**Оглавление**

Введение

Глава 1. Теоретический обзор

.1 Место эмоциональных расстройств в официальной классификации болезней

.2 Характеристика субдепрессивных состояний

.3 Теоретические концепции депрессивных расстройств

.4 Определение понятия качества жизни

.5 Составляющие концепции качества жизни

.6 Основные направления исследования качества жизни

Глава 2. Программа исследования

.1 Цель, задачи, гипотеза, предмет и объект исследования

.2 Методики исследования

.3 Методы математической обработки данных

Глава 3. Анализ исследования

.1 Характеристика выборки по эмоциональному состоянию

.2 Характеристика выборки по факторам качества жизни

.3 Соотношение между эмоциональным состоянием и уровнем качества жизни

Заключение

Приложения

# **Введение**

Актуальность темы связана с тем, что эмоциональную жизнь современного человека определяют две тенденции. Первая тенденция характеризуется возрастанием частоты и интенсивности эмоциональных нагрузок, чему способствует ряд особенностей современной жизни: стремительное изменение социальной и физической среды, повышение темпов жизни и ее стоимости, разрушение традиционных семейных структур, социальные и экологические катаклизмы. На это человек реагирует переживаниями страха, тревоги, беспомощности, тоски и отчаяния. Вторая тенденция характеризуется негативным отношением к эмоциям, которым приписывается деструктивная, дезорганизующая роль как в политической, так и в личной жизни отдельного человека. Эта тенденция связана с рядом присущих XXI в. ценностей: культом рационального логичного подхода к жизни, ценностью внешнего благополучия и успеха, культом силы и мужественности.

В последнее время появилось много семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Под ОВЗ в современном виде понимаются следующие категории: дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие); дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие); дети с нарушением речи (логопаты); дети с нарушением опорно-двигательного аппарата; дети с умственной отсталостью; дети с задержкой психического развития; дети с нарушением поведения и общения; дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

Особенно трудно в таких семьях приходится матерям, в связи с современными тенденциями образа жизни, а также в связи с особенностями воспитания детей с ОВЗ. Оба этих фактора не проходят бесследно для эмоциональной сферы матерей, они несут большую эмоциональную нагрузку. Из-за такой нагрузки снижается эмоциональный фон матерей, наблюдаются субдепрессивные расстройства, а в следствии этого ухудшается и качество жизни.

За последние 40 лет в большинстве развитых стран отмечался значительный рост численности депрессивных состояний, ставших к концу XX века одной из существенных проблем человечества.

Депрессия в ее различных вариантах признается одной из основных причин снижения качества жизни. Субдепрессивные состояния по уровню распространенности являются безусловными лидерами среди других психических расстройств. Исследования во всех странах мира показывают: субдепрессия, подобно сердечно-сосудистым заболеваниям, становится наиболее распространенным недугом нашего времени. Это распространенное расстройство, которому подвержены миллионы людей. По данным разных исследователей, им страдает до 20% населения развитых стран. Депрессивные расстройства являются важными факторами риска по возникновению разных форм химической зависимости и, в значительной степени, осложняют течение сопутствующих соматических заболеваний. Наконец, депрессивные расстройства являются основным фактором риска суицидов, по числу которых наша страна занимает одно из первых мест.

С нашей точки зрения целесообразно провести исследование, направленное на выявление зависимости качества жизни от эмоционального состояния, в частности, от субдепрессивного состояния. Известно, что многие матери жалуются на плохое качество жизни, а не является ли это следствием их сниженного эмоционального фона в виде депрессивного состояния?

Цель, которая поставлена в настоящем исследовании - установить соотношение эмоционального состояния и качества жизни среди матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Задачи: определить состояние эмоциональной сферы матерей, воспитывающих детей с ОВЗ; определить качество жизни этих матерей и установить соотношение между характеристиками эмоциональной сферы и факторами качества жизни.

Исследование проводилось на базе центра психического здоровья (детско-подростковый диспансер) ГУЗ Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больнице №1.

Данное исследование внесет определенный вклад в жизнь общества в целом, а также в жизнь матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

# **Глава 1. Теоретический обзор**

# **.1 Место эмоциональных расстройств в официальной классификации болезней**

В России принят 10-й пересмотр международной классификации болезней (МКБ-10, 1994). В которой существует рубрика «Аффективные расстройства настроения» (F3) для диагностики и систематики депрессивных состояний.

В современной классификации (МКБ-10) основное значение придается: вариантам течения депрессии (F 32 - F 34), выраженности депрессии (легкая, умеренная, тяжелая) и наличию дополнительных симптомов (соматических и психотических).

В каждом F выделяются подрубрики: 1) по тяжести; 2) по наличию соматических симптомов; 3) по наличию психотических симптомов конгруэнтных или неконгруэнтных настроению. Есть также рубрики для неуточненных расстройств.

Так называемые «соматические» симптомы (иначе определяются как витальные, или биологические), имеют здесь специальное клиническое значение и связаны с нарушениями физиологических функций. Например, пробуждение по утрам на 2 или более часов раньше обычного времени, выраженное снижение аппетита, потеря в весе тела.

Психотические симптомы включают бред, галлюцинации или депрессивный ступор. Бредовые идеи чаще всего имеют фабулу греховности обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые галлюцинации, как правило, обнаруживаются в виде обвиняющего или оскорбляющего характера голосов, а обонятельные - в виде запахов загнивающей грязи или плоти. Выраженная психомоторная заторможенность может перейти в ступор.

Центральное место в систематике аффективной патологии занимает категория «депрессивный эпизод» - большая депрессия, униполярная или монополярная депрессия, автономная депрессия.

) Основные симптомы:

- снижение настроения (по сравнению с нормой);

- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;

- снижение энергии и повышенная утомляемость.

) Дополнительные симптомы:

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;

- снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;

- идеи виновности и уничижения (даже при легких депрессиях);

- мрачное и пессимистическое видение будущего;

- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства.

# **.2 Характеристика субдепрессивных состояний**

Субдепрессия - состояние неглубокой депрессии, характеризующееся пониженным настроением, пессимистической оценкой событий и снижением работоспособности [2]. Больные жалуются на слабость, вялость, угнетённость; они не верят в свои возможности, сомневаются в правильности поступков, с трудом принимают решения, часто испытывают чувство тревоги, страха. Снижение эмоционального фона наряду с искажением когнитивных процессов сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Характерными являются мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей сочетаются с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Измененным оказывается восприятие времени, которое течет мучительно долго. Для поведения в состоянии депрессии характерны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; все это приводит к резкому падению продуктивности. В тяжелых, длительных состояниях депрессии возможны попытки самоубийства [16].

В соответствии с причинами возникновения депрессия может быть психологически понятной «адекватной», вызванной определенными жизненными обстоятельствами (реактивные депрессии), и «неадекватной» (по тяжести, длительности, наличию психотических черт), не выводимой из имеющейся жизненной ситуации, т.е. не связанной с экзогенными факторами (эндогенные депрессии) [3].

Эндогенные депрессии встречаются преимущественно в рамках маниакально-депрессивного психоза и делятся на 2 основные формы - биполярную (при чередовании с маниакальными фазами) и монополярную или униполярную (при течении только депрессивными фазами).

Соматизация - это отражение психологических проблем с помощью болезней [2].

По частоте соматизированные депрессии превосходят классические, или «явные», депрессии [1]. Больные с соматизированными депрессиями наблюдаются практически врачами всех специальностей. Однако данные об их частоте не отражают истинной картины распространенности этих состояний, поскольку не являются результатом целенаправленных эпидемиологических исследований. Под соматизированными (маскированными) депрессиями принято понимать депрессии, в клинической картине которых на первый план выступают соматические симптомы, а психопатологические проявления остаются в тени, то есть депрессивный аффект скрывается за разнообразными телесными ощущениями. Такие депрессии называют соматизированными, поскольку их клиника исчерпывается расстройствами, обычно характерными для соматических заболеваний, и маскированными, так как собственно депрессивного настроения как такового почти незаметно: оно как бы прячется за проявлениями соматических заболеваний [4]. При изучении соматовегетативных расстройств в рамках так называемых мягких, легких, атипичных форм депрессивных состояний было отмечено, что клиническая картина заболевания характеризуется доминированием соматических симптомов и нарушений вегетативной нервной системы, которые могут полностью перекрывать лежащую в их основе депрессию. Несмотря на это, следует подчеркнуть, что все они представляют собой «соматические эквиваленты депрессии», иными словами, являются выражением «латентного депрессивного состояния».

Соматизированная депрессия является заболеванием «мимикрическим», то есть имитирующим все физические субъективные переживания больного на фоне витального снижения настроения, ипохондричности, особого эмоционального отношения к болезни [4]. Депрессия рассматривается в неразрывном единстве психических и соматовегетативных расстройств. В соответствии с диагностическими принципами международной классификации психических заболеваний последнего пересмотра в рамках депрессий наряду с подавленным настроением, утратой интересов, сниженной самооценкой, идеями виновности и уничижения выделяют соматический («витальный», «биологический», «эндогенноморфный») синдром, включающий нарушения сна (пробуждение по утрам за 2 ч или более до обычного времени), утрату аппетита, потерю массы тела (5% в течение последнего месяца), выраженное снижение либидо [7].

Анализ причин депрессии, как правило, показывает, что в каждом случае имеется как биологическая причина (предрасположенность), так и неблагоприятное воздействие окружающей среды, однако соотношение этих факторов в каждом случае разное. Проявляется депрессия у всех по-разному, в структуре этого заболевания могут преобладать печаль, тоска, слабость и раздражительность; особой, но очень распространенной формой заболевания является состояние, когда болезнь проявляется только телесными симптомами (боли, неприятные ощущения в груди, животе, рвота и т. п.) практически без признаков сниженного настроения и других психических проявлений.

Термин «депрессия» стал скорее бытовым, нежели медицинским понятием. Не всегда плохое настроение, чувство печали являются признаками болезни - способность к смене настроения есть важнейшая функция человеческой психики. В медицинской практике выделяют ряд заболеваний, сопровождающихся симптомами депрессии, которые условно называют «расстройствами депрессивного спектра». Эти расстройства имеют общие или схожие механизмы возникновения, но протекают по-разному, требуют разного лечения [11].

# **.3 Теоретические концепции депрессивных расстройств**

До настоящего времени среди психологических концепций депрессии сохраняют актуальность две основные теоретические модели, к которым в той или иной степени тяготеет большинство эмпирических исследований: психоаналитическая и когнитивная [17].

) Психоаналитический подход. Классический психоанализ. Психоаналитический подход в исследованиях депрессий базируется на первенстве аффективного радикала при формировании депрессивного симптомокомплекса, и ведет свое развитие от идей З. Фрейда об утрате объекта, потере в сфере собственного Я. В самом общем виде психоаналитический подход к депрессии сформулирован в классической работе З. Фрейда «Печаль и меланхолия». По мнению З.Фрейда, существует феноменологическое сходство нормальной реакции траура и клинически выраженной депрессии. Функция траура заключается во временном переключении либидозного влечения с утраченного объекта на себя и символической самоидентификацией с этим объектом.

З. Фрейд связывает возникновение депрессии с утратой любимого объекта, и, в отличие от печали, когда сохраняется принцип реальности, меланхолия вызвана «бессознательной потерей» и интроекцией свойств объекта любви. Таким образом, внешне направленная на себя агрессия, при депрессии обращена на утерянный объект, превратившийся в результате идентификации в часть «Эго». Неспособность продолжать выражать свой гнев непосредственно по отношению к объекту объясняется регрессией на орально-нарциссическую стадию развития, для которой характерна тенденция объединяться с очередным утрачиваемым объектом [17].

Постклассический психоанализ. Теории объектных отношений. Согласно теории М. Klein (1946), в развитии ребенка в различное время преобладают несколько позиций. M. Klein предложила дифференцировать «депрессивную позицию», являющуюся основой для формирования аффективных расстройств. Депрессивная позиция представляет собой особый тип связи с объектом, устанавливающийся в возрасте около 4 месяцев и последовательно усиливающийся в течение 1-го года жизни. Хотя депрессивная позиция является нормальной фазой онтогенетического развития, она может активироваться у взрослых при неблагоприятных условиях (длительный стресс, утрата, траур), приводя к депрессивным состояниям [5].

В аналитической концепции различные авторы в качестве основных факторов, влияющих на возникновение депрессии, выделяют личностные и межличностные. В качестве личностных факторов выступают подавленная агрессия, конфликт любви и ненависти (амбивалентность в отношениях со значимыми другими), зависимость от другого человека, дефицит автономности, хрупкая самооценка, нереалистические или невыполнимые желания. К межличностным фактором относятся травматический опыт младенчества и детства, пережитое чувство или реальный опыт беспомощности, выбор объекта на нарциссической основе во взрослом состоянии, оживляющий детскую травму, реальная или мнимая утрата объекта либидо, неудовлетворенные сексуальные желания [17].

) Когнитивный подход. Когнитивная модель содержит три специфичных понятия, объясняющих психологическую структуру депрессии: 1) когнитивная триада, 2) схемы, 3) когнитивные ошибки (неправильная обработка информации) [6].

Концепция когнитивной триады. Когнитивная триада складывается из трех основных когнитивных паттернов, детерминирующих идиосинкразическое отношение пациента к самому себе, собственному будущему и своему текущему опыту. Первый компонент триады связан с негативным отношением пациента к собственной персоне. Пациент считает себя ущербным, неадекватным, неизлечимо больным или обделенным. Свои неудачи он склонен объяснять якобы имеющимися у него психологическими, нравственными или физическими дефектами. Пациент убежден, что эти, мнимые, дефекты сделали его никчемным, никому не нужным существом, он постоянно винит и ругает себя за них. И, наконец, он считает, что лишен всего того, что, приносит человеку счастье и чувство удовлетворенности.

Вторым компонентом когнитивной триады является склонность к негативной интерпретации своего текущего опыта. Пациенту кажется, что окружающий мир предъявляет к нему непомерные требования и/или чинит ему непреодолимые препятствия на пути достижения жизненных целей. В любом опыте взаимодействия со средой ему видятся только поражения и потери. Тенденциозность и ошибочность этих трактовок особенно очевидны, когда пациент негативно истолковывает ситуацию при наличии более правдоподобных альтернативных объяснений. Если его убедить поразмышлять над этими более позитивными объяснениями, он, возможно, признает, что был необъективен в оценке ситуации. Таким образом, пациента можно подвести к осознанию того, что он извращает факты, подгоняя их под заранее сформированные негативные умозаключения.

Третий компонент триады связан с негативным отношением к собственному будущему. Обращая взгляд в будущее, депрессивный видит там лишь нескончаемую череду тяжких испытаний и страданий. Он полагает, что ему до конца дней суждено терпеть трудности, разочарования и лишения. Думая о делах, которые ему нужно сделать в ближайшее время, он ждет провала.

Все другие симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются в когнитивной модели как последствия активации вышеназванных негативных паттернов. Так, если пациент ошибочно полагает, что он отвергнут людьми, его эмоциональная реакция будет столь же негативной (печаль, гнев), как и в случае действительного отвержения. Если он ошибочно считает себя изгоем, он будет испытывать чувство одиночества.

Нарушения мотивации (например, безволие, отсутствие желаний) можно объяснить искажением когнитивных процессов. Пессимизм и чувство безнадежности парализуют волю. Если человек всегда настроен на поражение, если он всегда ожидает отрицательного результата, зачем ему ставить перед собой какие-то цели или браться за какие-то дела? В своем крайнем выражении избегание проблем и ситуаций, представляющихся неразрешимыми и невыносимыми, принимает форму суицидальных желаний. Депрессивный пациент нередко видит в себе обузу для окружающих и на основании этого заключает, что всем, в том числе и ему самому, будет лучше, если он умрет.

Повышенную зависимость, отмечаемую у депрессивных пациентов, тоже можно объяснить в когнитивных терминах. Будучи убежден в своей бездарности и беспомощности и видя во всем только трудности и преграды, пациент считает, что не может справиться даже с самым банальным заданием. Он ищет помощи и поддержки у окружающих, которые кажутся ему гораздо более компетентными и способными, чем он сам.

И, наконец, когнитивная модель позволяет объяснить и физические симптомы депрессии. Апатия и упадок сил могут быть результатом убежденности пациента в бесплодности своих начинаний. Пессимистический взгляд на будущее (чувство тщетности) может вызывать «психомоторную заторможенность» [6].

Структура депрессивного мышления. Другой важной составляющей когнитивной модели является понятие схемы. Оно позволяет объяснить, почему депрессивный пациент держится за свои негативные, болезненные, разрушительные идеи вопреки очевидному присутствию в его жизни позитивных факторов.

Когда человек сталкивается с каким-то событием, у него активируется схема, связанная с этим событием. Схема - это своего рода форма для отливки информации в когнитивное образование (вербальное или образное представление). В соответствии с активированной схемой индивид отсеивает, дифференцирует и кодирует информацию. Он категоризирует и оценивает происходящее, руководствуясь имеющейся у него матрицей схем.

Субъективная структура различных событий и ситуаций зависит от того, какие схемы использует индивид. Схема может долгое время оставаться в дезактивированном состоянии, но она легко приводится в движение специфичным средовым стимулом (например, стрессовой ситуацией). Реакция индивида на конкретную ситуация детерминируется активированной схемой. В психопатологических состояниях, подобных депрессии, у человека нарушается восприятие стимулов; он искажает факты или воспринимает только те из них, которые вписываются в доминирующие в его сознании дисфункциональные схемы. Нормальный процесс соотнесения схемы со стимулом нарушен вторжением этих чрезвычайно активных идиосинкразических схем. По мере того как идиосинкразические схемы набирают активность, расширяется диапазон актуализирующих их стимулов; теперь они могут быть приведены в движение даже абсолютно нерелевантными стимулами. Пациент почти утрачивает контроль над своими мыслительными процессами и не в состоянии задействовать более адекватные схемы.

При мягких формах депрессии пациент, как правило, способен более или менее объективно оценить свои негативные мысли. С усугублением депрессии негативные идеи приобретают все большую силу, несмотря на отсутствие каких бы то ни было объективных подтверждений их правомочности. Поскольку доминирующие идиосинкразические схемы приводят к искажению реальности и систематическим ошибкам в мышлении, депрессивный пациент все менее склонен признавать ошибочность своих интерпретаций. В самых тяжелых случаях идиосинкразическая схема безраздельно властвует в мышлении пациента.

Неправильная обработка информации. Третьей важной составляющей когнитивной модели является неправильная обработка информации. Убежденность пациента в достоверности его негативных идей сохраняется благодаря следующим систематическим ошибкам мышления [6].

1) Произвольные умозаключения: пациент делает выводы и умозаключения при отсутствии фактов, поддерживающих эти заключения, или вопреки наличию противоположных фактов.

2) Избирательное абстрагирование: пациент строит свои заключения, основываясь на каком-то одном, вырванном из контекста фрагменте ситуации, игнорируя ее более существенные аспекты.

) Генерализация: пациент выводит общее правило или делает глобальные выводы на основании одного или нескольких изолированных инцидентов и затем оценивает все остальные ситуации, релевантные и нерелевантные, исходя из заранее сформированных выводов.

) Переоценивание и недооценивание: ошибки, допускаемые при оценке значимости или важности события, столь велики, что приводят к извращению фактов.

) Персонализация: пациент склонен соотносить внешние события с собственной персоной, даже если нет никаких оснований для соотнесения.

) Абсолютизм, дихотомизм мышления: пациент склонен мыслить крайностями, делить события, людей, поступки и т. д. на две противоположные категории, например «совершенный - ущербный», «хороший - плохой», «святой - греховный». Говоря о себе, пациент обычно выбирает негативную категорию.

В депрессии человек структурирует опыт сравнительно примитивными способами. Его суждения о неприятных событиях носят глобальный характер. Значения и смыслы, представленные в потоке его сознания, имеют исключительно негативную окраску, они категоричны и оценочны по содержанию, что рождает крайне отрицательную эмоциональную реакцию. В противоположность этому примитивному типу мышления, зрелое мышление без труда интегрирует жизненные ситуации в многомерную структуру (а не в какую-то одну категорию) и оценивает их скорее в количественных, нежели качественных терминах, соотнося, их друг с другом, а не с абсолютными стандартами. Примитивное мышление редуцирует сложность, многообразие и изменчивость человеческого опыта, сводя его к нескольким самым общим категориям. Представленная ниже таблица 1 иллюстрирует различия между этими двумя типами мышления [12].

# **.4 Определение понятия качества жизни**

Исследование качества жизни - уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного.

Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни (КЖ) больного человека, оценивая все составляющие здоровья - физическое, психологическое и социальное функционирование [8, 10, 14].

Качество жизни - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [10].

В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем» [9].

Определение понятия «качество жизни» логично и структурно связано с дефиницией здоровья, данной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ):

Здоровье - это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания.

Понятие «качество жизни» многомерно в своей основе [8, 9, 10, 14]. Его составляющими являются:

- психологическое благополучие;

- социальное благополучие;

- физическое благополучие;

- духовное благополучие.

# **.5 Составляющие концепции качества жизни**

Следует выделить три основные составляющие концепции КЖ.

Многомерность. КЖ включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и экономической. «КЖ, связанное со здоровьем, оценивает компоненты не связанные и связанные с заболеванием и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

Изменяемость во времени. КЖ изменяется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о КЖ позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

Участие больного в оценке его состояния. Эта составляющая КЖ является особенно важной. Оценка КЖ, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния.

Оценку КЖ должен проводить пациент, так как в результатах многочисленных исследований показано, что оценка КЖ, сделанная больным, часто не совпадает с оценкой КЖ, выполненной врачом. Данные о КЖ, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни [10].

# **.6 Основные направления исследования качества жизни**

Сферы применения исследования КЖ в практике здравоохранения достаточно обширны. К наиболее важным относятся следующие:

- стандартизация методов лечения;

- экспертиза новых методов лечения с использованием международных критериев, принятых в большинстве развитых стран;

- обеспечение полноценного индивидуального мониторинга состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения;

- разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания;

- проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска;

- обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ;

- повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов;

- экономическое обоснование методов лечения с учетом таких показателей, как «цена - качество», «стоимость - эффективность» и др. фармако-экономических критериев.

# **Глава 2. Программа исследования**

# **.1 Цель, задачи, гипотеза, предмет и объект исследования**

**Цель** исследования заключается в установлении соотношения эмоционального состояния и уровня качества жизни среди матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

**Задачи**, которые были выделены в ходе исследования:

) Определить состояние эмоциональной сферы матерей, воспитывающих детей с ограниченными физическими возможностями.

) Определить уровень качества жизни у матерей, воспитывающих детей с ограниченными физическими возможностями.

) Установить соотношение между характеристиками эмоциональной сферы и факторами качества жизни.

**Гипотезы:**

Н0: Эмоциональное состояние не влияет на основные факторы, характеризующие качество жизни.

Н1: Эмоциональное состояние влияет на основные факторы, характеризующие качество жизни.

**Предметом** исследования является соотношение эмоционального состояния и уровня качества жизни.

**Объектом** исследования являются матери, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Выборка:** состоит из 30 матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

# **.2 Методики исследования**

Исследование проводилось с помощью 2-х опросников: шкала Цунга для самооценки депрессии и опросник оценки качества жизни «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY».

**1) Шкала Цунга для самооценки депрессии**. Тест адаптирован в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева - Т.И. Балашовой. Основан на опроснике В. Зунга (Цунга) (The Zung self-rating depression scale). Шкала В. Зунга (Цунга) для самооценки депрессии была опубликована в 1965 г. в Великобритании и в последующем получила международное признание (переведена на 30 языков). Она разработана на основе диагностических критериев депрессии и результатов опроса пациентов с этим расстройством. Оценка тяжести депрессии по ней проводится на основе самооценки пациента.

Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состоянии и состояний, близких к депрессии (или другими словами измерение степени выраженности сниженного настроения - субдепрессии), для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

Исследование по валидизации выполнено с участием пациентов с депрессией, как в амбулаторных условиях, так и в стационаре, страдающих психическими или органическими заболеваниями.

Внешняя валидность шкалы подтверждена клиническими данными и результатами факторного анализа.

Установлена сравнительная валидность с другими шкалами: Шкалой М. Гамильтона, А.Т. Бека, анкетой А.Я. Любина для оценки депрессивного статуса и MMPI.

Инструмент разработан на основе диагностических критериев депрессии и результатов анализа клинических опросов пациентов с депрессией с целью уточнения формулировок вопросов в пунктах шкалы. Созданию указанной шкалы способствовали исследования R. Grinker и R. Friedman, посвященные симптоматологии расстройств настроения [13].

В тестировании учитывается 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»). Результаты делятся на четыре диапазона:

-49 - Нормальное состояние;

-59 - Легкая депрессия;

-69 - Умеренная депрессия;

и выше - Тяжелая депрессия.

**2) Оценку качества жизни** больных проводили с использованием общего опросника оценки качества жизни SF-36. Опросник SF-36 является наиболее распространенным общим опросником качества жизни. Опросник разработан корпорацией RAND как часть многолетнего крупномасштабного проекта «Оценка результатов лечения» (Medical Outcomes Study) Опросник SF-36 был разработан на основании крупного исследования Medical Outcomes Study (MOS), проведенного в США в 80-х годах прошлого столетия [10]. Опросник, включенный в исследование, был составлен в основном из вопросов стандартизированных инструментов с хорошими психометрическими свойствами, таких как General Psychological Weil-Being-Inventory, Health Perceptions Questionnaire и других. В результате исследования были сформулированы 40 составляющих здоровья и создан опросник, состоящий из 149 вопросов (149-item Functioning and Weil-Being Profile). Этот 149-пунктовой опросник явился источником для создания SF-36. На следующем этапе были отобраны 8 составляющих здоровья (в дальнейшем они составили 8 шкал опросника SF-36). Проведение дальнейших исследований позволило создать «стандартную» версию опросника SF-36, включающую 36 вопросов. [10]. Результаты выражают в баллах от 0 до 100 по каждой из восьми шкал. Чем выше балл по шкале опросника SF-36, тем лучше показатель качества жизни. Опросник переведен на русский язык и прошел валидизацию в популяционном исследовании качества жизни в России [10].

Оценка валидности:

конструктивная валидность: оценивали факторную структуру опросника (метод факторного анализа);

конвергентная валидность: оценивали коэффициенты корреляции баллов КЖ с клиническими и лабораторными показателями (суставной счет, оценка боли по, продолжительность утренней скованности).

Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

) General Health (GH) - общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

2) Physical Functioning (PF) - физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

3) Role-Physical (RP) - влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

) Role-Emotional (RE) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.).

) Social Functioning (SF) - социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

) Bodily Pain (BP) - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

) Vitality (VT) - жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

) Mental Health (MH) - самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

# **.3 Методы математической обработки данных**

Метод математической обработки данных был выбран, исходя из полученных данных. Обследуемая выборка была разделена на две группы. Для того чтобы принять одну из гипотез по результатам двух групп был выбран t-критерий Стьюдента.

Различные варианты обработки данных с применением t-критерия Стьюдента позволяют сделать вывод о различии двух средних значений. Например, в случае t-критерия для независимых выборок проверяется достоверность различия двух выборок по переменной, измеренной у представителей этих двух выборок. Для этих выборок вычисляются средние значения, затем но t-критерию определяется статистическая значимость их различия. Применение t-критерия, по-видимому, самый распространенный метод статистического вывода, так как позволяет ответить на простой вопрос о различии двух выборок по уровню выраженности измеренного признака.

# **Глава 3. Анализ исследования**

# **.1 Характеристика выборки по эмоциональному состоянию**

Характеристика эмоционального состояния матерей, воспитывающих детей с ОВЗ проводилась по шкале Цунга для самооценки депрессии, по результатам исследования испытуемые были разделены на 2 группы:

) В первой группе эмоциональное состояние матерей приближено к норме, количество испытуемых - 18, среднее значения по шкале Цунга (39,78), показатели колебались от 28 до 48 баллов по шкале Цунга (табл. 1)

Эта группа обследуемых характеризуется нормальным настроением, отсутствием слабости, вялости. Они верят в свои возможности, не сомневаются в правильности своих поступков, не испытывают чувство тревоги, страха. Это активные, бодрые, волевые люди, которые не бояться встретиться с жизненными трудностями.

) Вторая группа имеет легкие депрессивные расстройства (субдепрессия), количество испытуемых - 12, среднее значение по шкале Цунга (55,92), показатели колебались от 52 до 59 баллов по шкале Цунга (табл. 2).

Эта группа характеризуется слабостью, вялостью, угнетённостью; они не верят в свои возможности, сомневаются в правильности поступков, с трудом принимают решения, часто испытывают чувство тревоги, страха. Снижение эмоционального фона наряду с искажением когнитивных процессов сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Характерными являются мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей сочетаются с чувством бесперспективности. Самооценка резко снижена. Измененным оказывается восприятие времени, которое течет мучительно долго.

Таблица 1. - Показатели эмоционального состояния у испытуемых первой группы

|  |  |
| --- | --- |
| № обследуемого | Эмоц-ое состояние норма |
| 1 | 40 |
| 2 | 41 |
| 3 | 28 |
| 4 | 37 |
| 5 | 48 |
| 6 | 41 |
| 7 | 48 |
| 8 | 39 |
| 9 | 48 |
| 10 | 37 |
| 11 | 41 |
| 12 | 37 |
| 13 | 28 |
| 14 | 37 |
| 15 | 40 |
| 16 | 41 |
| 17 | 37 |
| 18 | 48 |
| среднее значение | 39,78 |

Таблица 2. - Показатели эмоционального состояния у испытуемых второй группы

|  |  |
| --- | --- |
| № обследуемогоСубдепрессивное расстр-во |  |
| 1 | 53 |
| 2 | 58 |
| 3 | 59 |
| 4 | 54 |
| 5 | 56 |
| 6 | 58 |
| 7 | 54 |
| 8 | 59 |
| 9 | 52 |
| 10 | 56 |
| 11 | 54 |
| 12 | 58 |
| среднее значение | 52,92 |

# **3.2 Характеристика выборки по факторам качества жизни**

эмоциональный качество жизнь депрессия

Исследование по уровню качества жизни у матерей, воспитывающих детей с ОВЗ проводилось с помощью методики оценки качества жизни SF-36.

Был проведен корреляционный анализ (критерий Х2-Пирсона) между показателями эмоционального состояния матерей и каждым из 8-ми факторов качества жизни этих же матерей.

В результате корреляционного анализа выяснилось, что взаимосвязь наблюдается только в двух случаях [15]:

) взаимосвязь между эмоциональным состоянием матерей и фактором **General Health (GH)** - общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и жизненных перспектив. Коэффициент Х2 =0,42, при р=0,05 (критическое значение при р=0,05 Х2=0,36) (табл. 3)

Фактор **GH** является одним из главных исследуемых факторов качества жизни, т.к. в нем отражается общее состояние здоровья, то есть как физического так и психологического. А взаимосвязь между эмоциональным состоянием и фактором **GH** доказательство того, что эмоциональное состояние влияет на качество жизни матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

) взаимосвязь между эмоциональным состоянием матерей и фактором **Bodily Pain (BP)** - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Коэффициент Х2 =0,36, при р=0,05 (критическое значение при р=0,05 Х2=0,36) (см. табл. 3)

Этот фактор также является не маловажным в нашем исследовании. Выше упоминалось о соматических депрессивных расстройствах или скрытые депрессии, следует заметить, что взаимосвязь между эмоциональным состоянием матерей и данным фактором свидетельствует о наличии соматизированных депрессивных расстройств у матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

С помощью корреляционного анализа не было выявлено взаимосвязи остальных факторов качества жизни и эмоционального состояния матерей, но тем не менее хотелось бы обратить на них внимание.

Обе группы, разделенные по эмоциональному состоянию матерей, анализировались по каждому фактору качества жизни.

Самое низкое среднее значение в первой группе наблюдается по фактору - **Role-Emotional (RE)** (22,5) (табл. 4) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование. Этот фактор предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.). Тогда как во второй группе с легким депрессивным расстройством самое низкое среднее значение наблюдается по фактору - **Role-Physical (RP)** (4,17) (см. табл. 4) - влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности). А также низкое значение имеет фактор **Role-Emotional (RE)** (5,67) (см. табл. 4) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование.

У первой группы с эмоциональным состоянием приближенным к норме самое высокое среднее значение наблюдается по фактору - **Physical Functioning (PF)** (71,11) (см. табл. 4) - физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Тогда как во второй группе с легким депрессивным расстройством самое высокое среднее значение наблюдается по тому же фактору - **Physical Functioning (PF)** (52,92) (см. табл. 4) - физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

С первого взгляда может показаться что существенных различий между этими двумя группами не наблюдается. Это не удивительно, и может найти свое объяснение в том, что нами рассматривалась группа с **легким** депрессивным расстройством, а значит значения и не должны существенно различаться. Но все-таки различия присутствуют, это проявляется в самих значениях по факторам, у группы с легким депрессивным расстройством значения значимо ниже, чем у группы с эмоциональным состоянием приближенным к норме. Следовательно, различия имеют место быть, а значит исследование принесло результаты.

Таблица 3. - Данные корреляционного анализа эмоционального состояния с каждым фактором качества жизни

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сравниваемые показатели | полученное значение | попадание в диапазон |
| эмоц сост. И GH | 0,42 | p=0,05 |
| эмоц сост. И PF | 0,30 | не попадает |
| эмоц сост. И RP | 0,30 | не попадает |
| эмоц сост. И RE | 0,22 | не попадает |
| эмоц сост. И SF | 0,05 | не попадает |
| эмоц сост. И BP | 0,36 | p=0,05 |
| эмоц сост. И VT | 0,12 | не попадает |
| эмоц сост. И MH | 0,15 | не попадает |

Таблица 4. - Средние значения результатов испытуемых по двум группам эмоционального состояния и по 8-ми факторам качества жизни

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| кол-во чел |  | GH | PF | RP | RE | SF | BP | VT | MH |
| 18 | норма | 51,72 | 71,11 | 36,11 | 22,50 | 45,33 | 56,72 | 38,33 | 41,33 |
| 12 | легкая депресс. | 40,00 | 52,92 | 4,17 | 5,67 | 39,17 | 34,75 | 27,92 | 27,67 |

# **3.3 Соотношение между эмоциональным состоянием и уровнем качества жизни**

В этой главе есть необходимость описать принятие той или иной гипотезы.

Доказать, влияет эмоциональное состояние на уровень качества жизни матерей, воспитывающих детей с ОВЗ или не влияет.

Принятие одной их гипотез будет осуществлено после расчета t-критерия Стьюдента.

Формула расчета критерия Стьюдента выглядит так:



(в числителе - разность средних значений двух групп, в знаменателе - квадратный корень из суммы квадратов стандартных ошибок этих средних).

Принцип оценки критерия. Чем ближе к нулю полученный результат, т.е. наблюдается маленькая разность средних в числителе дроби при большой стандартной ошибке этой разности, вычисляемой в знаменателе, тем больше вероятность нулевой гипотезы. И наоборот, чем выше полученное значение t, тем больше оснований отвергнуть нулевую гипотезу и считать, что различия статистически значимы. Значение критерия, начиная с которого мы отвергаем нулевую гипотезу, называется критическим значением.

Итак, цель наших расчетов - отклонить (или принять) нулевую гипотезу. Но если исследователь на основании статистического критерия отклоняет нулевую гипотезу там, где она на самом деле верна, то есть находит различия там, где их нет, принято говорить об ошибке первого рода (a-ошибке). Максимально допустимая вероятность ошибочно отвергнуть нулевую гипотезу называется уровнем значимости и обозначается греческим символом a «альфа».

Другим фактором, влияющим на критическое значение, является число наблюдений в группах. Чем больше объем выборок, тем меньше критическое значение ta. Объясняется это тем, что в больших выборках параметры распределения меньше зависят от случайных отклонений и точнее представляют исходную совокупность данных.

Величину, отражающую объем выборок и влияющую на критическое значение, называют числом степеней свободы и обозначают греческой буквой n («ню»):

=n1+n2-2.

В исследовании принимаем уровень значимости р = 0,01 и рассчитываем число степеней свободы:= 18 + 12 - 2 = 28.

Формулы расчета критических значений достаточно сложны, поэтому принято пользоваться готовыми таблицами (см. приложение А.3).

Определяем, что при уровне значимости р < 0,01 критическое значение критерия Стьюдента составляет t =2,7633.

Следовательно, все значения t >2,7633, полученные в исследовании, позволяют отказаться от нулевой гипотезы и признать различия между группами статистически значимыми. В исследовании t = 5,85 для разности средних в обоих группах, что с большим запасом превышает критическое значение р< 0,01.

Следовательно можно утверждать, что эмоциональное состояние влияет на основные факторы, характеризующие качество жизни.

# **Выводы**

1. Матери, воспитывающие детей с ОВЗ, имеют различные эмоциональные состояния. Начиная от нормального эмоционального фона, до субдепрессивных состояний.

. Получены корреляционные данные свидетельствующие о взаимосвязи эмоционального состояния и следующих факторов качества жизни: **GH** - общее состояние здоровья и **BP** - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью. Взаимосвязи эмоционального состояния и других факторов качества жизни обнаружено не было.

. Доказано - эмоциональное состояние матерей, воспитывающих детей с ОВЗ влияет на их качество жизни. При уровне значимости p<0,01.

# **Заключение**

Данная тема, является актуальной, так как в современной жизни людей возросла интенсивность эмоциональных нагрузок, происходит стремительное изменение социальной и физической среды. Особенно трудно в такое время приходится матерям, воспитывающим детей с ОВЗ. Современные тенденции образа жизни, а также особенности воспитания детей с ОВЗ - оба этих фактора дают сильнейшую нагрузку на эмоциональную сферу матерей.

В курсовой был представлен теоретический обзор, в котором представлена информация о субдепрессивных состояниях в целом, а также о качестве жизни.

Рассмотрена международная классификация болезней, в частности: какое место занимают депрессивные расстройства среди других болезней. Дана характеристика субдепрессивных состояний: что свойственно людям с данным эмоциональным расстройством, какие виды субдепрессивных состояний бывают. Представлены теоретические концепции депрессивных расстройств.

Второй аспект рассмотрения в теоретическом обзоре - понятие качества жизни. Что включается в это понятие, составляющие концепции и основные направления исследования качества жизни.

В процессе исследования было определено:

· состояние эмоциональной сферы матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

· уровень качества жизни у матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

· соотношение между характеристиками эмоциональной сферы и факторами качества жизни.

Из двух гипотез с помощью расчета t-критерия Стьюдента принята та, в которой говорится о том, что эмоциональное состояние влияет на основные факторы, характеризующие качество жизни. Следовательно нужно повысить уровень диагностики эмоциональной сферы матерей, воспитывающих детей с ОВЗ. А также существует необходимость в разработке коррекционных программ по снижению эмоциональной нагрузки и улучшению качества жизни матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

# **Библиографический список**

1. Березанцев, А.Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики / А.Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. - 2001. - №5. - С. 4-10.

2. Большой психологический словарь. / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. - Прайм-Еврознак, 2003. - 672 с.

. Вейн, А.М. Депрессия в неврологической практике / А.М. Вейн. - М.: Медицинское информационное агентство, 2002. - 160 с.

. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / Б.В. Михайлов, И. Сарвир, В.В. Чугунов, Н.В. Мирошниченко // Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1 - №1. - С. 36 - 38.

. Кляйн, М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников / М. Кляйн - Пер. с англ. А.Ф. Ускова - СПб.: Б.С.К., 1997. - 96 с.

. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. - СПб, 2003. - 304 с.

. Холмогорова, А.Б. Концепция соматизации. История и современное состояние / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Т.В. Довженко // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - Т. 10 - №4. - С. 81 - 97.

. Новик, А.А. Динамика показателей качества жизни больных ревматоидным артритом в процессе лечения. / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Т.Г. Шемеровская // Научно-практическая ревматология. - 2001. - Т. 3. - С. 81.

. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине. / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд - СПб.: «Элби», 1999. - 140 с.

10. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. - 320 с.

11. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А.Б. Смулевича. - М.: Русский врач, 2000. С. 78 - 105.

. Проблемы, методы, техники./ Концепции Бека и Селигмана// Псиxологичеcкое кoнcультиpoвaниe. - 2000. - С. 278 - 187.

. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога / Е.И. Рогов: Учеб. пособие: В 2 кн. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. - Кн. 1 - 384 с.

. Сенкевич, Н.Ю. Качество жизни - предмет научных исследований в пульмонологии / Ю.Н. Сенкевич, А.С. Белевский // Терапевтический архив. -2000. - Т. 3. - С. 36-41.

. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии. /Е.В. Сидоренко - СПб.: ООО «Речь», 2003. - 350 с.

. Соколова, Е.Т. К проблеме психотерапии пограничных личностных расстройств / Е.Т. Соколова // Вопросы психологии. - 1995. - №2. - С. 92 - 105.

. Тхостов, А.Ш. Психологические концепции депрессии. / А.Ш. Тхостов // РМЖ - СПб, Т. 1: №6. - С. 8-12. - 1998.

# **Приложение А**

Таблица А.1 - Значения испытуемых по эмоциональному состоянию и по 8-ми факторам качества жизни

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № человека | эмоц. сост. | GH | PF | RP | RE | SF | BP | VT | MH |
| 1 | 40 | 50 | 80 | 0 | 34 | 63 | 31 | 25 | 52 |
| 2 | 41 | 40 | 45 | 25 | 34 | 25 | 22 | 50 | 52 |
| 3 | 28 | 77 | 95 | 75 | 100 | 50 | 100 | 75 | 68 |
| 4 | 37 | 55 | 85 | 100 | 67 | 50 | 80 | 55 | 44 |
| 5 | 48 | 55 | 90 | 50 | 34 | 50 | 52 | 10 | 20 |
| 6 | 41 | 50 | 90 | 100 | 0 | 13 | 62 | 45 | 28 |
| 7 | 48 | 30 | 0 | 0 | 0 | 50 | 22 | 30 | 24 |
| 8 | 39 | 50 | 90 | 75 | 34 | 38 | 51 | 60 | 68 |
| 9 | 48 | 45 | 55 | 0 | 0 | 38 | 52 | 35 | 52 |
| 10 | 37 | 65 | 80 | 0 | 34 | 50 | 32 | 45 | 64 |
| 11 | 41 | 57 | 75 | 50 | 0 | 75 | 51 | 15 | 16 |
| 12 | 37 | 55 | 90 | 75 | 0 | 50 | 70 | 15 | 12 |
| 13 | 28 | 62 | 75 | 0 | 0 | 38 | 64 | 35 | 28 |
| 14 | 37 | 40 | 95 | 50 | 0 | 50 | 100 | 25 | 48 |
| 15 | 40 | 55 | 90 | 0 | 0 | 63 | 54 | 65 | 88 |
| 16 | 41 | 45 | 90 | 25 | 0 | 50 | 74 | 25 | 4 |
| 17 | 37 | 55 | 55 | 25 | 34 | 25 | 52 | 35 | 56 |
| 18 | 48 | 45 | 0 | 0 | 34 | 38 | 52 | 45 | 20 |
| 19 | 53 | 65 | 60 | 25 | 34 | 50 | 31 | 30 | 28 |
| 20 | 58 | 60 | 50 | 0 | 0 | 50 | 41 | 60 | 52 |
| 21 | 59 | 30 | 65 | 0 | 0 | 50 | 72 | 25 | 24 |
| 22 | 54 | 35 | 55 | 0 | 0 | 50 | 31 | 0 | 16 |
| 23 | 56 | 35 | 45 | 0 | 0 | 25 | 41 | 40 | 44 |
| 24 | 58 | 35 | 65 | 0 | 0 | 50 | 22 | 35 | 44 |
| 25 | 54 | 45 | 50 | 0 | 34 | 50 | 41 | 30 | 36 |
| 26 | 59 | 40 | 50 | 0 | 0 | 0 | 31 | 25 | 20 |
| 27 | 52 | 30 | 55 | 25 | 0 | 50 | 32 | 10 | 12 |
| 28 | 56 | 40 | 45 | 0 | 0 | 20 | 22 | 35 | 20 |
| 29 | 54 | 35 | 50 | 0 | 0 | 50 | 31 | 10 | 16 |
| 30 | 58 | 30 | 45 | 0 | 0 | 25 | 22 | 35 | 20 |

Таблица А.2 - Критические значения t-критерия Стьюдента при уровне значимости 0,10, 0,05, 0,01 (двухсторонний)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число степеней свободы d.f. | р | | | Число степеней свободы d.f. | р | | |
|  | 00,10 | 0,05 | 0,01 |  | 00,10 | 0,05 | 0,01 |
| 1 | 6,313 | 12,70 | 63,65 | 18 | 1,734 | 2,100 | 2,878 |
| 2 | 2,920 | 4,302 | 9,924 | 19 | 1,729 | 2,093 | 2,860 |
| 3 | 2,353 | 3,182 | 5,840 | 20 | 1,724 | 2,086 | 2,845 |
| 4 | 2,131 | 2,776 | 4,504 | 21 | 1,720 | 2,079 | 2,831 |
| 5 | 2,015 | 2,570 | 4,032 | 22 | 1,717 | 2,073 | 2,818 |
| 6 | 1,943 | 2,446 | 3,707 | 23 | 1,713 | 2,068 | 2,807 |
| 7 | 1,894 | 2,364 | 3,499 | 24 | 1,710 | 2,063 | 2,796 |
| 8 | 1,859 | 2,306 | 3,355 | 25 | 1,708 | 2,059 | 2,787 |
| 9 | 1,833 | 2,262 | 3,249 | 26 | 1,705 | 2,055 | 2,778 |
| 10 | 1,812 | 2,228 | 3,169 | 27 | 1,703 | 2,051 | 2,770 |
| 11 | 1,795 | 2,201 | 3,105 | 28 | 1,701 | 2,048 | 2,763 |
| 12 | 1,782 | 2,178 | 3,054 | 29 | 1,699 | 2,045 | 2,756 |
| 13 | 1,770 | 2,160 | 3,012 | 30 | 1,697 | 2,042 | 2,750 |
| 14 | 1,761 | 2,144 | 2,976 | 40 | 1,683 | 2,021 | 2,704 |
| 15 | 1,753 | 2,131 | 2,946 | 60 | 1,670 | 2,000 | 2,660 |
| 16 | 1,745 | 2,119 | 2,920 | 120 | 1,657 | 1,979 | 2,61 |
| 17 | 1,739 | 2,109 | 2,898 |  | 1,644 | 1,960 | 2,575 |

# **Приложение Б**

**Шкала Цунга для самооценки депрессии, бланк ответов для испытуемого**

**Инструкция:** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Утверждения | никогда | иногда | часто | постоянно |
| 1. Я чувствую подавленность | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Утром я чувствую себя лучше всего | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. У меня плохой ночной сон | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Аппетит у меня не хуже обычного | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Я замечаю, что теряю вес | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Меня беспокоят запоры | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Сердце бьется быстрее, чем обычно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Я устаю без всяких причин | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Я мыслю так же ясно, как всегда | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Мне легко делать то, что я умею | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. У меня есть надежды на будущее | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Я более раздражителен, чем обычно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Мне легко принимать решения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Я чувствую, что полезен и необходим | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Я живу достаточно полной жизнью | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда | 1 | 2 | 3 | 4 |

***Опросник оценки качества жизни «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY»***, бланк для ответов испытуемых.

**Инструкция**: этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками.

**Ответьте на каждый вопрос**, помечая выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. В целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья как:

|  |  |
| --- | --- |
| (обведите одну цифру) | |
| Отличное | 1 |
| Очень хорошее | 2 |
| Хорошее | 3 |
| Посредственное | 4 |
| Плохое | 5 |

. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?

|  |  |
| --- | --- |
| (обведите одну цифру) | |
| Значительно лучше, чем год назад | 1 |
| Несколько лучше, чем год назад | 2 |
| Примерно такое же, как год назад | 3 |
| Несколько хуже, чем год назад | 4 |
| Гораздо хуже, чем год назад | 5 |

. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня.

Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (обведите одну цифру в каждой строке) | | | |
| Категории физических нагрузок | Да, значительно ограничивает | Да, немного ограничивает | Нет, совсем не ограничивает |
| а. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта | 1 | 2 | 3 |
| б. Умеренные Физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды | 1 | 2 | 3 |
| в. Поднять или нести сумку с продуктами | 1 | 2 | 3 |
| г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов | 1 | 2 | 3 |
| д. Подняться пешком по лестнице на один пролет | 1 | 2 | 3 |
| е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки | 1 | 2 | 3 |
| ж. Пройти расстояние более одного километра | 1 | 2 | 3 |
| з. Пройти расстояние в несколько кварталов | 1 | 2 | 3 |
| и. Пройти расстояние в один квартал | 1 | 2 | 3 |
| к. Самостоятельно вымыться, одеться | 1 | 2 | 3 |

. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (обведите одну цифру в каждой строке) | | |
| Критерии затруднений | ДА | НЕТ |
| а. Пришлось сократить количество времени затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 |
| б. Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 |
| в. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности | 1 | 2 |
| г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий) | 1 | 2 |

. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (обведите одну цифру в каждой строке) | | |
| Критерии затруднений | ДА | НЕТ |
| а. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 |
| б. Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 |
| в. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно | 1 | 2 |

. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

|  |  |
| --- | --- |
| (обведите одну цифру) | |
| Совсем не мешало | 1 |
| Немного | 2 |
| Умеренно | 3 |
| Сильно | 4 |
| Очень сильно | 5 |

. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

|  |  |
| --- | --- |
| (обведите одну цифру) | |
| Совсем не испытывал(а) | 1 |
| Очень слабую | 2 |
| Слабую | 3 |
| Умеренную | 4 |
| Сильную | 5 |
| Очень сильную | 6 |

. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома и по дому)?

|  |  |
| --- | --- |
| (обведите одну цифру) | |
| Совсем не мешала | 1 |
| Немного | 2 |
| Умеренно | 3 |
| Сильно | 4 |
| Очень сильно | 5 |

. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель, Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

Как часто в течение последних 4 недель...

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (обведите одну цифру в каждой строке) | | | | | | |
| Критерии ощущений | Все время | Большую часть времени | Часто | Иногда | Редко | Ни разу |
| а. Вы чувствовали себя бодрым (ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| б. Вы сильно нервничали? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| в. Вы чувствовали себя таким (ой) подавленным (ой), что ничто не могло Вас взбодрить? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| г. Вы чувствовали себя спокойным (ой) и умиротворенным (ой) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| е. Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| з. Вы чувствовали себя счастливым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| и. Вы чувствовали себя уставшим(ей)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.)?

|  |  |
| --- | --- |
| (обведите одну цифру) | |
| Все время | 1 |
| Большую часть времени | 2 |
| Иногда | 3 |
| Редко | 4 |
| Ни разу | 5 |

11. Насколько верно или неверно представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (обведите одну цифру в каждой строке) | | | | | |
| Утверждения | Определенно верно | В основном верно | Не знаю | В основном неверно | Определенно неверно |
| а Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г. У меня отличное здоровье | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 |