

ИМПЛИЦИТНАЯ И ЭКСПЛИЦИТНАЯ ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ¹⁰

*Дудченко З.Ф., Никифоров Г.С., Родионова Е.А., Доминяк В. И.,
Фонтанецкая Е.Г. (Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия)*

zoyadudchenko@yandex.ru professional.psychology@spbu.ru

e.rodionova@spbu.ru v.dominiak@gsom.spbu.ru

йтрлщшгдшш шшш.' 31.07.2019

qrшшшшшш шшш.' 02.08.2019

щшшщшшшш ршшшшшшш шшш.' 13.09.2019

В статье приводятся данные исследования имплицитной и эксплицитной оценки отношения к здоровью. Объектом выступили 101 респондент, в среднем возрасте 24 года и стажем работы около 3-х лет. Измерялись: имплицитная оценка интрасубъектных факторов профессионального здоровья (компьютерная методика «Ментальная карта здоровья»), эксплицитная оценка интрасубъектных факторов профессионального здоровья (методика «Тип отношения к болезни»), состояние здоровья (опросник ВОЗ-26 для оценки качества жизни).

Результаты. Респонденты, имеющие положительную имплицитную оценку отношения к здоровью и болезни характеризуется более высокими показателями здоровья. Респонденты, имеющие отрицательную имплицитную оценку отношения к здоровью и болезни характеризуется тревожным отношением к здоровью. Респонденты с разной имплицитной оценкой отношения к здоровью имеют различное состояние здоровья и различия в эксплицитной оценке здоровья. Таким образом, интрасубъектные факторы профессионального здоровья имеют различия в эксплицитной и имплицитной оценке и соотносятся с состоянием здоровья.

Ключевые слова: *профессиональное здоровье, имплицитное и эксплицитное отношение к здоровью, состояние здоровья.*

Профессиональное здоровье является системным свойством субъекта деятельности, которое обеспечивает его работоспособность, эффективность, а также сбалансированное профессиональное развитие специалиста во всех условиях протекания профессиональной деятельности. Профессиональное здоровье понимается как совокупность физиологического, психологического и социального компонентов благополучия в период трудовой деятельности, а также отсутствие у субъекта деятельности травм и профессиональных болезней. На сегодняшний день актуальны исследования, посвященные изучению факторов профессионального

¹⁰ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, Грант № 18-01300568.

здоровья, с целью разработки и реализации программ, направленных на поддержание здоровья сотрудников в организациях. [4]

Среди факторов профессионального здоровья выделяют внесубъектные, интересубъектные и интрасубъектные факторы. Организационные, средовые и социальные факторы рассматриваются как внесубъектные ресурсы. В группу интересубъектных факторов (ресурсов) входят удовлетворенность трудом, принадлежность индивида к профессиональному сообществу, степень возможности реализации своего профессионального потенциала, субъективная оценка собственной профессиональной востребованности в обществе, свой профессиональный авторитет, а также уровень устойчивости к стрессам, возникающим в профессиональной деятельности человека. Группа интрасубъектных факторов (ресурсов) включает отношение к здоровью, внешний локус контроля здоровья, ответственность за собственное здоровье, личностный уровень стрессоустойчивости и др. [1]

Представляет интерес изучение феномена «отношение к здоровью» как интрасубъектного фактора профессионального здоровья с позиции имплицитной и эксплицитной оценки. Исследования показывают, что имплицитная оценка оказывает влияние на поведение, связанное со здоровьем, т.е. чем более согласованы между собой неосознаваемые и осознаваемые оценки отношения к здоровью, тем чаще принимаются решения в пользу поддержания здоровья. [2, 3, 5, 6]

Целью проведенного эмпирического исследования явилось изучение имплицитной и эксплицитной оценки отношения к здоровью. Объектом исследования выступили респонденты, работающие и имеющие в среднем стаж работы 3 года, средний возраст 24 года. Предмет исследования - имплицитная и эксплицитная оценка отношения к здоровью. Гипотеза исследования состояла в том, что отношение к здоровью имеет различия в эксплицитной и имплицитной оценке и соотносится с состоянием здоровья. Были высказаны предположения о том, что респонденты, имеющие положительную имплицитную оценку отношения к здоровью и болезни характеризуются более высокими показателями здоровья; респонденты, имеющие отрицательную имплицитную оценку отношения к здоровью и болезни характеризуются тревожным типом. В соответствии с заявленной целью и выдвинутыми гипотезами, были поставлены следующие эмпирические задачи: исследовать качество жизни и состояние здоровья респондентов; изучить имплицитную и эксплицитную оценку отношения к здоровью.

Для проведения исследования использовались следующие методики: компьютерная методика «Ментальная карта здоровья», предназначенная для выявления имплицитной оценки отношения к здоровью; методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанная для изучения эксплицитной оценки отношения к болезни; опросник ВОЗ-26 (WHOQOL-BREF) для оценки качества жизни и состояния здоровья. Для проведения статистической обработки данных были использованы статистические возможности программ MS Excel и SPSS 22.

Исследование состояния здоровья и качества жизни показало, что по всем шкалам опросника ВОЗ-26 были выявлены средние показатели. Физическое и психологическое благополучие - 47,8 баллов. Респонденты в большинстве случаев не нуждаются в какой-либо медицинской помощи для поддержания нормального функционирования в своей повседневной жизни. Имеют достаточно энергии для жизнедеятельности, удовлетворены своим сном и трудоспособностью. Самовосприятие - 46,0 баллов. Респонденты вполне довольны своей жизнью, считают, что их жизнь в большинстве времени наполнена смыслом. Редко испытывают отрицательные переживания, например: плохое настроение, отчаяние, тревога или депрессия. Микросоциальная поддержка - 38,1. Респонденты в средней степени удовлетворены личными взаимоотношениями, оценивают свою сексуальную жизнь как «ни хорошо, ни плохо», удовлетворены поддержкой, которую они получают от своих друзей. Социальное благополучие - 43,1. Респонденты чувствуют себя достаточно безопасно в повседневной жизни, считают, что физическая среда вокруг является приемлемо здоровой. Респонденты располагают достаточным количеством средств для удовлетворения основных потребностей, имеют доступ к необходимой для них информации. Качество жизни - 3,6. Респонденты склонны оценивать качество жизни на уровне выше среднего, в среднем оценивают как «хорошо». Состояние здоровья - 3,3. Респонденты склонны оценивать своё здоровье как нечто среднее между удовлетворен/неудовлетворен, склоняясь в сторону удовлетворения.

Исследование эксплицитной оценки отношения к болезни (методика «Тип отношения к болезни - ТОБОЛ») выявило смешанный тип отношения к болезни, включающий в себя три типа: эргопатический (14,4), анозогнозический (13,7) и сенситивный (12,3).

Эргопатический тип характеризуется реакцией «ухода в работу от болезни». Респонденты избирательно относятся к обследованию и лечению, поскольку хотят продолжать работать, несмотря на тяжесть болезни. Стремятся сохранить свой статус профессионала в глазах коллег и продолжить активную трудовую деятельность в прежнем качестве.

Анозогнозический тип предполагает отрицание и игнорирование симптомов проявления болезни. Респонденты склонны отбрасывать мысли о болезни, если же респонденты признают болезнь, то продолжают не думать о её последствиях. Проявляют тенденцию рассматривать все проявления и симптомы болезни, как не требующие их внимания, воспринимают как случайные колебания самочувствия. Отмечается тенденция отказа от медицинского обследования, наоборот проявляется желание разбираться самостоятельно, надеяться на то, что всё само обойдется. Сенситивный тип характеризуется склонностью проявлять чрезмерную ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые они могут произвести на окружающих. Респонденты опасаются, что их

будут жалеть окружающие, либо считать неполноценными, относиться пренебрежительно или с опаской, распускать слухи или сплетни, а возможно даже избегать общения с больным – всё это неблагоприятно сказывается на состоянии больного. Опасаются, что станут создавать сложности для близких людей и окружения, чем вызовут неблагоприятное отношение к себе.

На основании полученных данных изучения имплицитной оценки отношения к здоровью (компьютерная методика «Ментальная карта здоровья») вся выборка была разделена на 4 группы. В первую вошли респонденты с положительным отношением к здоровью и отрицательным отношением к болезни, в процентном соотношении их количество равно 45% от всей выборки. Вторая группа включает в себя респондентов с положительным отношением к здоровью и болезни – 41%. В третью группу вошли респонденты с отрицательным отношением к здоровью и положительным отношением к болезни – 5%. В четвертую группу вошли респонденты с отрицательным отношением к здоровью и болезни – 10%

Первая группа относится к типу 1 (стремление-избегание), респонденты данной группы стремятся к состоянию здоровья и избегают болезни. По причине избегания болезни возможно формирование хронических заболеваний или проявление обострений заболеваний. В профессиональной деятельности такие сотрудники будут демонстрировать умеренный уровень заболеваемости и травматизма, который будет связан с «внезапными» проявлениями заболеваний.

Вторая группа относится к типу 2 (стремление-принятие) – адаптивный тип, в данной группе респонденты стремятся к состоянию здоровья и при этом не избегают состояние болезни, а наоборот, расположены к нему и воспринимают болезнь как путь к здоровью. В профессиональной деятельности такие сотрудники будут демонстрировать минимальный уровень заболеваемости и травматизм.

Третья группа относится к типу III (избегание-стремление) – в данном случае для респондентов характерен «уход» в болезнь при неблагоприятных внешних условиях. Умеренный уровень заболеваемости и травматизма.

Четвертая группа относится к типу IV (избегание-избегание). Для респондентов данной группы характерно избегание обоих состояний, что предполагает наличие третьего, худшего состояния. Высокий уровень заболеваемости и травматизма с серьезными последствиями.

Между группой респондентов с положительным отношением к здоровью и болезни и группой респондентов с положительным отношением к здоровью и отрицательным отношением к болезни статистически значимых различий не было выявлено.

Между группой респондентов с положительным отношением к здоровью и болезни и группой респондентов с отрицательным отношением к здоровью и положительным отношением к болезни выявлены статистически значимые различия по ипохондрическому типу эксплицитной оценки отношения к болезни

($p \leq 0,04$). Респонденты с отрицательным отношением к здоровью и положительным отношением к болезни чаще склонны сосредотачиваться на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях (9,00), чем респонденты с положительным отношением к здоровью и болезни (4,88). Они проявляют стремление постоянно рассказывать о своих субъективных ощущениях врачам, медперсоналу, родственникам, друзьям и окружающим. Склонны выискивать несуществующие болезни и страдания.

Между группами респондентов с положительным отношением к здоровью и болезни и группой респондентов с отрицательным отношением к здоровью и болезни обнаружены статистически значимые различия в оценке состояния здоровья ($p \leq 0,03$) и эксплицитной оценке отношения к болезни в проявлении тревожного типа реагирования ($p \leq 0,03$). У респондентов с отрицательным отношением к здоровью и болезни оценка состояния здоровья ниже (2,60), чем у респондентов с положительным отношением к здоровью и болезни (3,44). Также следует отметить, что респонденты с отрицательным отношением к здоровью и болезни значительно более тревожны (11,00), чем респонденты с положительным отношением к здоровью и болезни (6,51). Респонденты с отрицательным отношением к здоровью и болезни проявляют непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Они проводят поиск новых способов лечения, дополнительной информации, поиск “авторитетов”, характерна частая смена лечащего врача. В большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям.

Между группами респондентов с положительным отношением к здоровью и отрицательным отношением к болезни и группой респондентов с отрицательным отношением к здоровью и положительным отношением к болезни обнаружены статистически значимые различия в апатическом ($p \leq 0,04$) и паранойальном ($p \leq 0,02$) типе эксплицитной оценки отношения к болезни. Респонденты с положительным отношением к здоровью и отрицательным отношением к болезни реже склонны безразлично относиться к своей судьбе, исходу болезни и результатам лечения (4,36), чем респонденты с отрицательным отношением к здоровью и положительным отношением к болезни (10,80). Респонденты с положительным отношением к здоровью и отрицательным отношением к болезни реже считают, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла (4,60), чем респонденты с отрицательным отношением к здоровью и положительным отношением к болезни (9,20). Респонденты из последней группы значительно чаще проявляют подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам.

Обнаружены статистически значимые различия между группой респондентов с положительным отношением к здоровью и отрицательным отношением к болезни и группой с отрицательным отношением к здоровью и болезни в тревожном ($p \leq 0,04$) и сенситивном ($p \leq 0,04$) типе эксплицитной оценки отношения к болезни. Респонденты с положительным отношением к здоровью и отрицательным отношением к болезни значительно реже тревожатся (7,64), чем респонденты с отрицательным отношением к здоровью и болезни (11,00). Респонденты из последней группы значительно чаще испытывают непрерывное беспокойство и проявление мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. При отрицательном отношении к здоровью и болезни респонденты чаще прибегают к поиску новых способов лечения, дополнительной информации, поиску “авторитетов”, чаще меняют лечащего врача. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности. Респонденты с положительным отношением к здоровью и отрицательным отношением к болезни значительно реже чувствуют себя ранимыми, уязвимыми, озабоченными возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни (11,22), чем респонденты с отрицательным отношением к здоровью и болезни (17,40). Респонденты этой группы переживают опасения, что окружающие станут жалеть, считать их неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с ними. При отрицательном отношении к здоровью и болезни респонденты также переживают страх стать обузой для близких из-за болезни и испытать неблагоприятное отношение с их стороны. Чаще проявляются колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

Для выборки в целом характерны средние показатели физического и психологического благополучия. Характерен смешанный тип реагирования на болезнь, который включает в себя эргопатический, анозогнозический, сенситивный типы. Исследование имплицитной оценки отношения к здоровью выявило, что основная часть респондентов положительно относится к здоровью и положительно к болезни или положительно к здоровью и отрицательно к болезни.

Респонденты, имеющие положительную имплицитную оценку отношения к здоровью, и болезни характеризуются более высокими показателями здоровья. Респонденты, имеющие отрицательную имплицитную оценку отношения к здоровью, и болезни характеризуется тревожным типом отношением к болезни.

Литература

1. **Водопьянова Н.Е.** Современные концепции ресурсов субъекта профессиональной деятельности // Вестник СПбГУ, 2015, № 1. С. 45 – 54.

2. **Дудченко З.Ф., Родионова Е.А., Никифоров Г.С., Доминяк В.И.** Ценностное отношение к здоровью и здоровому образу жизни у студентов на этапе профессиональной подготовки // Материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием «Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход». 22-23 ноября 2018 г. / Под ред. **Ткаченко П.В.**, Курск: КГМУ, 2018. 1 электр. диск. С.101-107.
3. **Родионова Е.А., Доминяк В.И., Дудченко З.Ф., Никифоров Г.С.** Ценностно-мотивационный компонент отношения к здоровью // Сборник статей 23-й Международной науч.-практ. конференции «World Science:Problems and Innovations», Пенза, 30 августа 2018г.: МЦНС «Наука и просвещение», 2018. С. 309-312.
4. **Шингаев С.М.** Профессиональное здоровье руководителей и проблемы повышения профессиональной квалификации // Человек и образование, 2013, № 4. С. 103 – 106.
5. **Rodionova E., Dominiak V., Nikiforov G., Dudchenko Z.** Attitude to health as a factor of accident-free truck drivers // Proceedings of the II International Scientific-Practical Conference "Psychology of Extreme Professions" (ISPCPEP 2019)/ Editors:Yana Korneeva, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov, Russia Maria Korehova, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov, Russia Part of series 2019, Volume – 321, pp. 172-174.
6. **Greenwald A.G., Banaji, M.R., Rudman, L.A.** et al. A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem and self-concept. Psychological Review 2002, No.109(1), pp. 3-25.

IMPLICIT AND EXPLICIT ASSESSMENT OF ATTITUDE TO HEALTH

Dudchenko Z.F., Rodionova E.A., Nikiforov G.S., Dominiak V.I., Fontanetskaya E.G. (Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia)

To study the characteristics implicit and explicit attitude to health, 101 respondents were examined, with an average age of 24 years and work experience of about 3 years. The following were measured: implicit assessment of attitude to health (computer technique "Mental map of health"), explicit assessment of attitude to health (method "Type of attitude to disease"), health status (The world health organization quality of life WHOQOL -brief). Respondents who have a positive implicit assessment of attitudes to health and disease are characterized by higher health indicators. Respondents who have a negative implicit assessment of the relationship to health and disease are characterized by a disturbing attitude to health. Respondents with different implicit health assessments have different health conditions and differences in explicit health assessments.

Keywords: *attitude to health, implicit and explicit attitude to health.*

МАРКЁРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПРИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМ ПОВЕДЕНИИ У СОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: РЕЗУЛЬТАТЫ АНОНИМНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО С ПРИМЕНЕНИЕМ ГУГЛ-ОПРОСА

*Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.Е., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю.
(ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия)*

enikolopov@mail.ru

ύπερλαψυγδών ωδι.' 09.08.2019

φρωφουών ωδι.' 03.08.2019

φρωφρωφωών ρύφωών ωδι.' 13.09.2019

Широкая распространённость самоповреждающего поведения и его коморбидность с суицидальным поведением обуславливает актуальность его исследования. Данные опроса 128 человек, из которых 109 женщин и 19 мужчин в возрасте от 18 до 49 лет.

Методы: анонимный опрос в интернете с использованием гугл-форм. Были заданы вопросы относительно характера самоповреждающего поведения, а также ряд вопросов из методики SCL-90-R. Статистическая обработка данных проводилась в статпакете SPSS с использованием непараметрического критерия U-Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена. Выделены следующие маркёры риска самоповреждающего поведения: демонстративное поведение, включающее в себя прилюдное нанесение самоповреждений, трудности с установлением эмоционально близких отношений с другими людьми, увеличение употребления слова «кровь» в речи.

Ключевые слова: суицидальный риск, самоповреждающее поведение, интернет-опрос, интернет-технологии.

Самоповреждающее поведение знакомо людям с глубокой древности, в самых разных религиозных традициях оно используется как «путь усмирения плоти», достижения особенного эмоционального состояния, «просветления», «особая духовная практика» - то есть как способ изменить текущее эмоциональное состояние на желаемое и/или что-то сообщить другим людям. С появлением интернет-технологий стало возможно оценить истинные масштабы распространённости самоповреждающего поведения. При этом, феноменологическое сходство суицидального и самоповреждающего поведения, а также высокая частота одновременной их представленности ставит перед специалистами задачу определения уровня суицидального риска и выявления факторов, указывающих на него, что и определяет актуальность данного исследования. Кроме того, ряд исследователей [6] рассматривают самоповреждающее поведение как переходный феномен, имеющий десенсибилизационное значение, укрепляющий