# Санкт-Петербургский государственный университет

Выпускная квалификационная работа на тему:

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРЕЙ ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ**

по направлению подготовки 37.04.01 - Психология

основная образовательная программа «Психическое здоровье»

|  |  |
| --- | --- |
| Рецензент:  Медицинский психолог  1-й СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,  НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой  Олешко С.И. | Выполнила:  Обучающийся 2 курса  Очная форма обучения  Цветкова А.А.  Научный руководитель:  к.пс.н., доцент  Аринцина И.А. |

Санкт-Петербург

2018

### АННОТАЦИЯ

Исследование посвящено психологическим особенностям матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом. Было опрошено 20 матерей в возрасте от 35 до 56 лет (возраст подростков 11-21 лет). Для сравнения были изучены такие же характеристики матерей подростков с детским церебральным параличом (20 матерей) и матери условно здоровых подростков (41 мать). Были изучены: стили воспитания («Анализ семейных взаимоотношений» Эйдемиллера Э.Г., Юстицкиса В.В.), уровень алекситимии («Торонтская алекситимическая шкала»), уровень личностной тревожности («Шкала оценки уровня личностной тревоги» Спилбергера Ч. –Ханина Ю.), копинг-стратегии («Копинг механизмы» Э. Хайма), уровень чувства связности (методика «Чувство связности» Антоновского А.), уровень общего здоровья («Опросник общего здоровья» Голдберга Д.), уровень нервно-психического напряжения («Шкала нервно-психического напряжения» Немчина Т.А.), социально-демографические характеристики (Анкета). Результаты были проанализированы с помощью методов статистической обработки: критерийхи-квадрат, критерий U-Манна–Уитни, корреляционный анализ. Полученные результаты позволяют говорить о том, что у матерей подростков с лейкозом выше уровень нервно-психического напряжения, уровень алекситимии, ниже показатели психологического благополучия, они чаще используют продуктивные эмоциональные копинг-стратегии, а также такие стили воспитания как гиперпротекция, чрезмерность запретов, отсутствие санкций, фобию утраты и предпочтение мужских качеств.

**“Psychological characteristics of mothers of adolescents with acute lymphoblastic leucosis”**

**SUMMARY**

To study the psychological characteristics of mothers of adolescents with acute lymphoblastic leucosis were interviewed 20 mothers 35-56 years old (age of adolescents 11-21 years). Control groups: mothers of adolescents without any diagnosis (41 mothers) and mothers of adolescents with cerebral palsy (20 mothers). We studied: parenting styles (Analysis of family relationships Eidemiller E.G., Yustitskis V.V.), level of alexithymia (TAS), level of personal trait anxiety (State-Trait Anxiety Inventory Spielberger-Hanin Y.); coping-strategies (Coping mechanisms E. Haim), sense of coherence (The sense of coherence SOC Antonovsky A.); psychological health (General Health Questionnaire (GHQ) Goldberg), nervous mental stress (Scale of nervous mental stress Nemchin T.A.) and socio-demographic data (Questionnaire for the parents). Methods of statistical analysis: the chi-square criterion, the criterion U-Mann-Whitney test, correlation analysis. As the result of our research we report that: statistically significant differences are showed in the level of nervous mental stress, level of alexithymia, level of psychological health, emotional coping strategies and parenting styles. Mothers of adolescents with acute lymphoblastic leucosis have a higher level of nervous mental stress, higher level of alexithymia, lower psychological health, they more often use productive emotional coping strategies and styles of parenting such as hyperprotection, excessive prohibitions, lack of sanctions, phobia of loss of a child and preference for masculine qualities.

**СОДЕРЖАНИЕ**

[АННОТАЦИЯ 2](#_Toc515846420)

[СОКРАЩЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ 6](#_Toc515846421)

[ВВЕДЕНИЕ 7](#_Toc515846422)

[Глава 1. Острый лимфобластный лейкоз и его влияние на индивидуально-психологические особенности матерей детей с данным диагнозом 12](#_Toc515846423)

[1.1 Детская онкогематология и подходы к реабилитации больных 12](#_Toc515846424)

[1.1.1. Острый лейкоз как онкологическое заболевание 12](#_Toc515846425)

[1.1.2. Острый лейкоз у детей, виды и его особенности 13](#_Toc515846426)

[1.1.3. Возможные исходы данного заболевания у детей и статистика смертности 14](#_Toc515846427)

[ВЫВОД 17](#_Toc515846428)

[1.2. Влияние болезни на психологические особенности людей 17](#_Toc515846429)

[1.2.1. Психологические особенности людей больных раком 17](#_Toc515846430)

[1.2.2 Влияние онкологических заболеваний на психическую деятельность как больного, так и его близких 21](#_Toc515846431)

[ВЫВОД 22](#_Toc515846432)

[1.3. Психологические ресурсы матери как фактор снижения стресса 23](#_Toc515846433)

[1.3.1. Взаимодействие матери и ребенка 23](#_Toc515846434)

[1.3.2 Онкологические заболевание ребенка как стрессогенный фактор для матери 24](#_Toc515846435)

[1.3.3 Ресурсы матери как способ справиться со стрессовой ситуацией 26](#_Toc515846436)

[1.3.4 Психологические особенности матерей детей, больных раком 31](#_Toc515846437)

[1.3 Влияние особенностей родителей и способов их реагирования на стрессовую ситуацию на их психоэмоциональное состояние 32](#_Toc515846438)

[1.4.1. Взаимосвязь чувства связности и уровня стресса у матерей 32](#_Toc515846439)

[1.4.2 Стрессовое расстройство и ПТСР у матерей детей больных лейкозом 34](#_Toc515846440)

[1.4.3. Последствия затяжного характера болезни детей для матерей 37](#_Toc515846441)

[1.4.4. Зависимость смертности онкологических больных от психосоциального статуса родителей 39](#_Toc515846442)

[1.5 Детский церебральный паралич 41](#_Toc515846443)

[1.5.1 Определение Детского церебрального паралича и его некоторые причины 41](#_Toc515846444)

[1.5.2 Формы и характеристики детского церебрального паралича 43](#_Toc515846445)

[1.5.3. Особенности развития и адаптации ребенка с детским церебральным параличом 46](#_Toc515846446)

[ВЫВОД 48](#_Toc515846447)

[Глава 2 Материалы и методы исследования 51](#_Toc515846448)

[2.1 Выборка исследования 52](#_Toc515846449)

[2.2. Обоснование выбора методик для исследования психологических ресурсов матерей детей больных острым лейкозом 53](#_Toc515846450)

[2.3. Описание методик 55](#_Toc515846451)

[2.4. Методы математической обработки данных 64](#_Toc515846452)

[Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение 65](#_Toc515846453)

[3.1. Анализ социально-демографических данных 65](#_Toc515846454)

[3.2. Результаты изучения личностной тревожности и нервно-психического напряжения у матерей 67](#_Toc515846455)

[3.3. Результаты исследования уровня алекситимии у матерей трех групп 70](#_Toc515846456)

[3.4. Результаты изучения чувства связности 72](#_Toc515846457)

[3.5. Результаты изучения характеристик общего здоровья матерей 72](#_Toc515846458)

[3.6 Результаты исследования копинг-стратегий у матерей трех групп 74](#_Toc515846459)

[3.7. Результаты изучения характеристик стилей воспитания 77](#_Toc515846460)

[3.8. Результаты изучения взаимосвязей изучаемых показателей (корреляционный анализ) 84](#_Toc515846461)

[3.8.1. Корреляционный анализ характеристик матерей детей с лейкозом 84](#_Toc515846462)

[3.8.2 Корреляционный анализ характеристик матерей здоровых детей 87](#_Toc515846463)

[3.8.3 Корреляционный анализ характеристик матерей детей с ДЦП 90](#_Toc515846464)

[3.9. Обсуждение результатов 92](#_Toc515846465)

[ВЫВОДЫ 99](#_Toc515846466)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 101](#_Toc515846467)

[СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 104](#_Toc515846468)

[Приложение А 110](#_Toc515846469)

[Приложение Б 111](#_Toc515846470)

[Приложение В 117](#_Toc515846471)

[Приложение Г 121](#_Toc515846472)

[Приложение Д 124](#_Toc515846473)

### СОКРАЩЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

БСВ - бессобытийная выживаемость

ОЛ – острый лейкоз

ОЛЛ – острый лимфобластный лейкоз

Рис. - рисунок

См. – смотрите

Табл. – таблица

Т.е. – то есть

Т.д. – так далее

ЦНС – центральная нервная система

ДЦП – детский церебральный паралич

Анозогнозия означает, что больной не осознает своей болезни и всех последствий вызываемых ею (симптомов).

Бессобытийная выживаемость (БСВ) – временной срок, при которой у онкологических больных не наступает рецидив.

Реабилитацию следует понимать как совокупность мероприятий медицинской и социально-экономической направленности, проводимых с целью максимально быстрого и полноценного восстановления здоровья заболевшего и его более раннего возврата к обычным условиям жизни.

Ремиссия заболевания – отсутствие рецидивов во время лечения больного.

Ресурсы личности – это индивидуальные свойства и способности, которые обуславливают психологическую устойчивость в стрессогенных ситуациях.

Рецидив - возникновение заболевания во время лечения (ранний) или после проведенной терапии (поздний рецидив).

### ВВЕДЕНИЕ

Онкологические заболевания во всем мире выходят на первые места по заболеваемости и смертности. Онкологические заболевания становятся причиной практически каждой шестой смерти в мире (ВОЗ). Проблема онкологических заболеваний является достаточно актуальной и для детского возраста, статистические исследования говорят о росте этих заболеваний (ВОЗ). В индустриализованных странах онкологические заболевания у детей являются причиной их смерти до 20 лет после случайной смерти, врожденных дефектов и преднамеренного вмешательства. В научной медицинской среде проводятся многочисленные исследования для выявления причин онкологических заболеваний, способов их ранней диагностики, лечения, других способов вмешательства, способов реабилитации и т.д., однако смертность от онкологических заболеваний остается достаточно высокой (М.А. Масчан, Н.В. Мякова, Климкович Н.Н., Козарезова Т.И., 2006).

Наряду с чисто медицинскими исследованиями проводятся и психологические исследования того, как личность заболевшего человека, в том числе ребенка, переживает столь значимое событие в своей жизни (Козлова Н.В., Андросова Т.В., 2009; Тхостов А.Ш., 1984; Горлач Н.А., 2008). Показано, что не менее важным является изучение того, как близкие взрослые ребенка и подростка, его семья переживают это тяжелое заболевание, угрожающее его жизни. В исследованиях показано, что онкологическое заболевание влияет на психоэмоциональное состояние родителей ребенка (Hersh S.P., Wiener L.S., 1993; Сологуб Д.С., 2012) Большинству родителей присущ страх потери их ребенка (Сологуб Д.С., 2012). Заболевание ребенка приводит к внезапным изменениям в их жизни и предъявляет определенные требования к ним по совладанию с нарастающим ситуационным стрессом, характеризующимся напряжением и повышенными требованиями к трансформации родителями своей жизни (Шац И.К., 2010). Авторы пишут о наличии у близких заболевшего ребенка психологической травмы от происходящих жизненных событий, связанных с болезнью детей (Шац И.К., 2010; Patterson J.M., Holm K.E., Gurney J.G., 2003). В аспекте психологической травмы изучаются насколько адаптивны у родителей способы совладания с ситуацией, и какие индивидуальные особенности могут быть ресурсами и влиять на психологические реакции на дистресс, связанный с заболеванием ребенка (Gudmundsdottir E., Schirren M., Boman K.K., 2011).

Стоит подчеркнуть важность изучения процессов адаптации к заболеванию и условиям его лечения именно в подростковом возрасте, который можно отнести к одному из самых важных периодов в становлении личности и самых сложных периодов жизни человека. В подростковом возрасте личность переживает: бурные биологические и психологические изменения, перестройку организма, кризис самоидентификации, ощущение собственного несовершенства, эмоциональную неустойчивость, а также сталкивается с переменами социального характера. В подростковом возрасте происходит становление характера и формирование социально-психологической адаптации личности, а также важные процессы по перестройке отношений подростка с родителями, в том числе с матерью, эти изменения, могут являться дополнительным источником стресса. Ситуация заболевания, угрожающая жизни подростка, изменяет нормальное течение этих процессов. В связи с этим важным остается изучение того, какие факторы влияют на адаптацию семьи к ситуации заболевания подростка, какие психологические ресурсы семьи являются при этом наиболее значимыми (Кудрявицкий А.Р. и соавт., 2006; Хаин А.Е. и соавт., 2014; Хаин А.Е., 2017). В представленных работах подчеркивается важным комплексное изучение имеющихся у матерей детей больных лейкозом психологических ресурсов и их связи с уровнем стресса у матерей. Данные подходы представляются нами как наиболее важные и актуальные и определили направленность проведения нашего исследования.

Таким образом, **целью** нашего исследования является изучение психологических особенностей матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом.

**Объект исследования**: психологические особенности матерей детей с лимфобластным лейкозом.

**Предмет исследования**: взаимосвязь уровня нервно-психического напряжения и психологических особенностей (чувства связности, уровня алекситимии, уровня личностной тревожности, копинг-стратегий, показателя общего здоровья и стили воспитания) матерей подростков с лейкозом.

**Гипотезы исследования**:

1) Матери подростков с острым лимфобластным лейкозом отличаются от матерей подростков с детским церебральным параличом и матерей здоровых сверстников по показателям уровня личностной тревожности, нервно-психического напряжения и уровня алекситимии, по общему показателю здоровья, по чувству связности, а также по используемым копинг-стратегиям и стилям воспитания.

2) Уровень нервно-психического напряжения матерей детей с лейкозом взаимосвязан с уровнем личностной тревожности, алекситимии, общим состоянием здоровья, чувством связности, преобладающими копинг-стратегиями и стилями воспитания.

Исходя из целей и гипотезы нашего исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить уровень нервно-психического напряжения и личностной тревожности у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников;
2. Изучить уровень алекситимии у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников;
3. Изучить чувство связности и уровень общего здоровья у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников;
4. Изучить копинг-стратегии у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников;
5. Изучить стиль воспитания у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников.
6. Изучить взаимосвязи уровня нервно-психического напряжения и психологических характеристик у матерей подростков больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников.

Для выполнения цели и задач исследования были использованы следующие методики исследования: методика АСВ Эйдемиллера Э.Г., Юстицкис В.В.; «Торонтская алекситимическая шкала»; Шкала оценки уровня личностной тревоги Спилбергера Ч. –Ханина Ю.; Копинг механизмы Хайма; методика «Чувство связности» Антоновского А.; Опросник общего здоровья Голдберга Д., Шкала нервно-психического напряжения Немчина Т.А. и анкета для родителей.

**Новизна исследования**

Новизной данного исследования является изучение матерей детей подросткового возраста с острым лимфобластным лейкозом, в сравнении как с матерями здоровых подростков, так и с матерями детей, страдающих детским церебральным параличом. Это позволило более тонко выделить и описать отличительные особенности в переживании стресса и определить характеристики психологических ресурсов матерей, которые сопровождают детей на всех этапах тяжелого лечения. Можно отметить как новизну комплексный характер исследования психологического состояния матерей, в том числе изучение чувства связности, а также изучение взаимосвязи переживания стресса и психологических ресурсов женщин.

**Теоретическая значимость**

Результаты диссертационного исследования расширяют и дополняют теоретические представления о ряде психологических особенностей матерей подростков, болеющих онкогематологическим заболеванием, а именно, выраженности нервно-психического напряжения, уровне и особенности личностной тревожности и общего состояния здоровья, взаимосвязи степени напряжения и психологических ресурсов матерей.

**Практическая значимость**

Результаты данного исследования могут быть использованы при практической психологической работе с матерями и подростками с онкогематологическими заболеваниями и их семьями. Более точное понимание специфических особенностей переживаний матерей, состояния их психологических ресурсов в соотношении с представлением о задачах лечения и развития подросткового возраста, позволяет составить научно обоснованную программу психологической работы, помогающей матери и семье более эффективно решать возникшую ситуацию.

Исследование проводилось в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И. П. Павлова, в клинике «НИИ Детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой», в отделении трансплантации костного мозга для подростков с организационным участием медицинского психолога отделения Олешко Светланы Ивановны. Отчасти тема исследования была инициирована психологами клиники.

# Глава 1. Острый лимфобластный лейкоз и его влияние на индивидуально-психологические особенности матерей детей с данным диагнозом

## **Детская онкогематология и подходы к реабилитации больных**

* + 1. ***Острый лейкоз как онкологическое заболевание***

Проблема детской онкогематологии давно занимает в медицине важное место. Это обусловлено тем, что велика смертность детей с данными диагнозами, а именно миелодиспластическими синдромами и острым лейкозом[[1]](#footnote-1). Это происходит потому, что диагноз устанавливается на поздних сроках, а поздние эффекты лечения ведут к нарушениям жизненно важных систем функционирования организма (существуют повреждения внутренних органов). В связи с этим появились направления по созданию комплексных программ реабилитации детей с данной патологией не только в медицине, но и в психологии.

В настоящее время медицина достигла своих успехов и благодаря разработкам врачей, докторов, специалистов в области медицины смертность от лейкозов значительна снизилась. Однако на первый план вышла проблема нарушений в жизненно важных системах организма: кровообращении, дыхании, выделении, пищеварении, обмене веществ, иммунитете, внутренней секреции и нервной системы.

Из-за постоянных обследований, диагностик, лечений ребенку приходится испытывать и преодолевать множество трудностей:

* Ухудшение его психоэмоционального состояния;
* Нарушение естественного становления его социального опыта;
* Сбои в нормальном ходе процесса обучения;
* Затруднения при выборе профессии и многие другие.

Таким образом, можно сделать вывод, что наличие данной патологии у ребенка приводит к его дезадаптации и ухудшает его психологический статус. В связи с этим очень важна как можно более ранняя реабилитация ребенка и, конечно, поддержка близких. В связи с тем, что основное внимание в данной работе будет уделено вопросам поддержки больного со стороны близких без рассмотрения останутся процедуры, проводимые для восстановления больного, понимания того, что ребенок переживает.

В целом, с целью восстановления детей с диагнозами лейкоз специалистами в области детской гематологии применяются медицинская, физическая и психологическая реабилитации.

Таким образом, в связи с тем, что наличие данного заболевания у детей способствует дезадаптации личности ребенка, необходимо всеми возможными способами помочь ребенку. В настоящее время применяются реабилитация детей и, конечно, огромную роль оказывает поддержка близких.

### *Острый лейкоз у детей, виды и его особенности*

Острый лейкоз (ОЛ) среди других онкологических заболеваний является довольно редким и составляет всего 3%, тем не менее, у детей больных раком этот вид заболевания наиболее выражен.

Т.к. в данной работе важно рассмотрение психологических феноменов, клиническая картина детей с острым лейкозом рассматриваться не будет.

Все острые лейкозы разделяют на два вида:

1. Острые миелоидные (нелимфобластные)
2. Лимфобластные (ОЛЛ)

Первый класс назван условно, т.к. ткань опухоли состоит из бластных клеток (атипичных), а они в свою очередь называются промиелоцитами и миелоцитами. Отличие от второго класса – медицинское (более серьезного характера) – связаны с цитохимической реакцией на миелопероксидазу, наличие или отсутствие тех или иных маркеров. Однако в детали в работе вдаваться не будем, т.к. это не влияет на достижение цели работы. Важным представляется то, что данный диагноз как правило ставят лицам старше 50 лет и он мало свойственен детям. Имеет очень скорую летальность и ремиссия происходит только в 30% случаев.

Второй вид лейкоза – лимфобластный – в основном характерен для детей (в 76-82% случаях заболевшие – это дети). По статистическим данным пик заболевания приходится на возраст 2-4 лет, а ремиссия наступает в 95% случаев.

Клиническая картина у обоих видов лейкозов сходная.

В данной работе речь будет идти речь об остром лимфобластном виде лейкозов (ОЛЛ).

Т.о., острый лейкоз у детей достаточно распространенное заболевание среди других видов онкологических заболеваний. У них преобладает острый лимфобластный лейкоз как вид острого лейкоза. Клиническая картина детей с данной патологией нестабильна, т.к. обусловлена нарушением функций поврежденных органов и опухолевой инфильтрацией.

### *Возможные исходы данного заболевания у детей и статистика смертности*

Т.к. острый лейкоз представляет собой онкологическое заболевание важно рассмотреть возможные исходы. Их может быть несколько:

1. Смерть больного. Чаще всего причинами смерти является аутоинтоксикация, связанная с гибелью большого количества лейкоцитов и чрезмерным увеличением продуктов распада нуклеиновых соединений, что ведет к необратимым дистрофическим изменениям в различных тканях и органах. Также смертность велика от пневмонии (если возникают поражения легких), сердечно-сосудистой недостаточности и кровоизлияниях в мозг. Реже от лейкоза умирают по причине перитонита, разрывов селезенки, желудочно-кишечных кровотечений и обострений легких;
2. Ремиссия заболевания (происходит во время 5-летнего курса индукционной терапии по его завершении). Она может быть клинической (характеризуется сохранением гематологических изменений при отсутствии клинических проявлений); клинико-гематологической (отсутствуют и клинические и лабораторные признаки); цитогенетической (означает, что цитогенетические нарушения до начала терапии не обнаружены);
3. Выздоровление (критерием является отсутствие рецидива в течение 5 лет после завершения курса терапии);
4. Рецидив (возникновение заболевания во время лечения (ранний) или после проведенной терапии (поздний рецидив)).

В целом, можно сказать, что прогноз острого лейкоза неблагоприятный и велика вероятность смертности. Об этом подробно рассмотрим данные из исследований злокачественных опухолей у лиц разных возрастов [30].

Не вдаваясь в медицинские подробности относительно иммунофенотипа и инициального числа лейкоцитов проследим за статистическими данными: больше всего выживаемость выражена у детей в возрасте от 1 до 5 лет: по данным исследований у них бессобытийная выживаемость (БСВ) в течение 5 лет наблюдается у более чем 80% пациентов. Лечение подростков дает менее обнадеживающие результаты – менее 60% выживаемости со снижением до 40% в возрасте 19 лет. Ниже представлен график, иллюстрирующий статистические данные людей с острым лейкозом (см. Рис . 1) [30].

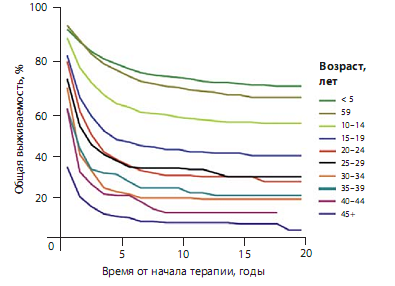


Рис. 1. График выживаемости людей разных возрастов при диагнозе острый лимфобластный лейкоз

Также существуют данные, которые гласят, что полная ремиссия у детей наступает в 95% случаев. В то же время 70-80% детей считают вылеченными, т.к. по принятым в онкологии меркам у пациента в течение 5 лет не было рецидивов. Если же рецидив возникает, то возможна вторая полная ремиссия, которой, как правило, является трансплантация костного мозга, после которой у пациента есть вероятность в 35-65% выжить. Длительная ремиссия наблюдается только при вероятности 35-65%. Следует заметить, что одним из неблагоприятных прогнозов при протекании острого лимфобластного лейкоза является мужской пол.

Таким образом, при наличии острого лейкоза пациент может иметь следующие исходы: смертность, рецидив, ремиссия, выздоровление. Детская смертность от лейкоза достаточно высока, лечение не может обеспечить хорошие результаты. Оно считается эффективным, если онкологический больной не имел рецидивов в течение 5 лет. Фактором, который может привести к неблагоприятному исходу больного острым лейкозом является мужской пол.

# ВЫВОД

В 1-ом разделе основное внимание было уделено влиянию онкологического заболевания на личность самого больного: на ее физиологическое состояние, психосоциальное, психологическое и др.

Было выявлено, что в настоящее время применяется современный подход к реабилитации. Однако использование восстанавливающих и лечебных процедур ограниченно результативны. Возникает потребность в поддержке близких родственников.

Далее был рассмотрен острый лейкоз с точки зрения онкологии, его влияния на жизненно-важные органы ребенка. Выявлено, что клиническая картина детей с данной патологией нестабильна, т.к. обусловлена нарушением функций поврежденных органов и опухолевой инфильтрацией.

В работе рассмотрена статистика выживаемости у людей больных раком. У детей с прогнозом острого лейкоза неблагоприятный и велика вероятность смертности. Лечение считается эффективным, если онкологический больной не имел рецидивов в течение 5 лет. Фактором, который может привести к неблагоприятному исходу больного острым лейкозом является мужской пол.

* 1. **Влияние болезни на психологические особенности людей**

### *Психологические особенности людей больных раком*

Для выявления психологических особенностей людей больных раком был проведен литературный анализ. В результате которого, были найдены интересные данные проведенных исследований по данной теме.

В целом, для больных раком характерны жалобы на наличие чувства тревоги и страха. Страх связан с неопределенностью прогноза лечения, сложностями, касающимися возврата к привычному образу жизни и др. Страх усиливается, когда кто-то умирает в отделении, это отмечают и сами врачи. Некоторые онкобольные обвиняют врачей в создании той ситуации, в которой они оказались («лечили вместо того, чтобы искать первопричину», «не могли сразу поставить диагноз»). Общим для них всех оказалось то, что все больные вспомнили различные потрясения, случаи, травмирующие их, болезни, из-за которых у них возникли психические травмы.

В результате исследования психологических качеств было установлено, что у больных раком, выживших (в группу входили только люди после 5 лет болезни) и умерших от рака, уровень психосоциального стресса в момент установления диагноза сильно не отличался. Данные были получены по шкале Ридера, в которую входили практически все стороны жизни: работа, семья, межличностные отношения, самооценка индивидуально-личностных качеств и самочувствия, а также активность и работоспособность. Это означает, что на фактор выживаемости уровень психосоциального стресса практически не влияет, есть лишь тенденция, что больные раком и имеющие более высокие показатели по уровню стресса с большей вероятностью проживут менее 5 лет после восстановительной терапии. Однако был найден фактор, который, по мнению авторов работы, отличается у двух групп кардинально – уровень депрессии (измерялся по шкале CES-D). У выживших больных раком были более благоприятные показатели по данному фактору. Следует заметить, что уровень депрессии, измеряемый с помощью данной шкалы, является не реактивным образованием, а развивалось в течение определенного времени.

Более того, с этими же группами был проведен опросник Кеттела на выявление личностного профиля. В результате данные показали, что у группы невыживших были завышены показатели, характеризующие алекситимический радикал (факторы - А,F,G,I,M,Q3). Это означает, что больные раком, имеющие печальный исход, обладают склонностью к ограниченному осознанию своих эмоций, сложностями в их вербализации, тем самым их неотреагированные эмоции замыкаются на соматическом уровне.

Также невыжившие больные раком характеризуются агедонией, т.е. не способны получать удовольствие, наслаждаться жизнью. К тому же они обладают повышенным чувством вины, что выражалось в присутствии у них аутоагрессивности (т.е. агрессии, направленной на себя).

Тревожно-депрессивные расстройства характерны для всех больных раком. Однако различия относились к характеру расстройств: в группе выживших расстройства носили ситуативный характер, а в группе умерших – личностный [15].

Данные других исследований (онкологических больных, проходящих лучевую или химиотерапию в радиологическом отделении онкологического диспансера) относительно тревожности у больных по тесту реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина показали высокий уровень как личностной, так и реактивной тревожности [20]. Авторы связывают это с психоэмоциональным напряжением, связанным с заболеванием.

Также были изучены смысложизненные ориентации, в результате чего был выявлен высокий уровень по показателю осмысленности жизни. Осмысленность жизни в данном случае рассматривается с трех точек зрения: прошлого, настоящего и будущего. Высокая осмысленность говорит о том, что состояние онкологических больных характеризуется ощущением того, что прошлое прошло не зря, было продуктивно и осмыслено, настоящее воспринимается как интересное, эмоционально насыщенное и осмысленное, а в будущем онкобольной видит направленность и временную перспективу.

Интересным представляется тот факт, что многие онкологические больные имеют смешанное сочетание осмысленности всех времен. Это связано с характером осознания онкологического заболевания больными. Данный феномен научно назван анозогнозией, что означает, что больной не осознает своей болезни и всех последствий вызываемых ею (симптомов).

Тхостов А.Ш. связывает данное явление с формированием психологических защит у онкобольных, которые воспринимают поступающую информацию, ее переструктурируя, изменяя ее значение и смысл [37].

Далее в данном исследовании были выявлены следующие корреляции, представляющие интерес для данной работы:

* У онкобольных личностная тревожность связана с реактивной тревожностью;
* Чем больше личностная тревожность у онкологических больных, тем меньше выражены показатели «результата в жизни», «локус контроля – Я», «локус контроля – жизнь», «общая осмысленность – жизнь»;
* Чем более выражена реактивная тревожность, тем меньше выражен показатель «процесс жизни» [16].

Основной психологической особенностью, отрицательно влияющей на протекание заболевания и его исход является, по мнению авторов, депрессия. Исследователи считают, что наличие депрессивного состояния утяжеляет течение основного заболевания и ухудшает его диагноз. Если существует онкологическая патология, то депрессия больного будет иметь сходные механизмы с болезнью и ухудшать его состояние, т.е. снижать иммунитет с точки зрения психосоматики. Это может объясняться тем, что существующие бессознательные и сознательные конфликты личности снижают иммунитет по механизмам психонейроиммуномодуляции, вследствие чего раковое заболевание развивается. В медицине существует теория иммунологического надзора Бернета, согласно которой иммунная система перестает видеть раковые клетки, постоянно образующиеся в организме, тем самым рак развивается. Таким образом, психоэмоциональное состояние больного очень важно с точки зрения влияния на исход заболевания.

Соответственно, у онкологических больных тревожно-депрессивные расстройства носят личностный характер, преобладает чувство страха и тревоги, присутствует агедония, а также их собственную агрессию они направляют на себя. Больные раком имеют высокие показатели по осмысленности; им характерна особая смысловая сфера. Наиболее отрицательное влияние на протекание заболевания оказывает депрессия.

### *Влияние онкологических заболеваний на психическую деятельность как больного, так и его близких*

Исследователями установлено, что возникновение онкологического заболевания воспринимается негативно как самими больными, так и их близкими. Это обусловлено тем, что онкологическое заболевание оказывает как соматогенное влияние на психику (проявляется в виде интоксикации, астении, гипоксии и др.), так и психогенное. Основными факторами, влияющими на психику, как больного раком, так и его родных являются:

1. Фатальный характер диагноза;
2. Калечащие операции и лечение;
3. Отсутствие гарантий против возникновения рецидивов и метастаз;
4. Наличие в 80% случаев выраженного болевого синдрома при отсутствии гарантий достаточного обезболивания;
5. Широко распространенное мнение о заразности ракового заболевания среди обывателей [16] (Козлова Н.В., АндросоваТ.В. 2009).

Таки образом, данные факторы определяют особенности реагирования больных раком и их родственников на злокачественные новообразования.

Важно отметить, что сама постановка диагноза «рак» или даже помещение больного в онкологическую клинику является сильнейшей психотравмирующей ситуацией. Поэтому больного раком следует определять как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации. Это связано с тем, что больной теряет возможность планировать жизненные цели, возникает чувство неопределенности во всем, сужается временная перспектива, которая необходима для нормального человеческого функционирования. Тем самым его мотивационные структуры вынуждены перестраиваться, что влияет на дальнейший исход событий.

Таким образом, постановка диагноза рака человеку, помещение его в онкологический диспансер, различные процедуры для лечения превращают возникшую ситуацию для больного в стрессовую. Особенности реагирования как онкологического больного, так и его близких определяются различными факторами. К ним относятся: возможный летальный исход, операции и лечение; большая вероятность возникновения рецидивов и метастаз; а также наличие выраженного болевого синдрома при отсутствии гарантий достаточного обезболивания. Ситуация осложняется тем, что больные раком теряют возможность планировать будущее, ситуация неопределенности еще более нагнетает атмосферу.

# ВЫВОД

При рассмотрении характеристик онкологических больных выявлено, то тревожно-депрессивные расстройства у них носят личностный характер, преобладает чувство страха и тревоги, присутствует агедония, а также их собственную агрессию они направляют на себя. Больные раком имеют высокие показатели по осмысленности; им характерна особая смысловая сфера. Наиболее отрицательное влияние на протекание заболевания оказывает депрессия.

Постановка диагноза рака человеку, помещение его в онкологический диспансер, различные процедуры для лечения превращают возникшую ситуацию для больного в стрессовую. Особенности реагирования как онкологического больного, так и его близких определяются различными факторами. К ним относятся: возможный летальный исход, операции и лечение; большая вероятность возникновения рецидивов и метастаз; а также наличие выраженного болевого синдрома при отсутствии гарантий достаточного обезболивания. Ситуация осложняется тем, что больные раком теряют возможность планировать будущее, ситуация неопределенности еще более нагнетает атмосферу.

Таким образом, описание ситуации как стрессовой для больного; изменения, происходящие с ним; то, что лечение не является результативным для полного выздоровления больного, и те психосоциальные и психологические сложности, которые возникают у онкологического больного безусловно требуют поддержки со стороны семьи, а именно родителей.

Следующие разделы данной главы посвящены взаимодействию родителей с ребенком больным раком и восприятия первыми данной ситуации.

## **Психологические ресурсы матери как фактор снижения стресса**

### *Взаимодействие матери и ребенка*

Постоянное наличие стрессового фактора, повышение уровня стресса и депрессии больного играют важную роль в развитии рака и его последствий. Одним из факторов, который может снизить этот стресс может стать близкий человек, а именно мама. Врачи однозначно выражают свое мнение, что всем больным, а особенно раковым необходима поддержка близких.

Основными особенностями, которые есть у мамы (возможно бабушки, если она воспитывает ребенка) по сравнению с другими людьми являются следующие:

* Глубокое психоэмоциональное родство (мама понимает своего ребенка, ребенок знает, что мама его любит);
* Заинтересованность матери (генетическая, физиологическая, эмоциональная и др.) в выживаемости ребенка и повышение качества его жизни;
* Она проходит с ребенком все стадии развития заболевания (с установления диагноза, реабилитации до последствий развития заболевания вплоть до летального исхода).

Таким образом, для снижения стресса у детей больных раком, им необходима поддержка близких. Мама в данном случае будут очень важна для ребенка, т.к. у ребенка с ней устанавливается глубокое психоэмоциональное родство, мать заинтересована в сохранении жизни ребенка и повышении качества его жизни, также в основном только она из всей семьи всегда находится рядом с ребенком на протяжении всего процесса лечения и после.

### *1.3.2 Онкологические заболевание ребенка как стрессогенный фактор для матери*

В контексте работы видно, что в данном случае заболевание ребенка вызывает стрессовые реакции и у ребенка и у родителей. Если говорить про характер стресса, то изначально он появляется неожиданно (ситуативно), а затем уже превращается в затяжной, т.к. острый лейкоз – длительное заболевание.

Важно понимать взаимодействие личности и среды: в отношении стресса это две зависимые переменные, влияющие друг на друга и обусловливающие динамику стресса. Из этого следует, что управление стрессом – сложный процесс, т.к. содержит компоненты среды и личности. Если изменяется среда, личности приходится приспосабливаться к ней для совладания с ситуацией, поэтому либо личность изменяет среду, либо изменяется сама. Понимание данных понятий необходимо для осознания простого механизма, возникающего в процессе стресса и возможностей проявления поведения.

По мнению Снекова В.М. понимание ситуации определяет всю социально-психологическую систему. В данном случае объектом является мать ребенка. Стрессогенным фактором является болезнь ребенка (диагноз рака). Пространство, в котором осуществляется взаимодействие - это все, что связано с лечением (онкологический диспансер, врачи, процедуры и др).

И в данном случае важно понять, каким образом человек взаимодействует со средой: то, как мать воспринимает сложившуюся ситуацию, как она реагирует на стрессогенный стимул.

Стрессовая ситуация по мнению Абабкова А. и Перре М. имеет субъективные параметры, т.е. реакция личности обусловлена следующими факторами [1]:

1. Насколько субъективно человек воспринимает для себя эту ситуацию (валентность);
2. Как личность оценивает свою способность контроля над ситуацией (контролируемость);
3. То, насколько личность будет пассивна в изменении ситуации (изменчивость среды без участия личности);
4. То, насколько ситуация неопределена и неясна (неопределенность);
5. Степень переживания личностью подобных ситуаций (осведомленность).

В результате реагирования на сложившуюся ситуацию у матерей возникают стрессовые симптомы. У матерей детей больных раком могут возникать комплексы симптомов, например, утомление, монотония, депрессия, апатия, агрессия, стресс и фрустрации. В данном случае возникающие у матери психические состояния будут рассматриваться как «срез» задействованных в данный момент психологических ресурсов для решения определенных задач.

Таким образом: Онкологическое заболевание ребенка становится для родителей неожиданным и носит затяжной характер, т.к. острый лейкоз – длительное заболевание. В таком случае важно понять, как мать реагирует на сложившуюся ситуацию. Оказывается, что в результате реагирования на сложившуюся ситуацию у матерей возникают стрессовые симптомы, такие как утомление, монотония, депрессия, апатия, агрессия, стресс и фрустрации. Наличие у матери определенных психических состояний будет определяться в зависимости от имеющихся у нее ресурсов для совладания с ситуацией. Это рассмотрим далее.

### *1.3.3 Ресурсы матери как способ справиться со стрессовой ситуацией*

Для того, чтобы мать помогала своему ребенку ей необходимы ресурсы. Поэтому важно знать, насколько у нее развита стрессоустойчивость. Индивидуальная стрессоустойчивость обусловлена личностными особенностями и индивидуальными способами преодоления жизненных ситуаций на основе опыта.

Личность определяет насколько сильный стресс с помощью когнитивно-аффективных оценок, а также сравнивает с имеющимися у нее ресурсами по преодолению стресса. Водопьянова Н.Е. определяет ресурсы как внешние и внутренние переменные, которые способствуют психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях. К ним относятся [8]:

* Эмоциональные;
* Мотивационно-волевые;
* Когнитивные;
* Поведенческие конструкты.

Для преодоления стресса человек актуализирует данные ресурсы. В целом, ресурсы человека – это инструменты, с помощью которых личность изменяет взаимодействие со стрессогенной ситуацией.

Для того чтобы личность могла справиться со стрессогенной ситуацией необходимо накопление ресурсов. Это можно рассматривать как копинг-стратегию. При накоплении ресурсов существуют свои принципы [8]. К ним относятся следующие:

1. Стремясь сохранить то, что для них ценно, люди стремятся потратить ресурсы наилучшим образом;
2. Люди стремятся охранить ресурсы, восстановить их и создать новые, чтобы быть уверенным в будущем;

В ресурсной модели потеря ресурсов является предиктором возникновения стрессовой реакции. Таким образом, потеря как внутренних ресурсов (психологических), так и внешних (социальных) вызывает потерю субъективного благополучия и состояние психологического стресса.

В целом модель «борьбы со стрессом» такова: на начальных этапах, как только возник стрессор и влияет на личность, она начинает вкладывать дополнительные ресурсы, чтобы преодолеть ситуацию. Если ресурсов недостаточно, чтобы ситуация перестала быть стрессовой, то у личности возникают разные реакции на нее: перевозбуждение, тревожность и фрустрированность. Так люди применяют разные стратегии для восполнения запаса ресурсов: вложение собственного времени, затраты энергии и поиск дополнительной информации, а также других ресурсов для решения проблемы. Однако столкнувшись с дефицитом ресурсов личность, применяет защиты, чтобы восполнить свои ресурсы и сохранить имеющиеся.

При запасании ресурсов важно отметить, что люди запасают их проактивно, т.е. запасают доступные для себя ресурсы. При этом идет уменьшение других ресурсов из-за постоянных трат. Также ресурсы снижаются при постоянной подаче негативной обратной связи от окружающих людей.

В результате люди не удовлетворены качеством своей жизни и состоянием здоровья. Особенность ресурсной модели заключается в том, что человек постоянно приобретая ресурсы, уменьшает вероятность возникновения у него стресса.

Если говорить подробнее, то к личностным ресурсам относятся интернальный локус контроля и все, то с ним связано: уверенность в себе, самоэффективность, сильная Я-концепция и др.

При изучении личностных ресурсов исследователи столкнулись с такой проблемой, что сами ресурсы изменяются под воздействием стресса, поэтому необходимы статические модели для изучения. Например, стресс подрывает веру в собственные силы.

Существуют традиционные показатели стрессоустойчивости личности на социально-психологическом уровне [8]:

1. Сохранение способности к социальной адаптации;
2. Обеспечение успешной самореализации, достижения жизненных целей;
3. Сохранение значимых межличностных связей;
4. Сохранение трудоспособности и качества выполняемой деятельности;
5. Сохранение здоровья.

Качество взаимодействия личности со стрессорами отличается от взаимодействиями с обычными условиями. То, насколько сильно личность реагирует на стресс и насколько продолжительной является постстрессовая симптоматика (ПТСР) есть производная от внутренней репрезентации требований стрессогенных ситуаций (объективных и субъективных). Объективные требования личность также воспринимает через субъективные, а именно через личностные конструкты: диспозиции, систему отношений, смысложизненные ориентации. Ценностные представления, опыт, жизненные установки, реальное и идеальное Я и др. А восприятие ситуации напрямую зависят от состояния здоровья личности, текущего психического состояния, а также ролевой позиции и самоотношения.

Само понятие ресурсов личности в психологии еще недостаточно определено. Разные авторы дают свои трактовки, но единого понимания еще нет. Так Куликов Л.В. ресурсы личности определяет как индивидуальные свойства и способности, которые обуславливают психологическую устойчивость в стрессогенных ситуациях.

В качестве примера можно привести несколько компонентов стрессоустойчивости:

* Развитые волевые качества личности;
* Способность выдерживать пиковые нагрузки в экстремальных ситуациях;
* Опыт разрешения стрессовых ситуаций и владение эффективными способами их преодоления;
* Способность к полноценной реализации и др.

Г. Селье, активно занимавшийся изучением стресса, предложил выделить два вида адаптационных ресурсов:

1. Поверхностная адаптационная энергия;
2. Глубокая адаптационная энергия;

Поверхностные ресурсы организма активируются по первому зову организма и легко восстанавливаются. Это связано с отдыхом полноценным сном, питанием психофизической релаксацией и др. Если организм восстанавливает адаптационные ресурсы, то он не заболевает. Что касается «глубокой» адаптационной энергии, то она активируется с помощью перестройки гомеостатических механизмов организма. Она начинается в том, случае, если поверхностные ресурсы исчерпаны, а человек долгое время находится в состоянии стресса.

Если же истощаются «глубокие» ресурсы организма, то человек сильно заболевает и это ведет к его гибели.

В данной работе интерес представляет взгляд Ананьева Б.Г., поскольку он считал, что выносливость и стрессоустойчивость личности зависит от наличия поддержки, соучастия, сочувствия. В работе это касается переживаний ребенка и помощи матери в борьбе со стрессом. Если есть социальная поддержка, то возможен переход от неблагоприятных проявлений в благоприятные, от дистресса к эустрессу.

Социально-психологическая поддержка может выступать в качестве буфера между стрессом и его последствиями, благоприятно воздействовать на организм. Социальная поддержка относится к внешним ресурсам. Она также зависит от личностной способности в нужное время обратиться к другому за помощью. Следовательно, можно рассматривать окружение личности как ресурс для преодоления стресса.

Также к ресурсу стрессоустойчивости относится психологическая компетентность, т.е. то, насколько личность осведомлена, обладает социальным опытом и др. К личностным ресурсам в настоящее время относят:

* Активная мотивация преодоления;
* Самоуважение, самооценка, самодостаточность, Я-концепция;
* Активная позиция в жизни;
* Позитивное мышление и рациональность;
* Эмоционально-волевые качества;
* Состояние здоровья и отношения к нему [8]

Также выделяют информационные и инструментальные ресурсы:

* Способность контролировать ситуацию;
* Компетентность, способность достичь желаемого;
* Готовность к изменениям, активное преобразование ситуации;
* Способность к изменению когнитивных установок;
* Материальные ресурсы и др. [8]

Таким образом, для того, чтобы мать помогала своему ребенку, ей необходимы ресурсы. Причем ей необходимо накопление ресурсов, чтобы справиться со стрессогенной ситуацией. Для восполнения запаса ресурсов обычно применяются: вложение собственного времени, затраты энергии и поиск дополнительной информации, а также других ресурсов для решения проблемы. Важно понимать, что в основе ресурсной модели лежит тезис о том, что человек постоянно приобретая ресурсы, уменьшает вероятность возникновения у него стресса; что потеря ресурсов является предиктором возникновения состояния психологического стресса. Ресурсы разделяют на внутренние и внешние. К внутренним (личностным) ресурсам относятся интернальный локус контроля и все, то с ним связано: уверенность в себе, самоэффективность, сильная Я-концепция и др. К внешним ресурсам относится социальная поддержка.

Таким образом, индикаторами наличия ресурсов могут быть внешняя успешность деятельности, хорошее настроение, качество жизни, позитивный настрой и др. В целом, важно взаимодействие матери ребенка больного раком со средой, т.к. именно это взаимодействие запускает те или иные механизмы адаптации и преодоления, содержащие ресурсы.

### *1.3.4 Психологические особенности матерей детей, больных раком*

Изучением психологических особенностей матерей детей больных раком занималась Сологуб, в связи с этим данные представляют чрезвычайный интерес для рассмотрения. Она провела исследование с детьми и их матерями для выявления психологических особенностей матерей в стрессовых ситуациях, связанных со здоровьем детей. Оказалось, что на психологические особенности матерей заболевание ребенка влияет следующим образом: появляется невротизация, а также «вторжение» и «избегание». Это означает, что мамы, дети которых больны, склонны подавлять в себе психические переживания, а также отрицают страдания, которые нужно психологически проработать. К тому же они уязвимы для бессознательных вторжений воспоминаний, которые появляются неожиданно (невозможно контролировать), и образов психотравмирующей ситуации. Также ею был выявлен ведущий тип психологических защит – отрицание. Это означает, что любое напоминание о психотравмирующей ситуации будет вызывать болезненные переживания и проявляться в виде отвержения, отрицания.

Для снижения переживаний матери детей, больных лейкозом, необходимо чтобы специалисты выполнили следующие рекомендации:

1. Научить матерей принимать ситуацию, тем самым снимать существующее в теле внутрипсихическое напряжение;
2. Помочь осознать наличие психологической защиты на психотравмирующую ситуацию;
3. Выработать конструктивный навык переживания травматического события;
4. Также матерям необходимо давать хотя бы минимальный уровень знаний о физиологии, психологии и педагогике детей с патологиями.

Таким образом, было выявлено, что у матерей детей больных раком появляется невротизация, а также ведущим типом психологических защит является отрицание. К тому же даны рекомендации, в которых говорится о том, что необходимо для снижения уровня стресса у матерей.

## 

## **Влияние особенностей родителей и способов их реагирования на стрессовую ситуацию на их психоэмоциональное состояние**

### *1.4.1. Взаимосвязь чувства связности и уровня стресса у матерей*

Многими исследователями установлено, что наличие определенных психологических ресурсов может влиять на психоэмоциональное состояние родителей. Это объясняется проведенными исследованиями копинг-стратегий родителей относительно болезни детей в общем и рака в частности. Так Антоновский заявляет, что индивидуальные ресурсы могут управлять ситуационными стрессорами. Эта ориентация связана с вопросом: какие усилия некоторых людей могут управлять кризисами и адаптировать к стрессу лучше, чем другие? Способность противостоять вредным психологическим реакциям при возможности допущения риска родителями улучшает жизнестойкость [48].

Исследования реакций родителей на рак детей редко адаптированы на ресурсно-ориентированную перспективу. Фокус – на болезни или формировании психологических или психиатрических симптомов в рамках психопатологии.

Исследование родительских особенностей и реакций определяется чувством связности с сильной копинг-стратегией - жизнестойкостью к дистрессу. Так, Маргалит и др. при изучении родителей детей с различными сложностями научения, умственной отсталостью и отклоняющимся поведением обнаружила положительную связь между чувством связности и замкнутым неадаптивным поведением.

Недавние исследования исландских и американских родителей (педиатрическая астма) показали, что чувство связности различается в зависимости от эффекта родительской нехватки на ситуационную адаптацию родителей. Также чувство связности определяется как важный ресурс снижающий стресс среди матерей детей с различными отклонениями.

Основная цель ее исследования – показать важность сопротивления ресурсов родителей, описанных как чувство связности, способности быть жизнестойкими в течение долговременного дистресса по причине рака ребенка [48].

Играет ли чувство связности какую-либо роль в родительской жизнестойкости определяется как отсутствием, так и низким уровнем симптомов дистресса. Гипотезой проводимого исследования было то, что чувство связности (sense of coherence) усиливает жизнестойкость (resilience). Долговременным дистресс в исследованиях считается по-разному. В данном исследовании минимальный строк – 36 месяцев, как у детей поставлен диагноз рака.

Кроме того, в исследованиях определяли, по какой шкале чувство связности может отражать ситуационный дистресс в этой популяции. Выяснилось, что шкала чувства связности включает три компонента:

1. Понятность;
2. Податливость (управляемость);
3. Показательность.

Чувство связности может быть осознано как ресурс, поддерживающий здоровье, который усиливает жизнестойкость и развивает позитивное отношение к жизни [48].

Обратное соотношение было обнаружено между чувством связности и дистрессом. Негативные корреляции (бета-коэффициенты) были найдены для всех зависимых переменных дистресса. Исследование эффектов независимых переменных между чувством связности и дистресса показало значимую связь между полом и чувством связности относительно чувства собственного достоинства (самоуважения) и страха заболеть. Последовательные анализы показали, что взаимодействие между чувством связности и полом было в некоторой степени уменьшено к статистически незначимому самоуважению, в то время как косвенно увеличивало страх заболеть. В обоих случаях, результаты показывают сильную негативную связь между чувством связности и дистрессом у матерей по сравнении с отцами – тенденцию, которая показывала относительно другие результаты по дистрессу, хотя менее сильные. Также, результаты показали значимую связь между образованием и чувством связности относительно психологических и физиологических переменных дистресса демонстрирующих повышение защитного эффекта, если чувство связности у родителей выше, в сравнении с родителями с высоким образованием [48]. (Eyglo Gudmundsdottir, Maria Schirren, Krister K. Boman. 2011)

Таким образом, было обнаружено, что более высокий уровень чувства связности (SOC) был ассоциирован с более низкий уровнем дистресса. Эти данные подтверждаются гипотезой относительно роли чувства связности как защитного психологического ресурса усиливающего жизнестойкость родителей к их реакциям на рак у детей.

### *1.4.2 Стрессовое расстройство и ПТСР у матерей детей больных лейкозом*

Исследование стрессовых расстройств матерей гласят, что 63% матерей и 60% отцов испытывали стрессовое расстройство по причине постановки диагноза рака у ребенка [50]. Во втором случае, после 6-8 месяцев после постановки диагноза рака у детей 21% матерей и 16% отцов имели посттравматическое стрессовое расстройство, причем 40% родителей сообщали о важных подпороговых симптомах. Предикторами для стрессовых расстройств оказались:

* Женский пол;
* Наличие психосоциальных факторов риска;
* Личностная тревожность;
* Семейные обязанности (family functioning);
* Новообразования в ЦНС (центральной нервной системе).

Факторами риска для появления посттравматического симптома у родителей были:

- молодой возраст матерей;

- серьезные стрессовые расстройства (от постановки диагноза рака у ребенка);

- личностная тревожность как и при стрессовых расстройствах:

- качество жизни детей, сообщенное родителями детей [50].

Результаты предполагают, что тщательный контроль за симптомами стрессового расстройства может помочь определить, увеличиться ли у родителей риск симптомов постоянно травмирующего стресса, который мог приносить пользу от превентивных, основанных на фактах психосоциальных вмешательствах [50].

Диагностирование болезни, угрожающей жизни у одного из детей, было определено в научной среде как травматическое событие в диагностическом критерии посттравматического стрессового расстройства в журнале «Руководство по диагностике и статистике умственных расстройств». В основу положены распространяющиеся и расширяющиеся в литературе данные о симптомологии, связанной с травмами в контексте педиатрических болезней. В среднем, обнаруженные данные свидетельствуют о том, что у родителей больных детей или детей с ранами возрастает риск симптомов согласующихся с клиническими представлениями о сильном стрессовом расстройстве и постравматическом стрессовом расстройстве, определенном как DSM-IV или подпороговые представления часто переданные как части постравматического стрессового расстройства или симптомов постравматического стресса.

Казак и др. предложили концептуальную модель педиатрического медицинского травматического стресса, который определяется как «установленные психологические и психосоциологические ответы детей и членов семьи на боль, ранения (повреждения), медицинские процедуры, инвазивные или угрожающие адаптации опыты». Эта модель определяет фазы травматического стресса и поворачивает в другую область диагностирование сильного стрессового расстройства и постстрессового расстройства. Модель концептуализирована на симптомах травматического стресса в контексте педиатрической медицины как что-то непрерывное в обоих нормальных ответах по отношению к медицинским событиям/болезни, хотя к более проблематичным и тяжелым симптомам травм.

Рак у детей является самым изученным среди детских заболеваний в терминах последствий постравматического стресса. Большинство исследований, однако, изучают детей, пострадавших от рака и их родителей в течение нескольких лет после обращения. Последовательные открытия заключаются в том, что родители, особенно матери, более подвержены вредному влиянию посттравматического стрессового расстройства, чем их дети, с показателями 6,2-25%. Для родителей детей больных раком, предикторы сильного стрессового расстройства и посттравматического стрессового расстройства в основном не связаны с объективными переменными болезни, но вместо этого связаны с субъективными оценками возможности вылечиться, их функциональным статусом у детей, и оценкой психосоциальных факторов, включая тревожность, семейные обязанности и ощущение социальной поддержки [50].

Таким образом, диагностирование рака у ребенка является травмирующей ситуацией для родителей. Предикторами для возникновения стрессовой ситуации оказались: женский пол; психосоциальные факторы риска; личностная тревожность; семейные обязанности и новообразования в ЦНС. К факторам риска появления ПТСР относятся: молодой возраст матерей; серьезные стрессовые расстройства; личностная тревожность как и при стрессовых расстройствах и качество жизни детей, сообщенное родителями детей. Т.е. матери более подвержены возникновению стрессовых реакций; у них возникают сильные стрессовые расстройства и посттравматический стресс.

### *1.4.3. Последствия затяжного характера болезни детей для матерей*

Также были изучены особенности матерей, находящихся в кризисе, когда их ребенок болен раком, и проанализированы эти данные. Исследователи предположили, что матери, хотя и не больны, сами имеют немало последствий хронической болезни. Процесс «личностного разрушения» начинается для них тогда, когда они первыми замечают что-то неладное с их детьми, или появляются симптомы заболевания; изменяется их отношение к себе, их идентичность. Параллельно с этим возникают новые обязанности и ролевые ожидания, включая обязательство «родства» - будучи физически близкими к своему ребенку матерям теперь необходимо перераспределять все свое время, чтобы обеспечить комфорт для ребенка (возникает необходимость дежурства). Для матерей забота вызывает повышение эмоциональной зависимости с их детьми, вовлечение в выполнение ряда практических задач и эмоциональной работы, включая выполнение обязанностей посредника информации между врачом и их детьми, координацию их взаимодействия относительно лечения. Координация этих обязательств достигается высокой ценой для матерей и приводит к чувству напряжения от исполнения тяжелой роли, несмотря на то, что они способны исполнять свои роли, включая роль матерей своих детей. На фоне тяжелого и жизнеугрожающего заболевания, каждый день необходимо проявлять интерес к режиму питания детей и дисциплине, чтобы принять значимость данного заболевания и вынести развивающийся конфликт или дистресс. В настоящий момент матери обмениваются информацией о материнстве, детстве и раке, и это определенно влияет на контекст, в котором они заботятся об их детях, выделяет главное в их опыте. Забота о детях, больных раком, имеет отрицательное значение для качества жизни женщин, которые участвовали в исследовании. Матери детей, больных раком, имели возможность изучать их собственные права. Их объяснения уже были полезны для данного исследования [47].

То, что ребенок заболевает раком, является кризисом для семьи и в то же время важным переходом для определения и переопределения ролей матери как родителя и как человека, который заботится о ребенке. Собраны некоторые факторы для того, чтобы определить критическую картину болезни, хотя выживание имеет некоторые улучшения за последние 3 декады. Все это акцентирует внимание на важности лечения для выживания, переменчивости в ходе лечения, и говорит о том, что это лечение является интенсивным и обязательным. То же дело обстоит и с хроническими условиями: лечение может затянуться на несколько лет, и это связано с последовательно влияющими протяженными негативными факторами, включая нетрудоспособность и бесплодие [47].

В другом исследовании было показано, что у родителей детей, больных раком часто проявляются симптомы посттравматического стресса (ПТСР) даже когда лечение детей проходит успешно. Для исследования вмешательств экспериментаторы решили определить предикторы посттравматического стрессового расстройства. Они предположили, что раннее избегание болезни и лечения, связанного с дистрессом, может быть предиктором улучшения перенесения посттравматического стресса родителями после завершения лечения детей от рака. Исследовалось когнитивное и поведенческое избегание родителей болезни и ее лечения, связанного со стимулами дистресса в течение лечения и сразу же после лечения рака детей и посттравматический синдром через один год после окончания лечения. Было выявлено, что избегание в течение лечения и сразу же после лечения детей является предиктором посттравматического стресса родителей, у детей которых прошел один год после лечения. Более того, оказалось, что лишение раннего избегания в течение лечения ребенка является более рисковым фактором для посттравматического стресса и посттравматического стрессового расстройства, чем при отсутствии лишения [44].

В данном случае может быть использовано вмешательство, основанное на когнитивно-бихевиоральной терапии с исключением избегания как центрального компонента [44].

Таким образом, диагностирование рака у детей накладывает свои обязательства на матерей в силу принципа их родства. Это приводит к чувству напряжения у матерей от исполнения тяжелой роли, несмотря на необходимость исполнять роли, включая роль матерей их детей. Забота о детях, больных раком, имеет негативное значение для качества их жизни. То, что ребенок заболевает раком, является кризисом для семьи и в то же время важным переходом для определения и переопределения ролей матери как родителя и как человека, который заботится о нем.

### *1.4.4. Зависимость смертности онкологических больных от психосоциального статуса родителей*

Диагностика и протоколы лечения детского рака, в общем, стандартизованы, и, следовательно, те слои населения, у которых нет доступа к платной медицине имеют равные условия для выживания. Итак, исследователи изучали, есть ли различия в смертности от детского рака в зависимости от социально-экономического статуса родителей. Проведено исследование смертности от рака (разных видов) в течение первых 10 лет после постановки диагноза для всех норвежских детей (моложе 20 лет), которым был диагностирован рак с 1974 по 2007, используя данные из пяти национальных реестров. Смертность сократилась примерно на 15% для детей с высокообразованными матерями и детей, не имеющих братьев и сестер. Эти факторы были выделены для рака, который считается тяжелым, долговременным заболеванием, переходящим в хронические проблемы со здоровьем. Такие факторы, как семейное положение родителей и доходы родителей не повлияли на детскую выживаемость. Это большое и основанное на регистрации данных исследование предполагает, что вклад родителей в их образование, имеет влияние на детскую выживаемость. Это может быть связано с тем, что дети с ресурсными родителями являются более здоровыми на начальном этапе и/или чаще избегают проблем со здоровьем позже. Это может быть также связано с тем, что детям хорошо информированных и сильно вовлеченных родителей предлагается более качественное лечение или они способны лучше использовать то, что предлагалось, например, соблюдение более четких рекомендаций для лечения.

В данном исследовании была изучена обратная связь между детской смертностью и социально-экономическим статусом родителей детей больных раком. Однако, немного известно о влиянии специфических социально-экономических ресурсов на выживаемость детей, больных раком. Уже упоминалось, что диагностические процедуры и протоколы лечения для этих болезней стандартизованы и централизованы в развитых странах, поэтому выживаемость от детского рака допускает возможность, быть равной среди разных социальных групп.

Важно обеспечить максимальные результаты лечения для детей, больных раком и их семей. Если различия в выживаемости имеются среди разных социальных групп, клиническое вмешательство должно быть целью, чтобы обеспечить максимальную заботу о ребенке. Следовательно, в исследовании рассматривалось, зависит ли смертность от детского рака от социально-экономических ресурсов родителей больше в обществе с равной возможностью высокого качества заботы о детях с раком [45].

Выяснилось, что смертность увеличивается от первой ко второй половине года после постановки диагноза и затем уменьшается. Как ожидалось, оценка также показала, что происходит значительное улучшение выживаемости с течением времени. Самая низкая смертность у детей с диагнозами рака в возрасте до 15 лет (22% по сравнению со старшими детьми), не имеющих братьев и сестер (20%) и у тех, родители которых имеют высшее образование (14% в среднем). На выживаемость не влияет супружеский статус родителей, возраст матери на момент рождения ребенка, доходы родителей. Выявили, что самая высокая смертность была при лейкемии, раке костей, раке печени, раке мягких тканей, нейробластоме и опухолях ЦНС. Как и ожидалось, выздоровление после локализованного рака было значительно выше, чем у более распространенного рака. Когда период (стадия) был включен в модель, эффекты факторов количество братьев и сестер и образование матери практически не изменились [45].

Таким образом, исследование связи психосоциального статуса родителей и смертности их детей больных раком показало, что самая низкая смертность положительно коррелирует с возрастом детей младше 15 лет, отсутствием братьев и сестер в семье и наличием высшего образования у родителей. На выживаемость не влияют такие факторы, как семейное положение родителей, возраст матери на момент рождения ребенка, доходы родителей.

## **1.5 Детский церебральный паралич**

### *1.5.1 Определение Детского церебрального паралича и его некоторые причины*

Детский церебральный паралич (ДЦП) – группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, ведущих к двигательным дефектам, обусловленным непрогрессирующим повреждением и/или аномалией развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребёнка. Патофизиологическая основа формирования ДЦП – поражение головного мозга в определённый период его развития с последующим формированием патологического мышечного тонуса (преимущественно спастичности) при сохранении позотонических рефлексов и сопутствующем нарушении становления цепных установочных выпрямительных рефлексов. Главное отличие ДЦП от других центральных параличей – время воздействия патологического фактора. ДЦП – это название группы неврологических нарушений, которые возникают в результате поражения структур мозга у ребенка во время беременности и в первые недели жизни.

Соотношение пренатальных и перинатальных факторов поражения мозга при ДЦП различно. До 80% наблюдений поражений мозга, вызывающих церебральный паралич, происходит в периоде внутриутробного развития плода; в последующем внутриутробная патология часто отягощается интранатальной [22].

Распространенность ДЦП достаточно высокая и составляет 1,5-5,9 на 1000 новорожденных детей. Частота ДЦП среди мальчиков несколько выше, чем среди девочек. Соотношение составляет 1,33:1 [5].

Описано более 400 биологических и средовых факторов, влияющих на ход нормального развития плода, но полностью их роль в формировании ДЦП не изучена. Причины развития ДЦП могут быт как внутриутробными, так и связанными с различными осложнениями в родах. К внутриутробным причинам развития ДЦП относят острые или хронические экстрагенитальные заболевания матери (гипертоническую болезнь, пороки сердца, анемию, ожирение, сахарный диабет и заболевания щитовидной железы и др.), приём лекарств во время беременности, профессиональные вредности, алкоголизм родителей, стрессы, психологический дискомфорт, физические травмы во время беременности, влияние на плод различных инфекционных агентов, особенно вирусного происхождения. Среди факторов риска также выделяют маточные кровотечения, аномалии плацентарного кровообращения, предлежание плаценты или её отслойка, иммунологическую несовместимость крови матери и плода и другие.

### *1.5.2 Формы и характеристики детского церебрального паралича*

Детский церебральный паралич различается по степени тяжести. В соответствии с классификацией детского церебрального паралича Семеновой К.А. и в зависимости от преимущественного характера двигательных нарушений различают пять основных форм: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая, гиперкинетическая и атонически-астатическая формы.

*Спастическая диплегия* является наиболее часто встречающейся формой ДЦП (в 50% случаев). Спастическая диплегия характеризуется поражением всех четырех конечностей, а именно имеются двигательные нарушения - тетрапарез (поражены руки и ноги), психическими, умственными и речевыми расстройствами. Нижние конечности поражены в значительно большей степени. Основной признак спастической диплегии - повышение мышечного тонуса в конечностях с ограничением силы и объема движений в сочетании с сохраняющимися тоническими рефлексами. [18] При спастической диплегии речевые и интеллектуальные нарушения наблюдаются примерно у 50—60% детей. Нарушения речи выражаются в смазанности, нечеткости, логопедических дефектах. Причем с возрастом без соответствующего лечения это не проходит. Умственные и психические проблемы проявляются нарушением концентрации внимания, плохой памятью, эмоциональной неустойчивостью. При хорошем функционировании верхних конечностей и сохранном интеллекте люди с данной формой ДЦП адаптируются в социуме, приобретают профессию и обслуживают себя.

*Двойная гемиплегия* - самая тяжелая форма ДЦП. Двойная гемиплегия характеризуется тотальным поражением головного мозга, прежде всего - больших полушарий. При двойной гемиплегии ребенок имеет тяжесть поражения как верхних, так и нижних конечностей. Преобладает ригидность мышц, которая усиливается под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Эта форма ДЦП сопровождается выраженными умственными, психическими, речевыми расстройствами и судорожным синдромом. Умственные нарушения могут достигать степени олигофрении, речь может иметь вид неразборчивого мычания. Наряду с этим наблюдаются: нарушение зрения из-за атрофии зрительных нервов (что нельзя скорректировать ношением очков или линз), косоглазие, нарушение слуха. Симптомы при этой форме заболевания заметны уже в первые месяцы жизни. Ребенок не может держать голову или держит ее неуверенно, не может сидеть и стоять. Не развивается самостоятельное передвижение и не формируются навыки самообслуживания. Более чем у 90% детей с этой формой заболевания отмечаются тяжелые нарушения речи и познавательной деятельности. [21] Дети не проходят обучение в специальных школах с этой формой заболевания из-за тяжести поражения. Дети с данной формой ДЦП требуют постоянного, пожизненного ухода.

*Гемипаретическая форма* характеризуется односторонними двигательными нарушениями, поражением преимущественно одного полушария, его корковых отделов и ближайших подкорковых ядер. Помимо двигательных нарушений, в зависимости от того, какое именно полушарие поражено, присутствуют нарушения речи (ла-лия, дислексия, дисграфия, нарушение функции счета) или эмоционально-волевой сферы (агрессивность, инертность, эмоциональная уплощенность). Интеллектуальные нарушения могут быть разной степени тяжести от легкой задержки психического развития до грубого интеллектуального дефекта. Причем снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений. Эта форма отмечается у 20—25% учащихся, страдающих церебральным параличом. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.

При *гиперкинетической форме* нарушения движений связаны как с патологией мышечного тонуса, так и с наличием непроизвольных насильственных движений (гиперкинезов), различных по характеру и степени выраженности. При этой форме интеллект чаще нормальный. Однако почти у 90% детей отмечаются тяжелые нарушения речи. Слух нарушен примерно у 10—15% детей. Гиперкинетическая форма имеет место у 20—25% учащихся с церебральным параличом. Дети с гиперкинетической формой ДЦП со временем овладевают навыками самообслуживания и не нуждаются в посторонней помощи. При дискинетической форме может нарушаться речь. Обычно слова произносятся медленно, не совсем внятно, с нарушением артикуляции. Интеллект практически не страдает.

*Атонически-астатическая форма* характеризуется нарушениями двигательной сферы: низким мышечным тонусом, нарушением равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушением ощущения равновесия и координации движений, тремором, гиперметрией (несоразмерность, чрезмерность движений). При данной форме ДЦП имеется поражение мозжечка, и в некоторых случаях сочетается с поражением лобных отделов мозга. При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные и речевые нарушения различной степени тяжести.

Резюмируя, отметим, что к основному проявлению ДЦП – двигательным расстройствам, часто присоединяются нарушения психического развития, речевые и сенсорные нарушения. Двигательные нарушения при ДЦП оказывают негативное влияние на формирование психических и речевых функций. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и сосредоточением мозгового поражения. При церебральном параличе нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и развитие эмоционально-волевой и личностной сфер также имеют свою специфику [25].

### *1.5.3. Особенности развития и адаптации ребенка с детским церебральным параличом*

Особенности развития и адаптации ребенка с детским церебральным параличом затрагивают не только вопросы его физического развития, но и речевого, интеллектуального, психического, психоэмоционального, социального и личностного. Психоэмоциональные отклонения детей с ДЦП могут проявляться в раздражительности, возбудимости, резкой смене настроения, застенчивости, боязливости, трудностях контакта с окружающими, отсутствием инициативы, повышенной утомляемостью. Для детей с ДЦП характерна задержка психического развития по типу инфантилизма. Помимо нарушений, связанных физических развитием у детей с ДЦП обнаруживается недоразвитость эмоционально-волевой сферы личности или незрелость эмоциональной сферы, при этом интеллект может сохраняться в норме.

В зависимости от тяжести и степени выраженности заболевания, дети с ДЦП сталкиваются с различными трудностями. Среди них - невозможность или затруднения самостоятельного обслуживания себя; сложности в обучении чтении и письму (из-за нарушений сенсорных функций, слухового и зрительного восприятия, и др.); сложности в удовлетворении потребностей и реализации себя; в формировании социальных контактов; ограничения в приобретении жизненного опыта; снижение уровня эмоционального, мотивационного, когнитивного и социального развития. Также переживание собственного нездоровья является важным при формировании самооценки личности, а следовательно, линии жизни и жизненного стиля (А. Адлер).

Совокупность клинических, психологических и социальных факторов, приводят к дезадаптации человека. Дезадаптация у детей с диагнозом и инвалидностью наступает в 2-3 раза чаще, чем у здоровых, особенно если заболевание связано с повреждением головного мозга. Сочетание двигательных, психических и речевых, а зачастую и зрительных нарушений при ДЦП обуславливает необходимость их диагностики, проведения реабилитационных мероприятий и адаптации ребенка.

Психоэмоциональное развитие детей с ДЦП и их адаптация зависит от многих факторов. К ним относятся психическое развитие ребенка и степень поражения его головного мозга. Однако не меньшее значение имеет отношение к ребенку окружающих людей, уровень предъявляемых к нему требований, понимание ближайшими родственниками особенностей его адаптационных возможностей, а также стиля воспитания. (Тимофеева И.Ф. 2009). Внимание родителей и специалистов направлено на правильное формирование двигательных функций. Необходимо как можно более раннее начало лечения и его непрерывность. Комплекс упражнений подбирается в зависимости от тяжести заболевания, индивидуальных особенностей развития. Коррекционная работа направлена на формирование жизненно необходимых навыков, таких, как умение ходить и обслуживать себя. Полученные навыки надо адаптировать к повседневной жизни, постоянно практиковать их до автоматизма. Как мы уже отметили, важную роль в лечении, развитии и адаптации ребенка с ДЦП имеет его близкое окружение, его семья в целом, и близкий родственник (обычно это мать ребенка), который непосредственно занимается уходом и развитием ребенка.

Семья, в которой рождается ребенок с ДЦП, имеет свои особенности. В связи с заболеванием ДЦП ребенка, члены семьи сталкиваются с различными трудностями и проблемами воспитательного, социального, материального и морального характера и живут в условиях хронической психотравмирующей ситуации, постоянного эмоционального напряжения.

Матери детей с ДЦП зачастую вынуждены ограничить свою профессиональную деятельность, т.е. бросить работу, перейти на неполный рабочий день или работать не по специальности. Родители зачастую испытывают нехватку свободного времени для хобби, досуга, собственного развития, общения с друзьями, развития супружеских отношений. Родители переживают вину, тревогу, страх за жизнь и здоровье ребенка, стыд, разочарование, отрицание заболевания ребенка и могут выбрать неадекватный его потребностям и способностям стиль воспитания, что может также отражаться на формировании личности ребенка, т.к. в этом случае ребенок испытывает дополнительный стресс.

Переживание стресса может вызывать различные заболевания матери. Депрессивные переживания могут трансформироваться в невротическое развитие личности матери и существенно нарушить ее социальную адаптацию. В исследовании Д.Н. Исаева указывается, что рождение больного ребенка травмирует матерей, нарушает психическое здоровье. В исследовании Р.Ф. Майромяна также указывается, что у матерей возникали соматические расстройства: вегетососудистая дистония, тик, дисменорея, гипертония, мигрень, дискинезия желудочно-кишечного тракта.

Мать ребенка с ДЦП, а также ее психическое и эмоциональное состояние, имеет важнейшую роль в лечении, реабилитации и социальной адаптации ребенка с ДЦП.

# ВЫВОД

В данном разделе 1-ой главы рассматривались особенности родителей детей больных раком и способов их реагирования на стрессовую ситуацию. По данным исследованиям было обнаружено, что более высокий уровень чувства связности коррелирует с более низкий уровнем дистресса. Эти данные подтверждаются гипотезой относительно роли чувства связности как защитного психологического ресурса усиливающего жизнестойкость родителей к их реакциям на рак у детей.

Диагностирование рака у ребенка является травмирующей ситуацией для родителей. Предикторами для возникновения стрессовой ситуации оказались: женский пол; психосоциальные факторы риска; личностная тревожность; семейные обязанности и новообразования в ЦНС. К факторам риска появления ПТСР относятся: молодой возраст матерей; серьезные стрессовые расстройства; личностная тревожность, как и при стрессовых расстройствах, и качество жизни детей, сообщенное родителями детей. Т.е. матери более подвержены возникновению стрессовых реакций; у них возникают сильные стрессовые расстройства и посттравматический стресс.

Диагностирование рака у детей накладывает свои обязательства на матерей в силу принципа их родства. Это приводит к чувству напряжения у матерей от исполнения тяжелой роли, несмотря на компромисс в их способности исполнять роли, включая роли как матерей их детей. Забота о детях, больных раком, имеет отрицательное значение для качества их жизни. То, что ребенок заболевает раком, является кризисом для семьи и в то же время важным переходом для определения и переопределения ролей матери как родителя и как человека, который заботится о нем.

Исследование связи психосоциального статуса родителей и смертности их детей больных раком показало, что самая низкая смертность положительно коррелирует с возрастом детей младше 15 лет, отсутствием братьев и сестер в семье и наличием высшего образования у родителей. На выживаемость не влияют другие факторы: супружеский статус родителей, возраст матери, доходы родителей.

Таким образом, изучив перечень ресурсов личности, для диагностики ресурсов стрессоустойчивости необходимо подобрать комплекс методик, которые позволили бы оценить наличие ресурсов разного уровня. Этим и займемся в следующей главе.

# Глава 2 Материалы и методы исследования

**Цель исследования**: изучение психологических особенностей матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом.

**Объект исследования**: психологические особенности матерей детей с лимфобластным лейкозом.

**Предмет исследования**: взаимосвязь уровня нервно-психического напряжения и психологических особенностей (чувства связности, уровня алекситимии, уровня личностной тревожности, копинг-стратегий, показателя общего здоровья и стиль воспитания) матерей подростков с лейкозом.

**Гипотезы исследования:**

1) Матери подростков с острым лимфобластным лейкозом отличаются от матерей подростков с детским церебральным параличом и матерей здоровых сверстников по показателям уровня личностной тревожности, нервно-психического напряжения и уровня алекситимии, по общему показателю здоровья, по чувству связности, а также по используемым копинг-стратегиям и стилям воспитания.

2) Уровень нервно-психического напряжения матерей детей с лейкозом взаимосвязан с уровнем личностной тревожности, алекситимии, общим состоянием здоровья, чувством связности, преобладающими копинг-стратегиями и стилями воспитания.

Исходя из целей и гипотезы нашего исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить уровень нервно-психического напряжения и личностной тревожности у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников;
2. Изучить уровень алекситимии у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников;
3. Изучить чувство связности и уровень общего здоровья у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников;
4. Изучить копинг-стратегии у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников;
5. Изучить стиль воспитания у матерей подростков, больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников.
6. Изучить взаимосвязи уровня нервно-психического напряжения и психологических характеристик у матерей подростков больных лейкозом, в сравнении с матерями подростков с детским церебральным параличом и здоровых сверстников.

### 2.1 Выборка исследования

В исследовании приняли участие 3 группы: 1 группа – 20 матерей, имеющих детей с диагнозом острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ); 2 группа (1-я контрольная группа) – 41 мать условно здоровых детей; 3 группа (2-я контрольная группа) – 20 матерей, дети которых имеют заболевание детский церебральный паралич (ДЦП). Социально-демографические данные о группах собирались с помощью авторской анкеты, ее текст приведен в приложении А. Собиралась информация о возрасте матерей, возрасте детей, образовании матерей, уровне дохода семьи, месте проживания и некоторые другие сведения о семье. Матери первой группы были обследованы психологом в клинике. Матери второй и третьей группы заполняли опросники по интернету, с помощью созданной Google-анкеты. Возраст матерей во всех группах находится в диапазоне 30-66 лет. Минимальный возраст матерей в группах составил: в группе матерей детей, имеющих диагноз острый лимфобластный лейкоз – 35 лет, в группе матерей условно здоровых детей – 32 года, в группе матерей детей с детским церебральным параличом – 30 лет. Максимальный возраст матерей в группах составил 66 лет, 56 лет, 51 год соответственно. В каждой группе матери имели среднее образование, средне-специальное или высшее, некоторые матери имели ученую степень. Также были собраны данные относительно уровня дохода семьи со слов испытуемых: высокий, средний и низкий. Матери проживали в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, а также некоторых других городах и регионах. Учитывалась также такая характеристика как семейное положение: замужем; не замужем; разведена. Также была собрана информация о возрасте ребенка. Возраст детей был в диапазоне от 11 до 21 года.

Для выполнения цели и задач исследования были использованы следующие методики исследования, выбор которых представляется целесообразным обосновать в отдельном параграфе.

## **2.2. Обоснование выбора методик для исследования психологических ресурсов матерей детей больных острым лейкозом**

Важную роль в процессе взаимодействия ребенка и родителя представляют их семейные отношения. То, какой способ воспитания выбирает родитель, какие эмоции преобладают при общении, насколько полно удовлетворяются потребности ребенка, есть ли в семье запреты – все напрямую влияет на преобладание тех или иных эмоций у ребенка, его психоэмоциональное состояние и сказывается на физиологическом здоровье. Также исследования выявили влияние стилей родительского воспитания на механизмы (стратегии и ресурсы) стресс-преодолевающего поведения подростков [23]. Гармоничный стиль воспитания является важным ресурсом способствующим повышению уровня активности родителя в реабилитационном процессе [17]. Поэтому было решено применить методику АСВ - Анализ семейных взаимоотношений Эйдемиллера Э.Г., Юстицкис В.В. – для исследования внутрисемейных отношений.

В связи с тем, что матери онкологических больных имеют склонность к ограничению осознания своих эмоций, испытывают сложности в их вербализации решено выявить уровень выраженности алекситимии. Он измеряется с помощью Торонтской алекситимической шкалы» (TAS). Для адаптации к болезни угрожающей жизни ребенка нужна эмоциональная устойчивость, способность осознавать свои эмоции, принимать их, понимать их причины, уметь управлять ими как на когнитивном, так и поведенческом уровнях, а также положительное отношение к себе и окружающим, что проявляется в способности устанавливать и поддерживать отношения с окружающими, пользоваться социальной поддержкой, устанавливать эмоциональный контакт с ребенком.

В данной работе была использована также шкала оценки уровня личностной тревожности Спилбергера Ч. –Ханина Ю., т.к. важно как матери детей будут воспринимать все ситуации в целом: как угрожающие или нет, следовательно, данное личностное качество может влиять на уровень стресса матерей детей больных лейкозом.

Для выявления того, как матери ведут себя в стрессовых ситуациях, какие стратегии поведения у них преобладают, была взята методика копинг механизмов Хайма.

В связи с тем, что были проведены исследования, доказывающие, что чувство связности (sense of coherence) является показателем стрессоустойчивости человека, было решено исследовать чувство связности у матерей детей больных лейкозом. Было предположено, что матери с низким чувством связности будут более склонны воспринимать ситуацию как угрожающую, отказываться от решения проблемы и испытывать повышенное напряжение. В то время как матери с высоким чувством связности будут более открыты к обратной связи, будут искать возможности для решения ситуации, новые пути, чтобы вылечить и поддержать ребенка.

Также был использован опросник общего здоровья Голдберга Д. для того, чтобы выявить психологическое благополучие у матерей детей больных лейкозом и эмоциональную стабильность.

У матерей детей больных лейкозом было решено исследовать нервно-психическое напряжение, т.к. оно появляется в сложных жизненных ситуациях или во время их ожидания (болезнь, имеющая тяжелые последствия, включая смерть, можно отнести к таковым).

Т.о., для исследования психологических ресурсов матерей детей больных острым лейкозом были взяты следующие методики:

1. Анализ семейных взаимоотношений Эйдемиллера Э.Г., Юстицкис В.В. (АСВ);
2. «Торонтская алекситимическая шкала»;
3. Шкала оценки уровня личностной тревоги Спилбергера Ч. –Ханина Ю.;
4. Копинг механизмы Хайма;
5. Чувство связности Антоновского А.;
6. Опросник общего здоровья Голдберга Д.;
7. Шкала нервно-психического напряжения Немчина Т.А..

Дополнительно к этому и первично каждая мать ребенка заполнила анкету для получения биографических данных, которые понадобятся в исследовании. Бланк анкеты находится в приложениях (см. Приложение А).

## **2.3. Описание методик**

***1. Анализ семейных взаимоотношений Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. (АСВ)***

Методика анализа семейных взаимоотношений предназначена для диагностики типов семейного воспитания и выявления негармоничного из них. Ее авторами являются Эйдемиллер Э.Г. и Юстицкис В.В..

Шкалы опросника:

1. Уровень протекции в процессе воспитания

Гиперпротекция – чрезмерное уделение внимания ребенку;

Гипопротекция – дефицит внимания со стороны родителя к ребенку.

2. Степень удовлетворения потребностей ребенка

1) Потворствование (шкала У+) – стремление родителей максимально удовлетворить нужды ребенка;

2) Игнорирование потребностей ребенка (шкала У–) – недостаточное общение ребенка с родителями и стремление первого удовлетворить потребности другого.

3. Количество и качество требований к ребенку в семье

1) Чрезмерность требований-обязанностей (шкала Т+.) – предъявление повышенных требований к ребенку.

2) Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-) - у ребенка мало обязанностей по дому и его к ним не привлечь.

3) Чрезмерность требований-запретов (шкала З+) – такой способ воспитания, при котором ребенку «всё нельзя».

4) Недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З–) – противоположная ситуация, при которой ребенку «всё можно».

5) Чрезмерность санкций (тип воспитания "жестокое обращение") – чрезмерное реагирование родителей на нарушения поведения ребенка, применение строгих наказаний.

6) Минимальность санкций (шкала С-) – родители редко прибегают к наказаниям или вовсе их не используют.

4. Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н): характеризуется резкими сменами родителями стиля воспитания, при котором они недооценивают частоту и размах колебаний.

Сочетание различных отклонений в воспитании.

Эйдемиллер Э.Г. и Юстицкис В.В. выявили, что с точки зрения понимания причин отклонений и различных психогенных нарушений поведения, важны сочетания способов негармоничного сочетания. Они представлены в таблице (см. Табл. 1).

Таблица 1. Диагностика типов негармоничного семейного воспитания

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип воспитания | Выраженность черт воспитательного процесса | | | | |
| Уровень протекции | Полнота удовлетворения потребностей | Степень предъявления требований | Степень запретов | Строгость санкций |
| П (Г+,Г-) | У | Т | 3 | С |
| Потворствующая гиперпротекция | + | + | - | - | - |
| Доминирующая гиперпротекция | + | ± | ± | + | + |
| Повышенная моральная ответственность | + | - | + | ± | ± |
| Эмоциональное отвержение | - | - | ± | ± | ± |
| Жестокое обращение | - | - | ± | ± | + |
| Гипопротекция | - | - | - | - | ± |

Также авторы методики выявили, что отклонения в воспитании могут порождаться личностными особенностями самих родителей и их проблемами, которые они хотят решить за счет ребенка. Таким образом, выделяют еще и следующие шкалы негармоничного воспитания:

Расширение сферы родительских чувств (шкала РРЧ) – воспитание ребенка при котором родители хотят, чтобы ребенок для них стал нечто большим, чем просто ребенком.

Предпочтение в подростке детских качеств (шкала ПДК) – родители игнорируют взросление ребенка и стремятся стимулировать детские качества (непосредственность, наивность, игривость и др.)

Воспитательная неуверенность родителя (шкала ВН) – в семье происходит перераспределение власти между ребенком и родителем в сторону ребенка, ему уступают даже в тех случаях, где не нужно было бы.

Фобия утраты ребенка (шкала ФУ) – родители ведут себя с ребенком так, как будто он очень болезненный, хрупкий, спешат удовлетворить все его желания и др.

Неразвитость родительских чувств (шкала НРЧ) – проявляется как нежелание проводить время с ребенком, незаинтересованность в его делах.

Проекция на ребенка (подростка) собственных нежелаемых качеств (шкала ПНК) – перенос родителем своих отрицательных качеств на ребенка, которые он не признает.

Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (шкала ВК) – вынесение конфликта в воспитания ребенка, при котором последнее превращается в «поле битвы».

Сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку в зависимости от его (ребенка) пола (шкала предпочтения мужских качеств - ПМК и шкала предпочтения женских качеств – ПЖК) – отношение родителя к ребенку обуславливается чертами, характерными для пола ребенка; проявляются стереотипные фразы относительно того, что должен и не должен делать тот или иной пол.

Для сбора данных был взят опросник для родителей детей от 11 до 21 года (исходя из возрастного интервала выборки исследования). Данный вариант методики содержит 130 утверждений, с каждым из которых нужно согласиться (обвести кружком) или не согласиться (зачеркнуть), в крайнем случае – поставить знак вопроса (таких ответов не должно быть более 5).

Обработка данных происходит следующим образом: подсчитывается сумма баллов, относящихся к одной шкале согласно ключу. За каждый положительный ответ – 1 балл. Полученное число сравнивается с диагностическим по каждой шкале: если полученный балл достигает или превышает диагностическое число – у родителей наблюдается данный тип отклонения в воспитании.

***2. «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS)***

Данная методика применяется для выявления уровня алекситимии. Данный конструкт характеризуется тем, что у больного возникают трудности при определении чувств и различении чувств и телесных ощущений, которые возникают при эмоциональном возбуждении. Также у людей с выраженной алекситимией обеднена фантазия и недостаточно развит процесс воображения. Они испытывают трудности при сообщении своих чувств другим.

Для изучения данного конструкта испытуемым предлагается шкала самоотчета, состоящая из 20 пунктов – вопросов. Каждый из них оценивается по 5-балльной шкале (шкала Лайкерта): от 1 (совершенно не согласен) до 5 (совершенно согласен).

Автор Торонтской алекситимической шкалы – Taylor G.J., а перевод и адаптация была проведена Старостиной Е.Г. и др.

Обработка результатов проводится с помощью суммарного подсчета баллов:

<62 – «неалекситимический» тип;

62-74 – группа риска;

>74 – «алекситимический» тип.

Интерпретация осуществляется за счет описания каждого типа. При выраженной алекситимии человек ограниченно перерабатывает впечатления, чувства, причины своих поступков. Следствием этого становятся проявления прагматизма и отсутствие творческой направленности. Последнее свидетельствует, что человек получает мало радости в жизни и, тем самым, приводит к неудовлетворенности жизнью. Человек может иногда взрываться, часто без видимой на то причины. И, наконец, то, что человек плохо понимает себя, мешает ему воспринимать происходящее вокруг, он оказывается под влиянием ситуации.

***3. Шкала оценки уровня личностной тревоги Спилбергера Ч. –Ханина Ю.***

Данная шкала применяется для оценки предрасположенности людей к тревоге и склонности воспринимать большинство ситуаций как угрожающие.

Методика принадлежит Силбергеру Ч. и Ханину Ю. В ней содержатся 2 блока: ситуативная тревожность и личностная тревожность.

В данной работе рассматривается только личностная тревожность как уже было сказано. Этот блок содержит 20 утверждений, каждый из которых необходимо оценить по 4-хбалльной шкале, где 1 – нет, это не так, 4 – совершенно верно.

Обработка результатов происходит путем подсчета по формуле:

ЛТ (личностная тревожность) = Σ 1 - Σ 2 + 35,

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

При интерпретации результат можно оценивать так:

до 30 - низкая тревожность;

31 - 45 - умеренная тревожность;

46 и более - высокая тревожность.

Отклонения от уровня умеренной тревожности в сторону высокой будет говорить о том, что мать склонна воспринимать любую ситуацию как угрожающую, переживать по любому поводу, тем самым возможно повышение уровня стрессогенности ситуации.

***4. Методика «Копинг механизмы» Э. Хайма***

Методика «Копинг-механизмы» Э. Хайма позволяет выявить стратегии совладания людей в сложных жизненных ситуациях. Автор данной методики – Э. Хайм (E. Heim). Адаптация методики проходила в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, под руководством доктора мед. наук, профессора Л.И. Вассермана.

В ней все виды копинг-стратегий (26 типов поведения в стрессовой ситуации) объединены в 3 блока: когнитивная копинг-стратегия, эмоциональная и поведенческая копинг-стратегии. Испытуемому необходимо в каждом блоке выбрать наиболее частый для себя вариант поведения.

Обработка результатов осуществляется с помощью качественно-содержательного анализа. Все копинг-стратегии автор делит на:

Продуктивные (П) - помогают справиться с ситуацией, решить проблему;

Относительно продуктивные (О) - помогают лишь в некоторых ситуациях, не особо значимых для человека;

Непродуктивные стратегии (Н) - те стратегии, которые не способствуют разрешению ситуации, а только лишь усиливают их.

Обработка результатов осуществляется по ключу (см. Табл. 2), где в итоге определяется насколько продуктивны каждый из видов копинг-стратегий у человека.

Таблица 2. Ключ к методике «Копинг механизмы» Э. Хайма

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Когнитивные | Эмоциональные | Поведенческие |
| 1 | Н | П | О |
| 2 | Н | О | П |
| 3 | Н | Н | Н |
| 4 | П | П | О |
| 5 | П | О | О |
| 6 | О | Н | Н |
| 7 | О | Н | П |
| 8 | Н | Н | П |
| 9 | О |  |  |
| 10 | П |  |  |

***5. Чувство связности Антоновского А.***

Автором методики «чувство связности» является Антоновский А. Она направлена на выявление уровня чувства связности у людей. Само понятие чувства связности определено им как «общая ориентация личности, связанная с тем, в какой степени человек испытывает проникающее во все сферы, устойчивое, но динамическое чувство…». Это понятие включает также три компонента: постижимость как степень, в которой человек рассматривает поступающие стимулы как нечто упорядоченное, имеющее смысл, нежели хаотическое; управляемость как степень, в которой человек рассматривает стимулы как достаточные, чтобы соответствовать предъявляемым требованиям, и осмысленность как эмоциональное переживание человека, что его жизнь имеет смысл.

Шкала состоит из 29 пунктов (из них 16 прямых и 13 обратных). В ней представлены три компонента: постижимость – 11 пунктов; управляемость – 10 пунктов; осмысленность – 8. Каждый пункт – пара альтернативных утверждений, которые необходимо оценить по 7-балльной шкале, где 1 – очень интересно; 7 – смертельно скучно.

Обработка данных происходит путем суммирования баллов по каждому из вопросов, учитывая прямые и обратные вопросы. В итоге получен один общий «сырой» балл для каждого испытуемого. Далее «сырые» баллы были переведены по следующим принципам: т.к. шкала 7-балльная, а вопросов 29, то: 3 уровня

<62,1 – низкое чувство связности

62,2 – 153,8 – среднее

>153,8 – высокое

***6. Опросник общего здоровья Голдберга Д.***

Опросник общего здоровья (General Health Questionnaire, GHQ) предназначен для исследования психологического благополучия и эмоциональной стабильности. Автором его является Голдберг Д.

В данной работе используется один из его вариантов (60, 30 и 12 вопросов), состоящий из 12 вопросов, чтобы сократить время на проведение исследования, т.к. одному испытуемому предлагается 7 опросников в сумме.

На каждое из утверждений необходимо ответить по 4-балльной шкале, где 0 — «безусловно, нет», 1 — «пожалуй, нет», 2 — «пожалуй, да», 3 — «безусловно, да».

Обработка результатов происходит путем подсчета суммы ответов по каждому пункту:

<12 – низкие показатели, выражают психологическое благополучие;

13-35 – средние;

>35 - высокие; характеризуют психологическое неблагополучие.

Ели испытуемые набирают высокие баллы, это говорит об эмоциональной неустойчивости, им присущи отрицательные ответы на те вопросы, которые связаны с положительными эмоциями и психологической стабильностью.

***7. Шкала нервно-психического напряжения Немчина Т.А.***

Данная методика предназначена для исследования уровня нервно-психического напряжения в условиях сложной ситуации человека или ее ожидания. (см. Приложение И). Автором методики является профессор Психоневрологического института им. Бехтерева – Т.А. Немчин.

Опросник содержит перечень из 30 признаков нервно-психического напряжения, в каждом из которых необходимо отметить только 1 вариант ответа знаком «+».

Обработка результатов осуществляется путем суммирования всех ответов. В итоге: 30-50 – слабое нервно-психическое напряжение; 51-70 – умеренное или интенсивное нервно-психическое напряжение; 71-90 – экстенсивное нервно-психическое напряжение.

## **2.4. Методы математической обработки данных**

Данные представлены частотами и распределениями, а также средними значениями с ошибками, M±SE. Зависимость субшкал от социально-демографических переменных и взаимозависимости между субшкалами исследовались при помощи корреляций по Пирсону и Спирмену. Связи между номинальными и порядковыми переменными рассчитывались с использованием критериев хи-квадрат (*χ2*) или точного критерия Фишера (при невыполнении условия применимости критерия *χ2* как асимптотического, то есть в случае близости значений частот к 0 или 100%) на основании таблиц сопряженных признаков. Проверка влияния фактора Группа (матери детей, больных лейкозом/ матери здоровых детей/ матери детей с диагнозом ДЦП) на значения субшкал проводилась с использованием критерия Краскела-Уоллиса (Kruskal-Wallis Test) с последующими парными сравнениями между группами критерием Манна-Уитни (Mann-Whitney Test). Статистические решения принимались 5%-ном уровне значимости при двусторонней альтернативе. При расчетах использовали программный комплекс SPSS Inc.

# Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение

### 3.1. Анализ социально-демографических данных

Социально-демографические данные были собраны с помощью анкеты. Результаты сравнения *по возрасту* групп матерей и детей представлены в таблице 3 ниже и в приложении Б.

Таблица 3. Среднегрупповые показатели возраста матерей и детей в группах

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Возраст** | **Группы** | **N** | **Mean** | **SD** | **SE** | **Min** | **Max** |
|
| **Матери** | Матери детей, больных лейкозом | 20 | 42,85 | 7,32 | 1,634 | 35 | 66 |
| Матери здоровых детей | 41 | 41,90 | 4,88 | 0,76 | 32 | 56 |
| Матери детей с диагнозом ДЦП | 20 | 40,35 | 5,75 | 1,29 | 30 | 51 |
| **Дети** | Матери детей, больных лейкозом | 20 | 17,00 | 2,47 | 0,55 | 11 | 21 |
| Матери здоровых детей | 41 | 15,51 | 2,52 | 0,39 | 11 | 21 |
| Матери детей с диагнозом ДЦП | 20 | 11,30 | 2,11 | 0,47 | 9 | 16 |

*Условные обозначения: N – число матерей, Mean – среднегрупповое значение возраста, SD – среднеквадратичное отклонение, SE – ошибка средней, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение*

Как видно из таблицы 3 средний возраст матерей 1-й группы – 42,85±7,32, средний возраст их детей – 17,00±2,47, средний возраст матерей 2-й группы – 41,90±4,88, средний возраст их детей – 15,51±2,52, средний возраст матерей 3-й группы – 40,35±5,75, средний возраст их детей – 11,30±2,10. При сравнении возраста матерей и детей в трех группах с помощью одномерного дисперсионного анализа (ANOVA), различий по возрасту матерей не обнаружено (р=0,385), имеются различия по возрасту среди детей (р˂0,001). При попарном сравнении возраста детей в группах обнаружено, что подростки с ДЦП младше подростков с ОЛЛ и здоровых (р˂0,001), имеется тенденция к меньшему возрасту подростков с ОЛЛ в сравнении со здоровыми (р=0,080) (см. Приложение Б).

Результаты сравнения групп *по уровню образования* матерей представлены в таблице 4.

Таблица 4. Сравнение между группами матерей по уровню образования

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Образование | 1 группа  N (%) | 2 группа  N (%) | 3 группа  N (%) | P |
| Высшее | 11 (55,0) | 34 (82,9) | 13 (65,0) | \*\*0,008 |
| Среднее специальное | 4 (20,0) | 5 (12,2) | 7 (35,0) |
| Среднее | 5 (25,0) | 2 (4,9) | 0 (0) |

*Условные обозначения: N – число матерей, P – уровень значимости различий – критерий хи-квадрат (χ2)*

Как видно из таблицы 4 высшее образование имеют 55,0% матерей детей с лейкозом, 65,0% матерей детей с ДЦП, и 82,9% матерей здоровых детей, среднее специальное образование у 12,2% матерей здоровых детей, 20,0% матерей детей с лейкозом, 35,0% матерей детей с ДЦП, среднее образование имеют 4,9% матерей здоровых детей и 25,0% матерей детей с лейкозом. Матери детей с детским церебральным параличом имеют либо высшее, либо среднее специальное образование. При попарном сравнении матерей в группах по образованию выявлено, что матери детей с ОЛЛ по сравнению с матерями здоровых детей значимо реже имеют высшее образование (р=0,020) и значимо чаще у них имеется только среднее образование (р=0,021); в сравнении с матерями детей с ДЦП имеют значимо чаще только среднее образование (р=0,006).

Результаты сравнения групп *по месту жительства* представлено в таблице 5.

Таблица 5. Различия между группами матерей по месту жительства

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа | Место жительства | 1 группа  N (%) | 2 группа  N (%) | 3 группа  N (%) | P |
| 1 | Жители СПб и Лен обл. | 4 (20,0) | 37 (90,2) | 19 (95,0) | \*\*\*0,000 |
| 2 | Приезжие (другие города) | 16 (80,0) | 4 (9,8) | 1 (5,0) |

*Условные обозначения: N – число матерей, P – уровень значимости различий – критерий хи-квадрат (χ2).*

Согласно данным таблицы 5 среди матерей детей с ОЛЛ больше приезжих из других регионов России (80,0%), чем среди матерей здоровых детей и матерей детей с ДЦП, эти различия статистически достоверны (р˂0,001). Матери второй и третьей группы являются преимущественно (в 90,2% и 95,0% соответственно) жителями Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Анализ других социально-демографических данных показал следующее.

1. *Семейное положение* (замужем, не замужем, разведена): живут в официальном и гражданском браке 80,0% матерей 1-й группы, 63,4% матерей 2-й группы и 75,0% матерей 3-й группы.
2. *Уровень дохода семьи* матери оценили как средний в 60,0% – в первой группе, в 65,9% во второй группе и в 65,0% в третьей группе.
3. *Количество детей в семье.* 50,0% матерей детей с ДЦП не имеют второго ребенка; 50,0% матерей детей с лейкозом и 43,9% матерей условно здоровых детей имеют еще одного ребенка.
4. *Пол ребенка.* Можно отметить, что 70,0% матерей детей с ДЦП имеют мальчиков, матери 1-й и 2-й групп имеют примерно равное количество мальчиков и девочек: 50,0% мальчиков и 50,0% девочек матери детей с лейкозом, 48,8% мальчиков и 51,2% девочек матери здоровых детей. Значимых различий по этим социально-демографическим показателям между матерями не выявлено, смотри также приложение Б.

### 3.2. Результаты изучения личностной тревожности и нервно-психического напряжения у матерей

Уровень личностной тревожности был изучен с помощью методики Спилбергера-Ханина, уровень нервно-психического напряжения – с помощью методики Т.А. Немина «Опросник нервно-психического напряжения». На первом этапе анализа мы проверили влияние фактора группы на уровень личностной тревожности и нервно-психического напряжения с использованием критерия Краскела-Уоллеса. Было выявлено, что нет значимых различий в уровне личностной тревожности у матерей в группах (р=0,366); отмечено наличие тенденции в значимости влияния фактора группы на показатель нервно-психического напряжения (р=0,079). Эти результаты представлены в таблице 9 и рисунках 2, 3. Полностью полученные результаты представлены в приложении В.

Таблица 9. Среднегрупповые значения уровня личностной тревожности и нервно-психического напряжения матерей

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Характеристики** | **Группа** | **N** | **Mean** | **SD** | **SE** | **Min** | **Max** | **P** |
| Личностная тревожность | матери детей, больных лейкозом | 20 | 47,15 | 6,62 | 1,48 | 34 | 59 | 0,366 |
| матери здоровых детей | 41 | 44,51 | 8,19 | 1,28 | 28 | 63 |
| матери детей с диагнозом ДЦП | 20 | 47,30 | 8,20 | 1,83 | 34 | 63 |
| Нервно-психическое напряжение | матери детей, больных лейкозом | 20 | 50,25 | 10,64 | 2,38 | 33 | 72 | 0,079+ |
| матери здоровых детей | 41 | 44,56 | 11,20 | 1,75 | 30 | 74 |
| матери детей с диагнозом ДЦП | 20 | 48,40 | 11,21 | 2,51 | 33 | 69 |

*Условные обозначения: N – число матерей, Mean – среднегрупповое значение, SD – среднеквадратичное отклонение, SE – ошибка средней, P – уровень значимости различий – критерий Краскел-Уоллис.*

**** ****

Рисунки 2, 3. Значения уровня личностной тревожности и нервно-психического напряжения матерей

Как видно из таблицы 9 и рисунков 2 и 3 среднегрупповые значения *уровня личностной тревожности* матерей детей с ОЛЛ – 47,15±1,48 (минимальные значения равны 34, максимальные - 59), и матерей детей с ДЦП – 47,30±1,83 (минимальные значения равны 34, максимальные - 63), что соответствует высокому уровню личностной тревожности определяемому методикой. Среднегрупповые значения уровня личностной тревожности матерей здоровых детей – 44,51±1,28 (минимальные значения равны 28, максимальные - 63), что характеризует уровень личностной тревожности как средний согласно методике. У матерей трех групп значимых различий по уровню личностной тревожности между матерями не обнаружено.

Среднегрупповые значения *уровня нервно-психического напряжения* у матерей здоровых детей лежат в пределах слабого нервно-психического напряжения (44,56±1,75), у матерей детей с ОЛЛ и матерей детей с ДЦП – в пределах умеренного или интенсивного нервно-психического напряжения (50,25±2,38 и 48,40±2,51 соответственно). Максимальные значения этого показателя достигают у некоторых матерей первой и второй группы экстенсивного уровня напряжения.

На следующем этапе анализа было проведено попарное сравнение групп с использованием критерия Манна-Уитни. Это сравнение также не показало различий в уровне личностной тревожности у матерей. Результаты попарного сравнения уровня нервно-психического напряжения у матерей трех групп показало, что имеются значимые различия только между матерями детей с ОЛЛ и здоровых детей (р=0,035), эти данные представлены в таблице 10.

Таблица 10. Сравнение уровня нервно-психического напряжения матерей 1-й и 2-й группы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Группа | | | | | | | | |
| Матери детей, больных лейкозом | | | | Матери здоровых детей | | | | P |
| N | Mean | SD | SE | N | Mean | SD | SE |
| Нервно-психическое напряжение | 20 | 50,25 | 10,64 | 2,38 | 41 | 44,56 | 11,20 | 1,75 | \*\*0,035 |

*Условные обозначения: N – число матерей, Mean – среднегрупповое значение нервно-психического напряжения, SD – среднеквадратичное отклонение, SE – ошибка средней, P – уровень значимости различий – критерий Манна-Уитни.*

### 3.3. Результаты исследования уровня алекситимии у матерей трех групп

Уровень алекситимии у матерей был изучен с помощью методики «Торонтская алекситимическая шкала». На первом этапе анализа мы проверили влияние фактора группы на уровень алекситимии с использованием критерия Краскела-Уоллеса. Было выявлено, что имеются значимые различия этого показателя в группах (р=0,004). Полностью полученные результаты представлены в приложении В. На следующем этапе анализа было проведено попарное сравнение групп с использованием критерия Манна-Уитни. Результаты попарного сравнения уровня алекситимии у матерей трех групп представлены в таблицах 6, 7 и 8.

Таблица 6. Сравнение уровня алекситимии у матерей 1-й и 2-й групп

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Группа | | | | | | | | |
| Матери детей, больных лейкозом | | | | Матери здоровых детей | | | | P |
| N | Mean | SD | SE | N | Mean | SD | SE |
| Алекситимия. TAS | 20 | 69,70 | 9,60 | 2,15 | 41 | 59,66 | 9,99 | 1,56 | \*\*\*0,001 |

*Условные обозначения: N – число матерей, Mean – среднегрупповое значение, SD – среднеквадратичное отклонение, SE – ошибка средней, P – уровень значимости различий - критерий Манна-Уитни.*

Таблица 7. Сравнение уровня алекситимии у матерей 1-й и 3-й групп

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Группа | | | | | | | | |
| Матери детей, больных лейкозом | | | | Матери детей с диагнозом ДЦП | | | | P |
| N | Mean | SD | SE | N | Mean | SD | SE |
| Алекситимия. TAS | 20 | 69,70 | 9,60 | 2,15 | 20 | 61,15 | 13,66 | 3,06 | \*\*0,027 |

*Условные обозначения: N – число матерей, Mean – среднегрупповое значение, SD – среднеквадратичное отклонение, SE – ошибка средней, P – уровень значимости различий - критерий Манна-Уитни*

Таблица 8. Сравнение уровня алекситимии у матерей 2-й и 3-й групп

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Группа** | | | | | | | | |
| **Матери здоровых детей** | | | | **Матери детей с диагнозом ДЦП** | | | | **P** |
| **N** | **Mean** | **SD** | **SE** | **N** | **Mean** | **SD** | **SE** |
| **Алекситимия. TAS** | 41 | 59,66 | 9,99 | 1,56 | 20 | 61,15 | 13,66 | 3,06 | 0,678 |

*Условные обозначения: N – число матерей, Mean – среднегрупповое значение возраста, SD – среднеквадратичное отклонение, SE – ошибка средней, P – уровень значимости различий - критерий Манна-Уитни.*

Как видно из таблиц 6, 7, 8 среднегрупповое значение уровня алекситимии у матерей детей с лейкозом (69,70±2,15) находится в диапазоне средних значений по методике, что позволяет отнести их к группе риска по этой характеристике. Среднегрупповые показатели уровня алекситимии у матерей здоровых детей и у матерей детей с ДЦП (59,66±1,56 и 61,15±3,06 соответственно) соответствуют диапазону низких значений по методике, позволяет говорить о том, что они относятся к неалекситимическому типу. Максимальные значения этого показателя у некоторых матерей детей с ДЦП достигают диапазона высоких значений по методике, что позволяет отнести их к группе риска. Уровень алекситимии у матерей детей с ОЛЛ значимо выше, чем у матерей здоровых детей и матерей детей с ДЦП (р=0,001 и р=0,027 соответственно). Матери здоровых детей и детей с ДЦП по уровню алекситимии не различаются.

### 3.4. Результаты изучения чувства связности

Чувство связности у матерей было изучено с помощью методики «Чувство связности» Антоновского. При сравнении влияния фактора группы на чувство связности с использованием критерия Краскела-Уоллеса значимых различий между группами выявлено не было. Полученные результаты представлены в приложении В. Можно отметить, что среднегрупповые значения показателя чувства связности в группах лежат в диапазоне средних значений у всех матерей: 139,45±3,59 у матерей 1-й группы, 138,68±2,83 у матерей 2-й группы, 135,80±3,74 у матерей 3-й группы.

Согласно методике средние значения показателя «чувство связности» означают, что стимулы, поступающие из внешних и внутренних источников опыта в процессе жизни, являются достаточно структурированными, предсказуемыми и поддаются толкованию.

### 3.5. Результаты изучения характеристик общего здоровья матерей

Уровень общего здоровья у матерей был изучен с помощью методики «Опросник общего здоровья» Д. Голдберга. На первом этапе анализа мы проверили влияние фактора группы на уровень общего здоровья у матерей с использованием критерия Краскела-Уоллеса. Было выявлено, что имеются значимые различия этого показателя в группах (р=0,016). Полученные результаты представлены в приложении В. На следующем этапе анализа было проведено попарное сравнение групп с использованием критерия Манна-Уитни. Результаты попарного сравнения уровня общего здоровья у матерей трех групп представлены в таблицах 11 и 12.

Таблица 11. Сравнение уровня общего здоровья у матерей 1-й и 2-й групп

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Группа** | | | | | | | | |
| **Матери детей, больных лейкозом** | | | | **Матери здоровых детей** | | | | **P** |
| **N** | **Mean** | **SD** | **SE** | **N** | **Mean** | **SD** | **SE** |
| **Уровень общего здоровья** | 20 | 14,25 | 3,45 | 0,77 | 41 | 11,49 | 4,48 | 0,69 | \*0,013 |

*Условные обозначения: N – число матерей, Mean – среднегрупповое значение уровня общего здоровья, SD – среднеквадратичное отклонение, SE – ошибка средней, P – уровень значимости различий - критерий Манна-Уитни.*

Таблица 12. Сравнение уровня общего здоровья у матерей 2-й и 3-й групп

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Группа** | | | | | | | | |
| **Матери здоровых детей** | | | | **Матери детей с диагнозом ДЦП** | | | | **P** |
| **N** | **Mean** | **SD** | **SE** | **N** | **Mean** | **SD** | **SE** |
| **Уровень общего здоровья** | 41 | 11,49 | 4,48 | 0,69 | 20 | 14,55 | 4,49 | 1,004 | \*0,026 |

*Условные обозначения: N – число матерей, Mean – среднегрупповое значение уровня общего здоровья, SD – среднеквадратичное отклонение, SE – ошибка средней, P – уровень значимости различий - критерий Манна-Уитни.*

Как видно из таблиц 11 и 12 среднегрупповые значения уровня общего здоровья у матерей детей с лейкозом и матерей детей с ДЦП (14,25±0,77 и 14,55±1,004 соответственно) находятся в диапазоне средних значений по методике, что соотносится со средним уровнем психологического благополучия. Среднегрупповые показатели матерей здоровых детей (11,49±0,69) находятся в диапазоне низких значений по методике, что соотносится с более высоким уровнем психологического благополучия. Показатели уровня общего здоровья у матерей детей с ОЛЛ и у матерей детей с ДЦП значимо выше, чем у матерей здоровых детей (р=0,013 и р=0,026 соответственно), что, согласно методике, соответствует более низкому уровню их психологического благополучия. При сравнении матерей детей с ОЛЛ и матерей детей с ДЦП значимых различий по уровню общего здоровья не было выявлено (р˃0,1).

В результате изучения социально-демографических и психологических характеристик эмоционального состояния и психологического благополучия матерей было выявлено, что матери детей с ОЛЛ имеют ниже уровень образования, почти все они приехали из других регионов на лечение в Санкт-Петербург, у них выше уровень алекситимии и показатели нервно-психического напряжения, и хуже показатели общего здоровья (психологического благополучия), в сравнении с матерями двух других групп, а уровень личностной тревожности лежит в диапазоне высоких значений.

### 3.6 Результаты исследования копинг-стратегий у матерей трех групп

Копинг-стратегии матерей изучались с помощью методики «Копинг-механизмы» Хайма. С помощью критерия хи-квадрат (χ2) было проведено сравнение частоты встречаемости ответов, относящихся к непродуктивным, относительно продуктивным и продуктивным когнитивным, эмоциональным и поведенческим стратегиям матерей. Результаты их изучения представлены в таблице 13 и приложении Г.

Таблица 13. Распределение матерей по выбранным копинг стратегиям и уровни значимости различий

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Копинг-стратегии | 1 группа  N (%) | 2 группа  N (%) | 3 группа  N (%) | P |
| Когнитивные копинг-стратегии | | | | |
| Непродуктивные | 4 (20,0) | 9 (22,0) | 5 (25,0) | 0,521 |
| Относительно продуктивные | 9 (45,0) | 10 (24,4) | 5 (25,0) |
| Продуктивные | 7 (35,0) | 22 (53,7) | 10 (50,0) |
| Эмоциональные копинг-стратегии | | | | |
| Непродуктивные | 0 (0) | 10 (24,4) | 6 (30,0) | \*0,049 |
| Относительно продуктивные | 4 (20,0) | 2 (4,9) | 3 (15,0) |
| Продуктивные | 16 (80,0) | 29 (70,7) | 11 (55,0) |
| Поведенческие копинг-стратегии | | | | |
| Непродуктивные | 4 (20,0) | 6 (14,6) | 1 (5,0) | 0,185 |
| Относительно продуктивные | 3 (15,0) | 9 (22,0) | 9 (45,0) |
| Продуктивные | 13 (65,0) | 26 (63,4) | 10 (50,0) |

*Условные обозначения: N – число матерей, р – уровень значимости различий критерий χ2.*

Как видно из таблицы 13 матери выбирают следующие стратегии поведения.

1. *Когнитивные копинг-стратегии*. Непродуктивные когнитивные стратегии выбрали 20% матерей 1-й группы, 22% матерей 2-й группы и 25% матерей 3-й группы. Относительно продуктивные когнитивные стратегии выбрали 45% матерей детей с ОЛЛ, 24,4% матерей здоровых детей и 25% матерей детей с ДЦП. Продуктивные стратегии используют 35% матерей 1-й группы, 53,7% матерей 2-й группы и 50% матерей 3-й группы.

Матери детей с ОЛЛ чаще выбирают относительно продуктивные когнитивные копинг-стратегии в сравнении с непродуктивными и продуктивными. Тогда как матери здоровых детей и матери детей с ДЦП чаще используют продуктивные когнитивные копинг-стратегии, а непродуктивные и относительно продуктивные копинг-стратегии используют реже. Однако различий между матерями по частоте выбора когнитивных копинг-стратегий не обнаружено (р=0,521).

Выбор продуктивных когнитивных копинг-стратегий означает, что матери сохраняют самообладание («Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния»); анализируют проблему («Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось»); утверждаются в собственной ценности («В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными»). Выбор относительно продуктивных когнитивных копинг-стратегий, означает, что матери выбирают форму поведения, направленного на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, веру в Бога и стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами («Если что-то случилось, то так угодно Богу», «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам»).

1. *Эмоциональные копинг-стратегии*. Непродуктивные эмоциональные стратегии матери 1-й группы не выбирали, их выбрали 24,4% матерей 2-й группы и 30% матерей 3-й группы. Относительно продуктивные эмоциональные копинг-стратегии выбирали 20% матерей детей с ОЛЛ, 4,9% матерей условно здоровых детей и 15% матерей детей с ДЦП. Продуктивные эмоциональные копинг-стратегии выбирали 80% матерей 1-й группы, 70,7% матерей 2-й группы и 55% матерей детей 3-й группы. Выявлены значимые различия в частоте встречаемости эмоциональных копинг-стратегий в группах матерей (р=0,049).

При попарном сравнении выбора эмоциональных стратегий матерей трех групп выявлено, что различаются между собой выборы эмоциональных стратегий у матерей первой и второй группы (р=0,016), а также у матерей первой и третьей группы (р=0,008). Различий в выборе эмоциональных стратегий у матерей второй и третьей группы выявлено не было.

Выбор продуктивных эмоциональных копинг-стратегий означает, что матери сохраняют оптимизм («Я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации»).

1. *Поведенческие копинг-стратегии*. Непродуктивные поведенческие копинг-стратегии выбирали 20% матерей детей с ОЛЛ, 14,6% матерей здоровых детей, 5% матерей детей с ДЦП. Относительно продуктивные поведенческие копинг-стратегии выбирали 15% матерей 1-й группы, 22% матерей 2-й группы и 45%матерей 3-й группы. Продуктивные поведенческие копинг-стратегии выбирали 65% матерей детей с ОЛЛ, 63,4% матерей здоровых детей и 50% матерей детей с ДЦП. Различий между матерями по частоте выбора поведенческих копинг-стратегий не обнаружено (р=0,185).

Выбор продуктивных поведенческих копинг-стратегий означает, что матери используют сотрудничество («Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей»), обращение («Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом») и альтруизм («Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях») и «обращение» («Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом»).

### 3.7. Результаты изучения характеристик стилей воспитания

Характеристики стилей воспитания, которые используют матери, изучались с помощью методики «Анализ семейных взаимоотношений» Э. Эйдемиллера и В. Юстицкиса. Сначала мы проверили влияние фактора группы на частоту встречаемости характеристик стилей воспитания с помощью критерия Краскела-Уоллиса. Было выявлено, что имеется значимое влияние фактора группы на частоту встречаемости 9 характеристик стилей воспитания и тенденция к значимости 4 характеристик. Эти результаты представлены в таблице 14. На следующем этапе анализа было проведено попарное сравнение характеристик стилей воспитания между матерями трех групп с помощью критерия Манна-Уитни, результаты этого сравнения представлены в приложении Д.

Таблица 14. Среднегрупповые значения показателей стилей воспитания у матерей и уровни значимости различий

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стили воспитания | 1 группа (20) | | | 2 группа (41) | | | 3 группа (20) | | | р |
| Mean | SD | SE | Mean | SD | SE | Mean | SD | SE |
| Гиперпротекция (Г+) | 6,20 | 2,63 | 0,58 | 2,02 | 1,81 | 0,28 | 6,25 | 2,63 | 0,59 | \*\*\*0,000 |
| Гипопротекция (Г-) | 2,25 | 1,62 | 0,36 | 3,90 | 2,20 | 0,34 | 2,75 | 1,25 | 0,28 | \*\*0,004 |
| Игнорирование потребностей ребенка (У-) | 0,60 | 0,60 | 0,13 | 0,56 | 0,67 | 0,11 | 1,40 | 0,82 | 0,18 | \*\*\*0,000 |
| Чрезмерность требований-запретов (З+) | 1,75 | 1,29 | 0,29 | 0,61 | 0,89 | 0,14 | 1,65 | 1,35 | 0,30 | \*\*\*0,000 |
| Недостаточность требований и запретов (З-) | 2,55 | 1,05 | 0,24 | 2,83 | 1,05 | 0,16 | 1,75 | 0,91 | 0,20 | \*\*0,003 |
| Минимальность санкций (С-) | 4,10 | 1,02 | 0,23 | 3,12 | 1,33 | 0,21 | 3,40 | 1,54 | 0,34 | \*0,028 |
| Неустойчивость стиля воспитания (Н) | 1,30 | 1,22 | 0,27 | 1,56 | 1,36 | 0,21 | 2,30 | 1,42 | 0,32 | 0,063+ |
| Предпочтение детских качеств (ПДК) | 1,15 | 1,23 | 0,27 | 0,93 | 1,10 | 0,17 | 1,65 | 1,23 | 0,27 | 0,070+ |
| Фобия утраты (ФУ) | 4,65 | 1,93 | 0,43 | 1,34 | 1,59 | 0,25 | 4,90 | 2,27 | 0,51 | \*\*\*0,000 |
| Неразвитость родительских чувств (НРЧ) | 1,75 | 1,62 | 0,36 | 2,00 | 1,36 | 0,21 | 3,05 | 1,85 | 0,41 | \*0,038 |
| Проекция на ребенка собственных нежелаемых качеств (ПНК) | 1,35 | 1,49 | 0,34 | 1,56 | 1,18 | 0,19 | 2,15 | 1,04 | 0,23 | 0,079+ |
| Вынесение конфликта в сферу воспитания (ВК) | 0,30 | 0,73 | 0,16 | 0,59 | 0,92 | 0,14 | 1,20 | 1,44 | 0,32 | 0,061+ |
| Предпочтение мужских качеств (ПМК) | 0,85 | 0,81 | 0,18 | 0,27 | 0,50 | 0,08 | 0,65 | 0,99 | 0,22 | \*0,015 |

*Условные обозначения: Mean – среднегрупповое значение уровня, SD – среднеквадратичное отклонение, SE – ошибка средней, P – уровень значимости различий – критерий Краскел-Уоллис*

Анализируя данные таблицы 14 и приложение Д, можно говорить о следующем значении полученных средних показателей характеристик стилей воспитания у матерей трех групп.

1. *Гиперпротекция (Г+)*. Средние значения баллов по данной шкале не превышают допустимый уровень (7 баллов): 6,2±0,58 у матерей детей с ОЛЛ, 6,25±0,59 матерей с ДЦП, 2,02±0,28 у матерей здоровых детей. Однако, во всех трех группах есть матери, использующие стиль воспитания «гиперпротекция», у них максимальные значения данного показателя от 7 до 10 баллов (см. приложение Д). Имеется значимое влияние фактора группы на показатель гипопротекции (р˂0,001). При попарном сравнении групп было выявлено, что у матерей первой и третьей группы уровень показателя гиперпротекции статистически значимо выше, чем у матерей второй группы (р˂0,001).
2. *Гипопротекция* *(Г-)*. Средние значения баллов по шкале гипопротекция не превышают допустимый уровень значения по методике во всех трех группах (8 баллов): 2,25±0,36 у матерей 1-й группы, 3,90±0,34 у матерей 2 группы и 2,75±0,28 у матерей 3-й группы. Имеется значимое влияние фактора группы на показатель гипопротекции (p=0,004). При попарном сравнении показателя гипопротекции выявлено, что у матерей детей с лейкозом он ниже на статистически значимом уровне, чем у матерей здоровых детей (р=0,004) и с тенденцией к значимости у матерей детей с ДЦП (p=0,063); также этот показатель значимо ниже у матерей детей с ДЦП, чем у матерей здоровых детей (р=0,034).
3. *Игнорирование потребностей ребенка (У-)*. Средние значения баллов по шкале (У-) не превышают допустимый уровень значения по методике во всех трех группах (4 балла): 0,60±0,13 в первой группе, 0,56±0,11 во второй группе, 1,40±0,18 в третьей группе. Имеется значимое влияние фактора группы на показатель игнорирование потребности (р˂0,001). При попарном сравнении выявлено, что уровень игнорирования потребностей у матерей детей с ДЦП значимо выше, чем у матерей детей с лейкозом (р=0,002) и у матерей здоровых детей (р<0,001).
4. *Чрезмерность требований-запретов* *(З+)*. Средние значения баллов по шкале (З+) не превышают допустимый уровень значения по методике во всех трех группах (4 балла): 1,75±0,29 в первой группе, 0,61±0,14 во второй группе, 1,65±0,30 в третьей группе. Имеется значимое влияние фактора группы на показатель чрезмерность требований-запретов (р˂0,001). При попарном сравнении групп было выявлено, что у матерей здоровых детей уровень требований-запретов значимо ниже, чем у матерей детей с лейкозом (р=0,001) и у матерей детей с ДЦП (р=0,001).
5. *Недостаточность требований-запретов (З-)*. Можно отметить, что во всех трех группах средние значения баллов по шкале (З-) не превышают допустимый уровень (3 балла): 2,55±0,23 в первой группе, 2,83±0,16 во второй группе и 1,75±0,20 в третьей группе. Имеется значимое влияние фактора группы на показатель недостаточность требований-запретов (p=0,003). При попарном сравнении групп было выявлено, что показатель недостаточность требований-запретов у матерей детей с ДЦП значимо ниже, чем у матерей здоровых детей (р=0,001) и у матерей детей с лейкозом (р=0,023).
6. *Минимальность санкций (С-).* В группе матерей детей с ОЛЛ среднее значение баллов 4,10±0,23по данной шкале превышает допустимый уровень значения по методике (4 балла). Средние значения баллов по шкале С- у матерей второй (3,12±0,21) и третьей группы (3,40±0,34) не превышают допустимого уровня по методике. Имеется значимое влияние фактора группы на показатель минимальность санкций (p=0,028). При попарном сравнении групп было выявлено, что у матерей детей с лейкозом выше показатель минимальность санкций на статистически значимом уровне, чем у матерей здоровых детей (р=0,006). При попарном сравнении групп матерей детей с ДЦП и матерей детей с ОЛЛ и матерей здоровых детей по показателю минимальность санкций значимых различий между группами не выявлено.
7. *Неустойчивость стиля воспитания (Н).* Средние значения баллов по шкале Н не превышают допустимый по методике уровень значения (5 баллов) во всех трех группах: 1,30±0,27 у матерей 1-й группы, 1,56±0,21 у матерей 2 группы и 2,30±0,32 у матерей 3-й группы. Имеется влияние фактора группы на показатель неустойчивость стиля воспитанияна уровне тенденции (p=0,063). При попарном сравнении групп было выявлено, что у матерей третьей группы уровень показателя Н статистически значимо выше, чем у матерей первой группы (p=0,028) и выше, чем у матерей второй группы на уровне тенденции (р=0,054).
8. *Предпочтение детских качеств (ПДК)*. Средние значения баллов по шкале предпочтение детских качествне превышают допустимый по методике уровень значения (4 балла) во всех трех группах: 1,15±0,27 у матерей 1-й группы, 0,93±0,17 у матерей 2 группы и 1,65±0,27 у матерей 3-й группы. Имеется влияние фактора группы на показатель предпочтение детских качеств на уровне тенденции (p=0,070). При попарном сравнении групп было выявлено, что у матерей третьей группы уровень показателя предпочтение детских качеств статистически значимо выше, чем у матерей второй группы (р=0,021). У матерей 1-й и 3-й групп по показателю предпочтение детских качеств статистически значимых различий не было выявлено.
9. *Фобия утраты (ФУ).* Средние значения баллов по шкале фобия утраты во всех трех группах не превышают допустимого уровня по методике (6 баллов): 4,65±0,43 у матерей 1-й группы, 1,34±0,25 у матерей 2-й группы, 4,90±0,51 у 3-й группы. Имеется значимое влияние фактора группы на показатель фобия утраты (р˂0,001). При попарном сравнении выявлено, что уровень фобии утраты у матерей здоровых детей значимо ниже, чем у матерей детей с ДЦП (р˂0,001) и у матерей детей с лейкозом (р˂0,001). Статистически значимых различий по уровню фобии утраты между матерями детей с лейкозом и матерями детей с ДЦП не выявлено.
10. *Неразвитость родительских чувств (НРЧ)*. Средние значения баллов по шкале НРЧ во всех трех группах не превышают допустимого уровня по методике (7 баллов): 1,75±0,36 у матерей 1-й группы, 2,00±0,21 у матерей 2-й группы, 3,05±0,41 у матерей 3-й группы. Имеется значимое влияние фактора группы на показатель неразвитость родительских чувств(p=0,038). При попарном сравнении выявлено, что уровень неразвитости родительских чувству матерей детей с ДЦП значимо выше, чем у матерей здоровых детей (р=0,029) и матерей детей с лейкозом (р=0,026).
11. *Проекция на ребенка собственных нежелаемых качеств (ПНК)*. Средние значения баллов по шкале ПНК не превышают допустимый по методике уровень (4 балла): 1,35±0,34 у матерей 1-й группы, 1,56±0,19 у матерей 2-й группы, 2,15±0,23 у матерей 3-й группы. Имеется влияние фактора группы на показатель проекция на ребенка собственных нежелаемых качествна уровне тенденции (p=0,079). При попарном сравнении выявлено, что уровень проекции на ребенка собственных нежелаемых качеству матерей детей с ДЦП значимо выше, чем у матерей детей с лейкозом (р=0,050) и выше, чем у матерей здоровых детей на уровне тенденции (р=0,058).
12. *Вынесение конфликта в сферу воспитания (ВК)*. Средние значения баллов по шкале ВК не превышают допустимый по методике уровень (4 балла): 0,30±0,16 у матерей 1-й группы, 0,59±0,14 у матерей 2-й группы, 1,20±0,32 у матерей 3-й группы. Имеется влияние фактора группы на показатель вынесение конфликта в сферу воспитанияна уровне тенденции (p=0,061). При попарном сравнении выявлено, что уровень ВКу матерей детей с ДЦП значимо выше, чем у матерей детей с лейкозом (р=0,026) и нет значимых различий с матерями здоровых детей .
13. *Предпочтение мужских качеств (ПМК)*. Средние значения баллов по шкале ПМК не превышают допустимый по методике уровень   
    (4 балла): 0,85±0,18 у матерей 1-й группы, 0,27±0,08 у матерей 2-й группы, 0,65±0,22 у 3-й группы. Имеется значимое влияние фактора группы на показатель предпочтение мужских качеств(p=0,015). При попарном сравнении выявлено, что уровень предпочтения мужских качеству матерей здоровых детей значимо ниже, чем у матерей детей с лейкозом (р=0,003) и нет значимых различий с матерями детей с ДЦП.

Анализ стилей воспитания у матерей трех групп показал следующее.

1. При сравнении характеристик воспитания, которые используют матери детей с ОЛЛ в сравнении с матерями здоровых детей, было выявлено, что матери детей с ОЛЛ значимо чаще используют гиперпротекцию (р˂0,001), чрезмерность запретов (р=0,001), отсутствие санкций (р=0,006), фобию утраты (р˂0,001), предпочтение мужских качеств (р=0,003) и реже гипопротекцию (р=0,004), чем матери здоровых детей.
2. При сравнении характеристик воспитания, которые используют матери детей с ОЛЛ в сравнении с матерями детей с ДЦП, было выявлено, что матери детей с ОЛЛ значимо чаще используют недостаточность требований запретов (р=0,023). Матери детей с ДЦП значимо чаще используют игнорирование потребностей ребенка (p=0,002), неустойчивость стиля воспитания (р=0,028), неразвитость родительских чувств (р=0,026), проекцию на ребенка (подростка) собственных нежелаемых качеств (р=0,050), вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (р=0,026).
3. При сравнении характеристик воспитания, которые используют матери детей с ДЦП в сравнении с матерями здоровых детей, было выявлено, что матери детей с ДЦП значимо чаще используют гиперпротекцию (р˂0,001), игнорирование потребностей ребенка (р˂0,001), чрезмерность запретов (р=0,001), неустойчивость стиля воспитания (р=0,054) на уровне тенденции, предпочтение детских качеств (р=0,021), фобию утраты (р˂0,001), неразвитость родительских чувств (р=0,029), проекцию на ребенка (подростка) собственных нежелаемых качеств (р=0,058) на уровне тенденции и реже – гипопротекцию (р=0,034) и недостаточность требований запретов (р=0,001).

### 3.8. Результаты изучения взаимосвязей изучаемых показателей (корреляционный анализ)

Взаимосвязи изучаемых характеристик были изучены с помощью корреляционного анализа с использованием критериев Пирсона и Спирмена для каждой группы матерей. При изучении взаимосвязей мы руководствовались задачами исследования, а именно, нас интересуют взаимосвязи характеристик, описывающих уровень переживания матерью стресса и психологические особенности матери такие, как уровень алекситимии, личностная тревожность, чувство связности, общее здоровье. В соответствии с этой задачей и строился корреляционный анализ.

### *3.8.1. Корреляционный анализ характеристик матерей детей с лейкозом*

1. *Корреляционные связи шкалы нервно-психического напряжения со шкалами других методик.*

Корреляционный анализ шкалы нервно-психического напряжения выявил следующие взаимосвязи.

1. Уровень нервно-психического напряжения положительно коррелирует с такими стилями воспитания как гиперпротекция (r=0,764, р˂0,001), фобия утраты (r=0,728, р˂0,001), имеется также тенденция к значимости взаимосвязи со степенью удовлетворения потребностей ребенка (потворствования) (r=0,431, р=0,058). Можно говорить о том, что чем выше у матери нервно-психическое напряжение, тем в большей степени мама использует гиперпротекцию и потворствование при воспитании ребенка и более у нее выражена фобия утраты.
2. Уровень нервно-психического напряжения положительно коррелирует с уровнем алекситимии (r=0,452, р=0,045), т.е., чем выше нервно-психическое напряжение у мамы, тем выше у нее проявления алекситимии.
3. Уровень нервно-психического напряжения положительно коррелирует с личностной тревожностью (r=0,458, р=0,042), матери у которых выше личностная тревожность испытывают более выраженное нервно-психическое напряжение, и наоборот, можно говорить о том, что матери, у которых ниже личностная тревожность как устойчивая характеристика личности, будут испытывать меньшее нервно-психическое напряжение в ситуации заболевания ребенка.
4. Выявлена также положительная корреляционная взаимосвязь показателя общего здоровья и нервно-психического напряжения на уровне тенденции к значимости (r=0,433, р=0,057), это может говорить о том, что при высоком нервно-психическом напряжении у матерей выше психологическое неблагополучие и психический дискомфорт, т.е. они эмоционально неустойчивы, у них преобладают отрицательные эмоции, психологическая нестабильность, неудовлетворенность своим физическим здоровьем.
5. *Корреляционные связи социально-демографических показателей со шкалами других методик.*
6. С помощью корреляции Спирмена было выявлено, что *возраст матери* значимо положительно коррелирует с гиперпротекцией (Г+) (r=0,496, р=0,026) и проекцией на ребенка (подростка) собственных нежелательных качеств (ПНК) (r=0,461, р=0,041) и отрицательно коррелирует с неустойчивостью стиля воспитания (Н) (r=-0,517, р=0,020). Таким образом, можно сказать, что матери старшего возраста чаще используют стили воспитания Г+ и ПНК, и реже Н в сравнении с более молодыми матерями. Чем меньше возраст матери, тем более неустойчивым является ее стиль воспитания.
7. Выявлено, что *уровень образования* положительно коррелирует с уровнем алекситимии (r=0,669, р=0,001) у матерей детей с ОЛЛ. Положительные корреляции означают более высокие баллы по шкалам при более низком уровне образования. Это означает, что, чем выше уровень образования у женщины, тем менее выражены у нее алекситимические черты.
8. *Уровень дохода семьи* положительно коррелирует со стилем воспитания - недостаточность требований-обязанностей (Т-) (r=0,547, р=0,013). Чем выше уровень дохода семьи, тем меньше требований-обязанностей предъявляется ребенку.
9. Показатель *место жительства* положительно коррелирует с минимальностью санкций (С-) (r=0,555, р=0,011). Матери из регионов (не из Санкт-Петербурга и ЛО) чаще используют стиль воспитания недостаточность санкций (С-).
10. *Возраст ребенка* положительно коррелирует со степенью удовлетворения потребностей ребенка или потворствованием (У+) (r=0,570, р=0,009), а также с недостаточностью требований-запретов к ребенку (З-) (r=0,612, р=0,004), с использованием продуктивных когнитивных копинг-стратегий (r=0,479, р=0,033) и отрицательно коррелирует со шкалой предпочтения женских качеств (r=-0,544, р=0,013). Чем старше ребенок, тем чаще матери используют стили воспитания потворствование и недостаточность требований-запретов, продуктивные когнитивные копинг-стратегии и реже предпочитают женские качества в ребенке.
11. *Пол ребенка* положительно коррелирует с гиперпротекцией (Г+) (r=0,530, р=0,016) и фобией утраты (ФУ) (r=0,546, р=0,013). Положительные корреляции с показателем пол ребенка означают более высокие баллы по шкалам у девочек. Можно сказать, что матери детей с ОЛЛ чаще проявляют Г+ и ФУ по отношению к девочкам.
12. Показатель *количество братьев и сестер* положительно коррелирует с личностной тревожностью (r=0,517, р=0,020) и отрицательно коррелирует со степенью удовлетворения потребностей ребенка или потворствованием (У+) (r=-0,550, р=0,012). Чем больше количество братьев и сестер, тем выше уровень личностной тревожности и меньше потворствования у матерей.
13. Длительность заболевания (время от постановки диагноза до обследования в месяцах) отрицательно коррелирует с неустойчивостью стиля воспитания (Н) (r=-0,482, р=0,031). Чем больше длительность заболевания ребенка, тем меньше неустойчивость стиля воспитания у матери.

### *3.8.2 Корреляционный анализ характеристик матерей здоровых детей*

1. *Корреляционные связи шкалы нервно-психического напряжения со шкалами других методик.*

Корреляционный анализ шкалы нервно-психического напряжения выявил следующие взаимосвязи.

1. Уровень нервно-психического напряжения положительно коррелирует с такими стилями воспитания, как чрезмерность санкций (r=0,310, р=0,049), имеется также тенденция к значимости взаимосвязи с нарушенным стилем воспитания расширение сферы родительских чувств (r=0,268, р=0,090+). Можно говорить о том, что чем выше у матери нервно-психическое напряжение, тем в большей степени мама использует чрезмерность санкций и расширение сферы родительских чувств при воспитании ребенка.
2. Уровень нервно-психического напряжения положительно коррелирует с личностной тревожностью (r=0,437, р=0,004). Матери, у которых выше личностная тревожность испытывают более выраженное нервно-психическое напряжение, и наоборот, можно говорить о том, что матери, у которых ниже личностная тревожность, как устойчивая характеристика личности, будут испытывать меньшее нервно-психическое напряжение в ситуации заболевания ребенка.
3. Уровень нервно-психического напряжения отрицательно коррелирует с уровнем чувства связности (r=-0,446, р=0,003). Можем говорить, что чем выше уровень нервно-психического напряжения у матери, тем ниже чувство связности. И наоборот - чем ниже уровень нервно-психического напряжения, тем выше чувство связности матери.
4. Уровень нервно-психического напряжения положительно коррелирует с показателями уровня общего здоровья (r=0,470, р=0,002). Это может говорить о том, что при высоком нервно-психическом напряжении у матерей выше психологическое неблагополучие и психический дискомфорт, т.е. они эмоционально неустойчивы, у них преобладают отрицательные эмоции, психологическая нестабильность, неудовлетворенность своим физическим здоровьем. И наоборот, чем ниже уровень нервно-психического напряжения, тем выше уровень психологического благополучия и удовлетворенность своим физическим здоровьем.
5. *Корреляционные связи социально-демографических показателей со шкалами других методик.*
6. С помощью корреляции Пирсона, а затем Спирмена было выявлено, что возраст матери значимо положительно коррелирует с уровнем алекситимии (r=0,329, р=0,036) и уровнем нервно-психического напряжения (r=0,350, р=0,025), а также отрицательно коррелирует со стилем воспитания чрезмерность требований-обязанностей (Т+) (r=-0,367, р=0,018) и продуктивными эмоциональными копинг-стратегиями (r=-0,405, р=0,009). Это означает, что чем старше мама, тем выше у нее уровень алекситимии и нервно-психическое напряжение, и тем реже она предъявляет чрезмерность требований-обязанностей (Т+) и использует продуктивные эмоциональные копинг-стратегии.
7. *Уровень образования* положительно коррелирует со стилем воспитания предпочтение женских качеств (ПЖК) (r=0,341, р=0,029). Более образованные матери чаще применяют стиль воспитания ПЖК.
8. *Семейное положение* отрицательно коррелирует с неустойчивостью стиля воспитания (Н) (r=-0,385, р=0,013), предпочтением мужских качеств (ПМК) (r=-0,420, р=0,006) и продуктивными эмоциональными копинг-стратегиями (r=-0,352, р=0,024). Положительные корреляции здесь означают более высокие баллы у незамужних. Незамужние матери чаще используют дисгармоничные стили воспитания Н и ПМК, и в то же время чаще используют продуктивные эмоциональные копинг-стратегии.
9. *Уровень дохода семьи* положительно коррелирует с уровнем чувства связности (r=0,417, р=0,007) и отрицательно - с фобией утраты (ФУ) (r=-0,317, р=0,044) и предпочтением женских качеств (ПЖК) (r=-0,400, р=0,010). Можно сказать, что чем выше уровень дохода семьи, тем выше уровень чувства связности у матери, тем реже она проявляет фобию утраты и предпочитает женские качества в ребенке.
10. *Место жительства* отрицательно коррелирует со стилем воспитания предпочтение женских качеств (ПЖК) (r=-0,397, р=0,010). Положительные корреляции означают более высокие баллы у матерей из регионов. Можно сказать, что матери из Санкт-Петербурга и ЛО чаще используют стиль предпочтение женских качеств (ПЖК) ребенка.
11. *Возраст ребенка* положительно коррелирует со стилем недостаточность требований-запретов к ребенку (З-) (r=0,400, р=0,010) и с уровнем нервно-психического напряжения (r=0,405, р=0,009). Чем старше ребенок, тем чаще матери используют недостаточность требований-запретов к нему и тем выше уровень их нервно-психического напряжения.
12. *Пол ребенка* отрицательно коррелирует с воспитательной неуверенностью родителя (ВН) и уровнем общего здоровья (r=-0,325, P=0,038 и r=-0,346, P=0,027). Положительные корреляции означают более высокие баллы по шкалам у девочек. У матерей мальчиков выше воспитательная неуверенность (ВН) и хуже общее здоровье.
13. *Количество братьев и сестер* положительно коррелирует с такими стилями воспитания, как гипопротекция (Г-) (r=0,328, р=0,036), чрезмерность требований-обязанностей (Т+) (r=0,486, р=0,001) и недостаточность требований-запретов к ребенку (З-) (r=0,334, р=0,033), а также отрицательно коррелирует с недостаточностью требований-обязанностей ребенка (Т-) (r=-0,366, р=0,019). Чем больше братьев и сестер, тем чаще матери используют: Г-, Т+, З- и реже Т-.

### *3.8.3 Корреляционный анализ характеристик матерей детей с ДЦП*

1. *Корреляционные связи шкалы нервно-психического напряжения со шкалами других методик.*

Корреляционный анализ шкалы нервно-психического напряжения выявил следующие взаимосвязи.

1. Уровень нервно-психического напряжения положительно коррелирует с таким стилем воспитания как воспитательная неуверенность родителя (r=0,655, р=0,002), имеется также тенденция к значимости взаимосвязи с недостаточностью требований-обязанностей (r=0,408, р=0,074+). Можно говорить о том, что чем выше у матери нервно-психическое напряжение, тем в большей степени мама проявляет воспитательную неуверенность родителя и тем больше выражена недостаточность требований-обязанностей.
2. Уровень нервно-психического напряжения положительно коррелирует с личностной тревожностью (r=0,492, р=0,028). Матери, у которых выше личностная тревожность испытывают более выраженное нервно-психическое напряжение, и наоборот, можно говорить о том, что матери, у которых ниже личностная тревожность, как устойчивая характеристика личности, будут испытывать меньшее нервно-психическое напряжение в ситуации заболевания ребенка.
3. Уровень нервно-психического напряжения положительно коррелирует с показателями уровня общего здоровья (r=0,570, р=0,009). Это может говорить о том, что при высоком нервно-психическом напряжении у матерей выше психологическое неблагополучие и психический дискомфорт, т.е. они эмоционально неустойчивы, у них преобладают отрицательные эмоции, психологическая нестабильность, неудовлетворенность своим физическим здоровьем. И наоборот, чем ниже уровень нервно-психического напряжения, тем выше уровень психологического благополучия и удовлетворенность своим физическим здоровьем.
4. *Корреляционные связи социально-демографических показателей со шкалами других методик.*
5. С помощью корреляции Пирсона, а затем Спирмена было выявлено, что уровень образования матери значимо положительно коррелирует со степенью удовлетворенности потребностей ребенка или потворствованием (У+) (r=0,565, р=0,009). Можно сказать, что чем выше уровень образования матерей детей с ДЦП, тем чаще они используют стиль воспитания потворствование.
6. Уровень дохода семьи отрицательно коррелирует с такими стилями воспитания, как чрезмерность санкций (С+) (r=-0,529, р=0,016), воспитательная неуверенность родителя (ВН) (r=-0,527, р=0,017) и фобией утраты ребенка (ФУ) (r=-0,464, р=0,039). Чем выше уровень дохода семьи, тем реже используются чрезмерность санкций, меньше воспитательная неуверенность родителя и фобия утраты ребенка.
7. Возраст ребенка значимо положительно коррелирует с предпочтением женских качеств (ПЖК) (r=0,534, р=0,015), предпочтением мужских качеств (ПМК) (r=0,512, р=0,021), с продуктивными эмоциональным копинг-стратегиями (r=0,473, р=0,035), отрицательно коррелирует с личностной тревожностью (r=-0,545, р=0,013) и уровнем общего здоровья (r=-0,482, р=0,031). Чем выше возраст ребенка, тем чаще матери используют продуктивные эмоциональные копинг-стратегии, тем ниже личностная тревожность и ниже показатели общего здоровья, значит лучше психологическое благополучие.
8. *Пол ребенка* отрицательно коррелирует с предпочтением в подростке детских качеств (ПДК) (r=-0,545, р=0,013). Мамы мальчиков чаще предпочитают в них детские качества.
9. *Количество братьев и сестер* отрицательно коррелирует со стилями воспитания - гиперпротекция (Г+) (r=-0,557, р=0,011), степень удовлетворения потребностей ребенка или потвортвование (У+) (r=-0,565, р=0,009), предпочтение в подростке детских качеств (ПДК) (r=-0,654, р=0,002), фобия утраты (ФУ) (r=-0,477, р=0,033). Чем больше братьев и сестер, тем реже матери используют Г+, У+, ПДК и тем реже проявляется ФУ.

### 3.9. Обсуждение результатов

Представленная магистерская диссертация была посвящена изучению психологических особенностей матерей подростков, находящихся в клинике по поводу лечения острого лимфобластного лейкоза. Для выполнения поставленной цели были выбраны две группы сравнения: матери детей с детским церебральным параличом и матери практически здоровых подростков. Мы предполагали, что:

1. Матери подростков с острым лимфобластным лейкозом отличаются от матерей подростков с детским церебральным параличом и матерей здоровых сверстников по показателям уровня личностной тревожности, нервно-психического напряжения и уровня алекситимии, по общему показателю здоровья, по чувству связности, а также по используемым копинг-стратегиям и стилям воспитания.

2. Уровень нервно-психического напряжения матерей детей с лейкозом взаимосвязан с уровнем личностной тревожности, алекситимии, общим состоянием здоровья, чувством связности, преобладающими копинг-стратегиями и стилем воспитания.

В результате проведенного исследования были получены следующие результаты. Матери детей с лейкозом в большинстве своем приехали на лечение в Санкт-Петербург из других регионов России, они реже имеют высшее образование и значимо чаще у них имеется только среднее образование. По остальным социально-демографическим характеристикам: возрасту, семейному положению, уровню дохода семьи, количеству детей в семье они не отличаются от матерей контрольных групп.

При изучении уровня нервно-психического напряжения были выявлены значимые различия между матерями детей с лейкозом и матерями здоровых детей, различий между матерями других групп не было. Среднегрупповые значения уровня нервно-психического напряжения у матерей детей с ОЛЛ и матерей детей с ДЦП лежат в пределах умеренного или интенсивного, а у матерей здоровых детей – в пределах слабого нервно-психического напряжения. Максимальные значения этого показателя достигают у некоторых матерей первой и второй группы экстенсивного уровня напряжения. При сравнении уровня нервно-психического напряжения матерей трех групп было установлено, что имеются значимые различия между матерями детей с ОЛЛ и матерями здоровых детей. Размышляя над этими результатами можно думать о том, что во-первых, показатели не выходят за границы уровня «нормального» нервно-психического напряжения; и во-вторых, что матери детей ДЦП, которые уже имеют большую длительность заболевания, не находятся в состоянии острого переживания, т.е. они в определенной степени адаптировались к ситуации заболевания ребенка, которое началось практически с его рождения. Об этом пишут Д.Г. Пирогов, Т.В. Маликова, В.А. Аверин, Т.В. Иванова в своем исследовании психологических защит и копингов родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом [25]. Например, эти авторы говорят о том, что у родителей более старших детей с ДЦП отмечается некоторый рост показателей адаптационного потенциала, который в целом остается на удовлетворительном уровне.

При изучении личностной тревожности матерей было выявлено, что среднегрупповые значения уровня личностной тревожности матерей детей с ОЛЛ и матерей детей с ДЦП соответствуют высокому уровню этого показателя, а значения уровня личностной тревожности матерей здоровых детей соответствуют среднему уровню. Однако значимых различий по уровню личностной тревожности между матерями обнаружено не было. Анализируя эти результаты можно думать о том, что при заболевании ребенка, что является ситуацией повышенного стресса для родителей/матери, уровень тревожности, как правило, повышается. Как пишут многие авторы можно предположить, что в ситуации длительного заболевания тревожность становится устойчивым личностным качеством человека [11] [29]. Жизненный опыт человека, имеющий частоту и интенсивность испытываемых состояний тревоги, непосредственно влияет на формирование тревожности как черты личности.

При изучении уровня алекситимии у матерей было обнаружено, что уровень алекситимии у матерей детей с лейкозом находится в диапазоне средних значений по методике и достоверно выше, чем у матерей двух контрольных групп. Это позволяет говорить о том, что матери детей с ОЛЛ находятся в группе риска по этой характеристике. Показатели уровня алекситимии у матерей здоровых детей и у матерей детей с ДЦП соответствуют диапазону низких значений, что позволяет отнести их к неалекситимическому типу. Обдумывая полученные результаты, можно говорить о том, что, во-первых, почему-то матери детей с лейкозом исходно имели такую личностную черту, как трудность в осознании и выражении своих эмоций. С другой стороны, мы склонны думать, что стрессовая ситуация угрожающего жизни ребенка заболевания привела к тому, что включились механизмы психологической защиты, в результате чего матери блокируют осознание и выражение непереносимых для них эмоциональных переживаний. Эти наши данные и размышления согласуются с выводами других авторов (Былкина Н.Д., 1995 г., Петрова Н. Н., Леонидова Л. Л. 2008 г.) [6] [32], работы которых мы обсуждали в литературном обзоре.

Результаты изучения чувства связности не выявили значимых различий между группами по этому показателю. Можно отметить, что значения показателя чувства связности в группах лежат в диапазоне средних значений у всех матерей. Согласно методике средние значения показателя «чувство связности» означают, что стимулы, поступающие из внешних и внутренних источников опыта в процессе жизни, являются достаточно структурированными, предсказуемыми и поддаются толкованию. Наши результаты об уровне чувства связности согласуются с данными авторов Осина Е.Н., Gudmundsdottir E., Schirren M., Boman K. [24] [45]

При изучении уровня *общего здоровья* у матерей было выявлено, что имеются значимые различия этого показателя в группах, а именно: показатели уровня общего здоровья у матерей детей с ОЛЛ и у матерей детей с ДЦП значимо выше, чем у матерей здоровых детей, что соответствует более низкому уровню их психологического благополучия. При сравнении матерей детей с ОЛЛ и матерей детей с ДЦП значимых различий по уровню общего здоровья не было выявлено. Можно говорить о том, что матери больных детей испытывают постоянное напряжение, страдают от нарушения сна, имеют трудности с вниманием, ощущают беспомощность, потерю уверенности в себе и находятся в подавленном состоянии.

При исследовании *копинг-статегий* матерей было выявлено, что матери детей с ОЛЛ чаще используют продуктивные и относительно продуктивные эмоциональные копинг-стратегии, чем матери обеих контрольных групп. Выбор таких эмоциональных копинг-стратегий означает, что матери выбирают стратегию «оптимизм» («Я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации»), «пассивная кооперация» («Я доверяю преодоление своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»). Важно подчеркнуть, что матери детей больных лейкозом в отличие от матерей двух других групп совсем не выбирали непродуктивные эмоциональные копинги, такие как: «подавление эмоций» («Я подавляю эмоции в себе»), «покорность» («Я впадаю в состояние безнадежности»), «самообвинение» («Я считаю себя виноватой и получаю по заслугам») и «агрессивность» «Я впадаю в бешенство и становлюсь агрессивной»). Анализируя такой выбор эмоциональных стратегий матерями детей с лейкозом, можно думать о том, что на этот выбор влияет получаемая матерями психологическая помощь, которая оказывается им психологической службой клиники. Также можно предполагать, что произошло вытеснение такого нежелательного, социально неодобряемого эмоционального поведения матерей, находящихся неотступно рядом с больными детьми, за счет механизмов психологической защиты. [39]

Результаты изучения *стилей воспитания*, которые используют матери трех групп показали, что имеются различия в выборе тех или иных стилей. *Матери детей с ОЛЛ* чаще используют гиперпротекцию, чрезмерность запретов, отсутствие санкций, фобию утраты, предпочтение мужских качеств и реже гипопротекцию, чем матери здоровых детей. В сравнении с матерями детей с ДЦП они чаще используют недостаточность требований-запретов. Интересным результатом было выявление того, что *матери детей с ДЦП* по сравнению с матерями детей с лейкозом чаще используют игнорирование потребностей ребенка, неустойчивость стиля воспитания, неразвитость родительских чувств, проекцию на ребенка собственных нежелаемых качеств, вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

При сравнении характеристик воспитания, которые используют матери детей с ДЦП в сравнении с матерями здоровых детей, было выявлено, что матери детей с ДЦП значимо чаще используют гиперпротекцию, игнорирование потребностей ребенка, чрезмерность запретов, неустойчивость стиля воспитания (на уровне тенденции), предпочтение детских качеств, фобию утраты, неразвитость родительских чувств, проекцию на ребенка собственных нежелаемых качеств на уровне тенденции и реже – гипопротекцию и недостаточность требований запретов.

Ситуация тяжелого заболевания и лечения подростка, когда необходимо постоянное присутствие матери или другого близкого человека нарушает нормальную возрастную динамику изменений в отношениях подросток-родитель. В такой ситуации матери приходится чрезмерно контролировать подростка, предъявлять ему много запретов и меньше санкций. Ситуация угрозы жизни усиливает переживания матери, связанные с страхом потери ребенка вызывают появление стратегии – фобия утраты [17] [23].

Анализ результатов изучения психологических характеристик матерей детей с лейкозом, показал, что у них выше уровень нервно-психического напряжения, чем у матерей здоровых детей; уровень алекситимии выше, чем у матерей контрольных групп; уровень общего здоровья ниже, чем у матерей контрольных групп. Также было выявлено, что матери детей больных лейкозом отличаются от матерей контрольных групп по использованию эмоциональных копинг-стратегий и стилей воспитания. Это позволяет нам говорить о том, что *наша первая гипотеза подтвердилась частично*.

Результаты изучения взаимосвязей психологических характеристик матерей в каждой группе показали, что имеются как сходные, так и отличные взаимосвязи, которые описаны в параграфе 3.8. В данном разделе работы мы сосредоточились на описании наиболее важных для цели нашего исследования взаимосвязей нервно-психического напряжения матерей.

Анализ корреляционных связей уровня нервно-психического напряжения *матерей детей с лейкозом*, показал положительные взаимосвязи с уровнем личностной тревожности, алекситимии, уровнем общего здоровья и стилями воспитания (гиперпротекция, фобия утраты и степень удовлетворения потребностей ребенка, потворствование).

Анализ корреляционных связей уровня нервно-психического напряжения *матерей здоровых детей*, показал положительные взаимосвязи с уровнем личностной тревожности, уровнем общего здоровья, с такими стилями воспитания, как чрезмерность санкций и расширение сферы родительских чувств и отрицательные с уровнем чувства связности.

Анализ корреляционных связей уровня нервно-психического напряжения *матерей детей с ДЦП*, показал положительные заимосвязи с уровнем личностной тревожности, уровнем общего здоровья, с такими стилями воспитания как воспитательная неуверенность родителя, недостаточность требований-обязанностей.

Это позволяет нам говорить о том, что *наша вторая гипотеза подтвердилась частично*. Размышляя над этим результатом, мы думаем о том, что уровень нервно-психического напряжения, который мы изучали с помощью методики «Шкала нервно-психического напряжения», может показывать уровень переживаемого матерями стресса, а показатели личностной тревожности, уровня общего здоровья, стилей воспитания, чувства связности и копинг-стратегий – формировать такое понятие как «психологические ресурсы». Тогда матери, у которых ниже уровень личностной тревожности, выше уровень психологического благополучия (т.е. у них ниже показатели общего здоровья), выше чувство связности, и они меньше используют негармоничные стили воспитания, могут меньше быть подвержены нервно-психическому напряжению.

### ВЫВОДЫ

1. Уровень нервно-психического напряжения у матерей подростков больных лейкозом по сравнению с матерями здоровых сверстников значимо выше и не отличается от этого показателя у матерей детей с ДЦП. По уровню личностной тревожности у матерей трех групп различий обнаружено не было.
2. Уровень алекситимии у матерей подростков больных лейкозом значимо выше по сравнению с матерями подростков с детским церебральным параличом и матерями здоровых сверстников.
3. Матери подростков больных лейкозом достоверно чаще используют продуктивные и относительно продуктивные эмоциональные копинг-стратегии по сравнению с матерями подростков с детским церебральным параличом и матерями здоровых сверстников.
4. Матерей подростков больных лейкозом достоверно чаще используют такие стили воспитания как: гиперпротекция, чрезмерность запретов, недостаточность санкций, фобия утраты и предпочтение мужских качеств и реже гипопротекцию в сравнении с матерями здоровых сверстников; а также чаще используют недостаточность требований-запретов по сравнению с матерями детей с ДЦП.
5. Взаимосвязи уровня нервно-психического напряжения и других психологических характеристик матерей в каждой группе имеют сходства и различия, а именно:
6. уровень нервно-психического напряжения у всех матерей положительно взаимосвязан с уровнем личностной тревожности, алекситимии, уровнем общего здоровья;
7. уровень нервно-психического напряжения у матерей положительно взаимосвязан с разными стилями воспитания, а именно: у матерей детей с лейкозом с гиперпротекцией, фобией утраты и степенью удовлетворения потребностей ребенка; у матерей здоровых детей с чрезмерность санкций и расширением сферы родительских чувств; у матерей детей с ДЦП с воспитательной неуверенностью родителя и недостаточностью требований-обязанностей.
8. уровень нервно-психического напряжения у матерей здоровых детей положительно взаимосвязан с чувством связности.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью нашего исследования было изучение психологических особенностей матерей детей с острым лимфобластным лейкозом. Для проведения исследования были сформированы три группы матерей. Первая группа - 20 матерей подростков с ОЛЛ в возрасте от 35 до 56 лет (возраст подростков 11-21 лет). Вторая группа - матери условно здоровых подростков (41 матерей). Третья группа - матери подростков с детским церебральным параличом (20 матерей).

Мы изучили: стили воспитания, уровень алекситимии, уровень личностной тревожности, копинг-стратегии, уровень чувства связности, уровень общего здоровья, уровень нервно-психического напряжения, социально-демографические характеристики.

Было выявлено, что матери детей с ОЛЛ преимущественно приезжие, около половины матерей имеют средне-специальное и среднее образование (нежели высшее).

В результате исследования были частично подтверждены гипотезы:

1) Матери подростков с острым лимфобластным лейкозом отличаются от матерей подростков с детским церебральным параличом и матерей здоровых сверстников по показателям уровня личностной тревожности, нервно-психического напряжения и уровня алекситимии, по общему показателю здоровья, по чувству связности, а также по используемым копинг-стратегиям и стилям воспитания.

2) Уровень нервно-психического напряжения матерей детей с лейкозом взаимосвязан с уровнем личностной тревожности, алекситимии, общим состоянием здоровья, чувством связности, преобладающими копинг-стратегиями и стилями воспитания.

Были получены следующие результаты исследования:

Уровень нервно-психического напряжения у матерей подростков больных лейкозом по сравнению с матерями здоровых сверстников значимо выше и не отличается от этого показателя у матерей детей с ДЦП. По уровню личностной тревожности у матерей трех групп различий обнаружено не было.

Уровень алекситимии у матерей подростков больных лейкозом значимо выше по сравнению с матерями подростков с детским церебральным параличом и матерями здоровых сверстников.

Матери подростков больных лейкозом достоверно чаще используют продуктивные и относительно продуктивные эмоциональные копинг-стратегии по сравнению с матерями подростков с детским церебральным параличом и матерями здоровых сверстников.

Матери подростков больных лейкозом достоверно чаще используют такие стили воспитания как: гиперпротекция, чрезмерность запретов, недостаточность санкций, фобия утраты и предпочтение мужских качеств и реже гипопротекцию в сравнении с матерями здоровых сверстников; а также чаще используют недостаточность требований-запретов по сравнению с матерями детей с ДЦП.

Уровень нервно-психического напряжения у всех матерей положительно взаимосвязан с уровнем личностной тревожности, алекситимии, уровнем общего здоровья;

Уровень нервно-психического напряжения у матерей положительно взаимосвязан с разными стилями воспитания, а именно: у матерей детей с лейкозом с гиперпротекцией, фобией утраты и степенью удовлетворения потребностей ребенка; у матерей здоровых детей с чрезмерность санкций и расширением сферы родительских чувств; у матерей детей с ДЦП с воспитательной неуверенностью родителя и недостаточностью требований-обязанностей.

Уровень нервно-психического напряжения у матерей здоровых детей положительно взаимосвязан с чувством связности.

Возможно предположить, что такие факторы, как продуктивные эмоциональныные копинг-стратегии, установки матери, что ситуацию можно разрешить, вера в разрешение ситуации, низкий уровень алекситимии могут участвовать в формировании психологических ресурсов матерей детей с ОЛЛ.

Результаты данного исследования дополняют теоретические представления о состоянии матерей детей с острым лимфобластным лейкозом и позволяют учесть при составлении научно обоснованных программ семейно-центрированной помощи на отделениях клиник и лечебных учреждений, где проходят лечение дети с заболеваниями.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков В.А., Пере М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб.: Речь, 2004. С.166
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение. – Изд.: [Институт общегуманитарных исследований](https://www.ozon.ru/brand/856511/). 2004.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006.
4. Бондаренко О.Р., Куликов Л.В. Отношения с матерью как эмоционально поддерживающий ресурс для человека с интеллектуальной недостаточностью // Вестник Санкт-Петербургского Университета, Сер. 12, 2008, выпуск 3.
5. Бордылюк А.А. ДЦП: причины возникновения, симптомы и лечение. https://doctor-neurologist.ru/dcp-prichiny-vozniknoveniya-simptomy-i-lechenie
6. Былкина Н.Д. Алекситимия (Аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестник московского университета. Сер. 14, 1995, № 1.
7. Вассерман Л.И., Горъковая И.А., Ромицына Е.Е. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медикопедагогической практике. Учебное пособие. СПб, 2004.
8. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. Питер, 2009.
9. Громова А.Г., Пирогов Д.Г. Особенности защитно-совладающего поведения у подростков с лейкемией в острой форме заболевания // Наука и образование XXI века: сборник статей Международной научно-практической конференции. 31 мая 2013 г.: в 5 ч. Ч.4/ отв. ред. Р.Г.Юсупов. - Уфа: РИЦ БашГУ, 2013.
10. Досимов Ж.Б., Желудкова О.Г., Бородина И.Д. и др. Качество жизни – критерий эффективности комплексной реабилитации детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) в ремиссии // Проблемы гематологии и переливания крови. 2003
11. Забродин Ю.М., Бороздина Л.В., Мусина И.А. К методике оценки уровня тревожности по характеристикам временной перцепции // Психол. журн. 1989. Т. 10, № 5. С. 87-94.
12. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. СПб. 2004. С. 203
13. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб., 2003 г.
14. Калинина Р.Р. Введение в психологию семейных отношений. Изд. Речь. 2008.
15. Климкович Н.Н., Козарезова Т.И., Васильева Н.А., Иванова О.Н., Змитрович А.И. Организация медико-психологической реабилитации детей с миелодиспластическими синдромами и острыми лейкозами//Охрана материнства, с. 62-65.
16. Козлова Н.В., Андросова Т.В. Социально-психологическое сопровождение онкологических больных // Психология и педагогика, 2009, с. 142-147.
17. Красильникова Е.Д. Исследование влияния особенностей семейного функционирования на конструктивную активность родителей, направленную на реабилитацию ребенка с нарушениями психического развития//Вестник ТвГУ. Серия «Педагогика и психология». 2012, Выпуск 3. с. 116-122.
18. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2001, с. 192
19. Лория С.С., Семочкин С.В., Трипутень Н.З., Румянцев А.Г. Психологические аспекты качества жизни пациентов подросткового возраста с острым лимфобластным лейкозом // Вопросы гематологии, онкологии, иммунопатологии. Педиатр. 2004; 3 (3): 18–23.
20. Масчан М.А., Мякова Н.В. Острый лимфобластный лейкоз у детей//Онкогематология 1-2; 2006, с. 50-63.
21. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Кн. для логопеда. М.: Просвещение, 1985
22. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)
23. Михайлов В.И., Щелкова О.Ю. Исследование влияния стилей родительского воспитания на копинг-поведение подростков (в связи с задачами психо-профилактики) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии год № 4.
24. Осин Е.Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его диагностика // Психологическая диагностика. 2007. № 3. С. 22.
25. Павлова О. С. Особенности социальной адаптации подростков с ДЦП в условиях интегрированного обучения // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 20. – с. 61–65.
26. Петрова Н. Н., Леонидова Л. Л. Алекситимия у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер.11, 2008, выпуск 3. С. 32
27. Пирогов Д.Г., Маликова Т.В., Аверин В.А., Иванова Т.В. Психологические защиты и копинги родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом (Часть2) // Психология развития и педагогическая психология. 2014 – T. 7, - № 1
28. Равич-Щербо И.В. и др. Психологические особенности детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом // Вопросы психологии. 2004. № 6. с. 84-92.
29. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Издательский дом "Бахрах". 1999. С. 298
30. Румянцев А.Г. Птушкин В.В. Семочкин С.В. Пути улучшения результатов лечения злокачественных опухолей у подростков и молодых взрослых//Онкогематология, № 1, 2011, с. 20-29.
31. Сидоров К.Р. Тревожность как психологический феномен// Философия. Социология. Психология. Педагогика., № 2, 2013, с. 45
32. Соколова Е.Д., Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, терапия// <http://berezin-fb.su/emocionalnyj_stress_i_stressoustojchivost/emocionalnyj_stress/>
33. Сологуб Д.С. Психологические особенности матерей в стрессовых ситуациях, связанных со здоровьем ребенка (на примере постановки медицинского диагноза) // Вестник ОНУ им. Мечникова, 2012, Т.17 Вып.5 с. 106-113.
34. Тарабрина Н.В. и соавторы. Психология посттравматического стресса. Изд. Когито-Центр. 2007. С. 200
35. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии (сборник научных трудов). Изд. Санкт-Петербургский психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1994 С. 173
36. Ткачева В.В. Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом // Специальная психология. 2009. № 1.
37. Тхостов А.Ш. Герасименко В.Н. Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1984. №12
38. Урядницкая Н.А., Бялик М.А., Моисеенко Е.И., Николаева В.В. Роль родителей в психологической адаптации детей с онкопатологией, НИИ Детской онкологии и гематологии OНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, МГУ, факультет психологии, Москва//http://vsem-mirom.narod.ru/together/conf1\_42.htm
39. Хаин А.Е. Индивидуальные и семейные факторы психологической адаптации подростков с онкогематологическими заболеваниями к лечению методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток // Консультативная психология и психотерапия 2017. Т. 25. № 2. С. 94—114
40. Хаин А.Е. Психологические аспекты трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей // Консультативная психология и психотерапия, 2015. № 1. С.116.
41. Хаин А.Е. и соавторы. Опыт создания и работы психологической службы в детской гематологии/онкологии // Консультативная психология и психотерапия, 2014. № 1. С.112.
42. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. Изд.: Речь, 2010.
43. Шматкова Т.В., Баранская Л.Т., Климушева Н.Ф. Влияние саморегуляции и психологического реабилитационного потенциала на качество жизни у онкогематологических больных//Клиническая медицинская психология. 2009. №. С. 147
44. Annika Lindahl Norberg, Ulrika Poder, Louise von Essen Early avoidance of disease- and treatment-related distress predicts post-traumatic stress in parents of children with cancer//European Journal of Oncology Nursing, 15, 2011, 80-84.
45. Astri Syse, Torkild Hovde Lyngstad and Oystein Kravdal. Is mortality after childhood cancer depend on social or economic resources of parents? A population-based study//International Journal of Cancer: 130, 2012, 1870-1878.
46. Ayhan Babaroğlu, Gülen Baran. A study on hopelessness levels of children with leukemia and their mothers, Ankara University// <http://journal.qu.edu.az/article_pdf/1011_191.pdf>
47. Bridget Young, Mary Dixon-Woods, Michelle Findlau, David Heney. Parenting in a crisis: conceptualizing mothers of children with cancer//Social Since ad Medicine, 55, 2002, 1835-1847.
48. Gudmundsdottir E., Schirren M., Boman K. Psychological resilience and long-term distress in Swedish and Icelandic parent’s adjustment to childhood cancer//Acta Oncologica, 2011; 50: 373-380.
49. Hersh S.P., Wiener L.S. 1993. Psychological support for the family of the children with cancer (Ed: P.A. Pizzo, D.G. Poaplock.) // Principles and practice of pediatric oncology. Lippincott comp. Philadelphia. <http://deti-blood.narod.ru/oleuk.htm>
50. Maria C.cCarthy, David M.Ashley, Katherine J.Lee, and Vicki A.Anderson. Predictors of acute and posttraumatic stress symptoms in parents following their child’s cancer diagnosis//Journal of traumatic stress, October 2012, 25, 558-556.
51. M. Patterson J.M., Holm K.E., Gurney J.G. The impact of childhood cancer on the family: a qualitative analysis of strains, resources, and coping behaviors // Psycho-Oncology. 13: 390–407 2004.

# Приложение А

**Анкета для матерей детей больных острым лейкозом, участвующих в исследовании**

**Анкета участника опроса**

1. Дата заполнения «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ г.
2. Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Степень родства (подчеркнуть) –

мама, папа, другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ваш возраст – «\_\_\_\_» полных лет
2. Образование (подчеркнуть) –

среднее, среднее специальное, высшее, ученая степень

1. Семейное положение (подчеркнуть) –

замужем, разведена, гражданский брак, не замужем, вдова

1. Уровень дохода семьи (подчеркнуть по субъективной оценке) –

низкий, средний, выше среднего, высокий

1. Место жительства (название населенного пункта, регион) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст ребенка–пациента клиники – «\_\_\_\_» полных лет,
3. Пол ребенка–пациента клиники (подчеркнуть) –

мужской, женский

1. Количество братьев и сестер (подчеркнуть) –

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6

1. Дата первичной постановки диагноза ребенку (месяц, год) –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

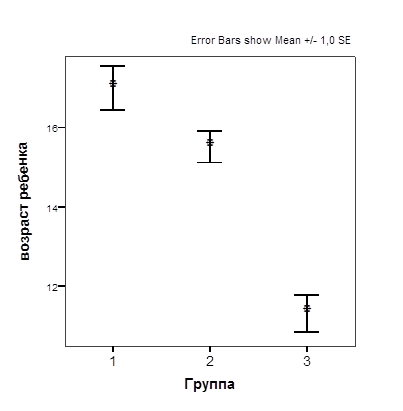
# Приложение Б

**Социально-демографические характеристики матерей**

1. Возраст матерей и детей

**Post Hoc Tests**

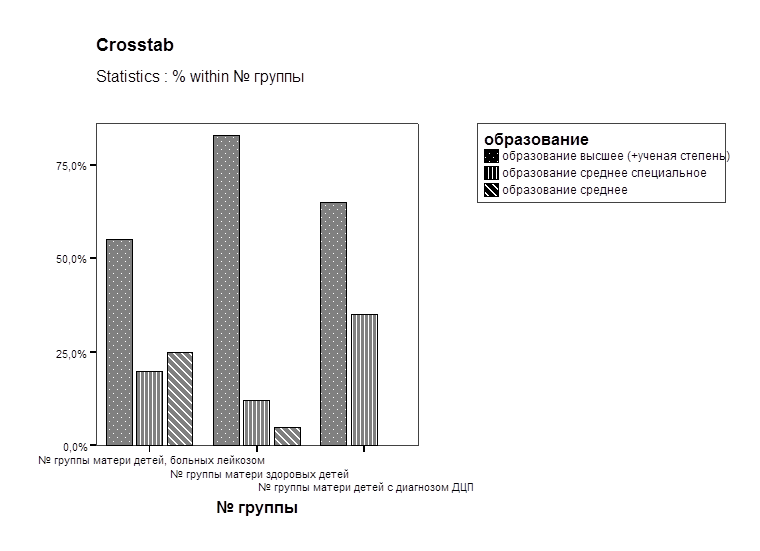
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Multiple Comparisons**  Bonferroni | | | | | | | |
| **Dependent Variable** | **(I) Группа** | **(J) Группа** | **Mean Difference (I-J)** | **Std. Error** | **Sig.** | **95% Confidence Interval** | |
| **Lower Bound** | **Upper Bound** |
| **возраст** | **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | ,948 | 1,574 | 1,000 | -2,90 | 4,80 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 2,500 | 1,825 | ,524 | -1,96 | 6,96 |
| **матери здоровых детей** | **матери детей, больных лейкозом** | -,948 | 1,574 | 1,000 | -4,80 | 2,90 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 1,552 | 1,574 | ,981 | -2,30 | 5,40 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | **матери детей, больных лейкозом** | -2,500 | 1,825 | ,524 | -6,96 | 1,96 |
| **матери здоровых детей** | -1,552 | 1,574 | ,981 | -5,40 | 2,30 |
| **возраст ребенка** | **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | 1,488 | ,658 | ,080 | -,12 | 3,10 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 5,700(\*) | ,763 | ,000 | 3,83 | 7,57 |
| **матери здоровых детей** | **матери детей, больных лейкозом** | -1,488 | ,658 | ,080 | -3,10 | ,12 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 4,212(\*) | ,658 | ,000 | 2,60 | 5,82 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | **матери детей, больных лейкозом** | -5,700(\*) | ,763 | ,000 | -7,57 | -3,83 |
| **матери здоровых детей** | -4,212(\*) | ,658 | ,000 | -5,82 | -2,60 |
| \* The mean difference is significant at the .05 level. | | | | | | | |

****

1. Уровень образования матерей

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstab** | | | | | | |
|  |  |  | **№ группы** | | | **Total** |
| **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | **матери детей с диагнозом ДЦП** |
| **Count** | **образование** | **высшее (+ученая степень)** | 11 | 34 | 13 | 58 |
| **среднее специальное** | 4 | 5 | 7 | 16 |
| **среднее** | 5 | 2 | 0 | 7 |
| **Total** | | 20 | 41 | 20 | 81 |
| **% within № группы** | **образование** | **высшее (+ученая степень)** | 55,0% | 82,9% | 65,0% | 71,6% |
| **среднее специальное** | 20,0% | 12,2% | 35,0% | 19,8% |
| **среднее** | 25,0% | 4,9% | ,0% | 8,6% |
| **Total** | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chi-Square Tests** | | | |
|  | **Value** | **df** | **Asymp. Sig. (2-sided)** |
| **Pearson Chi-Square** | 13,759(a) | 4 | ,008 |
| **Likelihood Ratio** | 13,282 | 4 | ,010 |
| **Linear-by-Linear Association** | 2,980 | 1 | ,084 |
| **N of Valid Cases** | 81 |  |  |
| a 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,73. | | | |



1. Семейное положение

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstab** | | | | | | |
|  |  |  | **№ группы** | | | **Total** |
| **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | **матери детей с диагнозом ДЦП** |
| **Count** | **семейное положение** | **замужем (+гражданский брак)** | 16 | 26 | 15 | 57 |
| **не замужем (+вдова)** | 2 | 5 | 0 | 7 |
| **разведена** | 2 | 10 | 5 | 17 |
| **Total** | | 20 | 41 | 20 | 81 |
| **% within № группы** | **семейное положение** | **замужем (+гражданский брак)** | 80,0% | 63,4% | 75,0% | 70,4% |
| **не замужем (+вдова)** | 10,0% | 12,2% | ,0% | 8,6% |
| **разведена** | 10,0% | 24,4% | 25,0% | 21,0% |
| **Total** | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chi-Square Tests** | | | |
|  | **Value** | **df** | **Asymp. Sig. (2-sided)** |
| **Pearson Chi-Square** | 4,506(a) | 4 | ,342 |
| **Likelihood Ratio** | 6,420 | 4 | ,170 |
| **Linear-by-Linear Association** | ,590 | 1 | ,442 |
| **N of Valid Cases** | 81 |  |  |
| a 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,73. | | | |

1. Уровень дохода семьи

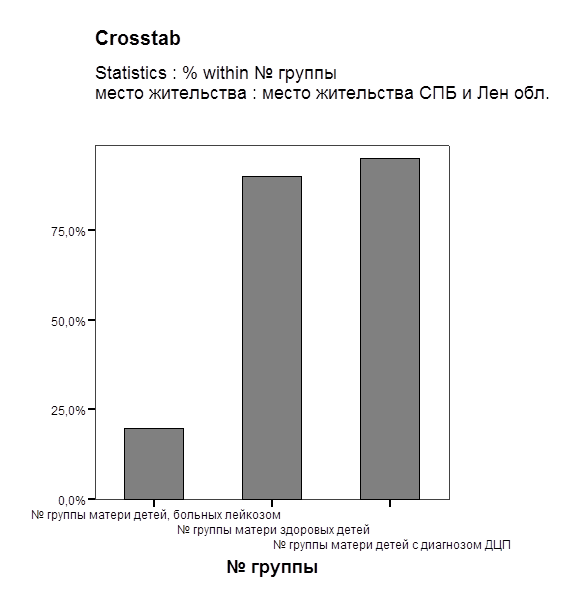
|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstab** | | | | | | |
|  |  |  | **№ группы** | | | **Total** |
| **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | **матери детей с диагнозом ДЦП** |
| **Count** | **уровень дохода семьи** | **низкий** | 7 | 6 | 5 | 18 |
| **средний** | 12 | 27 | 13 | 52 |
| **выше среднего** | 1 | 8 | 2 | 11 |
| **Total** | | 20 | 41 | 20 | 81 |
| **% within № группы** | **уровень дохода семьи** | **низкий** | 35,0% | 14,6% | 25,0% | 22,2% |
| **средний** | 60,0% | 65,9% | 65,0% | 64,2% |
| **выше среднего** | 5,0% | 19,5% | 10,0% | 13,6% |
| **Total** | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chi-Square Tests** | | | |
|  | **Value** | **df** | **Asymp. Sig. (2-sided)** |
| **Pearson Chi-Square** | 5,011(a) | 4 | ,286 |
| **Likelihood Ratio** | 5,176 | 4 | ,270 |
| **Linear-by-Linear Association** | ,634 | 1 | ,426 |
| **N of Valid Cases** | 81 |  |  |
| a 4 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,72. | | | |

1. Место жительства

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstab** | | | | | | |
|  |  |  | **№ группы** | | | **Total** |
| **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | **матери детей с диагнозом ДЦП** |
| **Count** | **место жительства** | **СПБ и Лен обл.** | 4 | 37 | 19 | 60 |
| **другие регионы** | 16 | 4 | 1 | 21 |
| **Total** | | 20 | 41 | 20 | 81 |
| **% within № группы** | **место жительства** | **СПБ и Лен обл.** | 20,0% | 90,2% | 95,0% | 74,1% |
| **другие регионы** | 80,0% | 9,8% | 5,0% | 25,9% |
| **Total** | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chi-Square Tests** | | | |
|  | **Value** | **df** | **Asymp. Sig. (2-sided)** |
| **Pearson Chi-Square** | 40,594(a) | 2 | ,000 |
| **Likelihood Ratio** | 38,538 | 2 | ,000 |
| **Linear-by-Linear Association** | 28,929 | 1 | ,000 |
| **N of Valid Cases** | 81 |  |  |
| a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,19. | | | |



1. Пол ребенка

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstab** | | | | | | |
|  |  |  | **№ группы** | | | **Total** |
| **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | **матери детей с диагнозом ДЦП** |
| **Count** | **пол ребенка** | **мужской** | 10 | 20 | 14 | 44 |
| **женский** | 10 | 21 | 6 | 37 |
| **Total** | | 20 | 41 | 20 | 81 |
| **% within № группы** | **пол ребенка** | **мужской** | 50,0% | 48,8% | 70,0% | 54,3% |
| **женский** | 50,0% | 51,2% | 30,0% | 45,7% |
| **Total** | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chi-Square Tests** | | | |
|  | **Value** | **df** | **Asymp. Sig. (2-sided)** |
| **Pearson Chi-Square** | 2,639(a) | 2 | ,267 |
| **Likelihood Ratio** | 2,710 | 2 | ,258 |
| **Linear-by-Linear Association** | 1,592 | 1 | ,207 |
| **N of Valid Cases** | 81 |  |  |
| a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,14. | | | |

1. Количество братьев и сестер

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstab** | | | | | | |
|  |  |  | **№ группы** | | | **Total** |
| **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | **матери детей с диагнозом ДЦП** |
| **Count** | **количество братьев и сестер** | **0** | 5 | 16 | 10 | 31 |
| **1** | 10 | 18 | 7 | 35 |
| **2** | 3 | 6 | 3 | 12 |
| **3** | 2 | 0 | 0 | 2 |
| **6** | 0 | 1 | 0 | 1 |
| **Total** | | 20 | 41 | 20 | 81 |
| **% within № группы** | **количество братьев и сестер** | **0** | 25,0% | 39,0% | 50,0% | 38,3% |
| **1** | 50,0% | 43,9% | 35,0% | 43,2% |
| **2** | 15,0% | 14,6% | 15,0% | 14,8% |
| **3** | 10,0% | ,0% | ,0% | 2,5% |
| **6** | ,0% | 2,4% | ,0% | 1,2% |
| **Total** | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chi-Square Tests** | | | |
|  | **Value** | **df** | **Asymp. Sig. (2-sided)** |
| **Pearson Chi-Square** | 9,253(a) | 8 | ,321 |
| **Likelihood Ratio** | 9,211 | 8 | ,325 |
| **Linear-by-Linear Association** | 2,167 | 1 | ,141 |
| **N of Valid Cases** | 81 |  |  |
| a 8 cells (53,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25. | | | |

# Приложение В

Показатели психологических характеристик матерей по методикам («Торонтская алекситимическая шкала»; «Шкала оценки уровня личностной тревоги» Спилбергера Ч. –Ханина Ю.; «Чувство связности» Антоновского А.; «Опросник общего здоровья» Голдберга Д. и «Шкала нервно-психического напряжения» Немчина Т.А.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Статистики** | | | | | | | | |
|  | **Группа** | **N** | **Mean** | **Std. Deviation** | **Std. Error of Mean** | **Minimum** | **Maximum** | **Median** |
| **Алекситимия. TAS** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 69,70 | 9,598 | 2,146 | 50 | 86 | 71,50 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 59,66 | 9,992 | 1,560 | 41 | 82 | 59,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 61,15 | 13,662 | 3,055 | 41 | 87 | 63,50 |
| **Личностная тревожность. Спилбергер** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 47,15 | 6,620 | 1,480 | 34 | 59 | 47,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 44,51 | 8,192 | 1,279 | 28 | 63 | 44,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 47,30 | 8,196 | 1,833 | 34 | 63 | 44,00 |
| **Чувство связности. Антоновский** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 139,45 | 16,061 | 3,591 | 111 | 171 | 141,50 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 138,68 | 18,092 | 2,826 | 100 | 175 | 138,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 135,80 | 16,751 | 3,746 | 99 | 165 | 138,00 |
| **Общее здоровье. Голдберг** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 14,25 | 3,447 | ,771 | 7 | 20 | 15,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 11,49 | 4,478 | ,699 | 3 | 20 | 12,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 14,55 | 4,489 | 1,004 | 8 | 21 | 14,00 |
| **Нервно-психическое напряжение. Немчин** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 50,25 | 10,642 | 2,380 | 33 | 72 | 51,50 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 44,56 | 11,198 | 1,749 | 30 | 74 | 41,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 48,40 | 11,208 | 2,506 | 33 | 69 | 48,00 |

****



****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Test Statistics(a,b)** | | | |
|  | **Chi-Square** | **df** | **Asymp. Sig.** |
| **Алекситимия. TAS** | 11,181 | 2 | ,004 |
| **Личностная тревожность. Спилбергер** | 2,010 | 2 | ,366 |
| **Чувство связности. Антоновский** | ,228 | 2 | ,892 |
| **Общее здоровье. Голдберг** | 8,326 | 2 | ,016 |
| **Нервно-психическое напряжение. Немчин** | 5,080 | 2 | ,079 |
| a Kruskal Wallis Test | | | |
| b Grouping Variable: Группа | | | |

**Mann-Whitney Test**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ranks** | | | | | | | |
|  | **Группа** | | | | | | |
| **матери детей, больных лейкозом** | | | **матери здоровых детей** | | | **Total** |
| **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** |
| **Алекситимия. TAS** | 20 | 42,00 | 840,00 | 41 | 25,63 | 1051,00 | 61 |
| **Личностная тревожность. Спилбергер** | 20 | 35,33 | 706,50 | 41 | 28,89 | 1184,50 | 61 |
| **Чувство связности. Антоновский** | 20 | 31,65 | 633,00 | 41 | 30,68 | 1258,00 | 61 |
| **Общее здоровье. Голдберг** | 20 | 39,03 | 780,50 | 41 | 27,09 | 1110,50 | 61 |
| **Нервно-психическое напряжение. Немчин** | 20 | 37,85 | 757,00 | 41 | 27,66 | 1134,00 | 61 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Test Statistics(a)** | | | | |
|  | **Mann-Whitney U** | **Wilcoxon W** | **Z** | **Asymp. Sig. (2-tailed)** |
| **Алекситимия. TAS** | 190,000 | 1051,000 | -3,382 | ,001 |
| **Личностная тревожность. Спилбергер** | 323,500 | 1184,500 | -1,331 | ,183 |
| **Чувство связности. Антоновский** | 397,000 | 1258,000 | -,200 | ,842 |
| **Общее здоровье. Голдберг** | 249,500 | 1110,500 | -2,473 | ,013 |
| **Нервно-психическое напряжение. Немчин** | 273,000 | 1134,000 | -2,107 | ,035 |
| a Grouping Variable: Группа | | | | |

**Mann-Whitney Test**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ranks** | | | | | | | |
|  | **Группа** | | | | | | |
| **матери детей, больных лейкозом** | | | **матери детей с диагнозом ДЦП** | | | **Total** |
| **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** |
| **Алекситимия. TAS** | 20 | 24,58 | 491,50 | 20 | 16,43 | 328,50 | 40 |
| **Личностная тревожность. Спилбергер** | 20 | 20,80 | 416,00 | 20 | 20,20 | 404,00 | 40 |
| **Чувство связности. Антоновский** | 20 | 21,65 | 433,00 | 20 | 19,35 | 387,00 | 40 |
| **Общее здоровье. Голдберг** | 20 | 20,23 | 404,50 | 20 | 20,78 | 415,50 | 40 |
| **Нервно-психическое напряжение. Немчин** | 20 | 21,93 | 438,50 | 20 | 19,08 | 381,50 | 40 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Test Statistics(b)** | | | | | |
|  | **Mann-Whitney U** | **Wilcoxon W** | **Z** | **Asymp. Sig. (2-tailed)** | **Exact Sig. [2\*(1-tailed Sig.)]** |
| **Алекситимия. TAS** | 118,500 | 328,500 | -2,206 | ,027 | ,026(a) |
| **Личностная тревожность. Спилбергер** | 194,000 | 404,000 | -,163 | ,871 | ,883(a) |
| **Чувство связности. Антоновский** | 177,000 | 387,000 | -,623 | ,534 | ,547(a) |
| **Общее здоровье. Голдберг** | 194,500 | 404,500 | -,149 | ,881 | ,883(a) |
| **Нервно-психическое напряжение. Немчин** | 171,500 | 381,500 | -,772 | ,440 | ,445(a) |
| a Not corrected for ties. | | | | | |
| b Grouping Variable: Группа | | | | | |

**Mann-Whitney Test**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ranks** | | | | | | | |
|  | **Группа** | | | | | | |
| **матери здоровых детей** | | | **матери детей с диагнозом ДЦП** | | | **Total** |
| **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** |
| **Алекситимия. TAS** | 41 | 30,34 | 1244,00 | 20 | 32,35 | 647,00 | 61 |
| **Личностная тревожность. Спилбергер** | 41 | 29,51 | 1210,00 | 20 | 34,05 | 681,00 | 61 |
| **Чувство связности. Антоновский** | 41 | 31,29 | 1283,00 | 20 | 30,40 | 608,00 | 61 |
| **Общее здоровье. Голдберг** | 41 | 27,49 | 1127,00 | 20 | 38,20 | 764,00 | 61 |
| **Нервно-психическое напряжение. Немчин** | 41 | 28,82 | 1181,50 | 20 | 35,48 | 709,50 | 61 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Test Statistics(a)** | | | | |
|  | **Mann-Whitney U** | **Wilcoxon W** | **Z** | **Asymp. Sig. (2-tailed)** |
| **Алекситимия. TAS** | 383,000 | 1244,000 | -,415 | ,678 |
| **Личностная тревожность. Спилбергер** | 349,000 | 1210,000 | -,939 | ,348 |
| **Чувство связности. Антоновский** | 398,000 | 608,000 | -,184 | ,854 |
| **Общее здоровье. Голдберг** | 266,000 | 1127,000 | -2,221 | ,026 |
| **Нервно-психическое напряжение. Немчин** | 320,500 | 1181,500 | -1,377 | ,169 |
| a Grouping Variable: Группа | | | | |

# Приложение Г

Сравнение частоты встречаемости копинг-стратегий

Сравнение распределений

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstab** | | | | | | |
|  |  |  | **№ группы** | | | **Total** |
| **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | **матери детей с диагнозом ДЦП** |
| **Count** | **К\_Когнитивные** | **Н** | 4 | 9 | 5 | 18 |
| **О** | 9 | 10 | 5 | 24 |
| **П** | 7 | 22 | 10 | 39 |
| **Total** | | 20 | 41 | 20 | 81 |
| **% within № группы** | **К\_Когнитивные** | **Н** | 20,0% | 22,0% | 25,0% | 22,2% |
| **О** | 45,0% | 24,4% | 25,0% | 29,6% |
| **П** | 35,0% | 53,7% | 50,0% | 48,1% |
| **Total** | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chi-Square Tests** | | | |
|  | **Value** | **df** | **Asymp. Sig. (2-sided)** |
| **Pearson Chi-Square** | 3,225(a) | 4 | ,521 |
| **Likelihood Ratio** | 3,103 | 4 | ,541 |
| **Linear-by-Linear Association** | ,155 | 1 | ,694 |
| **N of Valid Cases** | 81 |  |  |
| a 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,44. | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstab** | | | | | | |
|  |  |  | **№ группы** | | | **Total** |
| **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | **матери детей с диагнозом ДЦП** |
| **Count** | **К\_Эмоциональные** | **Н** | 0 | 10 | 6 | 16 |
| **О** | 4 | 2 | 3 | 9 |
| **П** | 16 | 29 | 11 | 56 |
| **Total** | | 20 | 41 | 20 | 81 |
| **% within № группы** | **К\_Эмоциональные** | **Н** | ,0% | 24,4% | 30,0% | 19,8% |
| **О** | 20,0% | 4,9% | 15,0% | 11,1% |
| **П** | 80,0% | 70,7% | 55,0% | 69,1% |
| **Total** | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chi-Square Tests** | | | |
|  | **Value** | **df** | **Asymp. Sig. (2-sided)** |
| **Pearson Chi-Square** | 9,523(a) | 4 | ,049 |
| **Likelihood Ratio** | 13,404 | 4 | ,009 |
| **Linear-by-Linear Association** | 4,632 | 1 | ,031 |
| **N of Valid Cases** | 81 |  |  |
| a 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,22. | | | |

****

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Crosstab** | | | | | | |
|  |  |  | **№ группы** | | | **Total** |
| **матери детей, больных лейкозом** | **матери здоровых детей** | **матери детей с диагнозом ДЦП** |
| **Count** | **К\_Поведенческие** | **Н** | 4 | 6 | 1 | 11 |
| **О** | 3 | 9 | 9 | 21 |
| **П** | 13 | 26 | 10 | 49 |
| **Total** | | 20 | 41 | 20 | 81 |
| **% within № группы** | **К\_Поведенческие** | **Н** | 20,0% | 14,6% | 5,0% | 13,6% |
| **О** | 15,0% | 22,0% | 45,0% | 25,9% |
| **П** | 65,0% | 63,4% | 50,0% | 60,5% |
| **Total** | | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chi-Square Tests** | | | |
|  | **Value** | **df** | **Asymp. Sig. (2-sided)** |
| **Pearson Chi-Square** | 6,191(a) | 4 | ,185 |
| **Likelihood Ratio** | 6,152 | 4 | ,188 |
| **Linear-by-Linear Association** | ,000 | 1 | 1,000 |
| **N of Valid Cases** | 81 |  |  |
| a 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,72. | | | |

**Сравнение пар частот**

**Н: между первой и второй группой**

| k1 | n1 | k2 | n2 | h1 | h2 |

| 0,0000 | 20,0000 | 10,0000 | 41,0000 | 0,0000 | 0,2439 |

1 Chi-Squared Statistics 5,8345

2 P-value (Asympt. sig.) 0,0157\*

3 Degrees of Freedom for Chi-squared 1,0000

4 Likelihood ratio G2 (chi-squared) 8,8747

5 P-value (Asympt. sig.) 0,0029\*

6 Continuity Correction 4,1907

7 P-value (Asympt. sig.) 0,0406\*

8 P-value for Fisher's exact test (one tail) 0,0124\*

9 P-value for Fisher's exact test (two tail) 0,0228\*

**Н: между первой и третьей группой**

| k1 | n1 | k2 | n2 | h1 | h2 |

| 0,0000 | 20,0000 | 6,0000 | 20,0000 | 0,0000 | 0,3000 |

1 Chi-Squared Statistics 7,0588

2 P-value (Asympt. sig.) 0,0079\*

3 Degrees of Freedom for Chi-squared 1,0000

4 Likelihood ratio G2 (chi-squared) 9,3822

5 P-value (Asympt. sig.) 0,0022\*

6 Continuity Correction 4,9020

7 P-value (Asympt. sig.) 0,0268\*

8 P-value for Fisher's exact test (one tail) 0,0101\*

9 P-value for Fisher's exact test (two tail) 0,0202\*

**О: между первой и второй группой**

| k1 | n1 | k2 | n2 | h1 | h2 |

| 4,0000 | 20,0000 | 2,0000 | 41,0000 | 0,2000 | 0,0488 |

1 Chi-Squared Statistics 3,4661

2 P-value (Asympt. sig.) 0,0626 +

3 Degrees of Freedom for Chi-squared 1,0000

4 Likelihood ratio G2 (chi-squared) 3,2202

5 P-value (Asympt. sig.) 0,0727

6 Continuity Correction 1,9707

7 P-value (Asympt. sig.) 0,1604

8 P-value for Fisher's exact test (one tail) 0,0837 +

9 P-value for Fisher's exact test (two tail) 0,0837

# Приложение Д

Попарные сравнения частоты встречаемости характеристик стилей воспитания по методике АСВ.

**АСВ. Сравнения между группами**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Статистики** | | | | | | | | |
|  | **Группа** | **N** | **Mean** | **SD** | **SE** | **Min** | **Max** | **Median** |
| **АСВ Г+** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 6,20 | 2,628 | ,588 | 1 | 10 | 6,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 2,02 | 1,810 | ,283 | 0 | 7 | 2,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 6,25 | 2,633 | ,589 | 0 | 9 | 7,00 |
| **АСВ Г-** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 2,25 | 1,618 | ,362 | 0 | 7 | 2,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 3,90 | 2,200 | ,344 | 0 | 8 | 4,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 2,75 | 1,251 | ,280 | 0 | 5 | 3,00 |
| **АСВ У+** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 5,15 | 2,412 | ,539 | 1 | 9 | 5,50 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 4,02 | 2,150 | ,336 | 0 | 8 | 4,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 3,90 | 2,292 | ,512 | 1 | 8 | 3,00 |
| **АСВ У-** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | ,60 | ,598 | ,134 | 0 | 2 | 1,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | ,56 | ,673 | ,105 | 0 | 2 | ,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 1,40 | ,821 | ,184 | 0 | 3 | 1,00 |
| **АСВ Т+** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 1,90 | 1,586 | ,355 | 0 | 5 | 2,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 1,59 | 1,322 | ,207 | 0 | 5 | 2,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 1,55 | 1,146 | ,256 | 0 | 4 | 1,00 |
| **АСВ Т-** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 2,15 | 1,565 | ,350 | 0 | 5 | 2,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 2,00 | 1,360 | ,212 | 0 | 5 | 2,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 2,10 | 1,373 | ,307 | 0 | 5 | 2,00 |
| **АСВ З+** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 1,75 | 1,293 | ,289 | 0 | 4 | 2,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | ,61 | ,891 | ,139 | 0 | 4 | ,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 1,65 | 1,348 | ,302 | 0 | 4 | 1,00 |
| **АСВ З-** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 2,55 | 1,050 | ,235 | 1 | 5 | 2,50 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 2,83 | 1,046 | ,163 | 1 | 5 | 3,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 1,75 | ,910 | ,204 | 0 | 3 | 2,00 |
| **АСВ С+** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 1,05 | ,999 | ,223 | 0 | 4 | 1,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | ,73 | ,895 | ,140 | 0 | 3 | ,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 1,30 | 1,302 | ,291 | 0 | 5 | 1,00 |
| **АСВ С-** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 4,10 | 1,021 | ,228 | 2 | 5 | 4,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 3,12 | 1,327 | ,207 | 1 | 5 | 3,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 3,40 | 1,536 | ,343 | 0 | 5 | 4,00 |
| **АСВ Н** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 1,30 | 1,218 | ,272 | 0 | 4 | 1,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 1,56 | 1,361 | ,213 | 0 | 5 | 1,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 2,30 | 1,418 | ,317 | 0 | 5 | 2,00 |
| **АСВ РРЧ** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 2,20 | 1,196 | ,268 | 0 | 5 | 2,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 2,41 | 1,396 | ,218 | 0 | 6 | 2,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 2,60 | 1,465 | ,328 | 0 | 6 | 3,00 |
| **АСВ ПДК** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 1,15 | 1,226 | ,274 | 0 | 4 | 1,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | ,93 | 1,104 | ,172 | 0 | 4 | 1,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 1,65 | 1,226 | ,274 | 0 | 4 | 1,50 |
| **АСВ ВН** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 2,95 | 1,356 | ,303 | 0 | 5 | 3,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 2,78 | 1,294 | ,202 | 0 | 5 | 3,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 3,00 | 1,026 | ,229 | 1 | 5 | 3,00 |
| **АСВ ФУ** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 4,65 | 1,927 | ,431 | 1 | 8 | 5,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 1,34 | 1,591 | ,248 | 0 | 6 | 1,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 4,90 | 2,269 | ,507 | 1 | 9 | 5,00 |
| **АСВ НРЧ** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 1,75 | 1,618 | ,362 | 0 | 6 | 1,50 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 2,00 | 1,360 | ,212 | 0 | 5 | 2,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 3,05 | 1,849 | ,413 | 0 | 6 | 3,00 |
| **АСВ ПНК** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 1,35 | 1,496 | ,335 | 0 | 4 | 1,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 1,56 | 1,184 | ,185 | 0 | 4 | 1,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 2,15 | 1,040 | ,233 | 0 | 3 | 3,00 |
| **АСВ ВК** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | ,30 | ,733 | ,164 | 0 | 3 | ,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | ,59 | ,921 | ,144 | 0 | 3 | ,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 1,20 | 1,436 | ,321 | 0 | 4 | ,50 |
| **АСВ ПЖК** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | 1,95 | 1,504 | ,336 | 0 | 4 | 2,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | 1,95 | 1,448 | ,226 | 0 | 5 | 2,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | 2,20 | 1,436 | ,321 | 0 | 5 | 2,00 |
| **АСВ ПМК** | **матери детей, больных лейкозом** | 20 | ,85 | ,813 | ,182 | 0 | 2 | 1,00 |
| **матери здоровых детей** | 41 | ,27 | ,501 | ,078 | 0 | 2 | ,00 |
| **матери детей с диагнозом ДЦП** | 20 | ,65 | ,988 | ,221 | 0 | 3 | ,00 |

****

**Kruskal-Wallis Test**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Группа** | | | | | | |
| **матери детей, больных лейкозом** | | **матери здоровых детей** | | **матери детей с диагнозом ДЦП** | | **Total** |
| **N** | **Mean Rank** | **N** | **Mean Rank** | **N** | **Mean Rank** | **N** |
| **АСВ Г+** | 20 | 56,65 | 41 | 25,41 | 20 | 57,30 | 81 |
| **АСВ Г-** | 20 | 28,48 | 41 | 48,80 | 20 | 37,53 | 81 |
| **АСВ У+** | 20 | 49,25 | 41 | 39,18 | 20 | 36,48 | 81 |
| **АСВ У-** | 20 | 36,85 | 41 | 35,00 | 20 | 57,45 | 81 |
| **АСВ Т+** | 20 | 43,93 | 41 | 40,09 | 20 | 39,95 | 81 |
| **АСВ Т-** | 20 | 42,25 | 41 | 40,18 | 20 | 41,43 | 81 |
| **АСВ З+** | 20 | 52,48 | 41 | 30,77 | 20 | 50,50 | 81 |
| **АСВ З-** | 20 | 42,25 | 41 | 47,46 | 20 | 26,50 | 81 |
| **АСВ С+** | 20 | 44,18 | 41 | 36,41 | 20 | 47,23 | 81 |
| **АСВ С-** | 20 | 52,15 | 41 | 35,45 | 20 | 41,23 | 81 |
| **АСВ Н** | 20 | 35,05 | 41 | 38,99 | 20 | 51,08 | 81 |
| **АСВ РРЧ** | 20 | 37,15 | 41 | 41,18 | 20 | 44,48 | 81 |
| **АСВ ПДК** | 20 | 40,63 | 41 | 36,49 | 20 | 50,63 | 81 |
| **АСВ ВН** | 20 | 42,93 | 41 | 39,11 | 20 | 42,95 | 81 |
| **АСВ ФУ** | 20 | 56,88 | 41 | 24,93 | 20 | 58,08 | 81 |
| **АСВ НРЧ** | 20 | 34,43 | 41 | 38,83 | 20 | 52,03 | 81 |
| **АСВ ПНК** | 20 | 34,88 | 41 | 39,41 | 20 | 50,38 | 81 |
| **АСВ ВК** | 20 | 34,30 | 41 | 40,34 | 20 | 49,05 | 81 |
| **АСВ ПЖК** | 20 | 40,25 | 41 | 40,01 | 20 | 43,78 | 81 |
| **АСВ ПМК** | 20 | 51,00 | 41 | 35,38 | 20 | 42,53 | 81 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Test Statistics(a,b)** | | | |
|  | **Chi-Square** | **df** | **Asymp. Sig.** |
| **АСВ Г+** | 36,867 | 2 | ,000 |
| **АСВ Г-** | 10,896 | 2 | ,004 |
| **АСВ У+** | 3,516 | 2 | ,172 |
| **АСВ У-** | 15,385 | 2 | ,000 |
| **АСВ Т+** | ,437 | 2 | ,804 |
| **АСВ Т-** | ,117 | 2 | ,943 |
| **АСВ З+** | 17,357 | 2 | ,000 |
| **АСВ З-** | 11,848 | 2 | ,003 |
| **АСВ С+** | 3,750 | 2 | ,153 |
| **АСВ С-** | 7,161 | 2 | ,028 |
| **АСВ Н** | 5,516 | 2 | ,063 |
| **АСВ РРЧ** | 1,027 | 2 | ,599 |
| **АСВ ПДК** | 5,316 | 2 | ,070 |
| **АСВ ВН** | ,567 | 2 | ,753 |
| **АСВ ФУ** | 39,856 | 2 | ,000 |
| **АСВ НРЧ** | 6,518 | 2 | ,038 |
| **АСВ ПНК** | 5,064 | 2 | ,079 |
| **АСВ ВК** | 5,586 | 2 | ,061 |
| **АСВ ПЖК** | ,386 | 2 | ,824 |
| **АСВ ПМК** | 8,356 | 2 | ,015 |
| a Kruskal Wallis Test | | | |
| b Grouping Variable: Группа | | | |

**Сравнения между парами групп**

**Mann-Whitney Test**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Группа** | | | | | | |
| **матери детей, больных лейкозом** | | | **матери здоровых детей** | | | **Total** |
| **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** |
| **АСВ Г+** | 20 | 46,95 | 939,00 | 41 | 23,22 | 952,00 | 61 |
| **АСВ Г-** | 20 | 21,80 | 436,00 | 41 | 35,49 | 1455,00 | 61 |
| **АСВ У+** | 20 | 36,30 | 726,00 | 41 | 28,41 | 1165,00 | 61 |
| **АСВ У-** | 20 | 32,15 | 643,00 | 41 | 30,44 | 1248,00 | 61 |
| **АСВ Т+** | 20 | 32,88 | 657,50 | 41 | 30,09 | 1233,50 | 61 |
| **АСВ Т-** | 20 | 32,05 | 641,00 | 41 | 30,49 | 1250,00 | 61 |
| **АСВ З+** | 20 | 41,55 | 831,00 | 41 | 25,85 | 1060,00 | 61 |
| **АСВ З-** | 20 | 28,25 | 565,00 | 41 | 32,34 | 1326,00 | 61 |
| **АСВ С+** | 20 | 35,05 | 701,00 | 41 | 29,02 | 1190,00 | 61 |
| **АСВ С-** | 20 | 39,63 | 792,50 | 41 | 26,79 | 1098,50 | 61 |
| **АСВ Н** | 20 | 29,00 | 580,00 | 41 | 31,98 | 1311,00 | 61 |
| **АСВ РРЧ** | 20 | 29,00 | 580,00 | 41 | 31,98 | 1311,00 | 61 |
| **АСВ ПДК** | 20 | 33,05 | 661,00 | 41 | 30,00 | 1230,00 | 61 |
| **АСВ ВН** | 20 | 32,83 | 656,50 | 41 | 30,11 | 1234,50 | 61 |
| **АСВ ФУ** | 20 | 47,45 | 949,00 | 41 | 22,98 | 942,00 | 61 |
| **АСВ НРЧ** | 20 | 28,48 | 569,50 | 41 | 32,23 | 1321,50 | 61 |
| **АСВ ПНК** | 20 | 28,35 | 567,00 | 41 | 32,29 | 1324,00 | 61 |
| **АСВ ВК** | 20 | 27,80 | 556,00 | 41 | 32,56 | 1335,00 | 61 |
| **АСВ ПЖК** | 20 | 31,10 | 622,00 | 41 | 30,95 | 1269,00 | 61 |
| **АСВ ПМК** | 20 | 39,25 | 785,00 | 41 | 26,98 | 1106,00 | 61 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Test Statistics(a)** | | | | |
|  | **Mann-Whitney U** | **Wilcoxon W** | **Z** | **Asymp. Sig. (2-tailed)** |
| **АСВ Г+** | 91,000 | 952,000 | -4,942 | ,000 |
| **АСВ Г-** | 226,000 | 436,000 | -2,863 | ,004 |
| **АСВ У+** | 304,000 | 1165,000 | -1,645 | ,100 |
| **АСВ У-** | 387,000 | 1248,000 | -,395 | ,693 |
| **АСВ Т+** | 372,500 | 1233,500 | -,596 | ,551 |
| **АСВ Т-** | 389,000 | 1250,000 | -,329 | ,742 |
| **АСВ З+** | 199,000 | 1060,000 | -3,454 | ,001 |
| **АСВ З-** | 355,000 | 565,000 | -,888 | ,375 |
| **АСВ С+** | 329,000 | 1190,000 | -1,336 | ,182 |
| **АСВ С-** | 237,500 | 1098,500 | -2,722 | ,006 |
| **АСВ Н** | 370,000 | 580,000 | -,633 | ,527 |
| **АСВ РРЧ** | 370,000 | 580,000 | -,631 | ,528 |
| **АСВ ПДК** | 369,000 | 1230,000 | -,668 | ,504 |
| **АСВ ВН** | 373,500 | 1234,500 | -,575 | ,566 |
| **АСВ ФУ** | 81,000 | 942,000 | -5,166 | ,000 |
| **АСВ НРЧ** | 359,500 | 569,500 | -,793 | ,428 |
| **АСВ ПНК** | 357,000 | 567,000 | -,841 | ,401 |
| **АСВ ВК** | 346,000 | 556,000 | -1,224 | ,221 |
| **АСВ ПЖК** | 408,000 | 1269,000 | -,031 | ,975 |
| **АСВ ПМК** | 245,000 | 1106,000 | -2,988 | ,003 |
| a Grouping Variable: Группа | | | | |

**Mann-Whitney Test**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Группа** | | | | | | |
| **матери детей, больных лейкозом** | | | **матери детей с диагнозом ДЦП** | | | **Total** |
| **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** |
| **АСВ Г+** | 20 | 20,20 | 404,00 | 20 | 20,80 | 416,00 | 40 |
| **АСВ Г-** | 20 | 17,18 | 343,50 | 20 | 23,83 | 476,50 | 40 |
| **АСВ У+** | 20 | 23,45 | 469,00 | 20 | 17,55 | 351,00 | 40 |
| **АСВ У-** | 20 | 15,20 | 304,00 | 20 | 25,80 | 516,00 | 40 |
| **АСВ Т+** | 20 | 21,55 | 431,00 | 20 | 19,45 | 389,00 | 40 |
| **АСВ Т-** | 20 | 20,70 | 414,00 | 20 | 20,30 | 406,00 | 40 |
| **АСВ З+** | 20 | 21,43 | 428,50 | 20 | 19,58 | 391,50 | 40 |
| **АСВ З-** | 20 | 24,50 | 490,00 | 20 | 16,50 | 330,00 | 40 |
| **АСВ С+** | 20 | 19,63 | 392,50 | 20 | 21,38 | 427,50 | 40 |
| **АСВ С-** | 20 | 23,03 | 460,50 | 20 | 17,98 | 359,50 | 40 |
| **АСВ Н** | 20 | 16,55 | 331,00 | 20 | 24,45 | 489,00 | 40 |
| **АСВ РРЧ** | 20 | 18,65 | 373,00 | 20 | 22,35 | 447,00 | 40 |
| **АСВ ПДК** | 20 | 18,08 | 361,50 | 20 | 22,93 | 458,50 | 40 |
| **АСВ ВН** | 20 | 20,60 | 412,00 | 20 | 20,40 | 408,00 | 40 |
| **АСВ ФУ** | 20 | 19,93 | 398,50 | 20 | 21,08 | 421,50 | 40 |
| **АСВ НРЧ** | 20 | 16,45 | 329,00 | 20 | 24,55 | 491,00 | 40 |
| **АСВ ПНК** | 20 | 17,03 | 340,50 | 20 | 23,98 | 479,50 | 40 |
| **АСВ ВК** | 20 | 17,00 | 340,00 | 20 | 24,00 | 480,00 | 40 |
| **АСВ ПЖК** | 20 | 19,65 | 393,00 | 20 | 21,35 | 427,00 | 40 |
| **АСВ ПМК** | 20 | 22,25 | 445,00 | 20 | 18,75 | 375,00 | 40 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Test Statistics(b)** | | | | | |
|  | **Mann-Whitney U** | **Wilcoxon W** | **Z** | **Asymp. Sig. (2-tailed)** | **Exact Sig. [2\*(1-tailed Sig.)]** |
| **АСВ Г+** | 194,000 | 404,000 | -,164 | ,870 | ,883(a) |
| **АСВ Г-** | 133,500 | 343,500 | -1,856 | ,063 | ,072(a) |
| **АСВ У+** | 141,000 | 351,000 | -1,619 | ,106 | ,114(a) |
| **АСВ У-** | 94,000 | 304,000 | -3,111 | ,002 | ,004(a) |
| **АСВ Т+** | 179,000 | 389,000 | -,587 | ,557 | ,583(a) |
| **АСВ Т-** | 196,000 | 406,000 | -,110 | ,912 | ,925(a) |
| **АСВ З+** | 181,500 | 391,500 | -,516 | ,606 | ,620(a) |
| **АСВ З-** | 120,000 | 330,000 | -2,272 | ,023 | ,030(a) |
| **АСВ С+** | 182,500 | 392,500 | -,499 | ,618 | ,640(a) |
| **АСВ С-** | 149,500 | 359,500 | -1,429 | ,153 | ,174(a) |
| **АСВ Н** | 121,000 | 331,000 | -2,192 | ,028 | ,033(a) |
| **АСВ РРЧ** | 163,000 | 373,000 | -1,030 | ,303 | ,327(a) |
| **АСВ ПДК** | 151,500 | 361,500 | -1,354 | ,176 | ,192(a) |
| **АСВ ВН** | 198,000 | 408,000 | -,056 | ,955 | ,968(a) |
| **АСВ ФУ** | 188,500 | 398,500 | -,316 | ,752 | ,758(a) |
| **АСВ НРЧ** | 119,000 | 329,000 | -2,228 | ,026 | ,028(a) |
| **АСВ ПНК** | 130,500 | 340,500 | -1,960 | ,050 | ,060(a) |
| **АСВ ВК** | 130,000 | 340,000 | -2,228 | ,026 | ,060(a) |
| **АСВ ПЖК** | 183,000 | 393,000 | -,469 | ,639 | ,659(a) |
| **АСВ ПМК** | 165,000 | 375,000 | -1,037 | ,300 | ,355(a) |
| a Not corrected for ties. | | | | | |
| b Grouping Variable: Группа | | | | | |

**Mann-Whitney Test**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Группа** | | | | | | |
| **матери здоровых детей** | | | **матери детей с диагнозом ДЦП** | | | **Total** |
| **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** | **Mean Rank** | **Sum of Ranks** | **N** |
| **АСВ Г+** | 41 | 23,20 | 951,00 | 20 | 47,00 | 940,00 | 61 |
| **АСВ Г-** | 41 | 34,32 | 1407,00 | 20 | 24,20 | 484,00 | 61 |
| **АСВ У+** | 41 | 31,77 | 1302,50 | 20 | 29,43 | 588,50 | 61 |
| **АСВ У-** | 41 | 25,56 | 1048,00 | 20 | 42,15 | 843,00 | 61 |
| **АСВ Т+** | 41 | 31,00 | 1271,00 | 20 | 31,00 | 620,00 | 61 |
| **АСВ Т-** | 41 | 30,70 | 1258,50 | 20 | 31,63 | 632,50 | 61 |
| **АСВ З+** | 41 | 25,91 | 1062,50 | 20 | 41,43 | 828,50 | 61 |
| **АСВ З-** | 41 | 36,12 | 1481,00 | 20 | 20,50 | 410,00 | 61 |
| **АСВ С+** | 41 | 28,39 | 1164,00 | 20 | 36,35 | 727,00 | 61 |
| **АСВ С-** | 41 | 29,66 | 1216,00 | 20 | 33,75 | 675,00 | 61 |
| **АСВ Н** | 41 | 28,01 | 1148,50 | 20 | 37,13 | 742,50 | 61 |
| **АСВ РРЧ** | 41 | 30,21 | 1238,50 | 20 | 32,63 | 652,50 | 61 |
| **АСВ ПДК** | 41 | 27,49 | 1127,00 | 20 | 38,20 | 764,00 | 61 |
| **АСВ ВН** | 41 | 30,00 | 1230,00 | 20 | 33,05 | 661,00 | 61 |
| **АСВ ФУ** | 41 | 22,95 | 941,00 | 20 | 47,50 | 950,00 | 61 |
| **АСВ НРЧ** | 41 | 27,60 | 1131,50 | 20 | 37,98 | 759,50 | 61 |
| **АСВ ПНК** | 41 | 28,12 | 1153,00 | 20 | 36,90 | 738,00 | 61 |
| **АСВ ВК** | 41 | 28,78 | 1180,00 | 20 | 35,55 | 711,00 | 61 |
| **АСВ ПЖК** | 41 | 30,06 | 1232,50 | 20 | 32,93 | 658,50 | 61 |
| **АСВ ПМК** | 41 | 29,40 | 1205,50 | 20 | 34,28 | 685,50 | 61 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Test Statistics(a)** | | | | |
|  | **Mann-Whitney U** | **Wilcoxon W** | **Z** | **Asymp. Sig. (2-tailed)** |
| **АСВ Г+** | 90,000 | 951,000 | -4,956 | ,000 |
| **АСВ Г-** | 274,000 | 484,000 | -2,115 | ,034 |
| **АСВ У+** | 378,500 | 588,500 | -,490 | ,624 |
| **АСВ У-** | 187,000 | 1048,000 | -3,681 | ,000 |
| **АСВ Т+** | 410,000 | 620,000 | ,000 | 1,000 |
| **АСВ Т-** | 397,500 | 1258,500 | -,197 | ,844 |
| **АСВ З+** | 201,500 | 1062,500 | -3,439 | ,001 |
| **АСВ З-** | 200,000 | 410,000 | -3,404 | ,001 |
| **АСВ С+** | 303,000 | 1164,000 | -1,754 | ,079 |
| **АСВ С-** | 355,000 | 1216,000 | -,866 | ,387 |
| **АСВ Н** | 287,500 | 1148,500 | -1,925 | ,054 |
| **АСВ РРЧ** | 377,500 | 1238,500 | -,512 | ,609 |
| **АСВ ПДК** | 266,000 | 1127,000 | -2,315 | ,021 |
| **АСВ ВН** | 369,000 | 1230,000 | -,648 | ,517 |
| **АСВ ФУ** | 80,000 | 941,000 | -5,183 | ,000 |
| **АСВ НРЧ** | 270,500 | 1131,500 | -2,179 | ,029 |
| **АСВ ПНК** | 292,000 | 1153,000 | -1,895 | ,058 |
| **АСВ ВК** | 319,000 | 1180,000 | -1,593 | ,111 |
| **АСВ ПЖК** | 371,500 | 1232,500 | -,604 | ,546 |
| **АСВ ПМК** | 344,500 | 1205,500 | -1,280 | ,201 |
| a Grouping Variable: Группа | | | | |

1. В данной работе речь будет идти только об острых лейкозах [↑](#footnote-ref-1)