

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК С ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОСОВОГО АППАРАТА И ИХ ЗДОРОВЫХ СВЕРСТНИКОВ

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PSYCHOLOGICAL STRUCTURE OF QUALITY OF LIFE OF YOUNG MEN AND GIRLS WITH THE PATHOLOGY OF THE VOICE CARE AND THEIR HEALTHY PEOPLE

R. Barabanov

Summary. The article presents the results of a comparative analysis of the psychological components of the quality of life of persons with special educational needs (for example, people with vocal pathology) and healthy respondents. On the basis of the data obtained, individual structural components of the quality of life in each group were identified.

Keywords: quality of life, voice, special needs.

Барабанов Родион Евгеньевич

Аспирант, Московский государственный психолого-педагогический университет
ksp_kpr_14@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты сравнительного анализа психологических составляющих качества жизни лиц с особыми образовательными потребностями (на примере людей с патологией голосового аппарата) и здоровых респондентов. На основе полученных данных выявлены отдельные структурные компоненты качества жизни в каждой из групп.

Ключевые слова: качество жизни, голос, особые потребности.

Доминирующие в современном обществе инклюзивные идеи и принципы базируются на эффективном функционировании сложной системы, представленной взаимодействующими подсистемами: человек с особыми образовательными потребностями (ООП) с одной стороны и социальная среда как совокупность общностей со своеобразной структурой, ценностями и возможностями с другой [1, 4, 5, 8]. В связи с этим акцентируем то обстоятельство, что важное ресурсное обеспечение инклюзии лиц с особыми образовательными потребностями — это развитие качества жизни, которое должно актуализировать физические, интеллектуальные, личностные, духовные и творческие ресурсы личности, определяющие готовность к включению в общество и возможность преодоления различного рода трудностей, барьеров и ежедневных изменений, неизбежно возникающих в результате данного процесса [10]. При этом существуют негативные эффекты включения лиц с ООП в общество, которые создают предпосылки для комплекса нарушений психофизического и социального здоровья личности, отражающиеся на социальном функционировании и субъективной оценке качества жизни.

Здоровье является важным элементом системы социокультурной детерминации, определяемым качеством жизни, т.е. ценностными ориентациями, целями, уста-

новками и поведенческими стратегиями конкретного индивидуума в ситуации болезни. В совокупности это указывает на макродетерминацию здоровья и на внутриличностные механизмы его регуляции, которые предполагают своеобразие и свободное самоопределение человека [3, 4, 6, 7, 9]. Поэтому блокировка психической активности на определенном уровне вследствие стрессогенных внешних воздействий, нарушает оптимальный режим функционирования всех остальных уровней и системы в целом, предопределяя возникновение дезадаптивных состояний, трудностей решения проблем [5, 11].

В нашем случае, используя пример соматического и психоэмоционального состояния лиц с патологией голоса, перенесших оперативное вмешательство или находящихся на амбулаторном лечении, нельзя не затронуть и проблему интеграции таких людей в образовательное пространство. Любые лечебно-оздоровительные мероприятия в представлении большинства лиц с патологией голосового аппарата связаны с болью, нанесением раны, ограничением деятельности, временной утратой коммуникативной активности и т.п. Сама патология затрагивает мир чувств и впечатлений больного, его представлений о собственном теле, которые сложились у человека [1, 2]. В этой связи, даже не смотря на в целом удовлетвори-

тельное соматическое состояние, люди часто продолжают испытывать стресс и различные расстройства настроения. На этом фоне, постоянное нахождение в стрессе и неспособность управлять своими эмоциями, приводит к тому, что организм не справляется должным образом с патологическим процессом, понижается иммунитет, как следствие изменяется психологическая структура качества жизни. Психическое равновесие в процессе лечения, а также спустя некоторое время после болезни с большинством других факторов зависит от того насколько личность способна принять новое положение вещей и последствия заболевания, что является отражением той самой (объективной) структуры качества жизни. Все это требует выстраивания особой траектории образовательного процесса и формирования такой образовательной среды, где при хорошей психологической поддержке лиц с патологией голосового аппарата, установлении доверительного контакта с преподавателем, адекватных требованиях к обучающимся, интеграция в образовательную среду проходит в благоприятной атмосфере, а возникающие социально-психологические барьеры встречаются реже.

Исходя из всего выше сказанного, в настоящем исследовании мы ставили перед собой **задачу объективизации психологических составляющих качества жизни (которые выступают в качестве индивидуальных эталонов и ценностей) лиц с особыми образовательными потребностями (на примере юношей и девушек с патологией голосового аппарата) и их здоровых сверстников.**

Для наибольшей достоверности мы приняли позицию, согласно которой *выявление психологических составляющих качества жизни не должно было ограничиваться изучением одной только удовлетворенности теми благами, какие имеет субъект, статусом его здоровья или степенью физических и психических ограничений.*

В этой связи нам было необходимо:

1. Проанализировать различия в психологических составляющих качества жизни юношества с особыми образовательными потребностями и здоровыми сверстниками;
2. Проанализировать групповые и гендерные различия в психологических составляющих качества жизни юношей и девушек с особыми образовательными потребностями и здоровыми сверстниками.

Эмпирическая база исследования

Для проведения исследования нами была отобрана экспериментальная и контрольная группы, общей численностью 196 человек.

Исследование экспериментальной группы проводилось на базе ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России». За период с марта 2017 по январь 2018 года в опросе приняли участие 96 человек, которые являлись пациентами отделений фониатрии и патологии гортани ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России». Из них 85 взрослых (средний и поздний юношеский возраст) и 11 подростков (ранний юношеский возраст) с нарушением голоса в возрасте от 16 до 27 лет (48 юношей и 48 девушек) — учащиеся различных вокально-эстрадных отделений московских ВУЗов. Средний возраст $21 \pm 1,6$ года.

Исследование контрольной группы проводилось на базе АОЧУ ВО «Московский финансово-юридический университет МФЮА». За период с сентября 2017 года по июнь 2018 года в исследовании приняли участие 100 человек, которые являлись студентами 1–4 курсов ВУЗа, а также колледжа МФЮА. Из них 82 взрослых (средний и поздний юношеский период) и 18 подростков (ранний юношеский период) в возрасте от 16 до 27 лет (50 юношей и 50 девушек). Средний возраст был $19 \pm 1,4$ года.

Дизайн исследования

Процедура исследования представляла собой заполнение обеими выборками девяти опросников разной измерительно-объективизирующей и целеустанавливающей направленности. При этом на первом этапе исследования был проведен контент-анализ (целью которого было выявление компонентов качества жизни на основе субъективной оценки лицами с патологией голосового аппарата и, так называемой, нормой), который позволил нам определиться с набором методик для настоящего исследования. Среди них:

1. Методика К. Рифф «Опросник психологическое благополучие личности» в адаптации и модификации Т.Д. Шевеленкова и П.П. Фесенко, 2005 года;
2. Методика Одинцовой М.А. и Радчиковой Н.П. «Самоактивация», 2017 года;
3. Методика СЖО «Тест смысловых ориентаций» - модифицированная версия теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Д. Крамбо и Л. Махолика (James Crumbaugh, Leonard Maholic);
4. Методика «Оценка уровня удовлетворенности качеством жизни» (для взрослых) Н.Е. Водопьяновой, 2005 года;
5. Методика «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглера в адаптации Майниной И.Н. и Васанова А.Ю., 2010 года;
6. Методика «Опросник качества жизни и удовлетворенности» Е.И. Рассказовой, 2012 года;
7. Методика «Опросник жизнестойкости» Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой, 2006 года;

8. Методика СКЖ «Субъективное качество жизни» Т.В. Эксакусто и А.А. Заиченко, 2012 года;
9. Методика МНП (SSCT) «Метод незаконченных предложений» Сакса Леви в адаптации Г.Г. Румянцева, 1969 года.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных данных проводился с использованием программы математической обработки информации SPSS версии 22.0. В работе был применен критерий U Манна-Уитни, используемый для сравнения двух несвязанных выборок по уровню количественного признака, измеренного в порядковой шкале, Критерий Хи-квадрат, который асимптотически верен и использовался для изучения конкретных значений дисперсии нормально распределённой совокупности на основе выборочной дисперсии (грубо говоря, этот критерий применялся для проверки связи пар данных по тем или иным показателям качества жизни в исследуемых группах).

В результате можно говорить о следующих данных.

Критерии U Манна-Уитни и Хи-квадрат показали, что имеют место различия как по группам (между респондентами с особыми потребностями и условно здоровой выборкой), так и по полу. Поэтому психологические составляющие качества жизни, на наш взгляд, целесообразно выделять в каждой из групп отдельно. При этом существует принципиальная разница в степени выраженности тех или иных компонентов в каждой из групп. Так, например:

1. По методике «Метод незаконченных предложений» (для анализа ответов была применена стандартная оценка системы отношений) Сакса Леви в адаптации Г.Г. Румянцева, мы получили групповые различия по таким шкалам как:

а) **отношение к успеху/неуспеху** (уровень значимости $p=0,000$). Качественный анализ показал, что молодые люди с нарушением голоса в зависимости от отношения к будущему по-разному воспринимают ситуации успеха и неуспеха. Это зависит от осознания своих ресурсных возможностей, способностей и субъективной оценки той реальности, в которой находится личность. Анализ данных показал, что испытуемые при составлении предложений, в которых закреплялось отношение к «успеху»/«неуспеху», отражали фрустрированные и актуальные для себя сферы жизнедеятельности: отрицательно оценивая возможности достижения целей, общения, работы и т.п., выделяя таким образом социальные маркеры успеха/неуспеха (актуальные сферы, соответствующие социальной ситуации развития конкретного респондента). При этом женщины в большей степени склонны чувствовать свою

ответственность за неудачи и состояние здоровья, в отличие от мужчин.

б) **отношение к счастью** (уровень значимости $p=0,000$). При негативном отношении к себе, молодые люди из группы респондентов с нарушением голосовой функции, проявляли выраженную инфантильную позицию, считая: пусть окружающие люди, общество заботится о нас, поскольку это главное условие счастливого существования — адаптироваться к социальному окружению.

в) **отношение к несчастью** (уровень значимости $p=0,011$). Респонденты с нарушением голоса, заполняя опросники, как правило выражали необходимость чувствовать себя нужными. Многие выражали стремление, что готовы принять любую ситуацию и каждого человека, лишь бы общество приняло их.

г) **отношение к здоровью** (уровень значимости $p=0,000$). В группе юношей и девушек с особыми потребностями ответы носят преимущественно негативный оттенок. Например, многие респонденты, продолжая фразу: «По сравнению с большинством других, мое здоровье...», отвечают: «плохое», «слабое», «резко изменилось», «доставляет мне большие проблемы», «заставляет меня изменить жизнь», «ограничивает меня».

д) **отношение к межличностным контактам** (уровень значимости $p=0,000$). У юношей и девушек с нарушением голоса наиболее часто встречаются ответы, связанные с негативной оценкой качества общения (коммуникации), собственной личности и самореализации. На первое же место у здоровых испытуемых выходит «Я», то есть актуализируется процесс индивидуализации. Молодые люди стремятся заявить о себе, проявить себя, включиться в новые для них отношения. Это наблюдается у тех юношей и девушек, которые положительно относятся к себе.

е) **отношение к будущему** (уровень значимости $p=0,000$). Молодые люди из группы условно здоровых респондентов положительно относятся к себе, ясно представляют свои цели, что позволяет им оптимистично относиться к будущему. Для этих юношей и девушек будущее: безоблачно; радушно, желанно; и т.д. Особое место у 8 испытуемых, показавших позитивное отношение к собственному будущему, занимает надежда на то, что произойдут позитивные изменения в стране. Как показывает исследование, они чаще всего ориентированы на успех в жизни, и этот успех будет зависеть от их активности в достижении поставленных целей. Что же касается молодых людей с нарушением голоса, то они проявили отрицательное отношение к себе, восприятие будущего у них в большей степени пронизано пессимизмом, а цели определяются обще, однопланово (иметь много пози-

тива; быть здоровым; было бы поменьше плохого; быть понятым; попробовать все и т.д.). Уже в целях заложена ориентация на внешние условия (надо, чтобы все изменилось; были бы хорошие условия и т.д.). Эта группа респондентов характеризуется отсутствием у них ориентации на успех, они считают, что надо дожидаться благоприятных условий, а потом только действовать.

ж) **отношение к сексу** (уровень значимости $p=0,027$). По данным анализа лица с нарушением голоса (гортанной патологией) меньше задумываются на тему секса, особенно те из них, у кого были оперативные вмешательства. Это объясняется возрастающей неуверенностью в виду имеющейся соматической патологии, выраженной телесно в виде шрамов и т.п. Сексуальная самооценка в данном случае зависит от отношения близкого окружения к человеку. Если он чувствует себя понятым и принятым в семье, защищенным, то функционирует с уверенностью, что желанен в любом виде.

з) **потребности личности** (уровень значимости $p=0,001$). Наиболее выраженной у лиц с нарушением голоса является потребность в самореализации (19,3%), далее следует общение (18,3%) и эмоциональный комфорт (17,3%). Для группы условно здоровых респондентов актуальна потребность в выборе профессии (13,8%) и учеба (9,2%). Незаконченное предложение «Думаю, что достаточно способен, на...» многие из числа лиц с ООП завершили: «остаться в живых»; «любить и быть любимым»; «трезво мыслить»; здоровые сверстники же писали: «то, чтобы заработать»; «добиться того, что хочу» и т.п. Например, Иван К. (21 год) из группы условно здоровых респондентов завершил эту фразу таким образом: «Думаю, что достаточно способен на то, чтобы заработать», и его основной потребностью является потребность иметь много денег. Николай М. (19 лет) из группы юношей с нарушением голоса завершил фразу — «...выжить», и его потребностью в жизни является потребность «быть». Такие параллели можно приводить и дальше. Таким образом, осознание своих потребностей позволяет актуализировать понимание себя, постичь смысл своего существования в контексте актуального функционирования личности.

2. Также, согласно критерию U Манна-Уитни, мы получили половые различия для обеих групп в степени выраженности тех или иных компонентов качества жизни по ряду шкал в использованных методиках исследования. А именно:

в группе юношей и девушек с нарушением голоса

а) компонент «цели» в методике СЖО «Тест смысловых ориентаций» в наибольшей степени выражен у представительниц женского пола (средний ранг 57,19

на уровне асимптотической двухсторонней значимости $p=0,002$), что может свидетельствовать о том, что для девушек, как для личностей, яснее определены цели в жизни, у них отчетливее выражено чувство осмысленности своего настоящего, прошлого и будущего, соответственно, они более конструктивно могут взаимодействовать с окружающей средой (особенно, в ситуации болезни, которая оказывает негативное влияние как на физическое состояние, так и на психологическое [5, 8], подчеркивая женскую неполноценность). Соответственно, все рациональное звено психической деятельности нацеливается на преодоление этой неполноценности и постановку как краткосрочных, так и долгосрочных целей. Девушки лучше чем юноши осознают, что из-за внешних или внутренних барьеров они могут препятствовать достижению целей, и поэтому стараются сделать все от них зависящее, чтобы не подвести самих себя [7, 9]. При этом женщины не стараются «продавить» имеющиеся проблемы (в нашем случае в области здоровья), как мужчины, зная, что это вызовет еще большее эмоциональное напряжение и отторжение. Они стараются принимать происходящее и чаще, чем мужчины размышляют, как имеющиеся трудности превратить в новую возможность, какой урок в этом кроется, чему им необходимо научиться и как нужно измениться с учетом вновь сложившихся обстоятельств.

б) также выявлены значимые различия между испытуемыми разного пола по показателям: «**локус контроля-Я**» ($U=-1,739$, при $p<0,05$) и «**локус контроля-Жизнь**» ($U=-1,220$, при $p<0,05$). Как показывают полученные данные, юноши, переживая болезнь, считают себя сильными личностями, способными к выбору, принятию решений и управлению своей судьбой.

в) компонент «**личностная исполненность**» по методике «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглера в большей степени выражен у юношей из группы респондентов с нарушением голоса (на уровне значимости $p=0,000$), что указывает на их феноменологическую открытость и диалогический обмен со своим внутренним и внешним миром.

г) наряду с этим девушки значимо отличаются по таким параметрам экзистенциальной исполненности как «**самодистанцирование**» ($U=-1,195$, при $p<0,001$) и «**свобода**» ($U=-1,425$, при $p<0,05$). Возможно, это связано с тем, что девушкам в большей мере, чем юношам, свойственен эмоциональный отклик, способность к сопереживанию и осознанию внутреннего отношения к прожитому, решительность и уверенность в принятых решениях, открытость восприятия себя и своего внутреннего мира.

д) компоненты «**общение с близкими**» и «**поддержка**» также в большей степени выражены у девушек из группы лиц с нарушением голоса (средний ранг 59,33 и 59,02

на уровне значимости $p=0,000$ соответственно). Это может быть свидетельством того, что в ситуации болезни женщины больше, чем мужчины нуждаются в сочувствии, эмоциональном отклике со стороны близких, они в наибольшей степени готовы воспринимать глубокие внутренние отношения, ориентироваться на смысл действий и достижение цели.

е) также в результате исследования, нами обнаружены закономерности констелляции отношений личности по шкале «**эмоциональность**» в методике «Субъективное качество жизни» с перевесом в сторону юношей (на уровне значимости $p=0,000$). Вероятно, это связано с тем, что мужчины, заболевая, в большей степени подвержены внутреннему психоэмоциональному напряжению, поскольку затрагивается сфера их «самости». При этом на первый план выходят способности юношеского возраста к открытому восприятию мира и себя самого, своего «Я», где фиксируются более высокие значения эмоциональной насыщенности жизни.

ж) в методике «Метод незаконченных предложений» мы также получили разницу в области:

- ◆ **отношения к успеху/неуспеху.** Оно у юношей и девушек разное (на уровне асимптотической значимости $p=0,052$). Объяснить это можно тем, что культурно-историческая среда изначально воспитывает в мальчиках стремление к самореализации, к занятию определенной ниши в социальной иерархии. При этом основная зона самореализации — это социально направленная деятельность. Оказываясь в ситуации болезни, юноша, соответственно, имеет меньше шансов для достижения успешности, его сфера успеха фрустрируется. Девушки же более спокойно переживают ситуации неуспеха, поскольку для них в большей степени важная сфера межличностных отношений в области семейности, партнерских отношений и т.д.
- ◆ **целей и стремлений.** Цели и стремления у юношей и девушек также качественно отличаются (на уровне значимости $p=0,000$). Для юношей важно не потерять свое авторитетное положение в обществе и добиться развития (порой отрицая болезнь или, наоборот, используя ее в качестве вспомогательного радикала). Для девушек же первостепенным является удовлетворение своих семейно-родовых и коммуникативных потребностей в сфере общения, воспитания (будучи в роли матери, жены) и самопрезентации (поддерживая свой имидж, соответствуя представлениям красоты и являясь мудрой личностью).
- ◆ **межличностных контактов.** Выявилось разное отношение к межличностным контактам (на уровне двусторонней асимптотической значимости

$p=0,009$). Юноши в большей степени ориентированы в общении на уважение, прямолинейность, понимание и поддержку. Девушки же особое значение придают эмоциональной составляющей, доверию, взаимной заинтересованности, избегая при этом поверхностного контакта.

- ◆ **работы.** Нами было выявлено разное отношение к работе (на уровне значимости $p=0,000$). Юноши видят в работе предмет самореализации, самопрезентации, движения по социальной лестнице и зарабатывания денег, а девушки — возможность самообеспечения.

в группе условно здоровых юношей и девушек

а) по компонентам «**вовлеченность**» («Опросник жизнестойкости» Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой) и «**самотрансценденция**» («Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглера) девушки значимее отличаются от юношей (на уровне двусторонней асимптотической значимости $p=0,011$ и $p=0,041$ для первого и второго компонентов соответственно). Полученные значения характеризуют группу девушек как лиц, эмоционально удовлетворенных своей жизнью, способных понимать, оценивать свое актуальное положение, как лиц, увлеченных своей деятельностью. При этом получены наименее благоприятные показатели по критериям: «**экзистенциальность**» и «**самодистанцирование**», которые в большей степени выражены у юношей (на уровне значимости $p=0,000$). Мы предполагаем, что такая комбинация выраженности показателей свидетельствует о том, что при наличии открытого эмоционального восприятия мира, способностей создавать близкие отношения, при наличии вовлеченности и решимости действовать, девушки больше, чем юноши, ощущают стеснение в осуществлении своей жизни, возможно беззащитность, нехватку внутреннего свободного пространства по отношению к себе.

б) по шкале «**личностная активность**» и общему балу **самоактивации** в методике Одинцовой М.А. и Радчиковой Н.П. «Самоактивация» юноши значимее отличаются от девушек (на уровне асимптотической значимости $p=0,015$ и $p=0,045$ для первого и второго показателя соответственно). Это может быть свидетельством того, что юноши в большей степени склонны к принятию наиболее ценного и значимого для себя в плане жизнедеятельности, в результате чего как личности они в состоянии управлять собой на основе внутреннего потенциала. Ярче проявляется движение к самореализации, что выражается в стремлении учиться, развиваться, открыто воспринимать новое, ощущении направленности своей жизни.

в) по методике «Метод незаконченных предложений» мы получили разницу в шкалах:

- ◆ **отношение к несчастью.** Оно у юношей и девушек разное (на уровне значимости различий $p=0,025$). Девушки чаще допускают вероятность нервно-психических срывов, что является фактором, который позволяет развивать способность смотреть на себя и на ситуацию с некоторой дистанции, не ориентируясь только на самих себя, способность брать на себя свою долю ответственности. Юноши же больше склонны к тому, чтобы воплощать свои собственные, основанные на своих ценностях решения. Они более устойчиво переносят неудачи, стремясь найти рациональные способы решения проблем.
- ◆ **цели и стремления** (на уровне двусторонней асимптотической значимости $p=0,044$) также разные. Девушки чаще ощущают собственное бессилие, неспособность что-то изменить до состояния желаемого. При этом ощущение некоторой неуверенности, неспособности здесь и сейчас совершить изменения своими действиями являются для них побуждающим стимулом к продолжению самореализации. Наряду с этим у юношей в большей степени проявляется способность четко осознавать цели в жизни, чувствовать продолжающееся развитие своего потенциала, имеется открытость новому опыту, ощущение и осознание своих потребностей.
- ◆ **отношение к будущему** (оно также различается на уровне значимости $p=0,028$). Юноши больше, чем девушки выражают стремление к успешной

самореализации своей личности как в жизни, так и в деятельности. При этом юноши, как правило, ориентированы на построение жизненных планов, а девушки, обращаясь в будущее, имеют часто завышенный уровень притязаний.

Заключение

Руководствуясь эвдемонистическим, ценностным, субъектным подходами, мы выявили основные компоненты объективного качества жизни в разных группах: это и экзистенция, и психологическое благополучие, и эмоциональность, и вовлеченность. Данные психологические компоненты пронизывают все уровни объективного благополучия, определяя личностные особенности восприятия и понимания. Качество жизни в той или иной сфере будет складываться не столько благоприятным сочетанием внешних факторов, сколько качеством восприятия происходящего человеком, причем восприятием и пониманием на всех уровнях: на уровне смыслов и соответствия ценностям, реализации своих собственных ценностей, на уровне ощущений, на уровне понимания своих эмоций и их оценки, на уровне способностей самореализации и обучения навыкам, самовыражения, на уровне вовлеченности в деятельность, определяемую субъектом как важную.

Перспективы дальнейших исследований мы связываем с углубленным изучением детерминант объективного качества жизни, с увеличением выборки испытуемых и количества используемых методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барабанов Р.Е. К вопросу о структуре качества жизни лиц с патологией голосового аппарата // Вестник Российского нового университета. Серия: Человек в современном мире. 2018. № 2. С. 74–86.
2. Барабанов Р.Е., Фанталова Е.Б. Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 39–49 DOI: 10.17759/cpse.2016050403
3. Леонтьев Д.А. Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых конструктов // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II Международной научно-практической конференции / Под ред. Т.Л. Крюковой, М.В. Саповской, С.А. Хазовой. Кострома, 23–25 сентября 2010. Т. 2. Кострома, 2010. С. 40–42.
4. Одинцова М.А., Радчикова Н.П. Разработка методики самоактивации личности // Психологические исследования. 2018. Т. 11, № 58. С. 12.
5. Чудновский В.Э. Становление личности и проблема смысла жизни. М.; Воронеж, 2008. 768 с.
6. Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham: Philadelphia, 2011. Vol. 43.
7. Diener E. Subjective well-being: the science of happiness, and a proposal for a national index // Amer. Psychol. 2010. Vol. 55.
8. Fairclough L. D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. — Charman & Hall/CRC. — 2012, p. 164–177.
9. Hajiran H. Toward a quality of life theory: net domestic product of happiness // Social Indicators Research. 2008. Vol. 75.
10. Lyubomirsky S., Sheldon K. M., Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change // Review of General Psychology. 2005. Vol. 9.
11. Murphy K., Cooney A., Shea E. O., Casey D. Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community // Journ. of Advanced Nursing. 2009. Vol. 65 (3).

© Барабанов Родион Евгеньевич (ksp_kpr_14@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»