

Министерство образования и науки Российской Федерации

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра теоретических основ  
физического воспитания

Автореферат

Представление о собственном здоровье как компоненте качества жизни  
спортсменов и средства его коррекции

ИНСТИТУТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Петерс Анны Петровны

Научный руководитель (руководитель)

доцент, к.м.н.  
должность, уч. степень, уч. звание

\_\_\_\_\_  
подпись, дата

Т.А. Беспалова  
инициалы, фамилия

Зав. кафедрой

доцент, к.м.н.  
должность, уч. степень, уч. звание

\_\_\_\_\_  
подпись, дата

Т.А. Беспалова  
инициалы, фамилия

Саратов 2018

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования.

В настоящем исследовании впервые получены данные о качестве жизни, связанном со здоровьем у высококвалифицированных спортсменов, установлено влияние ситуативной, личностной тревожности, эмоциональной нестабильности на показатели качества жизни, связанного со здоровьем. Полученными данными дополнены сведения о синдроме эмоционального выгорания у спортсменов и впервые проведен анализ связи его симптомов с показателями самооценки качества жизни. Впервые получены данные по представлению о собственном здоровье, как компоненте качества жизни и влияющим на него факторам у абитуриентов спортивного и неспортивного вуза. Установлена возможность коррекции представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, при помощи методов психологической саморегуляции.

Гипотеза исследования. Качество жизни спортсменов не является одномерной проекцией их соматического состояния. Это комплексное явление, в котором физическая составляющая дополняется и корректируется психосоциальной. Факторы психологического, социального и биологического характера вносят различный вклад в формирование качества жизни спортсменов. При этом роль индивидуально-психологических свойств может быть ведущей. Гипотеза исследования: имеется вероятность коррекции состояния эмоционального благополучия путем повышения спортсменами оценки здоровья, как одного из его элементов с применением метода психологической саморегуляции, имеющей в себе музыкально-медитативные упражнения по В. И. Петрушину и дыхание с использованием паузы по Р. Деметеру.

Объект исследования – представление о собственном здоровье как компоненте качества жизни спортсменов

Предмет исследования – взаимосвязанность самооценки здоровья с направлением тренировочных нагрузок, разнообразностью личности,

элементами психологической адаптации и психологическими самочувствием у спортсменов.

Целью исследования является изучение воздействия занятий спортом на характеристики самооценки здоровья, и их взаимосвязь с индивидуальными психологическими особенностями личности и психическими состояниями для оперативной корректировки психологической неприспособленности к спортивной деятельности.

Задачи исследования:

1. Провести сходственное представление о собственном здоровье у спортсменов и их ровесников, которые спортом не занимаются.

2. Установить значение половой принадлежности и спортивной специализации в определении оценки здоровья спортсменами.

3. Исследовать воздействие типа личности, элементов психологических приспособлений и психологических состояний на самооценку здоровья спортсменами.

4. Доказать эффективность использования для повышения низкой самооценки здоровья у спортсменов, метода психической саморегуляции, которая включает в себя музыкально-медитативные упражнения по В. И. Петрушину и дыхание с применением паузы по Р. Деметеру.

Методологические и теоретические основы исследования составила общенаучная методология, включающая системный подход как важнейший методологический принцип современной науки и практики, базирующийся на целостном видении сложного объекта (Ананьев Б.Г., Анохин П.К., Барабанщиков В.А., Ганзен В.А., Леонтьев А.Н., Ломов Б.Ф., Мерлин В.С. и др.); фундаментальные положения общей психологии и психологии личности (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, А.В. Петровский, Л.С. Выготский и др.), результаты современных исследований спортивной психологии (А.Ц. Пуни, И.П. Волков, Г.Д. Горбунов, В.Л. Марищук, Е.П. Ильин, А.Н. Николаев, Л.К. Серова, Н.Б. Стамбулова, А.В. Алексеев, В.С. Фомин, Ю.Я. Киселев, В.Ф. Сопов и др.); концепции эмоционального

выгорания (Бойко В.В., Орел В.Е., Ронгинская Т.И., Рукавишников А.А., Форманюк Т.В., Burisch M., Cherniss C., Freudenberger H.J., Maslach C., Jackson S.); концепции преодолевающего поведения (Бодров В.А., Крюкова Т.Л., Нартова-Бочавер С.К., Billings A.G., Moos R.H., Lazarus R.S., Folkman S. и др.), концепции самооценки качества жизни, связанного со здоровьем (Субетто А.И., Новик А.А., Шевченко Ю.Л., Ушаков И.Б.)

Методы исследования. Для проверки гипотез и решения поставленных задач в качестве основных методов применялись констатирующий и формирующий виды эксперимента. В качестве эмпирических методов использовались методы опроса и психодиагностического тестирования с использованием психологических методик: шкала личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга-Ю.Л. Ханина; опросник Плутчика-Келлермана-Конте "Индекс жизненного стиля"; методика исследования базисных копинг-стратегий – "Индикатор стратегий преодоления стресса" Д. Амирхан; опросник Айзенка; шкала СЛТ Р. Мартенса в адаптации Ю.Л. Ханина; эмоциональное выгорание В. Бойко. Для оценки связанного со здоровьем качества жизни использована русскоязычная версия методики SF-36 Health Survey (SF-36).

Основной экспериментальной процедурой выбран метод психологической саморегуляции, включающий методики: дыхание с применением паузы по Р. Деметеру и музыкально-медитативные упражнения по В.И. Петрушину. Использовались компьютерные методы обработки и анализа базы эмпирических данных при помощи современных статистических программ (Microsoft Excel, Statistica).

Научная новизна. В настоящем исследовании впервые получены данные о качестве жизни, связанном со здоровьем, у высококвалифицированных спортсменов, установлено влияние ситуативной, личностной тревожности, эмоциональной нестабильности на показатели качества жизни, связанного со здоровьем. Полученными данными дополнены сведения о синдроме эмоционального выгорания у спортсменов и впервые

проведен анализ связи его симптомов с представлением о собственном здоровье, как компоненте качества жизни. Установлена возможность коррекции представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, при помощи методов психологической саморегуляции.

Теоретическая значимость исследования заключается в анализе представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни у спортсменов и обнаружении его субъективных особенностей. Экспериментально обоснована связь занятий спортом с представлениями о собственном здоровье, как компоненте качества жизни. Выявлена отрицательная связь между психологическими состояниями ситуативной тревожности и эмоционального выгорания и самооценкой качества жизни, связанного со здоровьем. Систематизированы в соответствии с возможностями их целенаправленной коррекции, факторы, влияющие на представление о собственном здоровье, как компоненте качества жизни. Внесен вклад в раздел психологии профессионального здоровья спортсменов.

Практическая значимость работы. Разработан комплекс психологических методик, направленных на гармонизацию профилей и повышение представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни. Учитывая существенную роль спортивной деятельности в формировании высокой самооценки качества жизни, при низкой самооценке здоровья, как компонента качества жизни, могут быть рекомендованы занятия спортом.

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

1. Спортивная деятельность оказывает позитивное влияние на представление о собственном здоровье, как компоненте качества жизни. Показатели качества жизни высококвалифицированных спортсменов зависят от пола, специализации и соревновательной успешности.

2. Факторы, влияющие на представление о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, подразделены на три группы в соответствии с

возможностями их целенаправленной коррекции: модифицируемые, частично модифицируемые и не модифицируемые.

3. Для повышения представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни у спортсменов целесообразно использовать методику эмоционального восстановления, включающую дыхательные и музыкально-медитативные упражнения.

Исследовательская работа включала три организационных этапа:

На первом этапе работы определялся уровень изученности темы, ее важность и новизна. Создана программа исследования, определена его гипотеза, цель и задачи. Главный метод исследования: изучение и рассмотрение данных общенаучных источников.

На втором этапе выполнен подбор методов для экспериментального исследования и их апробация. Главный метод: пилотажное исследование (поисковый эксперимент) для проверки пригодности выделенных методов.

На третьем этапе проведено исследование экспериментальным методом содержащее самооценку личного здоровья, познание структуры личности (ЛТ, СЛТ, характерологические особенности), специфики психологической приспособленности и их механизмов (психологической защиты и копинга). По итогам изучения созданы группы спортсменов с низкой самооценкой здоровья для выполнения создающего психолого-педагогического эксперимента. Проведен создающий психолого-педагогический эксперимент.

Далее проведено исследование и статистическая обработка приобретенной информации, и трактование, фиксирование итогов.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Основной материал диссертации изложен на 86 страницах. Библиографический список используемой литературы включает 170 отечественных и 28 иностранных источников. Работа иллюстрирована 11

таблицами и 5 рисунком. Приложение содержит полные тексты и ключи используемых опросников и методики психологического саморегулирования.

#### Основное содержание магистерской диссертации

Во введении обосновывается актуальность исследования, определяются цель, задачи, предмет, объект, гипотеза исследования, методы и методики, используемые в работе, формулируются положения, выносимые на защиту, раскрывается научная новизна и практическая значимость работы.

В первой главе представлен аналитический обзор литературы по теме исследования. Качество жизни, связанное со здоровьем рассматриваются как предмет психологического исследования. Представлены определения качества жизни, здоровья и факторы на них влияющие. Проанализированы работы, посвященные «качеству жизни» спортсменов. Продемонстрировано влияние занятий спортом на здоровье и его связь с качеством жизни спортсменов. Обоснована необходимость при оценке качества жизни, связанного со здоровьем, учитывать психологический статус респондентов. Рассмотрен вопрос о значении психодиагностики в спорте, приведены результаты изучения тревожности, свойств личности, спортивного стресса и механизмов защиты и совладания. Большое внимание уделено синдрому эмоционального выгорания и его изучению у спортсменов. Показаны возможности методов психорегуляции при занятиях спортом.

Работы, посвященные оценке качества жизни связанного со здоровьем у спортсменов малочисленны, и в основном связаны с проблемами травматизма и реабилитации (Сахезбозамани Мансур, 2004; Олейник Е.А., Ткачук М. Г., 2006; Перова Е.И., 2007; Ивко О.М., 2007; Мальцева А.Б., 2009; Абаев А.М., 2010). Связь представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни с индивидуально-психологическими свойствами личности спортсменов и психологическими состояниями, при всей ее несомненной актуальности, не изучена. Отсутствуют исследования по изучению качества жизни спортсменов, связанного со здоровьем, в зависимости от спортивной специализации, квалификации, пола,

успешности. Это определило актуальность проведения исследований посвященных изучению представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни и его связи с индивидуально-психологическими свойствами личности и психологическими состояниями у спортсменов.

Во второй главе «Цель, задачи и методы исследования» дается описание методов и организация исследования. Исследования осуществлялись на базе Училища (техникума) Олимпийского резерва города Саратова, СГАУ имени Н.И. Вавилова.

Выборка испытуемых включала 142 спортсмена, представителей циклических, игровых и художественных видов спорта в возрасте от 15 до 25 лет, обоего пола, I разряда, КМС, МС, МСМК. Контрольная группа состояла из 34 студентов.

В выборке были представлены спортсмены из различных видов спорта: академической гребли, гребного слалома, эстетической и художественной гимнастики, акробатического рок-н-ролл, спортивной аэробики, спортивных танцев, гандбола, настольного тенниса, баскетбола, волейбола.

Для изучения возможности использования психологической саморегуляции при повышении представления спортсменов о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, была создана экспериментальная и контрольная группы – по 14 человек из числа спортсменов с низкой самооценкой качества жизни, связанного со здоровьем. Это были представители эстетической гимнастики, спортивной аэробики, настольного тенниса, академической гребли и гребного слалома. Критериями эффективности служила динамика представления спортсменов о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, симптомов эмоционального выгорания, ситуативной, личностной и соревновательной личностной тревожности. Степень результативности определялась по данным анкетирования до и через 3 месяца после начала эксперимента.

В третьей главе «Представление о собственном здоровье как компоненте качества жизни и его связь с психологическими и

биологическими параметрами» описаны результаты констатирующего эксперимента по изучению представления о собственном здоровье как компоненте качества жизни и психологическому тестированию спортсменов.

Особенности представления о собственном здоровье как компоненте качества жизни при занятиях спортом и внутренние взаимосвязи между шкалами физического и психосоциального компонентов здоровья изучены в группах юношей и девушек, у представителей циклических, игровых и художественных групп видов спорта, у профессионально успешных и менее успешных гимнасток и в группе испытуемых профессионально не занимающихся спортом.

По результатам проведенных исследований факторы, влияющие на представление о собственном здоровье, как компоненте качества жизни у спортсменов, были подразделены на три группы в соответствии с возможностями их целенаправленной коррекции (рис. 1). Коррекция модифицируемых и частично модифицируемых факторов способствует повышению представления спортсменов о собственном здоровье, как компоненте качества жизни.

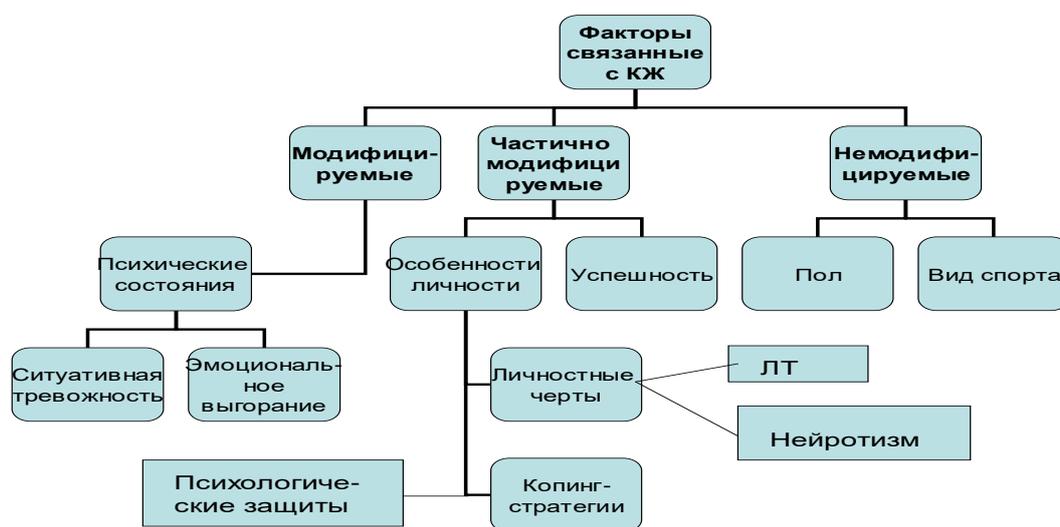


Рис. 1. Схема факторов, изученных в работе и оказывающих влияние на представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни

Представлены результаты изучения показателей КЖ, связанного со

здоровьем и психологического тестирования у спортсменов с низким представлением о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, отобранных для формирующего эксперимента. Основным методом коррекции была выбрана психологическая саморегуляция (дыхание с применением паузы по Р. Деметеру и музыкально-медитативные упражнения по В.И. Петрушиной). Продолжительность обучения – 5 занятия по 90 минут. Обучающие занятия проходили на базе Саратовский ГАУ имени Н.И. Вавилова, ГБПОУ «СОУОР» 2 раза в неделю. В тренинге приняли участие 14 спортсменов экспериментальной группы (6 девушек и 8 юношей) в возрасте 15 – 19 лет (средний возраст  $17,03 \pm 0,19$  лет). Повторное тестирование в экспериментальной и контрольной группах проводилось через 3 месяца. К этому времени спортсмены успели освоить все методики саморегуляции и не менее месяца (3 раза в неделю) успешно применяли их на практике. Сопоставление средних значений показателей представления о собственном здоровье как компоненте качества жизни в динамике показывает, что применение методов психологической саморегуляции значительно их повышает – табл. 1.

Таблица 1

Динамика показателей, характеризующих представление о собственном здоровье как компоненте качества жизни ( $M \pm m$ )

| Шкалы  | Экспериментальная (n = 14) |                 |          | Контрольная (n = 14) |                 |         |
|--------|----------------------------|-----------------|----------|----------------------|-----------------|---------|
|        | До                         | после           | p        | до                   | после           | p       |
| PF     | $83,9 \pm 2,69$            | $87,9 \pm 3,85$ | $>0,05$  | $74,6 \pm 5,0$       | $86,8 \pm 2,31$ | $<0,05$ |
| RP     | $25,7 \pm 5,77$            | $57,1 \pm 5,77$ | $<0,01$  | $23,9 \pm 5,77$      | $41,1 \pm 5,77$ | $<0,05$ |
| BP     | $42,1 \pm 4,77$            | $58,1 \pm 6,46$ | $<0,05$  | $47,4 \pm 4,74$      | $53,5 \pm 4,77$ | $>0,05$ |
| GH     | $59,4 \pm 4,23$            | $72,9 \pm 3,46$ | $<0,01$  | $56,4 \pm 4,23$      | $65,3 \pm 3,85$ | $>0,05$ |
| Ср. ФЗ | $52,8 \pm 3,02$            | $69,0 \pm 2,44$ | $<0,001$ | $50,6 \pm 2,48$      | $61,7 \pm 2,63$ | $<0,01$ |
| VT     | $45,0 \pm 4,62^*$          | $62,5 \pm 2,69$ | $<0,01$  | $60,0 \pm 3,46$      | $63,2 \pm 3,85$ | $>0,05$ |
| SF     | $66,1 \pm 5,77$            | $71,5 \pm 3,85$ | $>0,05$  | $64,0 \pm 5,77$      | $64,7 \pm 4,81$ | $>0,05$ |

|       |              |             |       |             |             |       |
|-------|--------------|-------------|-------|-------------|-------------|-------|
| RE    | 50,0 ± 7,69* | 66,7 ± 5,13 | >0,05 | 26,2 ± 5,13 | 45,3 ± 7,69 | <0,05 |
| MN    | 61,4 ± 4,31  | 78,0 ± 2,46 | <0,01 | 65,7 ± 4,31 | 71,3 ± 5,23 | >0,05 |
| Ср.ПЗ | 55,5 ± 3,12  | 69,7 ± 1,64 | <0,01 | 53,9 ± 1,99 | 61,1 ± 3,87 | >0,05 |

В связи с тем, что в группе спортсменов со сниженным представлением о собственном здоровье как компоненте качества жизни были выделены подгруппы с различными соотношениями физического и психосоциального компонентов здоровья, нами были рассмотрены особенности динамики в этих подгруппах. Наиболее выраженные положительные изменения установлены во 2 п/г экспериментальной группы, где в начале эксперимента был определен негармоничный профиль здоровья с явным преобладанием психосоциального компонента. Установлено повышение показателей по четырем из восьми шкал. Достоверно повысились показатели трех шкал физического компонента здоровья (PF, RP и GH) и оценка «психического здоровья». При этом во 2 п/г контрольной группы отмечено достоверное повышение лишь «состояния здоровья лимитирующего выполнение физических нагрузок» и «общего здоровья».

В 3 п/г экспериментальной группы на фоне гармоничного профиля после эксперимента установлено достоверное снижение влияния физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование (RP) и повышение жизнеспособности (VT). При этом в 3 п/г контрольной группы установлено лишь снижение влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE)

Наименьшие изменения отмечают нами в 1 п/г экспериментальной группы с негармоничным профилем при преобладании физического компонента здоровья над психосоциальным. При обследовании после завершения эксперимента было установлено достоверное снижение интенсивности боли (BP) и повышение оценки психического здоровья (MN). В контрольной группе после завершения эксперимента достоверных изменений установлено не было.

Изучение динамики симптомов эмоционального выгорания в экспериментальных группах на фоне достоверного повышения представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни происходит статистически значимое снижение средних значений фаз эмоционального выгорания с  $43,2 \pm 4,2$  до  $26,7 \pm 3,7$ ; с  $63,9 \pm 5,3$  до  $48,6 \pm 4,4$ ; с  $49,5 \pm 5,15$  до  $32,6 \pm 3,46$  и суммарного показателя с  $156,6 \pm 11,9$  до  $107,8 \pm 7,9$  баллов ( $p < 0,01$ ). Установлено снижения уровня ситуативной тревожности с  $45,9 \pm 1,54$  до  $34,9 \pm 2,0$  баллов к концу исследования (при  $p < 0,001$ ). При этом в контрольной группе статистически значимой динамики этих показателей не установлено. Выраженной динамики личностной и личностной соревновательной тревожности в ходе эксперимента не установлено. Не установлено изменений и характерологических особенностей личности.

## **ВЫВОДЫ**

1. Индивидуально-психологических свойства оказывают значительное влияние на представление спортсменов о собственном здоровье. Причем наиболее выражено влияние синдрома эмоционального выгорания, ситуативной и личностной тревожности, характерологических особенностей личности и механизмов психологической адаптации. Все шкалы компонентов здоровья и симптомов ЭВ связаны отрицательными корреляциями разной степени выраженности. Установлены отрицательные корреляций шкал компонентов здоровья с показателями ситуативной и личностной тревожности, шкалой нейротизм – стабильность, психологическими защитами замещение и регрессия – их рост негативно отражается как на физических, так и на психосоциальных компонентах здоровья.

2. Занятия спортом оказывают положительное влияние на представление о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, при этом установлена связь данного показателя с полом, спецификой вида спорта и профессиональной успешностью спортсменов.

Профиль здоровья юношей и девушек спортсменов ближе к «абсолютному здоровью», чем у студентов, не занимающихся спортом. Средний психосоциальный компонент здоровья в самооценке юношей спортсменов выше, чем у девушек, что обусловлено более высокой оценкой по шкалам «психическое здоровье» и «жизнеспособность». Для юношей положительное влияние на представление о собственном здоровье, как компоненте качества жизни оказывают занятия игровыми видами спорта, а для девушек – художественными и игровыми, при этом занятия девушек циклическими, а юношей художественными видами спорта отражаются негативно. Положительное влияние игровых видов спорта на представление о собственном здоровье, как компоненте качества жизни обусловлено значимостью социальной поддержки для коррекции психического состояния спортсменов.

3. Занятия спортом способствует повышению целостности представление о собственном здоровье и более тесным связям внутри ее компонентов. Наибольшее влияние на другие шкалы компонентов здоровья у спортсменов имеет шкала «оценка здоровья в настоящий момент», а у спортсменок шкала «социальное функционирование», у спортсменов, напротив, «социальное функционирование» не связано с другими шкалами, а на шкалу «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» у них оказывает влияние больше шкал, чем у спортсменок. Шкала оценки «физического здоровья» имеет наибольшее число связей в игровых видах спорта. Шкала «психического здоровья» в художественных и игровых видах связана со шкалой «жизнеспособность», в циклических с «социальным функционированием». У менее успешных спортсменов оказались изолированными 3 шкалы физического компонента здоровья. Связь физического компонента с психосоциальным происходит только через шкалу «интенсивности боли», которая оказывает существенное влияние на все четыре шкалы психосоциального компонента здоровья.

4. Факторы, влияющие на представление о собственном здоровье, как компоненте качества жизни у спортсменов, можно разделить на модифицируемые (психологические состояния – ситуативная тревожность и эмоциональное выгорание), частично модифицируемые (характерологические особенности и личностная тревожность, особенности механизмов психологической адаптации) и не модифицируемые (пол, вид спорта). Коррекция модифицируемых и частично модифицируемых факторов способствует повышению представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни спортсменов.

5. Продемонстрирована эффективность использования методики эмоционального восстановления для коррекции представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни у спортсменов. В результате ее применения происходит снижение ситуативной тревожности и уменьшение выраженности симптомов эмоционального выгорания, а как следствие – повышение представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, выражающееся в снижении влияния «физического состояния на ролевое функционирование», уменьшении «интенсивности боли», повышении оценки «общего», «психического здоровья» и «жизнеспособности».

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Изучение представления спортсменов о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, в существенной степени определяет характеристики адаптации к спортивной деятельности. В связи с этим мониторинг данного показателя должен стать неотъемлемой частью оценки здоровья спортсменов.

2. Для корректной и всесторонней оценки представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни у спортсменов целесообразно использовать русифицированную версию методики SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

3. При работе со спортсменами тренерам, специалистам, психологам, необходимо учитывать следующее:

- психосоциальный компонент здоровья в самооценке юношей спортсменов выше, чем у девушек, что обусловлено более высокой оценкой жизнеспособности и психического здоровья;

- у девушек физический компонент здоровья выше в циклических и игровых видах спорта, а психосоциальный – в художественных видах;

- занятия девушек циклическими видами спорта отрицательно сказывается на представлении о собственном здоровье, как компоненте качества жизни;

- у юношей занимающихся художественными видами отмечается снижение «жизнеспособности» на фоне низких показателей психосоциального компонента здоровья;

- в группе менее успешных спортсменок снижена оценка «психического здоровья», «жизнеспособность» и повышена «интенсивность боли»;

- симптомы эмоционального выгорания оказывают сильное отрицательное влияние на представление о собственном здоровье, как компоненте качества жизни. Они наиболее выражены в циклических и художественных, а в меньшей степени в игровых видах спорта.

4. Разработанная мною схема, отражающая факторы, влияющие на представление спортсменов о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, является опытом применения системного подхода к изучению проблемы. Она важна в плане профилактики и повышения представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни через коррекцию модифицируемых и частично модифицируемых факторов.

5. Учитывая существенную роль спортивной деятельности в формировании хорошего представления о собственном здоровье, как компоненте качества жизни, студентам, имеющим низкие значения физического и психосоциального компонентов здоровья, могут быть

рекомендованы занятия спортом с целью их коррекции.

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

|        |   |  |
|--------|---|--|
| КЖ     | - | качество жизни   |
| PF     | - | Physical Functioning (физическое функционирование)   |
| RP     | - | RoleBPhysical (влияние физического состояния на ролевое функционирование)                          |
| BP     | - | Bodily Pain (интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью) |
| GH     | - | General Health (общее состояние здоровья)  |
| VT     | - | Vitality (жизнеспособность)  |
| SF     | - | Social Functioning (социальное функционирование)   |
| RE     | - | RoleBEmotional (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)                      |
| МН     | - | Mental Health (оценка психического здоровья)   |
| Ср. ФЗ | - | Средний физический компонент здоровья  |
| Ср. ПЗ | - | Средний психосоциальный компонент здоровья   |
| КМС    | - | Кандидат в мастера спорта  |
| МС     | - | Мастер спорта  |
| МСМК   | - | Мастер спорта международного класса  |
| ЛТ     | - | Личностная тревожность   |
| СЛТ    | - | Соревновательная личностная тревожность  |
| СТ     | - | Ситуативная тревожность  |