НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА»

Факультет психологии

_____

(ФИО студента)

ТЕМА

«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ»

Выпускная квалификационная работа - МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
по направлению подготовки 37.04.01 «Психология»
студента группы № _____
Профиль «_____»

Научный руководитель
_____
_____,
(уч. степень, звание)

_____
_____
(ФИО)

Москва 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ....8
1.1 Понятие внутренней картины болезни и его основные особенности.....8
1.2 Характеристика типов представлений о себе и отношения к болезни……18
1.3 Обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием.....25
Выводы по главе 1.....32
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ.....34
2.1 Ход исследования, выборка и методы исследования.....34
2.2 Анализ и интерпретация результатов.....38
Выводы по главе 2.....67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....68
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....63
ПРИЛОЖЕНИЯ……...…79

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проблема бесплодия была актуальна во все времена. В настоящее время в РФ наблюдается наличие довольно тревожной демографической ситуации, которая в значительной степени обусловлена снижением репродуктивного здоровья населения женского пола в стране. Так, по данным Росстат, в 2022 году показатель рождаемости в России сократился на 6,89% [63].

Согласно информации ВОЗ, бесплодие затрагивает миллионы людей репродуктивного возраста во всем мире и оказывает воздействие на их семьи и общины. По оценкам, проблема бесплодия касается от 48 миллионов пар до 186 миллионов человек в мире [64].

В Российской Федерации частота бесплодия колеблется от 17,2% до 24% в различных регионах [65].

Сегодня в РФ решением проблемы бесплодия занимаются как государственные учреждения здравоохранения, так и частные медицинские клиники и она имеет общегосударственный характер [52].

Психологические особенности бесплодных женщин могут иметь решающее значение для успешности лечения данного заболевания, а также в происхождении некоторых форм бесплодия. Поэтому изучение психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием очень актуально и требует пристального исследования.

Проблему понятия «внутренняя картина болезни» и его основные особенности изучали в своих трудах такие ученые как Р.М. Айсина [2], В.М.Банщиков [3], Е.Ю. Васильева [6], В.В. Вустенко [7], Б.Д. Карвасарский [13], В.Е. Каган [14], М.М. Кашапов [15], С.В. Ковалев [16], Н.Д. Лакосина [21], Р.А. Лурия [26] и многие другие.

Характеристика типов представлений о себе и отношения к болезни рассматривалась в работах О.В. Барсуковой [4], И.С. Кона [17], Е.П.Кораблиной [10], К. Леонгарда [22], А.Н. Леонтьева [23], М.С. Мантровой

[27], С.Р. Пантелиева [35], В.В. Столина [46] и многих других.

Особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием изучали в своих трудах С.В. Апресян [1], О.С. Берестова [5], В.Е. Гаврилова [8], Б.Г. Ермошенко [11], В.А. Крутова [19], Л.Ф. Масягутова [28], Н.Н.Петрова [36], Н.Н. Стеняева [45], J. Boivin, J. Takefman [55], S. Palomba [56], C. Shani [58], D. Stewart [60], B.M. Vander, C. Wyns [62] и другие.

Вместе с тем, проблема изучения психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием остается относительно малоизученной в психологии. Актуальность данной проблемы, ее недостаточная разработанность в психологической науке обусловили выбор темы работы: «Психологические особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием».

Таким образом, можно зафиксировать наличие **противоречия** между растущей необходимостью изучения проблемы психологических особенностей внутренней картины бесплодия у женщин и относительной малоизученностью данной проблемы в психологии.

Необходимость преодоления данного противоречия актуализирует выбор **проблемы исследования:** каковы психологические особенности внутренней картины бесплодия у женщин?

Объект исследования – личность женщины с бесплодием.

Предмет исследования – психологические особенности внутренней картины бесплодия у женщин.

Цель исследования – изучить психологические особенности внутренней картины бесплодия у женщин.

Гипотеза исследования основывается на предположении о том, что существуют психологические особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием.

Для реализации указанной цели и доказательства выдвинутой гипотезы были поставлены следующие **задачи исследования:**

- рассмотреть понятие внутренней картины болезни и его основные

особенности;

- изучить характеристику типов представлений о себе и отношения к болезни;

- провести обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием;

- подобрать диагностический инструментарий и описать организацию исследования;

- провести эмпирическое исследование психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием.

Методы и методики исследования:

1. Теоретический метод (анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования).

2. Психодиагностические:

- анкета по сбору анамнеза и социально-демографических характеристик респондентов;

- методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)» А.Е. Личко и Н.Я.Иванова;

- методика «Шкала депрессии» А.Т. Бека;

- методика «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36);

- методика «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л.Ханина.

3. Статистические методы обработки данных: проверка на нормальность осуществлялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Для выявления связи типов отношения к болезни и изучаемых психологических особенностей исследуемых женщин использовали корреляционный анализ Спирмена.

Для сравнительного анализа использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Расчеты производились при помощи программы Статистика 22.0.

Выборка исследования. В эмпирическом исследовании приняли

участие 30 женщин с гинекологическими заболеваниями.

Из них:

- 15 женщин с бесплодием (Группа 1. Средний возраст 29 лет);

- 15 женщин без бесплодия, имеющие от 1 до 3 детей (Группа 2. Средний возраст 28,5 лет).

Эмпирическая база исследования. Эмпирическое исследование проводилось на базе Благотворительного фонда «Свет в руках» - психологическая помощь в ситуации перинатальных потерь.

Практическая значимость исследования заключается в проведении собственного исследования психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием и в возможности использования полученных данных в практической работе специалистов психологических служб. Полученные данные психологических последствий нарушения в репродуктивной сфере и их причин могут быть полезны при разработке тренингов и коррекционных занятий с целью увеличения эффективности лечения, в том числе, комплаэнтности пациенток с бесплодием, и повышению качества жизни таких женщин, для профилактики невротических и психосоматических расстройств в рамках индивидуального и группового психологического консультирования.

Структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, включающих параграфы, выводов по главам, заключения, списка литературы, а также приложений.

В первой главе работы изучены теоретико-методологические аспекты исследования психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием, а именно рассмотрено понятие внутренней картины болезни и его основные особенности, изучена характеристика типов представлений о себе и отношения к болезни, а также проведен обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием.

Во второй главе работы проводится эмпирическое исследование

психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием, а, именно подобран диагностический инструментарий и описана организация исследования, а также проведен анализ и интерпретация результатов исследования.

В заключении излагаются выводы, сделанные в работе.

Список литературы включает в себя 66 наименований.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

1.1 Понятие внутренней картины болезни и его основные особенности

Традиционно психологические исследования особенностей возникновения и протекания тех или иных заболеваний осуществлялись с позиции представлений о внутренней картине болезни (В.Е. Каган [14], Р.А.Лурия [26], В.В. Николаева [32], Т.Н. Резникова [37] и др.).

Основы понятия «внутренняя картина болезни» были заложены А. Гольдшейдером в 1929 г. Автор ввел понятие «аутопластическая картина болезни», которое рассматривал как совокупность всех представлений, ощущений, чувств, переживаний, связанных с физическим состоянием больного, отраженных в ней. А. Гольдшейдер различал «аллопластическую картину болезни», отражающую органические и функциональные (объективные) изменения, связанные с заболеванием, и «аутопластическую картину болезни», то есть субъективные представления о ней [13].

В дальнейшем, отталкиваясь от работ А. Гольдшейдера известный российский врач, исследователем Р.А. Лурия в 1930 г. субъективно-психологическая сторона любой болезни была обозначена термином «внутренняя картина болезни», которую автор толковал как интерпретацию диагноза болезни, когнитивную оценку степени тяжести ее протекания, а также формирование эмоциональных и поведенческих паттернов больного [26].

Р.А. Лурия подчеркивает, что согласно пониманию и объяснению внутреннюю картину болезни необходимо рассматривать не только как субъективные жалобы больного, но и изучать структуру его отношения к сензитивной, интеллектуальной части, поскольку они тесно взаимосвязаны с личностью больного, его общим уровнем образования, культуры, воспитания

и социального класса или происхождения. Автор утверждал, что следует различать внешнюю и внутреннюю картины болезни. Под первой подразумеваются все объективные данные, которые можно описать, зафиксировать; под второй – весь комплекс внутренних переживаний самого больного, его ощущение, чувство, эмоциональное реагирование [26].

В концепции Р.А. Лурия внутренняя картина болезни как система переживаний и понимания человеком собственной болезни рассматривается наравне с верифицированными данными анамнеза, соматическими и параклиническими симптомами [26].

Внутренняя картина болезни тесно связана с проблемой критичности мышления. Во внутренней картине болезни фиксируются все отношения человека к заболеванию:

1) это то, что бывает только у больного человека;

2) это психологическое новообразование в самосознании человека (чего в сознании до заболевания не было);

3) возникает на каком-то этапе болезни [26].

По мнению В.Е. Кагана внутренняя картина болезни – это не просто реакция личности на болезнь, но это патопластический и потенциально патогенетический фактор [14].

Е.Ю. Васильева внутреннюю картину болезни рассматривает как реакцию на заболевание. Автор выделяет такие главные типы реакций, как:

- стеническая (активная жизненная позиция);

- астеническая (склонность к пессимизму, подозрительности по выздоровлению, схеме лечения);

- рациональная (характеризуется грамотной, рассудительной оценкой ситуации) [6].

По мнению Е.Ю. Васильевой, любые реакции на болезнь обусловлены влиянием внешних и внутренних факторов, сложившихся психологическими защитами личности, в целом по всей нервной системе [6].

Н.Д. Лакосина с соавторами внутреннюю картину болезни

рассматривают как совокупность не только эмоциональных нарушений, но и определенных процессов интеллектуального и волевого порядка, связанных с сознанием, переживанием и отношением к болезни. По мнению авторов, основным и первичным компонентом этой структуры является эмоциональная реакция больного на факт заболевания. Мнения больного опираются не на логические закономерности, а на эмоциональную значимость тех или иных фактов.

Болезнь занимает непропорционально большое место, вытесняя другие сферы (работа, семья, общественная деятельность). У людей со слабой волей заболевание может привести к страху, вине, тревоге, пассивности, депрессии, что нивелирует любые успехи в лечении [16].

Напротив, у людей сильной воли наблюдается принятие и внедрение решений, направленных на борьбу с болезнью, однако эти усилия без соответствующих компетенций могут повредить здоровью. То есть, неадекватное понимание ограничений болезни затрудняет рациональную адаптацию к новому состоянию, снижает эффективность лечения и может стать причиной дальнейших соматических осложнений [20].

Согласно В.В. Николаевой внутренняя картина болезни – это сложное многоуровневое психологическое новообразование в самосознании больного человека, включающее в себя четыре основных уровня отражения болезни (рис. 1) [32].

Рассмотрим структуру внутренней картины болезни подробнее.

Сензитивная сторона внутренней картины болезни отражает болевые локализации, степень их интенсивности и т.д. – это наименее психологический уровень по своему содержанию. Он образован совокупностью всех болезненных ощущений и переживаний, которые есть у больного человека (болит голова, жжение, кожный зуд и т.д.) [3].

При психических расстройствах этот уровень слабо проявляется («ничего не болит»), т.е. у психических больных не возникают неприятные соматические ощущения, но появляются особые психологические состояния,

являющиеся собственно проявлениями болезни (страх, тоска, апатия). Но могут быть сложные переживания, бредовые, галлюцинаторные и т.д. У каждого человека этот уровень разный [2].

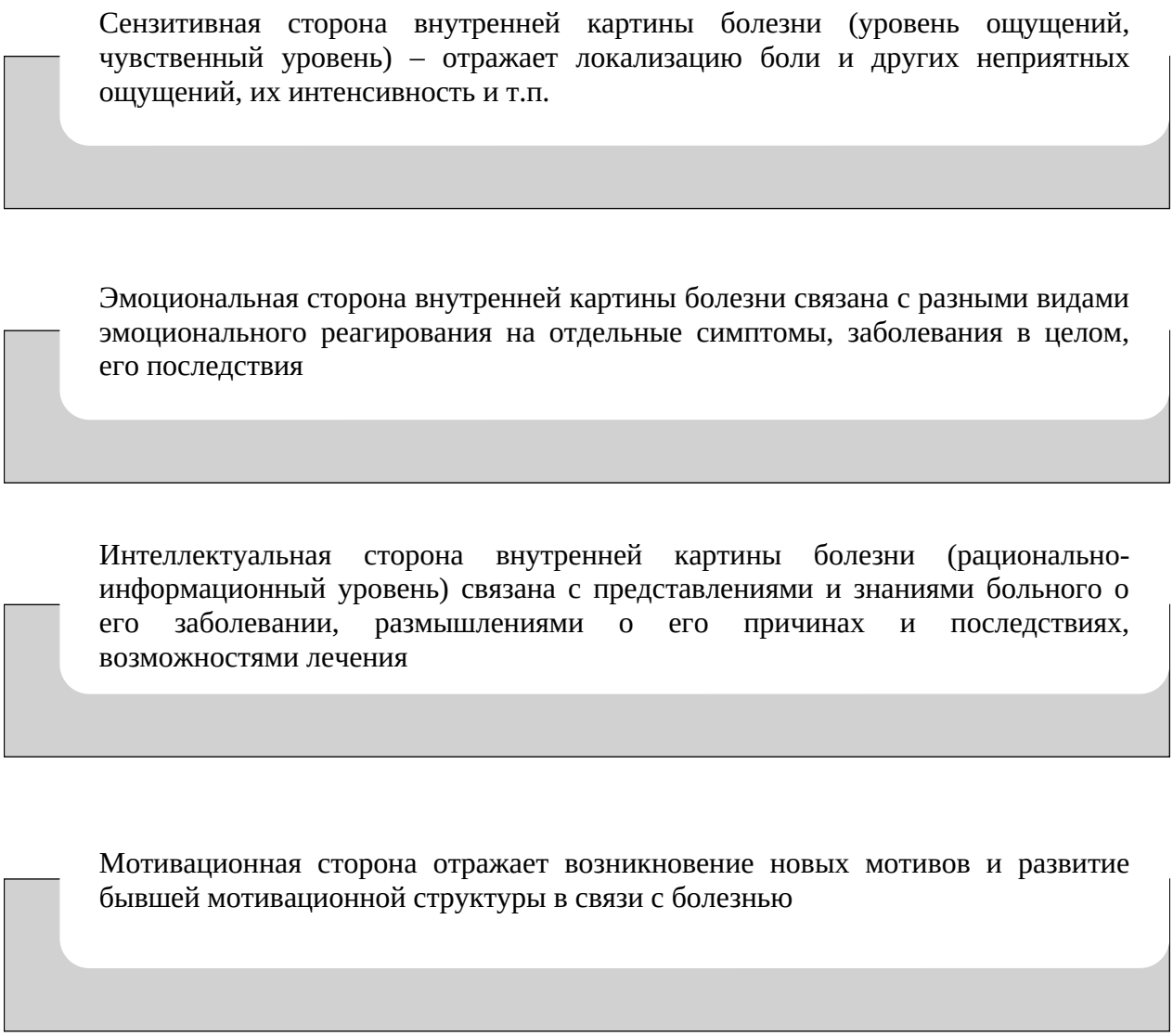

Рис. 1. Структура внутренней картины болезни

Эмоциональная сторона внутренней картины болезни отражает разные виды эмоционального реагирования личности на ряд отдельных симптомов, болезнь в целом и ее последствия. То есть представляет собой совокупность эмоциональных реакций человека, которые обусловлены фактом осознания у себя того или иного заболевания. Изменяется с течением времени: в начале заболевания острота реакций более выражена, затем снижается. Это уровень отношения к болезни. Эмоциональная переработка того факта, что человек

болен [21].

Интеллектуальная сторона связана осознанием своей болезни, она формируется постепенно со временем [25].

Мотивационная сторона отражает возникновение новых мотивов и развитие прежней мотивационной структуры в связи с болезнью. Этот уровень образован совокупностью изменений перестроек, трансформаций в мотивационной сфере человека, которые обусловлены фактом осознания наличия у себя того или иного заболевания [31].

Ю.Г. Фролова предлагает выделять во внутренней картине болезни также и волевую сторону, связанную со стремлением человека справиться с болезнью, актуализировать деятельность, направленную на возвращение и сохранение здоровья личности [48].

Основываясь на этих сторонах, больной создает так называемую модель болезни, то есть складывается комплекс представлений о болезни: причины, клинические проявления, методы лечения и прогноз, переживания и особенности поведения в целом. Модель болезни включает в себя два аспекта (рисунок 2).

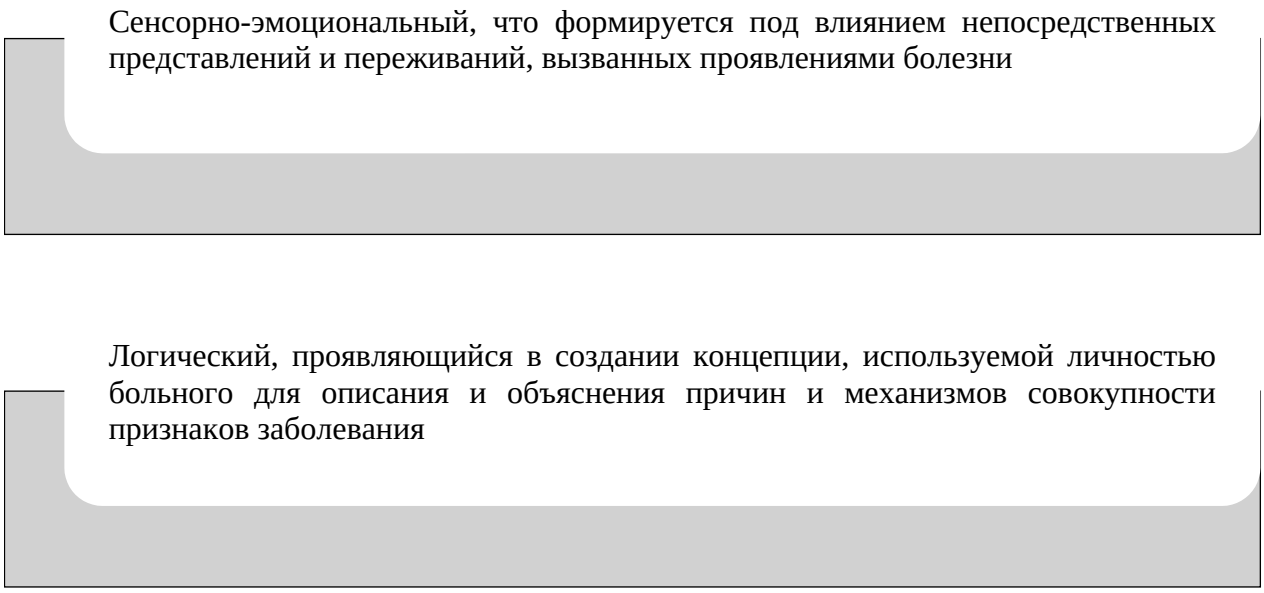

Рис. 2. Аспекты модели болезни

По мнению Т.Н. Резниковой, существуют такие структурные компоненты внутренней картины болезни, состоящие из моделей ведущих симптомов, болезни, прогнозаи т.д. Именно особенности субъективных ощущений личности в течение болезни являются определяющими для формирования, обучения психоэдукции внутреннего мира человека – внутренней картины болезни [37].

М.М. Кашапов подчеркивает, что внутренняя картина болезни является психологическим отражением действия болезни на психику. Автор в структуре внутренней картины болезни выделяет следующие компоненты:

- чувственный (сенситивный);

- эмоциональный;

- интеллектуальный (когнитивный) и мотивационный.

Чувственный уровень содержит весь спектр телесных (физических) болезненных ощущений, испытываемых человеком во время заболевания.

Эмоциональный уровень включает различные эмоции, возникающие в связи с болезнью, тогда как интеллектуальное представление, знание и оценку заболевания.

Мотивационная составляющая относится к осознанному отношению индивида к своей болезни, и особенно – к изменению собственного поведения и стиля жизни в условиях заболевания [15].

К. Леонгард выделяет типы психического реагирования человека на заболевание:

- гармоничный, эргопатический, анозогничный типы (социальная адаптация не является нарушеной);

- ипохондрический, тревожный, меланхолический, апатичный (возникновение психической дезадаптации);

- эгоцентрический, неврастенический, обсессивно-фобический, сензитивний, эйфорический, паранойальный (возникновение психической дезадаптации) [22].

Выделяют следующие типы внутренней картины болезни больного (рис.

3) [18].

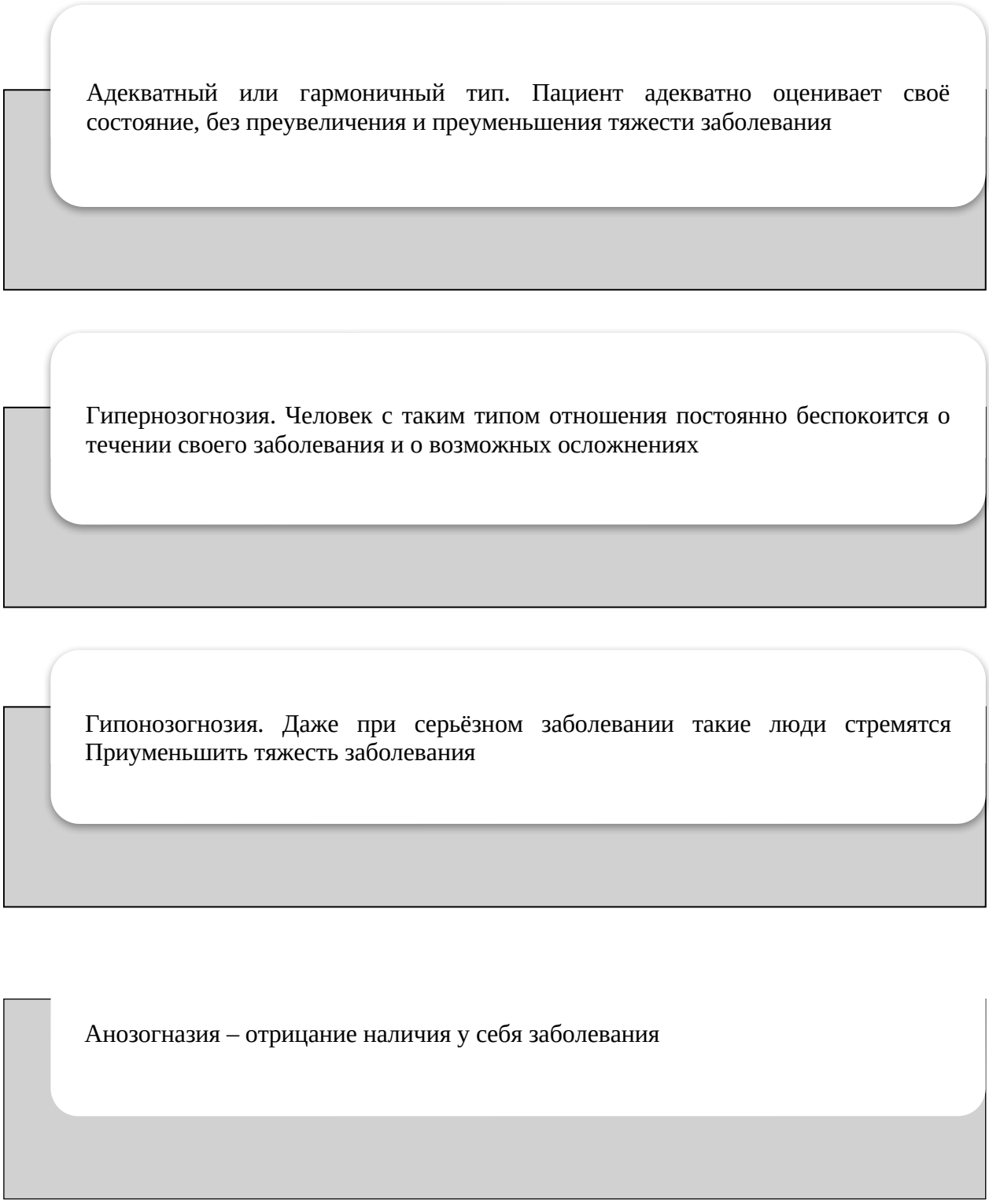

Рис. 3. Типы внутренней картины болезни

Рассмотрим данные типы подробнее.

Адекватный тип внутренней картины болезни характеризуется достаточно полным адекватным соответствием объективных проявлений

заболевания и субъективных реакций на это заболевание [24].

При гипернозогнозии больной воспринимает тяжесть своего состояния труднее, чем это объективно (логический уровень), эмоциональные реакции на заболевание более сильны, более выражены. Эти больные представляют дополнительные проблемы при лечении. Основной метод лечения – психокоррекция. В рамках этой внутренней картины болезни функционирует механизм семантико-перцептивной защиты (универсальный механизм защиты, когда мы видим не то, что есть на самом деле белое – черное.) Такой больной декларирует крайне трудные оценки своего состояния, но от других ждет более легкой оценки, убежденности, поддержки [29].

Гипонозогнозия представляет собой неполное, частичное, фрагментарное отражение проявлений болезни на одном или нескольких уровнях внутренней картины болезни. Это самый частый вариант внутренней картины болезни [34].

Анозогназия – отрицание наличия у себя заболевания. При таком варианте внутренней картины болезни нет, нет осознания болезни. Больной считает себя здоровым, отрицает любое проявление своего заболевания. Сам к врачу не обращается, возникает проблема поведения. Анозогнозия встречается чаще при психических заболеваниях, когда психически больной человек не расценивает свое состояние как болезненное. С такими больными существуют проблемы (так как есть принцип добровольности обращения к психиатру). Анозогнозия бывает также у тяжелобольных людей, когда у умирающего больного за счет интоксикации всего организма, и прежде всего мозга, отсутствует возможность адекватно оценивать свое состояние. В данном случае – анозогнозия носит защитный характер [27].

Формирование внутренней картины болезни – это взаимодействие внешних и внутренних факторов, а именно характер нозологии (продолжительность, тяжесть, прогноз, симптоматика), жизненного опыта, возраста, уровня образования и культуры, интеллектуальных способностей, личностных свойств больного. У детей дошкольного и младшего школьного

возраста внутренняя картина болезни преимущественно формируется на основе аффективно-чувственной составляющей, в то время как у взрослых интенсивно включаются интеллектуальный и мотивационный компоненты [43].

Формирование внутренней картины болезни также связано с проекцией объективной реальности здоровья на самосознание человека, с субъективным восприятием и переживанием своей болезни [41].

При построении внутренней картины болезни больного важное место принадлежит схеме тела – отсутствию/принятию телесного дискомфорта в любой его части. Восприятие больным телесного дискомфорта как предупреждение относительно угрозы здоровью и толчок к действиям, направленным на его восстановление, является путем получения своевременного лечения и сохранения здоровья на ранних этапах заболевания [24].

На содержание внутренней картины болезни влияет ряд факторов, представленных на рисунке 4 [37].

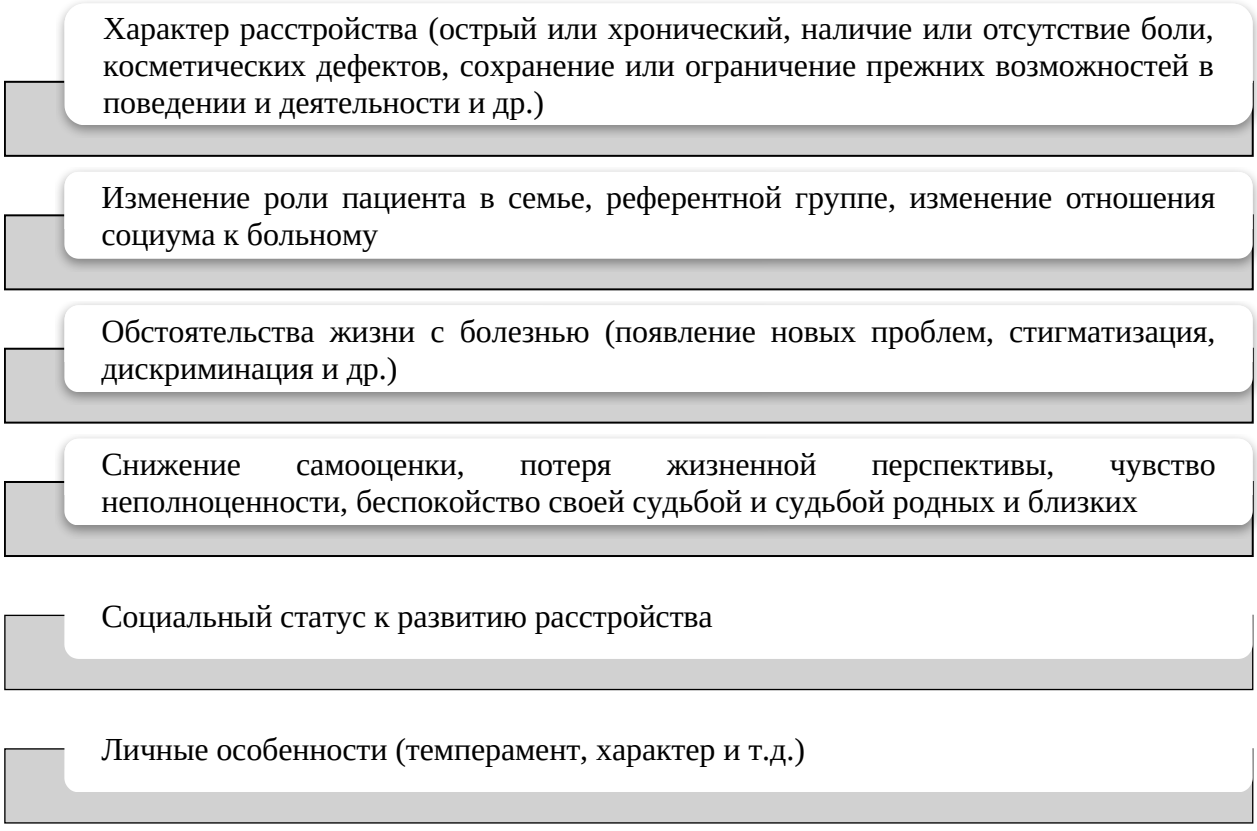

Рис. 4. Факторы, влияющие на содержание внутренней картины болезни

В.Д. Менделевич подчеркивает, что построение конгруэнтной внутренней картины болезни – путь к принятию болезни как части жизни. Принимая заболевание, свое новое состояние, больной строит представление о болезни и ее реальных ограничениях и происходит интеграция внутренней картины болезни в новую внутреннюю картину здоровья [29].

Диагностика внутренней картины болезни включает следующие этапы (рисунок 5) [6].

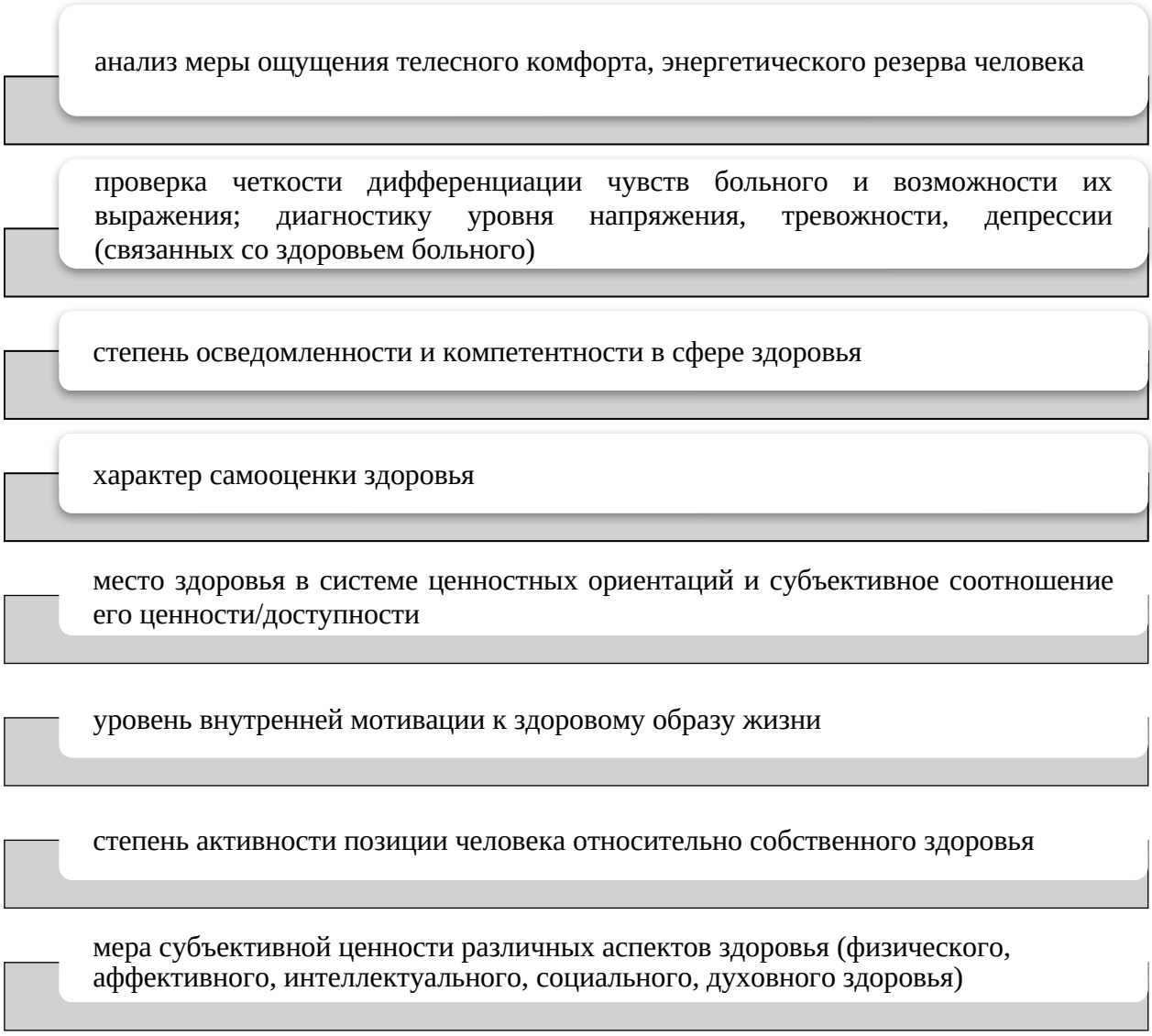

Рис. 5. Этапы диагностики внутренней картины болезни

Внутренняя картина болезни больного всегда корректируется сложностью заболевания, уровнем угрозы его жизни, жизненным опытом,

возрастом, социальной адаптацией и т.д. Чем большую угрозу несет заболевание, тем сложнее отделить болезнь от здоровья, возникает угроза генерализации болезни. Путь к уменьшению негативного влияния болезни на жизнь человека – это коррекция интеллектуальных представлений о нынешнем состоянии здоровья и будущих перспективах выздоровления, комплекс мероприятий по контролю эмоциональных переживаний и ощущений симптомов заболевания, а также построение системы поведения по сохранению и восстановлению здоровья [32].

Знание структуры и типа внутренней картины болезни позволяет осуществлять адекватное психологическое сопровождение процесса выздоровления человека, выбирать адекватную программу психокоррекционных мер [40].

Анализируя вышесказанное, пришли к следующим выводам. Внутренняя картина болезни отражает совокупность всех представлений, ощущений, чувств, переживаний, связанных с физическим состоянием больного.

1.2 Характеристика типов представлений о себе и отношения к болезни

Личность является специфической системой, которая характеризуется не только определенным статусом в системе межличностных отношений и соответствующим отношением к социальной среде, но и особым отношением к себе. В отечественной психологии фундаментальные исследования феномена отношения человека к себе были начаты А.Н. Леонтьевым [23], С.Л.Рубинштейном [39], А.Г. Спиркиным [44] и в дальнейшем продолжены И.С. Коном [17], И.И. Чесноковой [49] и др.

Согласно Л.Б. Шнейдеру отношение к самому себе (самоотношение) представлено осмысленным отношением к собственным субъективным образованиям, то есть личностным свойствам [50].

Самоотношение как определенная подструктурная единица в общей системе отношений человека тесно связана с особенностями отношения

субъекта к внешне-предметному и социальному миру [33].

По мнению Н.И. Сарджвеладзе, основное отличие самоотношения от отношения к окружающему миру заключается в разнице между референтами – в первом случае основным референтом отношения выступает собственное тело или психосоциальные и личностные особенности, во втором – объекты внешнего мира или другие люди. Исходя из этого, автор акцентирует два основных способа самоотношения – объектный и субъектный [42].

По нашему мнению, основная ценность такого подхода позволяет расширить диагностику и последующее описание эмпирически полученных и теоретически осознанных особенностей, раскрывающих своеобразие и неповторимость отношения личности к себе.

Анализ последних исследований и публикаций (О.В. Барсукова с соавторами [4], В.Л. Леонтьева [25], В.Б. Шумский [51] и др.) показывает следующее.

В психологии существует два противоположных подхода к толкованию структуры отношения к себе. В пределах первого отношение к себе рассматривается как одномерное, во втором – как сложноструктурированное психическое образование [14].

Определение отношения как одномерного образования не нашло своего эмпирического подтверждения как в современной отечественной, так и иностранной психологии [49].

Содержательный анализ структурных компонентов отношения к себе позволил С.Р. Пантелиеву выделить две разные по семантическому содержанию подсистемы: «оценочную» и «эмоционально-ценностную» [35].

Различия между составляющими отношения к себе выделяют целый ряд иностранных и отечественных психологов.

Так, И.С. Кон, основываясь на теории диспозиционной регуляции поведения, настаивает на трехкомпонентной структуре самоотношения, включающей когнитивную, аффективную и поведенческую подструктуры [17].

Н.И. Сарджвеладзе также выделяет когнитивный, эмоциональный и конативный компоненты и настаивает на тенденции консистентности между ними, поскольку самоотношение является одной из разновидностей аттитюдов, характеризующихся этим генерализованным свойством [42].

Двухкомпонентный состав самоотношения рассматривается также В.В. Столиным, который в качестве двух основных образующих отношений к себе выделяет следующие (рисунок 6) [46].

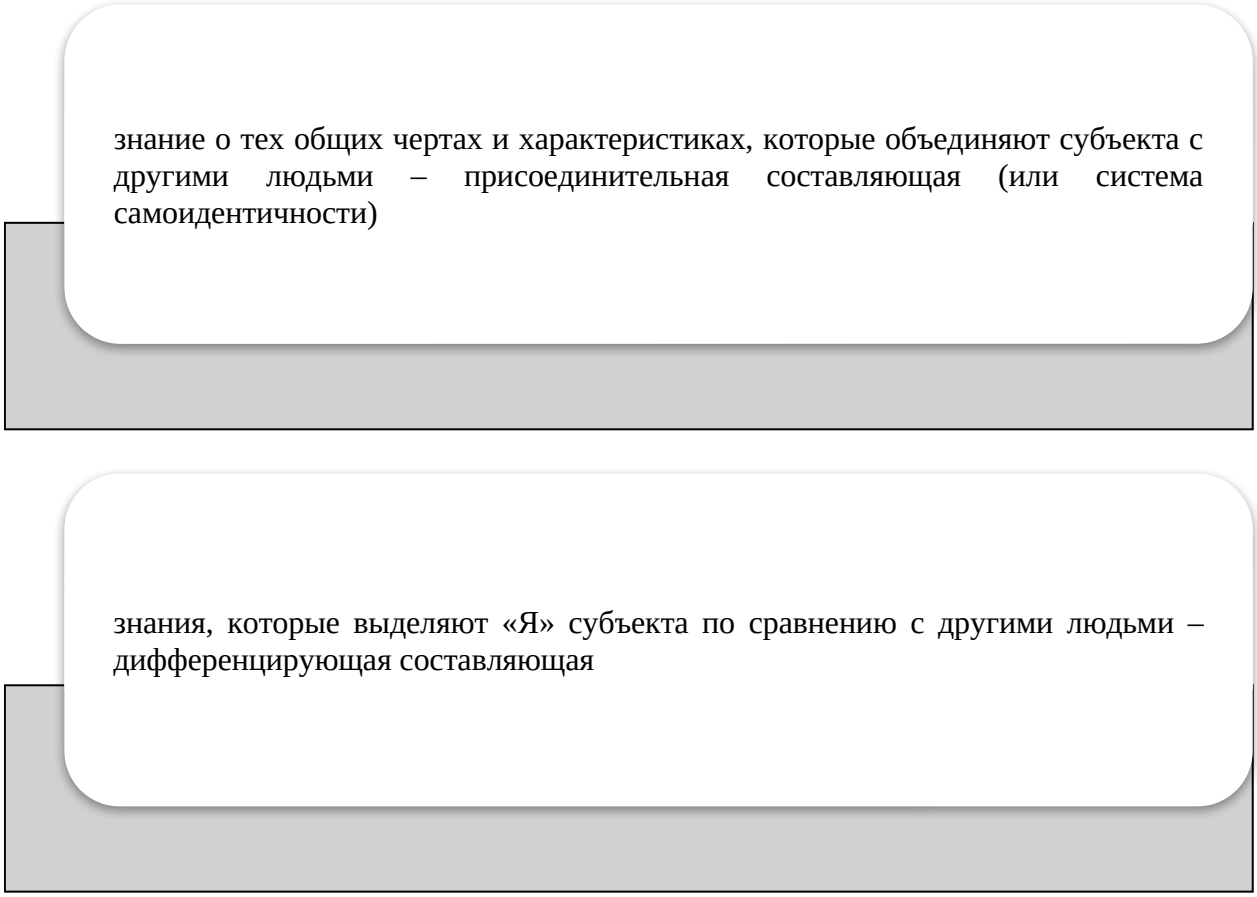

Рис. 6. Двухкомпонентный состав самоотношения

А.С. Обухова в структуре отношения личности к себе выделяет два основных компонента:

1) общие, глобальные показатели личности или субъект-объектная подструктура (глобальное самоотношение, общая система ценностей, цели жизни);

2) частичные, или субъект-субъектные подструктуры (частичная самооценка, локус контроля, самоотношение, самоинтерес и т.п.), что в

дальнейшем влияет на всеобщую интеграцию личности в систему микросоциальных отношений со средой [33].

В научной литературе (В.Л. Леонтьева [25], А.С. Обухова [33], К. Роджерс [38]) выделяют следующие типы отношения личности к себе (рисунок 7).



Рис. 7. Типы отношения личности к себе

Рассмотрим данные типы отношения личности к себе подробнее.

В.Л. Леонтьева отмечает, что положительное устойчивое самоотношение лежит в основе веры человека в свои возможности, связанное с его готовностью к риску, обуславливает оптимизм по поводу ожидания успешности собственных действий [25].

Р.С. Немов подчеркивает, что при положительном личностном отношении человек принимает свою личность в целом, обретает чувство уверенности в себе, ощущение ценности своего «Я» [31].

А.С. Обухова отмечает, что амбивалентное (конфликтное) самоотношение – двойное, зачастую парадоксальное, сопровождается

внутриличностными конфликтами [33].

По мнению Б.В. Овчинникова с соавторами, негативное отношение к себе сопровождается стремлением человека винить себя за свои ошибки и неудачи, характеризуется внутренней конфликтностью, недостаточной самооценкой, чрезмерным использованием защитных механизмов. Негативное отношение личности к себе приводит к поведенческим аддикциям, девиациям [34].

По мнению К. Роджерса, базовым условием проявления гибкости личности в оценке себя как субъекта межличностных отношений является положительное отношение к себе. Положительное отношение к себе является основой полноценного функционирования личности, ее открытости внутренним переживанием. Оно обеспечивает возможность восприятия человеком себя и других без искажений и возражений, взаимодействия с другими без защит, тогда как амбивалентное и негативное самоотношение влекут за собой неустойчивость самоотношения, его зависимость от оценок других людей [38].

Важной составляющей самоотношения личности является отношение к своей болезни.

Согласно своим ощущениям, эмоциям, психическим особенностям каждый человек по-разному относится к собственной болезни. В клинической психологи выделяют:

- стеническую;

- астеническую;

- рациональную реакцию людей на заболевание [2].

При стеническом типе реакции больной слабо способен выполнять необходимые ограничения, накладываемые заболеванием.

При астенической – развивается пессимизм, подозрительность, но личности относительно легче приспособиться к болезни, нежели при наличии стенического типа реакции.

При оптимальном типе реагирования имеет место настоящая оценка

ситуации и рациональный выход из фрустрации [2].

Наиболее распространенной в современной научной литературе является следующая классификация типов отношения к болезни (рис. 8) [21].

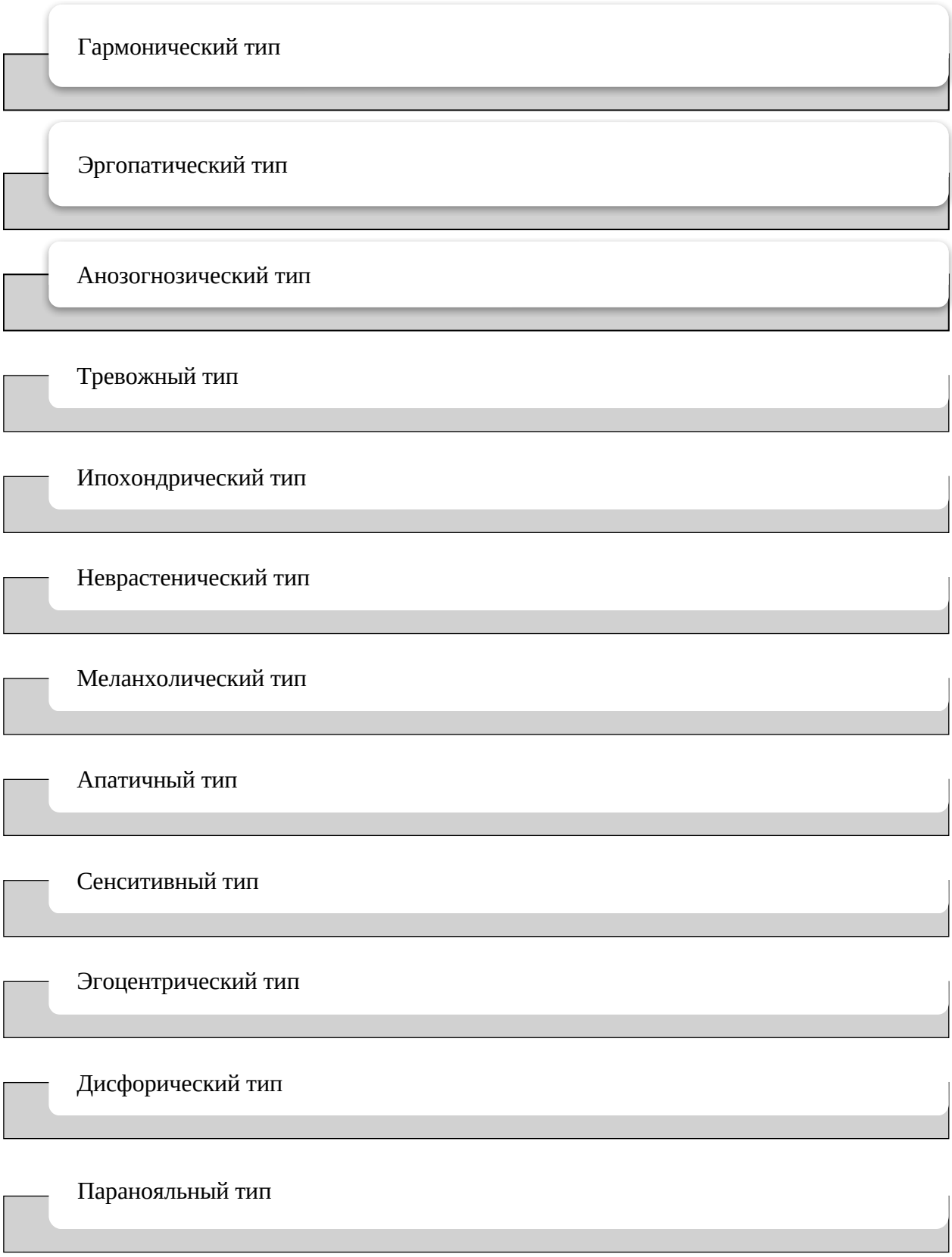

Рис. 8. Типы отношения к болезни

Рассмотрим данные типы подробнее.

Гармонический тип – адекватная оценка болезни без преувеличения ее тяжести, видение собственных перспектив.

Эргопатический тип – бегством от болезни в работу, желание сохранения высокой работоспособности.

Анозогнозический тип – активное отвержение мыслей о болезни, о ее последствиях, отказ от прохождения обследования и лечения [3].

Тревожный тип отношения – непрерывное беспокойство и мнительность, постоянные рассуждения о не благоприятности течения болезни, неэффективности прохождения лечения.

Ипохондрический тип – сосредоточенность на субъективном ощущении болезни и преувеличение ее значения, поиск несуществующих заболеваний [29].

Неврастенический тип – вспышки раздражительности, в особенности при болях, при неудаче лечения и т.д. [61].

Меланхолический тип – отсутствие веры в выздоровление даже при наличии благоприятного прогноза, наличие сильной депрессии, суицидальных мыслей [27].

Апатичный тип – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение лечению, потеря любопытства ко всему окружающему [59].

Сенситивный тип – чрезмерная взволнованность относительно возможных неприятных восприятий человека окружающим миром из-за болезни, боязнью быть обузой для родных [33].

Эгоцентрический тип – «бегство в болезнь», выставление напоказ страданий [54].

Дисфорический тип – доминирование мрачно-озлобленного настроения, депрессии, ненависти к здоровому человеку, вспышки чрезмерной ярости, склонность к обвинению в своем заболевании другого и т.д. [33].

Паранояльный тип – уверенность, что заболевание это результат злых

умыслов, подозрительность к лечению и врачам, безосновательное обвинение медицинского персонала [37].

Анализируя вышесказанное, пришли к следующим выводам. Под самоотношением следует понимать осмысленное отношение личности к собственным личностным свойствам. Существует несколько типов самотношения: положительное, конфликтное и негативное. Важная составляющая самоотношения представлена отношением к собственной болезни. Существуют различные типы отношения к болезни: гармонический, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхоличный, апатичный, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранояльный.

1.3 Обзор исследований особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием

Бесплодие – основное физиологическое препятствие для рождения детей и приобретения женщиной статуса материнства [1].

Проведем обзор исследований особенностей болезни женщин с бесплодием.

В.В. Вустенко предполагает, что в качестве ведущего этиопатогенетического звена бесплодия у женщин, причину которого не удается установить, выступает наличие эмоционального стресса. Автор указывает, что длительное бесплодие порождает нервно-психическую напряженность не только у женщины с данным диагнозом, но и у ее партнера, что часто приводит к разводам [7]. Согласно данным, Росстат [63], до 70% бесплодных пар разводятся.

В труде Б.Г. Ермошенко отмечается, что для женщин с бесплодием свойственно наличие болезненной фиксации на собственном диагнозе, одержимости идеями материнства и высокой чувствительностью, что способствует формированию синдрома, который носит название «репродуктивная неполноценность». У множества женщин, которые имеют

диагноз «бесплодие», отмечают наличие различных психосоматических расстройств (заболевания ЖКТ, ожирение, ВГСД, артериальная гипо- и гипертензия). Наличие у женщин тревожного ожидания и разочарования в начале очередного менструального цикла способствует возникновению нарушений в менструальном цикле [11].

В исследовании В.А. Крутова было выявлено, что для женщин с бесплодием характерно преобладание высокого уровня тревожности и фрустрации, среднего уровня ригидности, в сравнении с женщинами, которые не имеют бесплодия. Также в данном исследовании было установлено, что для женщин с бесплодием характерно наличие высокого уровня как ситуативной, так и личностной тревожности [19].

В научном труде Н.Н. Петровой выявлено, что женщины, характеризующиеся наличием бесплодия, имеют повышенную чувствительность к стрессовым факторам и низкую стрессоустойчивость. Автор отмечает, что у бесплодных женщин могут наблюдаться мотивы, несколько отличающиеся от традиционных. Кроме потребности в заботе о ребенке и ответственности за его воспитание, могут возникать мотивы «удержать мужчину», «заполнить пустоту», «соблюдать семейные традиции», «почувствовать себя нормальной» и прочее [36].

О.С. Берестова в своей работе утверждает, что физически у женщин с бесплодием наблюдаются гипертонус мышц всего тела, особенно мышц репродуктивной сферы, нарушение дыхания, которое характеризуется усиленной частотой и поверхностностью, нарушение сна (бессонница, удлинение или сокращение фаз длинного/короткого режимов сна), психосоматические явления и заболевания; нарушение менструального цикла; снижение либидо; хронический стресс и т.д. [5].

Н.О. Дементьева в своем исследовании установила, что на уровне психики у женщин с бесплодием наблюдается нарушение работы симпатических и парасимпатических отделов ЦНС, когда симпатический отдел в режиме интенсивной работы, а работа парасимпатического отдела

минимизированная. Ментальное напряжение у женщин с таким диагнозом проявляется в неконструктивных глубинных переживаниях, в появлении навязчивых мыслей о зачатии, навязчивых идей о необходимости забеременеть и родить ребенка [10].

Согласно исследованию Е.С. Мордас невозможность женщин с бесплодием забеременеть вызывает у них массу негативных эмоций, с которыми женщина не может справиться и которые со временем проявляются все больше и накапливаются в виде физического напряжения и психосоматических проявлений: стыд и вина из-за невозможности быть «нормальной», выполнить женское назначение; злость на себя и партнера; снижение чувства самоценности; искаженное самопринятие или неприятие себя и своего тела; снижение либидо, редкость или отсутствие оргазма; эмоциональное выгорание, проявляющееся в пониженной интенсивности эмоций или в полном отсутствии эмоционального реагирования; аффективные вспышки и т.д. [30].

В.Е. Гаврилова отмечает, что у женщин с бесплодием наблюдается нарушение аффективной сферы и снижение уровня развития эмоционального интеллекта. Женщины с таким диагнозом начинают плохо дифференцировать собственные эмоциональные состояния, не могут выражать свои чувства адекватно, не могут говорить о них, общаться конструктивно. Все вышеописанное вызывает очень сильное эмоциональное напряжение у женщины, состояние хронического стресса, невозможности расслабиться. Напряжение проявляется также и в социальной жизни женщины, а именно: в карьере, отношениях с другими людьми, особенно с близкими [8].

М.С. Голышкина утверждает, что постоянный стресс, навязчивая идея зачать и родить ребенка не дают женщине с бесплодием самоактуализироваться, проявиться, добиться успеха в других социальных ролях. В труде данного автора установлено, что у женщин с бесплодием во взаимоотношениях с партнером чаще всего диагностируются деструктивные модели отношений: жертва – агрессор, отец – ребенок и другие. В таких парах

вообще речь не идет о зрелых партнерских отношениях. Конфликты, обвинение друг друга, давление со стороны партнера или других близких людей, перевода ответственности, а в результате постоянно растущее напряжение от невозможности зачать, может приводить к разводу, что еще сильнее ухудшает эмоциональное состояние женщин с бесплодием [9].

Л.Ф. Масягутова в своем исследовании определила, что у женщин, имеющих бесплодие, в отношениях с родителями, особенно с матерью, диагностируются нарушения. Зачастую у таких женщин отношения с матерью конфликтные. В исследовании выявлено, что бесплодие у женщины часто может сопровождаться изменением ее самооценки, образа «Я», социального положения и т.д. Диагноз «бесплодие» способствует возникновению у женщин «чувства неполноценности», изменению «телесного образа», потери сексуальной привлекательности, искажению образа «Я», ощущению «личностной дефектности», «социальной незавершенности», снижению самооценки женщины [28].

В.С. Зыбайло по результатам своего исследования выделили несколько этапов эмоционального реагирования женщин на диагноз «бесплодие»: удивление, горе, злоба, изоляция, отрицание и согласие. Первичная реакция удивления сменяется периодом шока и страдания. Затем добавляются чувства вины, стыда и социального несоответствия. Возникающее стремление к изоляции и уменьшение контактов вызывает снижение у бесплодных женщин социальной адаптации. Они неохотно идут на контакт с другими людьми, в том числе и с психологом, тем самым усложняя терапию [12].

Н.А. Тювина утверждает, что у подавляющего большинства женщин с бесплодием выявляются различные нарушения психоэмоциональной сферы: чувство неполноценности, одиночества, истерические состояния, диспареунии и аменореи и т.д. Комплекс подобных симптомов объединяют в «синдром ожидания беременности». Если причины бесплодия психогенные, то часто бывает, что беременность наступает именно в тот момент, когда женщина принимает решение о прекращение лечения [47].

Не следует забывать о психологическом давлении на женщину с бесплодием, которое она испытывает в случае, когда мужчина и родные ждут рождения ребенка и постоянно на этом настаивают. Мало кто понимает, что лишнее беспокойство по поводу бесплодия наносит большой вред женскому организму.

Так, при изучении психологического статуса 100 супружеских пар, лечившихся по поводу бесплодия Н.Н. Стеняева установила, что у таких женщин, была дисфункциональная семья в связи с необоснованной критической оценкой мужчины, постоянными воспоминаниями о бывших партнерах, высокой производственной загруженности, экономическими неурядицами и т.д. У женщин без такого диагноза такие стрессоры встречались реже. Если говорить о психогенном бесплодии, то было установлено, что есть детерминанты бесплодия у женщин в соответствии с их личностными характеристиками. Можно выделить две группы наиболее распространенных черт таких женщин:

1) маскулинность, т.е. женщина выступает в мужской роли, конкурирует в разных сферах, имеет выраженное стремление к доминированию и желание независимости;

2) инфантильность, т.е. женщина физически и психически незрелая, зависимая, несамостоятельная, виктимная [45].

Согласно данным, изложенным в исследовании Н.Н. Стеняевой, бесплодие женщины негативно влияет на ее поведение и сознание, часто возникают такие состояния как дистресс, и развитие так называемого «проблемного брака». Психическое состояние женщины с бесплодием характеризуется психической дисгармонией. Наибольшее обострение семейных отношений испытывают женщины после трех лет бесплодного брака [45].

В труде C. Shani установлено, что для женщин, имеющих диагноз «бесплодие» ощущение депрессии, подпитывается внутренним гневом, который провоцирует желание изолироваться и избегать контактов [58].

S. Palomba отмечает, что бесплодие может стать причиной хронического стресса, что в свою очередь поддерживает инфертильность женщины (порождает цикличность). К причинам стресса у женщин с бесплодием исследователь относит изолированность такой женщины, жизнь на фоне нереализованной материнской функции и ощущения нерожденного ребенка, разобщенность мужа и жены в результате продолжительности и количества лечебно-диагностических процедур при лечении бесплодия. Автор указывает на то, что женщины с бесплодием испытывают стыд за то, что не смогли зачать как большинство их друзей, и вину за то, что не могут подарить внуков своим родителям и продлить род. Даже если процедура искусственного оплодотворения окажется успешной, зачастую женщина продолжает переживать и ей необходимо смириться с тем, что она не смогла зачать ребенка естественным путем [56].

В работе Г.Г. Филипповой рассматриваются особенности психологической помощи женщинам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Отмечается, что резкое увеличение нарушений репродуктивного здоровья населения привело к распространению ВРТ как метода лечения бесплодия. Связанные с этим психологические проблемы привлекли пристальное внимание психологов и психотерапевтов разных направлений. Обозначены направления и разработаны методы психологической помощи бесплодным парам в программах ВРТ. Выделяются 3 блока психологических проблем при использовании ВРТ: психологические проблемы пациентов, психологические особенности взаимодействия «врач-пациент», проблемы организации психологической помощи в ВРТ [66].

B.M. Vander и C. Wyns в своем исследовании установил, что женщинам с бесплодием характерны высокий уровень страхов и опасений, чувства вины, конфликтные отношения с собственным отцом и матерью, чувство нереализованных возможностей, негативное отношение к мужчинам. Среди страхов и опасений женщин данной группы доминируют следующие: страх одиночества (встречается чаще всего), боли (при родах), уколов, врачей,

будущего, мнения окружающих (друзей, свекрови) и специфические страхи (темноты, собак, замкнутых пространств, тараканов и т.п.). Чувство вины у женщины возникает из-за бесплодия, возможного аборта, небрежного отношения к своему здоровью, супружеской измене, оскорблениям родных и знакомых. Характерно, что у подавляющего большинства женщин с бесплодием неясного характера не простые отношения с отцом. Это свидетельствует о том, что в отношениях с первым значимым мужчиной в их жизни, они получили эмоциональную травму. Если у женщины был отец-алкоголик, то в результате таких отношений возникает подозрительность к мужчинам, проблемы чувства вины, стыда, отсутствия доверия. Суровый и авторитарный отец мог привить своей дочери склонность к стабильности, порядку и дисциплине, но часто дает мало того, что связано с любовью, эмоциональной поддержкой и признанием феминных ценностей. Отец, который хотел, чтобы у него родился сын, склонен делать из дочери (особенно это касается старшей дочери) мальчика, ожидая, что она добьется того, что не удалось реализовать в жизни родителям. Женщины, страдавшие из-за ранней потери отца, получили эмоциональную травму, связанную с потерей, чувством одиночества и заброшенности [62].

В работе J. Boivin и J. Takefman установлено, что у женщин с бесплодием в эмоциональных отношениях в семье имеется некоторая разделенность. Время, которое члены семьи таких женщин проводят отдельно, для них более важно. Но, несмотря на это, такие женщины способны собираться вместе, обсуждать важные темы, оказывать поддержку друг другу, принимать общие решения. Авторами установлено, что женщина, которая сталкивается с проблемой бесплодия, вступает в сложную фазу жизненного пути, связанную с переоценкой ценностей и смысла жизни, отношение к себе и своему месту в мире [55].

D. Stewart выявлено, что семейные системы женщин, страдающих бесплодием, находятся в состоянии, характерном для семей, переживающих кризис. Автор отмечает, что реакция на бесплодие более выражена у женщин

(что не зависит от того, женское или мужское бесплодие) [60].

Анализируя вышесказанное, пришли к следующим выводам. Бесплодие можно рассматривать как основное физиологическое препятствие материнства. У женщин с бесплодием, помимо нарушений репродуктивной системы, также присутствуют определённые психологические особенности, которые усугубляют течение данного патологического процесса. У женщин с бесплодием присутствует болезненная фиксация на собственном диагнозе, они часто одержимы идеями материнства, характеризуются повышенной чувствительностью, тревожностью, депрессивностью, снижением либидо, снижением самооценки и т.п., что вызывает целый ряд расстройств в различных сферах.

Выводы по главе 1

1. Под внутренней картиной болезни необходимо понимать переживания личностью собственной болезни, ее ощущения, представления, реакции о собственной болезни. Процесс формирования внутренней картины болезни представлен взаимодействием ряда различных факторов, к которым относятся нозология болезни, жизненный опыт, возраст, интеллектуальные способности, личностные свойства больной личности и т.п.

2. Самоотношение рассматривается как осмысленное отношение индивида к самому себе. Можно выделить позитивное, амбивалентное и отрицательное самоотношение. Одной из важных составляющих самоотношения выступает отношение к своей болезни. Выделяются следующие типы отношения к болезни: гармонический, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхоличный, апатичный, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранояльный.

3. Бесплодие определяется как неспособность человека в детородном возрасте зачать ребёнка при регулярной половой жизни. Женщины с

бесплодием имеют нарушения не только в репродуктивной системе, но и в психологической сфере, что приводит к ухудшению течения основного заболевания. Женщины с бесплодием чрезмерно фиксируются на собственной болезни, одержимы идеей зачать ребенка, высоко чувствительны, тревожны, депрессивны, характеризуются понижением либидо и самооценки и т.д.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

2.1 Ход исследования, выборка и методы исследования

Цель исследования: изучить психологические особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием.

Объект исследования: личность женщин с бесплодием.

Предмет исследования: психологические особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием.

Гипотеза исследования основывается на предположении о том, что существуют психологические особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием.

Процедура эмпирического исследования:

1 Этап. Осуществление подбора методологического инструментария изучения психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием.

2 Этап. Проведение диагностики психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием.

3 Этап. Математико-статистическая обработка данных и анализ результатов исследования.

Эмпирическая база исследования. В эмпирическом исследовании приняли участие 30 женщин с гинекологическими заболеваниями. Из них:

- 15 женщин с бесплодием (Группа 1. Средний возраст 29 лет);

- 15 женщин без бесплодия, имеющие от 1 до 3 детей (Группа 2. Средний возраст 28,5 лет).

Для выявления психологических особенностей внутренней картины болезни женщин с бесплодием, были использованы следующие **методики**:

1. Анкета по сбору анамнеза и социально-демографических характеристик респондентов.

Анкета включает в себя 10 вопросов открытого и закрытого типов, направленных на выявление следующих данных:

- семейное положение;
- наличие и число детей;
- наличие или отсутствие бесплодия;
- этиологии бесплодия4
- наличие или отсутствие лечения бесплодия;
- наличие или отсутствие попыток ЭКО;
- наличие обращения за психологической помощью и психологическим сопровождением.

Вопросы анкеты по сбору анамнеза исследуемых женщин представлены в Приложении 1.

2. Методика ТОБОЛ.

Цель методики: определение преобладающего типа отношения к болезни.

Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения к болезни, которые объединены в три блока. Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация не нарушается. Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации. В третий блок вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации.

Интерпретация результатов. Для диагностики типа находят шкалу с максимальным значением суммы баллов (7 баллов), то диагностируют тип, соответствующий этой шкале.

Стимульный материал методики ТОБОЛ представлен в виде Приложения 2.

3. Методика «Шкала депрессии» А.Т. Бека.

Цель методики: определение уровня депрессии личности.

Методика включает в себя 21 пункт и 2 субшкалы. Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (C-A). Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P).

Интерпретация результатов. Каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 баллов в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 баллов. По сумме набранных баллов определяется степень депрессии личности:

- 0-9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов;
- 10-15 баллов – легкая депрессия (субдепрессия);
- 16-19 баллов – умеренная депрессия;
- 20-29 баллов – выраженная депрессия (средней тяжести);
- 30-63 балла – тяжелая депрессия.

Стимульный материал методики «Шкала депрессии» А.Т. Бека представлен в Приложении 2.

4. Методика «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36).

Цель методики: определение статуса здоровья личности.

Методика включает в себя 11 пунктов. Оценка производится по 8 основным критериям: физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности и психическое здоровье.

Интерпретация результатов. Подсчитывается количество набранных баллов. Максимальное количество набранных баллов по всем шкалам – 100. По сумме набранных баллов определяется статус здоровья личности:

- 0-30 баллов – низкий статус здоровья личности;

- 31-69 баллов – средний статус здоровья личности;

- 70-100 балов – высокий статус здоровья личности.

Стимульный материал методики SF-36 представлен в Приложении 2.

5. Методика «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.

Цель методики: определение уровня личностной тревожности.

Тест представляет собой инструмент самодиагностики уровня личностной тревожности. Адаптация опросника для русского языка была произведена нашим соотечественником Ю.Л. Ханиным. Опросник состоит из 20 пунктов.

На каждый вопрос испытуемый должен дать ответ в соответствии с балльной шкалой.

Интерпретация результатов. Баллы по всем вопросам суммируются, определяя итоговое значение и по ним определяется уровень личностной тревожности:

- от 3,5 до 4,0 баллов – очень высокая тревожность;

- от 3,0 до 3,4 – высокая;

- от 2,0 до 2,9 – средняя;

- от 1,5 до 1,9 – низкая;

- от 0,0 до 1,4 балла – очень низкая тревожность.

Стимульный материал методики Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина представлено в Приложении 2.

Проверка на нормальность осуществлялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Уровень значимости критерия ниже, чем 0,05, что значит, что распределение выборки является ненормальным, и для обработки данных подходят непараметрические методы. Поэтому для сравнительного анализа использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

Для выявления взаимосвязи типов отношения к болезни и изучаемых психологических особенностей исследуемых женщин использовали корреляционный анализ Спирмена. Расчеты производились при помощи

программы Статистика 22.0.

Сырые данные по всем используемым методикам представлены в Приложении 3.

2.2 Анализ и интерпретация результатов

Для сбора анамнеза исследуемых женщин было проведено анкетирование. Результаты анкетирования представлены ниже.

Распределение женщин с бесплодием (группа 1) и без бесплодия (группа 2) по возрасту представлено на рисунке 9.

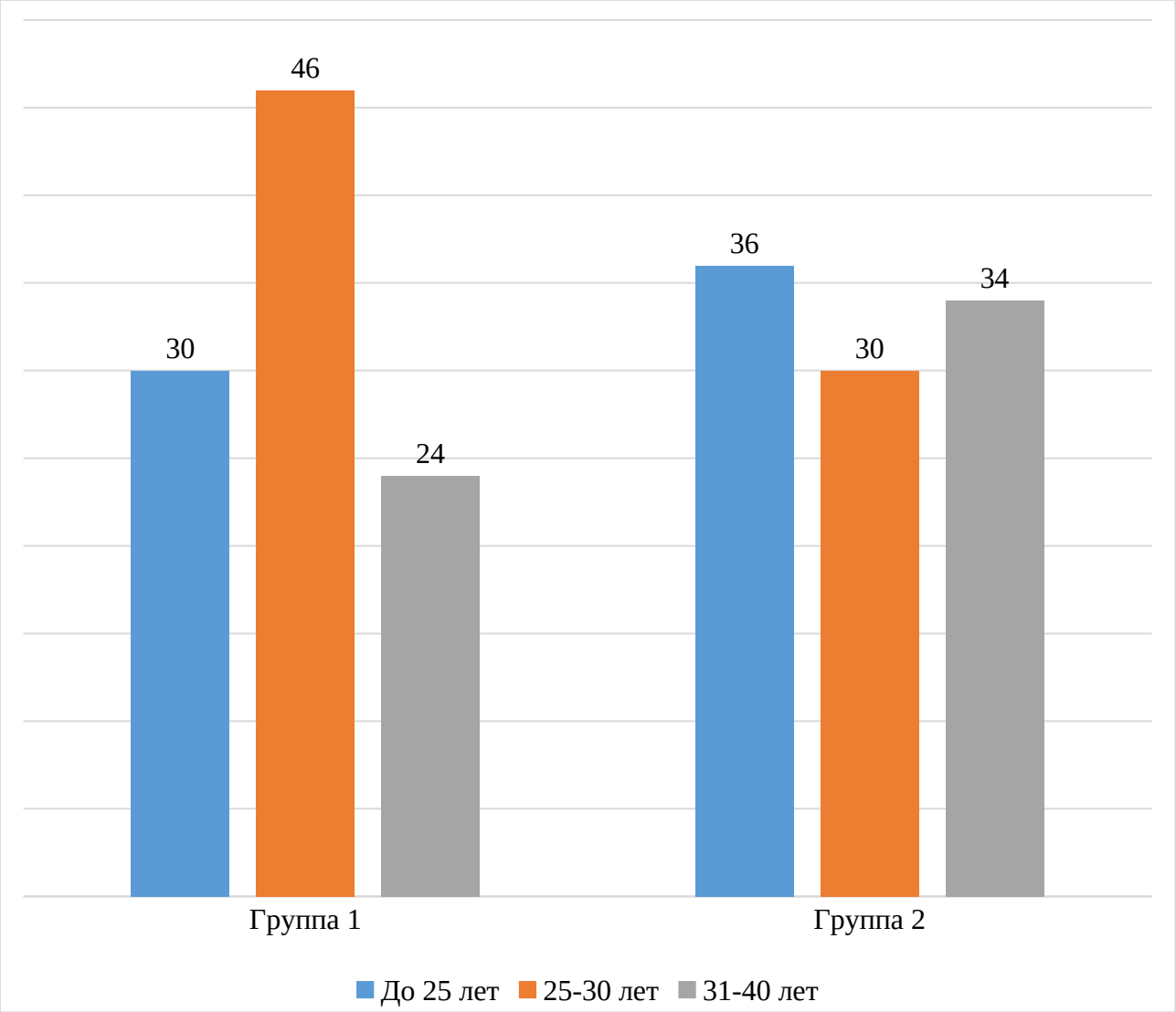

Рис.9. Распределение женщин с бесплодием (группа 1) и без бесплодия (группа 2) по возрасту, %

По результатам анкетирования женщин с бесплодием (группа 1)

выявлено, что основная часть женщин данной категории имеет возраст от 25 до 30 лет (46%), остальная часть женщин с бесплодием распределилась следующим образом: 30% женщины в возрасте до 25 лет и 24% женщин с бесплодием имеют возраст с 31 до 40 лет.

Что касается женщин без бесплодия (группа 2), то: 36% женщин имеют возраст до 25 лет, 30% женщин – 25-30 лет и 34% женщин – от 30 до 40 лет.

В группе женщин с бесплодием (группа 1) 66% замужем и 34% одиноки. В группе женщин без бесплодия (группа 2) 75% замужем и 25% одиноки, все имеют от 1 до 3 детей.

Распределение женщин с бесплодием (группа 1) и без бесплодия (группа 2) по признаку замужем/одинока представлено на рисунке 10.

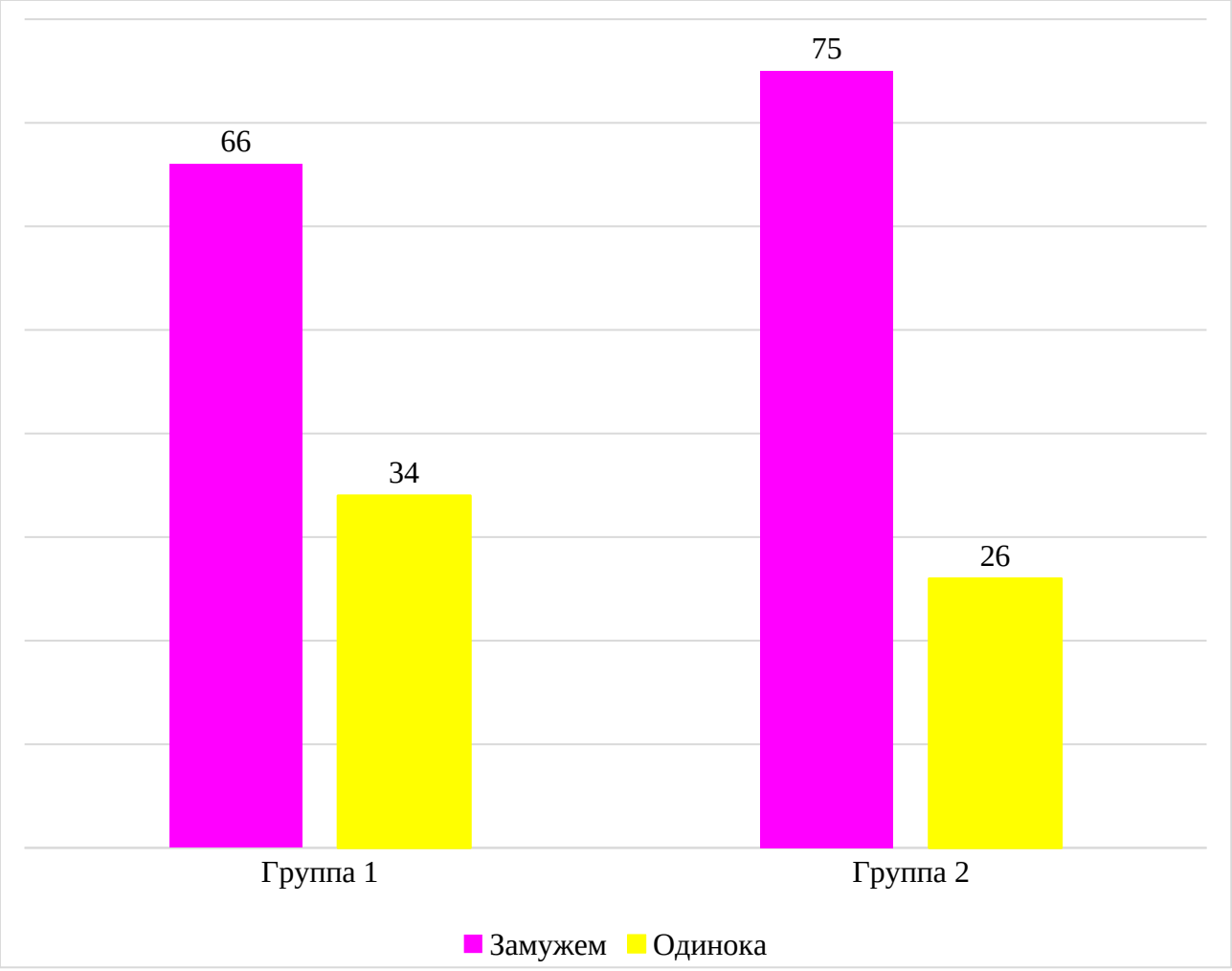

Рис.10. Распределение женщин с бесплодием (группа 1) и без бесплодия (группа 2) по признаку замужем/одинока, %

В группе женщин с бесплодием 55% женщин диагноз бесплодие был поставлен 3 года назад и 45% более 3-х лет назад.

Распределение женщин с бесплодием (группа 1) по признаку «сколько лет страдают бесплодием» представлено на рисунке 11.

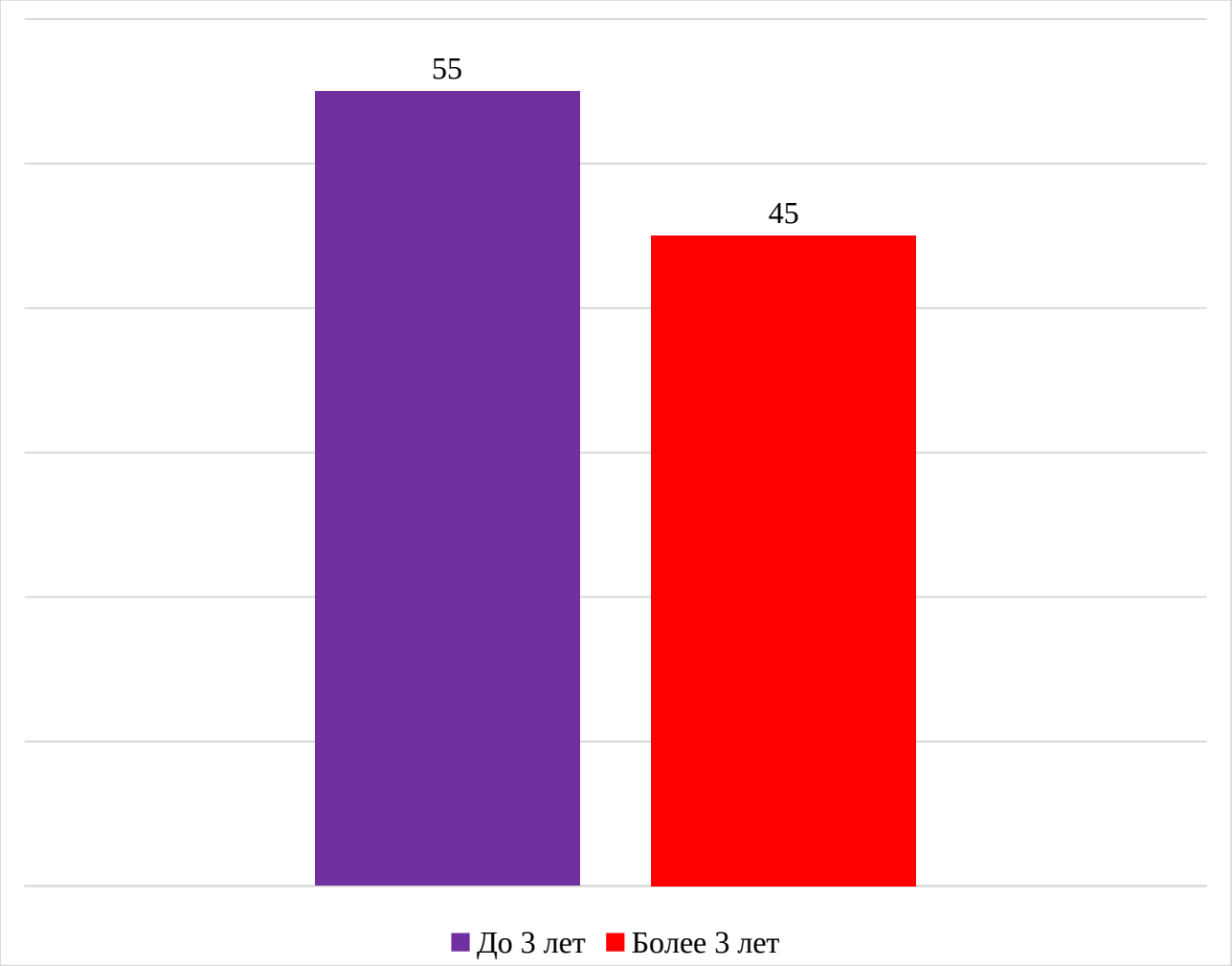

Рис.11. Распределение женщин с бесплодием (группа 1) по признаку «сколько лет страдают бесплодием», %

У 25% женщин с бесплодием фактором бесплодия является трубное бесплодие, 15% – бесплодие эндокринного характера, 21% –маточная форма бесплодия, 4% – иммунная форма бесплодия и – 35% бесплодие неясного генеза.

Все 100% женщин проходили консервативное лечение бесплодия (медикаментозное) и 68% женщин пытались лечиться при помощи ЭКО.

Распределение женщин с бесплодием (группа 1) по признаку «сколько

попыток ЭКО проводилось» представлено на рисунке 12.

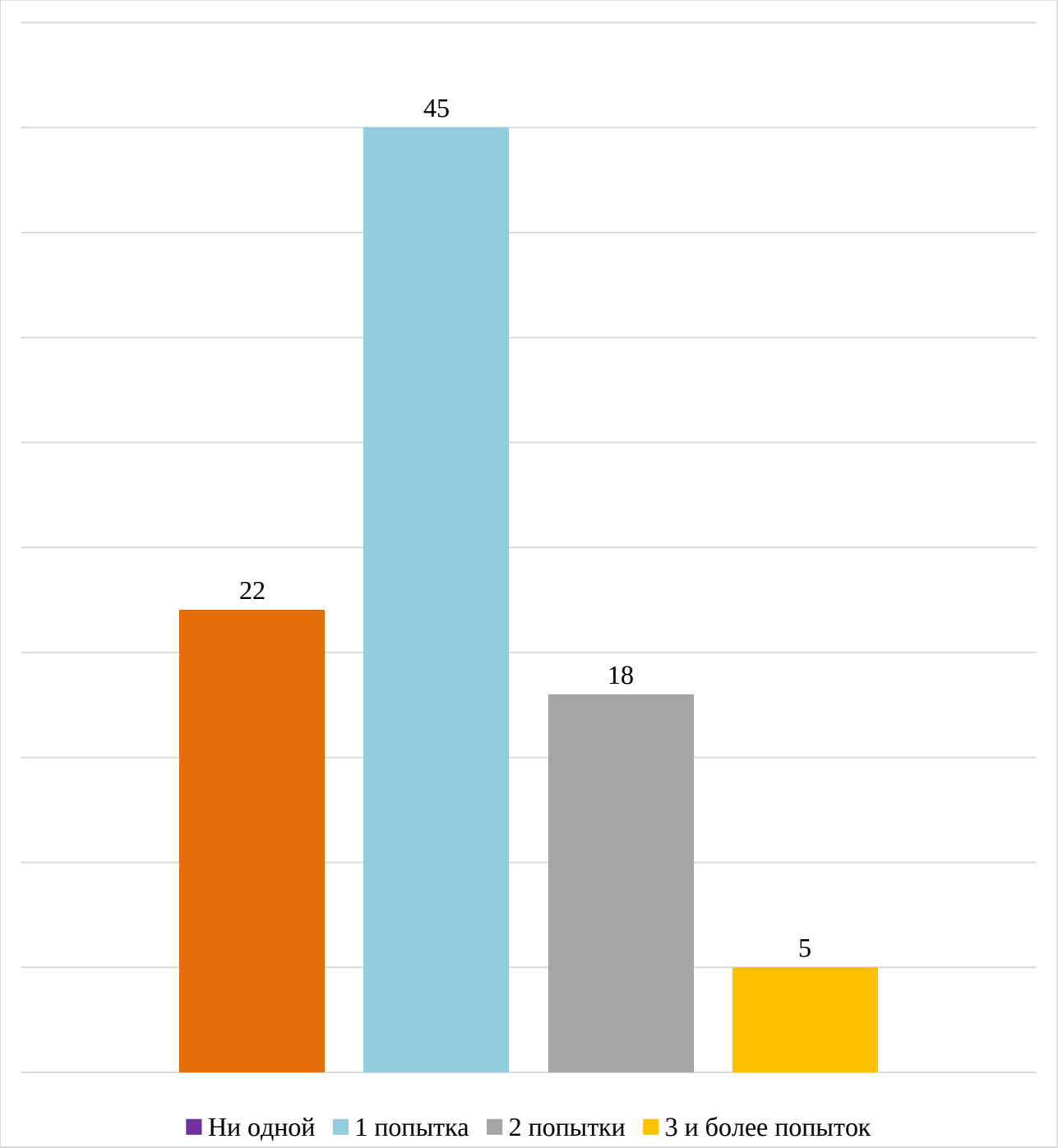

Рис.12. Распределение женщин с бесплодием (группа 1) по признаку «сколько попыток ЭКО проводилось», %

За психологической помощью и сопровождением по поводу диагноза бесплодие обращались лишь 25% женщин данной категории; по поводу сопровождения в протоколах ЭКО за психологической помощью обращались 15% женщин.

И 60% женщин с бесплодием не обращались за психологической помощью.

Распределение женщин с бесплодием (группа 1) по признаку «обращение за психологической помощью» представлено на рисунке 13.

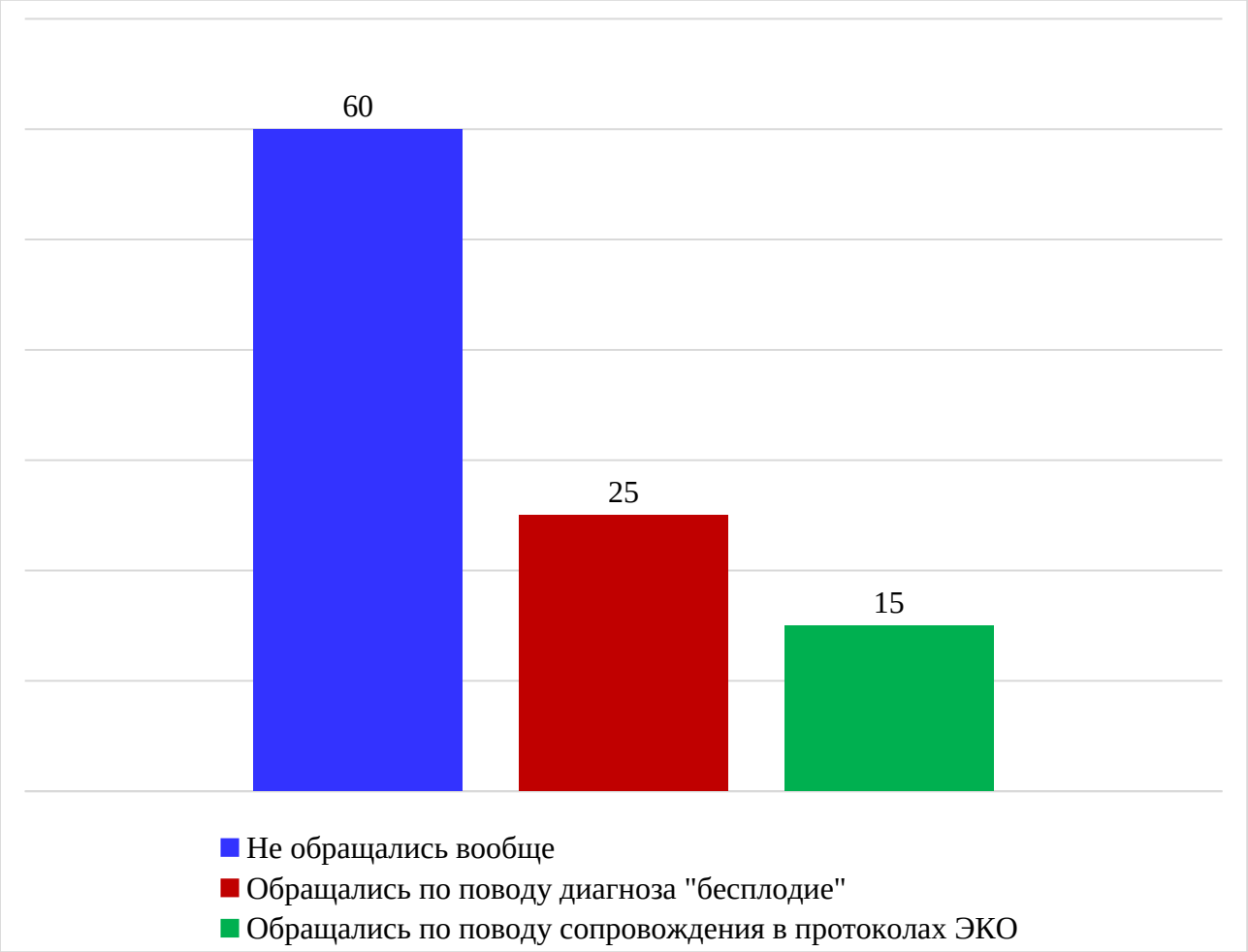

Рис.13. Распределение женщин с бесплодием (группа 1) по признаку «обращение за психологической помощью», %

Для определения уровня депрессии личности исследуемых женщин использовали методику А.Т. Бека.

По результатам диагностики уровня депрессии личности исследуемых женщин по методике А.Т. Бека было выявлено следующее.

У всех исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) уровень депрессии достаточно высокий.

Так, у 4 исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) (27%) выявлена тяжелая депрессия, что крайне негативно.

6 исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) (40%) показали наличие

выраженной депрессии (средняя тяжесть).

5 исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) (33%) показали наличие умеренной депрессии.

Что касается женщин без бесплодия, то картина следующая.

У большей части исследуемых женщин группа 2 (10 человек или 67%) отсутствуют депрессивные симптомы. И у 5 исследуемых женщин группа 2 (33%) выявлено наличие умеренной депрессии.

Уровни проявления депрессии у исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и женщин без бесплодия (группа 2) согласно данным, полученным по методике А.Т. Бека представим в виде рисунка 14.

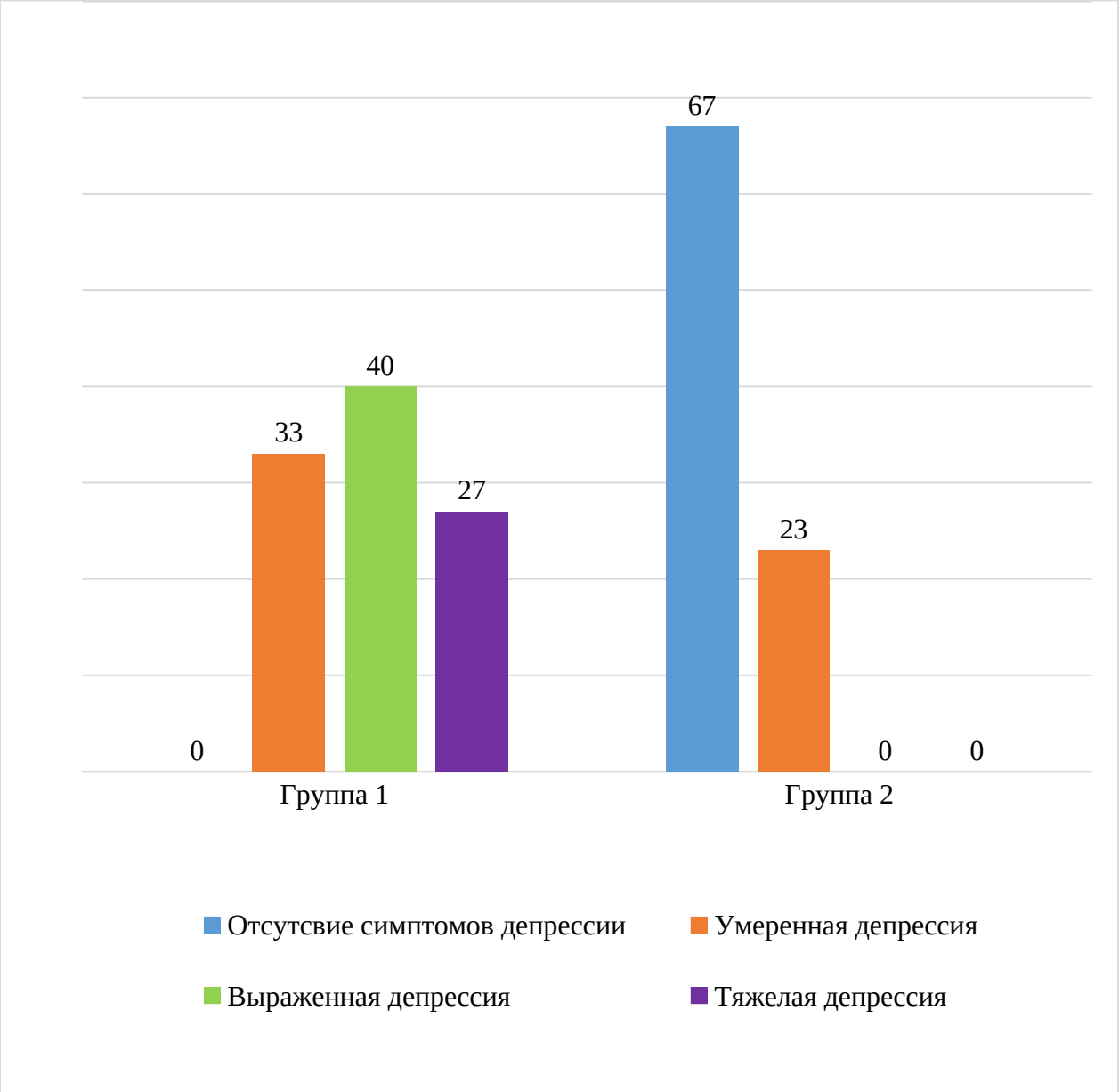

Рис. 14. Уровни проявления депрессии у исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и женщин без бесплодия (группа 2), %

Критериальное сравнение исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) показало наличие статистически значимых различий по уровню депрессии у исследуемых женщин.

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) по уровню депрессии по методике А.Т. Бека представлены в виде таблицы 1.

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) по уровню депрессии по методике А.Т. Бека

Наименование	Группы испытуемых		Значение U-критерия Манна-Уитни	Уровень значимости	Вывод
	Женщины с бесплодием	Женщины без бесплодия			
Когнитивно-аффективная субшкала (С-А)	11,8±1,74	5,2±0,79	**57,5**	**0,012**	Различия достовер-ны, p>0,05
Субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)	15±2,72	3,27±1,66	**59,9**	**0,014**	Различия достовер-ны, p>0,05
Уровень депрессии	26,93±0,78	8,4±0,45	**54,5**	**0,023**	Различия достовер-ны, p>0,05

По результатам сравнительного анализа выявлена разная степень депрессии у групп исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и без него

(группа 2), что доказано статистически.

Так, исследуемым группа 1 (с бесплодием) характерен достоверно более высокой уровень депрессии, более выраженные, как когнитивно-аффективные, так и соматические проявления депрессии, нежели у женщин без бесплодия (группа 2).

Для определения статуса здоровья личности исследуемых женщин использовали методику «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36).

По результатам диагностики статуса здоровья личности исследуемых женщин по методике «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) было выявлено следующее.

У всех исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) статус здоровья личности пониженный.

Так, у 7 исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) (47%) выявлен низкий статус здоровья личности, что крайне негативно. То есть большая часть женщин с бесплодием достаточно негативно оценивают свое здоровье, отмечают сниженную жизнеспособность, невысокий жизненный тонус, а также негативное влияние, имеющихся проблем со здоровьем на их жизнедеятельность.

И для 8 исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) (53%) показали наличие среднего статуса здоровья личности.

И ни одна из исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) не показала наличие высокого статуса здоровья личности.

Что касается женщин без бесплодия, то картина следующая.

У большей части исследуемых женщин группа 2 (11 человек или 73%) выявлен высокий статус здоровья.

И у 4 исследуемых женщин группа 2 (27%) выявлено наличие среднего статуса здоровья личности.

И ни одна из исследуемых женщин без бесплодия (группа 2) не показала наличие низкого статуса здоровья личности.

Процентное соотношение исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и женщин без бесплодия (группа 2) по статусу здоровья личности представим в виде рисунка 15.

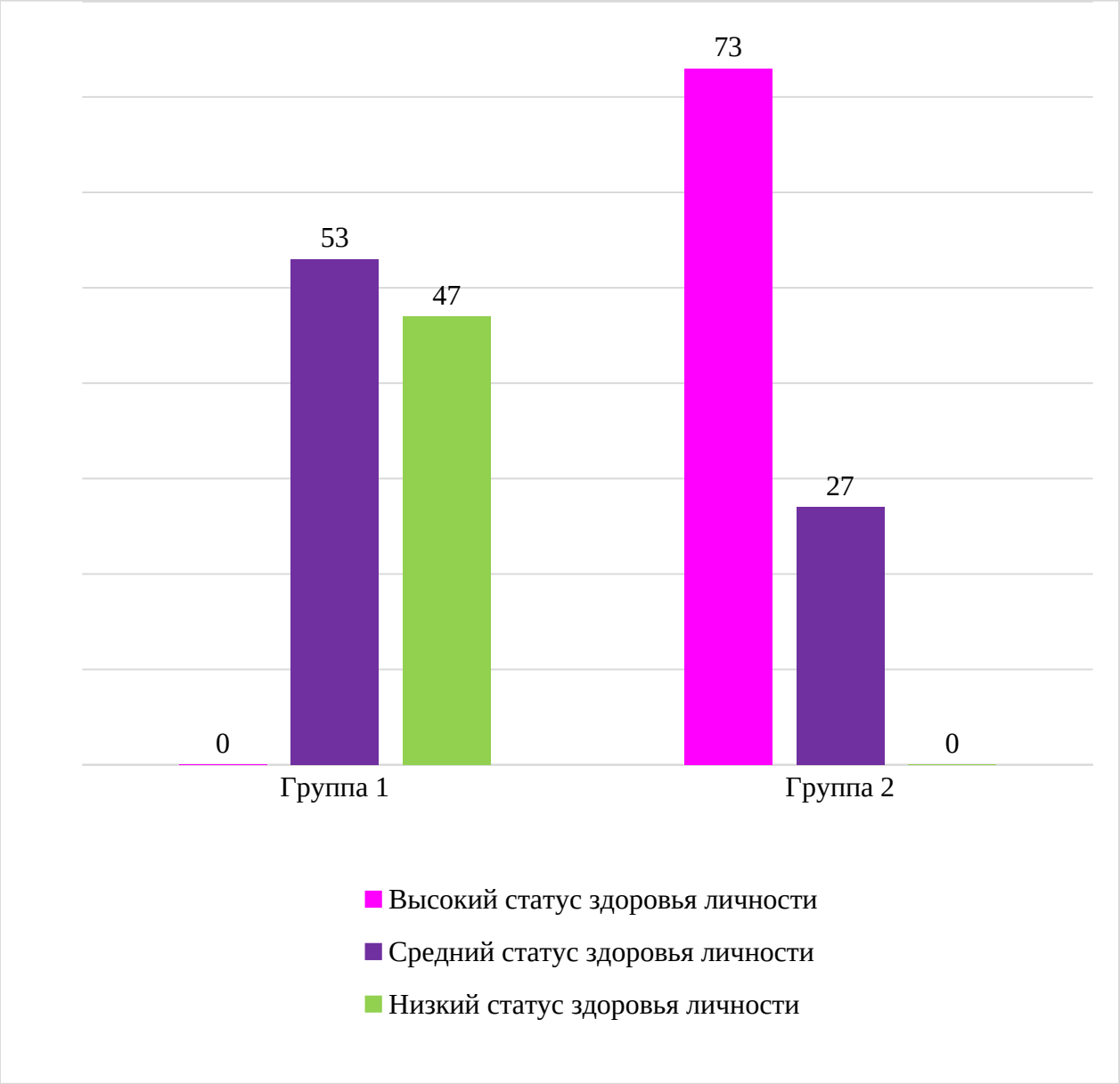

Рис. 15. Уровни статуса здоровья личности у исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и женщин без бесплодия (группа 2), %

Критериальное сравнение исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) показало наличие статистически значимых различий по статусу здоровья у исследуемых женщин.

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) по статусу здоровья личности по методике SF-36 представлены в виде таблицы 2.

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) по статусу здоровья личности по методике SF-36

Наименование	Группы испытуемых		Значение U-критерия Манна-Уитни	Уровень значимости	Вывод
	Женщины с бесплодием	Женщины без бесплодия			
ФА – Физическая активность	5,07±1,72	10,27±1,54	**58,5**	**0,015**	Различия достоверны, p>0,05
РФ – Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	6,2±1,72	10,33±1,04	**58,54**	**0,013**	Различия достоверны, p>0,05
Б – Боль	5,53±0,98	10,8±1,13	**74,5**	**0,028**	Различия достоверны, p>0,05
ОЗ – Общее здоровье	5,27±0,79	11,07±1,02	**87,5**	**0,011**	Различия достоверны, p>0,05
ЖС – Жизнеспособность	5,4±0,86	9,53±0,73	**69,5**	**0,016**	Различия достоверны, p>0,05
СА – Социальная активность	5,12±1,22	11,2±1,06	**84,6**	**0,022**	Различия достоверны, p>0,05
РЭ – Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	5,13±1,72	10,67±1,65	**53,5**	**0,012**	Различия достоверны, p>0,05
ПЗ – Психическое здоровье	5,27±1,32	10,4±1,11	**91,5**	**0,014**	Различия достоверны, p>0,05
Статус здоровья личности	42,53±1,22	84,8±1,43	**78,4**	**0,023**	Различия достоверны, p>0,05

По результатам сравнительного анализа выявлен разный статус здоровья личности у групп исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и без него (группа 2), что доказано статистически. Так, исследуемым группа 1 (с бесплодием) характерен достоверно более низкий статус здоровья личности, нежели женщинам без бесплодия (группа 2).

По результатам диагностики преобладающего типа отношения к болезни у исследуемых женщин по методике ТОБОЛ было выявлено следующее.

У группы исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) были выявлены следующие типы отношения к болезни: гармоничный, эргопатический, тревожный, сенситивный и ипохондрический.

Так, 33% группы женщин с бесплодием показали гармоничный тип отношения к болезни.

27% группы женщин с бесплодием показали тревожный тип отношения к болезни.

20% группы женщин с бесплодием показали эргопатический тип отношения к болезни.

13% группы женщин с бесплодием показали сенситивный тип отношения к болезни.

7% группы женщин с бесплодием показали ипохондрический тип отношения к болезни.

Что касается женщин без бесплодия, то выявлены следующие типы болезни: гармоничный, анозогнозический и эргопатический.

Так, 60% группы женщин без бесплодия показали гармоничный тип отношения к болезни.

33% группы женщин без бесплодия показали анозогнозический тип отношения к болезни.

И 7% женщин без бесплодия характеризуются эргопатичным типом отношения к болезни.

В группе женщин без бесплодия выявлены только типы отношения к болезни отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. У женщин же с бесплодием выявлены и типы отношения к болезни, при которых наблюдаются нарушения социальной адаптации больных.

Процентное соотношение исследуемых женщин с бесплодием (группа

1) и женщин без бесплодия (группа 2) по выявленным типам отношения к болезни представим в виде рисунка 16.

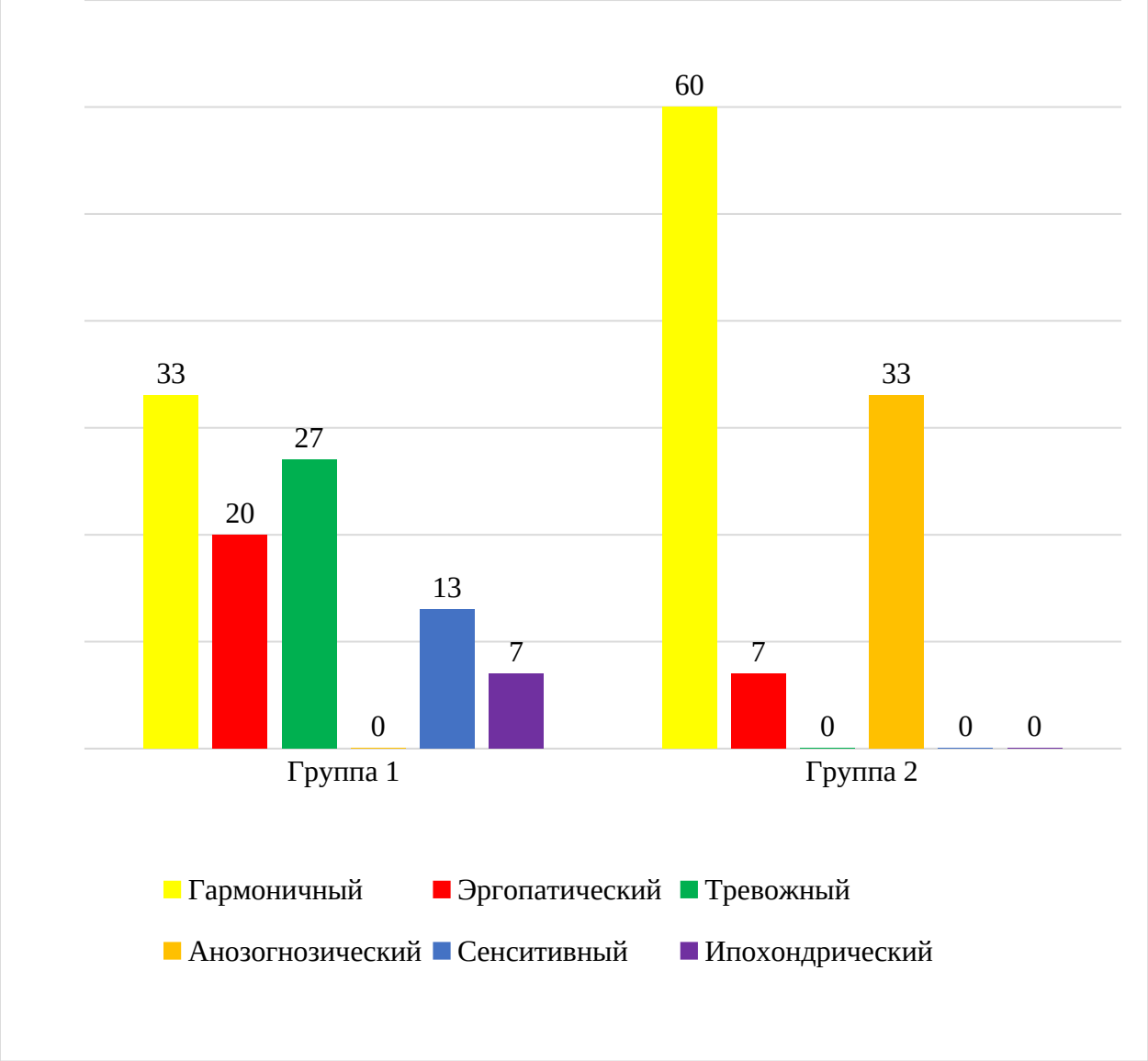

Рис. 16. Типы отношения к болезни у исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и женщин без бесплодия (группа 2), %

Критериальное сравнение исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) показало наличие статистически значимых различий по преобладающим типам отношения к болезни у исследуемых женщин.

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) по преобладающим типам отношения к болезни представлены в виде таблицы 3.

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа процентного соотношения исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) по преобладающим типам отношения к болезни

Наименование	Группы испытуемых		Значение U-критерия Манна-Уитни	Уровень значимости	Вывод
	Женщины с бесплодием	Женщины без бесплодия			
Гармоничный тип	33±1,76	60±1,54	**78,5**	**0,011**	Различия достовер-ны, p>0,05
Эргопатичный тип	20±1,34	7±1,72	**123,5**	**0,019**	Различия достовер-ны, p>0,05
Тревожный тип	27±1,70	0±0	**104,5**	**0,022**	Различия достовер-ны, p>0,05
Сенситивный тип	13±1,23	0±0	**97,5**	**0,032**	Различия достовер-ны, p>0,05
Ипохондрический тип	7±1,76	0±0	**99,5**	**0,017**	Различия достовер-ны, p>0,05
Анозогнозичес-кий тип	0±0	33±1,72	**114,7**	**0,012**	Различия достовер-ны, p>0,05

По результатам сравнительного анализа выявлено преобладание разных типов отношения к болезни у групп исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и без него (группа 2), что доказано статистически.

Так, исследуемым группа 1 (с бесплодием) более характерны такие типы отношения к болезни, которые способствуют нарушению социальной адаптации (тревожный, ипохондрический, сенситивный).

У женщин же без бесплодия (группа 2) преобладают типы отношения к болезни, не вызывающие нарушения социальной адаптации (гармоничный,

эргопатичный и анозогнозический).

Для определения уровня личностной тревожности исследуемых женщин использовали методику «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.

По результатам диагностики уровня личностной тревожности исследуемых женщин по методике «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина было выявлено следующее.

У всех исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) уровень тревожности достаточно высокий.

Так, у 11 исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) (73%) выявлен высокий уровень тревожности, что крайне негативно. Для таких женщин характерна высокая степень тревожности, раздражительности, пониженный фон настроения, апатия.

4 исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) (27%) показали наличие среднего уровня тревожности. Для таких женщин характерна средняя тревожность, раздражительность, резкая смена настроения.

И ни одна из исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) не показала наличие низкого уровня тревожности личности.

Что касается женщин без бесплодия, то картина следующая.

У большей части исследуемых женщин группа 2 (10 человек или 67%) выявлен низкий уровень тревожности.

И у 5 исследуемых женщин группа 2 (33%) выявлено наличие среднего уровня тревожности.

Процентное соотношение исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и женщин без бесплодия (группа 2) по уровню личностной тревожности согласно данным, полученным по методике «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина представим в виде рисунка 17.

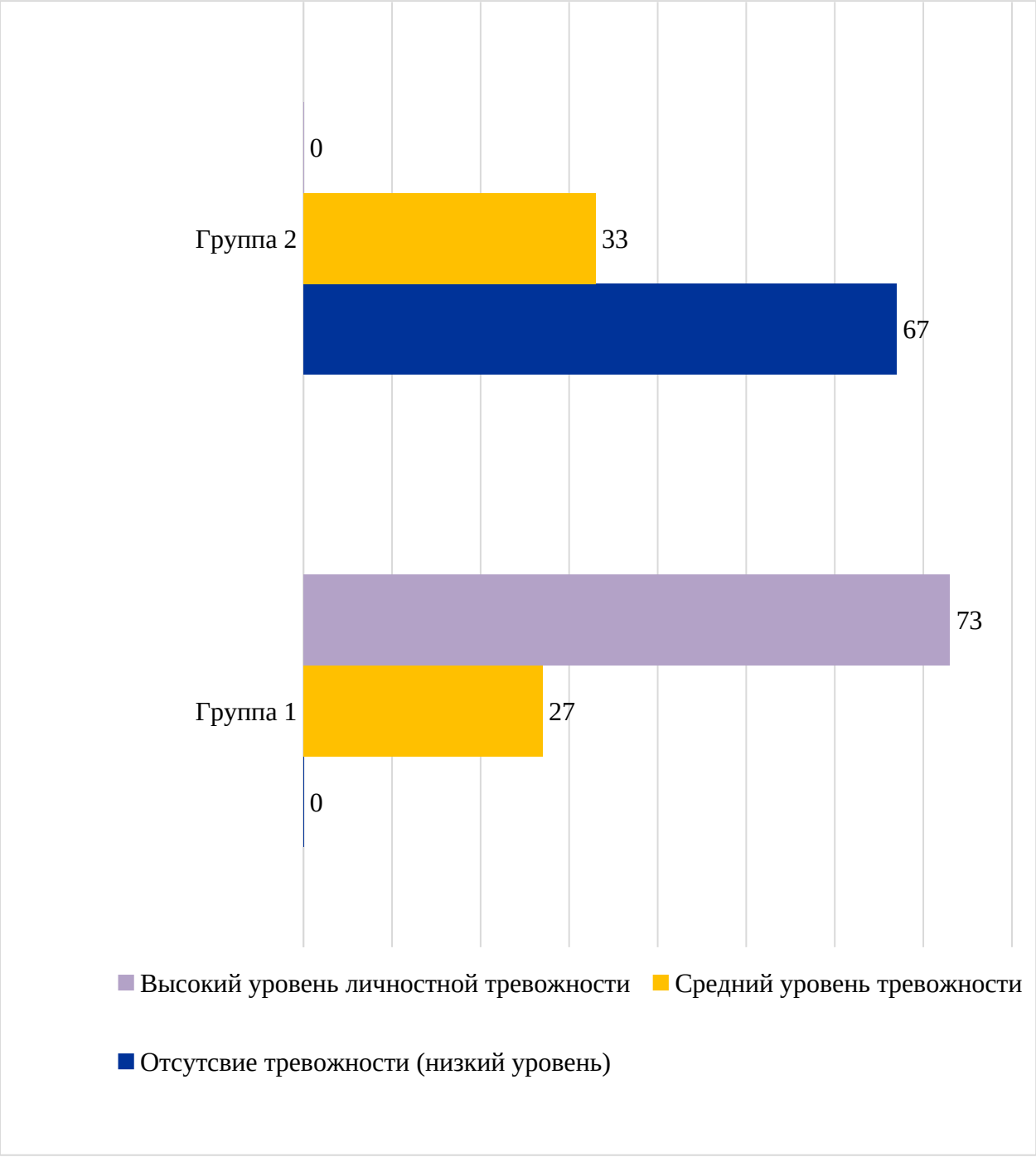

Рис. 17. Уровни проявления личностной тревожности у исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и женщин без бесплодия (группа 2), %

Критериальное сравнение исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) показало наличие статистически значимых различий по уровню личностной тревожности у исследуемых женщин.

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) по уровню личностной тревожности по методике «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина

представлены в виде таблицы 4.

Таблица 4

Результаты сравнительного анализа исследуемых групп женщин (с бесплодием и без него) по уровню личностной тревожности по методике «Шкала личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина

Наименование	Группы испытуемых		Значение U-критерия Манна-Уитни	Уровень значимости	Вывод
	Женщины с бесплодием	Женщины без бесплодия			
Уровень личностной тревожности	3,11±1,34	1,79±1,32	**56,5**	**0,014**	Различия достовер-ны, p>0,05

По результатам сравнительного анализа выявлена разная степень личностной тревожности у групп исследуемых женщин с бесплодием (группа 1) и без него (группа 2), что доказано статистически.

Так, исследуемым группа 1 (с бесплодием) характерен достоверно более высокой уровень личностной тревожности, нежели у женщин без бесплодия (группа 2).

Также нами был проведен корреляционный анализ связи выявленных типов отношения к болезни у исследуемых женщин и исследуемых психологических особенностей.

Для выявления связи типов отношения к болезни и изучаемых психологических особенностей исследуемых женщин использовали корреляционный анализ Спирмена.

Результаты выявления связи типов отношения к болезни и изучаемых психологических особенностей исследуемых женщин представим в виде таблицы 5.

Таблица 5

Результаты корреляционного анализа

Шкалы	Гармоничный ТОБЛ	Эргопатичный ТОБЛ	Тревожный ТОБЛ	Сенситивный ТОБЛ	Ипохондрический ТОБЛ	Анозогнозический ТОБЛ
	Коэффициент корреляции (при $p < 0,05$*)					
Уровень депрессии	0,234	0,165	**0,609***	**0,567***	**0,563***	0,112
ФА – Физическая активность	0,121	0,223	**-0,453***	**-0,657***	**-0,698***	0,132
РФ – Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	0,313	0,342	0,229	0,260	0,423	0,113
Б – Боль	0,311	0,142	**0,629***	**0,860***	**0,727***	0,115
ОЗ – Общее здоровье	0,379	0,123	**-0,706***	**-0,607***	**-0,680***	0,209
ЖС – Жизнеспособность	0,209	0,112	**-0,508***	**-0,560***	**-0,669***	0,113
СА – Социальная активность	0,113	0,209	**-0,665***	**-0,754***	**-0,856***	0,111
РЭ – Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	0,310	0,435	0,221	0,265	0,425	0,112
ПЗ – Психическое здоровье	0,110	0,269	**-0,785***	**-0,702***	**-0,811***	0,118
Статус здоровья личности	0,116	0,202	**-0,758***	**-0,752***	**-0,764***	0,119
Уровень личностной тревожности	0,222	0,190	**0,725***	**0,660***	**0,726***	0,114

Выявлена прямая корреляционная связь между тревожным типом отношения к болезни и такими психологическими особенностями

исследуемых, как

- уровень депрессии (0,609 при $p< 0,05$);

- интенсивность боли (0,629 при $p< 0,05$);

- уровень личностной тревожности (0,725 при $p< 0,05$).

Выявлена прямая корреляционная связь между сенситивным типом отношения к болезни и такими психологическими особенностями исследуемых, как:

- уровень депрессии (0,567 при $p< 0,05$);

- интенсивность боли (0,860 при $p< 0,05$);

- уровень личностной тревожности (0,660 при $p< 0,05$).

Выявлена прямая корреляционная связь между ипохондрическим типом отношения к болезни и такими психологическими особенностями исследуемых, как:

- уровень депрессии (0,563 при $p< 0,05$);

- интенсивность боли (0,727 при $p< 0,05$);

- уровень личностной тревожности (0,726 при $p< 0,05$).

То есть, у женщин с тревожным, сенситивным и ипохондрическим типом отношения к болезни выше уровень депрессии и личностной тревожности, а также интенсивности ощущения боли.

Выявлена обратная корреляционная связь между тревожным типом отношения к болезни и такими психологическими особенностями исследуемых, как:

- физическая активность (-0,453 при $p< 0,05$);

- общее здоровье (-0,706 при $p< 0,05$);

- жизнеспособность (-0,508 при $p< 0,05$);

- социальная активность (-0,665 при $p< 0,05$);

- психическое здоровье (-0,785 при $p< 0,05$);

- статус здоровья личности (-0,758 при $p< 0,05$).

Выявлена обратная корреляционная связь между сенситивным типом отношения к болезни и такими психологическими особенностями

исследуемых, как:

- физическая активность (-0,657 при $p< 0,05$);
- общее здоровье (-0,607 при $p< 0,05$);
- жизнеспособность (-0,560 при $p< 0,05$);
- социальная активность (-0,754 при $p< 0,05$);
- психическое здоровье (-0,702 при $p< 0,05$);
- статус здоровья личности (-0,752 при $p< 0,05$).

Выявлена обратная корреляционная связь между ипохондрическим типом отношения к болезни и такими психологическими особенностями исследуемых, как:

- физическая активность (-0,698 при $p< 0,05$);
- общее здоровье (-0,680 при $p< 0,05$);
- жизнеспособность (-0,669 при $p< 0,05$);
- социальная активность (-0,856 при $p< 0,05$);
- психическое здоровье (-0,811 при $p< 0,05$);
- статус здоровья личности (-0,764 при $p< 0,05$).

То есть, у женщин с тревожным, сенситивным и ипохондрическим типом отношения к болезни ниже уровень физической и социальной активности, общего и психического здоровья, жизнеспособности и статуса здоровья личности.

Таким образом, пришли к следующим выводам. Установлен ряд психологических особенностей внутренней картины болезни женщин, которые страдают бесплодием: низкий статус здоровья, повышенная тревожность, депрессивность, высокая степень стрессовой нагрузки, негативная оценка своего здоровья, сниженная жизнеспособность, невысокий жизненный тонус, нарушенные социальные контакты, преобладание типов отношения к болезни, при которых наблюдаются нарушения социальной адаптации больных (тревожный, сенситивный и ипохондрический типы). Выявлено наличие связи между типами отношения к болезни и исследуемыми психологическими особенностями, а, именно у женщин с тревожным,

сенситивным и ипохондрическим типом отношения к болезни выше уровень депрессии, личностной тревожности, интенсивности ощущения боли и ниже уровень физической и социальной активности, общего и психического здоровья, жизнеспособности и статуса здоровья личности.

Выводы по главе 2

1. Выявлено, что существуют психологические особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием. Женщины с бесплодием характеризуются низким статусом здоровья, высоким уровнем тревожности и депрессивности, преобладанием типов отношения к болезни, которые способны вызвать нарушения социальной адаптации (тревожный тип, сенситивный тип, ипохондрический тип), негативной оценкой собственного здоровья, сниженной жизнеспособностью, невысоким жизненным тонусом.

2. Установлено, что исследуемым женщинам с бесплодием характерен достоверно более высокой уровень личностной тревожности, депрессии, а также более низкий статус здоровья личности и преобладание типов отношения к болезни, вызывающих нарушение социальной адаптации, нежели у женщин без бесплодия.

3. Выявлено наличие связи между типами отношения к болезни и исследуемыми психологическими особенностями, а, именно у женщин с тревожным, сенситивным и ипохондрическим типом отношения к болезни выше уровень депрессии, личностной тревожности, интенсивности ощущения боли и ниже уровень физической и социальной активности, общего и психического здоровья, жизнеспособности и статуса здоровья личности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящего исследования явилось изучение психологических особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием.

По результатам теоретической части исследования сделаны следующие выводы.

Внутренняя картина болезни отражает совокупность всех представлений, ощущений, чувств, переживаний, связанных с физическим состоянием больного. Любые реакции на болезнь обусловлены влиянием внешних и внутренних факторов, сложившихся психологическими защитами личности, в целом по всей нервной системе.

Внутренняя картина болезни является сложным многоуровневым психологическим новообразованием в самосознании больного человека, включающее в себя четыре основных уровня отражения болезни:

- сензитивный;
- эмоциональный;
- интеллектуальный;
- мотивационный.

Выделяют следующие типы внутренней картины болезни больного:

- адекватный или гармоничный тип;
- гипернозогнозия;
- гипонозогнозия;
- анонозогнозия и др.

Формирование внутренней картины болезни – это взаимодействие внешних и внутренних факторов, а именно характер нозологии (продолжительность, тяжесть, прогноз, симптоматика), жизненного опыта, возраста, уровня образования и культуры, интеллектуальных способностей, личностных свойств больного и т.д.

Отношение к самому себе (самоотношение) представлено осмысленным отношением к собственным субъективным образованиям, то есть личностным

свойствам. Выделяют следующие типы отношения личности к себе:

- положительное самоотношение;

- конфликтное (амбивалентное) самоотношение;

- негативное самоотношение.

Важной составляющей самоотношения личности является отношение к своей болезни.

Наиболее распространенной в современной научной литературе является следующая классификация типов отношения к болезни: гармонический; эргопатический; анозогнозический; тревожный; ипохондрический; неврастенический; меланхоличный; апатичный; сенситивный; эгоцентрический; дисфорический; паранояльный.

Бесплодие определяется как неспособность человека в детородном возрасте зачать ребёнка при регулярной половой жизни.

Женщины с бесплодием имеют нарушения не только в репродуктивной системе, но и в психологической сфере, что приводит к ухудшению течения основного заболевания.

Для женщин с бесплодием свойственно наличие болезненной фиксации на собственном диагнозе, одержимость идеями материнства, высокая чувствительность, тревожность, депрессивность, фрустрация, возникновение чувства неполноценности, уход от контактов с окружающими, замкнутость, низкая стрессоустойчивость, снижение либидо, снижение самооценки, социальная дезадаптация, возникновение конфликтов с супругом, семью, родителями, установил, возникновение страхов и опасений, чувство вины, чувство нереализованных возможностей, негативное отношение к мужчинам, что способствует целому ряду расстройств в психоэмоциональной и сексуальной сферах.

Семейные системы женщин, страдающих бесплодием, находятся в состоянии, характерном для семей, переживающих кризис.

По результатам практической части исследования сделаны следующие выводы.

Большая часть исследуемых женщин с бесплодием замужние и имеют возраст от 25 до 30 лет.

Больше половины исследуемых женщин (55%) диагноз бесплодие был поставлен 3 года назад и чуть менее половины исследуемых женщин (45%) борются с бесплодием уже более 3-х лет.

У всех исследуемых различные факторы бесплодия:

- 25% – трубное бесплодие;
- 15% – бесплодие эндокринного характера;
- 21% – маточное бесплодие;
- 4% – иммунное бесплодие;
- 35% бесплодие неясного генеза.

Все 100% исследуемых женщин проходили консервативное лечение бесплодия (медикаметозное) и 68% женщин пытались лечиться при помощи ЭКО.

За психологической помощью и сопровождением по поводу диагноза бесплодие обращались лишь 15% женщин данной категории; по поводу сопровождения в протоколах ЭКО за психологической помощью обращались 25% женщин.

Выявлено, что существуют психологические особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием. Для женщин с бесплодием характерно наличие низкого статуса здоровья, повышенной тревожности, проявлений невроза, депрессивных состояний, что крайне негативно.

Для женщин с бесплодием характерна высокая степень стрессовой нагрузки, высокая тревожность, раздражительность, ранимость, а также наличие нервно-психических расстройств, психогенных по своей природе, являющихся следствием длительного или чрезмерного интенсивного эмоционального напряжения. Это приводит к тому, что женщина вынуждена почти всю свою энергию и ресурсы тратить на борьбу с негативными психологическими состояниями, возникающими в процессе стресса от ее заболевания. У таких женщин необходимо срочно что-либо предпринять,

чтобы ликвидировать стресс, поскольку такая женщина близка к нервному истощению. Женщинам с бесплодием свойственно ощущение дискомфорта при возникновении сложной, неоднозначной ситуации, они стараются внести в собственную жизнь больше однозначности, часто за счет искусственного упрощения сложной реальности и закрывания глаз на реально существующую проблему.

У женщин с бесплодием выявлено преобладание типов отношения к болезни, при которых наблюдаются нарушения социальной адаптации больных (тревожный тип, сенситивный тип, ипохондрический тип). Такие женщины склонны к таким негативным проявлениям, как непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, «уход от болезни в работу», наличие чрезмерной ранимости, уязвимости, озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями, чрезмерное сосредоточивание на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях.

Женщины с бесплодием достаточно негативно оценивают свое здоровье, отмечают сниженную жизнеспособность, невысокий жизненный тонус, а также негативное влияние, имеющихся проблем со здоровьем на их жизнедеятельность и социальные контакты.

При этом выявлено, что исследуемым женщинам с бесплодием характерен достоверно более высокой уровень личностной тревожности, депрессии, а также более низкий статус здоровья личности и преобладание типов отношения к болезни, вызывающих нарушение социальной адаптации, нежели у женщин без бесплодия.

Установлено наличие связи между типами отношения к болезни и исследуемыми психологическими особенностями, а, именно у женщин с тревожным, сенситивным и ипохондрическим типом отношения к болезни выше уровень депрессии, личностной тревожности, интенсивности ощущения боли и ниже уровень физической и социальной активности, общего и психического здоровья, жизнеспособности и статуса здоровья личности.

Цель работы достигнута. Задачи решены. Выдвинутая в начале исследования гипотеза о том, что существуют психологические особенности внутренней картины болезни женщин с бесплодием нашла свое полное подтверждение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апресян, С.В. Медико-психологические аспекты бесплодия [Текст] / С.В. Апресян, А.А. Абашидзе, В.Ф. Аракелян // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2016. – № 1. – С. 8-9.

2. Айсина, Р.М. Индивидуальное психологическое консультирование: основы теории и практики [Текст] / Р.М. Айсина. – М.: ИНФРА-М, 2019. – 148 с.

3. Банщиков, В.М. Медицинская психология [Текст] / В.М.Банщиков, В.С. Гуськов, И.Ф. Мягков. – М.: Медицина, 2022. – 240 с.

4. Барсукова, О.В. Психология личности [Текст] / О.В. Барсукова, Т.В. Павлова, Ю.А. Тушнова. – М.: Феникс, 2021. – 112 с.

5. Берестова, О.С. Анализ сензитивного уровня внутренней картины болезни у женщин с бесплодием в контексте психологии телесности [Текст] / О.С. Берестова // Труды молодых ученых Алтайского государственного университета. – 2019. – № 3. – С. 412-415.

6. Васильева, Е.Ю. Основы психологии для медицинских вузов [Текст] / Е.Ю. Васильева. – М.: КноРус, 2020. – 154 с.

7. Вустенко, В.В. Психологические аспекты качества жизни пациенток с нарушениями фертильности [Текст] / В.В. Вустенко // Медико-социальные проблемы семьи. – 2020. – Т. 25. – № 2. – С. 26-34.

8. Гаврилова, В.Е. Психологические предпосылки бесплодия у здоровых женщин, состоящих в браке [Текст] / В.Е. Гаврилова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2018. – №11(3). – С.103-109.

9. Голышкина, М.С. Женское бесплодие как фактор эмоционального расстройства: значение психотерапии в лечении бесплодия [Текст] / М.С.Голышкина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – № 13 (2). – С. 97-103.

10. Дементьева, Н.О. Психологические аспекты исследования

женского бесплодия «неясной этиологии» [Текст] / Н.О. Дементьева // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2016. – № 1. – С. 131–139

11. Ермошенко, Б.Г. Психологические аспекты репродуктивного поведения инфертильных женщин в ракурсе экзистенциальной проблематики [Текст] / Б.Г. Ермошенко // Успехи современного естествознания. – 2019. – № 11. – С. 111-113.

12. Зыбайло, В.С. Исследование индивидуально-психологических особенностей женщин, страдающих бесплодием [Текст] / В.С. Зыбайло // Оригинальные научные публикации УО «БГМУ». – 2021. – С. 82-87.

13. Карвасарский, Б.Д. Медицинская психология [Текст] / Б.Д.Карвасарский. – М.: Медицина, 2020. – 272 с.

14. Каган, В.Е. Понимая себя. Взгляд психотерапевта [Текст] / В.Е.Каган. – М.: Смысл, 2002. – 268 с.

15. Кашапов, М.М. Психологическое консультирование [Текст] / М.М. Кашапов. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 157 с.

16. Ковалев, С.В. Психотерапия человеческой жизни [Текст] / С.В.Ковалев. – М.: Медков, 2022. – 348 с.

17. Кон, И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание [Текст] / И.С. Кон. – М.: Политиздат, 1984. – 335 с.

18. Кораблина, Е.П. Психологическое консультирование [Текст] / Е.П.Кораблина, И.А. Акиндинова, А.А. Баканова, А.М. Родина; под редакцией Е.П. Кораблиной. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 222 с.

19. Крутова, В.А. Причины женского бесплодия [Текст] / В.А.Крутова, Б.Г. Ермошенко // Успехи современного естествознания. – 2017. – № 11. – С. 16–19.

20. Лакосина, Н.Д. Клиническая психология [Текст] / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. - [8-еизд.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2021. – 416 с.

21. Лакосина, Н.Д. Медицинская психология [Текст] / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 2021. – 272 с.

22. Леонгард, К. Акцентуированные личности [Текст] / К. Леонгард; [пер. с нем. В.В. Лещинской]. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 446 с.

23. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н.Леонтьев; под ред. и с пред. Д.А. Леонтьева. – 5-е, испр. и доп. изд. – М.: Смысл, 2020. – 526 с.

24. Лебединский, М.С. Введение в медицинскую психологию [Текст] / М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев. – СПб.: Питер, 2020. – 430 с.

25. Леонтьева, В.Л. Психология [Текст] / В.Л. Леонтьева. – М.: Юрайт, 2019. – 152 с.

26. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезней и атерогенные заболевания [Текст] / Р.А. Лурия. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.

27. Мантрова, М.С. Психологическое консультирование [Текст] / М.С. Мантрова. – 2-е изд. – М.: Флинта, 2017. – 116 с.

28. Масягутова, Л.Ф. Психологический взгляд на причины идиопатического бесплодия [Текст] / Л.Ф. Масягутова // Вестник науки и образования. – 2018. – №17-1. – С.113-116.

29. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология [Текст] / В.Д. Менделевич. – [5-е изд.]. – М.: МЕДпресс-информ. – 2022. – 432 с.

30. Мордас, Е.С., Берсенева, Я.В. Личностные особенности женщин с психогенным бесплодием (на различных уровнях организации индивидуальности) [Текст] / Е.С. Мордас, Я.В. Берсенева // Психология и Психотехника. – 2020. – № 3. – С. 69 - 83.

31. Немов, Р.С. Психологическое консультирование [Текст] / Р.С.Немов. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2020. – 440 с.

32. Николаева, В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореферат дисс. доктора психологических наук: 19.00.04 [Текст] / В.В. Николаева. – М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 1992. – 48 с.

33. Обухова, А.С. Психология личности [Текст] / А.С. Обухова. – М.: Юрайт, 2019. – 404 с.

34. Овчинников, Б.В., Дьяконов, И.Ф., Лытаев, С.А. Психическое и профессиональное здоровье. Психологическая диагностика и коррекция [Текст] / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, С.А. Лытаев. – СПб.: СпецЛит, 2022. – 295 с.

35. Пантелиев, С.Р. Методика исследования самоотношения [Текст] / С.Р. Пантелеев, В.В. Столин // Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики, 1989. – С. 166-172.

36. Петрова, Н.Н. Особенности психического состояния и личностно-психологические характеристики женщин с бесплодием, подвергающихся лечению методом ЭКО [Текст] / Н.Н. Петрова, Е.Н. Подольхов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – № 3. – С. 115-121.

37. Резникова, Т.Н. Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клинико-психологические соотношения: автореферат дисс. доктора медицинских наук: 19.00.04 [Текст] / Т.Н.Резникова. – СПб: Ин-т мозга человека, 1998. – 40 с.

38. Роджерс, К. Гуманистическая психология: теория и практика [Текст] / К. Роджерс; под ред. [авт. вступ. ст. и сост.] А.Н. Сухова. – Воронеж: МОДЭК, 2013. – 450 с.

39. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л.Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2022. – 705 с.

40. Рябченко, С.А. Психологическое консультирование [Текст] / С.А.Рябченко. – Саратов: Вузовское образование, 2019. – 189 с.

41. Самыгин, С.И., Кротов, Д.В., Столяренко, Л.Д. Психология [Текст] / С.И. Самыгин, Д.В. Кротов, Л.Д. Столяренко. – М.: Феникс, 2020. – 280 с.

42. Сарджвеладзе, Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой [Текст] / Н.И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: Мецниереба, 1989. – 204 с.

43. Смарышева, В.А. Кризисное психологическое консультирование [Текст] / В.А. Смарышева. – СПб.: ЧОУВО «Восточно-европейский институт психоанализа», 2020. – 184 с.

44. Спиркин, А.Г. Сознание и самосознание [Текст] / А.Г. Спиркин. – М.: Политиздат, 1972. – 303 с.

45. Стеняева, Н.Н. Психосоматические и сексуальные расстройства у женщин с бесплодием [Текст] / Н.Н. Стеняева // Акушерство и гинекология. – 2018. – № (4). – С.86-93.

46. Столин, В.В. Самосознание личности [Текст] / В.В. Столин. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1983. – 285 с.

47. Тювина, Н.А. Бесплодие и психические расстройства у женщин [Текст] / Н.А. Тювина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2019. – № 11. – С. 16-19.

48. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология [Текст] / Ю.Г. Фролова. – М.: Вышэйшая школа, 2021. – 384 с.

49. Чеснокова, И.И. Проблема самосознания в психологии [Текст] / И.И. Чеснокова. – М.: Наука, 1977. – 144 с.

50. Шнейдер, Л.Б. Психология идентичности [Текст] / Л.Б. Шнейдер. – М.: Юрайт, 2019. – 328 с.

51. Шумский, В.Б. Экзистенциальная психология и психотерапия [Текст] / В.Б. Шумский. – М.: Юрайт, 2019. – 156 с.

52. Якуничева, О.Н. Медицинская психология [Текст] / О.Н.Якуничева. – М.: Лань, 2021. – 197 с.

53. Atake, E.H., Gnakou, Ali. P. Women's empowerment and fertility preferences in high fertility countries [Text] / E.H. Atake, Ali. P. Gnakou // BMC Womens Health. – 2019. – №. 19(1). – P. 54.

54. Bitzer, J. Fertility Awareness Based Methods [Text] / J. Bitzer // FertilSteril. – 2022. – №. 79(10). – P. 535-540.

55. Boivin, J. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women [Text] / J. Boivin, J. Takefman // FertilSteril. – 2021. – №. 64. – P. 802-810.

56. Palomba, S. Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility [Text] / S. Palomba // Reprod Biol Endocrinol. – 2022. –№16

(1). – P. 113.

57. Hunt, S. Assessment of female fertility in the general practice setting. [Text] / S. Hunt // Aust J Gen Pract. – 2020. –№49(6). – P. 304-308.

58. Shani, C. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors [Text] / C. Shani // Psychiatry Res. – 2019. – V. 240. – P.53-59.

59. Simmons, R.G., Jennings, V. Fertility awareness-based methods of family planning [Text] / R.G. Simmons, V. Jennings // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2020. – P.68-82.

60. Stewart, D. International psychosocial and systemic issues in women's mental health [Text] / D. Stewart // Arch. Women's Mental Health. – 2020. – V.4 (3). – P. 13-17.

61. Ushma, D.U. Women's empowerment and fertility: a review of the literature [Text] / D.U. Ushma // Soc Sci Med. – 2020. – №10. – 111-120.

62. Vander, B.M., Wyns, C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology [Text] / B.M. Vander, C. Wyns // Clin Biochem. – 2018. – №2-10. – 130-137.

63. Демография. Росстат. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 04.05.23).

64. ВОЗ: бесплодие. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/infertility (дата обращения: 02.05.23).

65. Женское бесплодие. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/641_1?ysclid=lhahp381ia373349378 (дата обращения: 29.04.23).

66. Филиппова, Г.Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий [Текст] / Г.Г. Филиппова // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч.

журн. – 2014. – N3 (5). – С. 6. – [Электронный ресурс]. – URL: http://medpsy.ru/climp. (дата обращения: 02.05.23).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Вопросы анкеты по сбору данных исследуемых женщин

1. Имя (ник)
2. Возраст
3. Замужем/гражданский брак/в отношениях/одинока
4. Есть ли дети, сколько?
5. Чем занимается в жизни: работаю/учусь
6. Когда был поставлен диагноз «бесплодие» - год?
7. Какой фактор бесплодия:
    1) Трубное бесплодие
    2) Бесплодие эндокринного характера
    3) Маточная форма бесплодия
    4) Иммунная форма бесплодия
    5) Неясного генеза
    6) Другое
8. Какое лечение бесплодия проводилось?
9. Сколько попыток ЭКО проводилось?
10. Обращались ли за психологической помощью и сопровождением:
    1) да/нет
    2) по поводу диагноза бесплодие
    3) по сопровождению в протоколах ЭКО

Приложение 2

Стимульный материал методики «Шкала депрессии» А.Т. Бека

1	0 – Я не чувствую себя несчастным. 1 – Я чувствую себя несчастным. 2 – Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства. 3 – Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.
2	0 – Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным. 1 – Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным. 2 – Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем. 3 – Я чувствую, что будущее безнадежно и ничего не изменится к лучшему.
3	0 – Я не чувствую себя неудачником. 1 – Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей. 2 – Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череды неудач. 3 – Я чувствую себя полным неудачником.
4	0 – Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 1 – Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 2 – Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было. 3 – Я всем неудовлетворен, и мне все надоело.
5	0 – Я не чувствую себя особенно виноватым. 1 – Довольно часто я чувствую себя виноватым. 2 – Почти всегда я чувствую себя виноватым. 3 – Я чувствую себя виноватым все время.
6	0 – Я не чувствую, что меня за что-то наказывают. 1 – Я чувствую, что могу быть наказан за что-то. 2 – Я ожидаю, что меня накажут. 3 – Я чувствую, что меня наказывают за что-то.
7	0 – Я не испытываю разочарование в себе. 1 – Я разочарован в себе. 2 – Я внушаю себе отвращение. 3 – Я ненавижу себя.
8	0 – У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других. 1 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки. 2 – Я все время виню себя за свои ошибки. 3 – Я виню себя за все плохое, что происходит.
9	0 – У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой. 1 – У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю. 2 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.

	3 – Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.
10	0 – Я плачу не больше, чем обычно. 1 – Сейчас я плачу больше обычного. 2 – Я теперь все время плачу. 3 – Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.
11	0 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно. 1 – Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам. 2 – Сейчас я все время раздражен. 3 – Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.
12	0 – Я не потерял интереса к другим людям. 1 – У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше. 2 – Я почти утратил интерес к другим людям. 3 – Я потерял всякий интерес к другим людям.
13	0 – Я способен принимать решения так же, как всегда. 1 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно. 2 – Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде. 3 – Я больше не могу принимать каких-либо решений.
14	0 – Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно. 1 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным. 2 – Я чувствую, что изменения, происходящие в моей внешности, сделали меня непривлекательным. 3 – Я уверен, что выгляжу безобразным.
15	0 – Я могу работать так же, как раньше. 1 – Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать. 2 – Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать. 3 – Я вообще не могу работать.
16	0 – Я могу спать так же хорошо, как и обычно. 1 – Я сплю не так хорошо, как всегда. 2 – Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова. 3 – Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.
17	0 – Я устаю не больше обычного. 1 – Я устаю легче обычного. 2 – Я устаю почти от всего того, что делаю. 3 – Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.
18	0 – Мой аппетит не хуже, чем обычно. 1 – У меня не такой хороший аппетит, как был раньше. 2 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже. 3 – Я вообще потерял аппетит.
19	0 – Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного. 1 – Я потерял в весе более 2 кг. 2 – Я потерял в весе более 4 кг. 3 – Я потерял в весе более 6 кг.
20	0 – Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно. 1 – Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры. 2 – Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом. 3 – Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем не могу думать.
21	0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах. 1 – Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом. 2 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом. 3 – Я совершенно утратил интерес к сексу.

Стимульный материал методики SF-36

Ф.И.О. _____

Дата заполнения _____

1. Как бы Вы в целом оценили состояние Вашего здоровья (обведите одну цифру)		**2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад** (обведите одну цифру)	
Отличное	1	Значительно лучше, чем год назад	1
Очень хорошее	2	Несколько лучше, чем год назад	2
Хорошее	3	Примерно так же, как год назад	3
Посредственное	4	Несколько хуже, чем год назад	4
Плохое	5	Гораздо хуже, чем год назад	5

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

Ограничивает ли вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)	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 так, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой повседневной деятельности, вследствие чего: (обведите одну цифру в каждой строке)	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ 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 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 и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру в каждой строке)

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 в каждой строке)

Совсем не испытывал(а)	1
Очень слабую	2
Слабую	3
Умеренную	4
Сильную	5
Очень сильную	6

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

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

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

Все время	1
Большую часть времени	2
Иногда	3
Редко	4
Ни разу	5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру)	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Стимульный материал методики ТОБОЛ

1. Самочувствие

С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	1
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	2
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	3
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	4
У меня почти всегда что-нибудь болит	5
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений	6
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	7
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	8
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	9
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	10
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

2. Настроение

Как правило, настроение у меня очень хорошее	1
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	2
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	4
Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	5
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	6
У меня стало совершенно безразличное настроение	7
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	8
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев	9
Малейшие неприятности сильно огорчают меня	10
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

3. Сон и пробуждение ото сна

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	1
Утро для меня – самое тяжелое время суток	2
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	3
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	4

Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	5
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	6
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения	7
Утром я встаю бодрым и энергичным	8
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	9
По ночам у меня бывают приступы страха	10
С утра я чувствую полное безразличие ко всему	11
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	12
Во сне мне видятся всякие болезни	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

4. Аппетит и отношение к еде

Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	1
У меня хороший аппетит	2
У меня плохой аппетит	3
Я люблю сытно поесть	4
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	5
Мне легко можно испортить аппетит	6
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность	7
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье	8
Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	9
Еда не доставляет мне никакого удовольствия	10
Ни одно из определений мне не подходит	11

5. Отношение к болезни

Моя болезнь меня пугает	1
Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	2
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	3
Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	4
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	5
Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	6
Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	7
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	8
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	9
Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	10

Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	12
Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	13
Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда	14
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	15
Ни одно из определений мне не подходит	16

6. Отношение к лечению

Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	1
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	2
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни	3
Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	4
Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь	5
Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию	6
Боязнь новых лекарств, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	7
Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	8
Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	9
Считаю, что меня лечат неправильно	10
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	11
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	12
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	13
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

7. Отношение к врачам и медперсоналу

Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	1
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	2
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей	3
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	4
Мне все равно, кто и как меня лечит	5

Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения	6
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	7
Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	8
С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	9
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	10
Я бываю несдержанным и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	11
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	12
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

8. Отношение к родным и близким

Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня	1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроение	2
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	3
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и неблагоды	4
Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	5
Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	6
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	7
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	8
Из-за болезни я стал в тягость близким	9
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь	10
Я считаю, что заболел из-за моих родных	11
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	12
Ни одно из определений мне не подходит	13

9. Отношение к работе (учебе)

Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	1
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	2
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной.	3
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	4

Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	5
Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью	6
На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	7
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	8
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни	9
Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	10
Болезнь сделала меня неуживчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)	11
На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	12
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	13
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	14
Ни одно из определений мне не подходит	15

10. Отношение к окружающим

Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня	1
Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое	2
Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	3
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	4
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	5
Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть	6
Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	7
Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	8
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	9
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	10
Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	11
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня	12
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	13
Ни одно из определений мне не подходит	14

11. Отношение к одиночеству

Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	1
Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	3

В одиночестве меня начинают особенно преследовать мрачные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	4
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	5
Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	6
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	7
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	8
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	9
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	10
Ни одно из определений мне не подходит	11

12. Отношение к будущему

Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	1
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	2
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	3
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	4
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	5
Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	6
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	7
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	8
Я уверен, что в будущем искоренятся ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	9
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей	10
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

Стимульный материал методики «Шкала личностной тревожности»

Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	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 бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Приложение 3

Сырые баллы по проведенным методикам представлены ниже.

Собранные данные анамнеза исследуемых женщин.

Анамнез исследуемых женщин

Параметр	Варианты	Группа 1 (женщины с бесплодием)	Группа 2 (женщины без бесплодия)
Возраст	До 25 лет	30%	36%
	25-30	46%	30%
	31-40	24%	34%
Семейное положение	Замужем	66%	75%
	Одинока	34%	25%
Наличие детей	есть	0%	100%
	нет	100%	0%
Время с бесплодием	До 3 лет	-	55%
	3 года и более	-	45%
Фактор бесплодия	Трубное бесплодие	-	25%
	Эндокринное бесплодие	-	15%
	Маточное бесплодие	-	21%
	Иммунное бесплодие	-	4%
	Неясного генеза бесплодие	-	35%
Лечение бесплодия	Консервативное	-	100%
	ЭКО	-	68%
Количество попыток ЭКО	Ни одной	22%	-
	1 попытка	45%	-
	2 попытки	18%	-
	3 попытки и более	5%	-

Параметр	Варианты	Группа 1 (женщины с бесплодием)	Группа 2 (женщины без бесплодия)
Обращение за психологической помощью	Не обращались	60%	-
	Обращались по поводу диагноза бесплодие	15%	-
	Обращались по поводу сопровождения в протоколах ЭКО	25%	-

Результаты определения типа отношения к болезни у исследуемых женщин по методике ТОБОЛ

Номер исследуемого	Гармоничный (Г)	Эргопатический (Р)	Анозогнозический (З)	Тревожный (Т)	Ипохондрический (И)	Неврастенический (Н)	Меланхолический (М)	Апатический (А)	Сенситивный (С)	Эгоцентрический (Э)	Паранойяльный (П)	Дисфорический (Д)
Экспериментальная группа (женщины с бесплодием)												
1	7	3	4	5	3	3	4	4	2	3	3	1
2	4	7	4	4	3	4	4	3	2	2	2	3
3	7	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4
4	4	4	3	7	4	5	3	2	5	3	4	2
5	2	5	3	5	4	4	4	3	7	3	2	4
6	2	4	4	4	7	3	3	3	4	3	5	4
7	7	3	2	4	3	2	4	3	2	4	3	2
8	4	5	3	7	3	4	4	4	4	4	4	3
9	5	3	2	7	4	4	5	3	2	5	3	4
10		7	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3
11	7	4	4	4	5	3	2	4	4	3	3	3

Номер исследуемого	Гармоничный (Г)	Эргопатический (Р)	Анозогнозический (З)	Тревожный (Т)	Ипохондрический (И)	Неврастенический (Н)	Меланхолический (М)	Апатический (А)	Сенситивный (С)	Эгоцентрический (Э)	Паранойяльный (П)	Дисфорический (Д)
12	3	3	3	4	3	3	3	4	7	3	4	5
13	4	7	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3
14	3	2	4	7	5	3	2	3	3	3	4	3
15	7	4	5	3	2	5	3	4	5	3	2	5
Контрольная группа (женщины без бесплодия)												
16	7	3	4	7	3	4	3	4	3	2	4	3
17	7	3	4	4	3	3	3	4	3	2	4	3
18	4	7	3	3	3	4	2	3	3	5	3	4
19	7	3	4	5	3	4	3	4	4	3	4	4
20	7	3	4	5	3	3	3	4	3	3	4	3
21	7	3	4	5	3	4	5	3	2	4	5	3
22	7	3	4	5	3	4	3	3	3	4	3	2
23	7	3	4	5	3	3	3	4	3	3	3	4
24	3	4	7	3	4	5	3	3	4	4	2	3
25	3	2	7	4	2	2	5	3	2	2	4	2
26	3	2	7	3	4	4	3	4	3	4	5	3
27	7	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3
28	5	5	7	2	3	3	3	4	2	3	3	3
29	7	4	4	3	2	4	3	2	4	3	2	4
30	4	5	7	3	2	4	3	2	4	3	2	4

Результаты определения уровня депрессии личности исследуемых женщин по методике А.Т. Бека

Номер исследуемого	Когнитивно-аффективная субшкала (С-А)	Субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)	Набранные баллы	Уровень депрессии
Экспериментальная группа (женщины с бесплодием)				
1	9	9	18	Умеренная депрессия

2	6	9	17	Умеренная депрессия
3	10	9	19	Умеренная депрессия
4	15	23	38	Тяжелая депрессия
5	15	26	41	Тяжелая депрессия
6	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
7	10	15	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
8	15	25	40	Тяжелая депрессия
9	10	15	25	Выраженная депрессия (средней тяжести)
10	9	10	19	Умеренная депрессия
11	10	9	19	Умеренная депрессия
12	10	13	23	Выраженная депрессия (средней тяжести)
13	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
14	13	20	33	Тяжелая депрессия
15	15	14	29	Выраженная депрессия (средней тяжести)
Контрольная группа (женщины без бесплодия)				
16	10	9	19	Умеренная депрессия
17	5	1	6	Отсутствие депрессивных симптомов
18	8	8	16	Умеренная депрессия
19	4	1	4	Отсутствие депрессивных симптомов
20	2	0	2	Отсутствие депрессивных симптомов
21	3	1	4	Отсутствие депрессивных симптомов
22	1	0	1	Отсутствие депрессивных симптомов
23	5	0	5	Отсутствие депрессивных симптомов
24	10	9	19	Умеренная депрессия
25	2	0	2	Отсутствие депрессивных симптомов
26	3	1	4	Отсутствие депрессивных симптомов
27	2	0	2	Отсутствие депрессивных симптомов
28	10	9	19	Умеренная депрессия
29	3	2	5	Отсутствие депрессивных

				симптомов
30	10	8	18	Умеренная депрессия

Результаты определения статуса здоровья личности исследуемых женщин использовали методику «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36)

Номер исследуемого	ФА – Физическая активность	РФ – Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	Б – Боль	ОЗ – Общее здоровье	ЖС – Жизнеспособность	СА – Социальная активность	РЭ – Роль эмоциональных проблем в ограничении	ПЗ – Психическое здоровье	Набранные баллы	Статус здоровья личности
Экспериментальная группа (женщины с бесплодием)										
1	8	10	9	8	7	9	7	8	66	Средний статус здоровья
2	9	10	9	8	8	9	7	9	69	Средний статус здоровья
3	5	8	6	7	6	6	6	6	50	Средний статус здоровья
4	3	5	4	4	4	3	4	4	30	Низкий статус здоровья
5	3	4	4	3	4	3	4	3	27	Низкий статус здоровья
6	4	4	4	3	4	3	4	4	29	Низкий статус здоровья
7	5	5	6	5	6	4	5	5	41	Средний статус здоровья
8	3	4	3	3	4	3	3	3	25	Низкий статус здоровья
9	3	5	4	4	4	3	4	4	30	Низкий статус здоровья
10	8	8	7	8	7	9	7	8	62	Средний статус здоровья
11	5	5	5	5	6	4	5	4	39	Средний статус здоровья

12	3	5	4	3	4	3	4	3	28	Низкий статус здоровья
13	5	7	6	7	6	6	6	6	49	Средний статус здоровья
14	4	4	4	3	4	3	4	4	29	Низкий статус здоровья
15	8	9	8	8	7	9	7	8	64	Средний статус здоровья
Контрольная группа (женщины без бесплодия)										
16	10	9	11	12	10	11	12	11	86	Высокий статус здоровья
17	11	11	11	12	10	11	12	11	90	Высокий статус здоровья
18	8	10	9	8	7	9	7	8	66	Средний статус здоровья
19	12	11	12	13	10	13	12	11	95	Высокий статус здоровья
20	11	12	12	13	11	13	12	12	98	Высокий статус здоровья
21	11	11	12	12	11	13	12	11	94	Высокий статус здоровья
22	12	12	12	13	11	13	12	12	99	Высокий статус здоровья
23	13	11	12	13	10	13	12	11	96	Высокий статус здоровья
24	9	10	9	8	8	9	7	9	69	Средний статус здоровья
25	11	9	11	12	10	11	13	11	88	Высокий статус здоровья
26	9	9	10	10	10	10	12	10	76	Высокий статус здоровья
27	12	11	12	13	10	13	12	11	95	Высокий статус здоровья
28	6	9	8	7	7	9	6	8	60	Средний статус здоровья
29	10	11	12	12	10	11	12	11	92	Высокий статус здоровья
30	9	9	9	8	8	9	7	9	68	Средний статус здоровья

Результаты определения уровня личностной тревожности исследуемых женщин по методике «Шкала личностной тревожности»

Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина

Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень личностной тревожности женщин
Экспериментальная группа (Женщины с бесплодием)		
1	3,2	Средний уровень личностной тревожности
2	2,9	Средний уровень личностной тревожности
3	3,0	Высокий уровень личностной тревожности
Номер исследуемого	Набранные баллы	Уровень личностной тревожности женщин
4	3,6	Высокий уровень личностной тревожности
5	3,4	Высокий уровень личностной тревожности
6	3,0	Высокий уровень личностной тревожности
7	2,9	Средний уровень личностной тревожности
8	3,0	Высокий уровень личностной тревожности
9	3,3	Высокий уровень личностной тревожности
10	2,6	Средний уровень личностной тревожности
11	3,0	Высокий уровень личностной тревожности
12	3,1	Высокий уровень личностной тревожности
13	3,4	Высокий уровень личностной

		тревожности
14	3,2	Высокий уровень личностной тревожности
15	3,0	Высокий уровень личностной тревожности
Контрольная группа (женщины без бесплодия)		
16	2,0	Средний уровень личностной тревожности
17	1,5	Низкий уровень личностной тревожности
18	2,1	Средний уровень личностной тревожности
19	1,6	Низкий уровень личностной тревожности
20	1,8	Низкий уровень личностной тревожности
21	1,5	Низкий уровень личностной тревожности
22	1,7	Низкий уровень личностной тревожности
23	1,5	Низкий уровень личностной тревожности
24	2,2	Средний уровень личностной тревожности
25	1,6	Низкий уровень личностной тревожности
26	1,5	Низкий уровень личностной тревожности
27	1,8	Низкий уровень личностной тревожности
28	2,4	Средний уровень личностной тревожности
29	1,6	Низкий уровень личностной тревожности

30	2,1	Средний уровень личностной тревожности