

Для выявления статистически значимых связей использовался корреляционный анализ Спирмена.

2.2 Результаты эмпирического исследования

В результате обработки ответов опрашиваемых по методике Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB) были выявлены наиболее высокие высокие показатели по шкалам Истощение (37 респондентов) и Интенсивность жалоб (34 респондента), что указывает на общую потерю жизненной энергии и сильную эмоциональную окрашенность имеющихся соматических нарушений у половины респондентов (Рисунок 2).

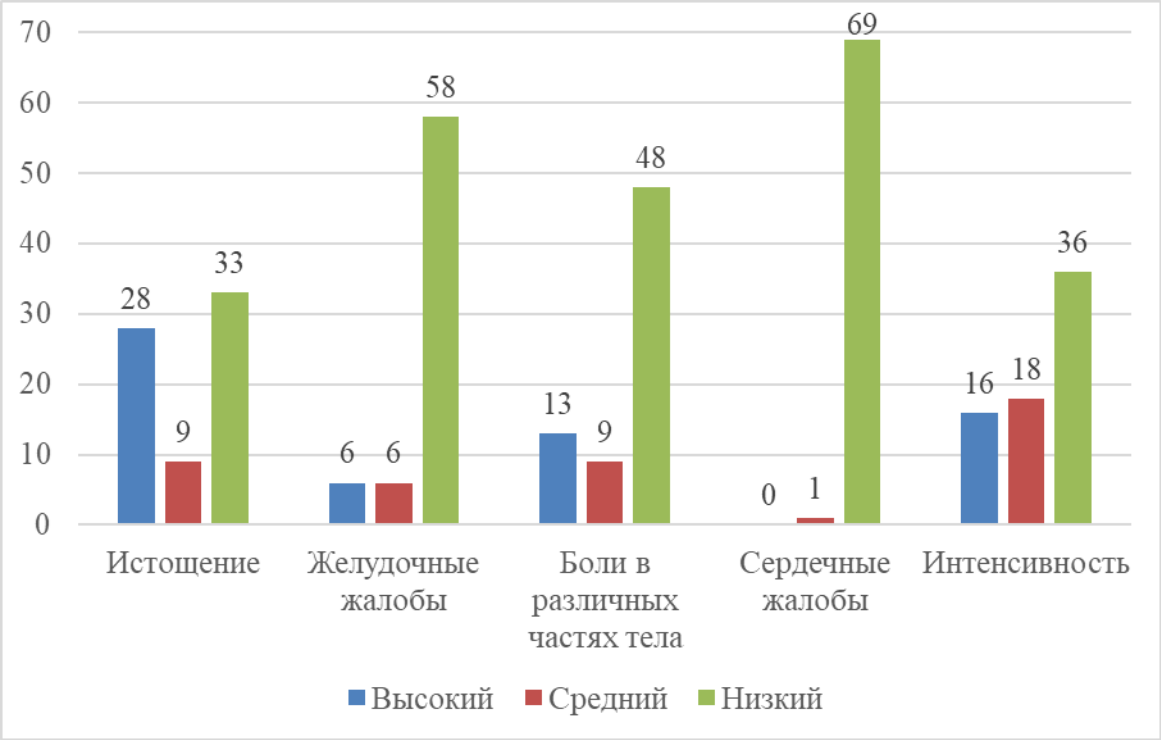


Рисунок 2 – Результаты Гиссенский опросник

По мимо имеющихся жалоб в опроснике несколькими респондентами были дополнительно указаны следующие проблемы со здоровьем:

1. Нервные тики (5 респондентов).
2. Сухость глаз (3 респондента).
3. Проблемы с весом (2 респондента).

Дополнительно респондентам было предложено ответить на вопрос: «Обусловлены ли, по вашему мнению ваши недомогания больше физически или больше психически, или же физически и психически?»

Респонденты мужского пола отдали преимущество физическим причинам недомогания, при этом 12 человек, никак не связывают свои недомогания с психологическими причинами. В то время ответы женской выборки распределились более равномерно, но преимущество остается за психологическими причинами (Рисунок 3, Рисунок 4).

Здесь мы можем предположить о более высоком уровне просвещенности относительно психического здоровья и его влияния на общее состояние женщин, нежели мужчин. Данный факт, мог оказать влияние в целом на достоверность ответов мужской части выборки с точки зрения убежденности во влиянии на их состояние только физических факторов.

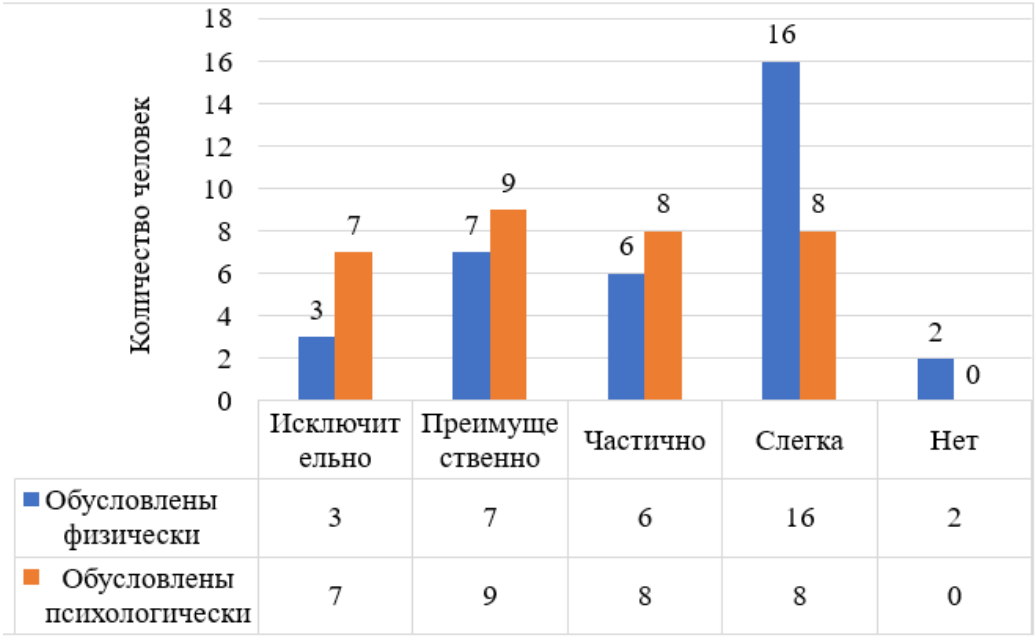


Рисунок 3 – Распределение мужской выборки по ответам (N=36)

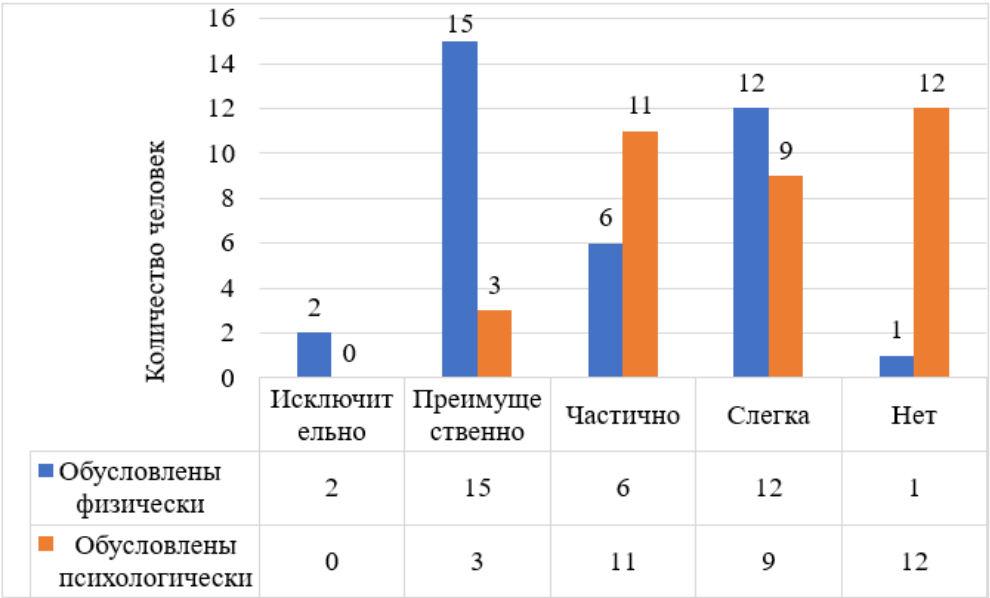


Рисунок 4 – Распределение женской выборки по ответам (N=34)

Показатели результатов опросника «Оценка качества жизни» SF-36(Health Status Survey) имеют следующее распределение (Рисунок 4):

1. Физический компонент здоровья (PH) преимущественное высокие результаты указывают на стабильность физического состояния.

2. Психический компонент здоровья (MH) для 97% респондентов характерны нарушения психического состояния здоровья.

3. Физическое функционирование (PF) имеет высокие показатели у 97% респондентов. Физическое состояние никак не ограничивает респондентов.

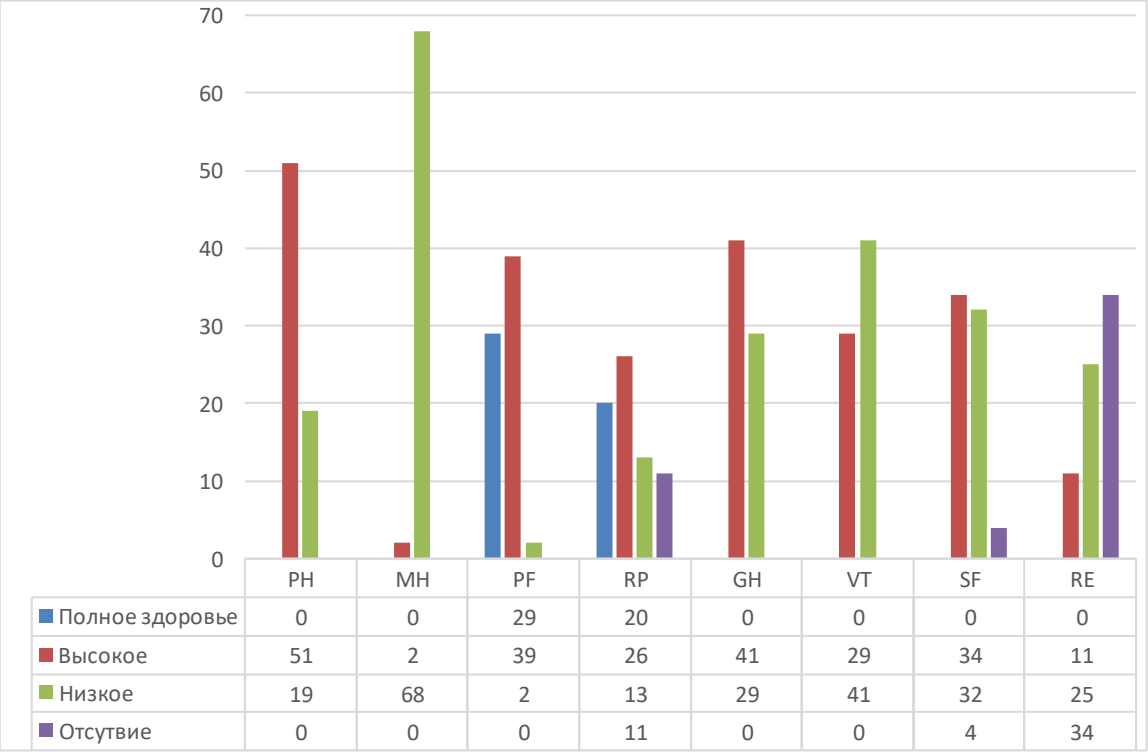
4. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) влияние физического состояния на повседневную ролевую, в частности рабочую деятельность минимально.

5. Общее состояние здоровья (GH) 58% респондентов оценивают состояние своего здоровья как хорошее.

6. Жизненная активность (VT) 58% респондентов имеют низкие результаты по данной шкале, что свидетельствует об утомлении, снижении жизненной активности.

7. Социальное функционирование (SF) для 54% опрошенных характерно ограниченная социальная активность из-за эмоционального состояния.

8. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) 84% респондентов с низким эмоциональным состоянием. Которое нарушает выполнение повседневной деятельности.



	PH	MH	PF	RP	GH	VT	SF	RE
Полное здоровье	0	0	29	20	0	0	0	0
Высокое	51	2	39	26	41	29	34	11
Низкое	19	68	2	13	29	41	32	25
Отсутвие	0	0	0	11	0	0	4	34

Рисунок 5 – Результаты опросника «Оценка качества жизни» SF-36

Интерпретация результатов **по методике «Диагностика доминирующего состояния» Л.В. Куликова** проводилась исходя из следующих показателей:

1. Высокие оценки менее 60 Т-баллов
2. Низкие оценки менее 40 Т-баллов

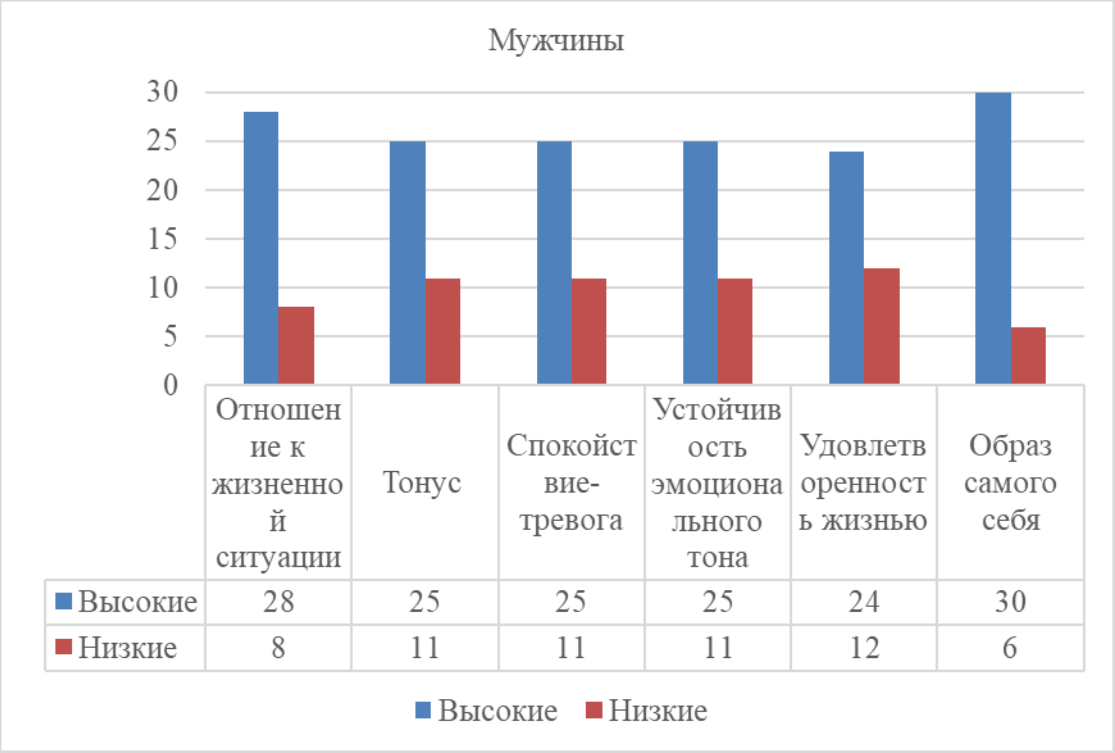
В результате расчетов было выявлено, что в целом для большей части выборки по 4 шкалам из 5 характерен положительный и устойчивый

эмоциональный фон, активная жизненная позиция, удовлетворенность жизнью, самореализацией, устойчивая Я-концепция (Рисунок 5, Рисунок 6).

При этом по шкале «Образ самого себя» все 70 респондентов имеют низкие оценки, что говорит о высокой критичности к себе в негативном ключе.

Наиболее высокие показатели по всем шкалам характерны для мужской части выборки. В то время, как по шкалам «Отношение к жизненной ситуации» и «Тонус» женская выборка имеет больше низких показателей.

Что говорит о большей неустойчивости эмоционального фона, повышенной утомляемости и преобладание пессимистических настроений.



	Отношение к жизненной ситуации	Тонус	Спокойствие-тревога	Устойчивость эмоционального тона	Удовлетворенность жизнью	Образ самого себя
Высокие	28	25	25	25	24	30
Низкие	8	11	11	11	12	6

Рисунок 6 – Результаты методики «Диагностика доминирующего состояния» Л. В. Куликова

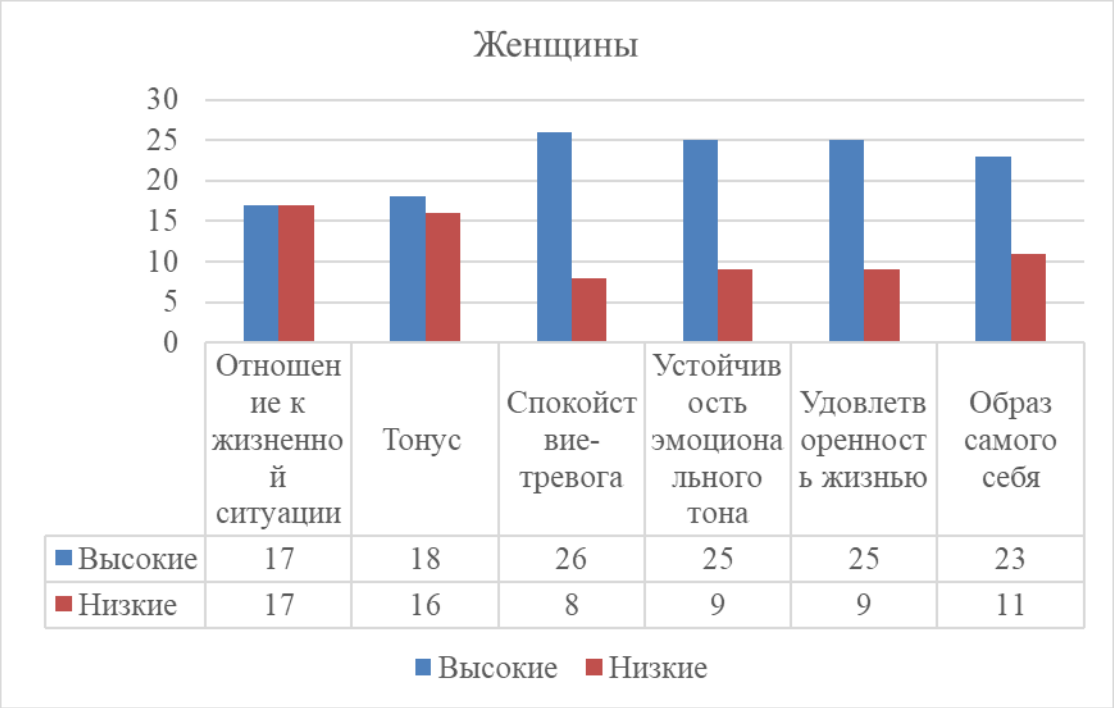


Рисунок 7 – Результаты методики «Диагностика доминирующего состояния» Л. В. Куликова

Анализ ответов по Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии (HADS) выявил интересное для исследования распределение результатов по шкалам Тревога и Депрессия в разрезе половой принадлежности респондента.

При интерпретации результатов использовалась следующее распределение результатов:

1. 0-7 баллов норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)
2. 8- 10 баллов субклинически выраженная тревога /депрессия
3. 11 баллов и выше клинически выраженная тревога / депрессия

Для женской выборки тревога и депрессии имеют наиболее выраженные показатели (Рисунок 7, Рисунок 8):

1. Клинически выраженная тревога 25 %
2. Субклинически выраженная депрессия 22 %
3. Клинически выраженная депрессия 33 %

В то время как респонденты мужского пола имеют значительно менее выраженные признаки тревоги и депрессии (Рисунок 7, Рисунок 8):

1. Клинически выраженная тревога 13 %
2. Субклинически выраженная депрессия 15 %
3. Клинически выраженная депрессия 2 %

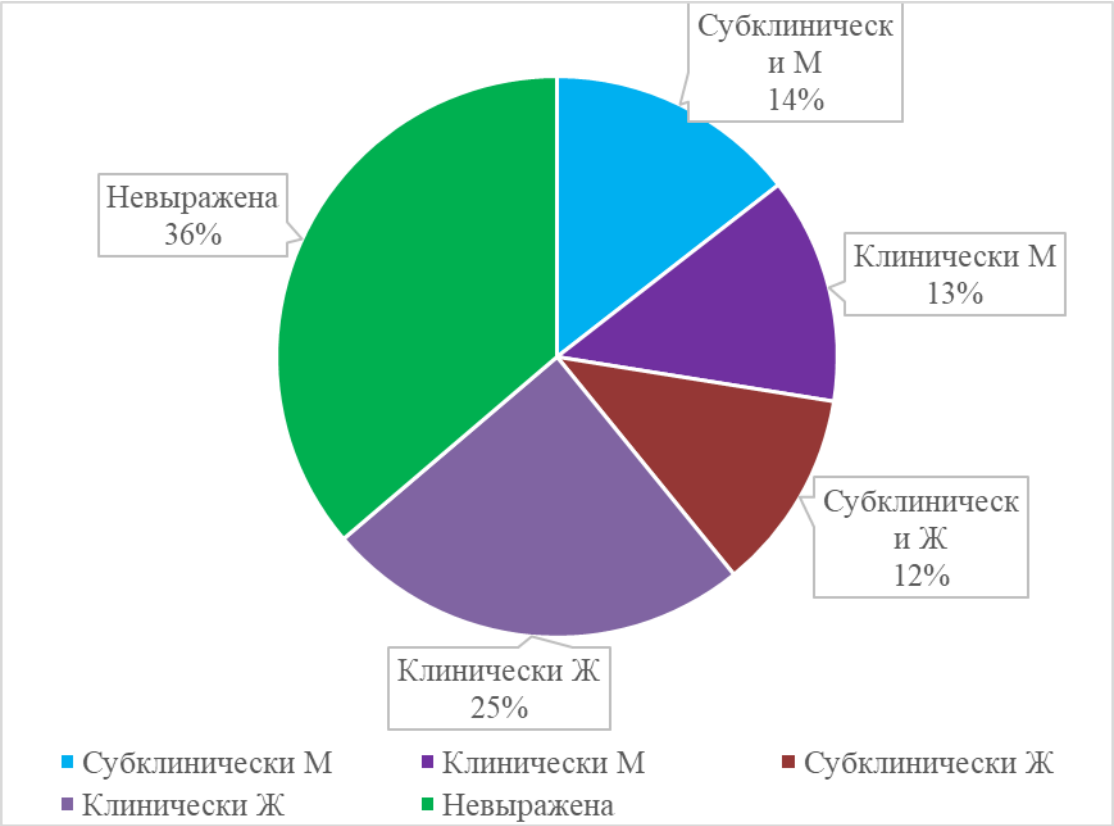


Рисунок 8 – Результаты по шкале Тревога

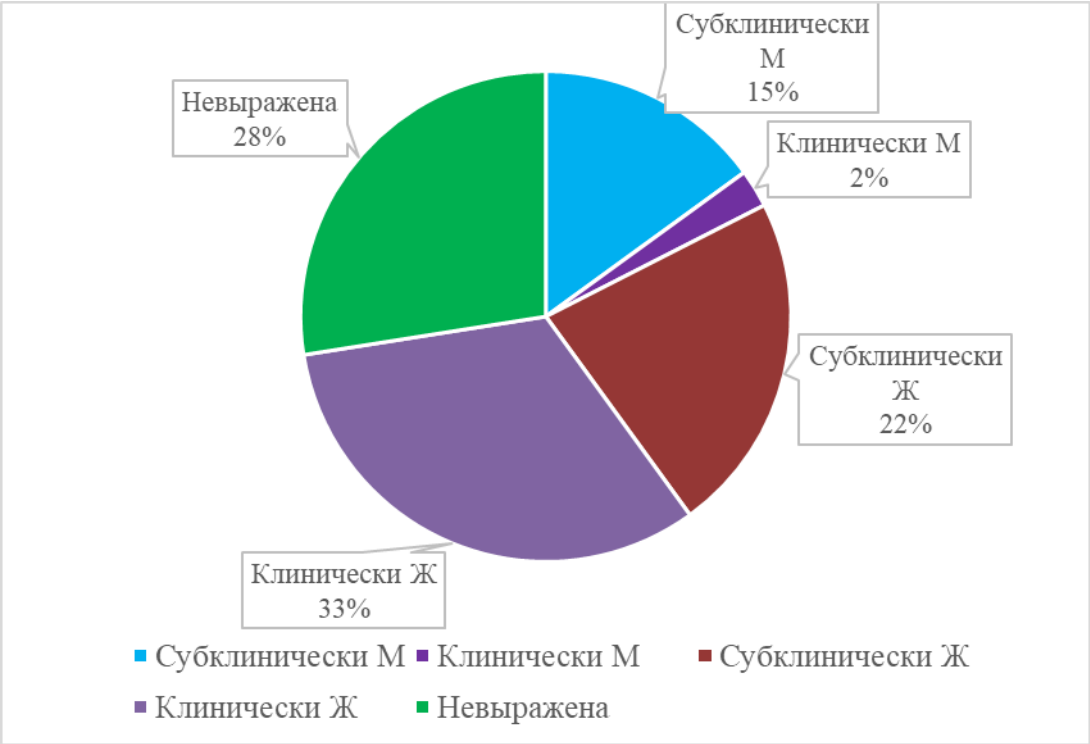


Рисунок 9 – Результаты по шкале Депрессия

Исходя из полученных выше результатов стоит отметить, что из 70 опрошенных IT- специалистов всего у 36 % показатель тревоги остается в норме и у 28 % отсутствуют признаки депрессии.

2.3 Статистический анализ результатов эмпирического исследования

Первым этапом обработки полученных данных стало проведение первичного анализа и расчет описательных статистик по исследуемым показателям психосоматического здоровья и качества жизни.

Результаты методики «Гиссенский опросник психосоматических жалоб» (Таблица 1), показали в целом отсутствие выраженных локализованных жалоб у респондентов относительно их здоровья. При этом половина респондентов имеют повышенные результаты по шкалам «Истощение» и «Интенсивность жалоб». Это позволяет выдвинуть предположение о том, что часть опрошенных имеют низкий уровень жизненной энергии и сильное «давление» имеющихся жалоб на жизнедеятельность.

Таблица 1 – Описательные статистики методики «Гиссенский опросник психосоматических жалоб»

Наименование шкалы	Среднее значение	Среднеквадратичное отклонение
Истощение	9,97	5,828
Желудочные жалобы	4,69	4,808
Боли в различных частях тела	7,66	5,680
Сердечные жалобы	3,11	3,454
Интенсивность жалоб	25,43	15,961

Согласно результатам опросника **«Оценка качества жизни» SF-36** среднее значение по интегральной шкале «Психический компонент здоровья» и отдельным шкалам «Жизненная активность», «Социальное функционирование» и «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» соответствует низкому уровню (Таблица 2).

Шкала «Физическое функционирование» имеет максимальное значение 94,71. Остальные шкалы имею показатели выше среднего.

Таблица 2 – Описательные статистики опросника «Оценка качества жизни» SF-36

Наименование шкалы	Среднее значение	Среднеквадратичное отклонение
Физический компонент здоровья	53,46	6,323
Психический компонент здоровья	30,20	8,503
Физическое функционирование	94,71	7,750
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	57,14	36,401
Интенсивность боли	68,11	22,115
Общее состояние здоровья	65,64	19,802
Жизненная активность	45,43	18,548
Социальное функционирование	42,50	16,945
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	23,81	30,106
Психическое здоровье	53,49	18,427

Результаты методики **«Диагностика доминирующего состояния»** отражают преимущественно высокие результаты, средние значения по шкалам приблизительно одинаковые (Таблица 3).

Самым высоким показателем является «Устойчивость-неустойчивость эмоционального тона» и самым низким «Тонус: высокий-низкий». Стоит отметить, что шкала «Тонус: высокий-низкий», находится на грани перехода к низким значениям.

Таблица 3 – Описательные статистики методики «Диагностика доминирующего состояния»

Наименование шкалы	Среднее значение	Среднеквадратичное отклонение
Активное пассивное отношение к жизненной ситуации	44,27	11,581
Тонус:высокий–низкий	41,96	18,760
Спокойствие –тревога	48,46	12,132
Устойчивость–неустойчивость эмоционального тона	50,36	11,346
Удовлетворенность–неудовлетворенность жизнью в целом	46,34	20,144
Положительный–отрицательный образ самого себя	45,21	14,602

Согласно результатам методики «**Госпитальная шкала Тревоги и Депрессии»** среднее значение по шкале «Тревога» соответствует высокому уровню. Среднее значение по шкале «Депрессия» выше среднего (Таблица 4).

Таблица 4 – Описательные статистики методики «Госпитальная шкала Тревоги и Депрессии»

Наименование шкалы	Среднее значение	Среднеквадратичное отклонение
Тревога	8,71	4,688
Депрессия	6,54	3,806

Проверка нормальности распределений стала следующим этапом работы. Для проверки нормальности распределения по каждой из шкал использовался метод Колмогорова-Смирнова (Таблица 5).

Таблица 5 – Проверка нормальности распределений

Наименование шкалы	Статистика	знач.
Истощение	0,206	0,000

Окончание таблицы 5

Желудочные жалобы	0,200	0,000
Боли в различных частях тела	0,126	0,008
Сердечные жалобы	0,184	0,000
Интенсивность жалоб	0,129	0,006
Физический компонент здоровья	0,065	,200*
Психический компонент здоровья	0,114	0,024
Физическое функционирование	0,219	0,000
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	0,188	0,000
Интенсивность боли	0,165	0,000
Общее состояние здоровья	0,124	0,009
Жизненная активность	0,172	0,000
Социальное функционирование	0,171	0,000
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	0,300	0,000
Психическое здоровье	0,113	0,027
Активное-пассивное отношение к жизненной ситуации	0,135	0,003
Тонус: высокий – низкий	0,133	0,004
Спокойствие–тревога	0,143	0,001
Устойчивость–неустойчивость эмоционального тона	0,135	0,003
Удовлетворенность–неудовлетворенность жизнью в целом	0,182	0,000
Положительный–отрицательный образ самого себя	0,184	0,000
Тревога	0,130	0,005
Депрессия	0,148	0,001

Вывод о нормальности распределения выборки основывался на следующих показателях:

1. $p>0,05$ распределение нормальное.
2. $p < 0,05$ распределение отлично от нормального.

В соответствии с полученным результатами и преимущественно уровнем $p< 0,05$ мы принимаем гипотезу о распределении выборки как отличном от нормального. Исключением является шкала «Физический компонент здоровья»

Корреляционный анализ. Исходя из полученных результатов проверки распределения на нормальность следующий этап статистических расчетов – проверка выдвинутых гипотез с помощью метода ранговой корреляции Спирмена.

Для проверки гипотезы 1 о наличии взаимосвязи между субъективно-оценочным компонентом качества жизни и психосоматическим здоровьем специалистов IT-сферы шкалы были разделены на две группы:

1. Отражающие психосоматическое здоровье
2. Отражающие компоненты качества жизни:

– Субъективно-оценочный компонент («Удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью»)

– Компонент социального функционирования (шкалы ролевого и социального функционирования)

Корреляционный анализ выявил следующие результаты (Таблица 6):

1. Статистически значимая отрицательная связь между показателями Гиссенского опросника психосоматических жалоб «Истощение», «Интенсивность жалоб» со шкалами ролевого функционирования опросника SF-36.

Здесь мы можем предположить, что не сам факт наличия жалоб, заболеваний оказывает влияние на оценку качества жизни, а то в какой степени у респондента существует потребность помощи из вне.

2. Статистически значимая связь шкалы «Удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью» со шкалами психосоматического здоровья. Исключение: «Активное-пассивное отношение к жизненной ситуации», «Положительный-отрицательный образ самого себя».

Где шкала «Устойчивость-неустойчивость эмоционального тона» имеет наиболее сильную связь. Соответственно высокая эмоциональная устойчивость либо не устойчивость, в состоянии эмоционального возбуждения будет играть ведущую роль в удовлетворенности респондентом качеством жизни, так же, как и субъективные ощущения внутренней собранности.

Говоря непосредственно об устойчивости «Я-концепции» и критичности к собственным результатам деятельности, для IT-специалистов эти факторы не оказывают влияния на удовлетворенность качеством жизни. Это может быть связано с тем, что преимущественно они не связывают свое общее состояния с психологическими факторами либо уровнем притязаний, который определяет их объективность и устойчивость.

3. Выявлена статистически значимая корреляция шкалы «Тонус: высокий -низкий» со всеми шкалами, кроме «Социального функционирования».

4. Шкалы «Тревога» и «Депрессия» также значимо коррелирует со шкалами «Удовлетворенность-неудовлетворенность жизнью», «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием». Важно отметить, что только шкала «Тревога» коррелирует со шкалой «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием». В данном случае мы можем говорить о значительном влиянии факта наличия тревожных и депрессивных состояний на оценку качества жизни специалистами IT-сферы, но не ведущим. То есть сам факт наличия данных факторов не можем ухудшить качество жизни респондентов.

Соответственно результаты по данным шкалам подтверждают ведущее влияние шкалы «Устойчивость-неустойчивость эмоционального тона» на удовлетворенность жизнью.

Таблица 6 – Результаты корреляционного анализа (гипотеза 1)

Наименование шкалы		Удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью	Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	Социальное функционирование	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием
Истощение	R	**-,583****	**-,455****	-0,206	**-,697****
	p	0,000	0,000	0,088	0,000
Интенсивность жалоб	R	**-,669****	**-,506****	-0,229	**-,653****
	p	0,000	0,000	0,057	0,000
Активное-пассивное отношение к жизненной ситуации	R	,239*	0,082	0,009	,320**
	p	0,046	0,502	0,940	0,007
Тонус: высокий-низкий	R	**,735****	**,477****	,370**	**,582****
	p	0,000	0,000	0,002	0,000
Спокойствие-тревога	R	**,769****	**,515****	,284*	**,625****
	p	0,000	0,000	0,017	0,000
Устойчивость-неустойчивость эмоционального тона	R	**,819****	,319**	,306**	**,450****
	p	0,000	0,000	0,010	0,000
Положительный-отрицательный образ самого себя	R	0,207	-0,100	0,191	0,156
	p	0,086	0,000	0,114	0,198

Окончание таблицы 6

Тревога	R	**-0,542**	**-,442****	-0,063	**-,532****
	p	0,000	0,000	0,603	0,000
Депрессия	R	**-0,521**	-,287*	-0,139	**-,500****
	p	0,000	0,016	0,25	0,000

Проверка гипотезы 2 о взаимосвязи интегральных показателей психосоматического здоровья и качества жизни выявила следующие результаты (Таблица 7):

1. У интегральных показателей качества жизни установлена статистически значимая корреляционная связь со всеми шкалами-показателями психосоматического здоровья.

При этом наиболее значимая сильная связь установлена у показателей психосоматических жалоб «Истощение» и «Интенсивность жалоб» с психическим компонентом качества жизни.

Данный результат отражает непосредственное взаимовлияние качества жизни на общее состояние здоровье респондентов.

2. Показатели психического компонента здоровья имеют умеренную статистически значимую связь с интегральными компонентами качества жизни.

Где наиболее значимая и сильная связь выявлена со шкалой «Истощение».

На основании полученных результатов мы можем говорить, о том, что ведущим компонентом, сохранность которого оказывает непосредственное и сильное влияние на качество жизни и психосоматическое здоровье, является интегральный психический компонент качества жизни, а также общее истощение респондентов.

Таблица 7 – Результаты корреляционного анализа (гипотеза 2)

Наименование шкалы		Физический компонент здоровья	Психический компонент здоровья
Истощение	R	**-,502****	**-,768****
	p	0,000	0,000
Интенсивность жалоб	R	**-,591****	**-,757****
	p	0,000	0,000
Устойчивость-неустойчивость эмоционального тона	R	**,337****	**,645****
	p	0,004	0,000
Тревога	R	**-,464****	**-,604****
	p	0,000	0,000
Депрессия	R	**-,369****	**-,657****
	p	0,002	0,000

Выводы по главе 2

Таким образом исследование проводилось с использованием четырех методик. Обработка данных производилась с помощью методов статистического анализа:

– расчет среднего значения и стандартного отклонения

– проверка распределение на нормальность

– корреляционный анализ

В результате исследование были получены следующие результаты:

1. Эмпирическим путем были выявлены компоненты психосоматического здоровья связанные с качеством жизни IT-специалистов. Основной из которых устойчивость эмоциональных состояний и интенсивность жалоб.
2. Большинство компонентов психосоматического здоровья располагаются в диапазоне от умеренной до сильной взаимосвязи с качеством жизни. При этом ведущими компонентами психосоматического здоровья в контексте качества жизни являются интегральные показатели психического здоровья и его компоненты, в то время как показатели физического здоровья уходят на второстепенный план.
3. Критичность и адекватность самооценки, активное/пассивное отношение к жизненной ситуации, как компоненты психосоматического здоровья имеют статистически незначимую слабую взаимосвязь с качеством жизни. Вероятно, они являются одними из факторов, оказывающих влияние на формирование субъективно-оценочного компонента качества жизни, но в незначительной степени.
4. Качество жизни в контексте социально-ролевого функционирования, связанного с социальной и повседневной деятельностью,

определяется наличием отдельных жалоб относительно здоровья и интегральным показателем интенсивности жалоб, в частности его эмоциональной окрашенностью.

5. Показатель истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность в помощи определяет ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием респондентов, и имеет с ролевым функционированием отрицательную статистически значимую взаимосвязь.

Заключение

В данной работе рассматривалась проблема **психосоматического здоровья специалистов IT-сферы в контексте качества жизни.**

Был проведен теоретико-методологический анализ научной литературы, касающейся психосоматического здоровья, его критериев и структурных компонентов, а также научной литературы, посвящённой проблеме качества жизни; были выявлены актуальные тенденции изучения психосоматического здоровья и качества в жизни в контексте информационной среды; описаны организация и методы эмпирического исследования, проведено исследование взаимосвязи психосоматического здоровья и качества жизни специалистов IT-сферы; полученные результаты обработаны и проанализированы.

В результате проведённого эмпирического исследования были получены следующие результаты:

1. Большинство специалистов IT-сферы в исследуемой выборке подвержены влиянию депрессивных и тревожных тенденций. Для 70% респондентов характерна стадия клинически и субклинически выраженной депрессии и тревоги.

2. Результаты методики «Гиссенский опросник психосоматических жалоб» показали в целом невыраженные локализованные жалобы по состоянию здоровья, но высокие показатели по шкале «Истощение» и «Давление жалоб»

3.Результаты методики «Оценка качества жизни SF-36» продемонстрировали низкие показатели по шкалам ролевого функционирования, жизненной активности, социального функционирования и психического компонента.

При этом общий уровень здоровья и, в частности, физический компонент качества жизни респонденты расценивают как высокий.

4. Результаты методики «Диагностика доминирующего состояния» выявили тенденции неустойчивости эмоционального фона, повышенной утомляемости и преобладание пессимистических настроений.

5. Корреляционный анализ выявил, что большинство компонентов психосоматического здоровья располагаются в диапазоне от умеренной до сильной взаимосвязи с качеством жизни. При этом ведущими компонентами психосоматического здоровья в контексте качества жизни являются интегральные показатели психического здоровья и его компоненты (устойчивость эмоциональных состояний и интенсивность жалоб), в то время как показатели физического здоровья уходят на второстепенный план.

6. Качество жизни в контексте социально-ролевого функционирования, связанного с социальной и повседневной деятельностью и его субъективно-оценочный компонент, определяются наличием отдельных жалоб относительно здоровья и интегральным показателем интенсивности жалоб, в частности его эмоциональной окрашенностью, а также устойчивостью эмоционального фона респондентов.

Гипотеза исследования 1 подтвердилась: существует взаимосвязь между субъективно-оценочным компонентом качества жизни и психосоматическим здоровьем специалистов IT-сферы.

Гипотеза исследования 2 о наличии корреляции между интегральным показателем психосоматического здоровья и интегральным показателем качества жизни специалистов IT-сферы частично подтверждена относительно интегрального психологического компонента качества жизни и выражается в сильной значимой связи.

Вместе с тем, стоить отметить, что несмотря на частично подтвержденные гипотезы, результаты исследования раскрыли значимые тенденции к тревожно-депрессивным состояниям клинической выраженности у специалистов IT-сферы и низкими показателями в психической сфере здоровья. Данный результат может быть связан как со спецификой сферы деятельности в

целом и характерен преимущественно для IT-специалистов, либо характеризует только выборочную совокупность данного исследования.

Подводя итоги, стоит отметить, что полученные результаты требуют дополнительного качественного исследования для дальнейшей их интерпретации и перепроверки на расширенной выборке.

Список использованной литературы

1. Алмакаева, А. М. Субъективное качество жизни: основные проблемы исследования / А. М. Алмакаева // Вестник Самарского государственного университета. Естественнонаучная серия. – 2006. – № 5–1(45). – С. 41–47.

2. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья: концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – С. 238–242.

3. Амирджанова В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF–36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В. Н. Амирджанова // Науч.практ. ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36–48.

4. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль,1988. – 432 с.

5. Буров А. Э. Мониторинг психосоматических рисков в оценке физического здоровья / А. Э. Буров, Ю. П. Шишкина // Профессиональное образование. Столица. – 2011. – №9. – С. 36–3

6. Великанова Л. П., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) / Л.П. Великанова, Ю.С. Шевченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – №4.

7. Дёмина Л. Д. Психологическое здоровье личности : монография / Л. Д. Дёмина, И. А. Ральникова. – Барнаул : Изд–во Алт. Ун–та. – 2014. – 140 с.

8. Диагностика психологических последствий влияния информационных технологий на человека: учеб. метод. пособие для студ. психологических специальностей/ Е. И. Рассказова, В. А. Емелин, А. Ш. Тхостов. – М.: Акрополь. – 2015. – 115 с.

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

10. Дубровина, И. В. Практическая психология в лабиринтах современного образования [Текст]: монография / И. В. Дубровина. – М.: НОУ ВПО «МПСУ», 2014. – 464 с.

11. Евстифеева Е. А. Психологические детерминанты качества жизни студентов ВУЗА / Е. А. Евстифеева, С. И. Филиппченкова, Е. В. Балакшина Е. В.// Вестник тверского государственного университета. серия: педагогика и психология. – 2022. – №4(61). – С. 5–13.

12. Емелин В. А. Психологические последствия развития информационных технологий / В. А. Емелин, Е. И. Рассказова, А. Ш. Тхвостов // национальный психологический журнал. – 2012. – №1(7), – С.81–87.

13. Ерёмина Е. С. Взаимосвязь особенностей психосоматического здоровья и психоэмоциональной сферы личности в подростковом возрасте // Гуманитарный трактат. – 2021. – №99. – С. 49–53.

14. Инновационное развитие науки и образования: сборник статей VI Международной научно–практической конференции. В 2 ч. Ч. 1. – МЦНС «Наука и Просвещение». – 2019. – 264 с.

15. Ишмухаметов Р. Р. Самореализация и психологическое здоровье личности: постановка проблемы// Гуманитарный вектор. – 2010. – № 1. – С. 74–79.

16. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский. – М.: Просвещение, 2015. – 654 с.

17. Кнаус Д. Р. Клинико–психологические характеристики психосоматического здоровья жителей острова Попова/ Д. Р. Кнаус // Молодой ученый. – 2016. – №27(131). – С. 788–789.

18. Краткий психологический словарь / Л.А.Карпенко, А.В.Петровский, М. Г. Ярошевский. – Ростов н/Д: Феникс. – 1998. – 312 с.

19. Кулик А.А. Взаимосвязь субъективного качества жизни и социо–экономических условий жизнедеятельности // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. – 2014. – № 1 (23). – С. 74–84.

20. Куликов В. П. Трехмерная модель здоровья. Сантивность и пативность // Валеология. – 2000. – №1. – С. 15–21

21. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Качество жизни и психическое здоровье педагогов, работающих в различных системах образования (общее, коррекционное, инклюзивное) / И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш // Вестник ТГПУ. – 2013. – №11 (139). – С. 87–93.

22. Леонтьев Д. А. Качество жизни и благополучие: объективные, субъективные и субъектные аспекты // Психологический журнал. – 2020. – № 6. – Т. 41. – С. 86–95.

23. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. / Д. А. Леонтьев. – М : Смысл, 2003. – 487 с.

24. Людокова Г. М. Психосоматическое здоровья как фактор академической успешности обучающихся // Проблемы современного педагогического образования. – 2022. – №76.

25. Мещерякова Э. И. Особенности самореализации мигрантов в поликультурном пространстве города / Э.И. Мещерякова, А.В. Ларионова, Е.М. Покровская // Вестник Томского государственного университета. – 2015. – № 398. – С. 202–210.

26. Нехода Е. В. Качество жизни: проблемы измерения / Е. В. Нехода, И. В. Рощина, В. Д. Пак // Вестник Томского государственного университета. Экономика. – 2018. – № 43. – С. 107–125.

27. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине: Учеб. Пос. / Под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: РАЕН. – 2012. – 528 с.

28. Оллпорт Г. В. Личность в психологии / Г. В. Олпорт. – М.: КСП Плюс; СПб.: Ювента, 1998. – 345 с.

29. Папура А. А. Категория «качество жизни» в психологических исследованиях //Прикладная психология и психоанализ. – 2014. – № 3

30. Перова А. В. Психосоматическое здоровье учителя как психолого–педагогическая проблема // Молодой учёный. – 2020. – №5(295). –. 275–277.

31. Подузов А. А. Понятия субъективного качества жизни и психологического благополучия человека: очерк современных представлений / А. А. Подузов, В. С. Языкова // Проблемы прогнозирования. – 2017. – № 3(162). – С. 90–105.

32. Полина Ю. В. Влияние тревоги и депрессии на риск развития соматических заболеваний / Ю. В. Полина, А. Е. Кузьмина. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2019. – № 5 (243). – С. 68– 71

33. Проявления и психические механизмы соматоформных расстройств / В. А. Дереча, С. В. Балашова, Г. И. Дереча, Д. С. Киреева // Оренбургский медицинский вестник. –2014. – №1 (5)

34. Психосоматическое здоровье человека–концепция цифрового подход / В. А. Орлов, О. В. Стрижакова, О. В. Фетисов, Н. А. Фудин // Вестник новых медицинских технологий. – 2019. – №13(6). – С. 134–141.

35. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. –Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998–672 с

36. Рассказова Е. И. Использование электронных гаджетов вечером и ночью как поведенческий фактор жалоб на нарушения сна // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. Расстройства сна. – 2019. – № 4. С. 36 – 43.

37. Решетников М. М. Психическое здоровье населения – современные тенденции и старые проблемы // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 1(17). – С. 9–15.

38. Розин В.М. Психическая реальность, способности и здоровье человека. – М.: Просвещение, 2001. – 224 с.

39. Рябов В. Б. Структура нормативной модели субъективного качества жизни // Наука. Культура. Общество. – 2016. – № 2. – С. 38–49.

40. Савченко Т. Н. Субъективное качество жизни: подходы, методы, оценки, прикладные исследования. / Т. Н. Савченко, Г. М. Головина // М.: Институт психологии РАН. – 2006. – 170.

41. Сирджи М. Дж. Психология качества жизни. / М. Дж. Спирджи. – Лондон: Kluwer Academic Publishers. – 2010. – 292 с.

42. Словарь–справочник по социальной работе / М. А. Гулина. – СПб.: Питер, 2008. – 342 с.

43. Сочивко Д. В. Сравнительные исследования качества жизни / Д.В. Сочивко, Т.Н. Савченко, Г.М. Головина. – Прикладная юридическая психология. 2010. № 4. С. 8–22

44. Субетто А. И. Управление качеством и выживаемость человека // Стандарты и качество. – 2011. – № 1,2,3. – С. 39–48.

45. Сулейманова Г. П. Проблемы изучения феномена алекситимии в психологии / Г. П. Сулейманова, Е. И. Адамович// Природные системы и ресурсы. – 2016. – №2 (16)/

46. Тревожность как фактор нарушения психосоматического здоровья школьников/ Т. В. Репкина, Н. С. Тимченко , Ю. Ю. Кочетова, М. В. Старчикова, А. Ю. Бендрикова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2021. – №2(192). – С. 421–427.

47. Тхостов А. Ш. Психическое здоровье в контексте информационного общества: к вопросу об изменениях в патогенезе и патоморфозе заболеваний (на примере нарушений цикла «сон—бодрствование») / А. Ш. Тхостов, Е. И. Рассказова, В. А. Емелин // Консультативная психология и психотерапия. – 2019.– № 3(27) С. 44–60.

48. Ушаков И. Б. Качество жизни и здоровье человека. / И. Б. Ушаков. – М.: Истоки. – 2005. – 130 с.

49. Федулеева А. Г. Особенности проявления перфекционизма у лиц с различными соматическими заболеваниями // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2013. – №1 (13).

50. Юмашев А. В. Триггерная концепция стресса: роль стресса в этиологии и патогенезе психосоматических нарушений // АНИ: педагогика и психология. – 2018. – №2 (23).

51. Янковская В. Л. Психосоматические аспекты качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью / В. Л. Янковская, О. Ю. Ширяев// Молодой ученый. – 2014. – №17(76). – С. 219–222.

52. Insufficient sleep duration is associated with worse self-rated health and more psychosomatic health complaints in adolescents/ M. Kosticova, A. G. Madarasova, E. Dobiasova, V.Z. Dankulincova // Bratislava Medical Journal. –2019. – №120(10). – P. 738–788.

53. Korostiy, V. Alexithymia, Aggressiveness and Predictive Ability in Patients with Psychosomatic Diseases and Emotional (anxiety and Depressive) Disorders // European Psychiatry. – 2015. – 30(S1).

54. Psychosomatic Health as a Factor of Human Social Adaptation in the Postmodern Society/ I. Vizniuk, L. Bilan, O. Tsokur, I. Rozheliuk, N. Podkovyroff, T. Symonenko // Postmodern Openings. – 2021. – № 12. – P. 54–73.

55. Rady, A., Alamrawy, R., Ramadan, I., & Elmissiry, M. Alexithymia among patients with unexplained physical symptoms // European Psychiatry. – 2021. – 64(S1). – S249–S250.

56. Rozin V.M. Technics and Technology: from Stone Implements to the Internet and robots// Yoshkar–Ola: Volga State University of Technology Publ. – 2016. – 279 S.

57. Srivastava L. Mobile phones and the evolution of social behavior // Behavior and Inform. Technology. – 2005. – Vol. 24, iss. 2. – P. 111–129.

58. Swapnil M. Enhancing psychosomatic health using artificial intelligence-based treatment protocol: A data science-driven approach//International Journal of Information Management Data Insights. – 2022. – № 2.

59. S. Dolinny English Psychological trends in psychosomatic health maintaining // Organizational psychologую. – 2021. – P. 53–60.

60. The Influence of COVID-19 and Psychosocial Risks on Burnout and Psychosomatic Health Problems in Non-University Teachers in Spain during the Peak of the Pandemic Regressions vs. fsQCA / V. Gomez-Dominguez, T. Gomez-Dominguez, D. Mateu, M. Espert // Sustainability. – 2022. – № 14(20). – P. 13–30.

61. The longitudinal association of symptom-related and psychological factors with health-related quality of life in patients with chronic pelvic pain syndrome / K. Pionteka, G. Ketels, S. Klotzb, C. Dybowskic, C. Brunahl, B. Lowe // Journal of Psychosomatic Research. – 2022. – Vol. 153.

62. Ware J. E. The MOS 36–Item Short–Form Health Survey (SF–36) / J. E. Ware., Jr. Sherbourne // Conceptual Framework and Item Selection, Medical Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473–483.

63. Ware, J. E. SF–36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Manual for Users of Version 1 / J. E. Ware, M. Kosinski. – 2nd ed. – MA: The Health Institute. – 2001. –200 S.

Приложение А

Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB)

Я чувствую следующие недомогания	0 Нет	1 Слегка	2 Несколько	3 Значи-тельно	4 Силь-но
1	2	3	4	5	6
1. Ощущение слабости					
2. Сердцебиение, перебои в сердце или замирание сердца					
3. Чувство давления или переполнения в животе					
4. Повышенная сонливость					
5. Боли в суставах и конечностях					
6. Головокружение					
7. Боли в пояснице или спине					
8. Боли в шее (затылке) или плечевых					
9. Рвота					
10. Тошнота					
11. Ощущение кома в горле, сужения горла или спазма					
12. Отрыжка					
13. Изжога или кислая					
14. Головные боли					
15. Быстрая истощаемость					
16. Усталость					

17. Чувство оглушенности (помрачения сознания)					
18. Чувство тяжести или усталости в ногах					
19. Вялость					
20. Колющие или тянущие боли в груди					
21. Боли в желудке					
22. Приступы одышки (удушья)					
23. Ощущение давления в голове					
24. Сердечные приступы					

Приложение Б

Опросник «Оценка качества жизни» SF-36(Health Status Survey)

1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как:

Отличное 1

Очень хорошее..... 2

Хорошее 3

Посредственное ...4

Плохое 5

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?

Значительно лучше, чем год назад

Значительно лучше, чем год назад

Несколько лучше, чем год назад

Примерно так же, как год назад

Несколько хуже, чем год назад

Гораздо хуже, чем год назад

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

	Вид физической активности	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А	Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта	1	2	3
Б	Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В	Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
Г	Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Д	Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
Е	Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ж	Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
З	Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
И	Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
К	Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	Нет
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
Г	Были трудности при выполнении своей работы или	1	2

	других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)		

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

		Да	**Нет**
А	Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
Б	Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В	Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

Совсем не мешало

Немного

Умеренно

Сильно

Очень сильно

7.Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

Совсем не испытывал(а)

Очень слабую

Слабую

Умеренную

Сильную

Очень сильную

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам

заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (

Совсем не мешала

Немного

Умеренно

Сильно

Очень сильно

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

		Все время	**Большую часть времени**	**Часто**	**Иногда**	**Редко**	**Ни разу**
А	Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б	Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д	Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е	Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж	Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И	Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п.

Все время

Большую часть времени

Иногда

Редко

Ни разу

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

		Определенно верно	**В основном верно**	**Не знаю**	**В основном не верно**	**Определенно неверно**
А	Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б	Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В	Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г	У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Приложение В

Методика «Диагностика доминирующего состояния» Л. В. Куликова(краткая)

1. Мой организм сильно реагирует на перепады погоды и изменения климата.
2. Очень часто бывает настроение, когда я легко отвлекаюсь от дела, становлюсь рассеянным и мечтательным.
3. Я тревожусь очень часто.
4. Я часто плохо засыпаю.
5. Масса мелких неприятностей выводит меня из себя.
6. Мои мысли постоянно возвращаются к возможным неудачам и мне трудно направить их в другое русло.
7. Я часто хвалю людей, которых знаю очень мало.
8. Я испытываю определённое беспокойство, боязнь, сам не знаю отчего.
9. Если все против меня, я нисколько не падаю духом.
10. Я просыпаюсь утром не отдохнувшим и усталым.
11. Часто я чувствую себя бесполезным.
12. Мне не удаётся сдерживать свою досаду или гнев.
13. Трудные задачи у меня поднимают настроение.
14. У меня часто болит голова.
15. Часто бывает, что я с кем-то посплетничаю.
16. У меня часто возникает предчувствие, что меня ожидает какое-то наказание.
17. Меня легко задеть словом.
18. Я полон энергии.
19. Существует конфликт между моими планами и действительностью.
20. В ситуациях длительных, нервно-психических нагрузок я проявляю большую выносливость.

21. Мои манеры за столом дома обычно не так хороши как в гостях.

22. Очень часто какой-нибудь пустяк овладевает моими мыслями и беспокоит меня несколько дней.

23. Очень часто я чувствую себя усталым, вялым

24. Я упускаю удобный случай часто из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения.

25. Есть очень много вещей, которые меня легко раздражают.

26. Я часто испытываю чувство напряжения и беспокойства, думаю о происшедшем в течение дня.

27. Когда я неважно себя чувствую, я раздражительный.

28. Очень часто у меня бывает хандра (тоскливое настроение).

29. Из-за волнения у меня часто пропадает сон.

30. Утром после пробуждения я ещё долго чувствую себя усталым и разбитым..

31. Мне очень нравится постоянно преодолевать новые трудности.

32. У меня есть желание изменить в своём образе жизни очень многое, но не хватает сил.

33. В большинстве случаев я легко преодолеваю разочарования.

34. Удовлетворение одних моих потребностей и желаний делает невозможным удовлетворение других.

35. Часто неприличная или даже непристойная шутка меня смешит.

36. Я смотрю в будущее с полной уверенностью.

37. Я очень часто теряю терпение.

38. Люди разочаровывают меня.

39. Мне часто приходят в голову нехорошие мысли, о которых лучше не рассказывать.

40. Мне всё быстро надоедает.

41. Мне кажется, что я близок к нервному срыву.

42. Мне часто говорят, что я вспыльчив(а).

Приложение Г

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе

3 - все время

2 - часто

1 - время от времени, иногда

0 - совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться

3 - определенно это так, и страх очень велик

2 - да, это так, но страх не очень велик

1 - иногда, но это меня не беспокоит

0 - совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове

3 - постоянно

2 - большую часть времени

1 - время от времени и не так часто

0 - только иногда

4. Я легко могу присесть и расслабиться

0 - определенно, это так

1 - наверно, это так

2 - лишь изредка, это так

3 - совсем не могу

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

0 - совсем не испытываю

1 - иногда

2 - часто

3 - очень часто

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться

3 - определенно, это так

2 - наверно, это так

1 - лишь в некоторой степени, это так

0 - совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники

3 - очень часто

2 - довольно часто

1 - не так уж часто

0 - совсем не бывает

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

0 - определенно, это так

1 - наверное, это так

2 - лишь в очень малой степени, это так

3 - это совсем не так

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

0 - определенно, это так

1 - наверное, это так

2 - лишь в очень малой степени, это так

3 - совсем не способен

3. Я испытываю бодрость

3 - совсем не испытываю

2 - очень редко

1 - иногда

0 - практически все время

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

3 - практически все время

2 - часто

1 - иногда

0 - совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью

3 - определенно, это так

2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени

0 - я слежу за собой так же, как и раньше

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения

0 - точно так же, как и обычно

1 - да, но не в той степени, как раньше

2 - значительно меньше, чем обычно

3 - совсем так не считаю

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

0 - часто

1 - иногда

2 - редко

3 - очень редко

АНТИПЛАГИАТ
ОБНАРУЖЕНИЕ ЗАИМСТВОВАНИЙ

Отчет о проверке на заимствования №1

Автор: Либерт Ангелина Юрьевна
Проверяющий: Либерт Ангелина

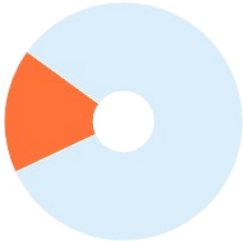
Отчет предоставлен сервисом «Антиплагиат» - http://users.antiplagiat.ru

ИНФОРМАЦИЯ О ДОКУМЕНТЕ

№ документа: 5
Начало загрузки: 18.01.2023 09:45:54
Длительность загрузки: 00:00:01
Имя исходного файла: ВКР. ЛИБЕРТ 20703.pdf
Название документа: ВКР. ЛИБЕРТ 20703
Размер текста: 72 кБ
Тип документа: Выпускная квалификационная работа
Символов в тексте: 73384
Слов в тексте: 7995
Число предложений: 466

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЧЕТЕ

Начало проверки: 18.01.2023 06:45:57
Длительность проверки: 00:00:05
Корректировка от 18.01.2023 09:54:02
Комментарии: не указано
Модули поиска: Интернет Free



СОВПАДЕНИЯ	САМОЦИТИРОВАНИЯ	ЦИТИРОВАНИЯ	ОРИГИНАЛЬНОСТЬ
17,21%	0%	0%	82,79%

Совпадения — доля всех найденных текстовых пересечений, за исключением тех, которые система отнесла к цитированиям, по отношению к общему объему документа.
Самоцитирования — доля фрагментов текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника, автором или соавтором которого является автор проверяемого документа, по отношению к общему объему документа.
Цитирования — доля текстовых пересечений, которые не являются авторскими, но система посчитала их использование корректным, по отношению к общему объему документа. Сюда относятся оформленные по ГОСТу цитаты; общеупотребительные выражения; фрагменты текста, найденные в источниках из коллекций нормативно-правовой документации.
Текстовое пересечение — фрагмент текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника.
Источник — документ, проиндексированный в системе и содержащийся в модуле поиска, по которому проводится проверка.
Оригинальность — доля фрагментов текста проверяемого документа, не обнаруженных ни в одном источнике, по которым шла проверка, по отношению к общему объему документа.
Совпадения, самоцитирования, цитирования и оригинальность являются отдельными показателями и в сумме дают 100%, что соответствует всему тексту проверяемого документа.
Обращаем Ваше внимание, что система находит текстовые пересечения проверяемого документа с проиндексированными в системе текстовыми источниками. При этом система является вспомогательным инструментом, определение корректности и правомерности заимствований или цитирований, а также авторства текстовых фрагментов проверяемого документа остается в компетенции проверяющего.

№	Доля в отчете	Источник	Актуален на	Модуль поиска
[01]	3,27%	Читать... http://medpsy.ru	22 Ноя 2017	Интернет Free
[02]	2,65%	2592.Феноменология здоровья и медико-педагогическая эффективность эстетотерапии в образовательном проц... http://docme.ru	04 Мая 2017	Интернет Free
[03]	3,75%	Rasskazova_Thostov_maj_2015_FIN_2.pdf https://istina.msu.ru	11 Окт 2018	Интернет Free

Еще источников: 7
Еще совпадений: 7,54%