

## **ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ: СУЩЕСТВУЕТ ЛИ СВЯЗЬ?**

*Статья посвящена соотношению показателей качества жизни и личностных характеристик больных с хроническими заболеваниями. На примере больных с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом, продемонстрирована связь ряда личностных характеристик с показателями качества жизни. Установлено, что безусловным лидером по числу достоверных связей с параметрами качества жизни является личностная тревожность.*

*I. Vasil'yeva*

## **PERSONALITY PECULIARITIES AND LIFE QUALITY OF PATIENTS: IS THERE ANY ASSOCIATION?**

*The article is devoted to the issue of the relationship between personality characteristics and quality of life among patients with chronic diseases. The association of some personality traits with life quality of patients with the end-stage renal disease treated by hemodialysis has been found. Personal anxiety is shown to be an absolute leader in the number of significant correlations with life quality scores.*

В настоящее время понятие «качество жизни» прочно вошло в лексикон различных гуманитарных и естественных наук. Возникло оно в середине XX в. в сфере общественных наук как реакция на преобладание объективных индикаторов в оценке полноценности жизни (уровень доходов, заболеваемость, смертность, частота самоубийств). В дополнение к объективным критериям предлагается ввести субъективные индикаторы жизненного благополучия.

В медицине и клинической психологии изучается качество жизни, связанное со здоровьем (health-related quality of life). При

этом акцент делается на восприятии пациентом состояния своего здоровья и в целом жизни в ситуации болезни. Понятие «качество жизни» способствует реализации гуманистического подхода, позволяя дополнить традиционный способ оценки результатов лечения, сфокусированный на продлении жизни и других объективных клинических показателях, точкой зрения больного, мерой его удовлетворенности самочувствием и «качеством жизни», что улучшает контакт между пациентом и лечащим врачом. Показатели качества жизни позволяют составить представление о

том, считает ли больной свою жизнь полноценной, и, если нет, то какова степень его неудовлетворенности.

Хотя единое, общепринятое определение качества жизни до сих пор отсутствует, как правило, под связанным со здоровьем качеством жизни подразумевается удовлетворенность больного своим физическим, психическим состоянием и социальным функционированием. Мера удовлетворенности связана с различными факторами: социально-демографическими (пол, возраст, образование, трудовая занятость, микросоциальное окружение), психологическими (копинг-стратегии, внутренняя картина болезни и др.), клиническими (длительность и особенности течения заболевания, характер лечения). Немаловажным является также вопрос, существует ли связь между особенностями личности и качеством жизни больных с хроническими заболеваниями. В том случае, если удастся продемонстрировать наличие такой связи, знание особенностей личности, предрасполагающих к снижению качества жизни, поможет более целенаправленно проводить психокоррекционные и лечебно-реабилитационные мероприятия.

Если в клинической психологии качество жизни анализируется на уровне отдельных индивидуумов, то в социологии изучаются связанные с этой проблемой национальные различия. Так, на материале 30 стран показано, что экстраверсия, нейротизм и их взаимодействие являются высоко значимыми предикторами удовлетворенности жизнью целых наций. Эти личностные черты в значительной степени объясняют национальные различия по субъективному благополучию [17].

А. ван Страттен и другие ученые изучали взаимосвязь качества жизни и личностных характеристик у больных с аффективными расстройствами [27]. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36, особенности личности изучались при помощи NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Качество жизни этой категории боль-

ных определялось не только характером психических нарушений и состоянием здоровья в целом, но и особенностями личности как относительно стабильными на протяжении жизни психологическими образованиями. По результатам множественного регрессионного анализа, четыре из пяти факторов личности (экстраверсия, нейротизм, открытость новому опыту и уступчивость) связаны с отдельными шкалами и суммарными оценками опросника SF-36 и эти личностные предикторы действуют независимо от наличия тех или иных психических нарушений. Процент вариабельности показателей качества жизни, объясненной при помощи личностных переменных, наиболее высок для следующих показателей методики SF-36: психическое здоровье (13,3%), энергичность (10%) и суммарный показатель психического здоровья (9,5%).

Э. Д. Мастхоф и соавторы анализировали связь между качеством жизни, которое измерялось по опроснику WHOQOL-100, и личностными особенностями больных с психическими заболеваниями [18]. Свойства личности оценивались при помощи пятифакторной модели (FFM) [19] и семифакторной модели С.Р. Клонингера [12]. Нейротизм и избегание неудач обратно коррелировали с качеством жизни, а экстраверсия, добросовестность и целеустремленность — прямо. Личностные черты объясняли значительную часть дисперсии показателей качества жизни.

У больных с фибрилляцией предсердий с качеством жизни связаны такие черты личности, как оптимизм и чувствительность к тревоге (anxiety sensitivity) [21]. Причем чувствительность к тревоге коррелировала с низкими оценками физической и психосоциальной составляющих качества жизни, тогда как оптимизм связан с высокими показателями психосоциальной компоненты качества жизни и не коррелировал с физической. При этом физическая компонента качества жизни включает удовлетворенность больного своей физической активностью, способностью справ-

ляться с различными физическими нагрузками, интенсивность боли и ее влияние на повседневную деятельность, оценку состояния здоровья в целом. Психосоциальная составляющая качества жизни отражает общую активность, удовлетворенность своим психическим здоровьем и социальной активностью, а также то, насколько эмоциональное состояние мешает справляться с работой и другими повседневными делами.

У больных с язвенным колитом и болезнью Крона некоторые личностные характеристики связаны с качеством жизни [20]. Так, самооценка (по шкале Розенберга – Rosenberg Self-Esteem Scale) была наиболее тесно связана с социальным функционированием, а нейротизм, измеренный по опроснику Айзенка, коррелировал со всеми показателями качества жизни. С ростом самооценки повышалась удовлетворенность социальной активностью. Повышение нейротизма было сопряжено с ухудшением качества жизни. Блок личностных переменных объяснял от 13 до 22% вариативности показателей качества жизни, оценивавшихся по опроснику Inflammatory Bowel Disease Questionnaire.

По результатам множественного регрессионного анализа, у больных с выраженным тремором уровень нейротизма (по тесту Айзенка) служил предиктором интегрального показателя психического здоровья опросника SF-36 [16]. По отношению к суммарному показателю физического здоровья личностные переменные предсказывающей силой не обладали.

Продемонстрировано, что личностный тип D (тенденция испытывать отрицательные эмоции в сочетании со сдержанностью, неотреагированием этих эмоций) является фактором риска снижения качества жизни больных через 7 лет после трансплантации сердца [22]. Тип D является независимым предиктором интегральных показателей качества жизни: наличие у пациента этого типа личности в 3,6 раза повышает шансы снижения показателя сум-

марного показателя физического здоровья и в 6,1 раза – шансы ухудшения суммарного показателя психического здоровья.

Ряд работ посвящен изучению влияния особенностей личности на качество жизни онкологических больных. Личностная тревожность объясняет 40,6% вариативности оценок качества жизни у пациенток с раком молочной железы. Эта черта обнаружила большую предсказательную силу, чем установление диагноза рака. Женщины с высокой личностной тревожностью в 3 раза чаще имели низкое качество жизни через 6 месяцев после установления онкологического диагноза и оперативного лечения, чем пациентки с умеренной и низкой тревожностью [26]. Оптимизм, измеренный по шкале оптимизма-пессимизма из MMPI, коррелировал с более высоким качеством жизни (по обоим интегральным показателям и шести отдельным шкалам опросников SF-12 и SF-36) у выживших спустя 13,5 лет с момента установления диагноза рака щитовидной железы [14]. При этом оптимизм был более тесно связан с психосоциальной составляющей качества жизни, чем с физической. Согласно результатам множественного регрессионного анализа, у больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу рака груди, оптимизм, измеренный с помощью Life Orientation Test [24], предсказывал качество жизни по девяти из двенадцати показателей опросника QLACS (Quality of Life in Adult Cancer Survivors) [8, 9].

Таким образом, литературные данные указывают на существование связи между особенностями личности и качеством жизни больных с различной соматической и психической патологией. Среди личностных переменных, связанных с показателями качества жизни, чаще всего называют нейротизм и близкую к нему по психологическому содержанию личностную тревожность, а также экстраверсию и оптимизм.

Объектом нашего исследования были больные с терминальной почечной недостаточностью, находящиеся на лечении ге-

модиализом. Терминальная почечная недостаточность является заключительной стадией хронической болезни почек. Развитие технологий заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки) позволило увеличить продолжительность жизни некогда обреченных больных на двадцать и более лет. Наряду с задачей продления жизни встает вопрос и о качественном содержании этой жизни, в известном смысле искусственно созданной условиями лечения. Терминальная почечная недостаточность и терапия гемодиализом создают хроническую стрессовую ситуацию для больного. Имеется угроза жизни, неопределенны перспективы в отношении дальнейшего самочувствия, эффективности лечения, трудоспособности. Резко меняется уклад жизни. Необходимо постоянно соблюдать диету, ограничивать потребление жидкости. При лечении гемодиализом ограничена свобода передвижения: приходится проводить много времени на сеансах гемодиализа. Возникает дефицит общения, остается неудовлетворенной потребность в социальных достижениях, ухудшается материальное положение. Все эти психотравмирующие факторы приводят к снижению качества жизни больных. Таким образом, оценка качества жизни пациентов гемодиализа и поиск путей его улучшения весьма актуальны.

Несмотря на тщательно проведенный поиск литературных источников, нам не удалось найти работ, в которых рассматривалась бы связь качества жизни с личностными характеристиками пациентов гемодиализа. Между тем знание личностных особенностей, связанных со снижением качества жизни этих пациентов, могло бы способствовать повышению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

С целью изучения вопроса о наличии связи между особенностями личности и качеством жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом, был проведен кор-

реляционный анализ показателей личностных опросников, с одной стороны, и оценок качества жизни – с другой.

Для оценки связанного со здоровьем качества жизни использована русскоязычная версия опросника SF-36 Health Survey [23, 28]. Эта методика относится к группе общих опросников для изучения качества жизни, применимых к пациентам с различными заболеваниями и к здоровым лицам. Результаты оцениваются по десяти шкалам. Разброс баллов по каждой шкале – от 0 до 100. Чем выше балл, тем лучше качество жизни. В исследовании также применялись шестнадцатифакторный личностный опросник Р. Кеттелла (16 PF), форма А [10], тест смысложизненных ориентаций (СЖО) [5], шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) [7, 25], шкала самооценки депрессии В. Зунга [30], методика «Уровень невротической астении» (УНА) [4]. Оценка связи между показателями личностных опросников и оценками качества жизни производилась при помощи коэффициентов линейной корреляции Пирсона и ранговой корреляции Спирмена. Использован также множественный пошаговый регрессионный анализ.

Из числа изученных личностных переменных наибольшее количество высоко достоверных связей с показателями качества жизни установлено в отношении личностной тревожности (табл. 1). Личностная тревожность, измеренная при помощи опросника STAI, отрицательно коррелирует со всеми показателями методики SF-36: по мере возрастания тревожности качество жизни больных на гемодиализе ухудшается. Установлена положительная корреляция показателей теста СЖО, оценивающего жизненные цели и ценности больных, с большинством параметров качества жизни (табл. 2). Исключение составляет только суммарный индекс физического здоровья (СФЗ), который не коррелировал с показателями СЖО.

Таблица 1

Коэффициенты корреляции Пирсона ( $r$ ) показателя личностной тревожности с оценками качества жизни ( $n = 301$ )

Показатель	Личностная тревожность (по STAI)
ФФ	-0,32***
РФФ	-0,28***
Б	-0,28***
ОЗ	-0,36***
Э	-0,44***
СФ	-0,38***
РЭФ	-0,37***
ПЗ	-0,63***
СФЗ	-0,25***
СПЗ	-0,54***

Примечания:

1. \*\*\* –  $p < 0,001$ .

2. ФФ – физическое функционирование, способность выдерживать физические нагрузки; РФФ – влияние физического состояния на повседневную деятельность; Б – интенсивность боли и влияние боли на повседневную деятельность; ОЗ – общее состояние здоровья; Э – общая активность, энергичность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность; ПЗ – психическое здоровье; СФЗ – суммарный показатель физического здоровья; СПЗ – суммарный показатель психического здоровья.

Таблица 2

Коэффициенты корреляции Спирмена ( $r_s$ ) показателей теста смысловых жизненных ориентаций (СЖО) с оценками качества жизни ( $n = 117$ )

Показатель	Общий показатель осмысленности жизни	Цели в жизни	Процесс жизни	Результат жизни	Локус контроля – Я	Локус контроля – жизнь
ФФ	0,20*	0,21*	0,24**	0,19*	0,18*	0,05
РФФ	0,25**	0,21*	0,23*	0,25**	0,23*	0,22*
Б	0,21*	0,25**	0,16	0,24**	0,16	0,15
ОЗ	0,24**	0,21*	0,25**	0,31**	0,18	0,15
Э	0,33**	0,32***	0,28**	0,35***	0,24**	0,18*
СФ	0,31**	0,27**	0,26**	0,28**	0,27**	0,21*
РЭФ	0,32**	0,34**	0,25**	0,25**	0,32***	0,23**
ПЗ	0,46***	0,47***	0,38***	0,49***	0,40***	0,37***
СФЗ	0,14	0,14	0,15	0,17	0,10	0,05
СПЗ	0,45***	0,44***	0,35***	0,41***	0,41***	0,34***

Примечание:

1. \*\*\* –  $p < 0,001$ , \*\* –  $p < 0,01$ , \* –  $p < 0,05$ .

Обозначения показателей качества жизни – те же, что и в табл. 1.

Из числа параметров качества жизни наибольшее количество тесных связей с личностной тревожностью, жизненными целями и

ценностями больных зарегистрировано в отношении показателя психического здоровья (ПЗ) и суммарного индекса психического здоровья (СПЗ) (табл. 1 и 2). Эти показатели качества жизни улучшаются при снижении

личностной тревожности и росте общего показателя осмысленности жизни и его отдельных составляющих. Интересно, что наличие целей в жизни, удовлетворенность ее эмоциональной насыщенностью и результатами, а также интернальный локус контроля положительно коррелируют с большинством параметров качества жизни, в особенности с теми, которые входят в состав психосоциальной компоненты качества жизни.

Что касается локуса контроля, складывается впечатление, что он является универсальной личностной характеристикой, оказывающей влияние не только на качество жизни больных в ситуации тяжелого заболевания, но и на адаптацию к стрессовым ситуациям самого различного характера как у больных, так и у здоровых лиц [1, 2, 11, 29]. Продемонстрирована связь локуса контроля с нонкомплайенсом у больных на гемодиализе: лица с экстернальным локусом контроля склонны к употреблению алкоголя, курению, пропускам и сокращениям сеансов гемодиализа [3, 13, 15].

Развивая положения концепции Д.А. Леонтьева, В.А. Непомнящая формулирует предположение о связи качества жизни со смысловой сферой личности: «Личность не только осмысливает, оценивает окружающие ее условия, оставаясь удовлетворенной или неудовлетворенной ими ..., но и проектирует, «ведет» свою жизнь, формируя ее качество на основе своей системы смыслов» [6, с. 30]. Результаты проведенного нами исследования качества жизни больных на гемодиализе подтверждают предположение о связи качества жизни с целеполаганием и системой ценностей.

Показатели личностного опросника Кеттелла также обнаруживают немалое количество связей с оценками качества жизни (табл. 3). Безусловным лидером по числу высоко достоверных корреляций является фактор О (склонность к чувству вины, тревожность). Этот фактор отражает такие личностные черты, как беспокойство, ранимость, неуверенность в себе, депрессивные тенденции. Преобладание подобных

черт негативно сказывается на всех без исключения показателях качества жизни. Фактор Н (смелость, решительность, готовность к риску) положительно коррелирует со всеми показателями психосоциальной составляющей качества жизни. С ростом оценки по фактору Q<sub>4</sub> (напряженность, раздражительность, нетерпеливость) ухудшается большинство показателей психосоциальной компоненты качества жизни, а также удовлетворенность состоянием здоровья (ОЗ). Фактор С (эмоциональная стабильность) сочетается с удовлетворенностью состоянием здоровья (ОЗ), энергичностью (Э), психическим здоровьем (ПЗ), с высоким интегральным показателем психического здоровья (СПЗ). Аналогичные взаимосвязи зарегистрированы и в отношении фактора F (беспечность, жизнерадостность, доверчивость). По мере возрастания показателя по этому фактору повышается также удовлетворенность больных своей социальной активностью (СФ). Следует отметить, что факторы О, С, Н и Q<sub>4</sub> – компоненты вторичного фактора «тревожность – приспособленность» опросника 16 PF. Получается так, что факт снижения качества жизни гемодиализных пациентов по мере роста личностной тревожности установлен и при диагностике тревожности по опроснику STAI, и при ее оценке по тесту 16 PF (табл. 1 и 3). Зарегистрированы корреляции личностных характеристик с показателями качества жизни, отражающими удовлетворенность больных своими физическими возможностями. Так, например, способность справляться с физическими нагрузками (ФФ) и суммарный показатель физического здоровья (СФЗ) положительно коррелируют с фактором Е (доминантность, независимость). Из числа показателей качества жизни наибольшее количество достоверных связей с личностными переменными обнаруживают удовлетворенность социальным функционированием (СФ) и общая активность (Э): они коррелируют с шестью показателями опросника 16 PF. Далее следуют такие показатели

Коэффициенты корреляции Спирмена ( $r_s$ ) показателей личностного опросника Кеттелла (16 PF)  
с оценками качества жизни ( $n=54$ )

Показатель опросника Кеттелла (первичный фактор)	Показатель качества жизни									
	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Э	СФ	РЭФ	ПЗ	СФЗ	СПЗ
А (циклотимия – шизотимия)	0,08	0,15	0,15	0,10	0,24	0,36**	0,13	0,16	0,09	0,26
В (интеллект высокий – низкий)	0,25	0,05	0,07	-0,07	0,09	0,15	0,20	0,16	0,05	0,16
С (эмоциональная устойчивость – неустойчивость)	0,17	0,10	0,13	0,32*	0,36**	0,23	0,07	0,44***	0,12	0,32**
Е (доминантность – подчиняемость)	0,43**	0,24	0,27	0,10	0,23	0,21	0,27**	0,06	0,31**	0,13
F (беспечность – озабоченность)	0,06	0,09	-0,13	0,31*	0,39**	0,34*	0,12	0,23	-0,03	0,31*
G (социальная нормативность – несоблюдение норм)	-0,35**	-0,13	-0,13	0,23	-0,01	-0,11	-0,10	0,12	-0,22	0,07
Н (смелость – робость)	0,18	0,20	0,13	0,38**	0,48***	0,32*	0,28*	0,32*	0,10	0,40**
I (мягкость – жесткость)	-0,21	-0,10	-0,20	-0,05	-0,19	0,01	-0,14	-0,22	-0,18	-0,09
L (подозрительность – доверчивость)	-0,13	0,06	-0,17	0,13	0,05	0,20	0,07	0,02	-0,14	0,11
М (мечтательность – практичность)	0,12	-0,18	-0,16	0,07	-0,01	0,12	-0,10	0,07	-0,10	0,05
N (проницательность – наивность)	-0,38**	0,00	-0,08	0,10	0,06	0,03	-0,24	-0,03	-0,12	-0,02
О (склонность к чувству вины – уверенность)	-0,37**	-0,44***	-0,38**	-0,32*	-0,55***	-0,42**	-0,49***	-0,43**	-0,33*	-0,51***
Q <sub>1</sub> (радикализм – консерватизм)	0,17	-0,01	-0,03	0,07	0,28*	0,07	-0,02	0,19	0,03	0,07
Q <sub>2</sub> (самодостаточность – зависимость от группы)	-0,25	-0,11	0,02	-0,06	-0,21	-0,26	-0,06	-0,23	-0,07	-0,22
Q <sub>3</sub> (самоконтроль низкий – высокий)	0,04	-0,01	0,09	0,03	0,19	0,30*	0,14	0,12	0,02	0,25
Q <sub>4</sub> (напряженность – расслабленность)	-0,20	-0,15	-0,14	-0,49***	-0,41**	-0,32**	-0,25	-0,36**	-0,19	-0,40**

Примечания:

1. \*\*\* –  $p < 0,001$ , \*\* –  $p < 0,01$ , \* –  $p < 0,05$ .

2. Обозначения показателей качества жизни – те же, что и в табл. 1.

качества жизни, как общее состояние здоровья (ОЗ) и суммарный показатель психического здоровья (СПЗ), по отношению к которым установлено по пять значимых корреляций с чертами личности, диагностируемыми по опроснику 16 PF. Среди аутсайдеров – выраженность ограничений в повседневной жизни из-за физического состояния (РФФ) и болевого синдрома (Б), которые достоверно связаны только с одной личностной переменной – склонностью к чувству вины (фактор О).

Получается так, что, какова бы ни была тяжесть соматического состояния пациента, существует возможность ее частичной психосоциальной компенсации, в частности за счет личностных факторов. И наоборот, насколько бы ни был благополучен в известных пределах пациент по объективным данным истории болезни, субъективная интерпретация им своего физического состояния может указывать на значительное снижение качества его жизни.

Для решения вопроса о том, обладают ли личностные переменные прогностической силой по отношению к показателям качества жизни, проведено множественное регрессионное моделирование. Зависимыми переменными в регрессионных уравнениях были суммарные показатели психического и физического здоровья. В качестве независимых

переменных в регрессионный анализ были включены психологические, социально-демографические и клинико-лабораторные переменные, продемонстрировавшие достоверную связь с показателями качества жизни по данным корреляционного анализа. Проведенный анализ показал, что личностная тревожность является одним из значимых независимых предикторов суммарного показателя психического здоровья (табл. 4). Наряду с этим негативное влияние на этот интегральный показатель качества жизни оказывали выраженность депрессии, ситуативной тревожности и астении, а также увеличение возраста больных. Уровень гемоглобина сказывался положительно. По отношению к интегральному показателю физического здоровья личностные характеристики предсказывающей силой не обладали.

Таким образом, установлена связь ряда личностных характеристик с показателями качества жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом. Наиболее тесно связаны с личностными переменными показатели психосоциальной составляющей качества жизни. Личностная тревожность является безусловным лидером по числу значимых корреляций с параметрами качества жизни. Она позволяет прогнозировать значения интегрального показателя психосоциальной компоненты качества жизни.

Таблица 4

**Результаты множественного пошагового регрессионного анализа факторов, влияющих на суммарный показатель психического здоровья (MCS)**

$R^2$  модели = 0, 214  $F(6, 747) = 33,99$   $p < 0,00001$

Переменная	БЕТА	SE(БЕТА)	B	SE(B)	t	p
Ситуативная тревожность (по STAI) (баллы)	-0,180	0,0427	-0,297	0,071	-4,211	< 0,0001
Уровень депрессии (по В. Зунгу) (баллы)	-0,169	0,0457	-0,246	0,066	-3,703	0,0002
Уровень гемоглобина (г/л)	0,089	0,0327	0,064	0,024	2,708	0,0069
Личностная тревожность (по STAI) (баллы)	-0,110	0,0449	-0,192	0,079	-2,440	0,0149
Возраст (годы)	-0,072	0,0327	-0,063	0,029	-2,214	0,0271
Шкальная оценка астении (по УНА) (баллы)	0,0788	0,0365	0,028	0,013	2,161	0,0310

*Примечание:* Чем выше шкальная оценка астении, тем меньше выраженность астении.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Боковиков А. М.* Модус контроля как фактор стрессоустойчивости при компьютеризации профессиональной деятельности // Психол. журн. – 2000. – Т. 21. – № 1. – С. 93–101.
2. *Васильева И. А., Пащенко Е. И., Петрова Н. Н., Осипова Е. М.* Психологические факторы компьютерной тревожности // Вопр. психологии. – 2004. – № 5. – С. 56–62.
3. *Васильева И. А., Румянцев А. Ш., Михеева Ю. С.* Психологические и социально-демографические аспекты нарушений лечебного режима больными, находящимися на лечении хроническим гемодиализом // Нефрология. – 2004. – Т. 8. – № 2. – С. 61–67.
4. *Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В. и др.* Шкала для психологической диагностики уровня невротической астении (УНА): Методические рекомендации. – СПб., 1998. – 18 с.
5. *Леонтьев Д. А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – М.: Смысл, 1992. – 16 с.
6. *Непомнящая В. А.* Психологические механизмы формирования качества жизни // Сиб. психол. журн. – 2004. – № 20. – С. 30.
7. *Ханин Ю. Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Л. 1976.
8. *Avis N. E., Smith K. W., McGraw S. et al.* Assessing Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) // Qual. Life Res. – 2005. – Vol. 14. – № 4. – P. 1007–1023.
9. *Carver C. S., Smith R. G., Petronis V. M., Antoni M. H.* Quality of life among long-term survivors of breast cancer: different types of antecedents predict different classes of outcomes // Psycho-Oncology. – 2006. – Vol. 15. – № 9. – P. 749–758.
10. *Cattell R. B., Cattell A. K., Cattell H. E.* Sixteen Personality Factor Questionnaire. – Fifth edition. – Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing, 1993. – 15 p.
11. *Christensen A. J., Wiebe J. S., Benotsch E. G., Lawton W. J.* Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis // Cognitive Ther. Res. – 1996. – Vol. 20. – № 4. – P. 411–421.
12. *Cloninger C. R.* A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal // J. Pers. Disord. – 2000. – Vol. 14. – № 2. – P. 99–108.
13. *Kimmel P. L.* Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes // Am. J. Kidney Dis. – 2000. – Vol. 35. – Suppl. 1. – S. 132–140.
14. *Kung S., Rummans T. A., Colligan R. C., Clark M. M.* Association of optimism-pessimism with quality of life in patients with head and neck and thyroid cancers // Mayo Clin. Proc. – 2006. – Vol. 81. – № 12. – P. 1545–1552.
15. *Kutner N. G., Zhang R., McClellan W. M., Cole S. A.* Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients // Nephrol. Dial. Transplant. – 2002. – Vol. 17. – № 1. – P. 93–99.
16. *Lorenz D., Schwieger D., Moises H., Deuschl G.* Quality of life and personality in essential tremor patients // Mov. Disord. – 2006. – Vol. 21. – № 8. – P. 1114–1118.
17. *Lynn M., Steel P.* National differences in subjective well-being: The interactive effects of extraversion and neuroticism // J. Happiness Stud. – 2006. – Vol. 7. – № 2. – P. 155–165.
18. *Masthoff E. D., Trompenaars F. J., van Heck G. L. et al.* The relationship between dimensional personality models and quality of life in psychiatric outpatients // Psychiat. Res. – 2007. – Vol. 49. – № 1–3. – P. 81–88.
19. *McCrae R. R., Costa P. T.* A five-factor theory of personality // Handbook of personality / Ed. by L. A. Pervin, O. P. John. – 2<sup>nd</sup> ed. – New York: Guilford, 1999. – P. 139–153.
20. *Moreno-Jimenez B., Lopes Blanco B., Rodriguez-Murioz A., Garrosa Hernandez E.* The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease // J. Psychosom. Res. – 2007. – Vol. 62. – № 1. – P. 39–46.
21. *Ong L., Cribbie R., Harris L., et al.* Psychological correlates of quality of life in atrial fibrillation // Qual. Life Res. – 2006. – Vol. 15. – № 8 – P. 1323–1333.
22. *Pedersen S. S., Holkamp P. G., Caliskan K. et al.* Type D personality is associated with impaired health-related quality of life 7 years following heart transplantation // J. Psychosom. Res. – 2006. – Vol. 61. – № 8. – P. 791–795.

## Принципы реализации гуманитарного подхода в профессиональной подготовке студентов вузов

---

23. *Petrova N., Varshavsky S., Vasilyeva I.* Translation of a quality of life questionnaire: first experience in Russia // 2<sup>nd</sup> Annual meeting of the International Society for Quality of Life Research. – Montreal, Canada, 1995. – P. 498.
24. *Scheier M. F., Carver C. S.* Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies // *Health Psychol.* – 1985. – Vol. 4. – № 3. – P. 219–247.
25. *Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E.* State-Trait Anxiety Inventory for adults: sampler set: manual, test, scoring key. – Redwood City, CA: Mind Garden, 1983. – 70 p.
26. *van der Steeg A. F., De Vries J., van der Ent F. W., Roukema J. A.* Personality predicts quality of life six months after the diagnosis and treatment of breast disease // *Ann. Surg. Oncol.* – 2007. – Vol. 14. – № 2. – P. 678–685.
27. *van Stratten A., Cuijpers P., van Zuuren F. J. et al.* Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders // *Qual. Life Res.* – 2007. – Vol. 16. – № 1 – P. 1–8.
28. *Ware J. E.* SF-36 Health Survey Update // *Spine.* – 2000. – Vol. 25. – № 24. – P. 3130–3139.
29. *Wiebe J. S., Christensen A. J.* Patient adherence in chronic illness: personality and coping in context // *J. Pers.* – 1996. – Vol. 64. – № 4. – P. 815–835.
30. *Zung W. W.* A Self-rating Depression Scale // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1965. – Vol. 12. – P. 63–70.