

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

**ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ
Кафедра общей и клинической психологии**

**ВЛИЯНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ**

Выпускная квалификационная работа
студентки очной-заочной формы обучения
направление подготовки 37.03.01 Психология
5 курса группы 02061481
Сидоровой Ирины Михайловны

Научный руководитель:
кандидат психологических
наук, доцент кафедры общей и
клинической психологии
Швецова В.А.

БЕЛГОРОД 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы проблемы влияния субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности.....	7
1.1. Теоретический анализ проблемы сохранения и поддержания психологического здоровья личности.....	7
1.2. Психологическое содержание понятия качество жизни и его влияние на психологическое здоровье личности.....	20
Глава 2. Экспериментальное исследование влияния субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности.....	25
2.1. Организация и методы исследования.....	25
2.2. Анализ результатов экспериментального исследования влияния субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности.....	29
2.3. Рекомендации по улучшению психологического здоровья личности с учетом субъективной оценки качества жизни.....	40
Заключение.....	45
Список литературы.....	50
Приложения.....	54

Введение

Проблема сохранения психического и психологического здоровья разрабатывалась зарубежными и отечественными психологами. По мнению А. Маслоу, психическое здоровье, это, во-первых, стремление людей развивать свой потенциал через самоактуализацию, условием которой является нахождение человеком верного представления самого себя, а во-вторых, это стремление человека к гуманистическим ценностям, проявляющееся в принятии других, автономии, спонтанности, чувствительности к прекрасному, чувстве юмора, альтруизме, желании изменить мир, склонности к творчеству.

В. Франкл связывает нарушения психического здоровья с утратой человеком смысла жизни, с ощущением внутренней пустоты. Смысл жизни по В. Франклу - это смысл конкретной ситуации. Для любого человека «жизнь держит наготове» какое-нибудь дело, выполняя которое он приобретает ощущение полноты жизни.

Основными критериями здоровья выступают структурная и функциональная сохранность органов и систем организма, высокая приспособляемость в природной среде и социальному окружению, а также сохранность привычного самочувствия. Выделяют следующие критерии психического здоровья:

- осознание и переживание непрерывности, целостности, постоянства, идентичности своего «Я»;
- отсутствие неразрешимых внутриличностных и межличностных конфликтов, умение конструктивно разрешать конфликтные ситуации;
- критическое отношение к себе и к своей психике;
- адекватность поведения и психофизиологических реакций вызвавшим их стимулам;
- признание социальных норм и их выполнение, управление собой в соответствии с нормами, принятыми в обществе;

- планирование своей жизнедеятельности и достижение целей, «авторство своего образа жизни»;

- способность изменять способ поведения в новых ситуациях, успешно адаптироваться к новым условиям;

- рефлексия как особая форма деятельности, направленная на осмысление и прогнозирование собственной активности и последствий своих поступков;

- способность к мобилизации волевых усилий, волевая активность.

Проблема исследования: каким образом улучшить психологическое здоровье человека?

Объект: психологическое здоровье личности.

Предмет исследования: влияние субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности.

Цель исследования: изучить влияние субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности.

Задачи:

Теоретические.

1. Осуществить теоретический анализ проблемы сохранения и поддержания психологического здоровья личности.
2. Охарактеризовать понятие качества жизни человека.
3. Проанализировать в теоретико-методологическом аспекте взаимосвязь субъективной оценки качества жизни и психологического здоровья личности.

Практические.

1. Экспериментально выявить уровень качества жизни сотрудников фармацевтической организации.
2. Изучить состояние психологического здоровья сотрудников организации.
3. Выявить влияние субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности.
4. Разработать рекомендации по улучшению психологического здоровья сотрудников с учетом их субъективной оценки качества жизни.

Гипотезой нашего исследования является предположение о том, что чем выше субъективная оценка качества жизни, тем благополучнее психологическое здоровье личности, а именно, субъекту с высоким качеством жизни присущи: адекватная самооценка, средний уровень личностной тревожности, оптимальный уровень самочувствия, активности, настроения, отсутствие невротизации и внутренней агрессивности.

Теоретико-методологической основой исследования являются:

- системный подход к анализу психологических явлений, представленный в работах Б.Г. Ааньева, Б. Ф. Ломова, К.К. Платонова и др.;

- основные положения гуманистической теории о психическом здоровье личности (А. Маслоу, Роджерс, Олпорт).

- методология клинической патопсихологии, разработанная Б.В. Зейгарник, П.Б. Ганнушкиным, Е.А. Личко, Б.С. Братусь, К. Леонгардом, А.Н. Бернштейном (1911, 1922), Л.С. Выготским (1937), В.Н. Мясищевым (1968), А.Р. Лурия (1963), Б.В. Зейгарник (1972), С.Л. Рубинштейн (1970) и др.;

- основные положения концепции о пограничной психиатрии, представленные в работах Л.М. Розенштейн, В.Н. Мясищева (1960), Н.И. Фелинской (1968), Н.Д. Лакосиной (1970), Г.К. Ушакова (1978, 1987), Ц.П. Короленко (1978), В.В. Ковалева (1979), Б.Д. Карвасарского (1980, 1988), А.М. Свядоща (1982), М.Г., М.В. Коркиной (1986), В.Д. Тополянского и М.В. Струковской (1986), А.Б. Смулевича (1987), Ф.Б. Березина (1988), В.Я. Семке (1988), В.П. Белова (1986), В.Ф. Матвеева (1986), Б.В. Шостаковича (1987);

Методы исследования: теоретический анализ и обобщение, метод контрольных групп, эмпирические методы изучения личности: опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗКЖ-100); Шкала самооценки личности (Т.В. Дембо, С.Я. Рубинштейн), «Личностная шкала проявлений тревоги» Тейлора. методика диагностики уровня невротизации личности Л.И. Вассермана; тест на определение внутренней агрессивности С. Дайхоффа; методика оперативной оценки самочувствия, активности настроения (САН), разработанная Доскиным В.А., Лаврентьевой Н.А., Мирошниковым

М.П., Шарай В.Б.; методы математической статистики (t- критерий Стьюдента), а также структурный метод интерпретации данных.

Организационной базой исследования является организация ООО "Артэс", г. Белгород. В нем приняли участие 10 фармацевтов, возраст от 18 лет до 55 лет (женщины).

Структура работы состоит из введения, двух глав, заключения, глоссария, списка использованных источников (50 наименований) и 5 приложений. В работе содержится также 7 таблиц и 1 рисунок. Всего-86 стр.

Глава 1. Теоретические основы проблемы влияния субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности

1.1. Теоретический анализ проблемы сохранения и поддержания психологического здоровья личности

Здоровье человека характеризуется полнотой проявления жизненных сил, всесторонней и долговременной социальной активностью и гармоничностью развития личности. Эта комплексная категория включает все проявления человека, характеристики его физической и психической активности.

По мнению И.В. Дубровиной и других отечественных исследователей, целью современной психологической работы с детьми и взрослыми выступает психическое здоровье человека, условием, средством достижения которого является психическое и личностное развитие. В современной психологии употребляются два термина: «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» [40]. . Понятие психическое здоровье охватывает более широкий круг явлений: и отдельные психические процессы и механизмы, и личность в целом. Психологическое здоровье связано с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и пр. Психологический аспект психического здоровья предполагает внимание к внутреннему миру человека, его субъективной активности, отношению к окружающему миру к самому себе.

Психологическое здоровье делает личность самодостаточной. Человек вооружается средствами самопознания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими людьми.

По мнению А. Маслоу, психическое здоровье, это, во-первых, стремление людей развивать свой потенциал через самоактуализацию, условием которой является нахождение человеком верного представления самого себя, а во-вторых, это стремление человека к гуманистическим ценностям, проявляющееся в принятии других, автономии, спонтанности,

чувствительности к прекрасному, чувстве юмора, альтруизме, желании изменить мир, склонности к творчеству [5].

В. Франкл связывает нарушения психического здоровья с утратой человеком смысла жизни, с ощущением внутренней пустоты. Смысл жизни по В. Франклу - это смысл конкретной ситуации. Для любого человека «жизнь держит наготове» какое-нибудь дело, выполняя которое он приобретает ощущение полноты жизни [42]. .

Основными критериями здоровья выступают структурная и функциональная сохранность органов и систем организма, высокая приспособляемость в природной среде и социальному окружению, а также сохранность привычного самочувствия. Выделяют следующие критерии психического здоровья:

- осознание и переживание непрерывности, целостности, постоянства, идентичности своего «Я»;

- отсутствие неразрешимых внутриличностных и межличностных конфликтов, умение конструктивно разрешать конфликтные ситуации;

- критическое отношение к себе и к своей психике;

- адекватность поведения и психофизиологических реакций вызвавшим их стимулам;

- признание социальных норм и их выполнение, управление собой в соответствии с нормами, принятыми в обществе;

- планирование своей жизнедеятельности и достижение целей, «авторство своего образа жизни»;

- способность изменять способ поведения в новых ситуациях, успешно адаптироваться к новым условиям;

- рефлексия как особая форма деятельности, направленная на осмысление и прогнозирование собственной активности и последствий своих поступков;

- способность к мобилизации волевых усилий, волевая активность.

Наличие в критической ситуации отрицательных эмоций, которые могут быть адекватными и неадекватными (табл. 1.1.)

Перечень адекватных и неадекватных эмоций

Адекватные эмоции	Неадекватные эмоции
Озабоченность	Тревожность
Печаль	Депрессия
Сожаление	Вина
Расстройство	Стыд, замешательство
Раздражение	Гнев

Важным показателем психического здоровья является самооценка. В.Леви выделяет несколько ее видов [40]. .

1. «Беспросветность». Состояние человека тягостно, мучительно катастрофично. Совсем не такое, какое должно быть у полноценного здорового человека. Человек не управляет своим состоянием.
2. «Редкие проблески». По большей части человек чувствует себя не так, как ему хотелось бы. Лишь изредка бывают моменты, когда человек ощущает гармонию в себе и между собой и миром.
3. «С переменным успехом». Человек не совсем доволен собой, но не хочет и «хныкать». Всякое бывает.
4. «В порядке». В основном человек доволен собой. Лишь в отдельные моменты чувствует, что сохранять контроль над своим состоянием становится трудней, но при необходимости может довольно легко привести себя в ному.
5. «Полный блеск». Человек полностью распоряжается собой, независимо от внешних условий. По своему усмотрению задает себе определенное состояние. Когда это необходимо, высоко работоспособен, и когда можно, наслаждается отдыхом и покоем.

Улучшить внутренне состояние помогает саморегуляция - управление своими психическими процессами и поведением. На основе саморегуляции складывается такое поведение, которое Л.П. Гримак называет «мудрым» [17]. Мудрое отношение к жизни отражают следующие принципы: умение отличать

главное от второстепенного; внутренне спокойствие; эмоциональная зрелость и устойчивость; знание меры воздействия на события; умение подходить к проблеме с разных точек зрения; готовность к любым неожиданным событиям; восприятие действительности такой, какая она есть, а не такой, какой ему хотелось бы ее видеть; стремление к выходу за рамки проблемной ситуации; наблюдательность; дальновидность; стремление понять других; умение извлекать положительный опыт из всего происходящего.

В настоящее время в качестве пограничных между нормой и патологией расцениваются разные формы психологической дезадаптации, обусловленные сложными социальными и экономическими жизненными обстоятельствами, а также связанные с военными действиями, взрывами и катастрофами так называемые посттравматические состояния. Суицидальные тенденции, склонность к злоупотреблению алкоголем или наркотиками, криминальное поведение - все эти виды социально-психологической дезадаптации приобретают определенный эмоционально-поведенческий рисунок, тесно связанный с почвенными характеристиками личности.

Еще в 30-е годы С.Л.Рубинштейн, вопреки распространенным в отечественной психологии тенденциям к нивелировке индивидуальных свойств, не сбрасывал со счетов значимость врожденных особенностей в формировании личности. Позже Б.Д.Ананьев рассматривал личность как понятие целостное, отмечая, что взаимодействие биологического и социального начала в формировании личности проявляется не только в первые дни и годы существования человека, но продолжается всю его жизнь [1]. Эти идеи нашли свое развитие и в работах В.Н.Мясищева, который характеризует личность человека как систему социальных отношений, подчеркивая при этом необходимость учитывать биологические и конституционально-индивидуальные свойства. Роль биологического фактора в развитии личности подтверждают многочисленные работы известных психофизиологов - Б.М.Теплова, В.Д. Небылицына, В.С. Мерлина, Э.А. Голубевой, В.М. Русалова и др. Работы Ю.А.Александровского и его школы убеждают в том, что биологические меры

воздействия при лечении невротических расстройств способствуют оптимизации социально-психологической адаптации.

Человеческая личность — интегральная целостность не только биогенных, психогенных, но и социогенных элементов. Последние как комплекс устойчивых свойств индивида, влияющих на его поведение (социальное, межличностное, личностное), как его субъективное «Я» являются интегральным выражением всех нижележащих уровней, определяющих индивидуальность.

Таким образом, психическое здоровье человека является сложным понятием, представляющим целостную подсистему личности. У разных авторов существуют разные критерии для определения понятия «психическое и психологическое здоровье человека». Однако в большинстве своем они схожи в том, что делается акцент на характеристике личностных аспектов, определяющих, прежде всего, уровень благополучия в отношении к себе, к деятельности и к социальным нормам. Причем в равной мере учитывается как эмоциональный аспект, так и поведенческий, характеризующий уровень активности и саморегуляции человека.

В настоящее время в отечественной литературе пограничные состояния принято рассматривать главным образом в рамках невротозов и психопатий. К ним примыкают кратковременные невротические реакции, носящие ситуационный характер, не имеющие выраженного патологического характера, а также случаи патологического развития личности и так называемые акцентуированные личности. В описании последних К. Leonhard (1968), А.Е. Личко (1974) и другие авторы особо выделяют различные типы «заострений» характера (черты личности, особенности стремлений) и темперамента (темп, качество, сила, глубина аффективных реакций). Акцентуированные личности, по их мнению, занимают промежуточное положение между состоянием психического здоровья и типичными психопатическими расстройствами. Что касается невротоподобных (псевдоневротических) и психопатоподобных

(псевдопсихопатических) состояний, описываемых в рамках различных заболеваний, то их многообразие практически не поддается учету.

Невротические реакции и состояния, психопатии и случаи патологического развития личности по существу являются основными формами пограничных состояний. Патологические развития личности являются группой заболеваний, объединяющих варианты невротических и патохарактерологических личностных изменений. Для первых из них типично участие психотравмирующих обстоятельств в генезе изменений. Для вариантов патохарактерологического развития в отличие от невротического в генезе наиболее предпочтительно сочетание психогении с соматогенными расстройствами и органическим поражением ЦНС. В этих случаях постепенно нарастает дисгармония личности, при которой поступки определяются собственно патологическими установками.

Одним из характерных признаков, объединяющих неврозы и отделяющих их от группы реактивно (психогенно) возникающих психотических состояний, является сохранность у больного критического отношения к болезни и способность руководить своими действиями и поведением.

Невротическая реакция ограничена во времени, почти всегда обозначено начало ее возникновения и течения, обычно вначале она развивается только в ответ на конкретную дезадаптирующую психогенную ситуацию (дезадаптация в узком смысле). При сохранении психотравмирующих влияний, отсутствии терапии и некоторых других обстоятельствах ослабленная психическая адаптация может постепенно стабилизироваться, в результате чего невротическое реагирование расширяется на все более широкий круг воздействий на человека («общая дезадаптация», невротическое состояние). Однако при неврозах отсутствует выраженное прогрессирование заболевания. В наибольшей мере эта клиническая закономерность относится к невротическим реакциям.

В возникновении неврозов основополагающее место занимают психогенные воздействия, нарушающие адаптацию личности к окружающему.

Однако причина болезни (в данном случае невроза) никогда не равна действию (Давыдовский И.В., 1962). С учетом единства биологических и социально-психологических механизмов, определяющих адаптированную и дезадаптированную деятельность, следует рассматривать и вопросы диагностики так называемых «новых» болезней второй половины XX века, относимых к числу пограничных состояний. В первую очередь это посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) и социально-стрессовые расстройства (ССР).

Основные клинические варианты невротических расстройств. К числу основных вариантов невротических расстройств относятся реакции (аффективно-шоковые, невротические), неврозы (состояния), невротические развития личности. По ведущим признакам и стереотипу развития заболевания к основным видам неврозов с позиций «классической» психиатрии принято относить неврастению, истерию, психастению, навязчивые состояния. Неврастения в обобщенном виде характеризуется «легкой возбудимостью и быстрой истощаемостью нервных функций». Дословно этот термин означает «нервная слабость». Больной начинает замечать не свойственную ему быструю утомляемость, затруднения при работе, требующей сосредоточения внимания и усидчивости, потерю спокойствия и внутренней уравновешенности. Появляется повышенная раздражительность. Усталость и одновременное возбуждение лишают человека четкости и свежести мысли, что необходимо для продуктивной и целенаправленной деятельности. Он раним, крайне чувствителен к обидам, не выдерживает сколько-нибудь горячих споров, плохо переносит яркий свет и шум.

Как и при других видах неврозов, при неврастении расстраивается сон. Почти постоянным спутником неврастения является головная боль. Наряду с этим пациент отмечает неприятные ощущения во внутренних органах, прежде всего в сердце, а также в желудке, кишечнике, печени и т.д. Считается, что в этих случаях интерорецептивные раздражения, поступающие из внутренних

органов в кору головного мозга, не «затормаживаются» должным образом и вызывают состояние дискомфорта.

Бодрый, веселый, жизнерадостный человек, заболевая неврастение, становится унылым, малообщительным, мнительным, у него появляется усталая, расслабленная походка. Основная причина развития неврастения — переутомление в результате непосильной работы, длительного умственного напряжения, нездоровых, «невысказанных» отношений между родными и близкими. Все это постоянно «давит» на человека и вызывает у него невротические нарушения. Заболевание может возникнуть у людей с различным типом нервной деятельности, чаще при слабом типе, реже при сильном. Протекает болезнь неровно, периодически наступает ремиссия или ухудшение в зависимости от внешних условий или соматических заболеваний.

Об истерическом неврозе говорят в тех случаях, когда чрезвычайная яркость представлений об окружающем, эмоциональная окраска переживаний преобладают над рассудочностью, нарушая тем самым соразмерность реакции человека на жизненные события. Обычно человек, страдающий истерическим неврозом, стремится привлечь внимание окружающих и с этой целью изображает себя несчастным, обиженным или, наоборот, превозносит собственные заслуги. При этом можно отметить искусственность, театральность, а нередко и фальшивость в поведении такого человека, он как бы постоянно «играет» придуманную им самим роль. Считается, что в случае «невротического срыва» обостряются все черты истерического характера, особенно усиливаются театральность, нарочитость поступков.

П.Б. Ганнушкин (1934) писал, что в балансе психической жизни людей, страдающих истерией, первостепенную роль играют внешние впечатления, человек «не углублен в свои внутренние переживания (как это делает хотя бы психастеник), он ни на минуту не забывает происходящего кругом, но его реакция на окружающее является крайне своеобразной». Истерию называли раньше «великой притворщицей», «великой симулянткой», имея в виду не

преднамеренную симуляцию, а невольное, неосознанное подражание окружающим.

Психастения означает в переводе с греческого языка «душевную слабость» (в отличие от неврастении — «нервной слабости»). Она развивается преимущественно у людей с «мыслительным» типом психической деятельности и как бы противоположна истерии. Больные жалуются на то, что окружающее воспринимается ими «как во сне», собственные действия, решения, поступки кажутся недостаточно ясными и точными. Отсюда — постоянная склонность к сомнениям, нерешительность, неуверенность, тревожно-мнительное настроение, робость, повышенная застенчивость, тягостное ощущение собственной неполноценности. Раньше психастению называли «помешательством сомнения».

Особым видом неврозов являются навязчивые состояния. Они могут встречаться как при неврастении, так и при психастении, но в ряде случаев являются «самостоятельным» симптомокомплексом (синдромом). Для этого невроза характерно появление мыслей, воспоминаний, страхов, желаний, нелепость и нереальность которых больные понимают, но избавиться, «отвязаться» от них не могут. В этой связи постепенно меняется поведение человека.

Наиболее часто встречаются навязчивые страхи (фобии): больные боятся смерти от какой-либо определенной причины, боятся темноты, закрытых пространств (например, театрального зала, из-за чего не посещают театр), острых предметов (которыми они будто бы могут нанести себе порезы), рукопожатия или прикосновения к дверям («чтобы не заразиться»), покраснения лица и многого другого.

Страхи накладывают определенный отпечаток на все поведение больных, больные совершают защитные от навязчивостей действия — ритуалы. Страх заболеть, например, раком побуждает больных ходить от врача к врачу, не веря, что они здоровы, настоятельно просить сделать им операцию. К особому виду фобий относятся навязчивые опасения, связанные с профессией. Так, например,

у актеров иногда развивается страх, что на сцене они «забудут текст роли», «упадут в оркестровую яму» и т.п. Попытки преодолеть эти состояния обычно сопровождаются одышкой, обильной потливостью, расширением зрачков, бледностью лица и другими вегетативными расстройствами.

А.А. Реан и Е.И. Петанова отмечают, что понятие о пограничных формах психических расстройств в значительной мере условно, но достаточно часто встречается на страницах научных публикаций. Главным образом это понятие используется для объединения нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы.

Пограничные формы психических расстройств условно объединяются в одну группу болезненных нарушений на основе признаков, включающих достаточно характерные проявления. Их обнаружение позволяет проводить дифференциацию пограничных расстройств как с основными «непограничными» патологическими проявлениями, так и с состоянием психического здоровья.

Ю.А. Александровский к числу наиболее общих нарушений, характерных для пограничных состояний, относит следующие: 1. Преобладание невротического уровня патологических проявлений на всем протяжении заболевания. 2. Взаимосвязь собственно психических расстройств с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими проявлениями. 3. Ведущая роль психогенных факторов в возникновении болезненных нарушений. 4. Наличие в большинстве случаев «органической предрасположенности» (минимальных неврологических дисфункций мозговых систем), способствующих развитию болезненных проявлений. 5. Взаимосвязь болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного. 6.- Сохранение больными критического отношения к своему состоянию [5].

Наряду с этим пограничные состояния характеризуются отсутствием: психотической симптоматики, определяющей патологическую структуру болезненного состояния; нарастающего слабоумия; личностных изменений, типичных для психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия и др.).

Пограничные психические нарушения могут возникать остро или развиваться постепенно, их течение может носить разный характер и ограничиваться кратковременной реакцией, относительно продолжительным состоянием, хроническим течением. С учетом этого, а также на основе анализа причин возникновения в клинической практике выделяют различные формы и варианты пограничных состояний.

С учетом многообразия патогенетических факторов и особенностей проявления и течения к пограничным психическим расстройствам относят различные варианты невротических реакций, реактивные состояния, неврозы, патологические развития личности, психопатии, а также широкий круг неврозо- и психопатоподобных расстройств при соматических, неврологических и других заболеваниях. В современной Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) пограничные психические расстройства рассматриваются главным образом в разделах F4 («Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»), F5 («Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»), F6 («Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых») и некоторых других.

Уровни психических расстройств могут анализироваться с различных точек зрения — философской, социальной, психологической, эволюционной, клинической и т.д. Своеобразие патологических проявлений при различных психических заболеваниях послужило основанием для разработки общепатологической концепции регистров психических расстройств (Кронфельд А.С., 1940; Гуревич М.О., 1945; Снежневский А.В., 1960; Рохлин Л.Л., 1971, и др.; Noche, 1912; Specht G., 1917; Kraepelin E., 1920; Ewald G., 1921; Bostroem A., 1926).

Согласно этой концепции, психические нарушения, определяющие пограничные формы психических расстройств, имеют по сравнению с другой патологией наиболее ограниченный диапазон болезненных проявлений. А.В. Снежневский (1960) в работе, опубликованной в 1975 г., выделяет 9 «кругов» последовательного нарастания тяжести психопатологических синдромов: от эмоционально-гиперэстетических расстройств, среди которых ведущее место занимает астенический синдром (I круг), к аффективным расстройствам (II), невротическим нарушениям (III), паранойяльным состояниям (IV), кататоническим синдромам (V), помрачению сознания (VI), парамнезиям (VII), судорожным и другим расстройствам, свойственным эпилепсии (VIII), и, наконец, к психоорганическим расстройствам, характеризующим все известные варианты грубоорганических психозов (IX). В этой схематической модели патологических психических расстройств А.В. Снежневский относит астенические и другие расстройства, наиболее характерные для неврозов, к наименее специфическим проявлениям психической патологии.

В настоящее время в связи с введением в практику в нашей стране нового порядка освидетельствования и учета психически больных, в соответствии с которыми лица с пограничными психическими расстройствами на специальный учет, как правило, не ставятся и на них не распространяются социальные ограничения, появляется возможность уйти от косности в терминологии пограничных состояний. С учетом понимания процессов возникновения и течения собственно психической патологии, по мнению Александровского Ю.А. более целесообразно использовать для всей группы рассматриваемых патологических состояний название «пограничные психические расстройства». Они как бы разделяют состояния психического здоровья (нормы) с основными психическими заболеваниями, сопровождающимися психотическими патологическими расстройствами. При этом сплошной непреходимой «границы» как между состояниями здоровья и пограничными психическими расстройствами, так и между ними и психозами не существует. Именно с этим

можно связать многообразие феноменологических проявлений и их динамику при различных формах и вариантах пограничных состояний».

Таким образом, можно дать следующее определение пограничных расстройств личности. Это группа достаточно специфических, нерезко выраженных проявлений нарушения психики, граничащих с состоянием здоровья и отличающихся от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы. К пограничным психическим расстройствам относят различные варианты невротических реакций, реактивные состояния, неврозы, патологические развития личности, психопатии, а также широкий круг неврозо- и психопатоподобных расстройств при соматических, неврологических и других заболеваниях. Они объединяют группу расстройств, характеризуемых главным образом преобладанием проявлений так называемого невротического уровня нарушений психической деятельности. Их отличительными свойствами являются: преобладание невротического уровня патологических проявлений на всем протяжении заболевания; взаимосвязь с вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна и соматическими проявлениями; сохранение критического отношения к своему состоянию. В возникновении пограничных расстройств ведущая роль отводится психогенным факторам.

В нашем исследовании в качестве критериев, отражающих основные компоненты психологического здоровья личности, выбраны уровень самооценки, личностной тревоги, невротизации и внутренней агрессивности, а также уровень психического состояния: самочувствия, активности, настроения.

1.2. Психологическое содержание понятия качество жизни и его влияние на психологическое здоровье личности

Исторически сложилось так, что потребности и интересы человека индивидуальны и уровень их удовлетворением может оценить только он сам. Их нельзя измерить статистическими величинами, и существуют они в сознании (в их мнениях и личных оценках). Таким образом, оценку качества жизни можно разделить на степень удовлетворения объективных потребностей и интересов и субъективную удовлетворенность качеством жизни самого человека.

Все чаще мы можем наблюдать, что человек физически здоров, полноценно функционирует в обществе, социально адекватен, но у него присутствует ощущение пустоты, он чувствует себя несчастливым, и наоборот. Исследователи подчеркивают, что каждый человек должен заботиться не только о своем долголетии, но и о его осмысленном наполнении, что сравнимо с качеством жизни.

Понятие субъективного благополучия неоднозначно, Е. Динер выделил несколько признаков субъективного благополучия:

- Субъективное благополучие существует только внутри индивидуального опыта;
- Позитивность измерения. Субъективное благополучие - это не только отсутствие негативных факторов, что характерно для большинства определений психического здоровья, но и наличие определенных позитивных показателей;
- Глобальность измерения. Субъективное благополучие в большинстве случаев включает глобальную оценку всех аспектов жизни личности в период от нескольких недель до десятков лет.

Психологической нормой качества жизни является уровень удовлетворенности различных сфер жизни и положительная оценка психологической адекватности личности [26,34] .

Возможность человека ощущать себя здоровым, способным без каких-либо затруднений пользоваться социальными благами, испытывать положительные или отрицательные эмоции в различных жизненных моментах, все это показывает субъективное отношение к качеству своей жизни.

Само собой разумеющееся, когда мы связываем субъективное удовлетворение с субъективным благополучием. Определение субъективного благополучия трактуется в работах разных авторов, сгруппируем их:

- Нормативное определение. Человек ощущает благополучие, если он обладает некоторыми социально желательными качествами; критериями благополучия является система ценностей, принятая в данной культуре.

- Определение, где благополучие является глобальной оценкой качества жизни человека в соответствии с его собственными критериями. Это определение подразумевает, что благополучие - гармоничное удовлетворение желаний и стремлений человека.

- Значение понятия субъективного благополучия, связанное с обыденным пониманием счастья, как превосходства положительных эмоций над отрицательными. Это определение подчеркивает приятные эмоциональные переживания, которые либо объективно преобладают в жизни человека, либо субъективно человек склонен к ним.

Необходимо учитывать, что потребности людей постоянно изменяются, в связи с этим качества жизни сложно оценивать. Некоторые же из характеристик качества жизни, можно оценить лишь условно.

Исследователи семь типов определений качества жизни: первый тип - объективные условия существования на уровне общества в целом; второй тип - субъективные оценки условий существования на уровне общества в целом; третий тип - объективные условия существования индивида; четвертый тип - субъективные оценки условий существования индивида; пятый тип - объективные условия существования и их оценка на уровне общества; шестой тип - объективные условия существования и их оценка на уровне индивида;

седьмой тип - объективные условия существования и их оценка на уровне общества и индивида.

Мнение, что человек удовлетворен своим уровнем жизни в лучших условиях, кажется, неопровержимо, но все, же наблюдается незначительная взаимосвязь между субъективными самоощущениями и условиями его жизни. Данная гипотеза вытекает из того, что люди на бессознательном уровне сравнивают свой уровень жизни с более высоким, вследствие чего, может происходить подавление неудовлетворенности, а жизненные цели подлежат коррекции.

Субъективные факторы качества жизни разделяют: на когнитивную компоненту (рациональную) и аффективную (эмоциональную). Рациональный компонент заключается в общей удовлетворенности сфер жизни человека. Эмоциональный компонент заключается в балансе позитивного и негативного аффектов. К позитивным аффектам можно отнести ощущения счастья, социальной поддержки, личной компетентности. К негативным ощущения депрессии, тревоги и стресса.

Большое количество отраслей изучают качество жизни человека, внимание уделяют физическому здоровью, благосостоянию человека, окружающему миру, а психология изучает потребности человека, стремление быть счастливым и смысл его жизни [26,34]. Изучение вопросов качества жизни датируется серединой 60-х годов, когда на Западе осуществился переход к постиндустриальному развитию общества. Дойдя до наших дней, общество так и не смогло дать четкое обозначение термина качество жизни, что оставляет этот вопрос, и по сей день открытым.

Ученые-исследователи расходятся в едином понимании сути качества жизни, для кого-то это только материальная сторона: медицина, жилье, образование, пища, безопасность, одежда, отношения в обществе, политическое мнение, а для кого-то, это возможность развития общества, реализация их потребностей [35,36,43]. Они рассматривают качество жизни как социально-экономический феномен. Подразделяя его: качество жизни, во-первых

довольно широкое понятие, и во-вторых оно имеет два уровня: объективный и субъективный. Объективный отражает материальный уровень качества жизни, субъективный - показывает эмоциональное состояние личности, уровень удовлетворенности сферами своей жизни.

Российские исследователи понимания качества жизни Б.В. Бойцов, Ю.В. Крянев, М.А. Кузнецов предложили свою структуру качества жизни, основываясь на системный подход. В данном подходе качество жизни рассматривает в четырех плоскостях: здоровая популяция, качественный уровень образования, качество природной среды, духовность. Данная структура отражает не только жизнеобеспечение, жизнедеятельность, но и возможность жизнеспособности общества как целого социального организма.

Американские ученые, утверждают, что на уровень качества жизни влияет уровень стрессовых ситуаций в жизни человека, при их увеличении снижается качества жизни. Одна из распространенной трактовки качества жизни, считается ее понимание при социологической категории. «Качество жизни» - как социологическая категория выражает в силе удовлетворения качеством материальных благ и культурных потребностей людей. Однако такое определение качества жизни нельзя считать полным. Так как, это многофакторная структурная система, и в связи с этим, необходимо учитывать все факторы жизни человека. Для каждого человека имеет особое значение уровень благосостояния, но также он не забывает о духовной жизни.

Нет единогласного мнения и у зарубежных исследователей. В свое определение они включают субъективные переменные, которые характеризуют самочувствие личности, ее уровень удовлетворенности свободой, своими правами и безопасностью жизни, что является комплексной характеристикой качества жизни.

Можно сделать вывод, что под качеством жизни исследователи понимают комплексную структуру социальной, экономической жизни и условия, которые обеспечивают жизнедеятельность человека. По определению ВОЗ качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в

контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами [33]. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Согласно мнению ООН, социальная категория качества жизни включает двенадцать параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии

Глава 2. Экспериментальное исследование влияния субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности

2.1. Организация и методы исследования

Цель экспериментального исследования: выявление влияния субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности.

Исследование включало три этапа:

1. Этап. Подготовительный, на котором были подобраны и апробированы психодиагностические методики исследования психического здоровья и качества жизни личности.
2. Этап. Констатирующий эксперимент, направленный на изучение психического здоровья и качества жизни испытуемых.
3. Этап. Заключительный. Количественная и качественная обработка результатов, их анализ и интерпретация. Разработка психологических рекомендаций по улучшению психического здоровья работников с учетом субъективной оценки их качества жизни.

Для экспериментального изучения субъективного качества жизни применялся опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗКЖ-100) (см. приложение Г). Он был разработан Всемирной организацией здравоохранения с целью получения качественного и независимого инструмента оценки качества жизни людей вне зависимости от социального, культурного, демографического и политического контекста [33]. Каждая языковая версия опросника была тщательно разработана и апробирована на предмет валидности и соответствия, пользоваться переводом с другого языка недопустимо, для получения версии на другом языке необходимо обратиться в соответствующий региональный центр ВОЗ. В России таким центром является НИИ им. Бехтерева.

ВОЗКЖ-100 является многомерным инструментом, позволяющим получить как оценку качества жизни респондента в целом, так и частные

оценки по отдельным сферам и субсферам жизни. При этом он даёт не только общую меру, но и целый профиль качества жизни, позволяя проводить многомерный анализ.

Опросник рекомендован для использования в широком кругу задач, в которые может входить необходимость исследования качества жизни: в клинических, психологических, социальных, социологических и т.д. исследованиях.

Согласно мнению ООН, социальная категория качества жизни включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место.

Ценность опросника - в получении информации по субъективному ощущению индивидом качества своей жизни. Основная версия, известная под названием ВОЗКЖ-100, включает 100 вопросов. Она охватывает 6 основные сферы, влияющие на качество жизни, и общие для большинства людей на планете: Физическая сфера, Психологическая сфера, Независимость, Социальная активность, Окружающая среда и Духовность. Каждая из сфер состоит из различного количества субсфер: например, Физическая сфера включает в себя субсферы Физическая боль и дискомфорт; Жизненная активность, Энергия и усталость и Сон и отдых. Одновременно с этим было разработано несколько специфических модулей, которые измеряют качество жизни в связи со специфическими вопросами (например, психическими заболеваниями). Кроме того, 4 вопроса оценивают качество жизни в целом.

Для экспериментального изучения психического здоровья личности сотрудников фармацевтов были теоретически обоснованы следующие критерии: на личностном уровне – самооценка и уровень притязаний, личностная тревожность, ее невротизация и наличие внутренней агрессивности; на уровне психического состояния - самочувствие, активность, настроение.

В соответствии с поставленными задачами использовались следующие психодиагностические методики: Шкала самооценки личности (Т.В. Дембо,

С.Я. Рубинштейн), «Личностная шкала проявлений тревоги» Тейлора, методика диагностики уровня невротизации личности Л.И. Вассермана; тест на определение внутренней агрессивности С. Дайхоффа; Методика оперативной оценки самочувствия, активности настроения (САН), разработанная Доскиным В.А., Лаврентьевой Н.А., Мирошниковым М.П., Шарай В.Б.

Для изучения уровня самооценки сотрудников нами использован модифицированный вариант «Методики изучения самооценки личности» (Т.В. Дембо, С.Я. Рубинштейна). Методика изучения самооценки адаптирована на студенческой выборке (Приложение Б). Она относится к классу полупроективных методик и дает представление о самооценке личности и уровне ее притязаний. В модифицированном варианте методики студентам предлагается оценить качества, характеризующие духовно-творческий потенциал личности (самостоятельность; творческую направленность; ум, способности; продуктивность учебно-профессиональной деятельности) и психологическое здоровье (здоровье; уверенность в себе; внешнюю привлекательность; социальный статус).

Методика измерения уровня тревожности Тейлора предназначена для измерения проявлений тревожности [37]. Опубликован Дж. Тейлор в 1953 г. Рассматриваемая шкала состоит из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI). Выбор пунктов для теста осуществлялся на основе анализа их способности различать лиц с «хроническими реакциями тревоги». Тестирование продолжается 15-30 мин. Для удобства использования каждое утверждение предлагается испытуемому на отдельной карточке. Более известны варианты методики в адаптации Т. А. Немчинова и В. Г. Норакидзе, который в 1975 г. дополнил опросник шкалой лжи, позволяющей судить о демонстративности, неискренности в ответах. Оба варианта опросника используются при индивидуальном и групповом обследовании, способны решать как

теоретические, так и практические задачи и могут быть включены в батарею других тестов.

Методика диагностики уровня невротизации личности Л.И. Вассермана (см. Приложение А) имеет ориентировочный характер, включает 40 вопросов, проста в обработке и позволяет оценить уровень невротизации личности. Высокий уровень невротизации свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность); о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний; об эгоцентрической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках; о трудностях в общении; о социальной робости и зависимости. Низкий уровень невротизации свидетельствует: об эмоциональной устойчивости; о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм); об инициативности; о чувстве собственного достоинства; независимости, социальной смелости; о легкости в общении.

Тест на определение внутренней агрессивности С. Дайхоффа (см. Приложение Б). Результаты теста позволяют измерить «внутриличностную» агрессивность, которая может быть выявлена на одном из четырех уровней: низком (если показатель не больше 10), при этом субъект либо очень хорошо контролирует свое чувство гнева, либо не может его осознать и принять; среднем (если показатель от 11 до 20 баллов), агрессивность субъекта в пределах нормы, но ему желательно осознавать свой гнев и научиться обращаться с ним; высоким (если показатель от 21 до 30 баллов) вполне вероятно, что у субъекта очень много проблем, над которыми стоит поработать. Возможно, его жизнь не является настолько удовлетворительной, насколько ему бы хотелось. В жизни такого человека может многое измениться к лучшему, если он научится обращаться со своим гневом; очень высоким (если уровень внутренней агрессивности от 31 - до 40 баллов) – гнев такого человека контролирует его жизнь, мешая жить полноценной и активной жизнью.

Преодоление субъектом социальной тревоги или других трудностей в общении будет зависеть от того, насколько хорошо он научится техникам, помогающим осознавать свое чувство гнева и справляться с ним

С целью изучения общего уровня психического состояния была использована методика оперативной оценки самочувствия, активности настроения (САН), разработанная Доскиным В.А., Лаврентьевой Н.А., Мирошниковым М.П., Шарай В.Б. (Приложение В). Он предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности, настроения. Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень актуализации той или иной характеристики своего состояния [39].

2.2. Анализ результатов экспериментального исследования влияния субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности

Результаты экспериментального изучения субъективного качества жизни сотрудников с помощью опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗКЖ-100) представлены в табл.1. Они свидетельствуют, что в целом качество жизни фармацевтов оценивается ими на среднем уровне (20 баллов). Большинство из них (67 %) также характеризуют свое качество жизни положительно (показатели соответствуют среднему уровню). 24% респондентов отмечают у себя высокое качество жизни. И еще 9% – низкое.

Таблица 2.1.

Характеристика качества жизни сотрудников

Критерии качества жизни	Уровни			Средний арифметический показатель (балл)	Уровень
	Высокий (%)	Средний (%)	Низкий (%)		
I. Физическая сфера	21	70	9	26	высокий
F1. Физическая боль и дискомфорт	68	24	8	27	высокий
F2. Жизненная активность, энергия и усталость	18	69	13	22	средний
F3. Сон и отдых	25	68	7	23	высокий
II. Психологическая сфера	18	75	7	18	средний
F4. Положительные эмоции	25	66	9	19	средний
F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)	19	59	22	16	средний
F6. Самооценка	27	69	4	19	средний
F7. Образ тела и внешность	34	61	5	24	высокий
F8. Отрицательные эмоции	11	64	25	17	средний
III. Уровень независимости	25	68	7	23	высокий
F 9. Подвижность	28	69	3	25	высокий
F10. Способность выполнять повседневные дела	62	30	8	25	высокий
F11. Зависимость от лекарств и лечения	19	50	21	20	средний
F12. Способность к работе	26	69	5	18	средний
IV. Социальные отношения	27	66	7	25	высокий
F13. Личные отношения	25	68	7	25	высокий
F14. Практическая социальная поддержка	29	66	5	27	высокий
F15. Сексуальная активность	10	55	35	13	низкий

Продолжение таблицы					
Критерии качества жизни	Уровни			Средний арифметический показатель (балл)	Уровень
	Высокий (%)	Средний (%)	Низкий (%)		
У. Окружающая среда	32	54	14	16	средний
F16. Физическая безопасность и защищенность	33	53	13	18	средний
F17. Окружающая среда дома	24	67	9	20	средний
F18. Финансовые ресурсы	11	54	35	12	низкий
F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)	13	56	31	15	средний
F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков	11	64	25	17	средний
F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование	14	56	30	11	низкий
F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/ шум/климат/привлекательность)	15	56	29	13	низкий
F23. Транспорт	13	55	32	13	низкий
УІ. Духовная сфера	34	53	13	17	средний
F24. Духовность/ религия/ личные убеждения	34	53	13	17	средний
Общее качество жизни	24	65	11	20	средний

При этом наиболее высокие показатели (среднего арифметического по группе), соответствующие высокому уровню, выявлены в «Физической сфере» (26 баллов), в сфере «Социальные отношения» (25 баллов) и в «Уровне независимости» (23 балла). Для большинства сотрудников в Физической сфере характерно отсутствие физической боли и дискомфорта (27 баллов), хорошее качество сна и отдыха (23 балла – высокий уровень) и средний уровень (22 балла) жизненной активности и энергии.

В сфере социальных отношений наиболее высокие показатели по критериям «Практическая социальная поддержка» (27 баллов) и «Личные

отношения» (25 баллов). Это значит, что большинство респондентов отмечают дружелюбие, любовь и моральную поддержку близких, возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей. Сексуальная активность оценивается на уровне ниже среднего.

«Уровень независимости» респондентами также оценивается достаточно высоко, а именно, «Подвижность» (25 баллов) и «Способность выполнять повседневные дела» (25 баллов). «Способность к работе» и «Зависимость от лекарств и лечения» характеризуются умеренной степенью выраженности (соответственно 18 и 20 баллов).

Такие обобщенные шкалы, как «Психологическая сфера», «Духовная сфера» и «Окружающая среда» оцениваются респондентами на среднем уровне. В «Психологической сфере» высоко характеризуется только «Образ тела и внешность» (24 балла). Остальные критерии проявляются в умеренной степени выраженности, такие, как «Положительные эмоции» (19 баллов), «Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)» (16 баллов), «Самооценка» (19 баллов) и «Отрицательные эмоции» (17 баллов).

Средний уровень оценки респондентами «Духовной сферы» (17 баллов) означает наличие у них личные убеждений, смыслов, верований, которые положительно влияют на качество их жизни, помогают людям справляться с трудностями, способствуют ощущению жизненного благополучия.

При оценке качества «Окружающей среды» на среднем уровне характеризуются «Физическая безопасность и защищенность» (18 баллов), «Окружающая среда дома» (20 баллов), «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» (15 баллов), «Возможности для приобретения новой информации и навыков» (17 баллов). На низком уровне оцениваются такие факторы окружающей среды, как «Финансовые ресурсы», «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», «Окружающая среда вокруг (загрязненность, шум, климат, привлекательность)» и «Транспорт».

Таким образом, сотрудников фармацевтической организации характеризует общий средний уровень качества жизни. При этом отмечаются е

высокие показатели в физической сфере, сфере социальных отношений и в уровне независимости, т.е. большинству сотрудников характерно отсутствие физической боли и дискомфорта, хорошее качество сна и отдыха, средний уровень жизненной активности и энергии. Они испытывают дружелюбие, любовь и моральную поддержку близких, возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей. Им свойственна высокая подвижность и способность выполнять повседневные дела. Психологическая и духовная сфера находится в умеренной степени удовлетворенности. Окружающая среда в целом характеризуется средней степенью благоприятности. Однако выявлены факторы, оцениваемые на низком уровне, такие как, как финансовые ресурсы, возможности для отдыха и развлечений и их использование, окружающая среда вокруг (загрязненность, шум, климат, привлекательность) и транспорт.

Изучение самооценки сотрудников с помощью полупроективной методики «Шкалы самооценки» Т.В. Дембо, С.Я. Рубинштейн показало, что 26% сотрудников имеют «завышенную» самооценку по шкале Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн. Она свидетельствует о нереалистичной оценке, переоценивании своих достижений и личностных качеств. Таким людям свойственна нечувствительность к своим ошибкам, неготовность их исправлять, нетерпимое отношение к критическим замечаниям в свой адрес.

70% сотрудников имеют благоприятную самооценку- «адекватную» по шкале Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн. Она свидетельствует о психологической зрелости, реалистичной оценке результатов своей деятельности, знании своих достоинств и принятии недостатков, склонность к конструктивному общению, умение прислушиваться к критическим замечаниям не теряя уверенности в себе, склонность к психологической стабильности.

Сотрудники с низкой, психологически неблагополучной самооценкой, встречаются редко (4%). Это означает, что такие сотрудники в чем-то недооценивают себя, недостаточно осознают свои положительные свойства. Или чрезмерно критичны к себе, не принимают себя такими как есть. Эти

проявления способствуют внутреннему конфликту и, конечно же, не являются показателем психологического здоровья. Такая самооценка нуждается в оптимизации, улучшении.

Результаты изучения **личностной тревожности** испытуемых сотрудников с помощью шкалы тревоги Тейлора отражены в табл.2.2.

Таблица 2.2.

Показатели личностной тревоги испытуемых

Уровень личностной тревоги	Показатели личностной тревоги	
	(%)	Кол-во человек
Очень высокий	34	10
высокий	49	14
Средний (оптимальный)	17	5

Результаты изучения **личностной тревожности** испытуемых показали (см. табл. 2), что только 17% испытуемых имеют средний (5-25 баллов) уровень личностной тревожности –оптимальный, отражающий психологическое благополучие человека. 49% испытуемых сотрудников имеют показатели высокого уровня личной тревоги (25-40 баллов), которая предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в самого разного круга ситуаций. Такая высокая личностная тревожность характеризует состояние психологического неблагополучия и проявляется в переоценке значимости ситуации, недостаточной уверенности в успехе, неосознанном чувстве внутреннего дискомфорта. У 34% испытуемых обнаружился очень высокий уровень личностной тревоги (40-50 баллов), который свидетельствует о крайнем психологическом неблагополучии и о возникновении генерализованной невротической тревожности.

Результаты диагностики уровня невротизации личности испытуемых по методике Л.И. Вассермана показали следующие данные (см. табл.2.3.). Данные результаты свидетельствуют, что Высокий уровень невротизации личности (показатели выше 20 баллов) обнаруживается у 21% испытуемых и свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания; о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний; об

эгоцентрической личностной направленности, что приводит к фиксации на личностных недостатках; о трудностях в общении; о социальной робости и зависимости.

Таблица 2.3.

Показатели уровня невротизации личности по методике Л.И. Вассермана

Показатели невротизации личности			Средний арифметический показатель
Высокий уровень (%)	Средний уровень (%)	Низкий уровень (%)	
21	33	46	12 баллов

Средний уровень невротизации (от 10-до19 баллов) выявлен у 33% испытуемых и свидетельствует об их относительной эмоциональной устойчивости, при которой черты эмоционального неблагополучия сочетаются в определенной мере с положительными переживаниями и относительным спокойствием.

Низкий уровень невротизации личности (от 1 до 9 баллов) в данной выборке обнаружен у 46% испытуемых. Это означает, что чуть меньше половины испытуемых сотрудников находятся в состоянии эмоциональной устойчивости, при котором доминирует положительный фон переживаний (спокойствие, оптимизм); инициативность; чувство собственного достоинства; независимости, социальной смелости; легкости в общении.

Также в соответствии с задачами исследования мы использовали тест на определение внутренней агрессивности С. Дайхоффа. Результаты теста отображены в табл.2.4.

Полученные результаты свидетельствуют, что низкий уровень внутренней агрессии (показатель не больше 10) присущ 10% испытуемым сотрудникам. Это означает, что они либо очень хорошо контролируют свое чувство гнева, либо не могут его осознать и принять.

Показатели внутренней агрессивности испытуемых по методике С. Дайхоффа

Уровни внутренней агрессии	Экспериментальные группы	
	Кол-во человек	(%)
Низкий	3	10
Средний	13	46
Высокий	11	38
Очень высокий	2	8

Средний уровень внутренней агрессии (показатель от 11 до 20 баллов) выявлен у 46% человек. Аутоагрессия проявляется у них в склонности к самокритичности и к самообвинению в пределах нормы, но им желательно осознавать свой гнев и научиться обращаться с ним. Высокий уровень внутренней агрессии (показатель от 21 до 30 баллов) обнаружен у 38% испытуемых. При этом показателе вполне вероятно, что у них очень много проблем. Возможно, их жизнь не является настолько удовлетворительной, насколько им бы хотелось.

Действительно, резкое недовольство собой, разрушительные чувства, направленные на свой внутренний мир, свое «Я», могут быть вызваны неудовлетворенностью отношениями с товарищами, отсутствием близких друзей и партнера, обусловлены сомнениями и неудовлетворенностью выбранной профессией, связаны с трудностями в профессиональной деятельности, с бытовой неустроенностью, неуверенностью в будущем и т.д. В жизни таких людей может многое измениться к лучшему, если они научатся обращаться со своим гневом.

Очень высокий уровень внутренней агрессии (уровень внутренней агрессивности от 31 - до 40 баллов) выявлен у 8% испытуемых сотрудников. При таком показателе аутоагрессии гнев человека контролирует его жизнь, мешая жить полноценной и активной жизнью. Можно сказать, что такие

испытуемые глубоко неудовлетворенны настоящим результатом их жизни. Скорее уместно здесь говорить о наличии глубокого внутриличностного кризиса.

Следует отметить, что высокий (и очень высокий) уровень внутренней агрессии характерен для 46% испытуемых. Как уже отмечалось выше, это свидетельствует о резком недовольстве этих людей собой в связи с их неудовлетворенностью собственной жизнью.

Результаты изучения психического состояния испытуемых представлены в табл.2.5., рис. 2.1. Методика САН позволила выявить, что 40% испытуемых имеют наиболее благоприятное психическое состояние (оптимальные показатели), которое проявляется в хорошем самочувствии, приподнятом настроении и обеспечивает достаточно высокую активность и работоспособность.

Таблица 2.5.

Характеристика психического состояния испытуемых

Уровни	Критерии психического состояния			Общий по-к-ль
	Самочувствие (%)	Активность (%)	Настроение (%)	
Выше среднего	33	40	47	40
Средний	37	43	49	43
Низкий	30	17	4	17

У 43-х процентов испытуемых сотрудников выявлено в целом благоприятное психическое состояние (удовлетворительные показатели). Оно проявляется в нормальном самочувствии, спокойном настроении, которые обеспечивают необходимый для повседневной жизни уровень активности.

У 17% испытуемых было обнаружено неблагоприятное психическое состояние (низкие показатели), которое проявляется в плохом самочувствии, сниженном настроении и пассивности.

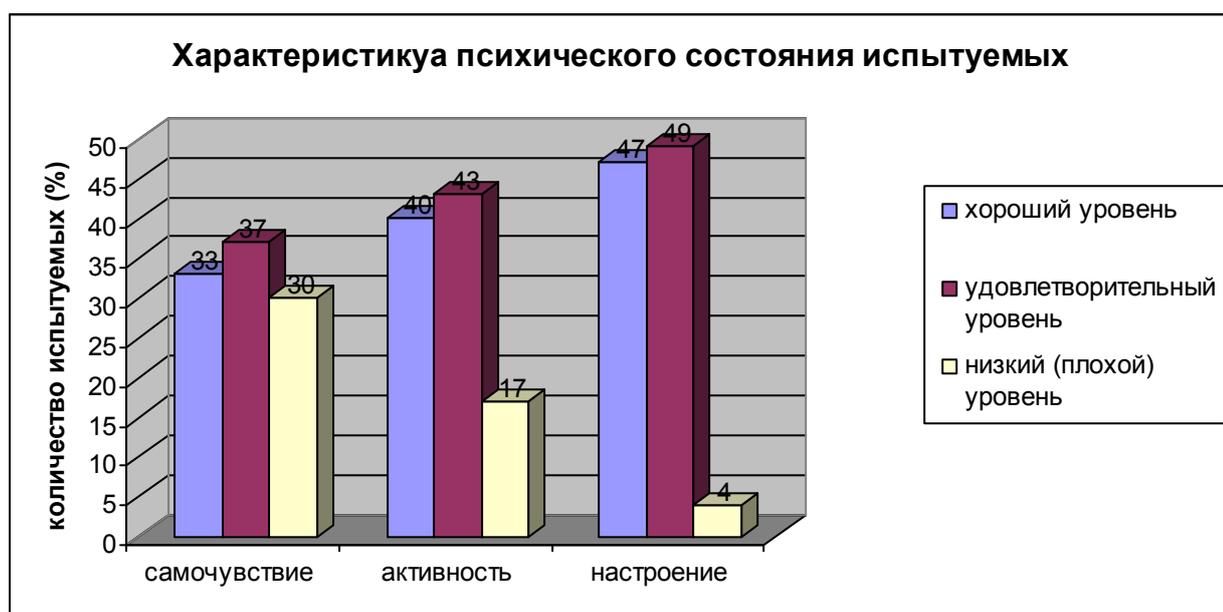


Рис.2. 1. Характеристика самочувствия, активности и настроения испытуемых.

Для изучения влияния субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности мы сопоставили показатели критериев психологического здоровья в двух группах: с высоким и низким качеством жизни. Результаты представлены в табл. 2.6.

Результаты сопоставления показателей психологического здоровья в двух группах показывают, что выявлены существенные различия по всем критериям. Для группы с высокой субъективной оценкой качества жизни характерны следующие показатели психологического здоровья: высокая адекватная самооценка (73 балла), оптимальный уровень личностной тревожности (32 балла), низкий уровень невротизации (9 баллов) и внутренней агрессивности (8

баллов), оптимальный уровень самочувствия (5,2 балла) и настроения (5,6 балла), средний уровень активности (4,8 балла).

Таблица 2.6.

Сопоставление результатов двух групп сотрудников с «Высоким уровнем качества жизни» и с «Низким уровнем качества жизни» (сред. арифметическое)

		Уровень качества жизни				Значение t-критерия Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$
		Высокий		Низкий		
		Среднее арифметическое (баллы)	Уровень	Среднее арифметическое (баллы)	Уровень	
Критерии качества жизни	Самооценка	73	Высокая адекватная	49	Средняя адекватная	3,21
	Личностная тревожность	32	Средний	48	Высокий	3,63
	Невротизация	9	Низкий	22	Высокий	5,23
	Внутренняя агрессивность	8	Низкий	20	Средний	4,52
	Самочувствие	5,2	Высокий	4,1	Средний	3,15
	Активность	4,8	Средний	3,8	Низкий	4,03
	Настроение	5,6	Высокий	4,3	Средний	3,62

В свою очередь для группы с низкой субъективной оценкой качества жизни характерны следующие показатели психологического здоровья: средняя адекватная самооценка (49 баллов), высокий уровень личностной тревожности (48 баллов), высокий уровень невротизации (22 балла), средний уровень внутренней агрессивности (20 баллов), средний уровень самочувствия (4,1 балла) и настроения (4,3 балла) и низкий уровень активности (3,8 балла).

Применение t-критерия Стьюдента позволило выявить статистически значимые различия указанных показателей у двух групп. Наиболее выражены они по критериям «Невротизация» ($t_{оп} = 5,23 > t_{кр} = 2,02$ при $p = 0,05$), «Внутренняя агрессивность» ($t_{оп} = 4,52 > t_{кр} = 2,02$ при $p = 0,05$) и «Активность» ($t_{оп} = 4,03 > t_{кр} = 2,02$ при $p = 0,05$). По остальным критериям, таким как, уровень самооценки, самочувствия и настроения, также выявлены статистически значимые различия (см. табл.7). Это означает, что с достоверностью больше,

чем 95% можно утверждать, что чем выше субъективное качество жизни, тем благоприятнее показатели психологического здоровья личности, а именно, ниже невротизация, внутренняя агрессивность, личностная тревожность, выше активность, самочувствие и настроение, также стабилизируется самооценка в сторону высокой адекватной.

Следовательно, экспериментальные данные подтверждают гипотезу исследования: чем выше субъективная оценка качества жизни, тем благополучнее психологическое здоровье личности, а именно, субъекту с высоким качеством жизни присущи: адекватная самооценка, средний уровень личностной тревожности, оптимальный уровень самочувствия, активности, настроения, отсутствие невротизации и внутренней агрессивности.

2.3. Рекомендации по улучшению психологического здоровья сотрудников с учетом повышения их качества жизни.

Современные направления практической психологии охватывают множество методов и технологий для гибкого и разнопланового решения психотерапевтических задач, обусловленных в основном социальными и психогенными причинами. На теоретическом уровне продолжаются разработки новых приемов на основе личностно-ориентированной психотерапии.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия пограничных психических расстройств, а также личностно-развивающая работа практических психологов реализуется в двух вариантах: в индивидуальной и групповой форме. При этом психотерапия и практическая работа направлена на три уровня воздействия: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Охарактеризуем более подробно особенности индивидуальной коррекционной и психотерапевтической работы, направленной на преодоление нарушений психологического здоровья личности, формулируя детально ее задачи в этих направлениях.

1. Сфера интеллектуального осознания (когнитивный компонент). Индивидуальная психотерапия в отличие от групповой работы, в значительно большей мере направлена на индивидуальную историю жизни и личностного формирования человека, его важные биографические события, вследствие чего возникает еще одно значительное различие в содержании работы: групповая психотерапия относительно в большей мере направлена на осознание межличностных отношений и взаимодействия, обусловлено и порождается им, в то время, как индивидуальная психологическая работа — на историческое измерение личности.

Клиент в результате осмысления своей личностной истории, важных жизненных событий может осознать: 1) особенности своего поведения с окружающими людьми на протяжении продолжительного периода времени (анализу в таком случае могут быть подвержены негативные приемы и способы межличностного поведения, т.е. те, которые вызывали у клиента отрицательные эмоции); 2) причины собственного поведения, характеристики своих отношений с близкими людьми, мотивы действий, поступков, эмоциональных и поведенческих реакций, установок; 3) деструктивные признаки своих эмоциональных и поведенческих привычек, установок и отношений; 4) взаимосвязь между набором социокультурных и психогенных факторов и возникновением и развитием нарушений психологического и психического здоровья; 5) степень участия индивида в формировании стрессовых, психотравмирующих и конфликтных ситуаций.

2. Эмоциональная сфера. Индивидуальная психотерапия связана в меньшей степени с непосредственными переживаниями и эмоциями (кроме отношений «клиент — психолог»), в большей степени с их «отражением», поэтому задачи в эмоциональной сфере также связаны в некоторой степени с осознанием: 1) клиент имеет возможность получить эмоциональную поддержку от психолога, психотерапевта, что приводит к снижению напряженности механизмов психологической защиты; 2) он может научиться понимать и вербально выражать, проговаривать негативные и сложные чувства; 3) клиент

открывается самому себе, повышается возможность адекватного самовосприятия, искренности в отношении к самому себе; 4) клиент становится способен связать отрицательные эмоции и переживания с текущими негативными событиями, проблемами (часто скрываемыми от самого себя, не принимаемыми). 3. Поведенческая сфера. Клиент становится готов заменить неадекватные действия и способы поведения на конструктивные в результате изменений познавательной сферы.

Групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психологическая практическая работа. Реализация задач данного направления психотерапии в ходе групповой динамики достигается путем специального воздействия на основные компоненты отношений индивида: познавательный, эмоциональный и поведенческий. Задачи для каждого клиента в любой из этих областей могут быть сформулированы следующим образом.

1. Познавательная сфера (интеллектуальное осознание). Психотерапевтический процесс в группе должен стимулировать то, чтобы клиент осознал: 1) какие реальные ситуации, происходящие в межличностных отношениях между членами группы, порождают или усиливают у него психологический дискомфорт, тревогу, напряжение, негативную симптоматику; 2) как его воспринимают участники группы, как он выглядит со стороны; 3) каким образом участники группы характеризуют его личностные особенности, какие последствия вызывает поведение, каким образом другие реагируют на его действия и поступки; 4) противоречие между образами самовосприятия и тем, как воспринимают его члены группы; 5) присущие ему специфические механизмы психологической защиты; 6) свои потребности, мотивы, установки, стремления, особенности поведения, отношений, эмоциональных реакций, а также меру их реалистичности и адекватности; 7) внутренние психологические конфликты; 8) взаимосвязь между разными социокультурными и психогенными факторами и возникновением нарушений психологического здоровья личности; 9) степень собственной причастности к

возникновению и усилению проблемных, психотравмирующих и конфликтных ситуаций, а также способов их предупреждения;

2. Эмоциональная сфера. Групповая психотерапия ориентирована на помощь клиенту, способствовать ему: 1) ощутить эмоциональную поддержку со стороны членов группы; 2) почувствовать собственную ценность и нужность для других людей; 3) овладеть искренними чувствами в отношении к самому себе и окружающим людям; 4) научиться непосредственно, спонтанно и более свободно выражать собственные положительные и отрицательные чувства; 5) повысить способность вербализовать свои переживания и психологические состояния; 6) осознать свои проблемы и чувства, которыми они сопровождаются; 7) переживать противоречие, несоответствие своих определенных эмоциональных реакций ситуации; 8) изменить в лучшую сторону эмоциональную составляющую своих межличностных отношений; 9) усовершенствовать способы и приемы своих переживаний, эмоциональные реакции, восприятия своих отношений с другими людьми.

3. Поведенческая сфера. Психотерапевтическая группа должна помочь клиенту: 1) научиться способам более свободного, искреннего и глубокого общения с другими людьми; 2) изменить неконструктивные способы поведения, проявляющиеся в общении с окружающими, как правило, обусловленные стремлением избежать затруднительных для индивида ситуаций; 3) научиться оказывать другим членам группы поддержку, взаимопомощь, сформировать способность к сотрудничеству, взаимопониманию, повысить самостоятельность, ответственностью; 4) отработать и присвоить новые конструктивные способы поведения, приводящие к более легкой и быстрой адаптации в группе и в социуме; 5) сформировать новые адекватные способы поведения в результате позитивных изменений познавательной и эмоциональной сфер.

Основные межличностные механизмы психологической коррекции и психотерапии в групповой динамике представлены двумя категориями, в которые можно обобщить все способы межличностных взаимодействий и

взаимоотношений среди участников группы. Эти категории в наибольшей мере наполнены потенциалом психотерапевтического воздействия: 1) осуществление эмоциональной и психологической поддержки; 2) конфронтация как целенаправленное психологическое воздействие, реализуемое посредством механизма обратной связи. Главные принципы и положения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, ориентированы на решение приоритетной задачи, связанной с модификацией личностью отношения к самому себе и оптимизации самооценки, которая становится одним из важнейших факторов внутриличностного механизма психологической коррекции в ходе группового процесса.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия в наибольшей мере эффективна в работе с клиентами по преодолению нарушений психического и психологического здоровья, хотя, эффективность ее в каждом случае зависит от индивидуальных особенностей клиента, своеобразия его субъективного качества жизни. Помимо указанных выше динамической, гуманистической, поведенческой психотерапии концептуально связанных с ними теорий, при нарушении психического и психологического здоровья личности также можно применять способы когнитивной психокоррекции и традиционно суггестивной психотерапии. Среди важных и эффективных направлений психологического воздействия следует отметить терапию творческим самовыражением, разработанную М.Е. Бурно в рамках гуманистического научного подхода, и семейную психотерапию, методы которой подробно и основательно представлены в первой отечественной монографии по данной проблеме Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого (1999).

Заключение

Теоретический анализ проблемы сохранения и поддержания психологического здоровья личности показал, что здоровье человека характеризуется полнотой проявления жизненных сил, всесторонней и долговременной социальной активностью и гармоничностью развития личности. Эта комплексная категория включает все проявления человека, характеристики его физической и психической активности.

По мнению И.В. Дубровиной и других отечественных исследователей, целью современной психологической работы с детьми и взрослыми выступает психическое здоровье человека, условием, средством достижения которого является психическое и личностное развитие. В современной психологии употребляются два термина: «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». Понятие психическое здоровье охватывает более широкий круг явлений: и отдельные психические процессы и механизмы, и личность в целом. Психологическое здоровье связано с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и пр. Психологический аспект психического здоровья предполагает внимание к внутреннему миру человека, его субъектной активности, отношению к окружающему миру к самому себе.

Психологическое здоровье делает личность самодостаточной. Человек вооружается средствами самопознания, самопринятия и саморазвития в контексте взаимодействия с окружающими людьми. По мнению А. Маслоу, психическое здоровье, это, во-первых, стремление людей развивать свой потенциал через самоактуализацию, условием которой является нахождение человеком верного представления самого себя, а во-вторых, это стремление человека к гуманистическим ценностям, проявляющееся в принятии других, автономии, спонтанности, чувствительности к прекрасному, чувстве юмора,

альтруизме, желании изменить мир, склонности к творчеству. В. Франкл связывает нарушения психического здоровья с утратой человеком смысла жизни, с ощущением внутренней пустоты. Смысл жизни по В. Франклу - это смысл конкретной ситуации. Для любого человека «жизнь держит наготове» какое-нибудь дело, выполняя которое он приобретает ощущение полноты жизни.

Основными критериями здоровья выступают структурная и функциональная сохранность органов и систем организма, высокая приспособляемость в природной среде и социальному окружению, а также сохранность привычного самочувствия. Таким образом, психическое здоровье человека является сложным понятием, представляющим целостную подсистему личности. У разных авторов существуют разные критерии для определения понятия «психическое» и «психологическое» здоровье человека. Однако в большинстве своем они схожи в том, что делается акцент на характеристике личностных аспектов, определяющих, прежде всего, уровень благополучия в отношении к себе, к деятельности и к социальным нормам. Причем в равной мере учитывается как эмоциональный аспект, так и поведенческий, характеризующий уровень активности и саморегуляции человека.

В нашем исследовании в качестве критериев, отражающих основные компоненты психологического здоровья личности, выбраны уровень самооценки, личностной тревожности; уровень невротизации и тенденций к внутренней агрессии, а также уровень психического состояния: самочувствия, активности, настроения.

Теоретический анализ научных подходов к определению понятия «качество жизни» показал, что нет единогласного мнения и у отечественных, и у зарубежных исследователей. В свое определение они включают субъективные переменные, которые характеризуют самочувствие личности, ее уровень удовлетворенности свободой, своими правами и безопасностью жизни, что является комплексной характеристикой качества жизни.

Можно сделать вывод, что под качеством жизни исследователи понимают комплексную структуру социальной, экономической жизни и условия, которые обеспечивают жизнедеятельность человека. По определению ВОЗ качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами.

Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Согласно мнению ООН, социальная категория качества жизни включает двенадцать параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии

В результате экспериментального исследования влияния субъективной оценки качества жизни на психологическое здоровье личности на примере фармацевтов было выявлено, что их характеризует общий средний уровень качества жизни. При этом отмечаются высокие показатели в физической сфере, сфере социальных отношений и в уровне независимости, т.е. большинству сотрудников характерно отсутствие физической боли и дискомфорта, хорошее качество сна и отдыха, средний уровень жизненной активности и энергии. Они испытывают дружелюбие, любовь и моральную поддержку близких, возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей. Им свойственна высокая подвижность и способность выполнять повседневные дела. Психологическая и духовная сфера находится в умеренной степени удовлетворенности. Окружающая среда в целом характеризуется средней

степенью благоприятности. Однако выявлены факторы, оцениваемые на низком уровне, такие как, как финансовые ресурсы, возможности для отдыха и развлечений и их использование, окружающая среда вокруг (загрязненность, шум, климат, привлекательность) и транспорт.

Результаты сопоставления показателей психологического здоровья в группах с высоким и низким уровнем качества жизни показывают, что выявлены существенные различия по всем критериям. Для группы с высокой субъективной оценкой качества жизни характерны следующие показатели психологического здоровья: высокая адекватная самооценка, оптимальный уровень личностной тревожности, низкий уровень невротизации и внутренней агрессивности, оптимальный уровень самочувствия и настроения, средний уровень активности.

В свою очередь для группы с низкой субъективной оценкой качества жизни характерны следующие показатели психологического здоровья: средняя адекватная самооценка, высокий уровень личностной тревожности, высокий уровень невротизации, средний уровень внутренней агрессивности, средний уровень самочувствия и настроения и низкий уровень активности.

Следовательно, экспериментальные данные подтверждают гипотезу исследования: чем выше субъективная оценка качества жизни, тем благополучнее психологическое здоровье человека, а именно, человеку с высоким качеством жизни присущи: адекватная самооценка, средний уровень личностной тревожности, оптимальный уровень самочувствия, активности, настроения, отсутствие невротизации и внутренней агрессивности. Субъекту с низкой субъективной оценкой качества жизни характерны: повышенный уровень невротизации, внутренней агрессивности и личностной тревожности, средний уровень самочувствия и настроения, низкий уровень активности и относительно сниженный уровень самооценки.

Правильно подобранная психологическая коррекция или психотерапия может, к примеру, способствовать усилению контроля над тревожностью, успешному овладению ситуацией.

Список литературы

1. Ананьев, Б.Г. Психология чувственного познания / Б.Г. Ананьев. – М.: Просвещение, 2001. – 277 с.
2. Андреева, Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2003. – 363 с.
3. Андреева, Д.А. Проблемы активности студентов/ Д.А. Андреева. – Ростов н/Д.: Эдема, 2005.– 159 с.
4. Анохин, П.К. Эмоции // Психология эмоций / П.К.Анохин. - М.: Просвещение, 1993. - С. 181-187.
5. Александровский, Ю.А Пограничные психические расстройства// Ю.А Александровский, 2000.
6. Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем/ П.К.Анохин. — М., 1975.
7. Без депрессии, стресса и эмоциональных травм. Депрессия без правил. Здоровая жизнь в болезни и боли. Энергия веры. – М.: ИГ "Весь", 2013. – 800 с.
8. Братусь, Б.С. Аномалии личности./ Б.С Братусь, М., 1988.
9. Вассерман, Л.И. и др. О системном подходе в оценке психологической адаптации./ Л.И. Вассерман и др - Л., 1994.
- 10.Васильев, Ю.С. Проблемы адаптации / Ю.С. Васильев. – СПб.: СПб ГТУ, 1999. – 230 с.
- 11.Виллюнас, В.К. Психология эмоциональных явлений / В.К. Виллюнас.– М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. – 142 с.
- 12.Виллюнас, В.К. Мотивация демонстративного поведения / В.К. Виллюнас, А.С. Кравченко// Современная психология мотивации / под ред. Д. А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002.– С. 122-151.
- 13.Волков, Б.С. Психология юности и молодости. Учебное пособие / Б.С. Волков. –М.: Академический проспект: Трикта, 2006. –256 с.

14. Гальперин, П.Я. Лекции по психологии. Учебное пособие / П.Я. Гальперин. –М.: АСТ: КДУ, 2007. –400 с.
15. Головин, С.Ю. Словарь психолога-практика. 2-е изд., перераб. и доп./ С.Ю. Головин. –Минск: Харвест, 2003. – 548 с.
16. Глоссарий: Основные формы и синдромы для оценки состояния больных неврозами. Составители: Б.Д. Карвасарский, Ю.Я. Тупицин. — М.: Минздрав СССР, 1974. — 42 с.
17. Гримак, Л.П. Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности/ Л.П. Гримак -М., 1989.
18. Гурвич, И.Н. Социальная психология здоровья/ И.Н. Гурвич. — СПб.: Изд-во СПб. университета, 1999. — 1021 с.
19. Додонов, Б.И. Классификация эмоций при исследовании эмоциональной направленности личности / Б.И. Додонов // Вопросы психологии. – 1975. –№ 6. –С. 21-33.
20. Додонов, Б.И. Компонентный анализ эмоционального содержания интересов, мечтаний и воспоминаний человека/ Б.И. Додонов //Вопросы психологии.– 1977.–№ 2.–С. 145-155.
21. Додонов, Б.И. Эмоция как ценность / Б.И. Додонов. –М.: Политиздат, 1977. – 272 с.
22. Жуков, Д.А. Психогенетика стресса/ Д.А. Жуков. — СПб., 1997. — 170 с.
23. Зейгарник, Б.В. Патопсихология/Б.В. Зейгарник. — 2-е изд. — М.: Изд-во МГУ, 1986. — 287 с.
24. Карелин, А. Большая энциклопедия психологических тестов. - М.: Эксмо, 2007. - 416 с. (с. 36-38)
25. Краткий психологический словарь /Под ред. А.В. Петровского. -М.: Знание, 2004. - 338 с.
26. Левин, М.П., Качество жизни и факторы риска. Учебное пособие СПбГАФК им. П. Ф. Лесгафта/ М.П. Левин, Орехова Л.Ю., Степанова В., Таймазов В.- М.: 2001, 356 с.

27. Маслоу, А. Психология бытия/ А. Маслоу -М.; Киев, 1997.
28. Митрофанов, А. Качество жизни населения. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. – 180 с.
29. Носачев, Г.Н. Направления, виды, методы и техники психотерапии. — Самара: Парус, 1998. — 288 с.
30. Организационные и клинические вопросы пограничной психиатрии // Сб. трудов/Под ред. Ю.А. Александровского. — М., 1990.
31. Охрана здоровья населения России. -М., 1995. — Вып. 1.
32. Петраков, Б.Д., Эпидемиология психических расстройств/Б.Д. Петраков, Цыганков Б.Д. — М., 1996. — 135 с.
33. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г С. Никифорова. — СПб.. Питер, 2006. — 607 с.
34. Савченко, Т.Н. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования / Т.Н. Савченко, Г.М. Головина. - Москва : Институт психологии РАН, 2006. - 169 с.
35. Саускан, В. Оценка показателей качества жизни населения Калининградской области. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2013. – 68 с.
36. Соколова, Н. Качество жизни населения города в маркетинге территории. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2013. – 328 с.
37. Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие/ Сост. Е.Е.Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. – 155 с.
38. Старые и новые проблемы пограничной психиатрии // Сб. научных трудов / Под ред. Ю.А. Александровского. — М., 1997. — 228 с.
39. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. // Вопросы психологии. – 1973, – № 6. – С.141-145.
40. Тутушкина, М.К. Современная практическая психология/ М.К. Тутушкина -М.: Издательский центр «Академия», 2005.
41. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства/Г.К. Ушпков. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.

42. Франкл, В. Человек в поисках смысла/ В. Франкл -М.,1993.
43. Федотов,Ю. Оценка качества жизни населения Республики Мордовия/
Ю. Федотов. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. – 76 с.
44. Щекотин, Е. Управление качеством жизни в обществе риска/Е.
Щекотин. – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. – 168 с.

Шкала самооценки личности(Т.В. Дембо, С.Я. Рубинштейн)

Цель: дает представление о самооценке и уровне притязаний личности, их соотношении и адекватности.

Описание задания: каждому испытуемому предлагается бланк методики, содержащий инструкцию и задание. Вертикальная линия условно обозначает развитие определенного качества, стороны человеческой личности от низшего уровня /нижняя точка/ до наивысшего /верхняя точка/. Далее изображено 8 линий с указанием верхней, нижней точек и середины шкалы длина каждой - 100 мм. При этом верхняя и нижняя точки отмечаются заметными черточками, середина – едва заметной точкой.

-	-	-	-	-	-	-	-	-
Здоровье	ум,	Самосто-	успешность в	креативность,	авторитет в	Привле-	Уверен-	
способ	ности	ятель-	профессиональ	творческая	группе,	катель	ность	
-ности		ность	-ной	направлен-	социальны	ность	в себе	
			деятельности	ность	й статус			

/под каждой линией написано, что она обозначает/.

Инструкция: каждый человек оценивает свои способности, возможности, характер и т.п. Уровень развития каждого качества можно условно изобразить вертикальной линией, нижняя точка которой будет символизировать самое низкое развитие, а верхняя - наивысшее. Например, в линии "здоровье" нижняя точка указывает на совершенно больного человека, а верхняя - абсолютно здорового. На листе нарисовано 8 таких линий. Они обозначают: 1 –

здоровье; 2 – ум, способности; 3 – самостоятельность; 4 – успешность в учебно-профессиональной деятельности; 5 – креативность; 6 – авторитет в группе, социальный статус; 7 – привлекательность; 8 – уверенность в себе.

На каждой линии черточкой (—) отметьте то, как вы оцениваете у себя развитие этого качества в настоящий момент.

После этого крестиком (X) отметьте, при каком уровне развития этих качеств, сторон, вы были бы удовлетворены собой или почувствовали гордость за себя.

После того, как Вы справились с заданием отметьте кружком O уровень развития качеств личности, который будет соответствовать Вам через один год.

Итак: (—) - уровень развития у Вас качества, стороны личности в настоящий момент;

(X) - такой уровень развития качества, к которому Вы стремитесь, достигнув которого, Вы будете удовлетворены собой;

(O) - уровень развития качеств личности, который будет соответствовать Вам через один год.

Обработка результатов. Обработке подлежат ответы на 7-ми линиях /шкалах/. Шкала "здоровье" рассматривается как тренировочная и не учитывается, или в случае необходимости анализируется отдельно. Как уже отмечалось, размеры каждой шкалы равны 100 мм: в соответствии с этим ответы испытуемых получают количественную характеристику, для удобства выражаемую в баллах /например, 54мм.= 54 балла/

Обработка включает в себя следующие этапы:

1. По каждой из 7-ти шкал определяются:
 - а) уровень притязания /УП/ в отношении данного качества, по расстоянию – в мм. от нижней точки шкалы /"0"/ до знака "X".
 - б/ высота самооценки /СО/ - от "0" до знака "—"
 - в/ величина расхождения между уровнем притязания и самооценкой - разность между величинами характеризующими уровень притязаний и самооценку, или расстояние от знака "X" до знака "—", в тех случаях, когда УП ниже СО, результат выражается отрицательным числом.Записывается значение каждого из 3-х показателей (УП, СО, величина расхождения между ними) в баллах по каждой шкале.
2. Определяется средняя мера каждого из показателей у субъекта. Ее характеризует медиана каждого из показателей по всем шкалам
3. Определяется степень дифференцированности УП и СО:
их получают, соединяя на бланке испытуемого все значки "—" (для определения дифференцированности СО) и все значки "X" (для определения дифференцированности УП). Получаемые профили /см. рис.1/ наглядно демонстрируют различия в оценке субъектом сторон своей личности.

Следует отметить, что чем выше дифференцированность показателя, тем более условной оказывается средняя мера и соответственно тем меньшее значение она имеет. При очень сильной дифференцированности, когда некоторые стороны своей личности субъект оценивает очень высоко, а другие - очень низко, анализ средней меры по существу теряет смысл и может быть использован лишь для ориентировки.

4. Особое внимание обращается на такие случаи, когда притязания оказываются ниже СО, некоторые шкалы пропускаются или заполняются не полностью /указывается только СО или только УП/, ответы выходят за пределы шкалы /знак становится выше верхней

точки и немного ниже нижней/, используются знаки, не предусмотренные инструкцией, ответы комментируются и т.п.

ОЦЕНКА И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ /ПАРАМЕТРОВ/

Для оценки данные испытуемого /его результаты по каждой шкале/ сравниваются, со стандартными значениями, приведенными далее. Отметим, что различий между юношами и девушками не обнаружено.

1. УРОВЕНЬ ПРИТЯЗАНИЯ: Норму, реалистический УП характеризует результат — от 60 до 89 баллов = "средние" и "высокие" притязания. При этом наиболее оптимальным является сравнительно высокий уровень — от 75 до 89 баллов, свидетельствующий об оптимистическом представлении о своих возможностях, что является важным фактором личностного развития. Результат - от 90 до 100 баллов = очень высокий УП — обычно свидетельствует о нереалистическом, некритическом отношении субъекта к собственным возможностям. Особого внимания в этом плане заслуживают такие случаи, когда УП отмечается выше максимально возможного значения, крайней верхней точки шкалы /100б/. Нереалистический уровень УП часто свидетельствует о том, что субъект не умеет правильно ставить перед собой цели. Для студенческого возраста это неблагоприятный показатель. Наличие нереалистического УП может свидетельствовать о личностной незрелости.

Результат - менее 60 баллов = "низкие", притязания - свидетельствует о заниженном УП. Если такой результат характеризует средний показатель УП испытуемого, то он является индикатором неблагоприятного развития личности. Естественно, что чем ниже УП, тем более данный показатель свидетельствует о неблагополучии.

Если очень высокий или очень низкий УП отмечен по какой-либо одной шкале, то это может характеризовать повышенную значимость /или декларируемое пренебрежение/ того или иного качества для субъекта. Следует отметить, что по количеству баллов оцениваются только те случаи, когда УП оказывается выше уровня СО. О других вариантах говорится далее.

2. ВЫСОТА САМООЦЕНКИ: Количество баллов от 45 до 74 = "средний" и "высокий". СО — свидетельствует о реалистичной /адекватной/ СО. При этом также как и при оценке УП оптимальным для личностного развития следует признать результат, находящийся в верхней части этого интервала от 60 до 74 б./высокая СО/. Количество баллов от 75 до 100 /и выше предлагаемого максимума /свидетельствует о завышенной СО /переоценке себя/ и указывает на определенные отклонения в формировании личности. Такая завышенная СО может свидетельствовать о личностной незрелости, неумении правильно оценить результаты своей деятельности, сравнивать себя с другими. Кроме того, завышенная СО может указывать на существенные искажения в формировании личности - "закрытость для опыта", нечувствительность к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих.

Количество баллов ниже 45 указывает на заниженную СО /недооценивание себя/ и свидетельствует о крайнем неблагополучии в развитии личности. Субъекты с такой СО составляют с точки зрения личностного развития "группу риска", заслуживают пристального внимания со стороны психолога.

За низкой СО могут скрываться 2 совершенно разных психологических явления:

- подлинная неуверенность в себе, т.е. отношение к себе как, ни к чему не способному, неумелому, никому ненужному, и
-"защитная", когда декларирование /в том числе и самому себе/ собственного неумения, отсутствия способностей, того, что "все равно ничего не выйдет", позволяет не прилагать никаких усилий.

3. РАСХОЖДЕНИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ ПРИТЯЗАНИЙ И УРОВНЕМ САМООЦЕНКИ.

За норму здесь принимается расхождение от 8 до 22 баллов, свидетельствующее, что субъект ставит перед собой такие цели, которые он действительно стремится достичь. Притязания в значительной части основываются на оценке им своих возможностей и служат стимулом личностного развития.

Расхождение от 1 до 7б. и особенно случаи полного совпадения УП и уровня СО указывают на то, что притязания не служат стимулом, личностного развития, становления той или иной стороны личности. Контрольная оценка этого расхождения различия в зависимости от того, в какой части шкалы находятся эти показатели. Так, в верхней части шкалы /76-100б./ они свидетельствуют о завышенной СО. В средней /46-75б./ - указывают на то, что отношение субъекта к себе не носит конструктивного характера. И, наконец, в нижней части /0-45б/ могут являться показателем предельно заниженного представления о себе. В том случае, если субъект заполняет таким образом все или большинство шкал, можно говорить о том, что он как бы "смирится" со своей "никчемностью", даже не надеясь исправить положение. Если таким образом заполняется одна или, две шкалы, это указывает на незначимость для субъекта той или иной стороны личности

Расхождение в 23 балла и более характеризует резкий разрыв между СО и притязаниями. Такое отношение указывает на конфликт между тем, к чему субъект стремится, и тем, что он считает для себя возможным.

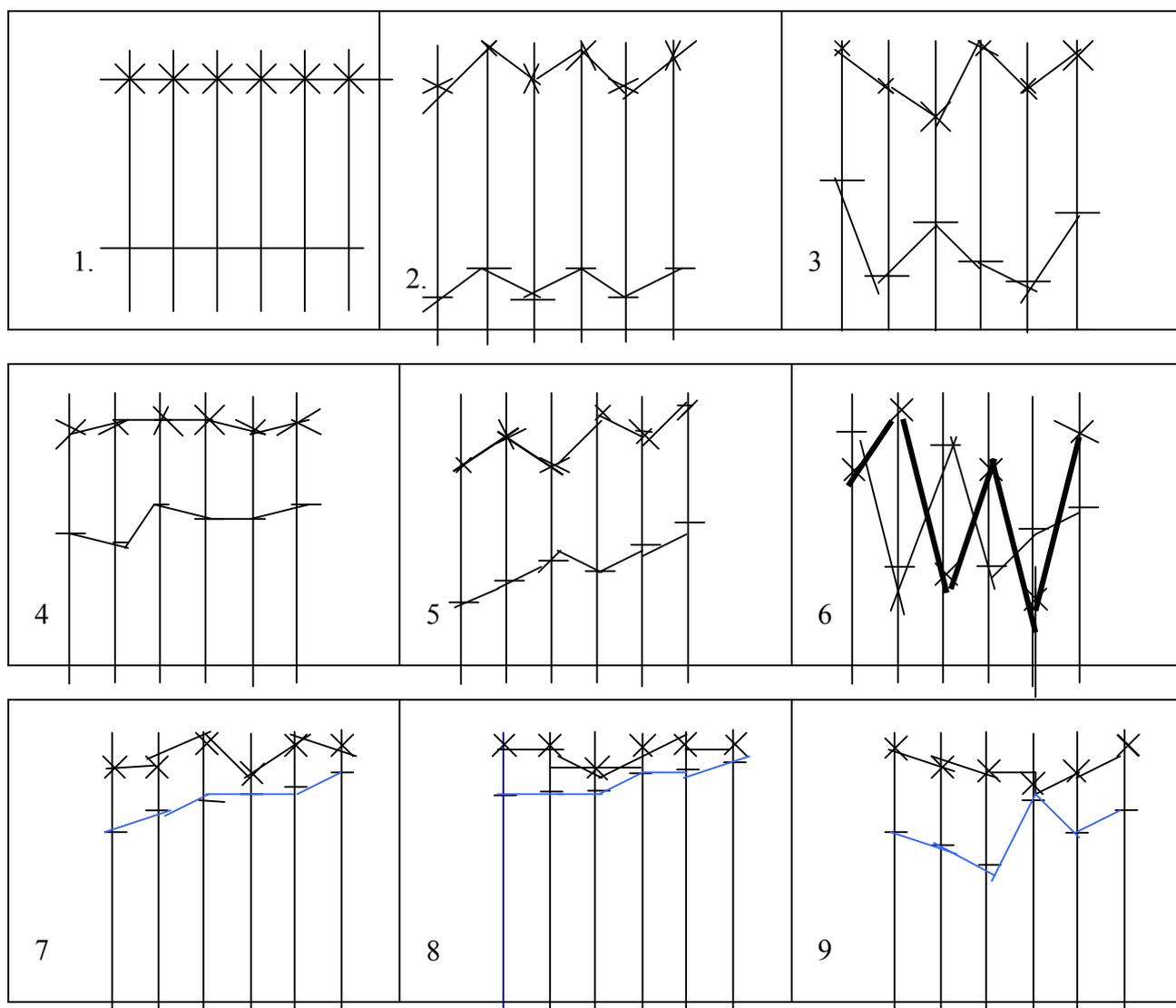
Особенно неблагоприятные случаи - когда СО находится в нижней части шкалы, а притязания - в средней или высокой. При таком сильном расхождении УП не только не стимулирует, но, напротив, тормозит личностное развитие. Как уже отмечалось, характеристика описанных выше параметров может быть применена как при анализе результатов по отдельным шкалам, так и средних данных по методике в целом.

4. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ УП и СО: Оценка дифференцированности, т.е. расхождения в высоте УП и СО по разным шкалам у одного испытуемого, зависит от того, при какой средней высоте СО наблюдается та или иная степень дифференцированности. Дифференцированность определяется как графически /см. рис.1/, так и количественно /см. табл.2/. Сильная степень дифференцированности указывает на несбалансированное отношение к себе, недостаточность обобщенного восприятия своей личности, при котором одни стороны переоцениваются, а другие – недооцениваются. Умеренная степень дифференцированности указывает на сбалансированное отношение к себе, достаточную обобщенность в оценке своей личности, что придает ей устойчивость. Слабая степень дифференцированности указывает на недостаточно развитое представление о своей личности, на слишком эмоциональное самовосприятие при оценке себя и свидетельствует о личностной незрелости.

5. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАРАМЕТРОВ.

Для удобства в таблицах № 1 И № 2 приведены количественные характеристики всех параметров.

ВАРИАНТЫ САМООЦЕНКИ:



УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ: "X" – притязания, "—" - самооценка.

ЗНАЧЕНИЯ ЦИФР: 1.- низкая, слабо дифференцированная СО

2. -низкая, умеренно дифференцированная СО

3. - низкая, сильно дифференцированная СО

4. - средняя, слабо дифференцированная СО

5. - средняя, уверенно дифференцированная СО

6. - средняя, сильно дифференцированная СО

7. - высокая, слабо дифференцированная СО

8. – очень, высокая, слабо дифференцированная СО

9. - высокая, умеренно дифференцированная СО.

Таблица № 1.

ПАРАМЕТР	Количественная характеристика, балл			
	низкий	средний	высокий	очень высокий
		норма		
Уровень притязаний	Менее 60	60-74	75-89	90-100
Уровень самооценки	Менее 45	45-59	60-74	75-100

Таблица № 2

ПАРАМЕТР	Количественная характеристика, балл		
	слабая	умеренная	сильная
Степень расхождения между УП и уровнем СО	0-7	8-22	более 22
Степень дифференцированности притязаний	0-8	9-21	более 21
Степень дифференцированности самооценки	0-14	15-29	более 29

Приложение Б

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ Л.И.ВАССЕРМАНА.

Инструкция: ознакомьтесь с приведенными ниже суждениями и ситуациями, выбирая ответ «да» или «нет». Приводимые ниже вопросы для определения уровня невротизации имеют ориентировочный характер.

1. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, ощущение мурашек, онемение.
2. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
3. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбуждена или взволнованна.
4. Голова у меня болит часто.
5. Два-три раза в неделю по ночам меня мучают кошмары.
6. В последнее время я себя чувствую хуже, чем когда-либо.
7. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
8. У меня бывали периоды, когда из-за волнения теряла сон.
9. Обычно работа стоит мне большого напряжения.
10. Иногда я бываю так возбуждена, что это мешает мне заснуть.
11. Большую часть времени я испытываю неудовлетворенность жизнью.
12. Меня постоянно что-нибудь тревожит.
13. Я стараюсь реже встречаться со своими знакомыми и друзьями.
14. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
15. Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.
16. Я очень устаю за день.
17. Я верю в будущее.
18. Я часто предаюсь грустным размышлениям.
19. Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.
20. Самая трудная борьба для меня – это борьба с самой собой.
21. Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.
22. У меня мало уверенности в себе.
23. Я часто чувствую неуверенность в себе.
24. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).
25. Иногда у меня бывает такое чувство, что передо мной выросло столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.
26. Раз в неделю или чаще я без видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
27. Временами я изматываю себя тем, что слишком много на себя беру.
28. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
29. Мое зрение ухудшилось в последнее время.
30. В отношениях между людьми чаще всего торжествует несправедливость.
31. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.
32. Я с удовольствием танцую, когда есть возможность.
33. По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.
34. Мой желудок сильно беспокоит меня.
35. Должна признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.
36. Часто сама огорчаюсь, что я такая раздражительная и ворчливая.
37. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.
38. Мне кажется, что близкие меня плохо понимают.
39. У меня часто бывают боли в сердце или груди.

40. В гостях я обычно сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним.

ОБРАБОТКА ДАННЫХ:

Надо подсчитать число положительных ответов. Чем больше полученный результат, тем выше уровень невротизации.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ УРОВНЕЙ:

Высокий уровень невротизации свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность); о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний; об эгоцентрической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках; о трудностях в общении; о социальной робости и зависимости.

Низкий уровень невротизации свидетельствует: об эмоциональной устойчивости; о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм); об инициативности; о чувстве собственного достоинства; независимости, социальной смелости; о легкости в общении.

Мы будем считать, что высокий уровень невротизации от 20 и выше,

Средний уровень- от 10 до 19

Низкий уровень – от 1 до 9.

Тест на определение внутренней агрессивности (С. Дайхоффа)

Инструкция. Если Вы согласны с утверждением, выделите "Да", если не согласны - "Нет".

1. Мои отношения с окружающими иногда бывают непредсказуемыми, нестабильными.
2. Мне кажется, что у меня огромное чувство вины, для которого нет оснований.
3. Я не люблю осознавать и принимать тот факт, что я сержусь.
4. Иногда я использую юмор, для того, чтобы не сталкиваться лицом к лицу со своими настоящими чувствами.
5. Я часто чрезмерно критикую себя и окружающих.
6. Иногда я использую сарказм, как форму юмора.
7. Иногда я чувствую, что мне хочется вернуться и отомстить моим обидчикам.
8. Когда я сержусь, я обнаруживаю, что делаю то, о чем впоследствии сильно сожалею.
9. Обычно я не говорю окружающим о своей обиде или душевной боли.
10. У меня есть боли на телесном уровне, такие как: головная боль, зажатые мышцы шеи, проблемы с желудком.
11. Меня очень беспокоит критика в мой адрес.
12. Я иногда поступаю или общаюсь таким образом, чтобы казаться лучше, выше другого человека, в чем-то его превосходить.
13. Я часто чувствую себя хуже по сравнению с другими людьми.
14. Я бы хотел прямо сказать людям то, что я о них думаю.
15. Я чувствую, что меня не любят и не ценят.
16. Я разочаровался в любви и больше в нее не верю.

17. Иногда я испытываю трудности в том, чтобы контролировать свой вес (как набор веса, так и его потерю).
18. Временами я чувствую, что жизнь дала мне намного меньше, чем должна была бы.
19. Я считаю, что во многих моих проблемах виноваты другие.
20. Много из того хорошего, что я делаю, я совершаю из чувства долга.
21. Просыпаясь по утрам, я давно не испытываю чувства бодрости.
22. Когда что-то меня раздражает, мне трудно успокоиться.
23. Меня безумно раздражают люди, которые поступают по-своему и не подчиняются мне.
24. Я переживал эпизод преступного посягательства на мою жизнь или насилие (физическое или сексуальное) в партнерских отношениях либо в детстве.
25. Я переживаю, если все происходит не так, как я задумал.
26. Я считаю себя зависимым в партнерских взаимоотношениях.
27. Люди, которые меня хорошо знают, говорят, что я упрямый.
28. Иногда обо мне говорят, что я подвержен частым сменам настроения.
29. Я часто спорю и не соглашаюсь, в основном, с членами моей семьи.
30. У меня не складываются отношения с людьми.
31. Я не могу забыть свое прошлое.
32. Я постоянно чувствую себя несчастным.
33. Я часто ругаю себя.
34. Я испытываю трудности в успешном разрешении конфликтов.
35. Мне трудно избегать ссор и драк.
36. Я часто злюсь на себя.
37. Я постоянно испытываю разочарование.
38. Я чувствую подавленность, беспомощность, раздраженность.
39. Я отвергаю некоторых людей за то, кто они, кем они являются, чем занимаются.
40. Мне кажется, я не смогу самостоятельно справиться со своими проблемами.

Результат теста внутренней агрессивности: Если Ваш показатель не больше **10**, Вы либо очень хорошо контролируете свое чувство гнева, либо не можете его осознать и принять. Если показатель **от 11 до 20** баллов, Ваша агрессивность в пределах нормы, но Вам желательно осознавать свой гнев и научиться обращаться с ним. Если Вы набрали **от 21 до 30 баллов** – вполне вероятно, что у Вас очень много проблем, над которыми стоит поработать. Возможно, Ваша жизнь не является настолько удовлетворительной, насколько Вам бы хотелось. В Вашей жизни многое изменится к лучшему, если Вы научитесь обращаться со своим гневом. Так как при гневном напряжении напрягаются мышцы шеи, спины, живота и рук, оптимальным вариантом являются ежедневные упражнения по расслаблению мышц. Если уровень внутренней агрессивности **от 31 - до 40 баллов** - Ваш гнев контролирует Вашу жизнь, мешая Вам жить полноценной и активной жизнью. Ваше преодоление **социальной тревоги** или других трудностей в общении будет зависеть от того, насколько хорошо Вы научитесь техникам, помогающим осознавать свое чувство гнева.

Рекомендуется проработать негативные модели Вашего мышления с помощью специалистов-психологов.

Приложение В

Методика оперативной оценки самочувствия, активности настроения (САН), разработанная Доскиным В.А., Лаврентьевой Н.А., Мирошниковым М.П., Шарай В.Б.

Методика САН предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности настроения. Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемого просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень актуализации той или иной характеристики своего состояния.

Инструкция. Вам предлагается описать свое состояние, которое Вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает ваше состояние, и отметить цифру которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики

Фамилия, инициалы: _____

Пол _____ Возраст _____ Дата _____ Время _____

		3	2	1	0	1	2	3		
1	Самочувствие хорошее									Самочувствие плохое
2	Чувствую себя сильным									Чувствую себя слабым
3	Пассивный									Активный
4	Малоподвижный									Подвижный
5	Веселый									Грустный
6	Хорошее настроение									Плохое настроение
7	Работоспособный									Разбитый
8	Полный сил									Обессиленный
9	Медлительный									Быстрый
10	Бездеятельный									Деятельный
11	Счастливый									Несчастный
12	Жизнерадостный									Мрачный
13	Напряженный									Расслабленный
14	Здоровый									Больной
15	Безучастный									Увлеченный
16	Равнодушный									Взволнованный
17	Восторженный									Унылый
18	Радостный									Печальный
19	Отдохнувший									Усталый
20	Свежий									Изнуренный

21	Сонливый									Возбужденный
22	Желание отдохнуть									Желание работать
23	Спокойный									Озабоченный
24	Оптимистичный									Пессимистичный
25	Выносливый									Утомляемый
26	Бодрый									Вялый
27	Соображать трудно									Соображать легко
28	Рассеянный									Внимательный
29	Полный надежд									Разочарованный
30	Довольный									Недовольный

Обработка результатов и интерпретация

При обработке оценки респондентов перекодируются следующим образом: индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 – за 2; индекс 1 – за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов (внимание: полюса шкалы постоянно меняются).

Самочувствие (сумма баллов по шкалам): 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность (сумма баллов по шкалам): 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение (сумма баллов по шкалам): 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже четырех свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0—5,5 балла. Следует учесть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. Дело в том, что у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны, а по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

1. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. // Вопросы психологии. – 1973, – № 6. – С.141-145.
2. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. - М.: Эксмо, 2007. - 416 с. (с. 36-38)
3. Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие / Сост. Е.Е.Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. – 155 с. (с. 19-20)

Приложение Г

Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения - ВОЗКЖ-100

Описание методики

Опросник качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-100) был разработан Всемирной организацией здравоохранения с целью получения качественного и независимого инструмента оценки качества жизни людей вне зависимости от социального, культурного, демографического и политического контекста. Каждая языковая версия опросника была тщательно разработана и апробирована на предмет валидности и соответствия, пользоваться переводом с другого языка недопустимо, для получения версии на другом языке необходимо обратиться в соответствующий региональный центр ВОЗ. В России таким центром является НИИ им. Бехтерева.

История создания

В течение 5 лет опросник создавался одновременно на основных мировых языках в 15 центрах ВОЗ во всех частях света, в странах с различным экономическим уровнем и культурными традициями (WHOQOL - World Health Organization's Quality of Life) по единой методологии. Из более чем 1500 вопросов, предложенных в начале работы над опросником, было выбрано 100 лучших, в первую очередь на основе отчетов самих пациентов. Выборка составляла порядка 4500 человек. Опубликованная на сегодняшний день версия датируется 2003 годом.

Также одновременно была создана сокращённая версия, состоящая всего из 26 пунктов и 24 шкал.

Теоретические основы

По определению ВОЗ качество жизни — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Согласно мнению ООН, социальная категория качества жизни включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии

Внутренняя структура

Опросник имеет абсолютно прозрачную структуру и состоит из прямых вопросов. Ценность опросника - в получении информации по субъективному ощущению индивидом качества своей жизни. Это понятие определяется ВОЗ как «восприятие индивидами их жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

Приведённая в данной статье информация касается самой основной версии, известной под названием ВОЗКЖ-100, которая охватывает все основные сферы, влияющие на качество жизни, и общие для большинства людей на планете. Эта версия включает 100 вопросов.

Одновременно с этим было разработано несколько специфических модулей, которые измеряют качество жизни в связи со специфическими вопросами (например, психическими заболеваниями).

100 вопросов позволяют оценить качество жизни в 6 сферах жизни человека: Физическая сфера, Психологическая сфера, Независимость, Социальная активность, Окружающая среда и Духовность. Кроме того, 4 вопроса оценивают качество жизни в целом. Каждая из сфер состоит из различного количества субсфер: например, Физическая сфера включает в себя субсферы Физическая боль и дискомфорт; Жизненная активность, Энергия и усталость и Сон и отдых. Каждая из субсфер включает в себя 4 вопроса. Для облегчения обработки результатов сферы пронумерованы римскими цифрами, субсферы - арабскими, а вопросы - второй арабской цифрой после точки. Например, сфера **IV Социальная активность**, субсфера **F13** (нумерация общая) **Личные отношения**, третий вопрос этой субсферы **F13.3**.

Практическая значимость

ВОЗКЖ-100 является многомерным инструментом, позволяющим получить как оценку качества жизни респондента в целом, так и частные оценки по отдельным сферам и субсферам жизни. При этом он даёт не только общую меру, но и целый профиль качества жизни, позволяя проводить многомерный анализ.

Опросник рекомендован для использования в широком кругу задач, в которые может входить необходимость исследования качества жизни: в клинических, психологических, социальных, социологических и т.д. исследованиях.

Бланк

Дата обследования:

ФИО респондента:

Пол: Мужской – (1); женский – (2)

Возраст: Когда вы родились? (Число-месяц-год)

Вам на сегодня _____ полных лет

Ваше образование: неоконченное среднее – (1); полное среднее – (2); среднее специальное – (3); незаконченное высшее – (4); полное высшее – (5)

Ваше семейное положение: холост – (1); официально женат/замужем – (2); незарегистрированный брак – (3); разведён – (4)

Ваша профессия (основной род занятий в настоящее время):

Ваш средний ежемесячный доход из всех источников? _____

Есть ли у вас дети: нет - (1); один – (2); двое – (3); трое и более – (4)

Больны ли вы в настоящий момент? Нет – (1); да – (2)

Если да, то чем именно:

Есть ли у вас инвалидность: нет – (1); да – (2)

Если да, то какой группы: _____

Укажите, какое лечение вы получали в последние две недели: стационарное – (1); дневное стационарное – (2); стационарное менее 3-х дней – (3); стационарное по вечерам – (4); амбулаторное (включая телефонную консультацию с врачом, приём выписанных лекарств и выполнение рекомендованных процедур) – (5); чувствовал себя больным, но не получал никакого лечения – (6); был здоров, но не получал никакого лечения – (7); получал лечение у лиц без медицинского образования – (8)

Дальнейшие вопросы касаются того, что вы чувствуете относительно качества жизни, здоровья и других сфер вашей жизни. Если вы не уверены в том, какой ответ Вам выбрать, выберите тот, который кажется Вам наиболее подходящим. Часто это может быть Ваша первая реакция на вопрос. Пожалуйста, имейте в виду Ваши основные нормы, надежды, удовольствия и заботы. В данном разделе мы просим Вас оценивать Вашу жизнь за ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ.

Код вопроса	Текст вопроса	Совсем нет	Относительно слабо	Средне	Относительно сильно	Предельно сильно
F1.1	Как часто вы испытываете боль?					
F1.2	Беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта?					
F1.3	Насколько трудно вам справляться с физической болью или дискомфортом?					
F1.4	В какой степени вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что вам нужно делать?					
F2.1	Достаточно ли у вас энергии для повседневной жизни?					
F2.2	Насколько легко вы утомляемы?					
F2.3	Насколько вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?					
F2.4	Насколько сильно вас беспокоит усталость?					
F3.1	Как хорошо вы спите?					
F3.2	Имеются ли у вас какие-либо трудности со сном?					
F3.3	Насколько вы удовлетворены своим сном?					
F3.4	Как сильно вас беспокоят проблемы сна?					
F4.1	Насколько сильно вы наслаждаетесь жизнью?					
F4.2	Чувствуете ли вы себя в целом довольным жизнью?					

- F4.3 Насколько оптимистично вы ощущаете своё будущее?
- F4.4 Как много положительных чувств вы испытываете в жизни?
- F5.1 Как вы оцениваете свою память?
- F5.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью усваивать новое?
- F5.3 Насколько хорошо вы можете концентрировать своё внимание?
- F5.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать решения?
- F6.1 Насколько высоко вы цените себя?
- F6.2 Насколько вы уверены в себе?
- F6.3 Насколько вы удовлетворены собой?
- F6.4 Насколько вы удовлетворены своими способностями?
- F7.1 Способны ли вы принимать то, как вы выглядите?
- F7.2 Чувствуете ли вы себя подавленными из-за того, как вы выглядите?
- F7.3 Есть ли что-либо в вашей внешности, что вызывало бы в вас чувство дискомфорта?
- F7.4 Насколько вы удовлетворены тем, как выглядит ваше тело?
- F8.1 Как часто вы испытываете негативные чувства, такие как плохое настроение, отчаяние,

	тревога и депрессия?
F8.2	Насколько обеспокоенными вы себя чувствуете?
F8.3	Насколько сильно чувства печали и депрессии влияют на вашу повседневную деятельность?
F8.4	Как сильно вас беспокоят депрессивные чувства?
F9.1	Как хорошо вы способны передвигаться?
F9.2	Насколько вы удовлетворены своей способностью передвигаться?
F9.3	Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?
F9.4	Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?
F10.1	В какой степени вы способны справляться с повседневными делами?
F10.2	Насколько вам трудно выполнять повседневные дела?
F10.3	Насколько вы удовлетворены своей способностью выполнять повседневные дела?
F10.4	Насколько сильно вы обеспокоены какими- либо ограничениями в выполнении повседневных дел?
F11.1	Насколько вы зависите от лекарств?
F11.2	Насколько сильно вы нуждаетесь в использовании каких- либо лекарств для

- нормального функционирования в вашей повседневной жизни?
Насколько сильно вы нуждаетесь в каком-либо медицинском лечении для нормального функционирования в повседневной жизни?
Насколько сильно качество вашей жизни зависит от использования лекарственных веществ и медицинской помощи?
- F11.3
- F11.4
- F12.1 Можете ли вы работать?
Чувствуете ли вы себя способным выполнять свои обязанности?
- F12.2
- F12.3 Как вы оцениваете свою способность работать?
Насколько вы удовлетворены своей способностью работать?
- F12.4
- F13.1 Насколько сильно вы чувствуете себя одиноким в жизни?
Чувствуете ли вы себя счастливым в общении с членами своей семьи?
- F13.2
- F13.3 Насколько вы удовлетворены своими личными взаимоотношениями?
Насколько вы удовлетворены своей способностью обеспечивать или поддерживать других людей?
- F13.4
- F14.1 Получаете ли вы какую-либо поддержку от других, когда вам это нужно?

- F14.2 В какой мере вы можете рассчитывать на своих друзей в случае нужды в них?
- F14.3 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую вы получаете от членов семьи?
- F14.4 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую вы получаете от друзей?
- F15.1 Как вы оцениваете свою сексуальную жизнь?
- F15.2 В какой степени удовлетворяются ваши сексуальные потребности?
- F15.3 Насколько вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?
- F15.4 Беспокоят ли вас какие-либо трудности в сексуальной жизни?
- F16.1 Насколько безопасно вы чувствуете себя в повседневной жизни?
- F16.2 Чувствуете ли вы, что живёте в безопасном и защищённом окружении?
- F16.3 Насколько сильно вы беспокоитесь о своей безопасности и защищённости?
- F16.4 Насколько вы удовлетворены уровнем своей физической безопасности и защищённости?
- F17.1 Насколько комфортно ваше жильё (место проживания)?
- F17.2 Насколько качество вашего жилья соответствует вашим потребностям?

- F17.3 Насколько вы удовлетворены условиями в своём доме (месте, где вы постоянно живёте)?
- F17.4 Насколько вам нравится жить там, где вы живёте?
- F18.1 Достаточно ли у вас денег для удовлетворения своих потребностей?
- F18.2 Есть ли у вас финансовые трудности?
- F18.3 Насколько вы удовлетворены своим финансовым положением?
- F18.4 В какой степени вы беспокоитесь о деньгах?
- F19.1 Насколько легко вы можете получить качественную медицинскую помощь?
- F19.2 Как вы оцениваете качество доступной вам социальной помощи?
- F19.3 Насколько вы удовлетворены доступностью для вас медицинского обслуживания?
- F19.4 Насколько вы удовлетворены службой социального обеспечения?
- F20.1 Насколько доступна для вас необходимая вам в вашей повседневной жизни информация?
- F20.2 В какой мере вы обладаете возможностями получать информация, в которой чувствуете необходимость?

- F20.3 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями для приобретения новых умений и навыков?
- F20.4 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями узнавать новую информацию?
- F21.1 Обладаете ли вы возможностями для отдыха и развлечений?
- F21.2 Способны ли вы расслабиться и получить удовольствие?
- F21.3 В какой мере вы получаете наслаждение от проведения свободного времени?
- F21.4 Насколько вас удовлетворяет ваша деятельность в свободное время?
- F22.1 Насколько здоровым является ваше физическое окружение (среда)?
- F22.2 В какой степени вас беспокоит шум в районе вашего проживания?
- F22.3 Насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими, как загрязнённость, зашумлённость, красота или привлекательность)?
- F22.4 Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания?
- F23.1 Обеспечены ли вы

	необходимыми транспортными средствами?
F23.2	Много ли у вас проблем с транспортом?
F23.3	Насколько вы удовлетворены имеющимся в вашем распоряжении транспортом?
F23.4	Как сильно затруднения с транспортом ограничивают вашу жизнь?
F24.1	Вносят ли ваши личные убеждения (мировоззрение) смысл в вашу жизнь?
F24.2	В какой мере вы чувствуете, что ваша жизнь имеет смысл?
F24.3	Придают ли вам ваши личные убеждения (мировоззрение) силы противостоять трудностям?
F24.4	Помогают ли вам ваши личные убеждения понимать жизненные трудности?
G1	Как вы оцениваете своё качество жизни?
G2	Насколько вы удовлетворены качеством своей жизни?
G3	В целом насколько вы удовлетворены своей жизнью?
G4	Насколько вы удовлетворены своим здоровьем?
Imp1	Насколько важно для вас быть свободным от любой боли?
Imp2	Насколько важно для вас иметь жизненную энергию?
Imp3	Насколько важно для

	<p>вас сон, приносящий отдых?</p> <p>Насколько важно для вас ощущать счастье и наслаждение от жизни?</p>
Imp4.1	
	<p>Насколько важно для вас ощущать удовольствие?</p>
Imp4.2	
	<p>Насколько важно для вас ощущать надежду?</p>
Imp4.3	
	<p>Насколько важно для вас способность усваивать и помнить важную информацию?</p>
Imp5.1	
	<p>Насколько важно для вас способность разбираться с ежедневными делами и принимать решения?</p>
Imp5.2	
	<p>Насколько важно для вас насколько важна для вас способность концентрации внимания?</p>
Imp5.3	
	<p>Насколько важно для вас иметь положительную оценку себя?</p>
Imp6	
	<p>Насколько важно для вас представление о своём теле и внешности?</p>
Imp7	
	<p>Насколько важно для вас быть свободным от негативных чувств (печаль, депрессия, тревога, беспокойство)?</p>
Imp8	
	<p>Насколько важно для вас иметь способность передвигаться?</p>
Imp9	
	<p>Насколько важно для вас быть способным выполнять повседневную деятельность (умывание, одевание, приготовление пищи)?</p>
Imp10	
	<p>Насколько важно для вас быть свободным</p>
Imp11	

- от зависимости от
лекарств и лечения?
- Imp12 Насколько важно для
вас ваша способность
работать?
- Imp13 Насколько для вас
важны
взаимоотношения с
другими людьми?
- Imp14 Насколько важно для
вас поддержка
окружающих?
- Imp15 Насколько важно для
вас ваша сексуальная
жизнь?
- Imp16 Насколько важно для
вас чувство
физической
безопасности и
защищённости?
- Imp17 Насколько важны для
вас домашние
условия?
- Imp18 Насколько важны для
вас ваши финансовые
условия?
- Imp19.1 Насколько важно для
вас иметь
возможность получить
необходимую вам
медицинскую
помощь?
- Imp19.2 Насколько важно для
вас иметь
возможность получить
необходимую вам
социальную помощь?
- Imp20.1 Насколько важна для
вас возможность
получать новую
информацию и
знания?
- Imp20.2 Насколько важна для
вас возможность
получать новые
навыки?
- Imp21 Насколько важен для
вас отдых или досуг?
- Imp22 Насколько важны для
вас окружающая вас
среда (загрязнение,

	шум, климат, привлекательность)?
Imp23	Насколько важна для вас адекватная работа транспорта в повседневной жизни?
Imp24	Насколько важны для вас ваши личные убеждения?
ImpG.1	Насколько важно для вас ваше общее качество жизни?
ImpG.2	Насколько важно для вас ваше здоровье?

Обработка результатов

После основного текста опросника, насколько это возможно, необходимо задавать вопросы о важности для индивида каждой из субсфер или даже отдельных компонентов субсфер. Часто эти вопросы включаются в общий текст в конце опросника, в таком случае их шифруют как IMP«номер субсферы или вопроса». Например, ImpG.2.

Краткая версия опросника (англ. WHOQOL-BREF) состоит из 26 вопросов. 24 из них группируются в 4 шкалы, 2 вопроса (первый и второй) учитываются изолированно.

При этом первый вопрос субсферы является, по сути, шкалой интенсивности, второй - шкалой способности, третий - шкалой частоты, четвёртый - шкалой оценки. Для ответа на вопрос предусмотрено 5 вариантов ответа от «Совсем нет/никак/никогда/нисколько» до «Предельно много/сильно/всегда/постоянно». Первый вариант оценивает в 1 балл, последний - в 5, но некоторые вопросы необходимо подсчитывать в противоположных значениях.

Опросник качества жизни ВОЗ при полном заполнении рассчитан на получение шести значений сфер, двадцати четырёх значений субсфер, оценки общего восприятия качества жизни и здоровья и итогового значения опросника (всего 32 значения). Отдельное значение имеют ответы на вопросы, связанные с важностью - их значения не подсчитываются, но могут быть проанализированы в динамике - ожидается, что, например, на фоне лечения, важность тех или иных сфер изменится вместе с изменением уровня качества жизни по ним. Каждая из субсфер, даже если её название звучит негативно (например, **Физическая боль**), даёт значение качества жизни, а значит, чем выше значение по любой из субсфер, тем выше качество жизни по ней. **Для негативно названных шкал это означает низкую выраженность проблемы.**

Все вопросы имеют одинаковый вес, и каждый относится только к своей субсфере, поэтому результат достигается простым суммированием (или вычитанием) полученных баллов.

Расчёт значений субсфер:

- Физическая боль и дискомфорт: $F1=24-(F1.1+F1.2+F1.3+F1.4)$
- Жизненная активность, энергия и усталость: $F2=12+F2.1-F2.2+F2.3-F2.4$
- Сон и отдых: $F3=12+F3.1-F3.2+F3.3-F3.4$
- Положительные эмоции: $F4=F4.1+F4.2+F4.3+F4.4$
- Мышление, обучаемость, память и концентрация: $F5=F5.1+F5.2+F5.3+F5.4$
- Самооценка: $F6=F6.1+F6.2+F6.3+F6.4$
- Образ тела и внешность: $F7=12+F7.1-F7.2-F7.3+F7.4$
- Отрицательные эмоции: $F8=24-(F8.1+F8.2+F8.3+F8.4)$
- Подвижность: $F9=12+F9.1+F9.2-F9.3-F9.4$
- Способность выполнять повседневные дела: $F10=12+F10.1-F10.2+F10.3-F10.4$
- Зависимость от лекарств и лечения: $F11=24-(F11.1+F11.2+F11.3+F11.4)$

- Способность к работе: $F12=F12.1+F12.2+F12.3+12.4$
- Личные отношения: $F13=6-F13.1+F13.2+F13.3+F13.4$
- Практическая социальная поддержка: $F14=F14.1+F14.2+F14.3+F14.4$
- Сексуальная активность: $F15=6+F15.1+F15.2+F15.3-F15.4$
- Физическая безопасность и защищённость: $F16=6+F16.1+F16.2-F16.3+F16.4$
- Окружающая среда дома: $F17=F17.1+F17.2+F17.3+F17.4$
- Финансовые ресурсы: $F18=12+F18.1-F18.2+F18.3-F18.4$
- Медицинская и социальная помощь: $F19=F19.1+F19.2+F19.3+F19.4$
- Возможности для приобретения новой информации и навыков:
 $F20=F20.1+F20.2+F20.3+F20.4$
- Возможности для отдыха и развлечений и их использование:
 $F21=F21.1+F21.2+F21.3+F21.4$
- Окружающая среда вокруг: $F22=6+F22.1-F22.2+F22.3+F22.4$
- Транспорт: $F23=12+F23.1-F23.2+F23.3-F23.4$
- Духовность/религия/личные убеждения: $F24=F24.1+F24.2+F24.3+F24.4$

Расчёт значений сфер

Каждая субсфера вносит равный вклад в значение сферы, но все сферы имеют различное количество субсфер, поэтому для нормализации получаемых данных значение сферы равно среднему арифметическому значению всех входящих в неё субсфер:

- Физическая сфера: $I=(F1+F2+F3)/3$
- Психологическая сфера: $II=(F4+F5+F6+F7+F8)/5$
- Уровень независимости: $III=(F9+F10+F11+F12)/4$
- Социальные взаимоотношения: $IV=(F13+F14+F15)/3$
- Окружающая среда: $V=(F16+F17+F18+F19+F20+F21+F22+F23)/8$
- Духовная сфера: поскольку состоит только из одной субсферы, то её значение равно значению этой субсферы.

Расчёт общего качества жизни

Рассчитывается как сумма значений всех шести сфер: $I+II+III+IV+V+VI$

Общая оценка восприятия жизни рассчитывается как сумма входящих в неё вопросов:

$$G=G1+G2+G3+G4$$

Отдельно оцениваются мнения респондента относительно качества своей жизни и состояния здоровья.

Ориентировочная оценочная шкала

4-13 баллов – низкий уровень

14-22 баллов – средний уровень

23-32 баллов – высокий уровень

Интерпретация

Общее качество жизни и состояние здоровья

I. Физическая сфера

- F 1. Физическая боль и дискомфорт (негативная шкала, интерпретация наоборот)
- F 2. Жизненная активность, энергия и усталость
- F 3. Сон и отдых

II. Психологическая сфера

- F 4. Положительные эмоции
- F 5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)
- F 6. Самооценка
- F 7. Образ тела и внешность

F 8. Отрицательные эмоции (негативная шкала, интерпретация наоборот)

III. Уровень независимости

F 9. Подвижность

F10. Способность выполнять повседневные дела

F11. **Зависимость от лекарств и лечения (негативная шкала, интерпретация наоборот)**

F12. Способность к работе

IV. Социальные отношения

F13. Личные отношения

F14. Практическая социальная поддержка

F15. Сексуальная активность

V. Окружающая среда

F16. Физическая безопасность и защищенность

F17. Окружающая среда дома

F18. Финансовые ресурсы

F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)

F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков

F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование

F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)

F23. Транспорт

VI. Духовная сфера

F24. Духовность/религия/личные убеждения

G. Общее качество жизни и состояние здоровья

Общее качество жизни и состояние здоровья исследует то, каким образом человек воспринимает своё качество жизни, здоровье и благополучие.

I. Физическая сфера

F1. Физическая боль и дискомфорт

«Боль и дискомфорт» исследует неприятные физические ощущения, которые испытывает индивид, и степень, в которой эти ощущения являются беспокоящими и мешают индивиду в его жизни. Вопросы этой субсферы включают контроль, который индивид имеет над болью, и лёгкость, с которой может быть достигнуто освобождение или облегчение от боли. Предполагается, что чем легче достигается освобождение от боли, тем меньше страх перед ней и, как результат, меньше величина её влияние на качество жизни. Также изменения интенсивности боли могут беспокоить больше, чем сам боль. Даже если в данный момент индивид не испытывает боли (благодаря лекарствам либо тому, что боль по своей природе является периодической, как, например, мигрень), на качество жизни может влиять постоянная угроза боли. Известно, что люди по-разному реагируют на боль, и различная способность переносить боль и примиряться с ней, по-видимому, влияет на качество жизни. Субсфера включает в себя такие неприятные физические ощущения, как онемение, болезненные ощущения, кратковременная или длительная боль, зуд. Боль считается существующей, если индивид утверждает, что она есть, даже если нет медицинских оснований рассматривать её как существующую.

F2. Жизненная активность, энергия и усталость

«Энергия и усталость» исследует энергию, энтузиазм и выносливость, с которыми индивид выполняет необходимые задачи повседневной жизни, а также иные виды деятельности, избираемые им самим, как. Например, отдых. Диапазон ответов – от сообщений о полной неспособности делать что-либо из-за усталости до случаев, когда индивид ощущает в себе достаточно энергии, чтобы чувствовать себя действительно бодрым. Усталость может происходить из-за любой причины, будь то соматическое или психическое заболевание, любое недомогание, подавленность из-за личных проблем либо физическое перенапряжение.

Воздействия усталости на социальные взаимоотношения, рост зависимости от других людей из-за хронической усталости, а так же причины любого вида усталости не исследуются, хотя косвенно упоминаются в вопросах данной субсферы, а также субсфер, касающихся повседневной активности и межличностных отношений.

F3. Сон и отдых

«Сон» исследует, насколько сон и имеющиеся проблемы со сном влияют на качество жизни индивида. Проблемы сна включают трудности засыпания, ночные пробуждения, раннее утреннее пробуждение, сопровождающееся неспособностью заснуть вновь, а также отсутствие ощущения отдыха от сна. Вопросы данной субсферы не исследуют специфических личных характеристик сна человека, таких, например, как обыкновенно рано просыпаться по утрам, или же то, принимает ли человек снотворные препараты. Вопросы по поводу зависимости индивида от лекарств, помогающих ему заснуть, склочены в отдельную субсферу «Зависимость от веществ». Субсфера фокусируется на том, расстроен ли сон или нет, а причина этих расстройств может быть любой, связанной как с индивидом, так и с окружающей средой.

II. Психологическая сфера

F4. Положительные эмоции

исследует, как много человек испытывает позитивных чувств, таких как удовлетворение, внутренне равновесие (гармония), покой, счастье, надежда, радость и удовольствие от приятных вещей в жизни. Важной частью данной субсферы являются мысли и чувства человека относительно своего будущего. Для многих респондентов эта сфера может рассматриваться как синоним качества жизни вообще. Негативные чувства не включены, так как они рассматриваются в другой сфере.

F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)

«Познавательные функции» исследует мнение индивида о собственном мышлении, способности усваивать новое (обучаться), памяти, способности к концентрации внимания и к принятию решений. Это включает скорость мышления и ясность мысли. Вопросы не касаются того, обладает ли индивид достаточно ясным, живым и бодрым сознанием, хотя это и влияет на мышление, память и концентрацию внимания. У некоторых респондентов необходимость сообщить о своих проблемах в этой области может вызвать сопротивление. Некоторые люди с трудностями в познавательной сфере вследствие деменции или мозговых нарушений могут оказаться неспособными понять эти вопросы. Их ответы следует отбрасывать, либо их объективно крайне низкий уровень умственного функционирования может считаться указанием на то, что они не должны обследоваться с помощью ВОЗКЖ-100.

F6. Самооценка

«Самооценка» исследует, каковы чувства индивида относительно самого себя как личности. Они могут варьировать от позитивных до крайне негативных. Исследуется, испытывают ли люди чувство собственной ценности как личности. Также исследуется аспект самооценки, связанный с тем, ощущает ли индивид себя способным к эффективному функционированию, удовлетворён ли собой и своей способностью самоконтроля. Вопросы включают чувства людей по отношению к самим себе в целом ряде аспектов: способность ладить с другими людьми, образование, оценка своих способностей к самосовершенствованию, выполнению особых задач, различного рода поведению, семейного отношения, чувство собственного достоинства и самопринятие. У некоторых людей самооценка весьма зависит от того, как они функционируют на работе или дома, либо от того, как другие люди воспринимают их и общаются с ними. В некоторых культурах самооценка является скорее оценкой в рамках семьи, чем индивидуальной. Предполагается, что вопросы могут быть поняты каждым человеком в том аспекте, который важен или имеет смысл лично для него и отражает собственную жизненную позицию. Вопросы не включают очень специфические упоминания относительно образа собственного тела и социальных взаимоотношений, поскольку это

охвачено другими разделами. Однако подразумевается, что чувство собственной ценности, проистекающее из этих видов деятельности, охвачено вопросами на некотором более высоком уровне. Известно также, что некоторые люди находят разговоры о самооценке затруднительными, и вопросы по возможности составлены так, чтобы это учесть.

F7. Образ тела и внешность

«Образ тела и внешность» исследует мнение индивида о своём теле. Она включает информацию о том, воспринимает ли индивид внешний вид своего тела позитивно или негативно. Субсфера фокусируется на чувстве удовлетворённости индивида тем, как он выглядит, и на том, как это влияет на мнение о себе. Это включает степень, в которой, воображаемые, или, если они есть, реальные физические недостатки могут быть скорректированы (например, с помощью грима или косметики, одежды, искусственной конечности и т. д.) на образ тела, складывающийся у индивида, весьма сильно влияет и то, как другие люди реагируют на его внешность. Вопросы сформулированы так, чтобы склонить респондентов скорее говорить о том, какие чувства они в действительности испытывают, чем отвечать так, как они, по их мнению, «должны» были бы ответить. Также формулировка вопросов даёт возможность охватить всех респондентов, от тех, которые счастливы тем, что обладают именно такой внешностью, до тех, кто страдает серьёзными физическими недостатками.

F8. Отрицательные эмоции

«Отрицательные эмоции» исследует, в какой мере индивид испытывает негативные чувства, включая уныние, печаль, вину, слезливость, отчаяние, нервозность, тревогу и отсутствие удовольствия от жизни субсфера исследует силу имеющихся у индивида отрицательных переживаний и их влияние на повседневное функционирование индивида. Вопросы сформулированы так, чтобы сохранять свой смысл и для индивидов, у которых есть серьёзные психологические трудности, например, глубокая депрессия, мания или приступы паники. Вопросы не включают ослабление концентрации внимания из-за отрицательных эмоций и взаимосвязь между негативными чувствами и социальными взаимодействиями индивида, поскольку это является содержанием других субфер. Вопросы также исключают какие-либо детализированные оценки степени тяжести негативных чувств.

III. Уровень независимости

F9. Подвижность

«Подвижность» исследует точку зрения индивида на его способность передвигаться с места на место, вокруг дома и к месту работы, к местам остановки транспорта и от них. Вопросы фокусируются на общей способности индивида пойти туда, куда он хочет, без посторонней помощи, независимо от того, какие средства он для этого использует. Предполагается, что если подвижность индивида в значительной степени зависит от других людей, то это, по видимому, неблагоприятно влияет на его качество жизни. Также вопросы о трудностях в передвижении не касаются того, наступили ли они внезапно или более-менее постепенно, хотя и известно, что это может оказать значительное влияние на качество жизни. Ухудшение в состоянии индивида не обязательно влияет на его подвижность. Так, например, человек, использующий инвалидную коляску (кресло на колёсиках) или каркас, поддерживающий его при ходьбе, может обладать удовлетворительной подвижностью в соответствующем оборудованном жилом или рабочем месте. Субсфера не включает вопросы обеспеченности транспортом (таким, например, как автобус или автомобиль), поскольку это охватывается другим разделом («Транспорт»).

F10. Способность выполнять повседневные дела

«Способность выполнять повседневные дела» исследует способность людей выполнять свои обычные повседневные дела. Это включает как заботу о себе, так и, соответственно, о своей собственности. Вопросы фокусируются на способности индивида выполнять те дела, которые ему обычно необходимо делать изо дня в день. Степень, в которой индивид в своих обычных ежедневных делах зависит от помощи других лиц, по-видимому, влияет на его качество жизни. Вопросы не включают те сферы повседневной деятельности, которые

охвачены другими разделами, а именно: специфические виды деятельности, связанные с усталостью, расстройствами сна, депрессией, тревогой, подвижностью и т. д. вопросы не касаются того, есть ли у индивида дом или семья.

F11. Зависимость о лекарств и лечения

«Зависимость от лекарств и лечения» исследует зависимость индивида от медицинского или альтернативного (например, акупунктура, фитотерапия) лечения, применяемого для поддержания его физического и психологического благополучия на желаемом уровне. Приём медикаментов может в некоторых случаях оказывать негативное влияние на качество жизни индивида (например, побочные эффекты при фармакотерапии), в то время как в других случаях может улучшать качество жизни человека (например у больного злокачественным новообразованием, который принимает болеутоляющие). Субсфера включает медицинские вмешательства, которые не являются фармакологическими, но от которых индивид всё же зависит, например, стимулятор сердечного ритма, искусственная конечность или калоприёмник для пациента, перенёсшего колостомию. Но субсфера не исследует в подробностях, какое именно лечение или лекарство используется человеком.

F12. Способность к работе

«Работоспособность» исследует использование индивидом собственной энергии для работы. «Работа» означает любой основной вид деятельности, в который человек вовлечён, что может включать дневное обучение, оплачиваемую работу, неоплачиваемую работу, добровольную общественную работу, заботу о детях и работу по дому. Вопросы не касаются того, что люди чувствуют относительно характера своей работы, которую выполняют, а также качества их рабочей среды.

IV. Социальные отношения

F13. Личные отношения

«Личные отношения» исследует степень, в которой люди чувствуют дружелюбие, любовь и поддержку, по сравнению с тем, чего бы они желали для близких (дружеских и любовных) отношений в своей жизни). Эта субсфера касается также имеющихся у индивида в настоящий момент обстоятельств и реальной деятельности, связанных с поддержкой и обеспечением других людей. Субсфера включает способность и возможность любить, быть любимым и устанавливать и поддерживать эмоциональную и физическую (за исключением чисто сексуальной) близость с другими людьми. В данную субсферу входит то, в какой степени люди чувствуют возможность разделить моменты горя или радости с теми, кого они любят; ощущение того, что они любят и любимы; физические аспекты близости, такие как прикосновение или объятие. Понятно, что это субсфера перекрывается (частично совпадает) с интимностью в сексуальной жизни (субсфера «Сексуальные отношения»). Субсфера включает также то, в какой мере индивид удовлетворён своей помощью другим людям или же чувствует, что он перегружен из-за этого. Подразумевается, что вопросы дают респонденту возможность выразить как позитивный, так и негативный опыт. Субсфера включает в себя все типы близких любовных отношений, таких как дружба, брак, гетеро- или гомосексуальное сожительство.

F14. Практическая социальная поддержка

«Практическая социальная поддержка» исследует, в какой степени индивид чувствует поддержку, облегчение и возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей. Вопросы исследуют, в какой степени его семья и друзья разделяют с ним ответственность и сотрудничают в решении семейных и личных проблем. Субсфера фокусируется на том, в какой степени индивид чувствует, что он имеет поддержку со стороны семьи и друзей, в особенности в какой степени он может зависеть от них в трудной (кризисной) ситуации. Это включает, в какой степени индивид ощущает, что он получает одобрение и воодушевление от семьи и друзей, а также возможную негативную роль семьи и друзей в жизни индивида, например, словесные оскорбления или физическое насилие (вопросы сформулированы так, чтобы была возможность выявления этого).

F15. Сексуальная активность

«Сексуальная активность»: вопросы, касающиеся сексуальной активности исследуют побуждение к сексу и желание секса у индивида, а также степень, в которой индивид способен выражать свои сексуальные желания и подходящим для себя образом удовлетворять их, получая при этом удовольствие. Вопросы исключают оценочные суждения относительно секса и касаются только того, каким образом сексуальная активность индивида влияет на его качество жизни. Таким образом, сексуальная ориентация и сексуальная практика индивида не столь важны, как сексуальное желание, его выражение, возможности для секса и удовлетворение от него, которые являются фокусом данной субсферы. Известно, что сексуальная активность – это тема, о которой трудно расспрашивать, и, вероятно, ответы на эти вопросы будут в некоторых культурах более сдержанными. Предполагается также, что ответы на эти вопросы у людей различных возрастов, а также у мужчин и женщин будут несколько отличаться. В некоторых культурах фертильность (плодовитость) является центральным моментом секса, и рождение детей играть чрезвычайно важную роль. Субсфера включает данный аспект сексуальной жизни, и по-видимому, её вопросы будут поняты в данных культурах именно в таком аспекте. Некоторые респонденты могут сообщать о невысоком уровне сексуального желания или его отсутствии без того, чтобы это имело какое-либо значительное влияние на их уровень жизни.

V. Окружающая среда

F16. Физическая безопасность и защищённость

«Свобода, физическая безопасность и защищённость» исследует наличие у людей чувства безопасности и защищённости от нанесения физического ущерба. Угроза свободе, безопасности и защищённости может происходить из любого источника, такого как другие люди или политическое притеснение. Вопросы сформулированы так, чтобы дать возможность получить ответы от людей с различным уровнем безопасности – от тех, кто имеет возможность жить без каких-либо ограничений, до тех, чьё окружение является притесняющим и кто не чувствует себя в безопасности. Вопросы исследуют степень, в которой индивид чувствует существование неких «ресурсов», которые обеспечивают или могут обеспечить ему чувство безопасности и защищённости. Эта субсфера, по-видимому, имеет особое значение для определённых групп людей, таких как жертвы катастроф, бездомные, лица опасных профессий, т. е. те, кто имеет отношения с преступным миром, и жертвы насилия. Вопросы не исследуют глубину чувств тех, кто может быть серьёзно психически болен и ощущает свою безопасность под угрозой таких неопределённых вещей, таких как «происки врагов». Вопросы фокусируются на собственных чувствах индивида, связанных с его безопасностью или небезопасностью, защищённостью или незащищённостью, в той мере, в какой они влияют на качество его жизни.

F17. Окружающая среда дома

«Окружающая среда дома» исследует то основное место, где индивид живёт (а как минимум спит и хранит большую часть своего имущества), и то, как присущие этому месту характеристики (особенности) влияют на его качество жизни. Качество жилья оценивается на основе того, насколько комфортабельным оно является, а также с точки зрения предоставления респонденту безопасного места проживания. Субсфера включает в себя также такие особенности жилья индивида, как перенаселённость; количество жизненного пространства; чистота; возможности для интимности; имеющиеся в наличии удобства, такие как электричество, туалет, водопровод; а также качество конструкции здания (например, протекающая крыша, сырость). Качество ближайшего окружения (окрестностей, того, что находится рядом, по соседству) дома является важным фактором, влияющим на качество жизни, поэтому данная тема включена в вопросы данной субсферы. Вопросы сформулированы так, чтобы иметь дело с нормальным значением слова «дом», под которым понимается место, где индивид обычно проживает вместе со своей семьёй. Однако формулировка вопросов позволяет отвечать на них и людям, проживающим отдельно от семьи, таким как беженцы, или тем, местом проживания которых в настоящее время

являются какие-либо учреждения. Обычно трудно формулировать вопросы таким образом, чтобы это позволило бездумным лицам дать на них осмысленный ответ.

F18. Финансовые ресурсы

«Финансовые ресурсы» исследует точку зрения индивида на то, каковы его финансовые ресурсы (или другие источники обмена) и степень, в которой они удовлетворяют потребности в здоровом и комфортабельном стиле жизни. Вопросы фокусируются на том, может или нет индивид приобретать то, что оказывает влияние на качество его жизни. Вопросы включают чувство удовлетворённости/неудовлетворённости индивида тем, что его доходы позволяют ему приобретать. Вопросы включают чувство зависимости/независимости, которое доставляют ему его финансовые ресурсы (или другие источники дохода), и ощущение, хватает ли ему того, что он имеет. Оценка производится вне зависимости от состояния здоровья индивида и того, работает он или нет. Известно, что оценка человеком своих ресурсов как «достаточных», «удовлетворяющих потребности» и т. д. может весьма варьировать, и вопросы сформулированы таким способом, чтобы оказаться чувствительными к этим вариациям.

F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)

«Медицинская и социальная помощь» (доступность и качество) исследует точку зрения индивида на медицинскую и социальную помощь в его ближайших окрестностях. «В ближайших» означает то время, которое ему необходимо затратить на её получение. Вопросы включают то, как человек воспринимает доступность этих служб, так же как качество и полноту той помощи (заботы), которую он получает или ожидает получить, если она ему потребуется. Вопросы включают добровольную общественную поддержку (религиозное милосердие, храмы и т. д.), которая может дополнять иные службы или же являться единственной в данном месте доступной индивиду системой охраны здоровья. Вопросы включают то, насколько легко или трудно добраться до местных медицинских или социальных служб или доставить туда своих друзей или родственников. Внимание сосредоточено на точке зрения индивида на медицинские и социальные службы. Вопросы не касаются тех аспектов службы здоровья, которые имеют мало значения для индивида, отвечающего на вопросы, или имеют мало отношения к нему.

F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков

«Возможности для приобретения новой информации и навыков» исследует желание и возможность индивида обучаться новым навыкам, приобретать новые знания и получать информацию о происходящем вокруг. Эти возможности могут предоставляться ему благодаря формальным образовательным программам, классам для образования взрослых или благодаря занятиям в свободное время, как в группах, так и индивидуально (например, чтение). Сюда включается приобретение информации и новостей относительно того, что происходит вокруг, что для одних людей может означать нечто более широкое («мировые новости»), а для других быть более ограниченным (деревенские сплетни). Независимо от этого, чувство осведомлённости о происходящем вокруг является важным для многих людей и потому включено в данную субсферу. Вопросы фокусируются на возможностях человека удовлетворить потребность в информации и знаниях, касается ли это получения знаний в образовательном смысле или же подразумевает местные, национальные и мировые новости, если это каким-то образом влияет на качество жизни человека. Вопросы сформулированы так, чтобы давать возможность охватить эти различные аспекты приобретения новой информации и навыков, начиная от мировых новостей и местных сплетен и кончая формальными образовательными программами и профессиональным обучением. Предполагается, что респонденты будут интерпретировать вопросы так, чтобы они имели смысл лично для них и относились к их собственной позиции в жизни.

F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование

«Возможности для отдыха и развлечений и их использование» исследует способности, возможности и склонность индивида принимать участие в проведении досуга, развлечений и отдыхе. Вопросы охватывают все формы свободного времяпрепровождения, отдыха и

восстановления сил, включая такие, как встречи с друзьями, занятия спортом, чтение, просмотр телепередач или же проведение времени вместе с семьёй, ничегонеделание. Вопросы фокусируются на трёх аспектах: способности индивида отдыхать, наличии у него возможностей для этого и на удовольствии, получаемом от отдыха.

F22. Окружающая среда вокруг

«Окружающая среда вокруг» исследует то, как индивид воспринимает окружающую среду. Это включает шум, загрязнение, климат и общие эстетические характеристики окружающей среды – влияют ли они на качество жизни, улучшая или ухудшая его. В некоторых культурах определённые аспекты окружающей среды могут иметь совершенно особенное отношение к качеству жизни, как, например, центральная роль доступности воды, загрязнённости воздуха или опасности природных катаклизмов. Эта субсфера не включает в себя такие аспекты, как качество домашней среды и транспортное обеспечение, так как они охвачены другими разделами.

F23. Транспорт

«Транспорт» исследует мнение индивида о том, насколько ему доступно и легко найти и использовать для передвижения транспортные службы. Вопросы включают любые доступные индивиду транспортные средства (велосипед, автомобиль, автобус и т.д.). вопросы фокусируются на том, в какой степени доступный индивиду транспорт позволяет ему выполнять необходимые ежедневные дела, а также даёт возможность (свободу) заниматься теми видами деятельности, которые он сам выбирает. Вопросы не касаются вида используемого транспорта, а так же всего, относящегося к непосредственному передвижению по дому и вокруг него. Личная подвижность индивида так же исключена как представленная в другом разделе (подвижность).

VI. Духовная сфера

F24. Духовность/религия/личные убеждения

«Духовность/религия/личные убеждения» исследует личные убеждения людей и то, как они влияют на качество их жизни. Они могут помогать индивиду справляться с трудностями в своей жизни, структурируя его опыт, давая определённые ответы на духовные и личностные вопросы, а также, в более общем смысле, обеспечивая человеку некое чувство благополучия. Субсфера адресована людям, исповедующим различные религии (буддизм, христианство, иудаизм, ислам и т. д.), а также людям, обладающим своими личными духовными верованиями, не укладывающимися в рамки какой-либо определённой религиозной ориентации. Для многих людей религия, личные убеждения и духовность являются источниками чувства комфорта, благополучия, безопасности, осмысленности, принадлежности к некой общности, целеустремлённости и силы. Однако некоторые люди чувствуют, что религия оказывает на их жизнь негативное влияние. Вопросы составлены так, чтобы позволить выявить и этот аспект субсферы.