

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.2.003>



Лебедева А.А. ✉, Коршунов Д.С., Золотарева А.А., Костенко В.Ю.
Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва, Россия

Комплексная шкала субъективного здоровья: психометрическое исследование и потенциал применения

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концептуализация, теоретический анализ, дизайн исследования, сбор данных – Лебедева А.А.; теоретический анализ, анализ данных, редактирование текста – Коршунов Д.С.; концептуализация – Костенко В.Ю.; анализ данных, экспертная оценка психометрической модели – Золотарева А.А.

Подана: 04.11.2025

Принята: 15.05.2026

Контакты: aalebedeva@hse.ru

Резюме

Введение. Субъективное здоровье становится критически важной мишенью в вопросах здравоохранения и профилактики, однако этот конструкт требует уточнения. Авторами была разработана теоретическая модель имплицитного здоровья, включающая в себя физическое, психологическое, психическое и духовное измерения.

Цель. Разработать авторскую комплексную шкалу субъективного здоровья и провести оценку ее психометрических свойств.

Материалы и методы. Выборку составили 875 респондентов (718 женщин и 153 мужчины) в возрасте от 18 до 78 лет. Анкета включает в себя: комплексную шкалу субъективного здоровья, шкалу удовлетворенности жизнью, дифференциальный тест рефлексии, шкалу депрессии, тревоги и стресса DASS-21. Исследование проводилось посредством сети Интернет.

Результаты. Конфирматорный факторный анализ выявил однофакторное решение модели ($\chi^2=6,18$ ($df=2$; $p=0,013$); CFI=0,995; TLI=0,969; SRMR=0,014; RMSEA=0,077 [0,028; 0,140]). Надежность α -Кронбаха – 0,760, что свидетельствует о внутренней надежности методики. Субъективное здоровье позитивно коррелирует с удовлетворенностью жизнью, вопросом ВОЗ о субъективном здоровье и системной рефлексией и негативно – с интроспекцией, стрессом, тревогой и депрессией, что подтверждает конвергентную валидность шкалы.

Заключение. Разработанная комплексная шкала субъективного здоровья характеризуется удовлетворительными психометрическими свойствами и подходит для массовых скрининговых исследований.

Ключевые слова: субъективное здоровье, самооценка здоровья, качество жизни, диагностика субъективного здоровья, психометрика

Lebedeva A. ✉, Korshunov D., Zolotareva A., Kostenko V.
National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia

Comprehensive Subjective Health Scale: Psychometric Study and Application Potential

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: conceptualization, theoretical analysis, research design, data collection – Lebedeva A.; theoretical analysis, data analysis, text editing – Korshunov D.; conceptualization – Kostenko V.; data analysis, expert assessment of the psychometric model – Zolotareva A.

Submitted: 04.11.2025

Accepted: 15.05.2026

Contacts: aalebedeva@hse.ru

Abstract

Introduction. Subjective health is becoming a critically important target in health and prevention issues, but this construct needs to be clarified. The authors have developed a theoretical model of implicit health, which includes physical, psychological, mental, and spiritual dimensions.

Purpose. To develop an author's Comprehensive Subjective Health Scale and to evaluate its psychometric properties.

Materials and methods. The sample consisted of 875 respondents (718 women and 153 men) aged 18 to 78 years. The questionnaire includes the following: a Comprehensive Subjective Health Scale, a Life Satisfaction Scale, a Differential Reflection Test, and a DASS-21 Depression, Anxiety, and Stress Scale. The study was conducted via the Internet.

Results. Confirmatory factor analysis revealed a one-factor solution ($\chi^2=6.18$ (df=2; $p=0.013$); CFI=0.995; TLI=0.969; SRMR=0.014; RMSEA=0.077 [0.028; 0.140]). The Cronbach's α was 0.760, indicating the internal reliability of the instrument. Subjective health correlated positively with life satisfaction, the WHO question on subjective health, and systemic reflection and negatively with introspection, stress, anxiety, and depression, confirming the convergent validity of the scale.

Conclusion. The developed Comprehensive Subjective Health Scale is characterized by satisfactory psychometric properties and is suitable for mass screening studies.

Keywords: subjective health, self-assessment of health, quality of life, diagnosis of subjective health, psychometrics

■ ВВЕДЕНИЕ

Изменения современного уклада жизни, опыт столкновения человечества с COVID-19 и сохраняющаяся повышенная вероятность пандемий в XXI в. определили тенденции, декларируемые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), которые заключаются в системной рекомендации национальным системам здравоохранения развивать практики самопомощи и интегрировать их в качестве путей достижения всеобщего охвата и повышения устойчивости систем помощи в условиях

кризисов*. Очевидно, эффективность самопомощи во многом определяется тем, насколько тщательно и корректно субъект оценивает собственное здоровье, – именно субъективные оценки становятся важнейшим маркером исхода и целевого эффекта вмешательств в медицине, психиатрии и клинической психологии [1].

Данные изменения приводят к тому, что в крупных научных исследованиях все чаще вместо объективных показателей функционирования организма на первый план выходит субъективная оценка человеком своего состояния – она не только дополняет объективные медицинские данные, но и помогает строить профилактику и стратегии самопомощи, которые ВОЗ рекомендует внедрять в работу с сообществами и на уровне первичной медицинской помощи**.

Сложившаяся ситуация актуализирует потребность в разработке подходов к здоровью и измерительных инструментов, которые позволили бы системно изучать субъективное восприятие здоровья как психологический конструкт.

Здоровье с точки зрения субъективных оценок: становление взглядов и критика

Начиная со второй половины XX в. наблюдается существенная трансформация дискурса в понимании здоровья [2]. Точкой отсчета этих изменений принято считать 1948 г., когда ВОЗ ратифицировала свой устав и представила новое определение центрального понятия «здоровье», под которым с тех пор понимается «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [3]. Данная формулировка запустила процесс переосмысления сути здравоохранения, результатов лечения и системы отношений врач – пациент. По мере развития медицины и социальных наук представление о здоровье было усложнено включением в него субъективных и социальных компонентов. Основным итогом данного процесса стало понимание здоровья как комплексного явления, что потребовало новых концептуализаций и путей измерения.

В 1990-х гг. параметр самочувствия был операционализирован ВОЗ [4] в качестве измеримого индикатора – субъективного здоровья, под которым было предложено понимать индивидуальное восприятие собственного здоровья в настоящий момент времени. По мере накопления данных индикатор хорошо зарекомендовал себя как в социологических и эпидемиологических исследованиях, так и в медицинской практике.

К настоящему времени многократно подтверждено, что от самочувствия пациента существенно зависит эффективность лечения [5]. Наиболее часто параметр самооценки здоровья используется в медико-социальных исследованиях, где он принят за основной индикатор изменений в ходе лечебного процесса. Накопленные данные показывают, что самооценка здоровья предсказывает смертность [6] и объясняет состояние здоровья пожилых людей [7] даже лучше, чем физиологические показатели организма.

* Руководство ВОЗ по мерам самопомощи для здоровья и благополучия (2022) – <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>.

** Реализация мер по самопомощи для здоровья и благополучия: руководство для систем здравоохранения (2024) – <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094888>.

В то же время отмечается ряд методических и теоретических проблем, связанных с понятием субъективного здоровья. Один аспект критики затрагивает индивидуальные смыслы представления о здоровье, на которое влияет множество переменных. Так, в одном исследовании показано, что содержательное значение понятия субъективного здоровья различается в зависимости от индивидуальных интерпретаций [8]. Автор показывает, что сам по себе акт интерпретации состоит из 2 стадий: на первой стадии человек ориентируется на актуальные для него в данный момент критерии (которые обусловлены культурным и социально-демографическим контекстом); на второй – человек сравнивает состояние своего здоровья с другими людьми. Иными словами, на получаемую самооценку здоровья влияют мнения референтных групп и собственное психическое состояние.

Другой аспект критического взгляда, на наш взгляд, связан с игнорированием психологической структуры и содержания индивидуального опыта здоровья и болезни в рамках существующих подходов к пониманию и измерению субъективного здоровья. В рамках этой критики текущее понятие субъективного здоровья является довольно поверхностным и не включает в себя психологическое содержание, связанное с наличием или отсутствием того или иного заболевания у человека. Безусловно, спрашивая пациента об оценке своего здоровья, мы оставляем за скобками всю внутреннюю работу, которая наполняет содержанием конструкт субъективного здоровья. И как показывают исследовательские наблюдения [9], эта работа в свернутом виде ведется и тогда, когда респондент более или менее осознанно заполняет опросник.

Приведенная критика хотя и представляет несомненный интерес, но не является уникальной по своему содержанию, поскольку воспроизводит общую логику дискуссий о схожих субъективно-оценочных конструктах, таких, например, как субъективное благополучие, субъективное счастье, субъективное качество жизни [10, 11]. Р. Винховен [12] отмечает, что люди, считающие себя здоровыми, как правило, сообщают о более высоких уровнях счастья, что, однако, может быть связано с субъективной интерпретацией их состояния здоровья, а не с объективными медицинскими показателями. Логика субъективности предполагает, что имплицитные представления, которые респондент вкладывает в свою оценку того или иного параметра, остаются в своего рода «черном ящике», недоступном для прямого измерения и контроля [13, 14]. Субъективное здоровье, подобно концепту субъективного благополучия, формируется на основе сравнения текущего состояния с личными и социальными эталонами. Как отмечает Дж. Сирджи [11], субъективное благополучие зависит не только от объективных обстоятельств, но и от того, как индивид интерпретирует свое положение относительно собственных ожиданий и социальных норм. Это подчеркивает многоуровневую и дискурсивную природу субъективного здоровья: на его оценку влияют индивидуальные стандарты, культурные представления, опыт заболеваний и профилактики, а также эмоциональное и духовное состояние. Этот момент необходимо признавать и учитывать как важное ограничение при построении и интерпретации любых шкал субъективного здоровья. Вместе с тем данное ограничение может быть частично преодолено, если применение подобных шкал сопровождается осознанием и рефлексией методологического подхода к пониманию здоровья, который лежит в основе исследования.

Наконец, третий аспект заключается в том, что текущее научное понятие и принципы его измерения не включают в себя существующие структуры общекультурных представлений о здоровье [15]. Вопрос, который предлагается ВОЗ, ставится максимально широко (In general, how would you rate your health? / «В целом как бы Вы оценили свое здоровье?» [4]) и никак не дифференцирует, о каком аспекте здоровья идет речь в данном случае – физическом, психическом, духовном? Иными словами, респондент будет отвечать на него исходя из приоритетной для себя области здоровья или исходя из ассоциативного принципа и, скорее всего, будет говорить о здоровье физическом.

Изучение субъективного здоровья и его компонентов

С конца 1970-х гг. субъективные и социальные индикаторы были признаны ключевыми измерениями качества жизни [10], и субъективная оценка здоровья вполне вписывалась в этот тренд. Широко известная шкала оценки субъективного здоровья, предложенная ВОЗ, была удобна, потому что респонденту нужно было отвечать всего на один вопрос о том, как он оценивает свое здоровье в целом [16]. Благодаря своей простоте и универсальности данный показатель быстро завоевал популярность среди исследователей и стал широко применяться в массовых мониторинговых исследованиях. Этот показатель демонстрирует связи с различными биомаркерами [17, 18] и социально-демографическими характеристиками населения [19–21].

Существует убеждение, что одного вопроса достаточно для диагностики субъективного здоровья и нет необходимости в разработке многоэлементных шкал [22]. Однако феномен субъективного здоровья является дискурсивным по своей природе [23], а значит, представления о собственном здоровье складываются из принятых в культуре взглядов на здоровье, научных сведений о здравоохранении, житейских знаний, личного опыта заболеваний и профилактики здоровья, мировоззренческих позиций и т. д. Личность вступает в диалог с многоаспектным опытом, организованным в семантическое поле ее сознания. Другими словами, формируется актуальный для человека дискурс о здоровье, трансформация которого осуществляется в ходе получения нового опыта, а также в ходе отношений с ним.

Комплексный взгляд на здоровье, обязанный своим появлением возвращению к идеям холизма, в последнее время вновь набирает популярность. Этот взгляд известен в научном обиходе как биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни [24]. В его более поздней версии – биопсихосоциодуховном подходе [25] – пациенту отводится роль активного агента, ответственного за собственное выздоровление, а факторы здоровья дополняются субъективными измерениями, включающими психологический и духовный аспекты. Тем не менее, несмотря на широкое мировое признание, этот подход во многом представляет собой механическое объединение различных сфер под единым «зонтом», поскольку не имеет под собой глубокого теоретического обоснования, которое бы задавало логику взаимодействия разных областей здоровья. Его функция, скорее, заключается в том, чтобы социальные институты и дисциплинарные области получили официальную возможность интеграции и сотрудничества.

Выделяются и другие интересные модели здоровья, которые близки по логике биопсихосоциодуховному подходу. Так, К. Киз с коллегами [26] говорят о дихотомии

расцветания и увядания как субъективных состояний здоровья и перемещают акцент в этом вопросе на важность качества жизни личности в целом.

Интересной моделью, в которой осуществляется идея уровневого подхода к здоровью, представляется нам концепция Б.С. Братуса и соавторов [27]. Авторы выделяют несколько уровней регуляции здоровья: физиологический (базовый); индивидуально-психологический; личностно-смысловой. В дальнейшем Б.С. Братусь [28] развивает эти идеи в рамках многоуровневой структуры регуляции личности, добавляя, что личностно-смысловой уровень обретает интегративную функцию, когда регуляция сопрягается с сакральной ценностью (духовностью).

Опираясь на предложенные идеи, мы разработали теоретическую модель субъективного здоровья [15], включающую в себя 4 измерения: физическое здоровье (регуляция телесных, организменных функций); психологическое (психологическое благополучие); психическое (регуляция психических состояний) и духовное здоровье (личностно-смысловая регуляция). Такое понимание субъективного здоровья позволяет достаточно точно дифференцировать представления людей о своем здоровье и определить актуальные потребности, связанные с областью, на которой наблюдается снижение. Предложенная модель была нами апробирована в качественном исследовании [29], результаты которого позволили выделить физическое, психологическое и духовное измерения субъективного здоровья.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать авторскую комплексную шкалу субъективного здоровья и провести оценку ее психометрических свойств.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Участники исследования. В исследовании приняли участие 875 русскоязычных респондентов (718 женщин и 153 мужчины) в возрасте от 18 до 78 лет ($M=21,9$; $SD=4,88$). Среди них 79 респондентов получили среднее образование, 11 – среднее профессиональное; 565 – неоконченное высшее; 190 – высшее; 26 – два и более высших; 4 – ученую степень.

Процедура исследования. Сбор данных осуществлялся путем распространения анкеты с методиками в сети Интернет. Участие в исследовании было добровольным и безвозмездным. Респонденты дали информированное согласие. Длительность заполнения анкеты составляла до 20 мин. Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации, принятой Всемирной медицинской ассоциацией [30].

Методики. Анкета состояла из нескольких диагностических инструментов:

1. Комплексная шкала субъективного здоровья. Это авторская методика, направленная на изучение 4 компонентов субъективного здоровья: физического, психического, психологического и духовного. Она включает в себя 4 вопросных пункта: «В целом я оцениваю свое физическое здоровье как...»; «В целом я оцениваю свое психологическое самочувствие как...»; «В целом я оцениваю свое психическое здоровье как...»; «В целом я оцениваю свое духовное здоровье как...». Пункты измеряются по пятибалльной шкале Ликерта («очень хорошо», «хорошо», «удовлетворительно», «плохо», «очень плохо»).

2. Общий вопрос ВОЗ о здоровье [16]. Его формулировка следующая: «Как Вы оцениваете свое здоровье в целом?» Данный вопрос направлен на сбор самоотчета людей о состоянии своего здоровья.
3. Шкала удовлетворенности жизнью (The Satisfaction with Life Scale) Э. Динера [31] в адаптации Е.Н. Осина и Д.А. Леонтьева [32]. Эта методика направлена на изучение когнитивного компонента удовлетворенности жизнью. Методика состоит из 5 вопросов, касающихся оценки качества своей жизни в целом (например, «У меня есть в жизни то, что мне по-настоящему нужно»).
4. Дифференциальный тест рефлексии Д.А. Леонтьева и Е.Н. Осина [33]. В данной методике рефлексия понимается как способность человека произвольно обращать сознание на самого себя. Методика включает в себя 3 шкалы: 1) системную рефлексия (процесс дистанцированного и беспристрастного анализа себя и внешних ситуаций); 2) интроспекцию (погруженность в собственные ощущения и переживания); 3) квазирефлексию (размышления о внешних ситуациях без критического взгляда на себя) – и состоит из 30 вопросов (например, «Я люблю фантазировать»).
5. Шкала депрессии, тревоги и стресса (Depression, Anxiety, Stress Scale – DASS-21) [34] в адаптации А.А. Золотаревой [35]. Данный инструмент диагностирует симптомы депрессии, тревоги и стресса как коморбидные состояния в структуре психологического дистресса. Методика включает в себя 21 пункт (например, «Мне было трудно успокоиться»).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Описательная статистика. В среднем респонденты оценивают свое здоровье на всех уровнях как хорошее. Показатели эксцесса и асимметрии соответствуют норме $[-1; 1]$, следовательно, распределение является нормальным. Результаты приведены в табл. 1.

Анализ факторной структуры. Для предварительной оценки структуры опросника был проведен эксплораторный факторный анализ. На основе параллельного анализа было предложено однофакторное решение, которое согласуется с теоретической моделью конструкта субъективного здоровья. Факторные нагрузки представлены в табл. 2. Показатель теста сферичности Бартлетта χ^2 равен 999 ($df=6$; $p<0,001$). Общее значение КМО для модели равняется 0,730. Показатели пригодности модели являются адекватными, поэтому принимается однофакторная структура опросника с 4 пунктами.

Таблица 1

Описательная статистика пунктов комплексной шкалы субъективного здоровья

Table 1

Descriptive statistics of the points of the Complex Scale of Subjective Health

№	M	SD	SK	K
1. В целом я оцениваю свое физическое здоровье как...	3,4	0,87	-0,57	0,49
2. В целом я оцениваю свое психологическое самочувствие как...	2,94	0,91	0,08	-0,3
3. В целом я оцениваю свое психическое здоровье как...	3,23	0,89	-0,32	0,26
4. В целом я оцениваю свое духовное здоровье как...	3,34	0,85	-0,45	0,21

Примечание: M – среднее арифметическое; SD – выборочное стандартное отклонение; SK – асимметрия; K – эксцесс.

Таблица 2
Результаты эксплораторного факторного анализа
Table 2
The results of the exploratory factor analysis

№	Факторные нагрузки
1. В целом я оцениваю свое физическое здоровье как...	0,557
2. В целом я оцениваю свое психологическое самочувствие как...	0,846
3. В целом я оцениваю свое психическое здоровье как...	0,830
4. В целом я оцениваю свое духовное здоровье как...	0,801

Дальнейшим шагом стало проведение конфирматорного факторного анализа для подтверждения выявленной однофакторной модели. Статистики соответствия выявили: $\chi^2=26,3$ ($df=2$; $p \leq 0,001$); CFI=0,976; TLI=0,927; SRMR=0,028; RMSEA=0,118 [0,080; 0,160], что указывает на недостаточное качество модели и наличие возможных ковариаций между пунктами. Индексы модификации модели показали связь остатков между пунктами 1 и 3. После добавления ковариации между этими остатками индексы соответствия модели показывают: χ^2 для соответствия модели равняется 6,18 ($df=2$; $p=0,013$); CFI=0,995; TLI=0,969; SRMR=0,014; RMSEA=0,077 [0,028; 0,140]. Полученные факторные нагрузки приведены в табл. 3.

Анализ надежности. Для оценки надежности опросника использовался показатель внутренней согласованности α -Кронбаха. Результаты демонстрируют уровень надежности, равный 0,760. Следовательно, данный инструмент надежен для массовых исследований.

Таблица 3
Результаты конфирматорного факторного анализа
Table 3
Results of the confirmatory factor analysis

№	Факторные нагрузки
1. В целом я оцениваю свое физическое здоровье как...	0,389
2. В целом я оцениваю свое психологическое самочувствие как...	0,721
3. В целом я оцениваю свое психическое здоровье как...	0,741
4. В целом я оцениваю свое духовное здоровье как...	0,572

Таблица 4
Взаимосвязи субъективного здоровья и переменных здоровья, рефлексии и дистресса
Table 4
Interrelations of subjective health and variables of health, reflection and distress

Шкалы методик	Общее здоровье	Субъективное
Общий вопрос ВОЗ о здоровье	0,65***	
Удовлетворенность жизнью	0,51***	
Системная рефлексия	0,15***	
Интроекция	-0,29***	
Квазирефлексия	-0,06	
Стресс	-0,42***	
Тревога	-0,53***	
Депрессия	-0,60***	

Примечание: * $r \leq 0,05$; ** $r \leq 0,01$; *** $r \leq 0,001$. Шкалами ДТР являются системная рефлексия, интроекция и квазирефлексия. Шкалы DASS-21 – стресс, тревога, депрессия.

Индекс дискриминативности. Компоненты физического ($r=0,62$, $p\leq 0,001$), психологического ($r=0,83$, $p\leq 0,001$), психического ($r=0,80$, $p\leq 0,001$) и духовного здоровья ($r=0,78$, $p\leq 0,001$) позитивно связаны с общим баллом по шкале. Следовательно, пункты опросника достаточно хорошо описывают конструкт субъективного здоровья. Это подтверждает дискриминативность пунктов методики.

Конвергентная валидность. Показатель общего субъективного здоровья статистически значимо позитивно коррелирует с самооценкой здоровья по ВОЗ, а также негативно – с показателями интроспекции, стресса, тревоги и депрессии. Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о конвергентной валидности разработанной шкалы.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Современные тренды в развитии здравоохранения акцентируют все большее внимание на субъективных и личностных сторонах здоровья человека и разработке систем самопомощи и профилактики [1, 10]. Ввиду этого конструкт субъективного здоровья, ранее понимавшийся как самооценка состояния здоровья пациентом в целом, требует дифференциации и уточнения.

Вслед за идеями биопсихосоциодуховной модели [25] и уровневой структуры регуляции личности Б.С. Братуся [28] нами предлагается комплексная модель имплицитного субъективного здоровья, включающая в себя 4 компонента: физическое, психологическое, психическое и духовное здоровье [15]. По результатам пилотажного качественного исследования были подтверждены измерения физического, психологического и духовного здоровья [29]. Следующим шагом стала разработка краткой самооценочной шкалы.

Факторная структура комплексной шкалы субъективного здоровья складывается в единый целостный конструкт, что продолжает логику холистического взгляда на здоровье [24, 25]. Интересно, что по результатам КФА пункт, касающийся физического здоровья, имеет заметно меньшую нагрузку в структуре по сравнению с остальными. Кроме того, была выявлена ковариация между пунктами, касающимися физического и психического здоровья. Эти факты могут объясняться следующими обстоятельствами. Во-первых, они подчеркивают общую тенденцию в медицине к переходу от биомедицинской к биопсихосоциальной и затем биопсихосоциально-духовной модели [25], в которых психологические и личностные факторы играют все большую роль в поддержании здоровья человека [2]. Во-вторых, вероятно, пункт о физическом здоровье психометрически выделяется, поскольку остальные 3 пункта не связаны с телом и организмом. Наконец, возможно, шкала чувствительна к особенностям имплицитной модели здоровья у разных выборок и для группы, более заинтересованной телесной или духовной сферой, показатели соответствующего типа здоровья могли бы быть более дифференцированы. Данный факт тем не менее требует дополнительных исследований.

Анализ надежности показывает, что шкала применима в массовых скрининговых исследованиях на больших выборках, однако интерпретация индивидуальных результатов должна проводиться с осторожностью.

Ожидаемо, общая оценка субъективного здоровья положительно коррелирует с вопросом ВОЗ о субъективном здоровье и удовлетворенности жизнью. Кроме того, наблюдаются умеренные отрицательные связи с показателями стресса, тревоги и депрессии. Это подтверждает конвергентную валидность инструмента

и характеризует субъективное здоровье как буфер в профилактике психологической дезадаптации [1, 26].

Системная рефлексия связана с субъективным здоровьем, что показывает роль рефлексии в более тонкой дифференциации различных аспектов здоровья, однако размер эффекта оказывается маленьким. Негативная связь субъективного здоровья и интроспекции означает, что понимание собственного здоровья не замыкается на самоощущениях или абстрактных представлениях индивида и складывается из множества компонентов, в том числе объективных.

Данное исследование имеет ряд ограничений. Выборку исследования преимущественно составляют молодые люди 18–27 лет. Кроме того, наблюдается перекокс в сторону женского пола. Для более точной оценки психометрических свойств шкалы необходимо проведение дополнительных исследований на объемных и стратифицированных выборках. Помимо этого, в рамках данного исследования не проводилось сравнение субъективных и объективных индикаторов здоровья. Перспективой дальнейших исследований нам видится привлечение клинических выборок и учет самооценочных и биомедицинских показателей здоровья.

■ ВЫВОДЫ

1. Комплексная шкала субъективного здоровья имеет однофакторную структуру, что позволяет оценить как субъективное здоровье в целом, так и каждый его отдельный компонент.
2. Высокие индексы дискриминативности доказывают дискриминантную валидность методики.
3. Субъективное здоровье позитивно коррелирует с удовлетворенностью жизнью, вопросом ВОЗ о субъективном здоровье и системной рефлексией и негативно – с интроспекцией, стрессом, тревогой и депрессией, что подтверждает конвергентную валидность шкалы.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Herrmann-Lingen C. Quality of Life and Subjective Health: Strengthening the Subjective Perspective in Cardiology. In: Waldstein SR, Kop WJ, Suarez EC, Lovullo WR, Katzel LI, eds. *Handbook of Cardiovascular Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer; 2022. P. 1341–1362. doi: 10.1007/978-0-387-85960-6_56
2. Monden C. Subjective Health and Subjective Well-Being. In: Michalos AC, ed. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. P. 6423–6426. doi: 10.1007/978-94-007-0753-5_3957
3. World Health Organization. *Constitution of The World Health Organization*. 1995.
4. World Health Organization. *The world health report 1996: fighting disease, fostering development*. 1996.
5. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med*. 2003;56(7):1595–1604. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00159-4
6. Lorem G., Cook S., Leon D.A., Emaus N., Schirmer H. Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Sci Rep*. 2020;10(1):4886. doi: 10.1038/s41598-020-61603-0
7. Kornadt AE, Albert I., Hoffmann M., Murdock E., Nell J. Ageism and older people's health and well-being during the Covid-19-pandemic: the moderating role of subjective aging. *Eur J Ageing*. 2021;18(2):173–184. doi: 10.1007/s10433-021-00624-8
8. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):307–316. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013
9. Tkhostov A.S. *Psychology of physicality*. Moscow: Smysl; 2002. (in Russian)
10. Lebedeva A.A., Leontiev D.A. Modern approaches to the study of quality of life: from objective to subjective contexts. *Neurological Bulletin*. 2022;13(4):142–162. doi: 10.17759/sps.2022130409. (in Russian)
11. Sirgy J.M. *Positive balance: A theory of well-being and positive mental health*. Springer; 2020. doi: 10.1007/978-3-030-40289-1
12. Veenhoven R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *J Happiness Stud*. 2008;9(4):449–469. doi: 10.1007/s10902-006-9042-1
13. Pavot W., Diener E. The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *J Posit Psychol*. 2008;3(2):137–152. doi: 10.1080/17439760701756946

14. Schwarz N., Strack F. Reports of Subjective Well-Being: Judgmental Processes and Their Methodological Implications. In: *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Russell-Sage; 1999.
15. Lebedeva A.A., Kostenko V.Yu. Subjective health in the field of problems of psychology and psychiatry. *Neurological Bulletin*. 2019;51(4):98–101. (in Russian)
16. Bruin A. de, Picavet H.S.J., Nossikov A. *Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1996.
17. Chaparro M.P., Hughes A., Kumari M., et al. The association between self-rated health and underlying biomarker levels is modified by age, gender, and household income: Evidence from Understanding Society – The UK Household Longitudinal Study. *SSM – Popul Health*. 2019;8(8):100406. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100406
18. Heyne S., Haufe E., Beissert S., et al. Determinants of Depressive Symptoms, Quality of Life, Subjective Health Status and Physical Limitation in Patients with Systemic Sclerosis. *Acta Derm Venereol*. 2023;103:6502. doi: 10.2340/actadv.v103.6502
19. Llorca M., Rodríguez-Alvarez A., Jamasb T. Objective vs. subjective fuel poverty and self-assessed health. *Energy Econ*. 2020;87:104736.
20. Mensah A., Adjei N.K. Work-life balance and self-reported health among working adults in Europe: a gender and welfare state regime comparative analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1052. doi: 10.1186/s12889-020-09139-w
21. Schelleman-Offermans K., Massar K. Explaining socioeconomic inequalities in self-reported health outcomes: The mediating role of perceived life stress, financial self-reliance, psychological capital, and time perspective orientations. *PLoS ONE*. 2020;15(12):e0243730. doi: 10.1371/journal.pone.0243730
22. Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several? *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(5):342–345. doi: 10.1136/jech.2004.021204
23. Blackman L. The Dialogical Self, Flexibility and the Cultural Production of Psychopathology. *Theory Psychol*. 2005;15(2):183–206.
24. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535–544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535
25. Hatala A.R. Towards a biopsychosocial–spiritual approach in health psychology: Exploring theoretical orientations and future directions. *J Spiritual Ment Health*. 2013;15(4):256–276. doi: 10.1080/19349637.2013.776448
26. Wissing M.P., Schutte L., Liversage C., et al. Important Goals, Meanings, and Relationships in Flourishing and Languishing States: Towards Patterns of Well-being. *Appl Res Qual Life*. 2021;16(2):573–609. doi: 10.1007/s11482-019-09771-8
27. Bratus B.S., Rozovsky I.A., Tsapkin V.N. *Psychological problems of studying and correcting personality anomalies: An educational and methodological guide*. Moscow: Moscow State University Publishing House; 1988. (in Russian)
28. Bratus B.S. *Personality anomalies*. Psychological approach. Moscow: Nikea; 2019. (in Russian)
29. Lebedeva A.A., Kostenko V.Yu. *Subjective health: The implicit theory and links to personality resources*. Yerevan, Armenia: Limush; 2019. P. 451–452. (in Russian)
30. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191–2194.
31. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., et al. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71–75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
32. Osin E.N., Leontiev D.A. Short Russian-language diagnostic scales of subjective well-being: psychometric characteristics and comparative analysis. *Monitoring Public Opinion On Economic And Social Changes*. 2020;1(155):117–142. (in Russian)
33. Leontiev D.A., Osin E.N. Reflection on "good" and "bad": from an explanatory model to differential diagnosis. *Psychology Journal of the Higher School of Economics*. 2014;11(4):110–135. doi: 10.14515/monitoring.2020.1.06. (in Russian)
34. Henry J., Crawford J.R. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2005;44:227–239. doi: 10.1348/014466505X29657
35. Zolotareva A.A. Psychometric assessment of the Russian version of the depression, anxiety and stress scale (DASS-21). *Psychological Journal*. 2021;42(5):80–88. (in Russian)