

алкоголизации дают не только специальные знания, но прежде всего воспитание в человеке активной социальной направленности, его увлеченность делом. Алкоголизм и наркомания – показатели социально-психологической несостоятельности личности, ее «не включенности» в сферу общественно полезной деятельности. Поэтому так важно активное взаимодействие с ребенком, привитие ребенку интереса к какому-либо делу, занятию, что позволяет развивать здоровые ценности.

В профилактике алкоголизма, табакокурения и наркомании должны использоваться усилия всего общества. Такая профилактика требует планирования и многолетнего кропотливого труда. Надо начинать с малого. Должны быть выработаны общие цели, задачи, определены этапы работы. Следует запретить рекламу сигарет и алкоголя. Взамен негативной, важно применять позитивную рекламу. В частности, пропагандировать здоровый образ жизни. Не так давно в календаре среди наших многочисленных общественных и профессиональных праздников появился и «день некурящих», но, к сожалению, о нем мало кто знает. Подобные начинания нужно широко рекламировать! Надо подумать об особых средствах и методах работы с подрастающим поколением. Может быть, вывесить плакаты, стенды, отражающие молодежную культуру, выглядеть как молодежь, опираться на ценности, культивируемые молодежью. Следует уделять особое внимание привлечению к работе с молодежью группы риска, их обучению и лечению молодых специалистов. Безусловно, общество нуждается в квалифицированной подготовке таких специалистов.

Таким образом, антиалкогольное воспитание, а также действенная профилактика употребления любых других психоактивных веществ, должны стать органической частью всей системы обучения и нравственного формирования современной молодежи.

Шаршакова Т.М., Гатальская Г.В.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ

В современных условиях жизни увеличивается нагрузка на эмоциональную сферу человека, и как следствие, приобретают все большее распространение сердечно-сосудистые расстройства, вызываемые систематическими эмоциональными перегрузками. Среди этих расстройств одно из первых мест занимает ишемическая болезнь сердца.

В настоящее время сохраняется негативная тенденция увеличения заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца в Республике Беларусь. Это диктует необходимость активизации совместных усилий кардиологов и психологов в изучении психологических факторов, обуслов-

ливающих развитие ишемической болезни сердца. Обращаясь к их рассмотрению, можно выделить внутренние (личностные) и внешние (информационные) факторы. К внутренним относят особенности организации нервно-психических процессов, характер отношения к окружающему миру и личностные особенности в целом. К внешним – стрессовые неблагоприятные воздействия на человека физических условий среды, неблагоприятных семейных, производственных и других ситуаций, а также большого объема перерабатываемой современным человеком информации. Последнее часто называют информационным неврозом, который рассматривают как одну из важных причин развития гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. Таким образом, эти заболевания являются своеобразной «платой» за переработку большого объема информации. С другой стороны, устойчивость к влиянию информационных факторов определяется внутренней психологической структурой человека, то есть воздействие оказывают не информационные перегрузки, а отношение человека к складывающимся ситуациям. По мнению многих исследователей, это специфическое отношение обусловлено акцентуацией, деформацией личностной структуры, которая определяет затяжной гипертрофированный или деструктивный тип реагирования на жизненную обстановку.

С целью изучения психологических факторов риска развития ишемической болезни сердца у населения трудоспособного возраста Гомельского региона РБ, нами было проведено исследование на базе учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический диспансер». При этом мы опирались на следующие психодиагностические методы: опросник Мини-мульти (сокращенный вариант Миннесотского многоаспектного личностного опросника MMPI) для выявления в структуре личности психопатологических синдромов (ипохондрии, истерии, психастении, психопатии, шизоидности, паранойальности, депрессии, гипомании); опросник УСК Дж. Роттера для выявления уровня субъективного контроля; методика диагностики типа поведенческой активности Л.И. Вассермана, Н.В. Гуменюк; опросник Спилбергера-Ханина для определения уровня личностной и ситуативной тревожности; опросник Леонгарда-Шмишека для диагностики типов акцентуации характера; методика выявления уровня подверженности стрессу.

Выборочную совокупность составили 118 пациентов: 67 мужчин и 51 женщина в возрасте 30-55 лет.

Вся выборка была разделена на 3 подгруппы, из которых две группы экспериментальные и одна контрольная: первую группу составили мужчины и женщины со стабильной – нестабильной стенокардией (начальная стадия ишемической болезни сердца) в количестве 30 человек; вторую – мужчины и женщины, перенесшие инфаркт миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства, в количестве 43 человека; третью (контрольную) – мужчины и женщины без признаков ишемической болезни сердца, в количестве 45 человек.

По результатам исследования с помощью методики Мини-мульти у мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца, причем как в группе со стабильной – нестабильной стенокардией, так и в группе с инфарктом миокарда без хирургического и с хирургическим вмешательством, выявлено достоверное повышение уровня шкал, так называемой, невротической триады: шкалы ипохондрии, депрессии, истерии, по сравнению с контрольной группой (с уверенностью 99%), что свидетельствует о выраженном эмоциональном дискомфорте, трудностях адаптации, внутренней дисгармонии, блокаде мотивированного поведения. При этом доля мужчин в первой экспериментальной группе с выраженными изменениями профиля личности составила 35,18%, женщин – 41,67%; во второй экспериментальной группе доля мужчин равна 57,59%, женщин – 45,42%, а в контрольной группе – 26,39% и 27% соответственно (с уверенностью 99%).

Анализ усредненного профиля личности во всех группах показал, что наиболее высокими оказались значения шкал ипохондрии и соматизации тревоги, тревоги и депрессивных тенденций, истерии (эмоциональной лабильности, вытеснения тревожащих факторов), психопатии и психостении, а также отмечено снижение по шкале гипомании. При этом во второй группе отмечались более выраженные изменения средних показателей указанных шкал.

Таким образом, полученные результаты показывают, что наиболее характерными особенностями психического статуса мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца, являются: доминирование беспокойства по поводу физического здоровья, повышенное внимание к соматическим ощущениям, постоянная напряженность, склонность к тревожным реакциям, сниженный фон настроения, пессимистическая оценка ситуаций и перспектив, пониженный уровень социальной активности, ограничение сферы общения в связи с соматическим неблагополучием, снижение продуктивности. Снижение средних значений по шкале гипомании отражает недостаток побуждений, пониженную самооценку, что в сочетании с постоянной потребностью в признании и высокой социальной ответственностью служит еще одним фрустрирующим фактором.

Необходимо отметить, что выявление профиля личности проводилось нами при обследовании уже заболевших людей, поэтому в этих условиях, возможно, неправомерно говорить о том, что выявленные черты провоцируют развитие заболевания. Как отмечалось и другими исследователями, на этой основе возникает предположение, что наличие болезни также влияет на изменение личностной структуры.

Анализ результатов по шкале самооценки тревоги Ч.Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина показал неоднозначный уровень реактивной и личностной тревожности у мужчин и женщин экспериментальных и контрольной групп: в контрольной группе – ситуативная тревожность равна 41,3 балла, личностная – 44,3; в первой группе ситуативная

тревожность – 40,93 балла, личностная – 42; во второй – ситуативная тревожность – 42,17 балла, личностная – 42,07.

Максимального значения уровень реактивной тревоги достиг в группе людей, перенесших инфаркт миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства. Данный факт позволяет предположить, что сильное прогрессирование заболевания превращает личностную тревожность в непосредственный фактор усугубления патологических нарушений, т.е. складывается жесткий стереотип реагирования на психоэмоциональную нагрузку, что не характерно для остальных групп.

Достаточно интересными оказались результаты изучения типа поведенческой активности респондентов (выявления принадлежности респондентов к типу А, Б или смешанному АБ). В ходе анализа нами установлено, что доля мужчин в первой экспериментальной группе с выраженным «типом А» составила 44,44%, женщин – 41,67%, а в контрольной группе – 33,33% и 28,57% соответственно. Полученные результаты подтверждают выводы Фридмана и Розенмана о том, что наиболее часто заболевают ишемической болезнью сердца, а именно, такой ее формой, как стабильная либо нестабильная стенокардия, лица с поведением, которое характеризуется постоянным стремлением к продвижению, склонностью к соперничеству, конкуренции, ускорением темпа жизни, т.е. лица с «типом А». Однако, усугубление, прогрессирование заболевания (перенесение инфаркта миокарда с и без хирургического вмешательства) превращается в непосредственный фактор, изменяющий стереотип поведения с «типа А» на смешанный тип либо «тип Б», характеризующийся большей уравновешенностью, умеренностью, меньшей приверженностью к вредным привычкам (курению, алкоголю), т.к. возрастает уровень тревоги, как реактивной, так и личностной, по поводу физического здоровья, соматических ощущений и т.п. Все это, в своей совокупности, усугубляет течение болезни и приводит к снижению активности, необходимости уменьшить физическую нагрузку, отказаться от стремления спешить, напрягаться и т.д.

По результатам исследования с помощью методики Шмишека – Леонгарда у мужчин и женщин трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца, причем как в группе со стабильной и нестабильной стенокардией, так и в группе с инфарктом миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства, выявлено достоверное ($p > 0,01$) повышение уровня шкал гипертимности, застревания, тревожности, возбудимости и экзальтированности, что свидетельствует о нарушениях в эмоциональной сфере, трудностях в межличностных отношениях, о внутреннем дискомфорте. При этом доля мужчин в первой группе с выраженным повышением указанных шкал составила 47,77%, женщин – 51,67%. Во второй группе доля мужчин равна 34,4% женщин – 45,55%, а в контрольной группе данные показатели составляют 30,8% и 31,43% соответственно (с уверенностью 99%).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии в характере мужчин и женщин трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца, следующих характерных особенностей: склонность к самоанализу и появлению навязчивых состояний, переоценка собственных возможностей, инициативность в конфликтных ситуациях, эмоциональная нестабильность, выраженная полярность в межличностных отношениях.

Изучение влияния стресса подтверждает взаимосвязь уровня пережитого стресса и развития ишемической болезни сердца ($p > 0,01$). Так по шкале «высокий уровень стресса» доля мужчин в первой группе составила 16,67%, женщин – 8,33%. Во второй группе эти показатели равны 12% и 33,33% соответственно. По результатам видно, что указанный уровень стресса имеет половые различия. Получается, что для мужчин трудоспособного возраста высокий уровень стресса более опасен, чем для женщин в связи с возникновением стабильной – нестабильной стенокардии, а вот для развития инфаркта миокарда данный уровень стресса более опасен для женщин. По шкале «уровень стресса выше среднего» получены следующие результаты: в первой группе со стабильной и нестабильной стенокардией оказалось 72,22% мужчин и 58,33% женщин. В группе с инфарктом миокарда доля мужчин равна 44%, а женщин – 38,89%, что говорит об отсутствии половых различий в воздействии высокого уровня стресса на мужчин и женщин этой группы.

Исследуя уровень субъективного контроля по выборочной совокупности, в двух экспериментальных группах, в сравнении с контрольной выборкой, выявлено достоверное (с уверенностью 99%, $p > 0,01$) повышение шкалы внешнего уровня контроля, и одновременно понижение по шкале внутреннего контроля. По шкале внутреннего уровня контроля в первой и второй экспериментальных группах получены следующие результаты: мужчины – 72,22%, женщины – 83,33% (первая группа), 64% и 66,67% – вторая группа соответственно. По шкале внешнего уровня контроля соотношение выглядит следующим образом: в группе со стабильной – нестабильной стенокардией процент мужчин равен 22,22, женщин – 16,67. Во второй группе с инфарктом миокарда доля мужчин равна 28%, женщин – 27,78%. В контрольной же группе показатели внутреннего уровня контроля – 79,17% и 90,48%, внешнего контроля – 8,33% и 0% соответственно. Такие показатели свидетельствуют о том, что внутренний локус контроля является одним из обстоятельств, влияющих на развитие ишемической болезни у мужчин и женщин трудоспособного возраста, и имеет определенную динамику изменения, обусловленную половыми различиями, а также различными клиническими формами заболевания. Анализируя данные можно предположить, что люди с внутренним локусом контроля, который характеризуется направленностью на себя и приписыванием причин всего происходящего в жизни себе, более подвержены данному заболеванию. Причем по мере прогрессирования ишемической болезни сердца, развития ее отдельных

клинических форм, внутренний локус контроля изменяется и доминирующим становится внешний локус. Такое изменение можно объяснить следующими причинами. При возникновении и развитии заболевания люди, страдающие им, находят в нем «выгоду»: внимание и заботу со стороны родственников, рекомендации врачей о снижении нагрузок и активности в повседневной жизни и т.д.

Результаты проведенного исследования позволяют выделить психологические факторы, обуславливающие развитие ишемической болезни сердца у мужчин и женщин трудоспособного возраста: объективный – воздействие высокого и выше среднего уровня стресса; субъективные – доминирование внутреннего локуса контроля; а также высокой личностной тревожности и типа А поведенческой активности. Что же касается акцентуаций характера и психопатологических изменений, то в их отношении неправомерно говорить о том, что они являются непосредственными факторами ишемической болезни сердца, а скорее будут ее результатом.

Нами был осуществлен факторный анализ с помощью программы STATISTIKA 6, были выделены и проранжированы факторы риска возникновения и развития ишемической болезни сердца у людей трудоспособного возраста. Его результаты имеют следующий вид: первое место занимает внутренний фактор – высокий уровень личностной и ситуативной тревожности; второе место – внешний фактор, сопряженный с воздействием высокого уровня стресса в жизни; третье – доминирование внутреннего локуса контроля; четвертое – склонность к ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психастении и шизоидности.

На полученные результаты можно опираться при создании программ психологической профилактики и психологической коррекции для пациентов с ишемической болезнью сердца. При этом в коррекционной работе усилия необходимо направлять, с одной стороны, на изменение психологических реакций (на стресс, внутреннюю картину болезни), стиля жизни, отношений в семье и т.п.; с другой стороны – на устранение факторов, способствующих прогрессированию ишемической болезни сердца (избыточная масса тела, курение, низкая физическая активность и т.д.).

Безродных Т.В., Шароватова А.В.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ШКОЛЬНИКОВ

Здоровье сегодня перестало быть ценностью как для взрослых, так и для детей. Многие вспоминают о здоровье в тот момент, когда его теряют. По словам Е.Н. Назаровой, «человек, не думающий о своем здоровье сегодня, рискует полностью утратить его к 25-30 годам, и наоборот, соблюдая



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ
St.Petersburg State Institute of Psychology and Social Work

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ
Department of health psychology

**ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ:
НОВОЕ НАУЧНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ**
Health psychology: a new field of research

Материалы круглого стола с международным участием
The proceedings of the international workshop

14-15 декабря 2009 года
December 14-15, 2009

Санкт-Петербург
2009

РАЗДЕЛ II. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	73
Кулганов В.А., Кузьмичева И.В. Профилактика склонности к химическим зависимостям у молодежи	73
Шаршакова Т.М., Гатальская Г.В. Социально-психологические факторы риска ишемической болезни сердца у трудоспособного населения Беларуси	78
Безродных Т.В., Шароватова А.В. Деятельность социального педагога по формированию здорового образа жизни у школьников	83
Березовская Р.А. Отношение человека к своему здоровью и здоровый образ жизни	87
Гарифуллина М.М., Граужанина О.К. Толерантное общение как психологический механизм здоровья.	92
Гриценко С.В., Медюшко В.А. Особенности проявления форм агрессии у лиц с различными типами пищевого поведения	95
Гриценко С.В., Монгуш Л.Р. Особенности пищевого поведения в зависимости от индивидуально-типологических свойств у представителей русского и тувинского этносов	99
Гусельникова Е.В. Личностные диспозиции в формировании здоровья человека.	104
Дамадаева А.С. Влияние занятий спортом на физическое и психологическое здоровье женщин.	107
Дудченко З.Ф. Актуальные вопросы здорового образа жизни студентов.	111
Жигзу Е.И. Курение как фактор риска для здоровья молодежи.	115
Ильина Н.Л. Отношение к физическому здоровью современных студентов	119
Калашникова С.Б., Олехнович Л.Б. Психолого-педагогические подходы к формированию ноосферного мировоззрения и здорового образа жизни (ЗОЖ) у студентов на кафедре «Естественные науки» факультета «Международный»	124