

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОГИ

Шаламова Е.Ю.¹, Сафонова В.Р.¹

ГБОУ ВПО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», Ханты-Мансийск, Россия (628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 40), e-mail: vikasafonowa@mail.ru

Исследовано качество жизни (КЖ) и стратегии копинг-поведения студенток 2 курса лечебного факультета Ханты-Мансийской государственной медицинской академии, имеющих разный уровень субъективно испытываемой тревоги. Независимо от уровня тревоги, студентки показали средний уровень развития *проблемно-ориентированной* и *эмоционально-ориентированной* стратегий копинг-поведения. Студентки с нормальным уровнем тревоги значимо чаще применяли копинг-стратегию *избегания*. Из двух субшкал копинг-стратегии *избегания* наибольшие различия были обнаружены для стратегии *поиска социальной поддержки*: девушки с нормальным уровнем тревоги значимо чаще применяли эту стратегию. В группе с повышенным уровнем тревоги применение *проблемно-ориентированной* копинг-стратегии способствовало увеличению значений шкалы *GH*, а использование стратегии *отвлечения* сопровождалось снижением КЖ по этому показателю.

Ключевые слова: качество жизни, копинг-поведение, студентки, тревога.

QUALITY OF LIFE AND COPING BEHAVIOUR OF FEMALE STUDENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF ANXIETY

Shalamova E.Y.¹, Safonova V.R.¹

¹State Educational Institution of Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, Russia (628011, Khanty-Mansiysk, Mira str., 40), e-mail: vikasafonowa@mail.ru

It was investigated the quality of life (QOL), its major components and strategies of coping behavior of 2nd year female students of the medical faculty of Khanty-Mansiysk State Medical Academy, with different levels of subjectively experienced anxiety. Leading component of QOL in women with normal levels of anxiety acted scale *MH*, with an increased level of anxiety - *RP*. Regardless of the level of anxiety, students showed an average level of *problem-focused* and *emotion-focused* coping strategies of behavior. Students with a normal level of anxiety was more frequently used coping strategy of *avoidance*. Of the two subscales of coping strategies of avoidance, the largest differences were found for the *search strategy of social support*: a girl with a normal level of anxiety were more often used the same strategy. In the group with high levels of anxiety use of *problem-focused* coping strategies contributed to the increase in the scale of values of *GH*, and the use of distraction strategies associated with decreased QOL for this indicator.

Keywords: quality of life, coping behavior, students, anxiety.

Введение

На качество жизни студентов воздействуют эндогенные и экзогенные факторы, такие как учебный процесс, экзаменационные сессии, бытовые и материальные трудности, физические и психологические нагрузки. В связи со значительным объемом учебной нагрузки обучение в медицинском вузе сопровождается интенсивным психоэмоциональным напряжением, которое зачастую приводит к снижению адаптивных возможностей организма, уменьшению психологической устойчивости к стрессовым ситуациям [2]. Для обучающихся в условиях северных территорий дополнительным стрессором выступают суровые климатогеографические условия. Душевный дискомфорт, возникающий в условиях существенных психологических нагрузок, может быть в значительной степени ослаблен при помощи так называемого совладающего со стрессом поведения – копинга. Исходя из этого,

целью исследования было изучение качества жизни и копинг-поведения студенток северного медицинского вуза с разным уровнем тревоги.

Материал и методы исследования. Исследование проходило в 2012-2013 учебном году. В нем приняли участие студентки 2 курса лечебного факультета Ханты-Мансийской государственной медицинской академии (n=51), 1993-1994 г.р., не имевшие хронических заболеваний, препятствующих обучению в медицинском вузе.

У студенток определили качество жизни (КЖ) при помощи общего опросника SF-36 [1]. Он включает 36 вопросов, группирующихся в восемь шкал. Из них 4 шкалы характеризуют физический компонент здоровья: *физическое функционирование (PF)*; *ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)*; *интенсивность боли (BP)*; *общее состояние здоровья (GH)*; другие 4 шкалы – психологический компонент здоровья респондентов: *жизненная активность (VT)*; *социальное функционирование (SF)*; *ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)*; *психологическое (ментальное) здоровье (MH)*. Показатели шкал могут варьироваться от 0 (максимальное ограничение жизнедеятельности по соответствующему показателю) до 100 баллов (наибольшее благополучие).

Уровень тревоги определяли при помощи опросника «Госпитальная шкала тревоги-депрессии» [8]. При нормальном уровне тревоги сумма баллов не превышает 7; при «субклинически выраженной» тревоге сумма баллов составляет 8-10; при «клинически выраженной» – 11 и выше. Были сформированы две группы: в 1 вошли девушки с нормальным уровнем тревоги, n=29, во 2 – студентки с «субклинически» и «клинически выраженной» тревогой, n=22.

В 1 и 2 группах были определены стратегии копинг-поведения при помощи опросника «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» в адаптации Т.Л. Крюковой [5, цит. по 7, с. 78]. Опросник содержит перечень заданных реакций на стрессовые ситуации и позволяет выявить три основных стиля копинг-поведения в условиях стресса: *проблемно-ориентированная (ПО)* стратегия; *эмоционально-ориентированная (ЭО)* стратегия; копинг-стратегия, *ориентированная на избегание (И)*. Определили также две субшкалы стратегии *И*: копинг-стратегию *отвлечения (О)* и копинг-стратегию *социального отвлечения (СО)*.

Статистическая обработка. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы SPSS 19.0 для Windows с учетом нормальности распределения признака. Проверка нормальности распределения производилась тремя методами: графическим, Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса и Шапиро-Уилки. Описание количественных признаков проводилось с использованием непараметрических методов. При сравнении независимых групп с

ненормальным распределением значений одного или двух количественных признаков использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Для описания изучаемых признаков в тексте и таблицах использовали среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$), медиану, 25 и 75 перцентили ($Me (Q_1 - Q_3)$). Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости «р» принимался равным 0,05 [3].

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели КЖ участвовавших в исследовании девушек с разным уровнем субъективно испытываемой тревоги представлены в таблице 1. Наиболее высокие значения в обеих группах обнаружили по шкале *PF*; значимых отличий по этому показателю не выявили. Эта шкала позволяет оценить физическую активность, в том числе по самообслуживанию, и возможность выполнения значительных физических нагрузок [1]: состояние здоровья студенток 1 и 2 групп практически не ограничивало их повседневную физическую активность. По шкале *RP* значимых отличий также не обнаружили, однако в целом физическое состояние в определенной степени ограничивало девушек из обеих групп в выполнении повседневной деятельности. Девушки из 1 группы были значимо более благополучны по двум шкалам физического компонента здоровья: *BP* ($p=0,045$) и *GH* ($p=0,045$). Шкала *BP* характеризует силу болевых ощущений и их влияние на жизнедеятельность респондента в домашних условиях и вне дома [1]: представительницы 2 группы демонстрировали большее ограничение своей физической активности болью. Шкала *GH* характеризует состояние здоровья респондента на момент обследования: повышение уровня тревоги негативно сказывалось на оценке респондентами состояния своего здоровья.

Таблица 1

Показатели КЖ студенток с разным уровнем тревоги

Шкалы SF-36 (баллы)	1 группа (n=29)	2 группа (n=22)	P
PF	90,00 (85,00-100,00)	90,00 (70,00-96,25)	0,170
RP	50,00 (25,00-100,00)	50,00 (25,00-75,00)	0,507
BP	84,00 (62,00-100,00)	67,00 (51,75-84,00) *	0,045
GH	67,00 (60,00-79,50)	57,00 (41,50-73,25) *	0,045
VT	65,00 (50,00-72,50)	45,00 (33,75-56,25) *	0,004
SF	50,00 (38,00-50,00)	50,00 (38,00-63,00)	0,606
RE	67,00 (34,00-100,00)	34,00 (0,00-67,00) *	0,008
MH	64,00 (50,00-80,00)	48,00 (39,00-60,00) *	0,001

Примечания: в таблице указаны $Me (Q_1-Q_3)$; * - статистически значимые различия независимых выборок при $p < 0,05$.

1 группа – студентки с нормальным уровнем тревоги, 2 группа – студентки с «субклинически» и «клинически выраженной» тревогой.

Студентки из 1 группы были менее ограничены по трем шкалам психологического компонента здоровья. Наибольшие отличия между показателями групп выявили по шкале

MH ($p=0,001$). По этой шкале можно судить о настроении респондента, наличии депрессии, тревоги, положительных эмоций [1]. Представительницы 1 группы чувствовали себя спокойными и умиротворенными значимо более продолжительное время, чем студентки, вошедшие во 2 группу. Это закономерно, так как группы были сформированы на основании уровня субъективно испытываемой респондентами тревоги. Шкала *VT* показывает, в какой степени респондент ощущает себя полным сил и энергии [1]. Студентки с повышенным уровнем тревоги ощущали себя значимо более усталыми, их жизненная активность была снижена ($p=0,004$). Значение шкалы *RE* отражает, в какой степени выполнение работы и повседневной деятельности ограничено эмоциональным состоянием, включая время выполнения, объем и качество [1]. Как оказалось, при повышенном уровне тревоги повседневная активность студенток была значительно ограничена ($p=0,008$). Независимо от уровня субъективно испытываемой тревоги, жизнедеятельность студенток была существенно ограничена по шкале *SF*. Данная шкала отражает степень удовлетворенности респондента своей социальной активностью за последние 4 недели (общение с родными, близкими людьми, в коллективе).

Т.Л. Крюкова (2008) [6, с. 148] отмечает, что «существует особый вид социального поведения человека, ...обеспечивающего, либо разрушающего его здоровье и благополучие».

Для выявления взаимосвязей между уровнем тревоги и поведением студенток в стрессовых ситуациях были исследованы стратегии копинг-поведения (таблица 2).

Таблица 2.

Стратегии копинг-поведения студенток с разным уровнем тревоги

Стратегии копинг-поведения		1 группа (n=29)	2 группа (n=22)	P
Сумма (баллы)	<i>Проблемно-ориентированная стратегия</i>	60,00 (55,00-66,00)	60,16 (52,25-68,25)	0,768
	<i>Эмоционально-ориентированная стратегия</i>	42,00 (35,00-46,00)	44,50 (40,50-51,50)	0,058
	<i>Стратегия избегания</i>	48,00 (41,00-54,00)	38,50 (34,00-44,45) *	0,002
	<i>Стратегия отвлечения (субшкала избегания)</i>	21,00 (17,00-25,50)	19,00 (14,00-21,25) *	0,024
	<i>Стратегия социального отвлечения (субшкала избегания)</i>	17,00 (15,00-18,50)	14,00 (11,00-16,00) *	0,001

Примечания: в таблице указаны Me (Q_1 - Q_3); * - статистически значимые различия независимых выборок при $p<0,05$.

1 группа – студентки с нормальным уровнем тревоги; 2 группа – студентки с субклинически и клинически выраженной тревогой.

Как оказалось, представительницы обеих групп примерно в равной степени применяли в стрессовых ситуациях *ПО* стратегию копинг-поведения, основанную на использовании когнитивных ресурсов для решения сложных вопросов: у представительниц 1 и 2 групп уровень развития этого стиля поведения составил соответственно 60,00 (55,00–66,00) и 60,16

(52,25–68,25). Среднее значение уровня развития *проблемно-ориентированной* копинг-стратегии составило в 1 группе $60,75 \pm 6,4$, во 2 – $59,70 \pm 10,06$; это соответствует среднему уровню развития данного стиля копинг-поведения (53–64 для женщин) [5, цит. по 7, с. 78]. Согласно мнению большинства исследователей, *ПО* копинг-стратегия является адаптивной, способствующей конструктивному разрешению трудностей. Применение *ПО* копинг-стратегии в значительной мере обусловлено социокультурными и социально-психологическими факторами [6]. Этот стиль является предиктором «успешности деятельности и уровня адаптированности человека» [цит. по 6, с. 150].

Таким образом, студентки с разным уровнем субъективно испытываемой тревоги в равной степени применяли когнитивную *ПО* стратегию копинг-поведения, что может свидетельствовать о сходных когнитивных возможностях и самооценке представительниц обеих групп, об их стремлении планомерно разрешать возникающие проблемы.

Применение *ЭО* стратегии копинг-поведения представительницами 1 и 2 групп также значимо не различалось, но наблюдалась тенденция к преобладанию этого стиля поведения у 2 группы (соответственно 42,00 (35,00-46,00) и 44,50 (40,50-51,50) ($p=0,058$)). В целом средние значения, полученные для уровня развития *ЭО* копинг-стратегии (1 группа – $40,17 \pm 8,14$, 2 группа – $45,70 \pm 10,41$), соответствуют среднему уровню развития данного копинга (38-51 для женщин) [5, цит. по 7, с. 78]. *ЭО* стратегия основана на позитивной переоценке ситуации, поиске положительных моментов, снижении и обесценивании значимости событий. Есть данные, что к эмоциональным копинг-стратегиям индивиды прибегают тем чаще, чем выше их уровень тревожности [4].

Девушки с нормальным уровнем тревоги значимо чаще ($p=0,002$) применяли стратегию *И*. В 1 группе средние значения уровня развития копинг-стратегии *И* составили $47,71 \pm 8,61$, во 2 – $39,45 \pm 7,83$, что соответствует среднему уровню развития этого стиля копинга у женщин (39-49) [5, цит. по 7, с. 78]. Есть данные, что копинг-стратегия *И* является одной из ведущих при формировании дезадаптивного, псевдосовладающего поведения [4, с. 157]. Однако в определенных условиях она может носить адаптивный характер.

Из двух субшкал стратегии *И* наибольшие различия были обнаружены для стратегии *СО*: студентки из 1 группы значимо чаще применяли эту стратегию ($p=0,001$). Социальная поддержка выступает в качестве одного из самых важных средовых копинг-ресурсов, информируя индивида, что его любят, ценят и др. Она способствует снижению стрессового влияния, сохранению здоровья и благополучия, успешной адаптации и развитию [4, с. 156]. Однако, наряду с этим, значения шкалы *SF КЖ* у представительниц обеих групп значимо не различались и были невысоки (50,00 (38,00-50,00) в 1 группе и 50,00 (38,00-63,00) во 2 группе).

Для выявления взаимосвязей между показателями КЖ и стратегиями копинг-поведения при разном уровне тревоги были исследованы корреляционные связи. В 1 группе выявили три значимые корреляционные связи между шкалами опросника SF-36. Так, значение шкалы *GH* значимо коррелировало с показателем шкалы *VT* ($r=0,408$; $p=0,014$). Было обнаружено, что шкала *MH* значимо коррелировала со шкалами *VT* ($r=0,649$; $p=0,001$) и *RE* ($r=0,475$; $p=0,005$). Значимых связей между показателями КЖ и стратегиями копинг-поведения в этой группе не выявили.

При увеличении уровня субъективно испытываемой тревоги появляется ряд значимых корреляционных связей; некоторые из них – отрицательные. Так, шкала *PF* коррелирует со шкалами *RP* и *BP* (соответственно $r=0,636$; $p=0,001$ и $r=0,489$; $p=0,010$). Для показателей шкалы *GH* выявили связи с *VT* ($r=0,433$; $p=0,022$) и *MH* ($r=0,443$; $p=0,020$). Для шкалы *RP* выявили положительную корреляцию с *RE* ($r=0,448$; $p=0,018$) и отрицательную - со шкалой *SF* ($r=-0,440$; $p=0,020$). Последнее может свидетельствовать о том, что при вынужденном увеличении общения у девушек с повышенным уровнем субъективно испытываемой тревоги ухудшается *ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием*. Наличие значимой положительной корреляции между шкалой *SF* и уровнем развития *ПО* копинг-стратегии ($r=0,491$; $p=0,010$) показывает, что применение данной стратегии способствовало улучшению социальной активности девушек из 2 группы. Применение *ПО* копинга благоприятно сказывалось также на их *психологическом (ментальном) здоровье* ($r=0,603$; $p=0,001$) и способствовало улучшению КЖ по шкале *GH* ($r=0,460$; $p=0,016$). Напротив, применение стратегии *отвлечения* (субшкала копинга, направленного на *избегание*) сопровождается снижением КЖ по шкале *GH* ($r=-0,401$; $p=0,032$).

Заключение. Качество жизни студенток с повышенным уровнем тревоги было значимо ниже, чем КЖ девушек с нормальным уровнем тревоги, по двум показателям физического компонента (шкалы *BP* и *GH*) и трем показателям психологического компонента (шкалы *VT*, *RE* и *MH*). Независимо от уровня тревоги, студентки показали сопоставимый уровень развития *проблемно-ориентированной* и *эмоционально-ориентированной* стратегий копинг-поведения; однако наблюдалась тенденция к преобладанию последней во 2 группе ($p=0,058$). Студентки из 1 группы значимо чаще применяли копинг-стратегию *избегания*. То обстоятельство, что девушки с нормальным уровнем тревоги значимо чаще применяли стратегию *социального отвлечения* (субшкала *избегания*), позволяет предположить, что повышение уровня тревоги приводит к ограничению социальных контактов, тем самым снижая социальную поддержку, являющуюся важным средовым копинг-ресурсом. В группе с повышенным уровнем тревоги применение *проблемно-ориентированной* копинг-стратегии благоприятно сказывалось на *психологическом (ментальном) здоровье* и *общем состоянии*

здоровья; применение стратегии *отвлечения* сопровождалось снижением КЖ по *GH*. Таким образом, формирование адаптивных стратегий поведения в стрессовых ситуациях может способствовать повышению качества жизни студенток.

Список литературы

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ» // Научно-практическая ревматология. – 2008. - № 1. – С. 36-48.
2. Бисалиев Р.В., Куц О.А. Психологические аспекты адаптации студентов медицинского вуза // Современные наукоемкие технологии. – 2007. – № 4. – С. 97-98.
3. Бююль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. – ДиаСофт, 2005. – 608 с.
4. Кобзева О.В. Проявление копинг-поведения в юношеском возрасте // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: педагогика, психология. – 2011. - № 3. – С. 155-158.
5. Крюкова Т.Л. О методологии исследования и адаптации опросника диагностики совладающего (копинг) поведения // Психология и практика : сб. науч. тр. – Кострома : Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2001. – С. 70-82.
6. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения: современное состояние, проблемы и перспективы // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика, психология, социальная работа, ювенология, социокинетика. – 2008. – Т. 14. - № 4. – С. 147-153.
7. Мураткина Ю.Н. Взаимосвязь компьютерной зависимости и совладающего поведения подростков : дис. ... канд. псих. наук. – Сургут, 2010. – 154 с.
8. Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Материал Psylab.info - энциклопедии психодиагностики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psylab.info> (дата обращения: 08.10.2013).

Рецензенты:

Гудков А.Б., д.м.н., профессор, директор Института гигиены и медицинской экологии Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск.

Нифонтова О.Л., д.б.н., доцент, зав. кафедрой медико-биологических дисциплин и безопасности жизнедеятельности Сургутского государственного педагогического университета, г. Сургут.