



**Вишнякова Нина Николаевна**

**ДИНАМИКА ХАРАКТЕРИСТИК ВНУТРЕННЕЙ  
КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ  
РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО  
НАБЛЮДЕНИЯ**

19.00.04 – Медицинская психология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:** доктор психологических наук, профессор  
**Логинова Ирина Олеговна**

**Официальные оппоненты:**

**Исаева Елена Рудольфовна**, доктор психологических наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра общей и клинической психологии, заведующий кафедрой

**Ельникова Оксана Евгеньевна**, кандидат психологических наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина», кафедра психологии и психофизиологии, заведующий кафедрой

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева»

Защита состоится 07 декабря 2018 г. в 14.30 часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.16, созданного на базе федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36 (учебный корпус № 4, аудитория 022).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке и на официальном сайте федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» [www.tsu.ru](http://www.tsu.ru).

Материалы по защите диссертации размещены на официальном сайте ТГУ:  
<http://www.ams.tsu.ru/TSU/QualificationDep/co-searchers.nsf/newpublicationn/VishnyakovaNN07122018.html>

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » октября 2018 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат психологических наук



Ульянич Анна Леонидовна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Проблема исследования внутренней картины здоровья человека, возникшая в 80-х годах XX столетия, набирает сегодня свою значимость ввиду вступления человеческого сообщества в «антропоцентрический» этап развития, когда приоритетными становятся вопросы человеческого потенциала, реализуемого по отношению к окружающей действительности и к самому себе (Б. Г. Ананьев, В. А. Ананьев, Д. А. Леонтьев, В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, и др.), саморазвития и самореализации в меняющемся мире (О. В. Лукьянов), в инновационной среде (О. И. Иванов; стратегия «Инновационная Россия-2020»; В. Е. Клочко; С. А. Богомаз, Д. Ю. Баланев; О. М. Краснорядцева, Э. В. Галажинский; О. В. Лукьянов), возможности жизненного самоосуществления (И. О. Логинова), качества жизни (Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова). Актуальность изучения внутренней картины здоровья связана как с вопросами здоровья населения, повышения качества жизни людей и ее продолжительности, так и обращением к человеку как сложной самоорганизующейся системе режимом существования которой является саморазвитие, обеспечивающее закономерное усложнение его системной организации.

Проблема формирования, сохранения и укрепления здоровья населения является одной из приоритетных задач государства. Особое внимание уделяется охране здоровья подрастающего поколения, в том числе студенческой молодежи (Постановление Правительства РФ № 916 от 29 декабря 2001г., Приказ министерства здравоохранения РФ № 114 от 21 марта 2003г., Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 30 сентября 2015 г. N 683н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»).

Современные научные исследования свидетельствуют о снижении показателей здоровья студенческой молодежи (Н. П. Любецкий, А. А. Князев, И. Б. Назарова, Я. П. Сандаков), а также о системном ухудшении как организации охраны здоровья студентов, так и негативных изменений в их образе жизни (Г. Н. Шеметова, Е. В. Дудрова, С. И. Квашнина, С. Ф. Ахпателова, И. А. Камаев). Тенденция ухудшения состояния здоровья российской молодежи и трудоспособного населения подтверждается официальной статистикой (Федеральная служба государственной статистики). Число студентов с ослабленным здоровьем за последние 10-15 лет увеличилось почти в два раза и в среднем по регионам составляет примерно 35 % (Н. П. Любецкий, А. А. Князев).

Актуальность изучения «внутренней картины здоровья» обусловлена также неблагоприятной тенденцией состояния здоровья всех возрастных групп населения, ростом негативных видов поведения, имеющих отношение к здоровью. Изучение психологических механизмов формирования отношения человека к своему здоровью обусловлено поиском оптимальных моделей профилактики нарушений здоровья молодого поколения.

Представление о том, как формируется здоровье молодых людей, какие факторы оказывают негативное влияние на их здоровье и какие, напротив, способствуют положительной динамике в соматическом статусе является важной государственной задачей. Особо актуальными для медицины и психологии являются задачи выявления факторов риска, способствующих развитию психосоматических и хронических неинфекционных заболеваний. В связи с этим особое значение приобретает исследование внутренней картины здоровья, ее характеристик и особенностей их (характеристик) динамики у молодежи.

**Степень разработанности проблемы.** Исследованию внутренней картины здоровья посвящено множество научных трудов (В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, В. Е. Каган, А. Б. Орлов, В. П. Казначеев, В. А. Ананьев, И. И. Мамайчук, В. В. Блюм, и др.). Исследователи предполагают, что внутренняя картина здоровья создается одновременно с внутренней картиной болезни как ее противоположная модель (В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова). В противоположность изложенному, В. Е. Каган рассматривает внутреннюю картину болезни как частный случай внутренней картины здоровья. В. А. Ананьев отмечает, что для здорового человека формирование внутренней картины здоровья является более сложной задачей, чем для больного, который способен оценить происходящие с ним изменения.

В зарубежной психологии здоровье как многофакторный конструкт, включающий культурные, социальные, физические, экономические, психологические и духовные факторы взаимосвязанные между собой (благополучие – wellbeing) рассматривается представителями гуманистической психологии (Г. Л. Энжел, Г. Олпорт, К. Роджерс, А. Маслоу); психологии здоровья – Health Psychology (D. Marks, M. Murray, B. Evans; K. Ryff).

В отличие от более ранних определений понятия «здоровье», рассматривающих его как состояние, современные отечественные и зарубежные ученые описывают здоровье как динамический процесс.

На современном этапе развития психологической науки проблема внутренней картины здоровья является одной из важнейших в области психологии и медицинской психологии, в частности, что подтверждается значительным количеством исследований. Проблема внутренней картины здоровья (ВКЗ) рассматривается в работах Д. Н. Исаева (1985, 1996), В. Е. Кагана (1986), В. А. Ананьева (1988, 1998, 2006), Е. Ю. Коржовой (1996, 1998), Г. С. Никифорова (1998, 2002), Р. А. Березовской (1999, 2001), И. И. Мамайчук (2001), В. Б. Челпанова (2009), В. В. Блюм (2011), И. А. Гинзбурга (2011), И. В. Цветковой (2012), О. С. Васильевой (2006, 2014), В. С. Меренковой (2015, 2016) и др.

Актуализируя проблему внутренней картины здоровья, современные исследователи выделяют значительное количество различных типов ВКЗ, на формирование которых должны быть направлены усилия соответствующих специалистов (О. С. Васильева, С. И. Жданов, В. Б. Челпанов, С. В. Изусина, Э. В. Смирнова, Э. К. Алалыкина, В. С. Меренкова, И. В. Широкова).

Существующее на сегодняшний день большое количество различных видов и уровней ВКЗ, выделяемых исследователями как идеальный тип, к которому нужно стремиться, на наш взгляд, можно объединить одним названием – гармоничная внутренняя картина здоровья. Данный тип внутренней картины здоровья включает в себя все выше указанные виды, поскольку формируется при условии гармоничных отношений с миром и в ее основе лежат характеристики, свойственные гармоничной личности. Внимание специалистов помогающих профессий должно быть направлено именно на формирование гармоничной внутренней картины здоровья.

Наличие большого количества моделей здоровья говорит об отсутствии единой концепции в его понимании. Существует множество подходов и приемов, позволяющих измерить здоровье. Очевидным преимуществом в настоящее время обладает системный подход, позволяющий в многообразии представлений о феномене «здоровье» проследить тенденции его развития в соответствии с движением научного познания и спроектировать методологически обоснованную модель изучения динамики характеристик внутренней картины здоровья.

Изучение внутренней картины здоровья у молодых людей, находящихся на диспансерном наблюдении позволит определить ее роль в сохранении здоровья, определить условия, обеспечивающие формирование гармоничной внутренней картины здоровья, а также разработать методы психологической профилактики нарушения здоровья, а в определенных условиях – методы психологической коррекции.

Таким образом, актуальность исследования особенностей динамики характеристик внутренней картины здоровья молодых людей различных групп диспансерного наблюдения определяется потребностями психопрофилактической, реабилитационной практики, распространенностью хронических неинфекционных заболеваний среди лиц молодого возраста и недостаточной изученностью данного аспекта внутренней картины здоровья.

**Постановка проблемы исследования.** Исследовательская проблема заключается в разрешении противоречия между повышающимися требованиями к здоровьесбережению и здоровьесформированию и реальным состоянием соматического здоровья и внутренней картины здоровья молодежи. Динамика характеристик внутренней картины здоровья, способствующая положительной динамике в соматическом статусе молодых людей, принадлежащих к различным диспансерным группам, позволяет формировать гармоничную внутреннюю картину здоровья. Дисгармоничная внутренняя картина здоровья у молодых людей может выражаться в снижении психологического благополучия и качества жизни, низком уровне нервно-психической адаптации, экстернальном типе локуса-контроля, нарушении определения и идентификации чувств (алекситимия), дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере. Представляется, что выделенные характеристики могут способствовать отрицательной динамике в соматическом статусе молодых людей различных групп диспансерного наблюдения. Данный подход позволяет выявить характеристики ВКЗ, обуславливающие риски нарушения соматического здоровья, определить динамику, обеспечивающую положительные изменения в соматическом статусе, а также разработать программу медико-психологической помощи, способствующую гармонизации внутренней картины здоровья.

**Цель исследования** – выявление особенностей динамики характеристик внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения в ходе осуществления мероприятий медико-психологического сопровождения.

**Объект исследования** – внутренняя картина здоровья молодых людей.

**Предмет исследования** – динамика характеристик внутренней картины здоровья у молодых людей, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения.

**Гипотеза исследования:** внутренняя картина здоровья у молодых людей, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения имеет специфические различия в зависимости от соматического статуса. Позитивная динамика характеристик внутренней картины здоровья, указывающая на ее гармонизацию и способствующая положительным изменениям в соматическом статусе, обеспечивается в условиях медико-психологического сопровождения.

Для достижения поставленной цели и проверки гипотезы были определены следующие **задачи:**

1. Провести теоретический анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования характеристик внутренней картины здоровья.

2. Сформировать методический комплекс эмпирического исследования, направленный на изучение характеристик внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения, на основе которого выявить особенности

структуры и характеристик внутренней картины здоровья у молодых людей различных диспансерных групп.

3. Провести сопоставительный анализ результатов исследования с показателями соматического здоровья.

4. Разработать и реализовать программу медико-психологического сопровождения, направленную на гармонизацию внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения.

5. Выявить динамику характеристик ВКЗ и оценить эффективность программы медико-психологического сопровождения с целью дальнейшего представления методических основ психопрофилактических мероприятий для различных групп диспансерного наблюдения.

**Теоретико-методологическая основа исследования.** Общую методологическую основу исследования составили концептуальные положения системной антропологической психологии (В. Е. Ключко, О. М. Краснорядцева, Э. В. Галажинский, Е. В. Некрасова и др.), определяющие человека как сложную, самоорганизующуюся, открытую систему, режимом существования которой является саморазвитие, обеспечивающее закономерное усложнение его системной организации.

Кроме того, теоретико-методологической базой исследования принимаются положения ряда концептуальных подходов, раскрывающих специфику феномена внутренней картины здоровья: положения теории отношений А. Ф. Лазурского и В. Н. Мясищева о множественности и сложности отношений личности с миром, самой собой и другими людьми; концепция Б. Г. Братуся о трехуровневой структуре психического здоровья; холистическая концепция здоровья В. А. Ананьева; концепция психологического благополучия К. Рифф; жизненного самоосуществления (И. О. Логинова); системная концепция психической адаптации (Ю. А. Александровский; Ф. Б. Березин; М. А. Березин, Л. И. Вассерман; А. Н. Алехин).

**Методы исследования.** Основными методами исследования выступили:

1) теоретический анализ научных литературных источников по проблеме исследования;

2) анализ медицинской документации: медицинских карт амбулаторного больного (ф. 025/у) и журнала диспансерного учета;

3) эмпирические методы: тестирование, анкетирование, контент-анализ. Использовались следующие психодиагностические методики: «Шкала психологического благополучия» К. Рифф, адаптированная Т. Д. Шевельковой, П. П. Фесенко; Методика исследования уровня субъективного контроля (УСК); Методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» (Е. Б. Фанталова); Методика оценки качества жизни «SF-36»; тест «Нервно-психическая адаптация»; Алекситимическая шкала; Эссе «Мое здоровье»;

4) методы обработки полученных данных: методы качественной и количественной обработки данных производились в программе IBM SPSS Statistics v.19 и с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2013.

**Эмпирическая база исследования.** Исследование проведено базе отделения общей врачебной практики Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. На первом этапе исследования в нем приняли участие 307 студентов 2–3 курсов, проходящих очередной ежегодный медицинский осмотр с последующим определением группы диспансерного наблюдения в зависимости от наличия хронических соматических заболеваний. Экспериментальная

группа включала 30 респондентов, которые в ходе исследования приняли участие в программе медико-психологического сопровождения, направленного на формирование более гармоничной внутренней картины здоровья и подвижной устойчивости в континууме «здоровье-болезнь». Контрольную группу составили 31 респондент, которые соответствовали экспериментальной группе по принадлежности к группе диспансерного наблюдения, полу и возрасту.

**Достоверность и обоснованность полученных результатов** обеспечены исходной методологической обоснованностью исследования, рядом апробированных и стандартизированных методик, адекватных поставленной цели, задачам, предмету и логике исследования, использованием качественно-количественных методов анализа результатов с использованием современных методов математико-статистической обработки данных экспериментальных исследований и репрезентативностью выборки.

**Научная новизна исследования:**

– разработана процедура исследования динамики внутренней картины здоровья представителей молодого поколения, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения, в ходе которого показано, что более гармоничная внутренняя картина здоровья способствует улучшению соматического статуса;

– получены данные, описывающие факторные модели внутренней картины здоровья молодых людей различных групп диспансерного наблюдения;

– апробирована программа медико-психологического сопровождения молодых людей «группы риска» возникновения психосоматических заболеваний, является эффективной в области гармонизации внутренней картины здоровья и улучшения показателей соматического здоровья.

– введено представление о гармоничной внутренней картине здоровья интегрирующем в себе совокупность особенностей, обеспечивающих позитивные изменения в соматическом статусе молодых людей.

**Теоретическая значимость исследования:**

– расширено предметное поле медицинской психологии в результате анализа подходов к пониманию о внутренней картине здоровья и моделях здоровья, а также содержания внутренней картины здоровья (компонентов и характеристик), в том числе определено понятие «гармоничная внутренняя картина здоровья»;

– обосновано теоретико-методическое содержание психопрофилактических мероприятий у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения с целью улучшения соматического здоровья;

– результаты диссертационного исследования дополняют имеющиеся теоретические представления по ряду направлений исследования в области медицинской психологии, психологии здоровья, расширяя представление о внутренней картине здоровья, динамике ее характеристик, о возможностях медико-психологического сопровождения с целью гармонизации внутренней картины здоровья.

**Практическая значимость исследования.** Практическая значимость данного исследования определяется тем, что на основании экспериментально-психологических данных была апробирована комплексная программа медико-психологического сопровождения, позволяющая решать важные практические задачи психопрофилактики и психокоррекции. Определены основные задачи и направления профилактики нарушения целостности внутренней картины здоровья, а также мишени психологической коррекции и психотерапии в случае дисгармоничности внутренней картины здоровья. Методы, применяемые в разработанной программе, могут быть использованы в раз-

личных комплексных программах, ориентированных на формирование гармоничной (адекватной, целостной и позитивной) внутренней картины здоровья.

Полученные в результате исследования данные могут быть использованы для организации массовых скрининговых исследований при проведении первичной психопрофилактики, для выявления групп риска возникновения психосоматических заболеваний и психической дезадаптации с последующим более детальным медико-психологическим обследованием.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Характеристики внутренней картины здоровья, структурно соотносимые с ее компонентами (эмоциональный, когнитивный, поведенческий, мотивационно-ценностный) являются значимыми факторами гармонизации / дисгармонизации внутренней картины здоровья и позитивного/негативного изменения в соматическом статусе молодых людей.

2. Структура внутренней картины здоровья молодых людей обладает особенностями в зависимости от принадлежности к различным группам диспансерного наблюдения. Для молодых людей, принадлежащих к первой группе диспансерного наблюдения, характерна более гармоничная внутренняя картина здоровья. Для внутренней картины здоровья молодых людей, принадлежащих ко второй группе диспансерного наблюдения, характерна дисгармоничность, обусловленная выраженными показателями алекситимии и нервно-психической дезадаптации. Для внутренней картины здоровья молодых людей, принадлежащих к третьей группе диспансерного наблюдения, характерна дисгармоничность, обусловленная наличием алекситимии, нервно-психической дезадаптации и нарушения социального функционирования.

3. В ходе осуществления мероприятий медико-психологического сопровождения особенностями динамики характеристик внутренней картины здоровья выступают: повышение показателей качества жизни по шкалам физической активности, влиянию физического и эмоционального состояния на повседневную деятельность, самооценки психического здоровья, повышение уровня интернальности в области здоровья, снижение уровня нервно-психической дезадаптации, снижение показателей алекситимии за счет уменьшения количества испытуемых, принадлежавших к группе риска развития алекситимии; снижение уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере. Апробированная система мероприятий медико-психологического сопровождения студентов является эффективной в плане формирования более гармоничной внутренней картины здоровья и положительной динамики соматического статуса.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования докладывались и обсуждались на II Всероссийской научно-практической конференции Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал (Красноярск, 2013), конференции «Современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ. Вузовская педагогика» (Красноярск, 2013), International Conference of Young Researches (Klaipeda, 2014), международной научно-практической конференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» (Красноярск, 2014), VI Сибирском психологическом форуме «Психологическая антропология: диалог парадигм» (Томск, 2016), III Всероссийской научно-практической конференции «Педагогика и медицина в служении человеку» (Красноярск, 2016), IV-й Международной научно-практической конференции: Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал (Красноярск, 2017), VII Сибирском психологическом форуме: Комплексные исследования человека: психология (Томск, 2017), на IV Всероссийской

научно-практической конференции «Педагогика и медицина в служении человеку» (Красноярск, 2017).

Основные положения исследования докладывались на заседаниях кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом последипломного образования Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого.

**Публикации.** Материалы исследования отражены в 18 опубликованных научных работах, том числе в 4 статьях в журналах, включенных в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата наук, на соискание учёной степени доктора наук, в главах двух коллективных монографий.

**Структура и объем диссертации.** Работа выполнена на 198 страницах машинописного текста (без приложения – 191 страница), состоит из введения, четырех глав, заключения, списка условных обозначений, символов, сокращений, списка терминов и определений, списка литературы, включающего 224 источника (из них 186 отечественных и 38 зарубежных), 2 приложений. Текст диссертации иллюстрирован 35 таблицами и 21 рисунком.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обоснована актуальность исследуемой проблемы, определены объект, предмет, цель, задачи исследования, выдвинута гипотеза, определены методологические основы исследования и его теоретические основания, раскрыты научная новизна полученных результатов, теоретическая и практическая значимость, сформулированы положения, выносимые на защиту, представлены данные апробации и внедрения результатов исследования, охарактеризованы этапы и структура работы.

**В первой главе** «Теоретико-методологические аспекты исследования «внутренней картины здоровья» в психологической науке» осуществлены анализ научной литературы и систематизация данных по проблеме исследования.

**В разделе 1.1** «Представления о здоровье и «внутренней картине здоровья» в психологии» рассматриваются определения понятий «здоровье», «отношение к здоровью», «внутренняя картина здоровья», «внутренняя картина болезни». Анализируются отечественные и зарубежные концепции здоровья. Показано, что проблематика здоровья и здоровой личности находит свое отражение во многих направлениях психологии и психотерапии, проблемы здоровья и болезни трактуются как фундаментальные аспекты «способа бытия-в-мире», включенные в субъективную картину мира (Allport G., 2005; Маслоу А., 1999; Роджерс К., 2001; Мэй Р., 1994; Фромм Э., 2009).

Отмечается большое количество определений понятия «здоровье», которые не отвечают задачам медико-психологической практики в полной мере. В связи с этим анализируется вопрос о существовании здоровья, как явления, подлежащего научному исследованию (Алехин А. Н. 2015), поскольку патология и болезнь, согласно традиционной медицинской модели, являются более реальными и достоверными феноменами, чем здоровье и душевное благополучие» (Васильева О. В., Филатов Ф. Р., 2001).

В работе акцентируется внимание, что управлять состоянием собственного здоровья способен человек с высокой степенью осмысленности собственной жизни, позитивной оценкой себя и окружающего мира, т. е. с высокой жизнестойкостью (Богомаз С. А., 2011). Показано, что доминирующая в медицине естественно-научная парадигма не

способствует пониманию личностного смысла здоровья, который появляется и наполняется психологическим содержанием только в ситуации болезни или предболезни, когда возникает блокирование актуальных потребностей личности. Сегодня такой подход к оценке отношений больного человека уже не может обеспечить изучение целостной личности, а именно субъективного мира человека, его личности в ситуации здоровья, предболезни и болезни (Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю., Дубинина Е. А., 2014). Подчеркивается актуальность изучения поведения, направленного на сохранение здоровья (Антонов А. И., 1989; Шилова Л. С., 1999; Журавлева И. В., 2012). Рассматриваются представления о внутренней картине здоровья и отношении к здоровью (Смирнов В. М., Резникова Т. Н., 1983; Орлов А. Б., Каган В. Е., Ананьев В. А., Березовская Р. А. и др). Высказано мнение, что одной из основных функций внутренней картины здоровья является регуляция деятельности человека в отношении собственного поведения, направленного на поддержание здоровья и противостояние болезни, для осуществления регулирующей функции внутренняя картина здоровья должна быть гармоничной.

**В разделе 1.2** «Характеристики и структура внутренней картины здоровья» рассматривается структура внутренней картины здоровья (Ананьев В. А., 1998; Березовская Р. А., 2001), возрастные особенности внутренней картины здоровья (Блюм В. В., 2015; Русякова Е. Е., 2015; Ткаченко И. В., 2017). При этом отмечается неоднозначность трактовки как самого понятия «внутренняя картина здоровья», так и ее структуры, содержания и уровня сформированности в современных исследованиях (Меренкова В. С., 2016; Васильева О. С., 2014; Смирнова Э. В., 2017). В современных исследованиях особенностей внутренней картины здоровья отражается влияние типов семейного воспитания на сформированность внутренней картины здоровья ребенка. (Широква И. В., 2017); рассматривается роль социальных стереотипов в формировании внутренней картины здоровья в варианте нормы и при патологическом развитии (Цветкова И. В., 2012); отмечается поэтапность развития внутренней картины здоровья человека по мере его взросления (Русякова Е. Е., 2015).

**В разделе 1.3** «Современное состояние организации диспансерного наблюдения за соматическим здоровьем молодых людей» рассматривается проблема оценки физического здоровья человека, которая нашла отражение в трудах многих отечественных и зарубежных ученых. Отмечается зависимость состояния здоровья от двигательной активности (Сухарев А. Г., 1991; Меерсон Ф. З., 1981), «количество здоровья» определяется как сумма «резервных мощностей» функциональных систем, которые можно выразить через «коэффициент резерва». (Амосов Н. М., 1987; Апанасенко Г. В., 2000), описывается интегральная система, позволяющая осуществить мониторинг соматического здоровья различных групп населения и оценить текущие изменения здоровья испытуемых и эффект оздоровительных программ (Орлов В. А., Стрижакова О. В., Фетисов О. Б., 2009).

Отмечается, что профилактика является одним из самых приоритетных направлений в сфере охраны здоровья населения. Наиболее эффективными комплексными методами профилактики неинфекционных заболеваний в РФ являются диспансеризация и профилактические медицинские осмотры. Приводится описание системы медицинского диспансерного наблюдения за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами и иными состояниями (ст. 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»; Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н).

Описаны три группы диспансерного наблюдения.

Группа «здоровые» (Д 1) – это лица, которые не предъявляют жалоб и у которых в анамнезе и при осмотре не выявлены отклонения в состоянии здоровья. Наблюдение осуществляется в виде периодических медицинских осмотров. В отношении этой группы населения проводятся оздоровительные и профилактические мероприятия, направленные на предупреждение заболеваний, укрепление здоровья, пропаганда ЗОЖ.

Группа «практически здоровые» (Д 2) – лица, имеющие в анамнезе хронические заболевания без обострений в течение нескольких лет, лица с пограничными состояниями и факторами риска, часто и длительно болеющие, реконвалесценты после острых заболеваний. Наблюдение за больными, перенесшими острые заболевания осуществляется с целью устранения или уменьшения факторов риска развития заболеваний, коррекцию гигиенического поведения, повышение компенсаторных возможностей и резистентности организма, а также с целью предупреждения развития осложнений и хронизации процесса.

Группа «хронические больные» (Д 3):

– лица с компенсированным течением заболевания с редкими обострениями, непродолжительной потерей трудоспособности, не препятствующего выполнению обычной трудовой деятельности (1 раз в год);

– больные с субкомпенсированным течением заболевания, у которых отмечаются частые ежегодные обострения, продолжительная потеря трудоспособности и ее ограничение (2 раза в год);

– больные с декомпенсированным течением заболевания, имеющие устойчивые патологические изменения, необратимые процессы, ведущие к стойкой утрате трудоспособности и инвалидности (3 раза в год).

Наблюдение за лицами, отнесенными к третьей группе, осуществляется на основе плана лечебно-оздоровительных мероприятий, который предусматривает консультации врачей специалистов; диагностические исследования; медикаментозное и противорецидивное лечение; физиотерапевтические процедуры; лечебную физкультуру; санаторно-курортное лечение; санацию очагов инфекции; плановую госпитализацию; реабилитационные мероприятия.

Представлена информация о том, что во многих вузах страны за последние десятилетия почти в два раза увеличилось количество студентов с ослабленным здоровьем (Любецкий Н. П., Князев А. А., Лукьяненко В. В., 2014), также отмечается тенденция ухудшения показателей здоровья по всем возрастным группам (Назарова И. Б., 2014).

**Во второй главе** «Организация и методы исследования внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения» описаны методы, этапы исследования, характеристика выборки, представлен дизайн исследования (рисунки 1).

Исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета КрасГМУ имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, разработанными в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266. У всех респондентов получено информированное согласие на участие в исследовании.

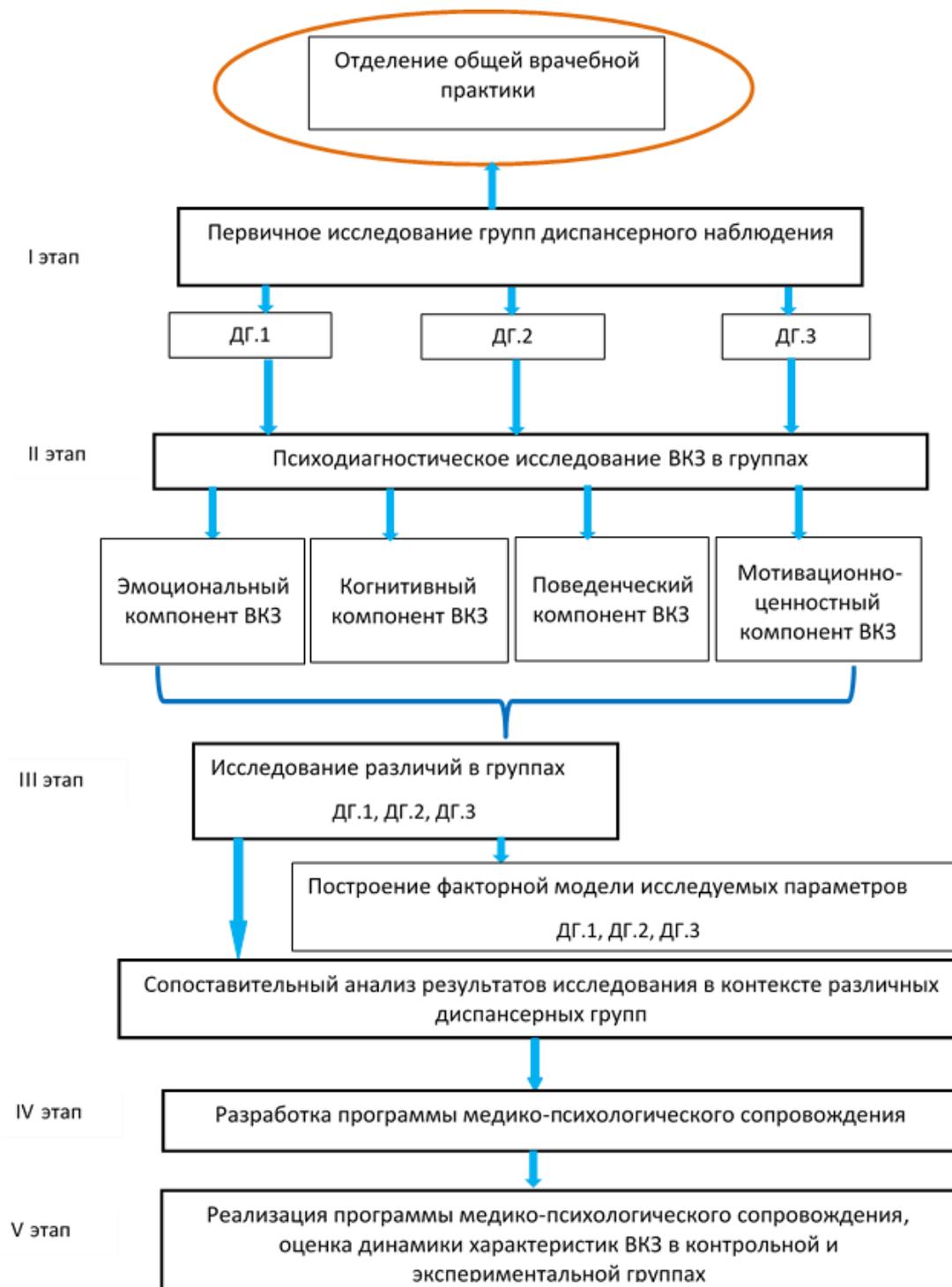


Рисунок 1 – Схема-дизайн исследования

**В разделе 2.1** «Методология и описание методов исследования» представлено обоснование выбора методологических принципов и подходов к исследованию, методологическая база исследования, на основе которой разработана программа изучения динамики характеристик внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения. Дано обоснование программы исследования и включенного в нее диагностического и статистического инструментария.

**В разделе 2.2** «Организация эмпирического исследования и характеристика выборки» представлены этапы и база исследования, дано описание выборки, включающее нозологические формы соматической патологии респондентов, принадлежащих ко второй и третьей группам диспансерного наблюдения. Данные получены в результате анализа медицинской документации по итогам медицинского осмотра.

**В разделе 2.3** «Стратегия медико-психологического сопровождения молодых людей, принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения» представлена программа медико-психологического сопровождения, целью которой является формирование более гармоничной внутренней картины здоровья и положительной динамики соматического статуса. Описаны задачи и организация программы медико-психологического сопровождения студентов группы риска, предполагающие наличие инвариантного и вариативного блоков.

Программа медико-психологического сопровождения предполагает интеграцию профессиональных усилий специалистов медицинского и психологического профилей и реализацию на протяжении длительного времени с решением различных задач медико-психологической помощи.

**В третьей главе** «Особенности внутренней картины здоровья у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения» представлены результаты эмпирического исследования.

**В разделе 3.1** «Результаты исследования внутренней картины здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения методом контент-анализа» рассматриваются результаты анализа эссе «Мое здоровье», отражающие структуру и доминирующие аспекты внутренней картины здоровья. Описывается процедура разработки индикаторов каждой категории в текстах, единицы счета и объем упоминаний, представлены кодировочные таблицы контент-анализа (классификатор контент-анализа), содержащие названия и кодировку когнитивной (А), эмоциональной (В), поведенческой (С), мотивационно-ценностной (D) и сенсорной (Е) категорий, а также содержание и кодировочный индекс семантических единиц анализа. Представлен анализ частоты встречаемости содержательных характеристик ВКЗ в группах (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение содержательных структурных компонентов ВКЗ у представителей трех групп диспансерного наблюдения (%)

Группы	Категории				
	А	В	С	D	Е
1 (n = 96)	94	96	100	95	44,8
2 (n = 110)	41,8	51,8	57,2	45,5	26,4
3 (n = 101)	49,5	42,6	48,5	51,5	31,7

Показатели второй и третьей групп свидетельствуют о том, что у значительной части респондентов данных групп отмечается дисгармоничная структура ВКЗ, обусловленная частичной представленностью ее компонентов.

**В разделе 3.2** «Результаты исследования и сравнительный анализ компонентов внутренней картины здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения» представлены результаты использования комплекса психодиагностических методик, направленных на изучение структуры и характеристик внутренней картины здоровья испытуемых принадлежащих к различным группам диспансерного наблюдения отдельно по группам и их сравнительный анализ.

При анализе результатов, полученных при исследовании психологического благополучия в трех группах, статистически значимых различий между группами не обнаружено и в то же время отмечается тенденция к снижению психологического благополучия от первой к третьей группе, так как низкий уровень ПБ составил в первой группе 25%, во второй - 28,2% и в большей степени в третьей 33,7% (таблица 2).

Результаты данного исследования свидетельствуют о том, что независимо от наличия соматического заболевания у части объективно здоровых (по результатам меди-

цинского осмотра) студентов наблюдается низкий уровень психологического благополучия также, как и у части студентов, имеющих в анамнезе хроническое соматическое заболевание, отмечается средний и высокий уровень психологического благополучия.

Таблица 2 – Индекс общего психологического благополучия в трех группах (%)

Уровень ПБ	Диспансерные группы		
	1	2	3
Высокий	17,7	16,4	11,9
Средний	57,3	55,5	54,5
Низкий	25,0	28,2	33,7

Данный факт несколько противоречит традиционному представлению о том, что состояние здоровья человека рассматривается как фактор, определяющий его психологическое благополучие. Следовательно, большее значение имеет не столько объективное состояние здоровья, сколько субъективная оценка здоровья.

С целью сравнения качества жизни студентов, принадлежащих к трем группам диспансерного наблюдения проведен анализ данных полученных по опроснику SF-36 (рисунки 2–4).

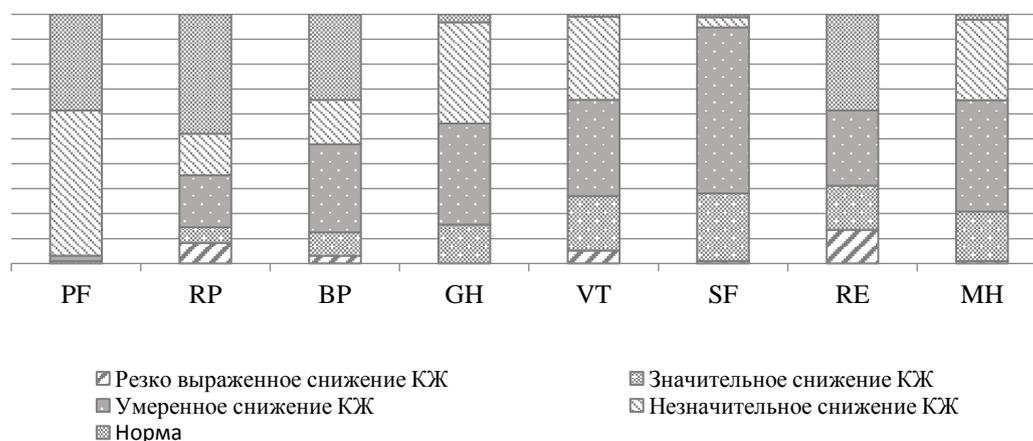


Рисунок 2 – Степень выраженности показателей КЖ у студентов 1 группы диспансерного наблюдения

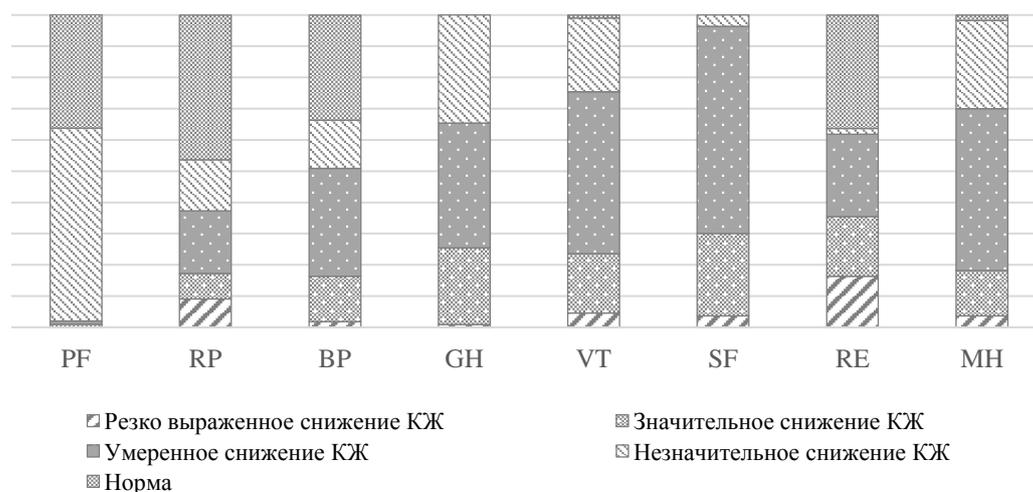


Рисунок 3 – Степень выраженности показателей КЖ у студентов 2 группы диспансерного наблюдения

В исследуемых группах отмечается наибольшее снижение качества жизни по показателям психологического компонента здоровья. Трудности в психологической сфере могут возникать из-за избытка отрицательных эмоций или недостатка положительных,

из-за снижения самооценки, повышенной тревожности в случае наличия заболевания и лечения, связанного с ним, что в свою очередь отрицательно сказывается на удовлетворенности качеством жизни. В молодом возрасте в период обучения в ВУЗе даже при отсутствии хронических заболеваний возникает множество факторов, отрицательно влияющих на психологический компонент качества жизни. Регулярные психологические и интеллектуальные нагрузки, проблемы с мышлением, памятью или вниманием проявляются напряжением нервно-психической адаптации и признаками астении. На основании этого появляется риск возникновения соматических и психосоматических заболеваний, что требует особого внимания со стороны медико-психологической службы.

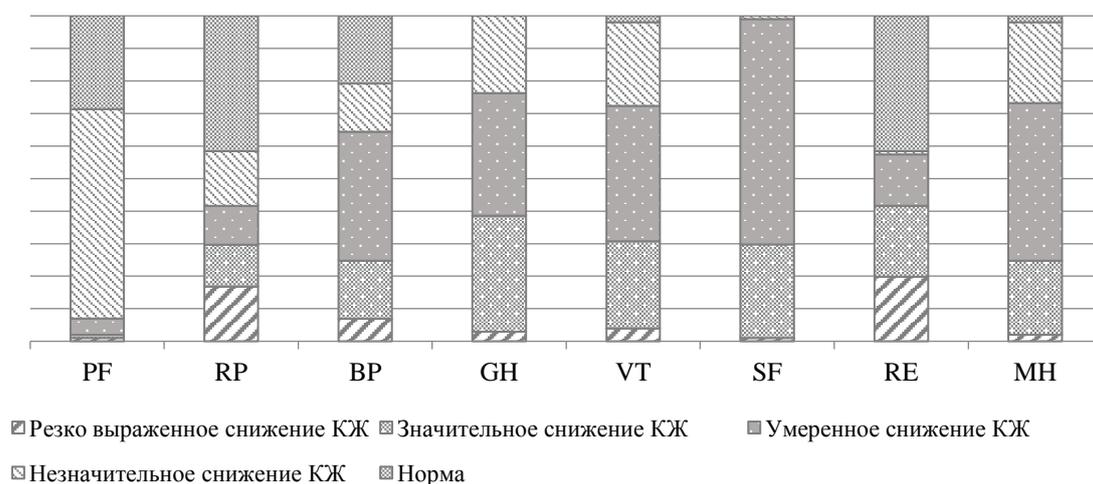


Рисунок 4 – Степень выраженности показателей КЖ у студентов 3 группы диспансерного наблюдения

При сравнительном анализе субъективной оценки качества жизни по шкале GH (общее здоровье) выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ) в 1 и 3 группах диспансерного наблюдения.

Особое внимание привлекает наличие большого количества респондентов, у которых отмечается пограничный уровень развития алекситимии, наиболее выраженный во второй группе и в третьей, а также в группе здоровых (рисунок 5).

В результате статистического анализа полученные значения, свидетельствуют о статистически значимых различиях между 1 и 3 группами. Показатель наличия алекситимии в третьей группе диспансерного наблюдения статистически значимо выше ( $p < 0,017$ ) в третьей группе, по сравнению с первой. Статистически значимых различий между 1 и 2 группами не обнаружено.

Данный факт может служить основанием для выделения данной категории респондентов наряду с теми, кто имеет выраженную алекситимию, в группу риска развития психосоматических, преневротических заболеваний и самодеструктивного поведения, а также основанием для определения их в группу медико-психологического сопровождения.

На рисунке 6 представлен сравнительный анализ результатов исследования нервно-психической адаптации в трех группах диспансерного наблюдения с распределением на группы психического здоровья.

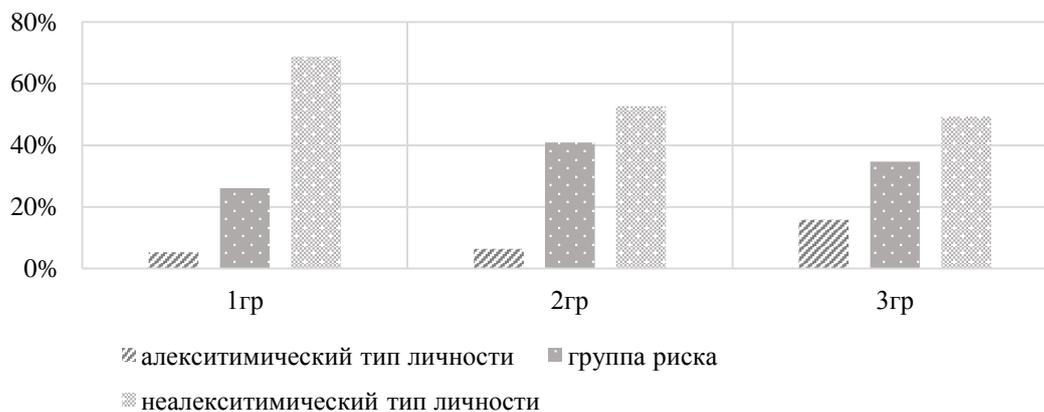


Рисунок 5 – Частота выраженности алекситимии по данным методики TAS в трех группах

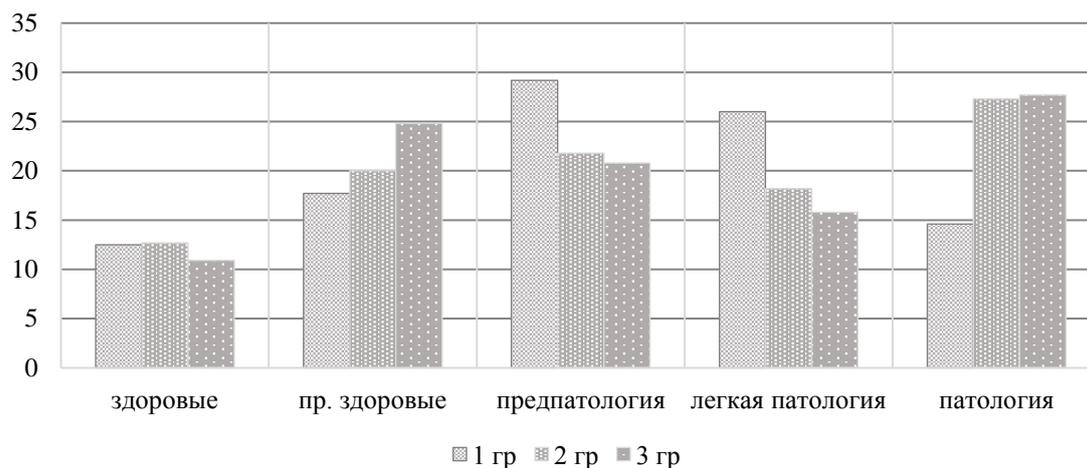


Рисунок 6 – Результаты исследования нервно-психической адаптации в трех группах диспансерного наблюдения с распределением на группы психического здоровья

Данные результаты говорят о том, что независимо от принадлежности к группе диспансерного наблюдения выявлены респонденты с неблагоприятными прогностическими признаками в сфере нервно-психического здоровья, так и с легкой патологией, а также признаками патологии. Так, в 1 группе 40,6% респондентов, во второй 45,5% и в третьей 43,5% характеризуются наличием признаков истощения и незначительным ресурсом для восстановления психического здоровья. При этом во второй (32,7%) и в третьей (35,7%) группах диспансерного наблюдения, несмотря на наличие заболевания, отмечается высокий уровень НПА, что характеризуется отсутствием симптоматики, свидетельствующей о патологических дезадаптивных проявлениях, обусловленных изменением функционирования защитной психологической системы, что, в свою очередь, может свидетельствовать об адаптивной внутренней картине болезни.

Проведенный корреляционный анализ выявил статистически значимые взаимосвязи между показателями алекситимии и нервно-психической адаптации ( $r = 0,27$ , при  $p = 0,009$ ) в 1 группе, во второй группе ( $r = 0,33$ ,  $p = 0,000$ ) и в третьей группе ( $r = 0,31$ ,  $p = 0,001$ ).

Таким образом, выявление выраженной алекситимии и ее пограничного уровня развития, а также снижение уровня психической адаптации являются основанием для определения данной категории студентов в группу риска и показанием для консультации медицинского психолога и проведения своевременной психологической коррекции.

При изучении соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах у студентов трех групп диспансерного наблюдения выявлены наиболее значимые внутренние конфликты в сферах: «счастливая семейная жизнь», «материально обеспеченная жизнь», «здоровье» и «любовь». Полученные в ходе исследования результаты (%) по уровням дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере представлены на рисунке 7.

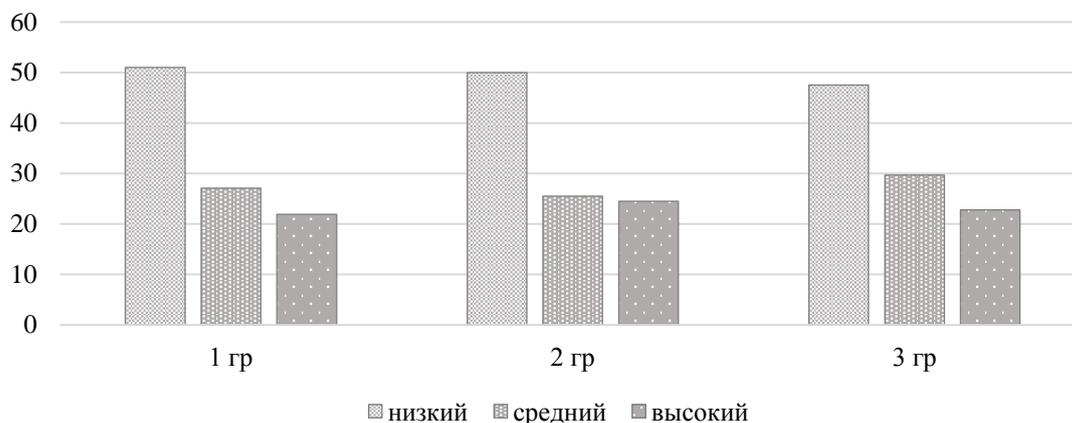


Рисунок 7 – Уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере

Таким образом, полученные данные показывают, что даже в группе здоровых 49% (высокий и средний уровень дезинтеграции личности в мотивационно-личностной сфере) респондентов можно отнести к группе риска возникновения психосоматических заболеваний. Такая же картина наблюдается во второй (50%) и третьей (52,5%) группах. Подчеркнем, что такие студенты, независимо от принадлежности к группе диспансерного наблюдения (являясь группой риска возникновения психосоматических заболеваний), нуждаются в психологической помощи.

В таблице 3 представлены результаты сравнительного анализа показателей общей интернальности в трех группах.

При анализе интернальности в области здоровья интернальный локус контроля выявлен у 40,6% респондентов первой группы, 35,5% у второй группы и у 37,6% респондентов третьей группы.

Наличие у 59,4% респондентов первой группы, 64,5% второй группы и 62,4% третьей группы экстернального локуса контроля в области здоровья, свидетельствует о том, что для них характерна экстернальная позиция «я – болезненный человек», которая определяет пассивность, отказ от рискованных мероприятий, отсутствие веры в эффективность лечения и профилактики.

Таблица 3 – Сравнительный анализ уровня субъективного контроля в трех группах

Диспансерные группы	Уровни общей интернальности		Всего
	интернальный	экстернальный	
1 группа	55,2% (53)	44,8% (43)	96
2 группа	55,5% (61)	44,5% (49)	110
3 группа	61,4% (62)	38,6% (39)	101
Всего	57,3% (176)	42,7% (131)	307

Внешний локус контроля часто определяет пониженную самооценку, чувство безысходности, депрессивный фон настроения. Человек с низкими показателями по шкале «Из» считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется, что выздоровление придет в результате действий других, прежде всего врачей (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1993). Как следствие данные психологические особенности личности не способствуют сохранению здоровья, выздоровлению и приверженности лечению.

Таким образом, результаты исследования характеристик внутренней картины здоровья у респондентов трех групп в большей мере показывают примерно одинаковое распределение показателей. Исходя из этого, негативные характеристики внутренней картины здоровья могут являться факторами, определяющими здоровых респондентов первой группы диспансерного наблюдения в группу риска развития заболеваний. А

также данные характеристики, выявленные во второй и третьей группах, могут способствовать обострениям имеющихся заболеваний и увеличению их количества в год.

**В разделе 3.3** «Факторные модели особенностей внутренней картины здоровья у представителей различных групп диспансерного наблюдения» представлены результаты исследования особенностей внутренней картины здоровья в континууме «здоровье-болезнь» у молодых людей различных групп диспансерного наблюдения.

В результате факторизации методом главных компонент с использованием вращения Varimax исходных получены факторные модели особенностей внутренней картины здоровья представителей первой, второй и третьей групп диспансерного наблюдения.

Анализ факторных моделей особенностей внутренней картины здоровья представителей различных групп диспансерного наблюдения позволяет сделать вывод о том, что полученные структурные характеристики, имеют различное содержание в зависимости от принадлежности к группе диспансерного наблюдения. Неблагополучие компонентов внутренней картины здоровья, в виде экстернальности, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, включающей в себя наличие внутреннего конфликта и внутреннего вакуума, присущи как здоровым (1 группа), так и представителям 2 и 3 групп диспансерного наблюдения и являются предпосылками развития психосоматических и ряда невротических расстройств, т.е. могут быть индикатором состояния предболезни.

Таблица 4 – Сводные результаты факторного анализа в группах диспансерного наблюдения

№ фактора	Диспансерная группа I	Диспансерная группа II	Диспансерная группа III
F1	Психологическое благополучие	Психологическое благополучие	Психологическое благополучие
F2	Интернальность	Интернальность	Уровень дезинтеграции
F3	Уровень дезинтеграции	Уровень дезинтеграции	Ментальное здоровье
F4	Общ. состояние здоровья	Интенсивность боли	Ин
F5	Интернальность в обл. зд	Алекситимия	ГН
F6			Им
F7			Алекситимия
F8			SF

**В четвертой главе** «Динамика характеристик внутренней картины здоровья в ходе медико-психологического сопровождения» представлены результаты исследования внутренней картины здоровья в экспериментальной и контрольной группах после реализации программы медико-психологического сопровождения и показана ее эффективность.

**В разделе 4.1** «Динамика характеристик внутренней картины здоровья и соматического здоровья у представителей трех групп диспансерного наблюдения в ходе медико-психологического сопровождения» представлены критерии включения в экспериментальную и контрольную группу, проанализированы результаты психологической диагностики до и после реализации программы медико-психологического сопровождения. Описаны особенности динамики характеристик внутренней картины здоровья в условиях медико-психологического сопровождения в экспериментальной группе и особенности динамики характеристик внутренней картины здоровья в условиях естественного изменения в контрольной группе в сопоставлении с результатами медицинского осмотра.

Таблица 5 – Статистические различия показателей шкал по результатам первого и второго этапов исследования в экспериментальной группе

Методика	Наименование шкал	Достоверность различий (n = 30)	
		T-эмпир.	p
Шкалы психологического благополучия	Позитивные отношения с окружающими	163.5	-
	Автономия	170.5	-
	Управление средой	<b>113.5</b>	0,01
	Личностный рост	<b>144</b>	0,05
	Цели в жизни	155	-
	Самопринятие	<b>74.5</b>	0,01
	Общее ПБ	<b>135</b>	0,05
SF-36	Общее состояние здоровья (GH)	176	-
	Физическая активность (PF)	<b>106.5</b>	0,01
	Влияние физического состояния на повседневную деятельность (RP)	<b>64</b>	0,01
	Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности (RE)	<b>66</b>	0,01
	Социальная активность (SF)	156	-
	Интенсивность боли и ее влияние на повседневную деятельность (BP)	174	-
	Жизнеспособность (VT)	156	-
	Самооценка психического здоровья (MN)	<b>113.5</b>	0,01
УСК	Интернальность общая	<b>112</b>	0,01
	Интернальность в области достижений	<b>138</b>	0,05
	Интернальность в области неудач	<b>108</b>	0,01
	Интернальность в области семейных отношений	156.5	-
	Интернальность в области производственных отношений	155	-
	Интернальность в области межличностных отношений	223	-
	Интернальность в области здоровья	<b>33.5</b>	0,01
TAS-20	Алекситимия	<b>104</b>	0,01
НПА	Нервно-психическая адаптация	<b>3</b>	0,001
УСЦД	Уровень дезинтеграции	<b>125</b>	0,05

\* T-критическое при  $p < 0,05 = 151$ , при  $p < 0,01 = 120$

Таблица 6 – Статистические различия показателей шкал по результатам первого и второго этапов исследования в контрольной группе

Методика	Наименование шкал	Достоверность различий (n=31)	
		T-эмпир.	p
Шкалы психологического благополучия	Позитивные отношения с окружающими	182	-
	Автономия	145	-
	Управление средой	<b>118</b>	0,01
	Личностный рост	168.5	-
	Цели в жизни	207.5	-
	Самопринятие	<b>74.5</b>	0,01
	Общее ПБ	238	-
SF-36		T-эмпир.	p
	Общее состояние здоровья (GH)	160	-
	Физическая активность (PF)	127	-
	Влияние физического состояния на повседневную деятельность (RP)	36	0,01
	Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности (RE)	<b>31.5</b>	0,01

Методика	Наименование шкал	Достоверность различий (n=31)	
	Социальная активность (SF)	120.5	-
	Интенсивность боли (BP)	103	-
	Жизнеспособность (VT)	186.5	-
	Самооценка психического здоровья (MN)	174	-
УСК	Интернальность общая	<b>112</b>	0,01
	Интернальность в области достижений	<b>138</b>	0,05
	Интернальность в области неудач	<b>108</b>	0,01
	Интернальность в области семейных отношений	156.5	-
	Интернальность в области производственных отношений	155	-
	Интернальность в области межличностных отношений	223	-
	Интернальность в области здоровья	<b>33.5</b>	0,01
TAS-20	Алекситимия	167,5	-
НПА	Нервно-психическая адаптация	213	-
УСЦД	Уровень дезинтеграции	247	-

\*Т-критическое при  $p < 0,05 = 163$ , при  $p < 0,01 = 130$

Данные этапных эпикризов по результатам заключений врача-терапевта Отделения общей врачебной практики в экспериментальной и контрольной группах представлены на рисунке 8.

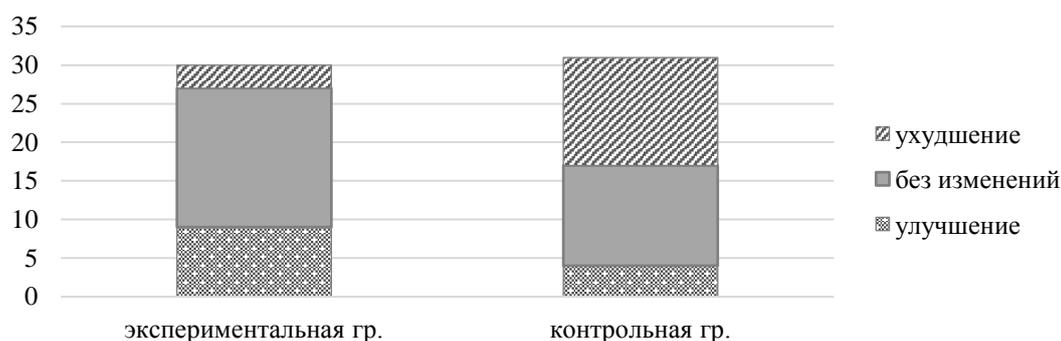


Рисунок 8 – Данные этапных эпикризов в контрольной и экспериментальной группах

В таблице 7 представлены результаты, выявляющие динамику в определении диспансерной группы респондентов контрольной и экспериментальной групп за трехлетний период диспансерного наблюдения.

Таблица 7 – Анализ сдвигов в определении группы диспансерного наблюдения в экспериментальной и контрольной группах

Группы	Этапы	1гр	2гр	3гр
Экспериментальная группа	Первый	10	10	10
	Второй	12	12	6
	Катамнестический	14	12	4
Контрольная группа	Первый	10	10	11
	Второй	6	12	13
	Катамнестический	5	12	14

**В разделе 4.2 «Результаты реализации программы медико-психологического сопровождения»** представлены показатели эффективности программы.

С целью определения эффективности программы медико-психологического сопровождения был проведен сравнительный анализ показателей внутренней картины здоровья экспериментальной и контрольной групп на первом и втором этапах исследования. Данные результаты представлены в таблице 8.

Наиболее значимые межгрупповые различия выявлены по показателям алекситимии ( $p \leq 0,01$ ), что свидетельствует о существенном изменении в эмоциональной сфере респондентов, прошедших курс программы медико-психологического сопровождения. Также выявлены статистически значимые различия в показателе «Нервно-психическая адаптация» ( $p \leq 0,01$ ). Показателями, статистически значимо отличающимися экспериментальную групп от контрольной, являются: влияние физического состояния на выполнение студентами своей повседневной деятельности ( $p \leq 0,05$ ) и влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности ( $p \leq 0,05$ ).

Таблица 8 – Статистически значимые различия результатов исследования экспериментальной и контрольной групп до и после реализации программы медико-психологического сопровождения

Наименование шкал методик	До		После	
	U <sub>Эмп</sub>	p	U <sub>Эмп</sub>	p
Алекситимия	445	-	<b>247.5</b>	$p \leq 0.01$
НПА	409	-	<b>70</b>	$p \leq 0.01$
Влияние физического состояния на повседневную деятельность	449	-	<b>332</b>	$p \leq 0.05$
Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности	354.5	-	<b>319.5</b>	$p \leq 0.05$
Ио	358.5	-	<b>328</b>	$p \leq 0.05$
Ип	351	-	<b>349.5</b>	$p \leq 0.05$
Из	422	-	<b>313.5</b>	$p \leq 0.05$
УСЦД	445	-	<b>317.5</b>	$p \leq 0.05$

\* U<sub>КР</sub>: 303 ( $p \leq 0.01$ ), 350 ( $p \leq 0.05$ )

Таким образом, полученные результаты, свидетельствуют о положительной динамике показателей внутренней картины здоровья в экспериментальной группе, что обеспечило увеличение значений в показателях психологического благополучия, качества жизни, интернальности, а также снижение показателей алекситимии, нервно-психической дезадаптации, дезинтеграции в мотивационно личностной сфере. Данные результаты выступают показателями эффективности программы медико-психологического сопровождения.

**В заключении** подводятся итоги диссертационного исследования, отмечается, что полученные результаты подтверждают выдвинутые гипотезы и положения, выносимые на защиту, приводятся основные выводы.

## ВЫВОДЫ

В ходе проведенного исследования были решены поставленные задачи, полученные результаты позволили сформулировать следующие выводы:

1. Определено, что существующее на сегодняшний день значительное количество видов и уровней ВКЗ, выделяемых исследователями как идеальный тип, можно объединить понятием гармоничная внутренняя картина здоровья. Данный вид ВКЗ формируется при условии гармоничных отношений с миром и в ее основе лежат характеристики, свойственные гармоничной личности.

2. К характеристикам гармоничной ВКЗ могут быть отнесены: нервно-психическая устойчивость, отсутствие алекситимии, психологическое благополучие, интернальный уровень субъективного контроля, высокое качество жизни, отсутствие ВВ и ВК в мотивационно личностной сфере. Наличие выраженных показателей алекситимии, нервно-психической дезадаптации и нарушения социального функционирования могут являться основаниями для отнесения данной категории респондентов в группы с дисгармоничной внутренней картиной здоровья.

3. В ходе данного исследования в каждой диспансерной группе студентов при помощи факторного анализа выделена совокупность специфических факторов психологического статуса студентов, существенно дополняющих общую клинико-психологическую картину, что позволило дифференцировать мишени для планирования системы целевого психологического воздействия по формированию гармоничной ВКЗ у студентов.

4. Выявлено, что независимо от принадлежности к группе диспансерного наблюдения существует категория студентов, особо нуждающихся в психологической помощи, которая характеризуется снижением показателей качества жизни, связанного со здоровьем, низким уровнем нервно-психической адаптации, наличием алекситимического радикала, низкого уровня психологического благополучия, экстернальностью в области здоровья и высоким уровнем дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, что выступает предиктором возникновения психосоматических заболеваний.

5. Разработанная и реализованная в ходе настоящего исследования система мероприятий медико-психологического сопровождения студентов различных диспансерных групп направлена на формирование более гармоничной внутренней картины здоровья и положительной динамики соматического статуса.

6. Эффективность программы медико-психологического сопровождения доказана путем анализа статистически значимых положительных изменений во внутренней картине здоровья при  $p < 0,01$ :

- повысились показатели качества жизни по шкалам физической активности, влиянию физического и эмоционального состояния на повседневную деятельность, самооценки психического здоровья;

- повысился уровень интернальности в области здоровья;

- снизился уровень нервно-психической дезадаптации;

- снизились показатели алекситимии за счет уменьшения количества испытуемых, принадлежавших к группе риска развития алекситимии;

- снизился уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, что свидетельствует о разрешении внутренних конфликтов, способствующих развитию психосоматических заболеваний.

К перспективам дальнейшей разработки темы исследования можно отнести: расширение и углубление представлений о внутренней картине здоровья молодых людей, относящихся к разным группам диспансерного наблюдения, уточнение критериев оценки эффективности программы медико-психологического сопровождения, а также выявление гендерных различий в динамике характеристик внутренней картины здоровья, углубленное рассмотрение структурно-содержательных характеристик внутренней картины здоровья и их взаимосвязи с соматическим и психическим здоровьем молодых людей.

На основании полученных результатов сформулированы следующие практические рекомендации:

1. Предлагается включение в единую систему медицинского профилактического осмотра программы психологической диагностики компонентов внутренней картины здоровья.

2. В деятельность психологического центра университета включить программу психологического сопровождения и психологической помощи для студентов с дисгармоничной внутренней картиной здоровья.

3. При оказании психологической помощи студентам, имеющим низкий уровень нервно-психической адаптации, дополнительно рекомендуется консультация врача-психотерапевта для исключения наличия скрытой тревожно-депрессивной симптоматики, требующей специальной коррекции и лечения.

4. Отдавать предпочтение комплексной медико-психологической помощи студентам на всех этапах ее оказания с вовлечением в процесс психолога, врача-психотерапевта, врача-терапевта и других специалистов.

### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

*Статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук:*

1. **Вишнякова Н. Н.** Субъективная оценка студентами удовлетворенности качеством жизни в зависимости от принадлежности к группе диспансерного учета / Н. Н. Вишнякова, Д. С. Каскаева // Врач-аспирант. – 2014. – № 6.2 (67). – С. 258–265. – 0,5 / 0,38 а.л.

2. **Вишнякова Н. Н.** Исследование алекситимии у студентов медицинского университета с учетом принадлежности к диспансерной группе / Н. Н. Вишнякова, Д. С. Каскаева // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – № 6 (96). – С. 73–76. – 0,25 / 0,19 а.л.

3. Колкова С. М. Ценностно-смысловая сфера личности студентов различных групп диспансерного учета / С. М. Колкова, **Н. Н. Вишнякова** // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. – 2015. – № 2 (32). – С. 166–169. – 0,25 / 0,19 а.л.

4. **Вишнякова Н. Н.** Психологическое благополучие и уровень субъективного контроля как составляющие внутренней картины здоровья студентов медицинского вуза, принадлежащих к третьей группе диспансерного наблюдения / Н. Н. Вишнякова // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). – 2018. – № 5, Т.1. – С. 293–298. – 0,43 а.л.

*Монографии:*

5. **Вишнякова Н. Н.** Психологическое здоровье населения : коллективная монография / Н. Н. Вишнякова, О. В. Волкова, Ж. Г. Дусказиева, Ю. В. Живаева, С. М. Колкова, И. О. Кононенко, И. О. Логинова, Л. Б. Соколовская, В. Б. Чупина. – Красноярск: Версо, 2015. – 188 с. – 13,73 / 1,95 а.л.

6. Нагорнова А. Ю. Дискуссионные проблемы социальной психологии : коллективная монография / А. Ю. Нагорнова [и др.]. – Ульяновск: Зебра, 2018. – 153 с. – 10,9 / 3,5 а.л.

*Статьи в прочих научных изданиях:*

7. **Вишнякова Н. Н.** Медико-психологическое сопровождение студентов различных диспансерных групп в образовательном процессе / Н. Н. Вишнякова, И. О. Кононенко // Современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ. Вузовская педагогика : материалы конференции. Красноярск, 19–20 февраля 2013 г. – Красноярск, 2013. – С. 282–284. – 0,19 / 0,13 а.л.

8. **Вишнякова Н. Н.** Факторные модели личностных особенностей представителей различных групп диспансерного учета [Электронный ресурс] / Н. Н. Вишнякова, И. О. Логинова, Д. С. Каскаева // Медицинская психология в России. – 2013. – № 3 (20). – URL: [http://www.mprj.ru/archiv\\_global/2013\\_3\\_20/nomer/nomer12.php](http://www.mprj.ru/archiv_global/2013_3_20/nomer/nomer12.php) (дата обращения 21.05.2018). – 0,94 / 0,65 а.л.

9. **Вишнякова Н. Н.** Сравнительный анализ самооценки здоровья и уровня субъективного контроля в области здоровья у представителей различных групп диспансерного учета / Н. Н. Вишнякова, Н. И. Дьякова, Г. В. Сенченко // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Красноярск, 22–23 ноября 2013 г. – Красноярск, 2013. – С. 153–159. – 0,44 / 0,31 а.л.

10. **Вишнякова Н. Н.** Внутренний конфликт как фактор риска возникновения психосоматических заболеваний / Н. Н. Вишнякова, И. О. Кононенко // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы международной научно-практической конференции. Красноярск, 28–29 ноября 2014 г. – Красноярск, 2014. – С. 127–134. – 0,5 / 0,35 а.л.

11. **Vishnyakova N.** Research of personality locus control in the field of health in groups of different somatic status / N. Vishnyakova, I. Loginova // International Conference of Young Researchers : proceedings. Klaipeda, 2014 г. – Klaipeda, 2014. – P. 122–125. – 0,25 / 0,19 а.л.

12. **Вишнякова Н. Н.** Особенности алекситимии и нервно-психической адаптации у студентов различных диспансерных групп учета / Н. Н. Вишнякова // Психологическая антропология: диалог парадигм : сборник материалов VI Сибирского психологического форума. Томск, 12–14 ноября 2015 г. – Томск, 2016. – С. 54–59. – 0,31 а.л.

13. **Вишнякова Н. Н.** Нервно-психическая адаптация как показатель психического здоровья / Н. Н. Вишнякова // Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири : сборник тезисов научно-практической конференции. Красноярск, 24–25 марта 2016 г. – Томск, 2016. – С. 38–42. – 0,25 п.л.

14. **Вишнякова Н. Н.** Взаимосвязь целостности внутренней картины здоровья с уровнем нервно-психической адаптации у первокурсников / Н. Н. Вишнякова, Н. И. Дьякова // Педагогика и медицина в служении человеку : материалы III Всероссийской научно-практической конференции. Красноярск, 01 декабря 2016 г. – Красноярск, 2016. – С. 206–214. – 0,56 / 0,39 а.л.

15. **Вишнякова Н. Н.** Взаимосвязь выраженности алекситимии и уровня психологических защит у студентов медицинского вуза / Н. Н. Вишнякова, Н. И. Дьякова // Педагогика и медицина в служении человека : сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции. Красноярск, 29 ноября 2017 г. – Красноярск, 2017. – С. 514–523. – 0,71 / 0,4 а.л.

16. **Вишнякова Н. Н.** Соотношение ценности и доступности в различных жизненных сферах у студентов соматическими заболеваниями / Н. Н. Вишнякова // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы IV Международной научно-практической конференции. Красноярск, 23–24 ноября 2017 г. – Красноярск, 2017. – С. 68–73. – 0,44 а.л.

17. **Вишнякова Н. Н.** Теоретические подходы к понятию «внутренняя картина здоровья» / Н. Н. Вишнякова, И. О. Кононенко // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы IV Международной научно-практической конференции. Красноярск, 23–24 ноября 2017 г. – Красноярск, 2017. – С. 88–94. – 0,44 / 0,33 а.л.

18. **Вишнякова Н. Н.** Динамика показателей внутренней картины здоровья студентов, принадлежащих к третьей группе диспансерного наблюдения / Н. Н. Вишнякова // Комплексные исследования человека: психология : материалы VII Сибирского психологического форума. Томск, 28–29 ноября 2017 г. – Томск, 2017. – Ч. 2 : Здоровье человека на пути к постинформационному обществу. – С. 35–39. – 0,25 а.л.

Издание подготовлено в авторской редакции.  
Отпечатано на участке цифровой печати  
Издательского Дома Томского государственного университета  
Заказ № 08-1018 от «05» октября 2018 г. Тираж 100 экз.  
г. Томск Московский тр.8 тел. 53-15-28