

ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ В КОНТЕКСТЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ¹

Петраш М. Д.¹, Муртазина И. Р.²

¹Петраш Марина Дмитриевна / Petrash Marina Dmitrievna - кандидат психологических наук;

²Муртазина Инна Ралифовна / Murtazina Inna Ralifovna - инженер-исследователь,
кафедра психологии развития, дифференциальной психологии,
Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

Аннотация: в статье представлены данные исследования параметров самосохранительного поведения и здорового образа жизни у студентов медицинского профиля в связи с типом отношения к болезни. Выявлена специфика самосохранительной направленности, изучены особенности профессионального развития на этапе начала профессионального развития, рассмотрены факторы здорового образа жизни и тип отношения к болезни у молодых людей. Обнаружена специфика проявления типа отношения к болезни в зависимости от уровня самосохранительной направленности.

Ключевые слова: тип отношения к болезни, самосохранительное поведение, здоровый образ жизни, студенты.

В современном мире проблема здоровья населения приобретает сегодня всё большую актуальность и значимость, что обусловлено огромной ролью здоровья в развитии как отдельно взятой личности, так и общества в целом.

Здоровье является важнейшим условием полноценной и активной жизнедеятельности человека, поскольку здоровый индивид имеет больше возможностей повысить свой социальный статус, чем индивид, страдающий определенными заболеваниями или имеющий патологии.

Говоря о факторах, определяющих здоровье человека, Ю. П. Лисицын отмечает, что порядка 50% всех влияний приходится на образ жизни индивида [4]. Иными словами, то, насколько человек будет здоров или не здоров, в большей степени зависит от него самого: от его установок, ценностей, действий, усилий. Как пишет Н. М. Амосов, «... чтобы быть здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные, заменить их ничем нельзя» [1]. Безусловно, различные нематериальные и материальные факторы также оказывают определенного рода влияние на здоровье человека, но, в конечном итоге, выбор конкретного образа жизни определяется им самим в соответствии с его жизненными установками. Так, будучи приверженцем определенного образа жизни, человек может, как наносить непоправимый вред своему здоровью, так и укреплять его, приносить пользу.

Одним из вариантов образа жизни, научный интерес к которому неуклонно растет, а также к которому стремится всё большее число людей, является здоровый образ жизни.

Понятие «здоровый образ жизни», представляющее собой концентрированное выражение взаимосвязи здоровья человека и его образа жизни, в силу своей многогранности и недостаточной разработанности самой проблемы на сегодняшний день однозначно не определено. В обыденном сознании представление о здоровом образе жизни чаще всего связывается с отсутствием вредных привычек, правильным питанием и регулярными занятиями спортом. Что же касается уровня научного осмысления данного понятия, то здесь существует множество различных вариантов его толкования (Лисицын Ю. П., Лаптев А. П., Изуткин Д. А., Доброрадова Л. В., Алмагамбетова Д. Т., Гарипова А. З., Чумаков Б. Н. и др.), однако нет единого мнения среди авторов на этот счет.

Как отмечает З. Ф. Дудченко, всё многообразие определений здорового образа жизни может быть разделено на два подхода. Первый подход рассматривает здоровый образ жизни как поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья, преодоление факторов риска развития различного рода заболеваний, как комплекс оздоровительных мероприятий, способствующих гармоничному развитию, повышению работоспособности, продлению творческого долголетия. В рамках второго подхода подчеркивается значимость активности самого человека в направлении сохранения здоровья и создания оптимальных условий для здоровья в процессе реализации различных функций [3].

В результате анализа ряда существующих дефиниций здорового образа жизни нами были выделены некоторые особенности данного феномена. Так, реализация и поддержание здорового образа жизни требуют от человека активности, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья. Здоровый образ жизни включает в себя всё то, что помогает человеку выполнять свои общественные, профессиональные, бытовые и прочие функции в оптимальных для его здоровья и развития условиях. Здоровый образ жизни направляет деятельность человека в сторону укрепления и развития индивидуального и общественного здоровья. Кроме того, здоровый образ жизни неразрывно связан с

¹ Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 16-06-00315.

условиями деятельности человека и выходит за рамки самой деятельности, зачастую определяясь этими условиями.

В профессиональной среде здоровый образ жизни, как правило, рассматривается сквозь призму самосохранительного поведения. Понятие самосохранительного поведения является демографическим термином и подразумевает под собой систему целесообразных действий и отношений человека, направленных на сохранение продуктивности и благополучия в физическом, психологическом и социальном аспектах [5, 8]. Антоновым А. И. самосохранительное поведение определяется как система действий и отношений, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, установка на продление срока жизни в пределах этого цикла [2]. Результатом самосохранительного поведения индивида является определенный уровень состояния его здоровья и продолжительности жизни.

На наш взгляд, одним из факторов, влияющим на предпочтение человеком здорового образа жизни, является его отношение к болезни. Однако стоит обратить внимание на то, что в ходе анализа научной литературы было обнаружено достаточно большое количество исследований, посвященных выявлению и изучению типов отношения к болезни у лиц с различными заболеваниями (Щукина Е. Г., Булыгина Л. С., 2006; Андреичева Е. Н., 2010; Корнеева В. А., Величинская О. А., Кундер Е. В., 2010; Невзорова Н. С., 2013; Зубарева О. А., 2014; Фомин А. В., Кирпиченко А. А., Фомин Ф. А., 2014; Ганич М. К., 2016; Фомин Ф. А., 2016 и др.). Что же касается отношения к болезни у лиц условно здоровых, то надо отметить, что изучению данного вопроса внимание, как правило, не уделяется. Хотя очевидно, что любой человек, независимо от того, имеется у него объективно зафиксированное заболевание или какая-то патология, требующая постоянного медицинского наблюдения, или нет, тем не менее, обладает определенным отношением к болезни как к потенциально возможному состоянию здоровья. Кроме того, на наш взгляд, каждый человек имеет некоторую идеальную модель, представление о том, каким образом он будет вести себя в том случае, если заболеет. Отношение к болезни, как и любое иное отношение, является индивидуальным, сознательным, т.е. отражает индивидуальный, или личностный, уровень [7].

Большинство исследователей, занимающихся проблемой отношения к болезни, выделяют минимум три фактора, влияющих на формирование отношения человека к болезни:

- 1) преморбидные особенности личности;
- 2) природа самого заболевания;
- 3) социально-психологические факторы.

Если детально проанализировать выделенные факторы, то становится понятным, что их также можно отнести и к числу факторов, способствующих формированию «здорового образа жизни». В связи с этим, мы будем придерживаться мнения, что тип отношения к болезни является одним из показателей, обуславливающих отношение человека к своему здоровью и здоровому образу жизни.

Цель нашего исследования состояла в изучении взаимосвязи типа отношения к болезни с самосохранительной направленностью молодых людей на начальном этапе профессионального развития. Нами было выдвинуто предположение о том, что выраженная самосохранительная направленность личности связана с типом отношения к болезни таким образом, что типы, обуславливающие нарушение социальной адаптации, будут негативно сказываться на отношении к своему здоровью. Также предполагается, что внимательное отношение к своему здоровью будет способствовать благоприятному пути профессионального развития, что особенно значимо на начальном этапе профессионализма.

Актуальность изучения типов отношения к болезни на начальном этапе профессионального развития – у молодежи – обусловлена, прежде всего, тем, что в рамках данного этапа возрастного и профессионального развития возможно внесение некоторых изменений, корректировка системы поведения и отношения к болезни и своему здоровью.

Следует отдельно выделить специфику выборки представленного исследования. Обращение к студентам, обучающимся в высшем учебном заведении медицинского профиля, обусловлено тем, что именно данная профессиональная направленность, знание особенностей человеческого организма, а также его функционирования, предполагает, на наш взгляд, особое отношение к состоянию своего здоровья и самосохранительному поведению.

В исследовании приняли участие 127 студентов первого курса, получающих образование по медицинским специальностям в высших учебных заведениях г. Санкт-Петербурга. Средний возраст составил 18 лет.

Для изучения самосохранительного поведения/здорового образа жизни нами была составлена анкета, включающая в себя вопросы, связанные с ответственным отношением к своему здоровью, особенностями поведения, умением справляться со стрессовыми ситуациями и выстраивать межличностное взаимодействие. Отдельная анкета была посвящена проблеме непосредственного отношения к своему здоровью. В результате факторизации данных, нами были получены три фактора: «Гигиена сна», «Вредные привычки» и «Отношение к здоровью». Особенности профессионального

развития изучались с помощью опросника «Факторы профессионального развития» М. Д. Петраш [6]. Для выявления типа отношения к болезни применялся опросник ТОБОЛ [7].

Для изучения взаимосвязи типа отношения к болезни и самосохранительного поведения, с помощью кластерного анализа, нами были выделены три группы с разным уровнем самосохранительной направленности. В первую группу вошли студенты с низкими показателями по самосохранительному поведению, вторая группа включила в себя студентов со средней выраженностью данного параметра, в третью попали студенты с высоким уровнем самосохранительной направленности.

Сравнительный анализ по параметрам самосохранительного поведения и факторам здорового образа жизни позволил выделить специфические особенности, характерные для испытуемых каждой из трех групп (табл. 1).

Таблица 1. Показатели отношения к своему здоровью у студентов с разным уровнем самосохранительной направленности

Шкалы ССП и факторы здорового образа жизни	Уровень самосохранительного поведения						F	p
	низкие значения		средние значения		высокие значения			
	m	б	m	б	m	б		
Ответственное отношение к здоровью	16,06	3,732	19,38	3,224	24,03	3,653	41,45	,000
Физическая активность	12,28	3,752	15,89	4,298	20,63	4,064	32,10	,000
Питание	17,31	3,979	20,89	3,387	26,60	3,069	56,4	,000
Внутренний рост	24,19	4,816	27,05	3,228	31,13	2,713	29,3	,000
Межличностные отношения	25,06	4,522	28,88	3,310	32,60	2,787	34,9	,000
Управление стрессом	15,41	3,349	17,89	3,246	21,90	3,397	30,5	,000
Самосохрани тельное поведение	110,4	8,695	130,2	7,374	156,9	11,06	223,5	,000
Факторы здорового образа жизни								
Гигиена сна	4,88	2,196	4,52	1,733	4,83	2,069	,468	,627
Вредные привычки	5,38	,660	5,63	,720	5,57	,898	1,251	,290
Отношение к здоровью	5,16	1,687	5,49	1,512	6,43	1,675	5,452	,005

Группа с низким уровнем самосохранительной направленности. У студентов, вошедших в данную группу, наблюдается сниженная степень ответственности за состояние собственного здоровья, недостаточно выражена направленность на саморазвитие, поиск жизненных целей, слабо выражена способность справляться со стрессовыми событиями, возникающими в их жизни.

Группа со средним уровнем самосохранительной направленности. Студенты, продемонстрировавшие средний уровень самосохранительной направленности, характеризуются более высокими показателями по входящим в неё компонентам. Они в большей степени, нежели студенты первой группы, ориентированы на свой внутренний мир, поиск жизненных целей, склонны использовать свой потенциал для управления возникающими стрессовыми ситуациями.

Группа с высокой выраженностью самосохранительной направленности. Студенты данной группы отличаются от предыдущих двух групп ответственным отношением к своему здоровью и направленностью на саморазвитие, в т.ч. и на развитие способностей по управлению стрессовыми ситуациями.

Следует обратить внимание на отсутствие значимых различий между рассматриваемыми группами по факторам здорового образа жизни «гигиена сна» и «вредные привычки». По данным анкетного опроса, большинство студентов отметили отсутствие возможности «высыпания», они, как правило, ложатся спать за полночь. Фактор «вредные привычки» включил два пункта, связанные с отношением к алкоголю и курению. Результаты исследования выявили отрицательное отношение к обозначенным вредным привычкам. Большинство студентов не курят и не употребляют алкоголь или употребляют его крайне редко.

Участниками представленного исследования выступили студенты, находящиеся на начальном этапе профессионального развития. Период, когда студентам приходится направлять свои силы на адаптацию в новом, профессионально-образовательном социуме, когда у студента формируется понимание значимости выбранной профессии. Другими словами можно сказать, что происходит также определение своего места в профессионально-образовательном пространстве. В этой связи нами было выдвинуто предположение о том, что отношение к здоровому образу жизни, самосохранительная направленность положительно коррелирует с отношением к процессу обучения, т.е. ответственное отношению к своему здоровью и образу жизни предполагает подобное отношение к процессу обучения. В процессе рассмотрения полученных данных, в трех выделенных группах, нами была выявлена интересная тенденция (табл. 2).

Таблица 2. Показатели опросника «Факторы профессионального развития» у студентов с разным уровнем самосохранительной направленности

Факторы профессионального развития	Уровень самосохранительного поведения						F	p
	1 группа низкие значения		2 группа средние значения		3 группа высокие значения			
	т	б	т	б	т	б		
Удовлетворенность профес- с. деятельностью	20,13	4,723	21,34	3,365	23,33	3,536	5,683	,004
Самореализация в проф.	20,53	3,724	21,60	3,673	25,43	3,471	16,075	,000
Целеустремлен- ность	18,34	3,712	20,17	3,262	23,47	3,003	19,006	,000
Психофизиоло- гический потенциал	22,22	3,998	23,60	3,856	27,20	3,854	13,794	,000
Межличностное взаимодействие	22,59	3,851	24,18	4,031	27,10	3,199	11,234	,000
Самоконтроль поведения	11,06	2,501	11,68	2,312	13,23	1,736	7,856	,001

Выявлены статистически значимые различия по всем факторам профессионального развития. Наиболее высокие значения отмечаются в группе студентов с высоким уровнем самосохранительного поведения. Корреляционный анализ выявил взаимосвязь общего параметра самосохранительной направленности со всеми факторами профессионального развития на высоком уровне значимости ($p \leq 0,001$). Иными словами, студенты, стремящиеся к осознанному развитию различных сторон жизненного пространства, демонстрируют удовлетворенность своим профессиональным развитием («удовлетворенность профессиональной деятельностью»). Молодые люди быстро адаптируются к новой социальной ситуации развития, стремятся реализовать свой потенциал, строят планы профессионального роста («самореализация» и «целеустремленность»), учатся контролировать свое поведение в изменяющихся условиях («контроль поведения»), выстраивают действия, направленные на восстановления своего физического потенциала, учатся управлять конфликтами, не испытывая эмоциональной усталости при взаимодействии с коллегами («психофизиологический потенциал»). Таким

образом, можно выдвинуть предположение о том, что ответственное отношение к своему здоровью определяет ответственное отношение к другим областям жизненного пространства индивида.

Главной задачей нашего исследования являлось определение взаимосвязи типа отношения к болезни с самосохранительным поведением. В этой связи мы рассмотрели особенности типов отношения к болезни в группах с разным уровнем самосохранительной направленности.

Следует отметить общую тенденцию, проявившуюся во всей выборке. Так, у большинства молодых людей отмечается доминирование анозогнозического и эргопатического типов (48% и 31% соответственно), т.е. тех типов отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Анализ доминирующих типов, как во всей выборке, так и в выделенных группах показал преобладание пиков шкальных оценок в области первого блока. В этой связи можно сказать, в случае возникновения проблем со своим здоровьем, молодые люди будут стремиться к преодолению заболевания, сохраняя активное функционирование в социуме, без проявления психической и социальной дезадаптации.

При определении типа отношения к болезни авторы методики говорят о том, что человеку может быть присущ «чистый», «смешанный» или «диффузный» тип. Так, «чистый тип» определяется в том случае, когда в профиле испытуемого отмечается явное преобладание одной шкалы, «смешанный тип» диагностируется при условии, что в диагностический интервал попадают две или три шкалы, «диффузный тип» определяется, если в диагностическую зону попадает более трех шкал [6]. При анализе данных по всей выборке было выявлено, что «чистый тип» встречается у 59-ти человек (46,5%) «смешанный» у 52-х человек (40,9%) и у 16 человек (12,6%) определен «диффузный» тип отношения к болезни.

Распределение частоты типов отношения к болезни в группах с разным уровнем самосохранительной направленности выявило следующие особенности (табл. 3). В группе с низкой самосохранительной направленностью (1 группа) доминирует смешанный тип, в группе студентов со средним уровнем самосохранительной направленности (2 группа) преобладает «чистый» тип и с небольшим отрывом смешанный, в то время как в группе с высокой самосохранительной направленностью (3 группа), отмечается явное доминирование «чистого» типа.

Таблица 3. Распределение частоты типов отношения к болезни в группах студентов с разным уровнем самосохранительной направленности

Типы	Выраженность в %		
	1 группа низкие значения	2 группа средние значения	3 группа высокие значения
Чистый	28,1	47,7	63,3
Смешанный	56,3	41,5	23,3
Диффузный	15,6	10,8	13,3

Анализ доминирующего типа отношения к болезни в выделенных группах, наряду с анозогнозическим и эргопатическим типами выявил присутствие в первой и второй группах испытуемых с тревожным, невротическим, меланхолическим, апатическим и сенситивным типами в первой группе; с невротическим, апатическим, сенситивным, эгоцентрическим и дисфорическим типами во второй группе; в третьей группе - с сенситивным типом. Таким образом, мы можем предположить, что при возникновении проблем со здоровьем, у испытуемых с низким и средним уровнем самосохранительного поведения, могут встречаться проявления психической дезадаптации.

Сравнительный анализ типов отношения к болезни в трех группах выявил следующие различия: анозогнозический тип наиболее выражен у представителей группы студентов с высоким уровнем самосохранительного поведения ($p=0,016$). Выраженность тревожного, меланхолического, апатического и дисфорического типов отмечается у испытуемых с низким уровнем самосохранительной направленности ($p=0,015$, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,001$ соответственно). Проведенный содержательный анализ распределения шкальных оценок внутри каждого блока обнаружил преобладание первого блока (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни). В большинстве случаев диагностирования смешанного и диффузного типов, доминирование первого блока сохраняется. Данный факт свидетельствует о том, что, в случае заболевания, несмотря на явления психической дезадаптации, молодые люди в своем поведении руководствуются стремлением к сохранению ценностной структуры и активному социальному функционированию.

С целью изучения взаимосвязи типа отношения к болезни с параметрами самосохранительного поведения и факторов здорового образа жизни, нами был проведен корреляционный анализ и выявлены следующие особенности. Было показано, что общий уровень самосохранительного поведения

положительно взаимосвязан с анозогнозическим типом отношения к болезни ($r=0,266$; $p=0,003$) и имеет отрицательные связи с тревожным ($r=-,219$; $p=,013$), неврастеническим ($r=-,204$; $p=,000$), меланхолическим ($r=-,393$; $p=,000$), апатическим ($r=-,402$; $p=,000$), паранойальным ($r=-,199$; $p=,025$) и дисфорическим ($r=-,399$; $p=,000$) типами.

Данные корреляционного анализа типов отношения к болезни с параметрами самосохранительного поведения и здорового образа жизни показал следующее (табл. 4). *Гармоничный* тип отношения к болезни отрицательно коррелирует с «вредными привычками». Данный факт, на наш взгляд, является вполне ожидаемым, поскольку реалистичная оценка состояния своего здоровья, стремление содействовать успеху выздоровления, в случае проблем со здоровьем, способствуют отказу от таких вредных привычек, как курение и употребление алкоголя.

Выявлены положительные взаимозависимости *анозогнозического* типа с физической активностью, внутренним ростом, межличностными отношениями и управлением стрессом. Молодым людям, которые ведут активной образ жизни, стремятся к внутреннему росту, выстраивают конструктивные межличностные отношения, а также развивают способность к управлению стрессовыми ситуациями, свойственно отбрасывать мысли о возможных проблемах со здоровьем, вплоть до их отрицания. Другими словами, можно говорить о том, что типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация не нарушается, способствуют формированию ответственного отношения к своему здоровью.

Таблица 4. Данные корреляционного анализа между параметрами самосохранительного поведения и типами отношения к болезни

Тип отношения к болезни		гигиена сна	вредные привычки	ответственное отношение к здоровью	физическая активность	питание	внутренний рост	межличностные отношения	управление стрессом
Г	1 блок		-,183*						
Р									
З					,190*		,392***	,280***	,278**
Т	2 блок	-,183*			-,338***		-,194*		
И							-,236**		
Н					-,343***		-,334***		
М				-,178*	-,322***	-,234**	-,486***	-,201*	-,229**
А				-,177*	-,316***	-,196*	-,447***	-,284***	-,286***
С	3 блок	-,278**			-,223*		-,196*		-,202*
Э		-,196*			-,191*		-,261**		
П		-,188*			-,251**		-,321***	-,255**	
Д					-,324***		-,449***	-,264**	-,182*

Примечание 1: обозначения уровня статистической значимости: *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$; ***- $p \leq 0,001$.

Примечание 2: типы отношения к болезни: (Г) гармоничный, (Р) эргопатический, (З) анозогнозический, (Т) тревожный, (И) ипохондрический, (Н) неврастенический, (А) апатический, (С) сенситивный, (Э) эгоцентрический, (П) паранойальный, (Д) дисфорический.

На основании данных корреляционного анализа (табл. 4) можно заключить, что типы второго и третьего блока снижают выраженность параметров, способствующих здоровому образу жизни, самосохранительному поведению. Так, отсутствие режима сна и полноценного отдыха опосредствуется выраженностью следующих типов отношения к болезни: «тревожный», «сенситивный»,

«эгоцентрический» и «паранойяльный». Осознанное бездействие в отношении поддержания своего здоровья, отсутствие культуры питания, неумение выстраивать межличностное взаимодействие, а также управлять стрессовыми событиями, связано с выраженностью меланхолического и апатического типов. Выраженность практически всех типов второго и третьего блока способствует снижению физической активности и нежеланию сосредоточиться на развитии внутренних ресурсов.

Несмотря на то, что полученные нами данные при изучении типов отношения к болезни и самосохранительного поведения не являются полными и исчерпывающими, в ходе анализа данных были получены интересные результаты (табл. 5).

В результате кластеризации данных, вся выборка студентов была разделена на три группы с разным уровнем самосохранительной направленности, были выявлены свои специфические особенности. Поскольку студенты, обучающиеся на первом курсе, находятся на начальном этапе вхождения в профессиональный социум, нам интересно было посмотреть особенности их вхождения в новую среду.

Таблица 5. Характеристика групп с разным уровнем самосохранительного поведения

	1 группа <i>низкие значения</i>	2 группа <i>средние значения</i>	3 группа <i>высокие значения</i>
Характеристика самосохранительной направленности	Сниженная степень ответственности за состояние собственного здоровья, недостаточно выражена направленность на саморазвитие, поиск жизненных целей, слабо выражена способность справляться со стрессовыми событиями.	В большей степени ориентированы на свой внутренний мир, поиск жизненных целей. Используют свой потенциал для управления стрессовыми ситуациями.	Ответственное отношение к своему здоровью, направленность на саморазвитие, в т.ч. и на развитие способностей по управлению стрессовыми ситуациями.
Профессиональное развитие	Низкая удовлетворенность профессиональным развитием, направленность на самореализацию, целеустремленность и межличностное взаимодействие. Средняя выраженность психофизиологического потенциала и самоконтроля поведения.	Средний уровень выраженности параметров профессионального развития и профессионального функционирования.	Средне-высокие значения по параметрам. Положительная оценка своего профессионального становления.
Доминирование типа отношения к болезни	Эргопатический Анозогнозический Тревожный	Анозогнозический Эргопатический	Анозогнозический
Чистота типа	Доминирует «Смешанный»	Доминирует «Чистый», с небольшой разницей «Смешанный»	Доминирует «Чистый»
Выраженность типа в сравнении с группами	Эргопатический Тревожный Апатический Меланхолический	Анозогнозический	Анозогнозический

Сравнительный анализ показал, что в группе с высоким уровнем самосохранительного поведения отмечается более позитивная оценка профессиогенеза в сравнении с двумя группами, что было подтверждено данными корреляционного анализа. Таким образом, мы можем говорить о том, что ответственное отношение к своему здоровью взаимосвязано и с ответственным отношением к другим сферам жизнедеятельности.

Анализ выраженности типа отношения к болезни позволяет нам говорить об общей тенденции у молодежи, так у большинства испытуемых преобладающими типами отношения к болезни являются анозогнозический и эргопатический.

Изучение типов в группах с разным уровнем самосохранительной направленности также выявило свои специфические особенности.

Было выявлено, что на фоне доминирования анозогнозического и эргопатического типов в выделенных группах, в группе с высоким уровнем самосохранительного поведения наиболее выражен анозогнозический тип. Выраженность тревожного, меланхолического, апатического и дисфорического типов отмечается у испытуемых первой группы.

Показано, что высокая выраженность самосохранительного поведения положительно коррелирует с анозогнозическим и эргопатическим типами отношения к болезни, входящими в первый блок и отрицательно с типами второго и третьего блока (способствующими нарушению социальной адаптации).

Полученные данные позволяют предположить, что тип отношения к болезни во многом определяет отношение к своему здоровью.

Проведенное исследование позволило выявить преобладающие типы отношения к болезни у студентов медицинского профиля обучения, находящихся на начальном этапе профессионального развития. Выделить группы с различной самосохранительной направленностью и отношением к здоровому образу жизни, а также рассмотреть взаимосвязь изучаемых параметров с типами отношения к болезни и факторами профессионального развития. Выявленные особенности взаимосвязи типа отношения к болезни и самосохранительной направленности могут способствовать формированию конструктивного отношения к здоровью, направленного на преодоление недооценки возможных проблем с собственным здоровьем и их последствий.

Следует отметить, что данные носят предварительный характер и для полноценного анализа типа отношения к болезни у здоровых людей необходимо проводить дальнейшие исследования.

Литература

1. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. 3-е изд., доп., перераб. М.: Физкультура и спорт, 1987. 64 с.
2. Антонов А. И. Микросоциология семьи. М., 1998. 360 с.
3. Дудченко З. Ф. Проблема понимания здорового образа жизни // Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, 2006. № 1 (06). С. 52-55.
4. Лисицын Ю. П. Здоровье человека – социальная ценность. М.: Мысль, 1989. 175 с.
5. Медков В. М. Демография: Учебник. М., 2004. 448 с.
6. Петраш М. Д. Психологическое содержание и факторы возникновения кризисов профессионального развития на этапе начала профессиональной деятельности / М. Д. Петраш // Экспериментальная психология, 2011. Том 4. № 4. С. 88–100.
7. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf/> (дата обращения 11.01.2017).
8. Ревякин Е. С. Самосохранительное поведение: понятие и сущность // Вестник Ивановского государственного энергетического университета, 2006. № 1. С. 79-82.