Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет клинической психологии

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

Особенности самооценки и качества жизни больных ишемической болезнью сердца

Студент 401 группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Северина В.Я.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Попенко Н.В.

Красноярск 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ…………………………………………………………………………3

ГЛАВА 1. РОЛЬ САМООЦЕНКИ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО…………………………………………………………………………6

1.1. Самооценка в структуре личности…………………………………………...6

1.2. Изменение самооценки при сердечно-сосудистых заболеваниях……….11

1.3. Оценка качества жизни при сердечно сосудистых заболеваниях……….14

1.4. Клиническая характеристика ИБС………………………………………….18

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА…………………………24

2.1. Методы исследования……………………………………………………….24

2.2. Результаты исследования…………………………………………................26

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………………………………………………………………...29

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ……………………………..30

ПРИЛОЖЕНИЕ А………………………………………………………………..32

ПРИЛОЖЕНИЕ Б………………………………………………………………..34

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования обусловлена поиском причин неблагополучия личности, особенно в общении и деятельности. Известно, что личности, страдающие тяжелыми, длительно протекающими заболеваниями, испытывают некоторую перестройку личности, с учетом ценности здоровья, а то и самой жизни. Прежде всего, происходит изменение самооценки и качества жизни больного, влияющие на успешность выполнения человеком любой деятельности.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – патологическое состояние, обусловленное нарушением соответствия между потребностью в кровоснабжении сердца и его реальным обеспечением. Это несоответствие может возникать при сохраняющемся на определенном уровне кровоснабжении миокарда, но резко возросшей потребности в нем, при сохраняющейся потребности, но упавшем кровоснабжении. Особенно выражено несоответствие в случаях снижения уровня кровоснабжения и возрастающей потребности миокарда в притоке крови.

Ишемическая болезнь сердца – очень распространённое заболевание, одна из основных причин смертности, временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира. По данным ВОЗ, в 2006 г. в мире от CCЗ умерло 17,5 млн. чел. (30% всех заболеваний). В экономически развитых странах первой причиной смертности является ИБС (12,2%), на втором месте (9,7%) – цереброваскулярная патология (World Health Statistics, 2008). По прогнозу ВОЗ, к 2030 г. смертность от ИБС увеличится на 30% (Mathers C.D., Loncar D., 2006). Сегодня эта болезнь значительно омолодилась. К сожалению, мужчины в возрасте старше 35 лет чаще всего умирают именно от ИБС. Впрочем, женщины ни в чем не уступают сильному полу: они почти так же часто болеют ИБС, как и мужчины, однако тяжелые формы этого заболевания, особенно инфаркт миокарда, встречается у них в 3-4 раза реже.

Многими исследователями установлено, что у 33-80% больных ИБС наблюдаются психические изменения. Часто возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства "Я". Во время болевого приступа больных охватывает беспокойство, мысли о смерти от сердечного приступа, отчаяние. Больные живут с постоянным тревожным опасением повторного приступа, они анализируют любые изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца. Основной жизненной целью становится здоровье.

Объект исследования: пациенты с ИБС.

Предмет исследования: самооценка и качество жизни пациентов с ИБС.

Цель: исследование особенностей самооценки и качества жизни пациентов с ИБС.

Задачи:

1. Проанализировать научно-методическую литературу по теме исследования.

2. Подобрать диагностический инструментарий для исследования самооценки и качества жизни больных ИБС.

3. Провести исследование самооценки и качества жизни больных с различными формами ИБС.

4. Описать результаты исследования и обсудить их.

Гипотеза: адекватность самооценки и уровень качества жизни больного ишемической болезнью сердца зависит от тяжести данного заболевания.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ литературы по проблеме исследования;
2. Эмпирические методы:
	1. Шкала самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.
	2. Опросник SF-36.

Практическая значимость: возможность применять методики по определению самооценки и качества жизни пациентов с ИБС, а так же разработать психологическое сопровождение для пациентов с ИБС.

Структура курсовой работы: введение; основная часть, состоящая из двух глав – теоретической и практической; заключение; список использованных источников; приложения.

ГЛАВА 1. РОЛЬ САМООЦЕНКИ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО

## 1.1. Самооценка в структуре личности

Личность, являясь чрезвычайно сложным системным социальным качеством человека, возникает как опосредующее звено, через которое внешнее воздействие связано со своим эффектом в психике индивида. «Возникновение личности как системного качества обусловлено тем, что индивид в совместной деятельности с другими индивидами изменяет мир и посредством этого изменения преобразует и себя, становясь личностью». [10]

С этой точки зрения, все объективно функционирующие структуры личности человека, имеют своеобразную «внутреннюю» представленность. В.В.Столин пишет: «В процессе жизнедеятельности у организма формируется некоторое стабильное психическое образование – образ самого себя (схема тела), позволяющий ему более адекватно и эффективно действовать. Ясно, что действует, живет не схема тела, а тело, отразившее себя в своей схеме. Сходным образом можно рассуждать и применительно к человеческому индивиду, сущность которого кроется в его социальных, а не биологических отношениях. Человек действует, и, действуя, он неизбежно должен познавать себя так же, как он познает свое окружение. Это действование становится в той мере возмож­ным и в той мере человеческим, в какой у индивида формируется адекватный его общественному и деятельному способу существования образ самого себя». [15]

В данный момент нет никаких сомнений, что личность способна отражать саму себя, осознавать саму себя. И даже иметь устойчивую и разветвленную систему представлений и оценок себя по различным параметрам. Подобная проблема скрывается за различными названиями, по-видимому, одного и того же предмета исследования: «Я-концепция», «Я-образ», просто «Я», самость, самосознание и его продукты и т.д.

Самосознание есть особая форма сознания, которое, также как и сознание, имеет отражательную природу. Только сознание направлено на весь объективный мир, а объектом самосознания является сама личность, ее внутренний мир. В самосознании личность выступает в качестве и субъекта, и объекта познания. Самосознание - это, прежде всего процесс, с помощью которого человек познает себя и относится к самому себе, но оно также характеризуется своим продуктом - Я-концепцией.

Это различение процесса и продукта в психологии было введено У. Джемсом в виде различения «чистого Я» (познающего) и «эмпирического Я» (познаваемого). Познает, конечно, не сознание, а человек, обладающий сознанием и самосознанием, при этом он пользуется целой системой внутренних средств: представлений, образов, понятий, среди которых важную роль играет представление человека о себе самом, о своих личностных чертах, способностях, мотивах. Представление о себе, являясь продуктом самосознания, одновременно является и его существенным условием, моментом этого процесса.

Р. Бернс определяет «Я концепцию» как совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженную с их оценкой. [1]

Фундаментальное понятие теории К. Роджерса – «Я-концепция», или «самость», «определяемая как гештальт, состоящий из восприятия себя и своих взаимоотношений с другими людьми, а также из ценностей «Я». «Я-концепция» включает не только восприятие себя реального, но также и представление о себе таком, каким бы человек хотел быть (Я-идеальное). Несмотря на то, что «Я» человека постоянно меняется в результате опыта, оно всегда сохраняет качества целостного гештальта, т. е. представление человека о себе самом остается относительно постоянным». [13]

Сам К. Роджерс определял «Я-концепцию» следующим образом: «Я-концепция» складывается из представлений о собственных характеристиках и способностях индивида, представлений о возможностях его взаимодействия с другими людьми и с окружающим миром, ценностных представлений, связанных с объектами и действиями, и представлений о целях или идеях, которые могут иметь позитивную или негативную направленность. Таким образом, это - сложная структурированная картина, существующая в сознании индивида как самостоятельная фигура или фон, и включающая как собственно Я, так и отношения, в которые оно может вступать, а также позитивные или негативные ценности, связанные с воспринимаемыми качествами и отношениями Я - в прошлом, настоящем и будущем». [14]

Выделение описательной и оценочной составляющих позволяет Р.Бернсу рассматривать «Я концепцию» как свойственную каждому индивиду набор установок, направленных на самого себя. В этом наборе главенствуют три элемента:

1) «Образ Я» - представление индивида о самом себе;

2) Самооценка - аффективная оценка этого представления, которая может обладать различной интенсивностью, поскольку конкретные черты «Образа Я» могут вызывать более или менее сильные эмоции, связанные с их принятием или осуждением;

3) Потенциальная поведенческая реакция, то есть те конкретные действия, которые могут быть вызваны «образом Я» и самооценкой. [18]

Кроме того, по мнению Р. Бернса, существует, по крайней мере, три основные модальности самоустановок:

1) Реальное Я - установки, связанные с тем, как индивид воспринимает свои актуальные способности, роли, свой актуальный статус, то есть с его представлениями о том, каков он на самом деле;

2) Зеркальное (социальное) Я - установки, связанные с представлениями индивида о том, как его видят другие;

3) Идеальное Я - установки, связанные с представлениями индивида о том, каким он хотел бы стать.

В каждой из модальностей Р. Бернс выделяет следующие их аспекты: физическое Я, социальное Я, умственное Я, эмоциональное Я.

Я-концепция - это не только описание черт своей личности, но и вся совокупность их оценочных характеристик и связанных с ним переживаний.

Даже эмоционально нейтральные на первый взгляд характеристики собственной личности обычно содержат в себе скрытую оценку.

Самооценку можно представить себе как эмоционально окрашенное отношение к себе в разных конкретных ситуациях и разных видах деятельности. У. Джеймс писал о том, что наша самооценка зависит от того, кем бы мы хотели бы стать, какое положение хотели бы занять в этом мире; это служит точкой отчета в оценке нами собственных успехов и неудач. Поэтому низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности.

Б. В. Зейгарник, много работавшая с личностью, в том числе и психически больных, приводит следующие данные: «Е. А. Серебрякова исследовала роль успешности выполняемой деятельности в формировании самооценки и уверенности в себе. Если Ф. Хоппе в своей методике предельно абстрагировался от реальных жизненных условий, то Е. А. Серебрякова стремилась максимально приблизиться к ним. В результате своего исследования Е. А. Серебрякова установила несколько видов самооценки:

1) устойчивую адекватную самооценку,

2) неадекватную пониженную самооценку,

3) неадекватную повышенную самооценку,

4) неустойчивую самооценку» [5]

К. Роджерс разделяет общее отношение к себе на самооценку (отношение к себе как носителю определенных свойств и достоинств) и самоприятие (приятие себя в целом, вне зависимости от своих свойств и достоинств). Механизм формирования этих сторон отношения к себе различен. Самооценка по какому-либо качеству основывается чаще всего на сравнении своих достижений с достижениями других людей. Понятие самопринятия смыкается с понятием самоотношения.

В русле концепции о личностном смысле «Я» В. В. Столин предложил оригинальную модель строения самоотношения. По его мнению «самоотношение может быть понято как лежащее на поверхности сознания, непосредственно-феноменологическое выражение (или представленность) личностного смысла «Я» для самого субъекта. При этом специфика переживания смысла «Я» производна от реального бытия субъекта, его объективной позиции в социуме». Согласно его модели макроструктурой самоотношения являются эмоциональные компоненты или измерения, образующие эмоциональное пространство, в котором разворачиваются соответствующие действия-установки: самоуважение, аутосимпатия, близость к себе (самоинтерес). [16]

С.Р. Пантилеев анализирует далее категории самооценки и самоотношения:

1) Самоотношение есть личностное образование, а поэтому его строение и содержание может быть раскрыто лишь в контексте реальных жизненных отношений субъекта, «социальных ситуаций его развития» (Л.С. Выготский) и деятельностей, за которыми стоят мотивы, связанные с самореализацией субъекта как личности;

2) Каждая конкретная социальная ситуация развития задает иерархию ведущих деятельностей и соответствующих им основных мотивов и ценностей, по отношению к которым индивид осмысливает собственное «Я», наделяют его личностным смыслом;

3) Самооценки в первую очередь связаны с эмоциями, сигнализирующими о том, способствуют ли те или иные особенности субъекта успешности или возможности успешной реализации деятельностей, побуждаемых мотивами-стимулами. [9]

Таким образом, самооценка открывается ее носителю в виде переживаний, включающих сомнение, необходимость решать противоречия собственной личности, изменения от радости до горя, попытки обеспечить эмоциональную устойчивость собственной личности. От самооценки зависят взаимоотношения человека с окружающими, его критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам. Тем самым самооценка влияет на эффективность деятельности человека и дальнейшее развитие его личности». [11]

## 1.2. Изменение самооценки при сердечно-сосудистых заболеваниях

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидности населения. К наиболее распространенным из них относятся ишемическая болезнь сердца ( ИБС), гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз.

По статистическим данным, ишемической болезнью сердца страдают около 12% всех мужчин в возрасте 45-59 лет. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди лиц более молодого возраста.

 Вопрос о характере изменения самооценки при сердечно-сосудистых заболеваниях исследован в настоящий момент недостаточно полно. Так как, психологи, в основном, занимаются психологическими проблемами человека, а не его психическими или соматическими недугами. Несомненно, психика, личность человека как бы подстраивается под развивающееся заболевание, иногда, помогая преодолеть его, иногда компенсируя, иногда маскируя.

Многими исследователями установлено, что у 33-80% больных ИБС наблюдаются психические изменения. Часто возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства "Я". Во время болевого приступа больных охватывает беспокойство, мысли о смерти от сердечного приступа, отчаяние. Больные живут с постоянным тревожным опасением повторного приступа, они анализируют любые изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца. Основной жизненной целью становится здоровье.

В.В.Николаева и Е.И. Ионова (1989) провели исследование личностных особенностей больных ИБС, перенесших операцию аорто-коронарного шунтирования. Результаты исследования показали, что самооценка у большинства больных завышена. Есть основания предполагать, что подобный характер самооценки вызван действием механизмов психологической защиты. Наиболее значим для больных критерий оценки здоровья и взаимосвязь параметров "здоровье", "счастье", "работа", что является прогностически благоприятным. Отсутствует чувство личной ответственности за происходящие события. Смысловой потенциал личности у больных обеднен, основной жизненной целью является здоровье. Перспективы будущего противоречивы. У всех больных отмечаются выраженные страхи за будущее. Уровень личностной тревожности стабильно высокий у всех больных, уровень ситуативной тревожности коррелирует с тяжестью соматического состояния больных.

 Наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда. Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз инфаркт миокарда ассоциируется у больных с угрозой для жизни. Тяжелое физическое состояние, резкая слабость, интенсивные боли, озабоченные лица медицинского персонала, срочная госпитализация - все это порождает тревогу и страх, приводит больных к убеждению, что их жизнь в опасности. На психическое состояние больного в первые дни болезни влияют также и другие психологические факторы. Больных угнетает мысль о том, что из крепких, сильных, активных людей они превратились в беспомощных, нуждающихся в уходе больных. Обычно, с улучшением физического самочувствия страх смерти ослабевает. Наряду с тревожными опасениями за здоровье, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи. Без соответствующего вмешательства эти нарушения закрепляются и сохраняются в течение одного года у 25% выживших (Сау, 1982 ). По другим данным, психические нарушения констатировались в 28% случаев (Florkiewier, 1984). У 50% больных наблюдалась интенсификация невротических черт.

По данным И.В. Алдушиной (1990), на 7-ой день после инфаркта миокарда для большинства больных характерны тревожность, страх, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Выраженность подобных симптомов зависит от класса тяжести инфаркта миокарда, характера личности больного. При психологическом исследовании в этом периоде у больных с 3-4 классами тяжести выявляется подъем по шкалам депрессии, шизофрении, и в меньшей степени ипохондрии. У пациентов, перенесших ранее инфаркт миокарда, затяжные приступы стенокардии и тяжелые гипертонические кризисы, подострый период отличается особой тревожностью и более выраженным подъемом по шкале ипохондрии при умеренном повышении шкал депрессии и шизофрении. Шкала "мания" занимает минимальное положение в профиле.

В.П.Зайцев (1989) разделяет личностные реакции больных, перенесших инфаркт миокарда на адекватные и патологические. При адекватных психологических реакциях больные соблюдают режим и выполняют все предписания врача, поведение больных соответствует данной ситуации. В зависимости от психологических особенностей больных можно выделить пониженную, среднюю и повышенную адекватные реакции.

При пониженной реакции больные внешне производят впечатление недостаточно критично относящихся к болезни. У них ровное, спокойное или даже хорошее настроение. Они склонны благоприятно оценивать перспективу, переоценивать свои физические возможности, приуменьшать опасности. Однако при более глубоком анализе обнаруживалось, что больные правильно оценивают свое состояние, понимают, что с ними произошло, знают о возможных последствиях болезни. Они лишь отбрасывают от себя мрачные мысли, стараются как бы "закрывать глаза" на изменения, вызванные болезнью. Такое частичное "отрицание" болезни, видимо, следует расценивать как своеобразную защитную психологическую реакцию.

При средней реакции больные разумно относятся к заболеванию, правильно оценивают (соответственно той информации, которой они располагают) свое состояние и перспективу, сознают серьезность своего положения. Они доверяют врачу, следуют всем его предписаниям.

При повышенной реакции мысли и внимание больного сосредоточены на болезни. Фон настроения несколько сниженный. Больной склонен пессимистически оценивать перспективу. Ловит каждое слово врача, касающееся болезни. Осторожен, частично следит за пульсом. Неукоснительно выполняет предписания врача. Поведение больного изменено, но не нарушено. Как и при других видах адекватных реакций, оно соответствует данной ситуации. [17]

## 1.3. Оценка качества жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях

Качество жизни, по определению ВОЗ, - это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [20].

Сердечно-сосудистые заболевания влияют не только на физическое состояние человека, но и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, а также изменяют его место и роль в социальной жизни. Чаще всего в поле зрения врача оказываются физикальные, лабораторные и инструментальные данные, описывающие состояние больного. Информация о психологических и социальных проблемах, появившихся в жизни человека в связи с болезнью, как правило, мало доступна врачу. Одним из новых критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи, получивших в последние годы, является качество жизни (КЖ).

На качество жизни больных ишемической болезнью сердца оказывает влияние комплекс факторов, основными из которых являются сердечная и коронарная недостаточность и изменение психологического статуса. Сопутствующие заболевания ухудшают клиническое течение ишемической болезни сердца и качество жизни пациентов.

Использование программы домашних физических тренировок, в сравнении с пациентами получавшими только стандартную медикаментозную терапию, приводит к существенному повышению адаптационных возможностей организма, повышению толерантности к физической нагрузке, отчетливой положительной динамике функции левого желудочка сердца (увеличение фракции выброса), нормализации нарушенных соотношений между ударным объемом крови и периферическим сопротивлением, в основном за счет значительного снижения периферического сопротивления, что в свою очередь, приводит к уменьшению нагрузки на миокард и его потребности в кислороде.

Использование программы домашних физических тренировок, у ' больных ИБС в домашних условиях, положительно влияют на психофизиологический статус больных ИБС (уменьшают проявления психоэмоционального напряжения, снижают уровень нейротизма, реактивной и личностной тревожности), что является важным механизмом, позволяющим увеличить двигательную активность. Данные изменения не наблюдаются у больных, получавших стандартную медикаментозную терапию без физических тренировок.

## 1.4. Клиническая характеристика ИБС

Ишемическая болезнь сердца (синоним коронарная болезнь) - патология сердца, в основе которой лежит поражение миокарда, обусловленное недостаточным его кровоснабжением в связи с атеросклерозом и возникающими обычно на его фоне тромбозом или спазмом венечных (коронарных) артерий сердца. Понятие «ишемическая болезнь сердца» является групповым. Оно объединяет как острые, так и хронические патологические состояния.

Диагностируется три основные формы ишемического заболевания (рекомендовано Всемирной организацией здравоохранения и используется в России):

1. Стенокардия

2. Инфаркт миокарда

3. Сердечная недостаточность

Стенокардия.

Стенокардия – это заболевание, распространенное у людей среднего и старшего возраста. Стенокардию также называют грудной жабой из-за того, что основным стенокардии являются боли за грудиной. Или коронарной болезнью, так как её причина кроется в частичной непроходимости коронарных артерий, из-за которой сердечная мышца не получает достаточное количество крови, обогащенной кислородом.  Недостаточность коронарного кровотока может быть вызвана различными причинами, например, органическими изменениями в результате атеросклероза или функциональными нарушениями. Это происходит из-за того, что с возрастом стенки артерий всё больше уплотняются, теряя эластичность. Курение, высокий уровень холестерина и высокое кровяное давление активизируют процесс отвердения артерий. Однако предотвратить и даже излечить стенокардию можно с помощью правильно питания и приёма калий и магний содержащих препаратов. Калий и магний поддерживают эластичность стенок кровеносных сосудов, способствуют нормализации давления.

Большинство пациентов со стенокардией ощущают дискомфорт или боль в области груди. Дискомфорт обычно давящего, сжимающего, жгучего характера. Нередко такие пациенты, пытаясь описать область дискомфорта, прикладывают сжатый кулак или открытую ладонь к грудной клетке. Часто боль иррадиирует («отдаёт») в левое плечо и внутреннюю поверхность левой руки, шею; реже — в челюсть, зубы с левой стороны, правое плечо или руку, межлопаточную область спины, а также в эпигастральную область, что может сопровождаться диспептическими расстройствами ([изжога](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%B7%D0%B6%D0%BE%D0%B3%D0%B0), [тошнота](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BE%D1%88%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%B0), [колики](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B8)). Исключительно редко боль может быть локализована только в эпигастральной области или даже в области головы, что очень затрудняет диагностику.

Приступы стенокардии обычно возникают при физической нагрузке, сильном эмоциональном возбуждении, после приёма избыточного количества пищи, пребывания в условиях низких температур или при повышении [артериального давления](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5). В таких ситуациях сердечной мышце требуется больше кислорода, чем она может получить через суженные [коронарные артерии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%8F). В отсутствие стеноза коронарных артерий, их спазма или тромбоза, боли в грудной клетке, имеющие отношение к физической нагрузке или иным обстоятельствам, приводящим к повышению потребности сердечной мышцы в кислороде, могут возникать у пациентов с выраженной гипертрофией левого желудочка, вызванной [стенозом аортального клапана](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B7_%D0%B0%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%B0), гипертрофической [кардиомиопатией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F%22%20%5Co%20%22%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F), а также [аортальной регургитацией](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D0%B3%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) или дилатационной кардиомиопатией.

Приступ стенокардии обычно продолжается от 1 до 15 минут. Он исчезает при прекращении нагрузки или приёме нитратов короткого действия (например,[нитроглицерина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD_%28%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%29) под язык).

Инфаркт миокарда.

Инфаркт миокарда — острое заболевание, обусловленное развитием очага или очагов ишемического некроза в сердечной мышце, проявляющееся в большинстве случаев характерной болью, нарушением сократительной и других функций сердца, нередко с формированием клинических синдромов острой сердечной и сосудистой недостаточности и других осложнений, угрожающих жизни больного.

Инфаркт миокарда развивается в результате обтурации просвета [сосуда](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D1%8B_%28%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29) кровоснабжающего миокард ([коронарная артерия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%8F)). Причинами могут стать (по частоте встречаемости):

1. [Атеросклероз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B7) коронарных артерий (тромбоз, обтурация бляшкой) 93-98 %
2. Хирургическая обтурация (перевязка артерии или [диссекция](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F%22%20%5Co%20%22%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F) при ангиопластике)
3. Эмболизация коронарной артерии (тромбоз при коагулопатии, жировая эмболия т. д.)
4. Спазм коронарных артерий

Различают стадии:

1. [Ишемии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D1%88%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F)
2. Повреждения ([некробиоза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%B7))
3. [Некроза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B7)
4. Рубцевания

Ишемия может являться предиктором инфаркта и длиться довольно долго. В основе процесса - нарушение гемодинамики миокарда. Обычно клинически значимым считается сужение просвета артерии сердца до такой степени, когда ограничение кровоснабжения миокарда не может быть больше компенсировано. Чаще всего это происходит при сужении артерии на 70% площади её сечения. При исчерпывании компенсаторных механизмов говорят о повреждении, тогда страдают [метаболизм](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC) и функция [миокарда](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4). Изменения могут носить обратимый характер(ишемия). Стадия повреждения длится от 4 до 7 часов. Некроз характеризуется необратимостью повреждения. Через 1-2 недели после инфаркта некротический участок начинает замещаться рубцовой тканью. Окончательное формирование [рубца](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%86_%28%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%29) происходит через 1-2 месяца.

Основной клинический признак — интенсивная боль за грудиной ([ангинозная боль](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8C)). Однако болевые ощущения могут носить вариабельный характер. Пациент может жаловаться на чувство дискомфорта в груди, боли в животе, горле, руке, лопатке. Нередко заболевание имеет безболевой характер, что характерно для больных сахарным диабетом.

Болевой синдром сохраняется более 15 минут (могут длиться 1 час) и купируется через несколько часов, либо после применения наркотических анальгетиков, нитраты неэффективны. Бывает профузный пот.

В 20-40 % случаев при крупноочаговых поражениях развиваются признаки сердечной недостаточности. Пациенты отмечают одышку, непродуктивный кашель.

Нередко встречаются аритмии. Как правило, это различные формы экстрасистолий или фибрилляция предсердий. Нередко единственным симптомом инфаркта миокарда является внезапная остановка сердца.

Предрасполагающим фактором является физическая нагрузка, психоэмоциональное напряжение, состояние утомления, гипертонический криз.

Сердечная недостаточность.

Сердечная недостаточность — состояние, связанное с тем, что сердце не справляется со своими функциями насоса, обеспечивающего нормальное кровообращение. При сердечной недостаточности сердце не в состоянии эффективно перекачивать кровь, в связи, с чем происходит нарушение циркуляции кислорода и питательных веществ в организме, что приводит к застою крови. Проявляется как результат ишемическои болезни сердца, пороков сердца, артериальной гипертензии, заболеваний легких, миокардита, ревматизма.

Сердечная недостаточность может проявляться в следующих формах:

1. Застойная левожелудочковая недостаточность, характерная для митрального порока и тяжелой ишемической болезни сердца, особенно в сочетании с гипертонией.

Проявляется одышкой , сердечной астмой, отеком легких, застойными изменениями в легких, которые выявляются при прослушивании и на рентгенограмме.

2. Левожелудочковая недостаточность выброса характерна для аортального порока, ишемии сердца.

Симптомы: недостаточность мозгового кровообращения, которая проявляется головокружениями, потемнением в глазах, обмороками, коронарная недостаточность. В особо тяжелых случаях выявляется пресистолический галоп в качестве признака несостоятельности левого желудочка с присоединением к недостаточности выброса.

3. Застойная правожелудочковая недостаточность встречается при митральных и трикуспидальных пороках, сдавливающем перикардите.

Признаки: набухание шейных вен, повышение венозного давления, синюшность кончиков пальцев, увеличение печени, легкая желтушность кожных покровов, отеки и асцит.

4. Правожелудочковая недостаточность выбросадиагностируется рентгенологически и характерна для пульмонального стеноза.

Дистрофическая форма - это последняя стадия правожелудочковой недостаточности, которая может проявляться в различных вариантах: кахектическом, отечно-дистрофическом с дистрофическими изменениями кожных покровов, тяжелом некорригируемом солевом истощении.

Изменения со стороны самого сердца: значительное увеличение камер, кардиомегалия, атриомегалия, мерцательная аритмия, атриовентрикулярная блокада, выраженные склеротические патологии. Специфические формы сердечной недостаточности формируются при «синих» врожденных пороках со сбросом справа налево. [3]

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

2.1. Методы исследования

Исходя из цели нашей работы, изучить самооценку и качество жизни с ИБС, была подобрана выборка из 20 человек.

База исследования: КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича».

Исследование проводились в три этапа:

1. на первом этапе была определена база исследования, подобран психодиагностический материал, сформулированный из задач практического исследования;
2. на втором этапе проведено собственное экспериментальное исследование с помощью двух методик;
3. на третьем этапе полученные результаты были подвергнуты статистической обработке и анализу интерпретации.

Для выявления особенностей самооценки и качества жизни больных с ИБС были использованы следующие методики:

1. Шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.

Предлагаемый тест является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). В ходе проведения данной методики испытуемому предлагается прочитать внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркнуть соответствующую цифру справа в зависимости от того, как он себя чувствует в данный момент или обычно.

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам:

PT=∑1 - ∑2 + 50,

где ∑1 - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 3, 4, 6, 7 9, 13, 14, 17, 18; ∑2 — сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, И, 15, 19, 20);

ЛТ = ∑1 - ∑2 + 35,

где ∑1 - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; ∑2 - сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

При интерпретации результат можно оценивать следующим образом: до 30 - низкая тревожность; 31-45 - умеренная тревожность; 46 и более — высокая тревожность.

2. Опросник SF-36.

Опросник SF-36 (англ. The Short Form-36) — это опросник для оценки качества жизни пациента, широко используемый при проведении исследований качества жизни. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья.

SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал:

1. физическое функционирование,
2. ролевая деятельность,
3. телесная боль,
4. общее здоровье,
5. жизнеспособность,
6. социальное функционирование,
7. эмоциональное состояние
8. психическое здоровье.

Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья. Испытуемому предлагается выбрать ответ, который точнее всего отражает его мнение п

о поводу того, как он чувствует себя, насколько хорошо справляется со своими обычными нагрузками.

2.2. Результаты исследования

Результаты исследования особенностей самооценки больных ИБС и (Шкала самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина).

Рисунок 1 – сравнение средних показателей по шкалам реактивной и личностной тревожности

Из рисунка 1 видно, что обнаружить несомненную зависимость формы коронарного заболевания и уровня реактивной и личностной тревожности. Полезный уровень тревожности сохраняется при стенокардии.

 Высокий уровень реактивной и личностной тревожности чаще встречается после инфаркта. Пациенты, недавно перенесшие инфаркт, воспринимают большой круг ситуаций как угрожающие, реагируя состоянием тревоги, а так же они характеризуются сильным напряжением, беспокойством, нервозностью. Высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными, невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Средний уровень реактивной и личностной тревожности чаще всего встречается при сердечной недостаточности.

Результаты исследования качества жизни больных с ИБС (Опросник SF-36).

Рисунок 2 – сравнение средних показателей по шкалам опросника SF-36

При обработке результатов было обнаружено, что больные со стенокардией имеют высокие уровни показателей по всем шакалам (RF, BP, VT, RE, RP, SF, PH и MH). Высокие уровни показателей свидетельствуют о том, что физическая активность пациента, повседневная деятельность и выполнение повседневной работы не ограничивается физическим, эмоциональным состоянием, а так же наличием болевых ощущений. У пациентов со стенокардией высокая оценка своего здоровья, а так же перспектив лечения. Они ощущают себя полным сил и энергии, их эмоциональное состояние не ограничивает их социальную активность. Высокие показатели по шкале MH (психическое здоровье) говорят о том, что у таких пациентов, отсутствует депрессивных, тревожных переживаний.

В отличие от пациентов со стенокардией, пациенты, недавно перенесшие инфаркт миокарда, напротив, имеют низкие показатели по всем шкалам. Это означает, что наличие болевых ощущений, физическое и эмоциональное состояние значительно влияют на выполнение повседневной работы и как на физическую, так и на социальную активность пациента. Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, оценивают состояние своего здоровья как неблагополучное по сравнению с пациентами с стенокардией и сердечной недостаточностью. Так же наблюдается снижение жизненной активности, быстрое утомление, ограничение общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния и наличие депрессивных, тревожных переживаний.

Пациенты с сердечной недостаточностью имеют средние уровни показателей по шкалам физического здоровья (физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность) и по шкалам психического здоровья (социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в ходе исследования результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Пациенты со стенокардией имеют полезный уровень реактивной и личностной тревожности. У пациентов со стенокардией высокая оценка своего здоровья, а так же перспектив лечения. Они ощущают себя полным сил и энергии, их эмоциональное состояние не ограничивает их социальную активность. Физическая активность пациента, повседневная деятельность и выполнение повседневной работы не ограничивается физическим, эмоциональным состоянием, а так же наличием болевых ощущений.

2. Пациенты, недавно перенесшие инфаркт миокарда, имеют высокий уровень реактивной и личностной тревожности. Наличие болевых ощущений, физическое и эмоциональное состояние значительно влияют на выполнение повседневной работы и как на физическую, так и на социальную активность пациента. Пациенты быстрее, чем другие утомляются, снижается их жизненная активность. Пациенты после инфаркта ограничены в общении в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Так же наблюдается наличие депрессивных, тревожных переживаний.

3. Пациенты с сердечной недостаточностью имеют средние показатели реактивной и личностной тревожности, и средний уровень качества жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бернс Р. // Развитие Я-концепции и воспитание /Пер. с англ. - М.: "Прогресс", 1986. – 30-66 с.

2. B.C. Баранов, Г.Н. Носачев // Неврологический вестник, Т. XXVI, вып. 3-4 /Значение нарушений самосознания при эндогенных психозах для реабилитационных мероприятиий 1994. – 24-28 с.

3. Бабушкина Г. В., Картелишев А. В. Ишемическая болезнь сердца // Низкоинтенсивная лазерная терапия. — М.:Фирма «Техника». — С. 492—526

4. Добровольский А.В // Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни /Электр. Ресурс: [www.nature.web.ru](http://www.nature.web.ru).

5. Зейгарник Б.В. // Патопсихология /Глава IV.6.

6. Линдсей Г, К. Холл // Теории личности. Глава 7 /Электрон. Ресурс: [www.ihtik.lib.ru](http://www.ihtik.lib.ru).

7. Мухтаренко С.Ю., Мураталиев Т.М. , Саткыналиева З.Т. // Влияние особенностей восприятия болезни на качество жизни у больных коронарной болезнью сердца, осложненной сердечной недостаточностью /Электр. Ресурс: вестник КРСУ, № 7, 2003 г.

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

9. Пантилеев С.Р. // Самоотношение /Психология самосознания. - Самара, 2000. – 208 с.

10. Петровский А.В, Ярошевский М.Г. // Словарь / Москва, 1990, с. 193.

11. Петровский А.В, Ярошевский М.Г. // Словарь / Москва, 1990, с. 352.

12. Психологические методы исследования депрессивных состояний. – Электр. Ресурс: [www.examen.ru](http://www.examen.ru).

13. Роджерс К. // Гуманистическая психология. Психология личности: словарь-справочник /под ред. Горностай П., Титаренко Т. – К., 2001. – 10 с.

14. Роджерс К. // Гуманистическая психология. Психология личности: словарь-справочник /под ред. Горностай П., Титаренко Т. – К., 2001. – 11 с.

15. Столин В.В. // Самосознание личности. /Москва, 1983. – 5 с.

16. Столин В.В. // Самосознание личности. /Москва, 1983. – 38 с.

17. Сысоева Н.Ю. // Психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

18.Талайко С.В. // Психология личности: курс лекций /Лекция 6– электронный ресурс: www. myword.ru.

19. Тхостов А.Ш, Д.А. Степанович // Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки /Электрон. Ресурс: www. voppsy.ru.

20. Хэйс Р.Д. // Quality of Life Research. 1996. – 1-29 с.

21. Fairclaugh L. D. / Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. - Charman & Hall/CRC. — 2002. – 164-177 с.

# ПРИЛОЖЕНИЕ А

Шкала Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина.

**Бланк для ответов**

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет | Нет, это не так | Пожалуй, так | Верно | Совершено верно |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Мне ничего не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Я нахожусь в напряжении | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Я испытываю сожаление | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Я чувствую себя свободно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Я чувствую себя отдохнувшим | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Я встревожен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Я уверен в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Я неврвничаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Я не нахожу себе места | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Я взвинчен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Я не чувствую скованности, напряженности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Я озабочен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Я слишком возбужден и мне не по себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Мне радостно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Бланк для ответов**

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет | Почти никогда | Иногда | Часто | Почти всегда |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Я испытываю удовольствие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Я очень быстро устаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Я легко могу заплакать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Обычно я чувствую себя бодрым | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Я слишком переживаю из-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Я вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Я принимаю все слишком близко к сердцу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Обычно я чувствую себя в безопасности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Я уравновешенный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

# ПРИЛОЖЕНИЕ Б

SF-36. Анкета оценки качества жизни

ИНСТРУКЦИЯ: Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее сего отражает Ваше мнение.

1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как (обведите одну цифру):

Отличное…………….……..1

Очень хорошее…………….2

Хорошее………………...….3

 Посредственное………..….4

 Плохое……………………..5

2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад……………1

 Несколько лучше, чем год назад………………2

Примерно так же, как год назад……………….3

Несколько хуже, чем год назад………………..4

Гораздо хуже, чем год назад…………………..5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Вид физической активности** | Да, значительно ограничивает | Да, немного ограничивает | Нет, совсем не ограничивает |
| А | Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта | 1 | 2 | 3 |
| Б | Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды | 1 | 2 | 3 |
| В | Поднять или нести сумку с продуктами | 1 | 2 | 3 |
| Г | Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов | 1 | 2 | 3 |
| Д | Подняться пешком по лестнице на один пролет | 1 | 2 | 3 |
| Е | Наклониться, встать на колени, присесть на корточки | 1 | 2 | 3 |
| Ж | Пройти расстояние более одного километра | 1 | 2 | 3 |
| З | Пройти расстояние в несколько кварталов | 1 | 2 | 3 |
| И | Пройти расстояние в один квартал | 1 | 2 | 3 |
| К | Самостоятельно вымыться, одеться | 1 | 2 | 3 |

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ДА | НЕТ |
| А | Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 |
| Б | Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 |
| В | Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности | 1 | 2 |
| Г | Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий) | 1 | 2 |

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ДА | НЕТ |
| А | Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 |
| Б | Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 |
| В | Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно | 1 | 2 |

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

Совсем не мешало……….1

 Немного…………………..2

Умеренно…………………3

Сильно……………………4

 Очень сильно…………….5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

 Совсем не испытывал(а)……………1

Очень слабую……………………….2

Слабую………………………………3

 Умеренную………………………….4

 Сильную…………………………….5

Очень сильную……………………...6

8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)

 Совсем не мешала…………………1

 Немного……………………………2

Умеренно….……………………….3

Сильно……………………………..4

Очень сильно………………………5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Все время | Большую часть времени | Часто | Иногда | Редко | Ни разу |
| аА | Вы чувствовали себя бодрым (ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Б | Вы сильно нервничали? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| В | Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Г | Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Д | Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Е | Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ж | Вы чувствовали себя измученным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| З | Вы чувствовали себя счастливым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| И | Вы чувствовали себя уставшим(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру)

Все время………………………….….1

Большую часть времени…….……….2

Иногда……………….………………..3

 Редко………………………………….4

Ни разу………………………………..5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Определенно верно | В основном верно | Не знаю | В основном не верно | Определенно верно |
| А | Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Б | Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| В | Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Г | У меня отличное здоровье | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |