

ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ОНІСКОВЕЦЬ БОГДАНА ІВАНІВНА

УДК 159.942:616.12-005.4-005.2

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК
ЛІТНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

053 Психологія

05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Б. І. Онісковець

Науковий керівник: Максименко Сергій Дмитрович, член-кореспондент
НАПН України, доктор психологічних наук, професор

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Онісковець Б. І. Психологічні особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, 2021.

Дисертацію присвячено вирішенню проблеми емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. Спираючись на результати теоретичного аналізу психологічних особливостей жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця, можемо стверджувати, що важливим є врахування не лише особистісних характеристик, але і певних емоційних станів. Теоретично з'ясовано, що низкою дослідників було виділено різноманітні особистісні характеристики хворих на ішемічну хворобу серця. Так, в структурі так званого особистісного типу «А» відзначені різні психологічні особливості, іноді суперечливі. Представленість в етіології та патогенезі хвороби особистісних, соціальних і біологічних факторів у кожного конкретного хворого може бути різною. Крім того, інфаркт міокарда можливий і у особи, «що не вкладається в класичний коронарний особистісний профіль» (наприклад, у пацієнта, що палить, страждає на ожиріння, і при цьому не має особистісних особливостей типу «А»). У контексті проблематики проведено ґрунтовний аналіз значної кількості статистичних досліджень та сучасних наукових праць, що дав змогу констатувати, що при виявленні конкретних особистісних характеристик, питання про те чи є ці характеристики преморбідними або сформованими в результаті хвороби не завжди має однозначну відповідь.

Теоретично з'ясовано, що негативні почуття погіршують функціональний стан серця, викликаючи його електромагнітну дестабілізацію. Серед основних механізмів, через які реалізується патогенний вплив стресу при ІХС можна назвати: підвищене виділення катехоламінів, що призводить до збільшення

потреби міокарду в кисневі внаслідок зростання частоти серцевих скорочень, артеріального тиску і сили скорочення міокарду; порушення судинного тону епікардіальних артерій і мікроциркуляції; підвищення агрегації тромбоцитів, секреції деяких факторів згортання крові, зниження фібринолітичної активності крові.

На основі проведеного теоретичного аналізу наукових досліджень проблематики нами виявлено, що на формування конкретних станів можуть впливати біологічні, соціальні та особистісні фактори.

Виходячи із аналізу літератури було визначено, що компоненти психоемоційних станів пацієнтів з ІХС складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів, таких як тривога, депресія, астенія, ворожість тощо, а також особливості соматичного стану, клінічні прояви ІХС та супутні зміни психоемоційної сфери; специфіку психотравмуючих ситуацій; особистісні особливості, зокрема, агресивність, а також тривожність, невротичність і депресивність в структурі своїх особистісних характеристик.

З'ясовано, що поряд із тривалим емоційним перенапруженням значну роль при захворюванні на ІХС літніх жінок відіграють гостра та хронічна травматизація психіки, психоемоційні розлади, найбільш значущими серед яких є депресивні та тривожно-фобічні. Крім того, при депресії мають місце такі поведінкові чинники, як небажання пацієнтів приймати медикаментозні препарати та дотримуватись призначеного режиму.

Реалізація завдань дослідження нами організаційно здійснювалась у три етапи. На першому етапі визначалися тема, мета, гіпотеза, предмет і завдання дослідження, здійснена систематизація та теоретичний аналіз досліджень з проблематики порушень репродуктивної сфери у жінок у наукових джерелах. На другому – проведено підбір та обґрунтування методичного забезпечення експериментального дослідження. На третьому – безпосередньо втілено формувальний експеримент та здійснено експериментальну перевірку результатів дослідження та ефективності упровадженої авторської програми.

Застосований нами у роботі психодіагностичний інструментарій та фізіологічні методи дослідження відповідають поставленим завданням експериментального дослідження. Обрані методи та методики сприяють комплексному вивченню компонентів психоемоційного стану пацієнтів похилого віку, хворих на ІХС. Було виокремлено 24 компоненти: депресія; тривожність; астенія; нервово-психічна напруга; агресія із її підвидами: фізична агресія, вербальна агресія, непрямая агресія, негативізм, роздратування, підозрілість, образа та почуття провини; невротичність; спонтанна агресивність; дратівливість; товариськість; врівноваженість; реактивна агресивність; сором'язливість відкритість; екстраверсія-інтроверсія; емоційна лабільність; маскулінізм-фемінізм.

Виходячи із отриманих даних було підібрано відповідні до них методики для визначення кількісної оцінки (опитувальники) та проведені опитування. Опитування проводились на засадах повної анонімності. Компоненти психологічного стану при ІХС складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів (тривога, депресія, астенія, ворожість), клінічні прояви ІХС та супутні зміни психоемоційної сфери; особистісні особливості, зокрема, агресивність, а також тривожність, невротичність і депресивність в структурі особистісних характеристик

Емпіричним шляхом з'ясовано, що жінки похилого віку, хворі на ішемічну хворобу серця характеризуються високим рівнем тривожності, а також яскраво вираженими проявами тривоги і депресії. На основі отриманих результатів було визначено методику статистичної обробки даних. Враховуючи невеликий розмір вибірки доцільним стало використання критерію U Манна-Уїтні для порівняння вибірових даних. Експериментальне дослідження показало, до значимих психофізіологічних станів жінок похилого віку, хворих на ІХС ми можемо віднести: алекситимію – значимо перевищує аналогічні показники у здорових людей і у чоловіків; депресивність – значимо перевищує аналогічні показники для контрольної групи з умовно здорових

людей похилого віку, проте нижча ніж у чоловіків – пацієнтів експериментальної групи; тривожність – цей компонент значимо перевищує аналогічний показник у чоловіків похилого віку з експериментальної групи; невротичність – суттєво вища ніж у здорових людей і ніж у чоловіків; знижена товариськість (нижча ніж у здорових та нижча ніж у чоловіків); низька відкритість (як порівняно із чоловіками так, і з контрольною групою); висока емоційна лабільність (у порівнянні як з ЕГЧ, так і з КГ). Також жінки виявились більш фемінними, а чоловіки, відповідно, більш маскулінними. Порівняно із здоровими пацієнтами (пов'язано із захворюванням на ІХС, безвідносно до гендеру) психофізіологічними особливостям жінок похилого віку є: астенічність; нервово-психічна напруга; вербальна агресія; негативізм; роздратування; підозрілість; образа; почуття провини; спонтанна агресивність; дратівливість; невірноваженість

За результатами емпіричного дослідження було визначено 16 компонентів психофізіологічного стану жінок похилого віку, хворих на ішемічну хворобу серця, які притаманні саме цій гендерновіковій категорії пацієнтів.

Розкрито принципи та описано комплексну програму психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця. Основна мета Програми базувалась на основі системного та генетико-моделюючого підходів та полягає в підтриманні фізичного та психічного статусів. Приймаючи всі характеристики системи та генетико-моделюючого підходу, ми, як особливо важливі для нас, виокремили наступні: цілісність, взаємозв'язок системи із середовищем, ієрархічність, множинність опису, цілеспрямованість та самоорганізація.

Встановлено компоненти психоемоційного стану пацієнтів літнього віку, хворих на ІХС, що дозволяють цілеспрямовано впливати на патогенетичні чинники розвитку та зменшувати їх рівень завдяки спеціальним психокорекційним та психопрофілактичним заходам, та співвідноситись з індивідуальними та статевовіковими особливостями.

На основі проведеного дослідження, з урахуванням визначених компонентів психоемоційних станів пацієнтів з ІХС, визначено комплекс психофізіологічних чинників та основні положення Програми, перелік і послідовність заходів. Комплекс заходів психокорекції складався з 3-х блоків, що мали різні цілі та змістовне наповнення: педагогічний, покращення психоемоційних характеристик особистості; покращення фізичного стану, підвищення витривалості та працездатності. Структура і зміст педагогічного блоку була універсальною для усього медичного персоналу, а наповнення другого та третього блоків було диференційованим, що змінювалось в залежності від рівня профілактичного та психокорекційного впливу. Загальна тривалість комплексу заходів містила 7 групових занять по 3 години кожне. В якості базової технології застосовували когнітивно-поведінковий тренінг. Допоміжними техніками були: рольова гра, арт-терапія, гештальт-терапія, когнітивно-орієнтована психокорекція.

Розглянуто результати впливу від впровадження даної Програми на психоемоційні характеристики групи жінок похилого віку з ІХС, та здійснено порівняльний аналіз із контрольною групою жінок із такими ж показниками хвороби, які не підлягали впливу запропонованої методики. В процесі формувального експерименту розглянуто такі психоемоційні стани як: алекситимія, депресивність, тривожність, невротичність, знижена товариськість, низька відкритість та висока емоційна лабільність.

Для визначення змін в психоемоційних станах було використано психодіагностичні методики аналогічні застосованим під час констатувального експерименту, а саме: шкали Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HRDS, або HAM-D) і для оцінки тривожних розладів; опитувальник FPI, що містить 12 шкал, серед яких нас цікавила шкала I (невротичність), що характеризує рівень невротизації особистості; шкала V (товариськість), яка характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності; шкала IX (відкритість), що дозволяє характеризувати ставлення до соціального

оточення і рівень самокритичності та шкала ХІ (емоційна лабільність), що характеризує стійкість емоційного стану та уміння володіти собою.

Доведено ефективність упровадженої комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця, при цьому значення коефіцієнта кореляції Спірмена для означених психоемоційних показників знаходиться в межах від 0.964 до 0.988, що говорить про високу ступінь відповідності (тісний зв'язок) між впливом впровадженої Програми і отриманими результатами, за шкалою Чеддока.

На жаль, аналіз результатів впровадження запропонованої нами Програми не встановив значущої зміни показників для психоемоційного стану «Товариськість». Не зважаючи на позитивний приріст (4,56%), імовірність позитивного впливу запропонованої Програми знаходиться поза зоною достовірності.

Практична значення. Результати дисертаційного дослідження становлять теоретичне та практичне підґрунтя в практиці медичних психологів та медиків, що працюють з жінками літнього віку з серцево-судинною нозологією.

Розроблена та апробована комплексну програму психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця може бути рекомендована фахівцям з психокорекційної роботи з пацієнтами на поліклінічному етапі та групах здоров'я.

Запропоновані елементи програми для осіб з ішемічною хворобою серця також можуть бути реалізовані у подальшому систематичному самостійному виконанні тренувальних вправ, повсякденному застосуванні навичок дихальної гімнастики та релаксації.

Ключові слова: емоційний стан, ішемічна хвороба серця, жінки літнього віку, тривожність, алекситимія, депресивність, невротичність, товариськість, відкритість, емоційна лабільність, психокорекція.

ANNOTATION

Oniskovets B.I. Psychological features of emotional states of elderly women with coronary heart disease. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 05 – social and behavioral sciences, specialty 053 – psychology. – G.S. Kostyuk Institute of Psychology, National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2021.

The dissertation is devoted to solving the problem of emotional states of elderly women with coronary heart disease. Based on the results of theoretical analysis of the psychological characteristics of elderly women with coronary heart disease. we can say that it is important to take into account not only personal characteristics, but also certain emotional states. Theoretically, a number of researchers have identified a variety of personal characteristics of patients with coronary heart disease. Thus, in the structure of the so-called personality type "A" there are various psychological features, sometimes contradictory. Representation in the etiology and pathogenesis of the disease of personal, social and biological factors in each patient may be different. In addition, myocardial infarction is possible in a person "who does not fit into the classic coronary personality profile" (for example, a patient who smokes, is obese, and has no personality traits of type "A"). In the context of the issue, a thorough analysis of a large number of statistical studies and modern scientific works, which allowed us to state that when identifying specific personality characteristics, the question of whether these characteristics are premorbid or formed as a result of the disease does not always have an unambiguous answer. It is theoretically found that negative feelings worsen the functional state of the heart, causing its electromagnetic destabilization. Among the main mechanisms through which the pathogenic effects of stress in coronary heart disease are: increased secretion of catecholamines, which leads to increased myocardial oxygen demand due to increased heart rate, blood pressure and myocardial contraction; violation of vascular tone of the epicardial arteries and microcirculation; increased platelet

aggregation, secretion of some coagulation factors, decreased fibrinolytic activity of blood.

Based on the theoretical analysis of scientific research, we found that the formation of specific conditions can be influenced by biological, social and personal factors.

Based on the analysis of the literature, it was determined that the components of psycho-emotional states of patients with coronary heart disease consist of a set of psychophysiological factors, including: the specifics of emotionally negative states such as anxiety, depression, asthenia, hostility, etc. somatic condition, clinical manifestations of coronary heart disease and concomitant changes in the psycho-emotional sphere; specifics of psycho-traumatic situations; personality traits, in particular, aggression, as well as anxiety, neuroticism and depression in the structure of their personal characteristics.

Acute and chronic traumatization of the psyche, psycho-emotional disorders, the most significant of which are depressive and anxiety-phobic, have been found to play a significant role in the development of coronary heart disease in older women, along with prolonged emotional stress. In addition, in depression, there are behavioral factors such as patients' reluctance to take medication and adhere to the prescribed regimen.

We implemented the research tasks organizationally in three stages. At the first stage, the topic, purpose, hypothesis, subject and objectives of the study were determined, systematization and theoretical analysis of research on reproductive disorders in women in scientific sources. On the second - the selection and substantiation of methodical support of experimental research is carried out. On the third - directly formed a formative experiment and carried out an experimental test of research results and the effectiveness of the implemented author's program.

The psychodiagnostic tools and physiological methods of research used by us correspond to the set tasks of experimental research. Selected methods and techniques contribute to a comprehensive study of the components of the psycho-emotional state of elderly patients with coronary heart disease. 24 components were

identified: depression; anxiety; asthenia; nervous and mental stress; aggression with its subspecies: physical aggression, verbal aggression, indirect aggression, negativism, irritation, suspicion, resentment and guilt; neuroticism; spontaneous aggression; irritability; sociability; balance; reactive aggression; shyness openness; extraversion-introversion; emotional lability; masculinism-feminism.

Based on the obtained data, the appropriate methods for determining the quantitative assessment (questionnaires) were selected and surveys were conducted. The polls were conducted on the basis of complete anonymity. The components of the psychological state of coronary heart disease consist of a set of psychophysiological factors, which include: the specifics of emotionally negative states (anxiety, depression, asthenia, hostility), clinical manifestations of coronary heart disease and concomitant changes in the psycho-emotional sphere; personality traits, in particular, aggression, as well as anxiety, neuroticism and depression in the structure of personal characteristics

Empirically, it is found that older women with coronary heart disease are characterized by high levels of anxiety, as well as pronounced manifestations of anxiety and depression. Based on the obtained results, the method of statistical data processing was determined. Given the small sample size, it was advisable to use the Mann-Whitney U test to compare the sample data. Experimental research has shown that significant psychophysiological conditions of elderly women with coronary heart disease include: alexithymia - significantly higher than similar indicators in healthy people and men; depression - significantly higher than similar indicators for the control group of relatively healthy elderly people, but lower than in men - patients of the experimental group; anxiety - this component significantly exceeds the same figure in older men from the experimental group; neuroticism - significantly higher than in healthy people and than in men; reduced sociability (lower than in healthy and lower than in men); low openness (both compared to men and with the control group); high emotional lability (compared with both EGC and CG). Also, women turned out to be more feminine, and men, respectively, more masculine. Compared with healthy patients (associated with coronary heart disease,

regardless of gender), the psychophysiological features of elderly women are: asthenia; nervous and mental stress; verbal aggression; negativism; irritation; suspiciousness; insult; guilt; spontaneous aggression; irritability; Imbalance

The empirical study identified 16 components of the psychophysiological state of elderly women with coronary heart disease, which are specific to this gender-age category of patients.

The principles and a comprehensive program of psychocorrection of emotional states of elderly women patients with coronary heart disease. The main goal of the Program was based on systemic and genetic modeling approaches and is to maintain physical and mental status. Taking all the characteristics of the system and genetic modeling approach, we, as particularly important for us, identified the following: integrity, the relationship of the system with the environment, hierarchy, plurality of descriptions, purposefulness and self-organization.

The components of the psycho-emotional state of elderly patients with coronary heart disease have been identified, which allow to purposefully influence the pathogenetic factors of development and reduce their level due to special psychocorrectional and psychoprophylactic measures, and to correlate with individual and gender characteristics.

Based on the study, taking into account certain components of psycho-emotional states of patients with coronary heart disease, a set of psychophysiological factors and the main provisions of the Program, a list and sequence of measures. The complex of psychocorrection measures consisted of 3 blocks that had different goals and content: pedagogical, improvement of psycho-emotional characteristics of the individual; improving physical condition, increasing endurance and efficiency. The structure and content of the pedagogical block was universal for all medical staff, and the content of the second and third blocks was differentiated, which varied depending on the level of preventive and psycho-corrective impact. The total duration of the set of activities included 7 group classes of 3 hours each. Cognitive-behavioral training was used as a basic technology. Auxiliary techniques were: role play, art therapy, gestalt therapy, cognitive-oriented psychocorrection.

with the same indicators of the disease, which were not affected by the proposed method. In the process of the formative experiment such psycho-emotional states as alexithymia, depression, anxiety, neuroticism, reduced sociability, low openness and high emotional lability were considered.

To determine changes in psychoemotional states, psychodiagnostic techniques similar to those used during the statement experiment were used, namely: Hamilton psychiatric rating scale for depression (HRDS, or HAM-D) and for anxiety disorders; FRI questionnaire, which contains 12 scales, among which we were interested in scale I (neuroticism), which characterizes the level of neuroticism of the individual; scale V (sociability), which characterizes both potential opportunities and real manifestations of social activity; scale IX (openness), which allows to characterize the attitude to the social environment and the level of self-criticism, and scale XI (emotional lability), which characterizes the stability of the emotional state and self-control.

on coronary heart disease, with the value of Spearman's correlation coefficient for these psycho-emotional indicators is in the range from 0.964 to 0.988, which indicates a high degree of correspondence (close relationship) between the impact of the Program and the results obtained on the Chaddock scale. Unfortunately, the analysis of the results of the implementation of our proposed Program did not reveal a significant change in the indicators for the psycho-emotional state of "Sociability". Despite the positive increase (4.56%), the probability of a positive impact of the proposed Program is outside the zone of reliability.

Practical value. The results of the dissertation research are a theoretical and practical basis in the practice of medical psychologists and physicians working with elderly women with cardiovascular nosology.

Developed and tested a comprehensive program of psychocorrection of emotional states of elderly women with coronary heart disease can be recommended Specialists in psychocorrectional work with patients at the outpatient stage and health groups.

The proposed elements of the program for people with coronary heart disease can also be implemented in the further systematic self-training exercises, daily application of breathing exercises and relaxation.

Keywords: emotional state, ischemic heart disease, elderly women, anxiety, alexithymia, depression, neuroticism, sociability, openness, emotional lability, psychocorrection.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, що входять до міжнародних наукометричних баз даних:

1. Онісковець Б.І. Емоційні стани жінок літнього віку при ішемічній хворобі серця як комплексне явище особистості. *Психологічний часопис : зб. наук. пр.* Київ, 2020. Вип. 6, № 9 (41), С. 86- 95.

URL: <https://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/issue/view/41>

2. Онісковець Б.І. Дослідження особливостей емоційного стану жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця. *Психологічний часопис : зб. наук. пр.* Київ, 2021. Вип. 6(50), № 7, С. 89- 94.

URL: <https://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/issue/view/50>

3. Онісковець Б.І. До проблеми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку з серцево-судинними захворюваннями. *Психологічний часопис : зб. наук. пр.* Київ, 2021. Вип. 5(49), № 7, С. 107- 94.

URL: <https://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/issue/view/49>

4. Онісковець Б.І. Експериментальна перевірка авторської програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. *Психологічний часопис : зб. наук. пр.* Київ, 2021. Вип. 7(51), № 7, С. 16- 29.

URL: <https://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/issue/view/51>

Статті у наукових виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз даних:

5. Oniskovets, B. (2021). Study of alexythimia in elderly women with ischemic heart disease. *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. New York, 2021. Vol. 21. No. 2, P. 69-71.

6. Онісковець Б.І. Психологічні особливості жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. *Науковий журнал «Молодий вчений»*, Херсон, 2020, № 7 (83), С. 22–26.

Публікації в інших наукових виданнях і збірниках матеріалів наукових конференцій та конгресів:

7. Онісковець Б. І. Психологічні особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. *II Міжнародна науково – практична інтернет - конференція «Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі:літні диспути»*, Дніпро, Україна 17 – 18 серпня 2020. С. 358 -359.

URL:<http://www.wayscience.com/wp-content/uploads/2020/08/2nd-Conference-Summer-Debates-1.pdf>

8. Онісковець Б. І. Особливості виникнення негативних емоційних станів у осіб з серцево – судинними захворюваннями. *Міжнародна науково – практична конференція «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі»*, Київ, Україна 4 – 5 вересня 2020. С. 110 -112.

URL:

<http://ispukr.org.ua/wp-content/uploads/2020/08/%D0%9A%D0%B8%D1%97%D0%B2.pdf>

9. Онісковець Б. І. Емоційні стани в генезі та перебігу захворювань ішемічної хвороби серця у жінок літнього віку. *Міжнародна науково – практична конференція «Людина та соціум: сучасні проблеми взаємодії (психологічні та педагогічні аспекти)»*, Львів, Україна 25 – 26 вересня 2020. С. 11 -13 URL:

http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/16532/1/Meshko_HM_2020_12.pdf

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ANNOTATION.....	8
СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.....	14
ЗМІСТ.....	16
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	18
ВСТУП.....	19
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	28
1.1 Теоретичний аналіз основних клінічних характеристик хворих на ішемічну хворобу серця.....	28
1.2 Психологічні особливості жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.....	40
1.3 Теоретичне підґрунтя дослідження емоційних станів в генезі та перебігу захворювань ішемічної хвороби серця.....	48
1.4 Особливості виникнення негативних емоційних станів у осіб з серцево-судинними захворюваннями.....	56
Висновки до першого розділу.....	73
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	76
2.1. Організація емпіричного дослідження та характеристика дослідницької вибірки	76

2.2. Обґрунтування методів та методик забезпечення дослідження.....	81
2.3. Емпіричне опрацювання результатів дослідження емоційних станів жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця.....	91
Висновки до другого розділу.....	141
РОЗДІЛ III КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМУ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	145
3.1. Обґрунтування методологічної основи психокорекційної програми.....	145
3.2. Комплексна програма психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця.	154
3.3. Дослідження ефективності комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця.....	177
Висновки до третього розділу.....	190
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	194
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	198
ДОДАТКИ.....	228

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ІХС	– Ішемічна хвороба серця
МОЗ України	– Міністерство охорони здоров'я України
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
МКХ-10	– Міжнародний класифікатор хвороб 10-го перегляду
ІМ	– Інфаркт міокарду
ГХ	– Гіпертонічна хвороба

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На теперішній час в Україні існує стійка тенденція до збільшення кількості гострих патологічних станів нехірургічного профілю. Насамперед це стосується таких станів, як ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарду (ІМ), кризи у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та інші. Ішемічна хвороба серця є одним із виразних справжніх психосоматичних захворювань (Аммон Г. Л., Чабан О. С.). Принцип соціальної енергії в єдиній думці динамічної психіатрії. Психологічна діагностика відношення до хвороби при нервово психологічній і соматичній патології. Одним з наслідків ішемічної хвороби серця є порушення нервово-психічної сфери. Основною причиною безпосередньої та віддаленої смертності від ІХС є інфаркт міокарда (Нетяженко В. З., Ташук В. К.). Складний багатофакторний патогенез цього захворювання і відсутність єдиних діагностичних критеріїв ускладнює своєчасну професійну діагностику, що є однією із причин недостатньо високої ефективності лікування.

Актуальність проблеми пов'язана з неухильним зростанням великої кількості захворювань на ІХС. У цей час потреба в санаторному лікуванні хворих на ІХС задовольняється лише частково для осіб працездатного віку, при цьому амбулаторно-поліклінічна ланка психокорекції практично відсутня.

На сьогоднішні відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів з психокорекції хворих із захворюваннями серця розроблено схеми відновлювального лікування та психокорекції.

Однак, в умовах сучасної України, коли реабілітаційні послуги здебільшого надають працівники спеціалізованих комерційних центрів участь у програмах психокорекції виявилася матеріально недоступною для більшості

людей літнього віку, які хворіють на ІХС. Така ситуація породжує необхідність пошуку та створення доступних програм для людей літнього віку, хворих на ІХС, з метою підвищення активності та поліпшення якості їх життя.

Важливою проблемою закордонної та вітчизняної медицини є факт низької прихильності (compliance) літніх пацієнтів з ІХС до реабілітаційних заходів, які є основою вторинної психокорекції (Лопатін Ю. М., Breslau N., Horwitz R. I., Leemrijse C. J.).

Деякі вітчизняні та зарубіжні кардіологи вважають літній вік фактором ризику, що перешкоджає застосуванню інтервенційних технологій. Літні пацієнти з комплексом супутніх захворювань мають більший ризик захворювання на ІХС (Бабунашвілі А. М., Grossman W.).

Виявлення та лікування ІХС ускладнене тим, що зв'язок симптомів з усвідомленими проявами психічної активності людини неоднозначний, не завжди очевидний і опосередкований маловивченими явищами несвідомої сфери психіки пацієнта. Роль сполучної ланки між психічною та соматичною сферами відводиться емоціям (Тополянський В. Д., Струківська М. В.).

Дослідники встановили тісний зв'язок між негативними емоціями і психосоматичними розладами (Бастіаанс Я., Бльомке М., Гроен Дж., Данбар Ф., Денисюк І., Коваль І.А., Корнацький В.М., Миколаєва В. В., Сидоров В. І Лільєфорс Й., Рахе Р., Розенман Р.).

У низці досліджень відзначено значущість впливу психологічних і соціальних факторів на перебіг серцево-судинних захворювань. До факторів негативного впливу відносять психоемоційну напругу, тип особистості, шкідливі звички та інші особливості способу життя (Murray J., Stewart S.).

Доведено зв'язок психічного статусу з довгостроковим прогнозом у хворих з серцево-судинними захворюваннями. Пацієнти із симптомами психологічного стресу після перенесеного інфаркту мають удвічі більшу смертність протягом 5 років, навіть якщо всі інші фактори ризику захворювання контролюються. Останні дослідження (Гусейнов І.,

Смулевич Б., Фільц О.О., Фоміна І. Г.) підтвердили, що злоба і негативізм підвищують ризик ІХС шляхом збільшення кардіоваскулярної реактивності. Зміни нервової системи й психоемоційне напруження, як такі, можуть призводити до розвитку атеросклерозу. Низка авторів (Курдибайло С. Ф., Личакарі В. А., Сорокіна Є. І.) вважають, що сам по собі невроз може впливати на формування ішемічної хвороби серця. Як наслідок, розробка відповідних програм психокорекції неможлива без впровадження сучасних психологічних досліджень в емоційній сфері жінок з ІХС, що забезпечуватимуть високий рівень психокорекції літніх людей, оцінки та прогнозів якості їх здоров'я.

Разом з тим, недостатньо вивченим залишається питання емоційних станів жінок літнього віку, особливості співвідношення окремих компонентів (тривоги, депресії, агресивності тощо) в структурі емоційних станів.

Недостатня розробленість проблеми, її актуальність зумовили вибір теми дослідження: «Психологічні особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця».

Зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами.

Тема дослідження входить до тематичних планів досліджень лабораторії психології навчання ім. І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України «Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми» (державний реєстраційний номер 0118U003098, 2018–2020 рр.). Тема дисертації затверджена на засіданні вченої ради Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 12 від 26.12.19 р.) й узгоджена рішенням бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 1 від 28.01.2020 р.).

Об'єкт дослідження: психологічні особливості жінок літнього віку.

Предмет дослідження: особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

Мета дослідження полягає у вивченні особливостей емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця на амбулаторному етапі лікування та розробити на цій основі комплексну програму психокорекції таких станів.

Гіпотеза в основу дослідження покладено припущення про те що, у жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця, порівняно із умовно здоровими особами, проявляються певні особливості психоемоційної сфери, ступінь вираженості яких залежить від статевовікових показників.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати основні теоретичні концепції та підходи до вивчення емоційних станів в контексті психосоматичного підходу та зокрема серцевосудинних захворювань.
2. Обґрунтувати психодіагностичне забезпечення та організацію емпіричного дослідження.
3. Визначити особливості емоційних станів жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця.
4. Розробити та експериментально апробувати комплексну програму психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця.

Теоретико-методологічним підґрунтям дослідження є:

трактування емоцій, їхніх властивостей та класифікацій у вітчизняних та дослідженнях радянського періоду (Бреусенко О. А., Василюк Ф.Ю., Васильєва О.С., Кириленко Т.М., Лазаренко О.О., Леонтев О.М., М'ясоїд П.А., Маклаков П.А., Рубінштейн С.Л., Симонов П.В., Санникова О.П., Теплов Б.М., Титаренко Т.М., Трофімов Ю.Л.) та у закордонних (Айзенк Г., Блейлер Е., Ізард К., Розенцвейг С., Сперлінг М., Хебб Д.О.);

концептуальні положення про психофізіологічну єдність серця і емоційно-особистісної сфери (Армор Дж. Е., Войно-Ясенецький В.Ф., Мартін Г., Пірс Дж. Ч., Хессет Дж., Чілдре Д., Юркевич П. Д.),

концептуальні положення про участь психологічних факторів у етіології та патогенезі ішемічної хвороби серця (Бастіаанс Я., Бльомке М., Гроен Дж, Данбар Ф., Лільєфорс Й., Рахе Р., Розенман Р., Денисюк В. І., Коваль І. А., Корнацький В. М., Смулевич А. Б., Соболева Г. М., Чазов Є. І., Шмалій В. І. та ін.),

концепція системної будови вищих психічних функцій (Виготський Л. С., Лурія О. Р., Хомська О.Д.),

концептуальні положення про емоційну регуляцію особистості (Максименко С.Д., Моляко В.О., Смульсон М.Л., Зейгарник Б.В., Боришевський М.Й., Кокун О.М., Наумчик Н.В., Никифоров Г.С. та ін.).

Для досягнення мети та розв'язання поставлених у роботі завдань розроблено програму дослідження і застосовано комплекс **методів**:

- теоретичного рівня (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація наукових джерел з проблеми дослідження);

- емпіричного рівня (спостереження, бесіда, експеримент, метод поперечних зрізів, анкетування);

- методи математико-статистичної обробки емпіричних даних: описова статистика, непараметричні статистики для визначення статистично значимих внутрішньогрупових та міжгрупових відмінностей; метод моделювання і якісного аналізу для концептуальної візуалізації встановлених закономірностей та узагальненої інтерпретації емпіричних і математично-статистичних результатів.

У дослідженні використані методики: торонтська алекситимічна шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS); шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HDRS, або HAM-D); шкала Гамільтона для оцінки тривожності; шкали астеничного стану (ШАС), яка була створена Малковою Л.Д. на основі методики MMPI; опитувальник нервово-

психічної напруги (НПН) Т.А.Немчина; опитувальник визначення стану агресії Басса-Дарки; опитувальник FPI, форма В.

Дисертаційне дослідження позначене **науковою новизною**, оскільки *вперше*:

- визначено основні особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця;
- з'ясовано компоненти психологічного стану жінок, хворих на ішемічну хворобу серця, які складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів (тривога, депресія, астения, ворожість), клінічні прояви ішемічної хвороби серця та супутні зміни психоемоційної сфери; особистісні особливості, зокрема, агресивність, тривожність, невротичність та депресивність в структурі особистісних характеристик;
- розроблено комплексну програму психокорекції емоційних станів жінок літнього віку хворих на ішемічну хворобу серця.

розширено наукові уявлення щодо:

- вікових та статевих відмінностей у емоційних станах осіб літнього віку хворих на ішемічну хворобу серця.

Практична значення.

Результати дисертаційного дослідження становлять теоретичне та практичне підґрунтя в практиці медичних психологів та медиків, що працюють з жінками літнього віку з серцево-судинною нозологією.

Розроблена та апробована комплексну програму психокорекції емоційних станів жінок літнього віку хворих на ішемічну хворобу серця може бути рекомендована фахівцям з психокорекційної роботи з пацієнтами на поліклінічному етапі та групах здоров'я.

Запропоновані елементи програми для осіб з ішемічною хворобою серця також можуть бути реалізовані у подальшому систематичному самостійному

виконанні тренувальних вправ, повсякденному застосуванні навичок дихальної гімнастики та релаксації.

Експериментальна база та організація дослідження.

Дослідження хворих на ІХС проводились на базі відділень кардіології наступних закладів: Комунального некомерційного підприємства «Центральна міська лікарня» Рівненської міської ради; Комунального підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради; Комунального підприємства «РОКЛДЦ імені В. Поліщука» Рівненської обласної ради; Комунального закладу вищої освіти «Рівненська медична академія» Рівненської обласної ради; Української військово – медичної академії (УМВА) м. Києва. З них 52 жінки (55,32%) і 42 чоловіки (44,68%) віком від 65 до 75 рр. Середній вік пацієнтів склав 68,87 р. Загалом на діагностичному етапі 135 респондентів похилого віку. З них 41 особа були умовно «здоровою» (середній вік 69,73 р.), тобто медичне обстеження не показало наявності патологій, у тому числі ішемічної хвороби серця (ІХС) Відповідно, у 94 особи було діагностовано ІХС.

Науково-дослідницька робота включала чотири етапи.

Перший етап – орієнтовно-пошуковий, передбачав розробку концепції роботи, визначення мети, завдань, підбір адекватних методів, здійснено вивчення стану розробки наукової проблеми на теоретичному та прикладному рівнях, планування програми дослідження.

На другому етапі – констатувальному було проведене емпіричне дослідження особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. Для цього було визначено бази дослідження, взята згода на участь в експерименті та використання отриманих персональних даних для включення їх в статистичну вибірку на засадах деперсоніфікації та анонімності. Було визначено контрольну та експериментальну групу. Проведено первинну психодіагностику, визначено поточний емоційний стан жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця..

Третій етап – формувальний. Цей етап включав розробку та апробацію

комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця. Із експериментальною групою були проведені навчальні заняття, бесіди. Наприкінці етапу були зроблені відповідні діагностичні зрізи як у контрольній, так і в експериментальній групах.

Четвертий етап – підсумковий, включав аналіз та інтерпретацію отриманого емпіричного масиву даних, визначено оцінку ефективності проведення розробленого нами комплексу занять, підбиття підсумків експерименту, відповідних висновків. Також цей етап передбачав здійснення апробації основних результатів дослідження на науково-практичних семінарах, міжвузівських, всеукраїнських та міжнародних конференціях.

Надійність і достовірність результатів дисертаційного дослідження забезпечується різносторонньою теоретико-методологічною обґрунтованістю вихідних положень, комплексним підходом до організації та проведення досліджень, відповідністю підібраних методів дослідження поставленим меті й завданням. Вибірка дослідження є репрезентативною та поєднує математичні методи обробки отриманих експериментальних даних з якісною психологічною інтерпретацією отриманих результатів.

Апробація результатів дослідження. Результати дисертаційного дослідження доповідалися на засіданнях лабораторії психології навчання імені І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (2019-2021 рр.) та міжнародних та всеукраїнських науково-практичних заходах: Міжнародній науково – практичній конференції «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі» (м. Київ, 2020 р.); II Міжнародній науково – практичній інтернет – конференції «Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: літні диспути» (м. Дніпро, 2020 р.); Міжнародній науково – практичній конференції «Людина та соціум: сучасні проблеми взаємодії (психологічні та педагогічні аспекти)» (м. Львів, 2020 р.).

Основні висновки, рекомендації та напрацювання дисертаційного дослідження були **впроваджені** у роботу наступних закладів: Комунального

підприємства «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка» Рівненської обласної ради (довідка №1923/01 - 15/21 від 11.10.2021), Комунального некомерційного підприємства «Центральна міська лікарня» Рівненської міської ради (довідка №1-8/2235 від 01.10.2021), Комунального закладу вищої освіти «Рівненська медична академія» Рівненської обласної ради (довідка №722 від 27.10. 2021), Комунального підприємства «РОКЛДЦ імені В. Поліщука» Рівненської обласної ради (акт впровадження від 13. 12. 2021); Української військово – медичної академії (УВМА) м. Києва (довідка № 88 від. 24 11.2021).

Публікації. Зміст і результати дисертації відображено автором у 9 одноосібних наукових працях, а саме: 4 статті – у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України, що входять до міжнародних наукометричних баз даних; 2 статті у наукових виданнях, що входять до міжнародних наукометричних баз даних; 3 публікацій – в інших збірниках матеріалів міжнародних наукових конференцій.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, (330 найменування, серед яких 80 – іноземною мовою), 16 додатків на 52 сторінках. Загальний обсяг дисертації складає 280 сторінок, основний зміст викладено на 197 сторінках. Робота містить 36 таблиць (загалом займають 19 сторінок) та 14 рисунків (загалом займають 6 сторінок).

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Проблематика емоційних станів жінок потребує детального науково-теоретичного вивчення. Тому перший розділ наукової роботи присвячено дослідженню та аналізу підходів, з'ясуванню сучасного стану основних клінічних характеристик хворих на ішемічну хворобу серця, розкриттю теоретичних аспектів емоційних станів у генезі та перебігу захворювань ішемічної хвороби серця серед вітчизняних та закордонних дослідників, виявленню психологічних особливостей жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

1. 1. Теоретичний аналіз основних клінічних характеристик хворих на ішемічну хворобу серця.

Встановлено, що ризик серцево-судинних захворювань пов'язаний з певними соціальними та поведінковими аспектами [103; 161; 250; 251; 255; 277]. Психологічним аспектам серцево-судинних захворювань присвячено велика низка досліджень. Так, проводилися дослідження особистісних особливостей та якості життя певної категорії хворих [32; 171; 251; 252; 267; 278; 308.] Одним з наслідків ішемічної хвороби серця є порушення нервово-психічної сфери.

Роль психічних факторів в патогенезі гіпертонічної хвороби була показана як кардіологами, так і психіатрами і психологами [97]. Знання основних механізмів розвитку гіпертонічної хвороби допомагає свідоміше сприймати лікарські поради щодо впорядкування, регламентації праці і відпочинку. Ці поради засновані на тому, що для запобігання прогресу гіпертонічної хвороби очевидна необхідність зниження інтенсивності

нервово-емоційної напруги, створення умов для розрядки “заряду” емоцій. [97; 122]

Поняття “ішемія” – визначається як зменшення кровопостачання ділянки тіла, органу або тканини – внаслідок ослаблення або припинення припливу артеріальної крові. Ішемічна хвороба серця (ІХС) – це захворювання серцевого м’яза, обумовлене порушенням рівноваги між коронарним кровотоком і метаболічними потребами міокарда. [74; 223].

Дослідник Гуревич М. А. [74] розглядає найбільш суттєві чинники ІХС: 1) чинники, що знижують кровопостачання міокарда зі зменшенням транспорту кисню до міокарда (атеросклероз коронарних артерій, тромбоз коронарних артерій, розлади мікроциркуляції та ін.); 2) фактори, що підвищують потреби міокарда в кисні (стрес, неадекватне фізичне напруження, артеріальна гіпертензія, тахікардія, інфекції та ін.).

ІХС – найпоширеніша патологія в Україні. За період 2008 – 2012 рр. її показники серед дорослих поступово збільшувалися (на 6,7 %) і досягли 24088,1 особи на 100000 населення, а захворюваність зменшилася на 2,2 % і становила 1639,9 особи на 100000 населення. За останній рік кількість хворих зросла на 60332 особи (на 1,0 %). Питома вага працездатного населення у структурі поширеності й захворюваності серед усіх дорослих становить відповідно 28,9 і 43,9 % [109; 110].

Хвороби серця та судин посідають перше місце у загальному переліку захворювань, що найчастіше призводять до зниження працездатності та смертності населення. Стабільно високий рівень захворюваності та смертності від ССЗ пояснюється вираженою індустріалізацією суспільства, що сприяє зниженню рівня фізичної активності населення в поєднанні зі збільшенням споживання тваринних жирів та загальної калорійності їжі [157; 158].

Ішемічна хвороба серця – одна з найбільш актуальних медичних, соціальних і економічних проблем [131; 132; 219; 235; 236; 287]. ІХС – одна з основних причин зниження працездатності і якості життя [131; 132].

Відповідно до низки досліджень відзначається тенденція “омолодження” коронарної хвороби серця [131; 132; 219].

Ішемічна хвороба серця – збірне поняття, являє собою групу захворювань, в основі яких лежить абсолютна або відносна недостатність коронарного кровообігу, тому ішемічна хвороба – це коронарна хвороба серця. Ця хвороба, як “самостійне захворювання” виділена Всесвітньою організацією охорони здоров’я (1965 р.) [33] у зв’язку з великим соціальним значенням. Зараз ішемічна хвороба настільки широко розповсюджена в усьому світі, особливо в економічно розвинутих країнах, що можна говорити про її епідемію. небезпека ішемічної хвороби – раптова смерть. На її частку припадає біля 2/3 випадків смерті від серцево-судинних захворювань.

Відзначається, що у молодих людей важливе значення в розвитку захворювання належить механізмам вегетативної та центральної нервової системи [53; 136; 283].

Одним з проявів хвороби є інфаркт міокарда. Інфаркт – ділянка органу або тканини, що піддається некрозу внаслідок гострого порушення кровопостачання; міокард – середній шар стінки серця, що утворюється скорочувальними м’язовими волокнами й атиповими волокнами, які в свою чергу є складовими провідної системи серця [223].

Відповідно до статистичних даних, в Україні у 2012 р., перше місце серед причин виникнення смерті посідають серцево-судинні захворювання (65,8 %) [142].

У формуванні показника захворюваності провідну роль відіграють гіпертонічна хвороба (ГХ), ІХС та цереброваскулярні захворювання, частка яких відповідно становить 36,8; 24,5 та 19,2 % [247].

У експериментальних і клінічних дослідженнях Меерсон Ф. З., Радзиевського С. А., Воронцової Є. І., Вовк В. І., Лоун Б., Де Сільви Р., Рейк Р., Муравського Б. було доведено, що комплекс стресорних ушкоджень реалізується через включення або потенціювання таких ключових механізмів, як формування катехоламін залежних порушень іонного транспорту в

клітинах серця та судин і виникнення коронароспазмів, розвиток гіперкальцієвих контрактур серця та аритмій, а також виникнення структурних пошкоджень у клітинах міокарда та судин [69; 139; 140; 141; 297].

У зв'язку з цим сучасна терапія і профілактика ІХС спрямована на обмеження або попередження гіперадреналових пошкоджень.

Захворювання серця і судин викликають різноманітні порушення функцій, які проявляються характерними симптомами і викликають різноманітні скарги у хворих. Одним з порушень роботи серця є збільшення частоти його скорочень – *тахікардія*, яка компенсує недостатність кровообігу і може бути симптомом різних захворювань. Хворі нерідко відчують тахікардію як серцебиття (посилення і почастішання роботи серця), що зумовлено підвищеною збудливістю нервового апарату. Порушення серцевого ритму, навіть уражень серцевих м'язів, іноді також відчувається як серцебиття.

Перебої в роботі серця проявляються у вигляді короткочасного завмирання (зупинки) серця і найчастіше бувають викликані компенсаторною паузою при екстрасистолах. Задишка при захворюваннях серцево-судинної системи – теж пристосувальна реакція, спрямована на компенсацію серцевої недостатності. Спочатку задишка з'являється при фізичних навантаженнях. При вираженій недостатності кровообігу вона може бути вже в стані спокою, при розмові, після прийманні їжі. Задишка виникає внаслідок накопичення в крові недоокислених продуктів обміну, особливо вуглекислоти, що призводить до подразнення хеморецепторів і дихального центру. Причиною задишки також може бути застій крові в легенях, у зв'язку з недостатністю лівого шлуночка. При цьому хворі відчують задиху – почуття гострого браку повітря і здавлення грудей. Подібні напади можуть також виникати під час і після фізичних навантажень. Набряки розвиваються при вираженій недостатності кровообігу. Утворенню їх сприяє підвищення венозного тиску і проникності капілярів, а зменшення ниркового кровотоку і застій в нирках знижує виділення іонів натрію і викликає затримку його в тканинах, що змінює

осмотичний тиск – відбувається затримка води в організмі. Болі при захворюваннях серця локалізуються за грудиною, в області верхівки або по всій проєкції серця. Найбільш частою причиною болів є гостра ішемія (недостатність кровообігу) серця, яка виникає при спазмі вінцевих артерій, їх звуження або закупорки. Болі, часто супроводжуються задихом. Вони не рідко поширюються під ліву лопатку, в шию і ліву руку. При запаленні оболонки серця – болі ниючого і давлючого характеру, при гіпертонічній хворобі можуть бути як ниючі і щемливі болі, так і характерні для ішемії серця.

Багато захворювань серцево-судинної системи призводять до недостатності кровообігу, тобто нездатності системи кровообігу транспортувати кров у достатній кількості для нормального функціонування органів і тканин. Недостатність кровообігу виникає при порушенні функції серця і судин та буває гострою й хронічною.

При заняттях лікувальною фізкультурою доводиться мати справу в основному з хронічною недостатністю серця або судин; серцева недостатність може виникати при ішемічній хворобі та порогах серця, гіпертонічній хворобі, міокардиті та інших захворюваннях серця; судинна недостатність – при гіпертонічній хворобі.

Хронічну недостатність серця (недостатність кровообігу) поділяють за ступенями (стадіями) її виразності.

Перший ступінь (Н-I) характеризується появою об'єктивних ознак недостатності кровообігу лише при виконанні помірних, раніше звичних фізичних навантажень. При швидкій ходьбі, підйомі по сходах з'являється задишка, тахікардія. Відзначається швидка втомлюваність, зниження працездатності.

При другому ступені всі ці явища недостатності кровообігу посилюються: задишка і тахікардія наступають при незначному навантаженні і навіть у стані відносного спокою. Другий ступінь підрозділяється на два періоди: "А" і "Б". Для ступеня (Н-II "А") характерні застійні явища в малому або великому колах кровообігу. При недостатності лівого шлуночка застійні

явища спостерігаються в легенях – з’являється кашель з мокротою, задишка може бути і в спокої. При недостатності правого шлуночка – збільшується печінка, з’являються набряки на ногах. Для Н-ІІ “Б” ступеня характерна недостатність правого та лівого шлуночка. Застійні явища спостерігаються в малому і великому колах кровообігу, що викликає виражені набряки, значне збільшення печінки, задишку, а іноді й задуху, кашель.

Третій ступінь характеризується подальшим наростанням всіх зазначених симптомів і посилюється появою рідини в порожнинах (в черевній і плевральній). Порушення кровообігу призводить до порушення обміну речовин і до дистрофічних змін в серці, печінці та інших органах. Ці зміни набувають незворотного характеру. [43; 109; 110].

Хронічна судинна недостатність виникає внаслідок порушення функцій нейро-гуморального апарату, який регулює функцію судин, і викликає зниження артеріального і венозного тиску. Розвитку цього стану сприяють конституційні особливості організму, недостатнє харчування, фізична і психічна перевтома, інфекційні хвороби і вогнища хронічної інфекції. Хронічна судинна недостатність викликає швидку втомлюваність, призводить до зниження фізичної і розумової працездатності, викликає запаморочення, задишку, серцебиття, схильність до непритомності. Досить часто хворі відчують періодичні панічні атаки. Відбуваються зміни психічного стану. Хвороба накладає відбиток на особистість хворого.

ІХС генетично пов’язана з атеросклерозом і гіпертонічною хворобою. Етіологічні фактори атеросклерозу і гіпертонічної хвороби і, перш за все, психоемоційна перенапруга, яка призводить до ангіоневротичних порушень, є також і етіологічними факторами ішемічної хвороби серця. Тому атеросклероз, гіпертонічна та ішемічна хвороби серця “йдуть поруч”.

Патогенетичні фактори ішемічної хвороби, атеросклерозу і гіпертонічної хвороби також спільні: 1) гіперліпідемія; 2) артеріальна гіпертензія; 3) надмірна маса тіла (ожиріння); 4) малорухливий спосіб життя; 5) куріння; 6) порушення толерантності до вуглеводів, а в особливості

цукровий діабет; 7) сечокислий діатез; 8) генетична. Ці фактори ішемічної хвороби – фактори ризику розвитку інфаркту міокарда як головного прояву ІХС. [94; 294].

Артеріальна гіпертензія в генезі інфаркту міокарда призводить до функційного обтяження міокарда, сприяє розвитку плазморагічних, геморагічних і тромбоемболічних змін. Надмірна маса тіла і малорухливий спосіб життя створюють загальні й місцеві передумови обмінного вираження, а куріння – вазомоторного характеру, сприяє розвитку ішемії міокарда та її наслідків.

Ішемічна хвороба серця перебігає хвилеподібно і нерідко супроводжується коронарними кризами, які виникають на фоні хронічної (відносної) недостатності коронарного кровообігу.

У цілому в жінок ІХС виникає на 10 – 15 років пізніше, ніж у чоловіків. Зі збільшенням тривалості життя населення ІХС стає дедалі більш характерною і частою для жінок.

Враховуючи також загальне постаріння населення, на сьогодні ІХС є найбільш важливою причиною смертності та інвалідності серед жінок старшого віку. У пацієток з ІХС відзначають суттєві відмінності у клінічній картині захворювання і певні особливості діагностики, що при низькій націленості на цю патологію створює ще більші діагностичні труднощі.

Значущість для прогнозу і перебігу ІХС факторів ризику розвитку цього захворювання, ефективність їх контролю для первинної та вторинної психокорекції, також відрізняються у чоловіків і жінок [305; 306; 309]. Крім того, існують фактори ризику ІХС, властиві тільки жінкам, наприклад, гіпоестрогенія, особливо в період менопаузи.

Жінки у передменопаузальний період завдяки відповідному фону мають ендогенний захист від ІХС. Цей захист дещо менше проявляється у тих жінок, які хворіють на цукровий діабет, палять, очевидно, через більшу агресивність гіперглікемії та паління.

За даними досліджень Біла С. М. та Коллінз П. було з'ясовано, що у жінок віком до 60 – 70 років ризик розвитку ІХС нижчий, ніж у чоловіків, а інфаркт міокарда (далі ІМ) виникає у них у середньому на 10 років пізніше, ніж у чоловіків. Після 60 – 70 років ризик розвитку ІХС зрівнюється у чоловіків і жінок [24; 153; 154; 155; 257].

Дослідники Нетяженко В. З., Барна О. М. також спостерігали підвищення частоти випадків хвороби з віком, так ними було доведено, що чоловіки досягали піку захворюваності на 6-му десятку життя, а жінки – після 70 років. До 40-річного віку ІМ виявляли виключно у чоловіків, а після 40 років у жінок реєстрували окремі випадки ІМ. У віці до 50 років ІМ у жінок спостерігали в 10 разів менше, ніж у чоловіків. На 6-му десятку життя дослідили поступове вирівнювання поширеності ІМ в обох групах [24; 153].

Вплив рівня ліпідів і ліпопротеїдів крові на виникнення ІХС у жінок вивчено значно менше, ніж у чоловіків. Крім того, більшість досліджень з терапії проводили в основному з участю чоловіків. А оскільки ліпідний профіль у жінок і чоловіків значно відрізняється, важко визначити, чи справедливі результати зазначених досліджень і для жінок.

Серед показників ліпідного обміну найбільш значущим фактором ризику розвитку ІХС у жінок вважається низький рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (далі ХС ЛПВЩ). Високий рівень загального холестерину і тригліцериду однаковою мірою дозволяють передбачати розвиток ІХС у представників обох статей, хоча деякі дослідники відзначають більшу значущість підвищення рівня тригліцериду для жінок. Високий рівень тригліцерину часто пов'язаний з іншими факторами ризику та надмірною масою тіла, стресами, вживанням алкоголю. [262; 300].

У експериментальному дослідженні Феро-Луцці А., Стразцуло П., Скачіні С. було встановлено, що вітамінотерапія не має позитивного впливу у порівнянні з плацебо щодо первинної і вторинної психокорекції ІХС, хоча не було продемонстровано й негативних її результатів. [275].

Дослідники Віллетт У. К., Грін А. М. з'ясували, що ризик розвитку ІХС у жінок, які палять, у 6 разів вище, ніж у тих, які не палять. Але навіть ті, які палять небагато (1 – 4 сигарети щоденно), мають у 2 рази вищий рівень ризику ІХС, ніж ті, які не палять зовсім, причому це більше спостерігається серед молодих жінок [325]. Кількість випалюваних протягом дня сигарет тісно корелює з ризиком ІМ та інших фатальних проявів ІХС.

З'ясовано, що передчасна ІХС у жінок віком 45 – 55 років асоціюється одночасно з високою частотою паління, абдомінальним типом розподілу підшкірно-жирової клітковини, підвищенням рівня ТГ і холестерину ліпопротеїнів низької щільності [80]. Пасивне паління та паління полегшених сигарет також є небезпечним у плані ризику розвитку ІХС у жінок.

Враховуючи високий відсоток жінок, які палять, боротьба з палінням може стати найважливішим популяційним заходом, що сприятиме зниженню захворюваності на ІХС у жінок [255; 289; 292].

Наявність же цукрового діабету нівелює захисну роль жіночої статі щодо виникнення ІХС. У дослідженні було встановлено, що цукровий діабет підвищує ризик розвитку ІХС у жінок в 7 разів, тоді як у чоловіків лише у 4 рази [320]. Наявність цукрового діабету є найбільш розповсюдженим фактором розвитку ІХС у жінок. Агресивність перебігу цукрового діабету у жінок збільшується в кілька разів із настанням періоду менопаузи. Як зазначають Менсон Дж. Є., Стампфер М. Дж., Колдітц Дж. А. у жінок з цукровим діабетом відзначено вищу захворюваність і смертність від ІХС, ніж у чоловіків [298].

Надмірна маса тіла також сприяє виникненню ІХС як у чоловіків, так і у жінок. За результатами “дослідження здоров'я Буффало” з'ясовано, що у жінок з індексом маси тіла 29 і більше ризик розвитку ІХС в три рази вищий, ніж у жінок з нормальною масою тіла [273], однак цей показник менше впливає на смертність від ІХС, ніж на захворюваність. Дані кількох досліджень свідчать також про те, що надмірна маса тіла є більш серйозним прогностичним маркером ІХС у жінок, ніж у чоловіків.

За даними Фремінгемського дослідження, у жінок з нормальною масою тіла ризик розвитку інфаркту міокарда нижчий на 35 – 60 % у порівнянні з жінками з надмірною масою тіла. У жінок існує зв'язок між жировою тканиною, синтезом естрогенів і метаболізмом ліпопротеїнів.

Однак немає достатніх даних про те, що зменшення маси тіла у жінок сприяє зниженню у них ризику розвитку ІХС [284; 296].

Зниження фізичної активності пов'язується із сприянням виникненню ІХС, а також смертності від них. У загальному значенні роль цього фактору несуттєва, але він достовірніше впливає на жінок. Серед пацієток з ІХС близько 50 % жінок ведуть малорухливий спосіб життя [269].

Психосоціальні фактори розвитку ІХС відрізняються у чоловіків і жінок. У дослідженні Rosenfeld J A. на прикладі менеджерів однієї з великих компаній було встановлено, що у жінок менеджерів при поверненні додому з роботи спостерігають підвищений пульс, на відмінно від показників у менеджерів-чоловіків [305; 306].

У дослідженнях Вудворд М., Шеврі М. С., Сміт В. С., Тунсталь-Педое Х. виявлено, що робота в умовах психоемоційного напруження підвищувала ризик розвитку ІХС у жінок. Доведено, що у пацієнтів з ІХС у порівнянні із здоровими особами спостерігається більше депресивних станів, більше життєвого виснаження і зниження цікавості до життя, менше здатності впоратися з проблемами, гірша якість життя і менша віра в майбутнє. Депресія пов'язана з вищим ризиком фатальних наслідків ІХС, причому цей фактор більш вагомий у жінок. Дане дослідження підтверджено й іншими даними про те, що ця характерологічна особливість недостовірно знижує захворюваність та смертність жінок від ІХС [329].

Так, у дослідженні Екер Е. Д. з'ясовано, що поганий матеріальний стан, відсутність соціальної підтримки, низький рівень освіти, тяжка фізична праця, а також наявність тільки однієї дитини є важливими факторами розвитку ІХС у жінок [274].

Основною причиною розвитку хвороби є атеросклероз коронарних артерій. Ризик розвитку атеросклерозу суттєво збільшується за наявності так званих факторів ризику. До факторів ризику можна віднести літній вік, куріння, цукровий діабет, надмірну вагу, порушення ліпідного обміну [8; 235; 236] Суттєва роль у формуванні ІХС належить пошкодженням міокарда.

Організація психокорекції жінок літнього віку має будуватися з урахуванням тих вікових функціональних змін, що відбуваються в дихальній системі. Це пов'язано з потребою враховувати при фізичній психокорекції певні особливості системи дихання у людей літнього віку.

Важливим компонентом у психокорекції жінок літнього віку з ІХС є врахування специфіки легеневої системи певного вікового періоду. Відомо, що з віком маса легеневої тканини зменшується майже на 20 % у порівнянні з людьми зрілого віку. Результатом вікових змін в апараті дихання стає зниження насичення крові киснем, підвищується рівень CO_2 , зменшується життєва ємність легенів (ЖЄЛ). Водночас знижується обсяг вдиху і видиху. Це негативно відображується на функціональних можливостях зовнішнього дихання і призводить до зниження ефективності легеневої вентиляції. При фізичних навантаженнях та при гіпоксії обмеженні резерви дихання стають фактором, що лімітує адаптацію дихання до фізичного навантаження.

Динамічні показники зовнішнього дихання (швидкість вдиху та видиху) також зменшуються з віком. Це відбувається внаслідок підвищеної ригідності тканин грудної клітини та послаблення скорочувальної здатності дихальних м'язів. Таке зниження резервів вентиляції у людей літнього віку значно обмежує фізичну працездатність.

У людей літнього віку відбуваються зміни центральних механізмів регуляції дихання. Резерви дихальної системи активізуються коштом мобілізації компенсаторних систем і реалізуються шляхом збільшення частоти дихання. Доволі часто ці зміни дихальної системи у людей літнього віку призводить до відмови від фізичних навантажень на організм. Максимальний

приріст вентиляції легенів у людей літнього віку виникає не під час фізичного навантаження, а має зсув на період відновлення [155].

У процесі старіння організму людини, поряд з послабленням функціонування органів та систем, мобілізуються компенсаторні механізми. Старіння супроводжується формуванням нового пристосування до зовнішнього середовища. На прикладі з дихальною системою, так, насамперед у збільшенні частоти дихання. Літня людина має зменшений у порівнянні з молодістю та дорослою особами ЖЄЛ, тому для підтримання життєдіяльності організм старої людини, щоб підтримати необхідну кількість кисню та зберегти обсяг дихання, змушений частіше робити вдих та видих. Дихання стає більш поверхневим. Проте система зовнішнього дихання – не єдиний фактор, що лімітує ступінь фізичної напруги людини, як в молодому, так і в похилому віці. Важливе значення при цьому має функціональний стан серцево-судинної системи.

Таким чином, у системі дихання в процесі старіння формуються пристосувальні механізми, які спрямовані на збереження оптимального рівня її функціонування. Проте в силу вікових морфо-функціональних змін в системі дихання ці пристосувальні механізми не завжди відрізняються достатністю.

Компенсаторні механізми у літніх і старих людей вже функціонують на тлі спокійного рівня життєдіяльності, що ускладнює їх використання при навантаженнях на організм. На фоні зниженої ефективності пристосувальних механізмів вікові морфофункціональні зрушення, що виникають в процесі старіння, призводять в остаточному підсумку до гіпоксії тканин, як одному з провідних факторів старіння. Саме киснева недостатність або гіпоксія є провідним фактором ризику порушень здоров'я в осіб літнього віку.

1. 2. Психологічні особливості жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

У низці досліджень відзначено значущість впливу психологічних і соціальних факторів на перебіг серцево-судинних захворювань. До факторів негативного впливу відносять психоемоційну напругу, тип особистості, шкідливі звички та інші особливості способу життя [315].

Доведено зв'язок психічного статусу з довгостроковим прогнозом у хворих з серцево-судинними захворюваннями. Пацієнти із симптомами психологічного стресу після перенесеного інфаркту мають удвічі більшу смертність протягом 5 років, навіть якщо всі інші фактори ризику захворювання контролюються [123].

Досліджено, що серцево-судинна система проявляє універсальну схильність до негативних емоцій. [200; 202; 203; 204; 205]. Шхвацабай І. К. дослідив, що фактором розвитку інфаркту міокарда є дія неврогенних факторів [245; 246]. Губачов Ю. М., Дорничев В. М., Ковальов О. А., відзначають, що важливою умовою розвитку хвороби є тривале емоційне напруження [72].

Не кожне соматичне захворювання супроводжується психічними порушеннями. Так, при виразковій хворобі, коліті, гіпертонічній хворобі, серцевій недостатності частіше спостерігаються невротичні розлади і патологічні риси характеру, а при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі можливо і виникнення психозів.

Вираженість і якість змін психічної діяльності при соматичних захворюваннях знаходяться залежно від багатьох причин, і в першу чергу – від природи самого захворювання (чи надає воно прямо або побічно вплив на мозкову діяльність), а також від типу течії і гостроти розвитку хвороби. Так, при гострому і бурхливому початку, за наявності вираженої інтоксикації спостерігаються розлади, що досягають затьмарення свідомості, при підгострій або хронічній течії частіше проявляються невротичні симптоми.

На зміну психічної діяльності впливає і етап розвитку соматичної хвороби: якщо в гострому періоді бувають стани зміненої свідомості і невротичні симптоми, то на віддаленому етапі її розвитку можуть спостерігатися зміни характеру, особи, астенія і психоорганічні розлади. На психічну діяльність при соматичних захворюваннях роблять вплив супутні шкідливості. Так, пневмонія або інфаркт міокарду протікають з великими порушеннями психічної діяльності в осіб, що зловживають алкоголем [8].

Реакції особи на соматичну хворобу в ряді хворих можуть мати патологічний характер і виявлятися у вигляді психогенних невротичних, тривожно-депресивних реакцій. В інших хворих ці реакції виражаються психологічно адекватними переживаннями факту хвороби. Нервово-психічні порушення при соматичних захворюваннях зазвичай складаються з психічних соматогенних розладів і з реакції особи на хворобу.

У цій складній структурі психічних порушень прояви вказаних чинників не рівнозначна. Так, при судинних захворюваннях, особливо при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі, ендокринних захворюваннях, вирішальна роль належить саме соматогенним чинникам, при інших захворюваннях – особовим реакціям (спотворюювальній операції, дефекти особи, втрата зору).

Реакція особи на хворобу знаходиться в прямій залежності від багатьох чинників [123]:

- характеру захворювання, гостроти й темпу розвитку;
- уявлення про це захворювання у самого хворого;
- характеру лікування і психологічних обставин;
- особи хворого;
- відношення до хвороби родичів і товаришів по службі на роботі.

Хронічно готові до боротьби гіпертоніки мають дисфункцію апарату кровообігу. Вони пригнічують вільне висловлення неприязності стосовно інших людей через бажання бути коханими. Їх ворожі емоції вирують, але не мають виходу. У юності вони можуть бути забіяками, але з віком помічають, що відштовхують від себе людей своєю мстивістю і починають пригнічувати

свої емоції. Артритик – той, хто завжди готовий атакувати, але пригнічує в собі це прагнення. Є значний емоційний вплив на мускульне висловлення відчуттів, який при цьому виключно сильно контролюється.

Досліджуючи проблему психологічних факторів ризику ІХС слід зазначити, що неостання роль відводиться емоційному стресу у виникненні та перебігу захворювання і психологічним властивостям особистості [70; 197; 278; 307; 308].

У дослідженнях Бельченко Д. І., Лазарева В. І., Роханської Е. С., Williams R., Wiedner St., Sexton G., було встановлено роль психологічних змінних у порушенні ліпідного балансу та формуванні атеросклеротичних уражень судин. Отримані дані, про значну роль психічних чинників у виникненні вазоспазма [268; 272; 303].

В експериментальних дослідженнях показано, що ситуації стресу можуть викликати розвиток коронарного спазму [197; 253].

Губачов Ю. М. зазначає, що можна визначати психогенні й ситуаційні варіанти розвитку гострого інфаркту міокарда [72; 84].

Останні дослідження [17; 75; 86; 89; 119; 146; 201; 203; 204; 205] підтвердили, що злоба і негативізм підвищують ризик ІХС шляхом збільшення кардіоваскулярної реактивності.

Зміни нервової системи й психоемоційне напруження самі по собі можуть призводити до розвитку атеросклерозу, а сам по собі невроз може впливати на формування ішемічної хвороби серця [89; 118; 119; 201; 203; 204; 239].

Автори Майбурд Е., Урбанюк Г. К., Чернишова Л., Ванчакова Н. П., Дробижев М. Ю., Гіляревский С. Р., Орлов В. А., Середенин С. Б., вважають, що хворі скаржаться на відчуття тривоги та страху, що пов'язане з емоційними реакціями на несприятливі зовнішні фактори, порушення сну, підвищення емоційної лабільності, які обумовлені емоціями болю в області серця. [42; 85; 66; 167; 196; 200; 237].

Серед розладів емоційної сфери у контексті розвитку ішемічної хвороби серця все більше уваги приділяється депресивним станам. Депресивні стани відносяться до найбільш поширених станів у хворих на ішемічну хворобу серця. При ІХС практично у всіх хворих спостерігаються зниження стійкості до стресів.

За експериментальними даними Давидова Е. Л., Харківа Є. І, які використовували методики СМОЛ та Спілбергера-Ханіна було визначено, що виражені ознаки соціально-психологічної дезадаптації з вираженими психологічними відхиленнями з переважанням іпохондричного і тривожного синдромів, а також низька психологічна стійкість до дії стресових ситуацій погіршує перебіг та прогноз захворювання [76].

Дослідники Хадзегова А. Б., Айвазян Т. А., Померанцев В. П., Васюк Ю. А. вивчаючи фактори, що впливають на якість життя хворих на ІХС із застосуванням фізикального дослідження, психотестів, ЕКГ, холтерівського моніторування ЕКГ виділили 4 фактори з 79, що знижують якість життя. На першому місті виявилось постінфарктне ремоделювання серця. Далі, друге місце посіла невротизація, третє – надлишкова маса тіла, та останнє – вираженість серцевої й коронарної недостатності [228].

Описуючи особистісні якості хворих на ІХС, було виділено тип “А”. До нього відносять такі складові: прагнення досягнення мети, прагнення до визнання, наполегливість, невміння відпочивати [278]. Вказують також такі риси, як амбітність, агресивність. Описуються і такі особливості, як нетерплячість, ворожість, виражений мотив суперництва [278; 307; 308]. Слід зазначити, що в деяких дослідженнях отримані дані, які не підтвердили зв’язок типу “А” з виникненням ІХС [251; 252]. Так, С. Jenkins відзначив, що зв’язок захворювання з поведінкою типу “А” може бути або менш стійким, або складніший, ніж передбачалося раніше [287].

Руднєв С. В., відзначає, що “основний психологічний конфлікт осіб з поведінкою типу “А” лежить в площині міжособистісних стосунків”. Мова йде про неможливість реалізовувати свої домінантні мотиви та амбітні плани,

відчуття нестачі часу та зануреність у роботу є важливими особистісними характеристиками поведінки типу “А”. Для такого типу осіб характерні високі показники реактивної та особистісної тривожності [145].

Б. Любан-Плоцца і співавтор, описуючи картину особистості хворих на ІХС, зазначають, що таким особам притаманна гіперадаптація, прагнення до соціального успіху, орієнтація на змагання та працю, постійний поспіх, нетерпіння, напруга. [127].

Як зазначає Винокур В. О., при аналізі особистісних особливостей хворих на ІХС, в останні роки розглядають тип особистості “D”, основною характеристикою якого вважається поєднання підвищеного рівня негативних емоцій з інтенсивною тенденцією пригнічувати їх вираження в соціальних контактах і міжособистісній взаємодії [54]. Дорничев В. М. за результатами проведеного дисертаційного дослідження робить висновок, що дані, які отримані при психологічному обстеженні хворих на неврастенію та ІХС, мають показники у фіксації психопатологічних особистісних рис та порушень. [72; 84; 254].

Отримані дані Bruhn J., Chandler St., Wolf S., свідчать про те, що хворі стенокардією, що в майбутньому померли від інфаркту міокарда, відрізнялися тривожністю, іпохондрією, схильністю до депресії та мали психастенічні риси [254; 265].

За результатами іншого дослідження, при вивченні особистісних особливостей хворих на ІХС, відзначалися циклотимні риси, а також тенденція стримувати зовнішній прояв емоційних реакцій [267]. Зазначається, що молодші хворі ІХС мають великий ступінь психологічних порушень [270].

Виявлено переважання шкали іпохондрії в профілі ММРІ у хворих інфарктом міокарда. [264]. Тарасова Е. А., Домбраускас Е. С., зазначають, що виникнення серцево-судинної патології пов’язане з активною участю в цьому процесі потреб і мотивів особистості. Є дані про детермінованість психологічної реакції на хворобу преморбідними властивостями особистості хворих на ІХС [81; 148; 211].

Розглядаючи особистісні чинники ІХС, слід також вказати психодинамічний опис досліджуваної проблеми. Відзначають, що важливими емоційними факторами при розладах серцевої діяльності є хронічна тривога та агресивні імпульси. Агресивність може стимулювати тривогу, а тривога підсилює агресивність, утворюючи замкнене коло, як зазначає Александер Ф. [159].

Зупиняючись на динаміці психологічного статусу та якості життя у хворих на ІМ, залежно від тяжкості перебігу постінфарктного періоду, Василядіс І. В., Фунтос А. І., Пападімітріон А. Г., Сбоніяс Е. С. встановили, що на гострій стадії ІМ, незалежно від тяжкості хвороби, провідними є синдром тривоги і кардіофобії, в постінфарктному періоді – синдроми астенії, іпохондрії та депресії. Зважаючи на те, що транзиторні ішемічні епізоди в спокої у хворих на ІХС зв'язуються з ментальним стресом [321]. Експериментаторами було проведено 24-годинний моніторинг показників функції ЛШ, ЕКГ і АТ у пацієнтів з ІХС під час фізичного навантаження і стресу.

У рамках популяційного скринінгу проект ВООЗ була обстежена випадкова репрезентативна вибірка чоловіків. Депресію вивчали за допомогою діагностичного Мінесотського опитувальника, адаптованого ВООЗ. Дослідження показало значну поширеність ІХС при наявності депресії, особистісної тривожності та відсутність ІХС [60; 64].

Оскільки депресивні стани відзначаються у 14 – 24 % хворих ІХС, причому, ознаки депресії є настільки ж значущим прогностичним фактором рівня летальності при ІХС, як і ступінь недостатності кровообігу (НК) [187].

З метою оцінки психоемоційного статусу хворих проводилися психодіагностичні та психофізіологічні дослідження [186]. Використовувалась методика Ханіна Ю. К. яка складається з 40 питань “шкала самооцінки”, спрямованих на виявлення тривоги пацієнтів як в цей момент (реактивна тривожність), так і протягом тривалого періоду життя (особистісна тривожність). З допомогою тесту САН було оцінено функціональний стан

хворих у момент дослідження за трьома параметрами: самопочуття (С), активності (А) і настрою (Н). Рівень депресії визначався за опитувальника Бека.

Гаврилькевич В. К. досліджуючи дорослих людей, які страждають на ІХС, виявив недосконалість окремих ланок системи емоційної саморегуляції особистості [57; 58; 59]. Зокрема, з достатньо високою статистичною значущістю ним було встановлено, що в дорослих з ішемічною патологією серця більш виражені механізми психологічного захисту, самоконтроль у діяльності та поведінці, алекситимія. Водночас, у них менш виражена здатність до позитивної переоцінки складних життєвих ситуацій.

Встановлено кореляції ішемічної патології серця з такими структурно-функціональними особливостями системи емоційної саморегуляції особистості: 1) підвищеним рівнем прояву несвідомих механізмів психологічного захисту, що спотворюють сприйняття дійсності та перешкоджають особистісному розвитку; 2) гіпертрофованим самоконтролем зовнішніх (поведінково-діяльнісних) проявів емоційних явищ при недостатньому володінні самими емоційними переживаннями; 3) низьким рівнем свідомої смислової емоційної саморегуляції [1].

У цілому, багато дослідників відзначають, що хворі ІХС відрізняються підвищеним рівнем невротизації, тривоги, ригідності, утрудненнями в сфері соціальних контактів, схильністю до депресії [2; 70; 115]. Але, інші автори вказують на те, що хворим ІХС властиві такі особливості, як ворожість, агресивність, гнів, імпульсивність [161; 166; 259; 285; 304; 313].

Хворі на серцево-судинну патологію, як правило, мають і психічні порушення. При ІХС найбільш поширеними є неврастеноподібні порушення: підвищена дратівливість; нестриманість; сльозливість; підвищена виснаженість активної уваги (перепитування, помилки в рахункових операціях), при тривалій роботі – реакції роздратування, сльози і відмова продовжувати заняття; фізична стомлюваність; загальна слабкість; звуження кола інтересів із зосередженням уваги на стані здоров'я; вегетативні розлади

– несистемні запаморочення, шум у голові і вухах, головні болі, потемніння в очах; зниження апетиту [101].

Отже, патогенез психосоматичних розладів складний та визначається поєднанням низки факторів: спадковою обтяженістю, соматичними порушеннями, схильністю до психосоматичних розладів, нейродинамічними порушеннями, особистісними особливостями, психічним і фізичним станом при психотравмувальних ситуаціях; фоном несприятливих соціальних факторів, особливостями психотравмувальних ситуацій.

1. 3. Теоретичне підґрунтя дослідження емоційних станів у генезі та перебігу захворювань ішемічної хвороби серця.

На сучасному етапі розвитку психології існує багато визначень понять, якими позначається психічна реальність. Тому, для уникнення “поняттєвого плюралізму” стосовно поняття “емоційні стани”, перш за все окреслимо зміст, цього феномену.

Протягом багатовікової історії дослідження емоційних станів перебувало під пильною увагою, емоційним станам приділялась провідна роль серед сил, що визначають внутрішнє життя і вчинки людини.

Розробкою підходів до вивчення емоційних станів займалися психологи минулого століття, такі, як Вундт В., Вілюнас В. К., Джемс В., Макдауголл У., Крюгер Ф.. Інтерес до цієї проблеми і до цього дня не згасає. Навпаки, вивчення механізмів виникнення емоційних станів залишається досить актуальним для психологічної науки нашого часу, оскільки психічний стан людини має значний вплив на різні види діяльності та якість життя як такого. [79].

Наголошуючи на неможливості створення уніфікованої класифікації емоцій, Додонов Б. І. пропонує власний теоретично обумовлений поділ, в який включає наступні емоції: альтруїстичні, комунікативні, глоричні, праксичні, пугнічні, романтичні, гностичні, естетичні, гедоністичні, акизитичні У дослідженнях Б. В. Додінова первинним чинником у впливі емоцій на стан здоров'я є психофізіологічні особливості особистості, а вторинним – інтенсивність та частота несприятливих емоційних впливів [82].

У полі наукового осмислення Левітова М. Д. [124], Ананьєва Б. Г. [12], М'ясищева В. М. [129; 130], Шумського П. П. та Іванова Л. Н. [244], Ю. Є. Сосновікової [210] є процесуальний характер емоцій, а емоції як мінливу та нестійку форму відреагування переживань досліджували Платонов К. К. [177; 178], Schwartz S. H., Bilsky W. [310]. Вплив стійких негативних емоційних переживань на формування акцентованих рис характеру та

невротизацію особистості підтвердив своїми дослідженнями М'ясищев В. Н. [129; 130].

Емоційний досвід особистості проявляється у відмінностях в переживанні емоцій, почуттів та емоційних станів, які різняться оцінково-полюсними категоріями (позитивність – негативність, гіперзбудженість – спокій). Це вміння висловлювати та рефлексувати ставлення до себе та оточуючих, а також здатність до саморегуляції свого мікросередовища, що втілено у поняттях емоційної компетентності та емоційного інтелекту [107]. Система емоційних переживань, почуттів та емоційних станів за Хомською С. Д. [233] належать до основних центральних утворень особистості, що формується продовж становлення особистості, тобто складають емоційну сферу особистості.

Аналіз психологічних джерел дає підстави для ствердження, що проблема емоційних станів висвітлюється з двох позицій: психології станів та психології емоцій. У межах першої Левітовим М. Д. [124] емоційні стани були виокремлені як особливі психічні стани, що мають певну своєрідність психічного життя людини. Левітовим М. Д. було описано загальні ознаки емоційних станів. Так, зокрема розроблялись наукові уявлення щодо фіксування в цьому понятті відносно статичного, перманентного в психіці індивіда, відносної стабільності усіх її елементів. М'ясищев В. М., розглядав емоційні стани у розрізі загального функціонального рівня психіки, Семиченко В. А. розумів їх як інтегральне відчуття добробуту чи нещастя [195; 133; 134].

Про складність у структуруванні емоційної сфери та класифікації емоційних станів наголошують такі автори, як Айсмонстас Б. Б. [4], Хомська О. Д. [233], Гаврилькевич В. К. [58], ними виокремлюються емоції у вузькому розумінні, емоційні стани та емоційно-особистісні прояви. До компонентів емоційної сфери особистості за Винославською О. В., Бреусенко-Кузнецовим О. А., Зливковим В. Л., Апішевою А. Ш., Васильєвою О. С. [55] входить

емоційність, емоційний досвід, емоційний тон відчуттів, ситуативні емоції, пристрасті та емоційні стани (настрої, афекти, стреси, фрустрації).

Гаврилькевич В. К. поділяє емоційні стани за двома полюсами “напруження – розслаблення”, а в клінічному контексті вони трактуються дослідницею як нормальні та хворобливі. Нормальні охоплюють: домінантні за певним оцінковим судженням, емоційно фонові (настрій), стресові відреагування. Натомість особливістю патологічних є наявність деструктивного компонента: депресивного, невротичного, іпохондричного, фобічного, емоційного напруження, в основі останнього лежить актуальна потреба, що не може задовольнитись [58]. Емоційні стани мають свою специфіку, згідно з думкою Кіршбаум Е. І., Юрченко В. М., вони є результатом домінування в психічному стані емоційного компонента, який починає визначати весь хід психічної діяльності людини. [248].

Друга позиція зосереджена на психології емоцій, зокрема на специфічних ознаках емоційних станів, які стосуються їх суб’єктивного змісту та форм вияву. Зміст полягає в особливому пристрастному ставленні особистості до об’єкта впливу (М’ясоїд Л. О.), що виробляється суб’єктивною його значущістю – результатом оцінки цього об’єкта (Бондирєва С. К., Волинкіна Г. Ю.) потребнісно-мотиваційною сферою суб’єкта (Вілюнас В. К., Рубінштейн С. Л.) [50].

Формами вияву емоційного стану є безпосереднє переживання (Кірічук О. В., Немов Р. С., Роменець В. О.), фізіологічні зміни (Анохін П. К., Случевський Ф. І.), емоційна експресія (Аткінсон М. В., Ізмайлов Ч. О., Тітченер Е. Б.) тощо. Вказані ознаки узагальнені у визначенні емоцій, згідно з яким, це особливий клас психічних процесів і станів, пов’язаних з інстинктами, потребами й мотивами людини, що проявляються у формі безпосереднього тимчасового переживання значущість для життєдіяльності певних явищ, які діють на неї [37; 108].

Згідно з точкою зору Ізарда К. Е., Ільїна Є. П., емоційні стани – це комплексне явище особистості, яке має психічний, психофізіологічний і

поведінковий рівні реагування. На думку цих вчених, критеріями емоційних станів людини є ознаки її емоційних переживань (знак, модальність, інтенсивність), фізіологічні реакції (вегетативні й соматичні) та експресивна поведінка [99].

Емоційні стани багатомірні та характеризують дійсність з різних сторін, мають неперервність, тобто межі переходу одних станів в інші чітко не визначені та плавні. Якщо розглядати емоційний стан як одну зі складових психічного стану, можна відзначити, що в цій структурі він займає досить вагоме місце. Емоційні стани відбивають домінування певної емоції, її інтенсивності, полярності. Стани виникають у процесі діяльності, залежать від неї й визначають специфіку переживань. Кожний психічний стан переживається індивідом цілісно, як єдність духовних, психічних і фізичних (тілесних) структур. Зміна психічного стану торкається всіх цих рівнів.

Причини та патогенез ІХС є досить складними, у них залучені чинники всіх трьох рівнів організації людини, як духовних, психічних так і соматичних.

На особливості впливу емоційно стресових переживань на формування серцево-судинних захворювань натрапляємо у дослідженнях Хомської О. В. [233], Шантручек М.К., Вацек М. [238], Зиміна Ю.В. [96], Гаврилова Є. А. [56].

У працях З. А. Гургенян, І. Є. Ганеліної, В. І. Коростого, Б. В. Михайлова, Л. Г. Перетятко, Г. І. Рольник, І. В. Райцес, Г. В. Тарасова, Р. Ю. Томашива, М. Б. Федак, Б. М. Федорова, Н. В. Алексєєва, С. А. Loffredo наголошується на психотравмувальному досвіді особистостей, що хворіють на серцево-судинні захворювання. Багатьма дослідниками, такими як Алексєєва Н. В., Васюк Ю. А., Лебедев А. В., Довженко Т.В., Семиглазова М. В. доведена роль емоційних чинників у виникненні та розвитку ІХС [81; 117; 190].

При проведенні психофізіологічних досліджень серця співробітники Інституту Математики Серця (м. Боулдер Крік, Каліфорнія, США) виявили, що в залежності від того, які емоції переживає людина, змінюється ступінь когерентності електромагнітного сигналу, що виробляється серцем. При

негативному емоційному стані (наприклад, роздратуванні чи гніві) електромагнітне поле серця має неоднорідний спектр різних частот, які конкурують між собою та при їх реєстрації створюють малюнок, що виглядає нерівним і нерегулярним. Коли ж люди переживають позитивні емоції: любов, турбота або щира вдячність – електромагнітний сигнал серця має однорідний спектр, де замість частот, що суперничають між собою, присутні впорядковані та синхронні частоти, які перебувають у гармонії [65].

Це відкриття допомагає краще зрозуміти механізми патогенного впливу негативних почуттів на функціональний стан серця. Якщо позитивні почуття покращують функціональний стан серця, який визначається перш за все його електромагнітною активністю, то негативні – погіршують, викликаючи хаос і дисбаланс у частотному спектрі електромагнітних коливань серця.

Якщо розглядати емоційні стани як окремий процес, слід виділити деякі його особливості. По-перше, можна стверджувати про обмежений термін дії емоційного стану людини. Ця особливість виражається в нестійкості та мінливості емоційних станів з плином часу, тобто вони мають початок, розвиток і кінець. По-друге, емоційний стан людини залежить від зовнішніх факторів і від його внутрішнього (суб'єктивного) ставлення до них [8]. По-третє, від суб'єктивного ставлення до ситуації залежить і інтенсивність емоційного стану особи [206].

Існує низка досліджень, що присвячена проблемі емоційних станів при ІХС. Дані про високе стресове навантаження хворих на стенокардію та інфаркт міокарду наводяться в дослідженнях інших країн світу, таких як: США (Brown C. R., Ritzmann L.), Канада (Goulet C.), Швеції (Liljefors J., Rahe R.), Австралія (Winn A., Leigh D.), Англії (MacKinnon A. U.), Японія (Matsumoto J. S.) [96; 263; 328].

Роль стресових емоційних переживань як етіологічного та патогенетичного фактора ІХС показана також у багатьох інших працях: Шантручек М. [96], Вацек М. [238], Преймате Е. Я. [184], Фарманова Р.Т. Ізмайлова О.Б., Аширова М.Г. [222], Ганеліної І.Є. [61]; значення

психоемоційного стресу, деяких поведінкових і соціальних факторів у розвитку ІХС у жінок молодого і середнього віку [61; 276; 280; 299; 321; 322; 330].

Гаврилова Є. А., посилаючись на праці Хомуло П.С., Naranjan S., Dhalla, Willich S.N., зазначає, що психоемоційне напруження часто є пусковим моментом у розвитку нападу стенокардії та інфаркту міокарду [56; 327].

Белялов Ф.І. [26], розглядаючи психосоматичні аспекти ІХС, зазначає несприятливу роль станів депресії, тривоги та стресу.

У дослідженнях Соболева Г.Н., Ерпилова Е.А., Рябикіна Г.В., Денисюка В.І., Преймате Є.Я., Симаненкова В.І. зазначається, зокрема, що депресія та тривога викликають вегетативний дисбаланс, значно погіршують функціональний стан серця, сприяють виникненню порушень ритму серця, різко підвищують захворюваність на ІХС і смертність від серцево-судинних катастроф [207].

Як зазначає Гаврилькевич В.К., спостереження, які засвідчують погіршення функціонального стану серця під впливом депресії та тривоги, цілком узгоджуються зі спостереженнями східної медицини та психофізіологічними закономірностями, встановленими дослідниками Інституту Математики Серця.

Алмазов В. А, Шляхто Е. В. [7], серед причин, що сприяють розвитку захворювань серцево-судинної системи, розглядають надмірне емоційне напруження. Губачев Ю. М., Стабровський Е. М. виділяють наступні варіанти ситуацій, що обумовлюють збільшення емоційної напруги й ризик розвитку інфаркту міокарда: вихід на пенсію, день народження та ін.

Тривале та інтенсивне емоційне напруження стає певним механізмом цілого комплексу психофізіологічних нейрогуморальних зрушень в організмі, пов'язаних, переважно зі зміною активності симпато – адреналової системи [41; 128; 139; 140; 141].

Психогенні вегетативні та гуморальні реакції істотно збільшують потребу серцевого м'яза в кисні. Відповідно ангіоспазм, який виникає спочатку як

відбиток тривоги й занепокоєння при “сомато-емоційній підтримці патологічної стимуляції” переростає у важкий напад гострої коронарної недостатності, що може завершитись розвитком інфаркту міокарда або зупинкою серця [217].

Отримано дані, згідно з якими у багатьох хворих на ІХС напади стенокардії можуть виникати при емоційній напрузі частіше, ніж при фізичних навантаженнях [93]. Відзначається, що гострі емоційні реакції, передують розвитку інфаркту міокарда частіше, ніж надмірне фізичне напруження [104; 245; 246].

Алмазов В.А., Шляхто Є.В. відзначають, що емоційне напруження сприяє розвитку захворювань серця відзначають, що досить поширеним в соматичній клініці є астенічний стан, проте робіт з проблеми астенії при ІХС небагато [7; 121]

У дослідженні Боевої О.В. [35] астенія вивчалася в комплексі психопатологічних проявів у пацієнтів з післяінфарктним кардіосклерозом. За результатами дослідження було встановлено, що поширеність невротичних розладів у післяінфарктних хворих, в тому числі й астенії, достовірно переважає у представників психотипів з циклоїдною структурою.

У дослідженні Тащук І.А. [212; 213], відзначається, що наявність астено-невротичного синдрому при нестабільній стенокардії може бути залишковим преморбідним фоном, пов'язаним з попередньою вегетативною дисфункцією. В астенічних проявах при нестабільній стенокардії було зафіксовано поліморфізм скарг і суб'єктивних проявів.

Низку досліджень присвячено проблемі станів тривоги при ІХС. Описано панічний розлад у клінічній картині ІХС [63]. Доведено, що у хворих на ІХС з клінічно вираженим рівнем тривоги – найгірша якість життя. Відзначається, що осіб з ІХС більше, які мають особистісну тривожність, ніж ті, які не мають її [64]. Також наголошують, що для пацієнтів з механічними ускладненнями гострого періоду інфаркту міокарда характерні підвищені показники реактивної та особистісної тривожності [172].

Отже, підсумовуючи все вище викладене, можна зробити висновок, що емоційні стани, зумовлені домінуванням негативних, зумовлені хронічним емоційним напруженням (стресом), емоційним перенапруженням (дистресом) і психоемоційними розладами, підвищують ризик виникнення ІХС.

Негативні почуття погіршують функціональний стан серця, викликаючи його електромагнітну дестабілізацію. Серед основних механізмів, через які реалізується патогенний вплив стресу при ІХС можна назвати: підвищене виділення катехоламінів, що призводить до збільшення потреби міокарду в кисневій внаслідок зростання частоти серцевих скорочень, артеріального тиску і сили скорочення міокарду; порушення судинного тону епікардіальних артерій і мікроциркуляції; підвищення агрегації тромбоцитів, секреції деяких факторів згортання крові, зниження фібринолітичної активності крові [45].

Поряд із тривалим емоційним перенапруженням значну роль у захворюваності на ІХС відіграють гостра та хронічна травматизація психіки, психоемоційні розлади, найбільш значущими серед яких є депресивні та тривожно-фобічні стани. Крім того, при депресії мають місце такі поведінкові чинники, як небажання пацієнтів приймати медикаментозні препарати та дотримуватись призначеного режиму.

1. 4. Особливості виникнення негативних емоційних станів у осіб з серцево-судинними захворюваннями.

Залежність фізичного здоров'я особистості від її психіки завжди була предметом наукового дискурсу дослідників (Леонєв М.Д., Рубінштейн С.Л., Виготський Л. С., Павлов І.П., Бехтерєв Б.М., Анохін К.П., Сеченов І.М.), що досліджували соматичне захворювання в контексті процесу, зумовленого психологічними чинниками, а також підкреслювали вплив самого хворого на свій стан [29; 193].

На особливості впливу емоційно стресових переживань на формування серцево-судинних захворювань натрапляємо у дослідженнях Хомської О.В. [233], Шантручек М.К., Вацек М. [238], Зиміна Ю. В. [96], Гаврилова Є. А. [56].

Окрему категорію становлять емоційні стани. Емоційні стани часто поділяються на стенічні й астенічні, позитивні, негативні та амбівалентні. В емоційних станах яскраво виражена суб'єктивна сторона переживання від радості до страждань [208; 209].

Левітов Н. Д. [124] виділяє ряд наступних теоретичних положень, які важливо враховувати при розгляді проблеми емоційних станів:

- необхідність відрізнити відчуття у ролі тимчасових хвилювань або стану від відчуття як стійкої риси спрямованості особистості;
- у всіх емоціях виражається ставлення людини до навколишньої дійсності або до самої себе;
- всі емоції є специфічними переживаннями особистості;
- відчуття не тільки суб'єктивні, але й об'єктивні. вони детерміновані зовнішніми умовами;
- емоції або почуття мають яскраве зовнішнє та неоднозначне вираження;
- не існує цілком адекватної завданням методики вивчення відчуттів.

Розглядаючи проблему емоційних станів автор виділяє наступні: настрій, емоції, афекти, потяг, пристрасть [124].

Розглядаючи проблему негативних емоційних станів, Соловйова С.Л. [208; 209] відзначає наступні види станів, що характеризують людей у важких життєвих ситуаціях: тривога, депресія, астенія, ворожість. Зупинимось детальніше на них.

Депресія – захворювання емоційної сфери, головним проявом якого є стійке зниження та пригнічення настрою, що супроводжується спадом загального рівня активності. Це одне із найбільш розповсюджених захворювань на землі. За оцінкою експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, у всьому світі депресивні стани переживають близько 500 мільйонів людей [173; 174].

У всіх країнах спостерігається тенденція до стрімкого підвищення числа людей, що страждають від цього захворювання. Прояви депресії відрізняються великою різноманітністю, але усі вони несуть негативні наслідки як на психологічному, так і на соматичному рівні. Вивчення емоційних розладів і депресивних переживань проводили такі дослідники, як Абрахам К., Бек А., Блейер Е., Лехман І., Мак-Каллоу Дж., Раш А., Хьелл Л. та Зіглер Д., Япко М., Абабков В., Василюк Ф., Гуменюк О., Карвасарський Б., Пишель В., Покрасс М., Смулевич А. та ін. Привертає увагу той факт, що науковці виділяють досить багато симптомів, ознак (основних і додаткових) та структурних компонентів депресивного стану. У спеціальній літературі виділений депресивний епізод та депресивний розлад [25; 111; 200; 204; 205].

У багатьох публікаціях закордонних психологів знайшла місце клінічна картина депресії, що характеризується не тільки поганим настроєм, але і безліччю інших симптомів, які часто підживлюють один одного. Ці симптоми охоплюють п'ять функціональних областей: емоційну, мотиваційну, поведінкову, когнітивну і фізичну [111].

У дослідженні депресії можна виділити два підходи: клініко-біологічний та психологічний. Описуючи психологічні концепції депресії, як

вказує Соловйова С.Л., слід зазначити соціально-психологічну теорію атрибуції, відповідно до якої, може мати місце “приписування собі негативних рис”, тобто здатність особи часто інтерпретувати свою поведінку негативним чином, приписуючи свій успіх, наприклад, або удачі, або простоті завдання [208; 209].

Вайнер та Мартін Селігман висунули гіпотезу, що причиною депресії є сприйняття людиною самої себе як причини чого-небудь негативного в житті [208; 209]. Когнітивна модель депресії включає три поняття, що пояснюють психологічну структуру депресії: 1) когнітивна тріада (негативні думки про себе, про майбутнє, і про досвід), 2) когнітивні схеми мислення, 3) когнітивні помилки, що утруднюють правильну обробку інформації та сприяють формуванню депресивних переконань [25].

За характеристикою лікаря-психотерапевта А. Курпатова обов'язковими симптомами депресії є: знижений настрій, відчуття смутку, пригніченості, туги, втрата інтересу, здібності відчувати задоволення, зниження енергійності, активності, підвищення стомлюваності. Додатковими симптомами депресії називаються труднощі в утриманні уваги, заниження самооцінки, песимістичне бачення майбутнього, аутоагресивні ідеї та дії, порушення сну та апетиту, зниження лібідо, соматичні скарги [120].

Найбільш поширеними симптомами депресії Пишель В., Полив'яна М. та інші вважають печаль і відчуття безнадійності, розлади сну й апетиту, втрату інтересу до заняття, яке раніше приносило задоволення, думки про самогубство, занепокоєння і роздратованість, низьку самооцінку або відчуття провини, стомлюваність, слабкість [176].

Шнейдер Л. серед ознак депресії ще називає почуття неповноцінності, даремності, втрату самоповаги, нездатність до адекватної реакції на похвалу, песимістичне відношення до майбутнього, негативне сприйняття минулого, млявість, хронічну втому, уповільнені рухи та мову, зниження ефективності або продуктивності в роботі й побуті [243].

Блейер Е. відмічає, що класична депресія визначається тріадою ознак: знижений настрій (гіпотимія, дистимія), уповільнене мислення та рухова загальмованість, а Лехман І. вважає характерними для депресії втрату здатності радіти, втрату інтересів і знижену працездатність.

У монографії Хелла Д. представлені наступні варіанти класифікації типів депресивного захворювання: 1) за гіпотетичною причиною – ендогенна і реактивна, первинна та вторинна; 2) за тяжкістю клінічних проявів – психотична і невротична, *major depression* (при систематичному охопленні всіх симптомів констатують виражений ступінь тяжкості депресивних розладів – депресія у вузькому сенсі) і *minor depression* (при систематичному охопленні симптомів їх число і ступінь тяжкості перебувають за межею *major depression* – легший депресивний розлад настрою), афективні розлади (форма захворювання з клінічно виразною депресивною або маніакальною картиною) та дистимічні розлади – форма захворювання, з “м’якою” клінічною картиною депресії, що в більшості випадків починається поволі й має тривале протікання; 3) за типом протікання – уніполярні та біполярні порушення, сезонна депресія і несезонна депресія [231].

Наступним негативним станом є **тривога**. Тривога – це безумовна реакція організму на ситуації небезпеки. У психології тривога поділяється на нормальну (відповідну ситуації) і невротичну (патологічну). Кожен індивід схильний переживати тривожні хвилювання за певних обставин (перша зустріч, події, які можуть змінити хід життя і т.д.). Але коли тривога простежується впродовж тривалого часового періоду (наприклад декількох тижнів), а також супроводжується занепокоєнням, апатією, напруженістю м’язів та порушенням сну, її можна назвати патологічною [3; 62; 175; 168; 169; 290; 323].

Як зазначає Остапова В. М., дезорганізуючий вплив тривоги на діяльність і поведінку пов’язаний із тим, що активність, яка визначає спонукальну спрямованість тривоги, характеризується неадекватною

фіксацією уваги на елементах середовища, що сприймаються як загрозові [168; 169].

Існує чотири складники, за якими можна характеризувати різнорівневість проявів тривоги:

- інтенсивність тривожності (сила ситуативних переживань);
- лабільність тривожних переживань у часі (дискомфорт під час переживання ситуації, під час наближення імовірної небезпеки, чи навіть під час думки про неї);
- наявність суб'єктивних неприємних відчуттів (неспокою, побоювань, напруги);
- активізація нервової системи, яка впливає на фізіологічні відчуття (посилене потовиділення, збій роботи шлунково-кишкового тракту, тремор рук, зміна інтонацій та гучності голосового діапазону) [229].

Зазвичай, дослідники розмежовують поняття “тривога” і поняття “тривожність”. Так, зокрема, Вербицький В., Улунова Г. зазначають, що тривога – це епізодичні прояви неспокою та хвилювання, що мають фізіологічну й поведінкову об'єктивізацію. Стан тривоги не завжди оцінюється як негативний. Цей підхід покладено в основу виділення двох різновидів тривоги: 1) мобілізуючої, яка надає людині додатковий імпульс; 2) розслаблюючої, яка паралізує індивіда. Поняття тривоги, своєю чергою, треба відрізнити від поняття страх. Страх, на відміну від тривоги, передбачає безпосередню, реально наявну загрозу, а тривога належить до передбачення можливості якихось подій [50].

Панін Л. Є., Соколов В.П. [170] виділяють два основних аспекти тривожності: тривожність як властивість особистості і як пристосувальна реакція на дію стресових факторів. Jonson L., Ulett G., Davidson W., Andrews J., Ross S., розглядають тривожність як властивість особистості [271].

Тривога розглядається і як форма адаптації організму в умовах стресу. Проте, як зазначає Березін Ф. Б., тривога може являти собою не стільки форму психічної адаптації, скільки сигнал, який свідчить про її порушення [27; 170].

Мамайчук І.І. констатує, що в групі осіб з високим рівнем тривоги спостерігається тенденція до негативної оцінки ситуації та її перспективи, а також емоційна неадекватність та егоцентризм. Для осіб з низьким рівнем тривоги характерна висока активність, оптимістична оцінка ситуації, прагнення до взаємодії з оточуючими [137].

Бакеев В.А. дослідив, що існує прямий зв'язок між тривожністю і сугестивністю, так за його думкою, зазначені властивості можуть взаємно підсилювати один одного [19].

Аршавський В. В. відзначає високий рівень тривоги в осіб, які маючи потребу в пошуковій активності та не мають можливості її реалізувати та реагують на дану ситуацію відмовою від пошуку [14].

Відзначається, що особи з високим рівнем тривожності чутливіший до емоційного стресу, погано виходять зі стану фрустрації, при цьому в них часто спостерігаються емоційні порушення неврастенічного характеру [319].

Поведінкові теорії виходять з того, що тривожні стани є результатом навчання [182].

Відповідно до когнітивних моделей, у мисленні тривожного пацієнта переважають теми небезпеки, що засновані на помилкових припущеннях та нездатності розпізнавати сигнали безпеки [160; 161].

Аналогічною є когнітивна модель тривоги при панічних атаках: помилкове, хибне сприйняття та інтерпретація пацієнтом власних відчуттів. [48].

Як зазначають у дослідженнях Tully P. J, Winefield H. R, Baker R. A, ризик “великих небажаних серцево-судинних подій” підвищується при наявності тривоги у пацієнтів після операції аортокоронарного шунтування [328]. Belan також вказує на несприятливий вплив ситуативної тривожності у пацієнтів після шунтування [30; 258]. Протилежні показники наводить Meyer в дослідженні якого було з'ясовано, що пацієнти, що підлягали під коронарне втручання з приводу стабільною ІХС, частота смерті протягом 5-річного періоду спостереження була нижчою при вираженій тривозі [301].

У ширшому контексті Liu на матеріалі отриманого лонгітюдного дослідження 719 тис. жінок, які спостерігалися протягом 10 років, з'ясовано, що рівень щастя не чинить впливу на загальну смертність і негативно корелює з показником загального здоров'я [295].

Кононов А.Н. вказує на наявність у кардіологічних хворих у стаціонарі ергопатичного, тривожного і змішаного типів ставлення до хвороби (за методикою Личко-Іванова) незалежно від типу лікування. Ситуативна тривога була більш характерна для кардіохірургічних хворих, тоді як для хворих на консервативної терапії - особистісна тривожність, нехарактерна для хірургічних хворих [113; 291].

Погляд на тривожність як на джерело інтероцепції пропонують Mallorqui-Bagueet. Для пояснення соматичного впливу тривоги вони залучають дані нейронауки і нейрофілософії. Інтероцепція відрізняється від проприоцепції; її вимірюють через здатність досліджуваного відчувати своє серцебиття в спокої. Цей показник виражений в осіб з панічним розладом, генералізованим тривожним розладом, фобіями. Залучаючи теорію соматичних маркерів Damasio A., автори розглядають розвиток тривоги як самопідтримуючу неправильну інтерпретацію інтероцептивних проявів тіла при реагуванні на будь-яку ситуацію.

Наступним негативним станом є **астенія**. Астенія є одним з найбільш поширених синдромів у клінічній практиці будь-якого лікаря. Більша частина скарг, пов'язаних з астенією, становить 60 %. Однак до цього часу не існує чітких визначень досліджуваного синдрому та загальноприйнятих класифікацій, оскільки вони мають суперечливі описи концепції патогенезу астенії.

З'ясовано, що у хворих з соматичною патологією наявність астенії погіршує перебіг основного захворювання і суттєво знижує якість життя. На теперішній час достатньо не вивченими залишається частота виявлення та особливості перебігу астенічного симптомокомплексу в залежності від

наявності супутньої депресивної симптоматики [200; 202; 203; 204; 205; 251; 252].

Досліджуючи явище астенії, Лакосіна Н.Д., Сергєєв І.І., Панкова О.Ф. стверджують, що астенія – це комплекс клінічних проявів, що охоплює елементи фізичної активності (працездатність, витривалість), який супроводжується стрімко наростаючою втомою, порушеннями когнітивних функцій (пам'яті, уваги, здатності до отримання та обробки нової інформації, швидкості прийняття рішення), психоемоційними порушеннями, такими як тривожність, дратівливість, нестійкий настрій, зниження мотивації, зменшення інтересу до подій [121].

У психологічному словнику під ред. Неймер Ю.Л. наведено два трактування поняття “астенія”. Перший, де астенія трактується як нервово-психічна слабкість, що виявляється в підвищеній втомлюваності та виснаженні, та другий, за яким астенія – це властивість характеру людини [1].

Блехер В. М., Крук І. В. описують наступні варіанти астенічних станів:

- 1) іперстенічна астенія – з переважанням нестриманості, дратівливості, наявності недостатнього самоконтролю;
- 2) гіпостенічна астенія – з явищами ослаблення, збудження та підвищеного виснаження;
- 3) вітальна астенія – астенія без ознак виснаження: відсутні потяги до діяльності, при цьому характерним є невмотивованість, зниження потягів;
- 4) нейролептична астенія – стан, що виникає у зв'язку з лікуванням нейролептиками;
- 5) тотальна астенія – вузька грудна клітка, слабо розвинена мускулатура, слабкість зв'язок, сухожилів та сполучної тканини [34].

Різні соматичні захворювання та психічні розлади можуть спричинювати астенію (астенічні стани). Астенія, що розвивається через нервові перенапруження, хвилювання, тяжкі, частіше тривалу стурбованість і конфлікти, називають часто неврастенією. Астенія може настати в початковому періоді захворювань внутрішніх органів (наприклад, при

коронарній хворобі), супроводжувати це захворювання як один з його проявів або виникати як наслідок гострого захворювання.

Астенія літніх людей являє собою характеристику стану здоров'я, яка відображає потребу в догляді. Найбільш поширеним визначенням астенії людей літнього віку є визначення Fried, згідно з яким цей клінічний синдром містить поєднання п'яти компонентів: втрата ваги, доведене динамометричне зниження сили кисті, виражена слабкість і підвищена втомлюваність, зниження швидкості пересування, значне зниження рівня фізичної активності.

Ільницький О. М., Проццаєв К. І. стверджують, що астенія літніх людей має місце при наявності трьох і більше симптомів, у разі ж наявності двох симптомів – фіксується явище преастенії. Астенічні стани можуть виникати у здорових людей на тлі стресів, підвищених навантажень і перевтоми. Якщо причиною астенії є неврологічні, соматичні або психічні захворювання, необхідно проводити їх лікування [100].

Одним з профілів несприятливого старіння є астенія саме літніх людей. При цьому літні пацієнти з таким діагнозом характеризуються гетерогенністю, оскільки досліджуваний синдром може бути обумовлений різними видами порушень і проявів клінічних станів, наприклад, таких як зниженням статусу харчування, обмеження обсягу пересування, зниження м'язової сили, соціальної недостатності та ін.

При реактивній астенії, що викликана інтенсивними навантаженнями, перевтомою або перенесенням гострих захворювань часто застосовується спеціальні відновлювальні методики, такі, як релаксаційні сесії, масаж, фізіотерапія, лікувальна фізкультура, кінезіокорекція. Астенія на тлі стресів і психотравм часто супроводжується такими проявами, як дратівливість, тривога, емоційна лабільність, депресія, порушення сну. Таким пацієнтам необхідна консультація психотерапевта або психолога. Ефективна ж психотерапія покращує психологічний і емоційний стан, зменшує тривожність, депресію, порушення сну. Якщо астенія супроводжується

порушенням когнітивних функцій, використовують методики когнітивних тренувань на спеціальних тренажерах у поєднанні з релаксаційними сесіями.

Для зменшення болю, відновлення роботи м'язів і м'язового тону широко використовують масаж і фізіотерапія [226].

Розкриваючи феномен негативних емоційних станів необхідно зупинитись детально на такому явищі як ***нервово-психічна напруженість (далі НПН)***.

Так, Роговін М.І. відзначав, що стан психічної напруженості може викликати зміни в поведінці людини. При аналізі співвідношення понять “стрес” і “напруженість” автор зазначає, що для розуміння психічної напруженості, отримані данні Сельє Г., який досліджував стрес і його стадії, можна застосовувати лише в дуже обмеженій формі. Для випадків помірної напруженості, як стверджує автор, ні методичні, ні теоретичні положення Сельє Г. не підходять [189].

Наєнко Н.І. відзначає проблему існування двох схожих термінів “напруженість” і “напруга”. На думку дослідника, термін “напруга” характеризується підвищеним функціонуванням організму або, якщо їм позначати психічний стан, необхідно чітко вказати психологічні відмінності між станами напруги й напруженості. Автор використовує термін “психічна напруженість” – психічні стани в складних умовах взагалі, незалежно від спричинених ними ефектів. Під психічною напруженістю Наєнко Н. І. розуміє психічний стан, що виникає при виконанні людиною продуктивної діяльності у важких умовах, яка прямо впливає на її ефективність. Автор зазначає, що стан емоційної напруженості характеризується інтенсивними емоційними переживаннями в процесі діяльності та супроводжується емоційним ставленням людини до умов її перебігу [149].

Сафуанов Ф.С. описує стадії емоційної напруги, що впливає на поведінку: 1) акумуляція емоційної напруженості; 2) “плато” інтенсивного емоційного напруження; 3) виражене фізичне і психічне виснаження [194].

Бараш В.І. дослідив, що психічне напруження проявляється в ситуаціях реальної чи уявної загрози. Психічне напруження пов'язане з різними емоційними станами і є складовою частиною складного комплексу адаптації як пристосувальної реакції людини до нових умов життя.

Стан нервово-психічної напруги може проявлятися у зрушеннях 2-х форм:

- 1) за типом наростання збудження;
- 2) за типом розвитку гальмівних реакцій [21].

Бараш В. І. відзначав, що найбільше психічне напруження проявляється в ситуаціях реальної чи уявної загрози. Автор також використовує поняття “важкі форми напруги”. Дослідником виділені: 1) гальмівний тип напруженості, що характеризується підвищеною зосередженістю уваги до об'єкта, утрудненням осмислення ситуації в цілому; 2) збудливий тип напруженості – легке відволікання уваги, прискорений перебіг процесу мислення, швидка зміна рішень та поверхнева оцінка ситуації; 3) синдром виснаження – астенія, виснаження. Автор вважає, що психічна напруженість в нормальних формах сприяє вирішенню складних завдань, а патологічні форми психічного напруження створюють несприятливий вплив на поведінку

Крайні форми реагування залежать від індивідуальних якостей особистості. Небезпека нервово-психічної напруги для особистості криється в тому, що вона проявляється в дезорганізації поведінки, гальмуванні раніше напрацьованих навичок, неадекватних реакціях на зовнішні роздратування, труднощі в розподілі уваги, звуженні об'єму уваги та пам'яті, імпульсивних діях [21].

Особливістю поведінки в стані нервово-психічної напруженості є її негнучкість, відсутність лабільності та пластичності. Водночас стереотипні дії протікають скоріше, з тенденцією до автоматизму. Тому й загальною характеристикою стану нервово-психічна напруга вважається порушення структури складної професійної діяльності. Нервово-психічну напругу

розглядають як загальну реакцію організму при зміні стереотипу діяльності й різкіше виявляється при реальній або уявній загрозі життю або здоров'ю.

До основних причин, що зумовлюють розвиток нервово-психічної напруги, відносять:

- психологічну невідповідність до роботи (відсутність вольової установки, слабку тренуваність, невпевненість у своїх силах);
- фізичну чи психічну втому різного походження;
- несприятливі умови життя.

Від стану нервово-психічної напруженості слід відрізняти стан психоемоційної напруги, який характеризується адекватним вираженням емоційних реакцій, спрямованих на мобілізацію функцій для успішного виконання професійної діяльності.

Встановлено, що в критичній ситуації, такій як загроза, виконання складного, відповідального завдання в людини підвищується рівень нервово-психічної напруги. Наприклад, перед виходом на орбіту серце в американського астронавта Бормана Е. билось з частотою 130 ударів на хвилину, а в момент висадки на поверхню місяця в Армстронга Е. пульс сягнув 156 ударів на хвилину замість звичних 77. Подібні фізіологічні зміни викликає не лише небезпека, але й ситуації, пов'язані з високим рівнем відповідальності, за діяльність, що виконується.

Проте й фактор особистості відіграє не останню роль. Нервово-психічна напруга являє собою особливий різновид психічного стану, що розвивається в людини в складних умовах її життєдіяльності. Вона протікає як системний процес, що містить різні рівні нервово-психічної й соматофізіологічної організації людини, супроводжується як позитивними, так і негативними переживаннями, суттєвими зсувами в організмі людини й змінами у її працездатності. Нервово-психічна напруга є причиною і водночас одним із функціональних проявів емоційного стресу. Серед якостей особистості, що зумовлюють можливість виникнення стресу, чільне місце займає тривога. Роль тривоги в адаптаційному процесі може суттєво змінюватись у залежності

від її інтенсивності й вимог, що висувуються до адаптаційних механізмів особистості. Якщо неузгодженість у системі «людина-середовище» не досягає суттєвого ступеню й рівень тривоги не перевищує середніх значень, то на перший план виступає її мотиваційна роль, при цьому тривога обумовлює активізацію цілеспрямованої поведінки. При яскраво вираженому порушенні в системі «людина-середовище», тривога значно зростає, що суттєво знижує ефективність психічної адаптації. Слід зазначити також, що, звичайно ж, не кожен вплив викликає стрес. Він виникає лише тоді, коли вплив стресора перевищує звичайні пристосувальні можливості індивіда.

Немчин Т. А. виділяє наступні особливості нервово – психічної напруги:

- 1) спрямованість змін (відсутність зрушень, зниження або підвищення продуктивності діяльності);
- 2) особливості психічного стану;
- 3) особливості соматичного стану;
- 4) загальна оцінка стану (відчуття психічного або фізичного комфорту / дискомфорту). Автор робить висновок про те, що межі нормального діапазону напруги визначаються не тільки абсолютною величиною пропонованих вимог, а, більшою мірою співвідношенням цих вимог із можливостями адаптаційної системи, з можливостями її психічних компонентів [152].

У психологічній літературі використовуються терміни: «агресія», «агресивність», «ворожість», «жорстокість». Петровський А.В., Ярошевський М.Г. відзначають, що готовність суб'єкта до агресивної поведінки розглядається як відносна риса особистості – «агресивність» [174].

Як вказує Платонов К.К., агресивність це “психічне явище, що виражається в прагненні до насильницьких дій у взаємостосунках”. Пошівалов В. П. під агресивністю розуміє «індивідуальну схильність до агресивної поведінки, готовність зробити агресивний акт». Відзначають також, що агресивність проявляється в схильності до нападу на інших, у непрямих агресивних реакціях та вербальній агресії [177; 178; 266].

Агресивність також розглядається як специфічні особливості мотивації, або характеристика поведінки.

В останні двадцять років серед таких чинників, сприяють розвитку ІХС, у науковій літературі все частіше згадується *ворожість* (Smith, 1992, Smith, Gallo, 2000., Williams співав., 1985).

Дослідження ворожості в психології набули великого значення завдяки виявленню зв'язку з серцево-судинними захворюваннями [253; 256; 326].

Було досліджено, що ворожість є предиктором хвороб серця, а не просто супутньою характеристикою. Так, подальші дослідження виявили зв'язок ворожості з тяжкістю перебігу алергічних, онкологічних, вірусних та інших соматичних захворювань [154].

У світовій літературі термін «ворожість» трактується по-різному, проте, як правило цей термін вживають поряд із двома іншими, за значенням тісно пов'язаними, з агресією та гнівом. Попри схожість і очевидний взаємозв'язок явищ ворожості, гніву й агресії, вони не є синонімами.

Так, в основі визначень Басса А. лежать уявлення про трикомпонентну структуру психіки. Агресія в його розумінні є поведінковою реакцією та, певним емоційним станом, а ворожість має когнітивний характер. Визначення Басса А. дозволяють легко відокремлювати ворожість, агресію і гнів один від одного, проте навряд чи можна погодитися з приписуванням ворожості когнітивного характеру [266].

Сучасні автори виходять за межі даної тріади ворожості – гнів – агресія та описують цілу низку емоційних і поведінкових реакцій, які можуть бути пов'язані з ворожістю. Розуміння того, що ворожість не завжди веде до агресії, а замість гніву може супроводжуватися іншими емоційними переживаннями, відкриває можливість самостійного її вивчення. Певно, ворожість може виступати як негативне ставлення [329].

У психології категорію «ставлення» було розглянуто М'ясищевим В.Н.. М'ясищев В. Н., розкриваючи сутність поняття «ставлення», вказував, що воно є однією з форм відбиття людиною навколишньої дійсності. Ворожість як

ставлення, таким чином, формується в процесі взаємодії з об'єктом і сформувавшись, сприяє подальшому сприйняттю нових об'єктів. Ворожість автор відносить до емоційних відносин, не ототожнюючи з одного боку ворожість із власне емоціями, а з іншого – з іншими формами відносин, такими, як інтереси, моральні та естетичні переконання. Важливим є питання усвідомленості ворожого ставлення [129; 130].

Психологічні фактори відіграють певну роль у виникненні реакцій з боку вегетативної нервової системи, що відбиває зв'язок між рисами оптимізму / цинізму і ворожості та стресостійкістю, здатністю розв'язувати життєві проблеми, встановлювати соціальні контакти. Так, наприклад, для оптимістів, у порівнянні з песимістами, зазвичай, характерні гармонійні взаємовідносини, до того ж вони добре справляються з несприятливими обставинами. На противагу цьому прояви ворожості можуть призвести до ослаблення соціальної підтримки, що протистоїть стресу. Згодом ці психофізіологічні процеси можуть бути причиною більш часті і / або тривалої активації серцево-судинної системи. Під час вимірювання у пацієнтів артеріального тиску (АТ) в умовах поліклініки було відмічено, що в оптимістично налаштованих пацієнтів, на відміну від песимістів, спостерігалось менше епізодів підвищення АТ, а також стресових і негативних емоційних реакцій. У людей, в яких, зазвичай, переважають позитивні емоції та оптимістичний настрій, реєструють нижчий рівень кортизолу після ранкового пробудження (маркер функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової вісі).

Ворожість було визнано предиктором виникнення епізодів гіпертонії у зрілому віці. У спостереженні за участю вороже налаштованих дорослих, що тривало понад 15 років, визначили підвищення у них ризику розвитку гіпертонії на 84 % [190].

Перспективним представляється дослідження виявлення механізмів зв'язку ворожості з поведінкою, емоційною сферою та іншими психічними явищами. Розуміння ворожості як ставлення дозволяє також розв'язувати

питання про стійкість у часі. Те, як формуються ставлення, певною мірою вороже ставлення у цьому сенсі має на увазі явище більш стійке, ніж, наприклад, емоційний стан. Далі можна обговорювати різні форми прояву ворожості. Річ у тому, що вивчення ворожості представляє методологічну проблему, оскільки, будучи психологічним ставленням, вона фактично безпосередньо не спостерігається в поведінці, хоча і знаходить численні прояви в різних психічних процесах та явищах.

Існує взаємозв'язок ворожості з різноманітними емоційними, когнітивними та поведінковими явищами, потенційно доступними аналізу. Коли ж мова йде про прояв ворожості у сфері емоційних станів, має на увазі перш за все рокування емоції. Відносно короткочасні емоційні стани певною мірою залежать від ситуації або поведінки об'єкта, що їх викликав, хоч і опосередковуються ставленням до цього об'єкта або ситуації. Проте, ворожість може опосередковувати також виникнення ситуативних емоцій. Одні і ті ж дії людини можуть інтерпретуватися по-різному а, отже, різною буде й емоційна реакція, в залежності від нашого ставлення до певної людини. Та чи інша форма емоційних проявів ворожості залежить і від певної специфіки ворожості та інших її параметрів. Так, презирство передбачає знецінення об'єкта і приписування йому якихось «недостойних» якостей, наприклад, боягузтва (ці якості в кожному конкретному випадку залежать від системи цінностей людини). Очевидно, що наслідком ворожості може бути і тривога.

Словосполучення «високий рівень ворожості» описує ворожість безвідносно її об'єму і має на меті диспозицію або схильність людини приписувати іншим об'єктам і явищам негативні якості. Характеризуючи людину як ворожу, ми маємо на увазі, що а) в її системі вже сформованих відносин переважає ворожість; б) ймовірність формування негативного ставлення до нових об'єктів у цілому вище, ніж вірогідність формування позитивного, тобто має місце певна упередженість. Вороже ставлення, як правило, має певну специфіку. Мова йде про ту конкретну форму, яку воно

приймає в результаті диференціації на рівні вербальних засобів, тобто вороже ставлення може мати різний ступінь стійкості.

Ворожість пов'язана зі зниженням якості життя у хворих на ІХС, і такий зв'язок Silarova B, Nagyova I, Rosenberger J., співвідносять із втратою “почуття узгодженості” (sense of coherence). У дослідженні 509 хворих на ІХС (середній вік $58,8 \pm 7,3$ років) психічна якість життя за опитувальником HRQoL була пов'язана з наявністю ворожості як риси акцентуованої особистості. На 61,9 % вона пояснювалася втратою почуття узгодженості [314]. «Почуття узгодженості» розглядається Super S, Wagemakers M. A. E., Picavet H. S. J як інструмент і проміжна мета підвищення загальної якості життя [316].

Таким чином, численні дослідження переконливо свідчать про те, що ворожість можна вважати одним з універсальних прогностично несприятливих факторів кардіологічної патології й вона є ключовим симптомом-мішенню в терапії ІХС.

Висновки до першого розділу

1. У першому розділі представлено теоретичний аналіз сучасних наукових уявлень щодо проблематики емоційних станів жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця. Продемонстровано сучасні погляди на природу емоційних станів в генезі та перебігу захворювань ішемічної хвороби серця й висвітлено складність питання, що спрямовує науковий і практичний інтерес та безпосередньо відображається у медичній, психологічній та соціальній науках.

2. Спираючись на результати теоретичного аналізу психологічних особливостей жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця, можемо стверджувати, що важливим є врахування не лише особистісних характеристик, але і певних емоційних станів. Теоретично з'ясовано, що низкою дослідників було виділено різноманітні особистісні характеристики хворих на ішемічну хворобу серця. Так, в структурі так званого особистісного типу «А» відзначені різні психологічні особливості, іноді суперечливі. Представленість в етіології та патогенезі хвороби особистісних, соціальних і біологічних факторів у кожного конкретного хворого може бути різною. Крім того, інфаркт міокарда можливий і в особи, «що не вкладається в класичний коронарний особистісний профіль» (наприклад, у пацієнта, що палить, страждає на ожиріння, і при цьому не має особистісних особливостей типу «А»). У контексті проблематики проведено ґрунтовний аналіз значної кількості статистичних досліджень та сучасних наукових праць, що дав змогу констатувати, що при виявленні конкретних особистісних характеристик, питання про те чи є ці характеристики преморбідними або сформованими в результаті хвороби не завжди має однозначну відповідь.

3. Теоретично з'ясовано, що негативні почуття погіршують функціональний стан серця, викликаючи його електромагнітну дестабілізацію. Серед основних механізмів, через які реалізується патогенний вплив стресу при ІХС можна назвати: підвищене виділення катехоламінів, що призводить до збільшення потреби міокарду в кисневій внаслідок зростання частоти серцевих

скорочень, артеріального тиску і сили скорочення міокарду; порушення судинного тону епікардіальних артерій і мікроциркуляції; підвищення агрегації тромбоцитів, секреції деяких факторів згортання крові, зниження фібринолітичної активності крові.

4. На основі проведеного теоретичного аналізу наукових досліджень проблематики нами виявлено, що на формування конкретних станів можуть впливати біологічні, соціальні та особистісні фактори.

5. Виходячи з аналізу літератури було визначено, що компоненти психоемоційних станів пацієнтів з ІХС складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають у себе: специфіку емоційно-негативних станів, таких як тривога, депресія, астения, ворожість тощо, а також особливості соматичного стану, клінічні прояви ІХС та супутні зміни психоемоційної сфери; специфіку психотравмувальних ситуацій; особистісні особливості, зокрема, агресивність, а також тривожність, невротичність і депресивність у структурі своїх особистісних характеристик.

6. З'ясовано, що поряд із тривалим емоційним перенапруженням значну роль при захворюванні на ІХС літніх жінок відіграють гостра та хронічна травматизація психіки, психоемоційні розлади, найбільш значущими серед яких є депресивні та тривожно-фобічні. Крім того, при депресії мають місце такі поведінкові чинники, як небажання пацієнтів приймати медикаментозні препарати та дотримуватись призначеного режиму.

Результати, викладені у цьому розділі, опубліковані у наступних публікаціях автора:

1. Онісковець Б.І. Дослідження особливостей емоційного стану жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця. *Психологічний часопис : зб. наук. пр.* Київ, 2021. Вип. 6(50), № 7, С. 89- 94.

URL:<https://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/issue/view/50>

2. Онісковець Б.І. Психологічні особливості жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. *Науковий журнал «Молодий вчений»*, Херсон, 2020, № 7 (83), С. 22–26.

РОЗДІЛ II

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

У цьому розділі описано процедуру дослідження емоційних станів жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця. Представлено організаційні аспекти та окреслено методологічну базу здійсненого експерименту. Обґрунтовано релевантні психодіагностичні інструменти, схарактеризовано репрезентативні вибірки та розкрито особливості проведення дослідження.

2. 1. Організація емпіричного дослідження та характеристика дослідницької вибірки.

Як показано у попередньому розділі, різні прояви ішемічної хвороби серця (ІХС) нерідко виникають у людей в зв'язку з перенапруженою вищою нервовою діяльністю. Аналіз літератури показує, що у значної частини хворих спостерігаються психічні травми, психоемоційне напруження, розлади настрою, які передують появі розладів коронарного кровообігу, а відтак, і ІХС різних ступенів прояву. При цьому можна прослідкувати взаємозв'язок з ІХС не тільки гострих психотравм, але і тривалого травмування психіки.

Очевидно, що в такому річечі, важливу роль відіграє своєчасна і якісна оцінка клініко-психологічними методами емоційного стану пацієнтів, що є важливим для психокорекції порушень або при їх виявленні – для психокорекції.

Дослідження проводилося поетапно.

На першому, підготовчому етапі експериментального дослідження, що тривав з січня 2019 р. по червень 2019 р. Спираючись на позиції системного та особистісно-орієнтованого підходів, за яких експеримент є системою, було визначено мету, способи й засоби її досягнення, виокремлено предмет і об'єкт,

визначені взаємовпливи між ними, певну ієрархічну структуру та визначено очікування від результату. Також на першому етапі вивчався стан проблеми та її висвітлення у вітчизняній і закордонній науковій літературі, клініко-психологічній практиці, опрацьовувався поняттєвий апарат дослідження, визначалися теоретичні засади дисертації.

Було проведено аналіз та підбір психодіагностичних методик для експериментального дослідження відповідно до мети та завдань дисертаційного дослідження. Психодіагностичні методики – це специфічні психологічні засоби, призначені для вимірювання та оцінки індивідуально-психологічних особливостей людей [5].

Другий етап (друга половина 2019 р.) – проводився, власне, дослідницький етап експерименту, спрямований на визначення наявності особливостей емоційних станів пацієнтів хворих на ІХС.

У ході проведення дослідження застосовувався клініко-психологічний метод, який містить у собі метод спостереження, структуровану бесіду та анкетування за інтегрованою методикою. Такий метод дозволяє вивчати не тільки хворобу, а й самого хворого. Бесіда передувала інструментальному обстеженню, і однією з основних задач її застосування було формування в обстежуваного адекватного ставлення до психодіагностичної процедури. Крім того, такий метод був спрямований на отримання відомостей інформаційно-пізнавального характеру.

Психологічні дані включали інформацію про особистісні особливості пацієнта, особливості емоційного стану в певний час і протягом захворювання. Також з'ясовувалося ставлення пацієнта до свого захворювання, до майбутнього лікування.

Третій, інтерпретаційний, етап (2020 р.) – полягав у кількісній обробці даних дослідження, визначенні середніх величин, побудові графіків тощо. На цьому етапі аналізувались результати експерименту; відбувалась інтерпретація даних і формування висновків, здійснювалася підготовка тексту дисертації.

Для виконання завдань дослідження нами обрано теоретичні, емпіричні методи та методи математичної статистики, що представлені в таблиці нижче.

Таблиця 2.1

Дослідницькі методи дисертаційної роботи

Група методів	Методи, що обрані та застосовані у роботі
Теоретичні	аналіз, синтез, порівняння, узагальнення отриманих під час теоретичного вивчення результатів та систематизації джерел
Емпіричні	контент-аналіз (вивчення даних анамнезу), спостереження, бесіда, психологічний експеримент, психодіагностичне тестування
Методи математичної статистики	описова статистика, кореляційний та порівняльний аналіз за методом Т-критерію Вілкоксона, коефіцієнтом Спірмена, шкалою Чеддока, U Манна-Уїтні.

Таким чином, **мета дослідно-експериментальної роботи:** *встановити наявність особливостей* емоційних станів у жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця.

При побудові гіпотези експерименту ми виходили із тези, що вплив хронічних соматичних захворювань на психіку, а саме: ішемічної хвороби серця, може мати патогенний характер і призводити до порушень психічної діяльності людини.

“Соматичні захворювання, змінюючи діяльність всього організму, здатні здійснювати патогенний вплив на психіку людини, порушуючи його пізнавальну діяльність, емоційний стан і навіть стійкі властивості особистості. Сам факт захворювання (постановка діагнозу) може виступати в якості психотравмувальних фактору і сприяти розвитку психогенії” [47].

Гіпотеза експерименту: у хворих на ІХС проявляються певні особливості психоемоційної сфери, у порівнянні з умовно здоровими особами, ступінь вираженості яких залежить від статевих вікових показників.

Предметом дослідження було визначено психоемоційний стан пацієнтів похилого віку, хворих на ІХС. У якості **об'єкта дослідження** виступають особливості психоемоційного стану пацієнтів похилого віку, зумовлені їх гендерною приналежністю.

Завдання експерименту. Об'єкт, предмет, мета і гіпотеза зумовили необхідність розв'язання наступних завдань експерименту.

1. На основі аналізу літератури, співбесід із пацієнтами тощо визначити компоненти психоемоційного стану пацієнтів похилого віку, хворих на ІХС.
2. Підібрати відповідні до визначених компонентів методики кількісної оцінки (опитувальники) та провести опитування.
3. Визначити методику статистичної обробки отриманих даних.
4. Порівняти результати експериментальних та контрольних груп для визначення особливостей психоемоційного стану жінок, хворих на ІХС, та зробити відповідні висновки.

Для підтвердження припущення про наявність особливостей психоемоційного стану жінок похилого віку, хворих на ІХС, ми маємо довести існування відмінностей у психоемоційних станах між пацієнтами хворими на ІХС та умовно здоровими людьми похилого віку. Також маємо визначити, чи існує залежність психоемоційних станів хворих на ІХС від їх гендеру. Таким чином, доцільно до опитування залучити три групи респондентів похилого віку, одну з яких складуть умовно здорові люди, другу й третю, відповідно, чоловіки та жінки хворі на ІХС.

У нашому дослідженні похилий вік ми визначаємо у межах від 60 до 75 років, під час якого особа намагається або подолати ознаки власної психічної інволюції, та, як результат, досягає якісного новоутворення віку – мудрості, або ж апатично спостерігає за процесом власної деградації, очікуючи завершення власної життєдіяльності. Вік від 75 до 90 років (старечий вік) та

вік за 90 років, на цьому етапі дослідження нами не розглядається.

У похилому віці психічні процеси зазнають певних змін. Слід зазначити, що в цьому віці відбувається загальне зниження психічної активності, яке проявляється у зменшенні обсягу уваги, існують труднощі у зосередженості та перемиканні уваги. Процеси сприймання стають із віком менш чіткими й людина частіше починає використовувати уяву [281].

Було проведене психологічне обстеження 135 респондентів похилого віку. З них 41 особа була умовно «здоровою» (середній вік 69,73 р.), тобто медичне обстеження не показало наявності патологій, у тому числі ішемічної хвороби серця (ІХС). Відповідно, у 94 особи було діагностовано ІХС. Дослідження хворих на ІХС проводились на базі відділення кардіології. З них 52 жінки (55,32 %) і 42 чоловіки (44,68 %) віком від 65 до 75 рр. Середній вік пацієнтів склав 68,87 р.

2.2. Обґрунтування методів та методик забезпечення дослідження.

Структуроване інтерв'ю з пацієнтами груп 2 і 3 показало, що вони неохоче говорять про прояви хвороби, відчують труднощі в розмежуванні об'єктивних фізіологічних симптомів і емоційного стану. На питання: «Засмучені чи задоволені ви тим, що потрапили в лікарню» відповідають негативно, але період перебування в стаціонарі називають «марною тратою часу». При цьому дуже охоче розмовляють про зміст своєї професійної діяльності, нарікають на обмеження в користуванні мобільним телефоном і постійно прогнозують необхідність працювати в авральному режимі при поверненні до своїх службових обов'язків. Вони відзначають, що їх рідні виявляють дратівливість, негативно налаштовані до необхідності отримання пацієнтом медичної допомоги. При цьому самі пацієнти в процесі бесіди демонструють гнівливість, незадоволення, різкість суджень [312].

Виходячи із результатів інтерв'ювання було зроблене обґрунтоване припущення про наявність ряду психологічних особливостей, присутніх всім хворим на ІХС, порівняно із здоровими людьми. Друге припущення полягало в тому, що гендерні відмінності можуть зумовлювати посилення (зменшення) проявів певних компонентів психоемоційних станів.

Виходячи із аналізу медико-психологічної літератури було визначено, що компоненти психоемоційних станів пацієнтів з ІХС складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів, таких як тривога, депресія, астения, ворожість тощо, а також особливості соматичного стану, клінічні прояви ІХС та супутні зміни психоемоційної сфери; специфіку психотравмуючих ситуацій; особистісні особливості, зокрема, агресивність, а також тривожність, невротичність і депресивність в структурі своїх особистісних характеристик.

Все це зумовлює необхідність проведення комплексного системного дослідження багаторівневої структури емоційних станів хворих з різними клінічними формами ІХС.

Для забезпечення повноти охоплення клінічної картини психоемоційних станів пацієнтів з ІХС, були розглянуті психоемоційні стани та використані методики, представлені в Таблиці 2.1. методику визначення стану агресії Басса-Дарки та багатофакторний особистісний опитувальник FPI (форма В).

№	Психоемоційні стани	Методика
1.	Алекситимія	Торонтська Алекситимічна Шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS)
2.	Депресія	Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HDRS, або HAM-D)
3.	Тривожність	Шкала Гамільтона для оцінки тривожності;
4.	Астенія	шкали астенічного стану (ШАС), яка була створена Л. Д. Малковою і адаптована Т. Г. Чортовою на основі методики MMPI
5.	НПН	опитувальника нервово-психічної напруги (НПН) Т.А.Немчина
6.	Фізична агресія	Опитувальник визначення стану агресії Басса-Дарки
7.	Вербальна агресія	
8.	Непряма агресія	
9.	Негативізм	
10.	Роздратування	
11.	Підозрілість	
12.	Образа	
13.	Почуття провини	
14.	Невротичність	Опитувальник FPI, форма В. (відрізняється від повної форми в два
15.	спонтанна агресивність	

16.	Депресивність	рази меншим числом питань. Загальна кількість питань в опитувальнику – 114)
17.	Дратівливість	
18.	Товариськість	
19.	Врівноваженість	
20.	Реактивна агресивність	
21.	Сором'язливість	
22.	Відкритість	
23.	Екстраверсія-інтроверсія	
24.	Емоційна лабільність	
25.	Маскулінізм-фемінізм	

Аналіз відповідної літератури показав, що на практиці виділяють три основні типи реакції хворого на захворювання: стенічну, астенічну і раціональну. Стенічна реакція, як правило, проявляється у хворих з активною життєвою позицією. При астенічній реакції на захворювання у хворих є схильність до песимізму й підозрливості. При раціональному типі реакції має місце реальна оцінка ситуації і раціональний відхід від фрустрації [198].

Так було зроблене припущення, що велика частина пацієнтів хворих на ІХС не в змозі повністю адекватно оцінити власний психоемоційний стан. Таке припущення зумовило необхідність перевірки пацієнтів на алекситимію.

Алекситимія (грец. А - заперечення, lexis - слово, thyme - почуття) - нездатність людини називати емоції, пережиті ним самим або іншими людьми, тобто переводити їх в вербальний план. Алекситимія зустрічається у значної частини (до 85%) людей, які страждають аутичними розладами [145].

За сучасними уявленнями, алекситимія є психологічною характеристикою, яка визначається наступними когнітивно-афективними особливостями:

- 1) труднощами у визначенні (ідентифікації) і описі власних почуттів;
- 2) труднощами в проведенні відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями;

3) зниженням здатності до символізації, про що свідчить бідність фантазії та інших проявів уяви;

4) фокусуванням більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях [91].

Було вирішено для перевірки провести опитування з використанням Торонтської шкали алекситимії (TAS) (додаток А).

Торонтська Алекситимічна Шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS). - клінічний опитувальник, призначений для вивчення такої особистісної характеристики, як алекситимія, що полягає в зниженні або відсутності здатності до розпізнавання, диференціювання і вираженню емоційних переживань і тілесних відчуттів. Іноді в це поняття також включають низьку емоційну чутливість по відношенню до інших людей, низьку емоційну залученість в повсякденному житті [218].

Існує ряд модифікацій Торонтської шкали алекситимії, кожна з них має свої переваги й недоліки [14, с. 228]. Так, класичним і найбільш розповсюдженим є 20-пунктовий опитувальник «Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)» – один з найбільш часто використовуваних інструментів для вимірювання алекситимії – оцінює тільки три її аспекти: труднощі розпізнавання емоцій, труднощі опису емоцій та зовнішньо-орієнтоване мислення, а от обмеження здатності до уяви залишається поза увагою [15]. Тому в межах нашого дослідження було прийнято рішення використати 26-пунктовий «Торонтський шкала алекситимії» (TAS-26) [218].

Перша версія опитувальника TAS-26 була розроблена в 1985 році Гремом Тейлором з співавторами, методика містить 26 запитань і одну шкалу. Адаптація під наші умови була зроблена в НППН ім. Бехтерева В.М [29].

Аналіз медико-психологічної літератури показав, що існує висока імовірність того, що хворі з помітно вираженими фізіологічними проявами ІХС (швидка стомлюваність, тахікардія тощо) характеризуються високим рівнем тривожності, а також більш вираженими проявами тривоги і депресії на пізніх етапах госпіталізації; за відсутності таких проявів депресивні стани

можуть бути менш вираженими, особливо на початковому етапі госпіталізації і, більшою мірою, виявляються до моменту завершення періоду перебування в стаціонарі.

Ці припущення були підтверджені у ході проведення бесіди із пацієнтами. Було помічено, що їх пригнічує необхідність не тільки проходження лікування, а й зміни стилю життя. Їх бентежить необхідність дотримання режиму, зменшення фізичних навантажень, вимушеність меншого опікування роботою тощо. Такий стан речей зумовлював тривожність пацієнтів, деяку розгубленість тощо.

Для верифікації тривоги і депресії і оцінки особливостей ставлення пацієнтів до лікування була використана Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HRDS, або HAM-D) (додаток В). Ця шкала, створена в 1959 р., швидко набула великої популярності і стала широко використовуватися для оцінки тяжкості депресії в динаміці. Вона розроблена для хворих з афективними порушеннями депресивного типу і застосовується для оцінки ефективності терапії [282].

Методика була запропонована англійським психіатром Гамільтоном М. в 1960 р, потім переведена на всі європейські мови. Історично, шкала Гамільтона містила 17 ознак, які оцінюються за 3-бальною системою. В подальшому були зроблені спроби розширити шкалу, як за рахунок включення більшої кількості ознак депресії (до 24), так і за рахунок збільшення ступенів градацій оцінки кожної з них, більш детальної оцінки ступеня їх інтенсивності або частоти (від 3 до 5 балів). Всі діагностичні пункти стосуються стану пацієнта протягом останніх кількох днів. У клініці часто використовується скорочена 17-пунктовий версія шкали, позбавлена останніх чотирьох пунктів, оскільки вони не враховуються при підрахунку [15].

HRDS не містить конкретних діагностичних питань, прив'язаних до пунктів шкали. Клініцисту самому пропонується формулювати питання, керуючись змістом пунктів і власним клінічним досвідом. Природно, це вносить істотний елемент суб'єктивізму в діагностичне дослідження, знижує

валідність і надійність даних. З метою усунення зазначеного недоліку в 1988 р. Вільямс Ж. (Нью-Йоркський інститут психіатрії) розробила «Структурована інтерв'ю для шкали депресії Гамільтона» (SIGH-D). Інтерв'ю складається з 16 основних діагностичних питань, які відповідають пунктам шкали Гамільтона. 17-й пункт ідентичний оригінальній HRDS. До кожного основного питання додаються додаткові з метою уточнення депресивного симптому. Критерії оцінки інтерв'ю відповідають критеріям оцінки шкали Гамільтона [15].

Слід зазначити, що спеціальні дослідження показали малу успішність розширення списку ознак, включених в HDS, оскільки це не посилювало надійності і значимості даної шкали. В даний час HAM-D застосовують для об'єктивізації і зіставлення показників досліджень за клініко-біологічними і психофармакологічними програмами. Найбільш часто використовують HDRS з 17 пунктами (симптомами) або ж з великою їх кількістю (до 21). Тому в протоколі дослідження завжди потрібно вказувати, зі скількох пунктів складається HAM-D, яка прийнята в якості «інструмента» дослідження.

«Золотим стандартом» клінічних наукових досліджень вважається шкала тривожності Гамільтона. Ця шкала дозволяє клінічно достовірно оцінити вираженість тривожних розладів в широкому діапазоні.

Шкала тривожності Гамільтона (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, скор. HARS) [15] - клінічна рейтингова шкала, призначена для вимірювання ваги тривожних розладів пацієнта. Це важливий, точний і зручний діагностичний інструмент, що застосовується в повсякденній практиці лікарів-фахівців, що часто зустрічаються з тривожними розладами, лікарів-психіатрів.

Однією із найбільш розповсюджених проблем пов'язаних як із хворобливими станами, так і з віковими особливостями є різноманітні прояви астеничного стану.

Під терміном «астеничний стан», або «зниження психічної активації», мається на увазі таке психічний стан, що характеризується загальною, і перш за все, психічної слабкістю, підвищеною виснаженістю, дратівливістю, зниженням продуктивності психічних процесів, розладами сну, фізичної

слабкістю і іншими вегетативно-соматичними порушеннями.

«Шкала астенічного стану» (ШАС) (додаток С) була створена Малковим Л. Д. на основі ММРІ. Методика призначена для експрес-діагностики астенічного стану [241].

За описом симптомів Кохен М.Е. виділив до 28 різних ознак. Основні симптоми астенічного синдрому [44]:

- 95% - схильність до сліз;
- 90% - задишка;
- 87% - загальна дратівливість;
- 70% - тривога і неспокій;
- 60,7% - втому.

Малковим Л.Д. в 1977 році була вивчена структура невротичної астенії з дещо іншим співвідношенням ознак. Шкала астенії включала 42 ознаки. Відповідно ставилися спостереження над хворими невротиками і були отримані дані для виділення симптомів захворювання у нервовохворих людей і порівнювання їх із здоровими. Потім, по закінченню роботи зі статистикою і аналізами, були виділені в найбільш відповідні ознаки для характеристики шкали астенії. Наприклад: прокидаючись, людина не відчуває себе відпочилою, відчувається слабкість і втома, важко зосередитися на питанні чи виконанні завдання, втрачається увага, спілкування з людьми ще більше стомлює, плани здаються надзвичайно складними, виникає почуття відмови від них, очі швидко втомлюються, слух стає надто чутливим до зовнішніх подразників, що призводить до дискомфорту [88].

Астенікам і людям з тимчасовим астенічним станом слід дотримуватися помірний спосіб життя, своєчасно відновлювати психічні та фізичні сили.

Для визначення агресивності було використано методику визначення стану агресії Басса-Дарки (додаток D) [36]. Опитувальник Басса-Дарки – одна з найбільш популярних в зарубіжній психології методик для дослідження агресії. згідно з відомими уявленням, агресія є одним з поширених способів

вирішення проблем, що виникають в складних і важких (фрустуючих) ситуаціях, що викликають психічну напруженість.

Психологічний підхід до розуміння агресії і агресивності довгий час визначався як концепцією потягу, так і теоріями, що розглядають агресію як наслідок фрустрації. В кінці 50-х рр. з'явився ряд публікацій по агресії і агресивності [20], які викликали великий потік експериментальних і теоретичних робіт по даній темі. Аналіз основних поглядів на зміст поняття «агресія» дозволяє розуміти її як мотивоване руйнівну поведінку, що суперечить нормам і правилам існування людей в суспільстві, що заподіює шкоду об'єктам нападу (живим і неживим), що завдає фізичний збиток або викликає у них психологічний дискомфорт (негативні переживання, стан напруженості, страху, пригніченості і т. д.).

Басс і Дарка в 1957 р першими виконали роботу, яка характеризувалася спробою розглянути агресію як комплексний феномен. Ними було запропоновано опитувальник, що складається з 8 індексів, які вони вважають важливими показниками агресії. Цей опитувальник зараз широко застосовується в зарубіжній і вітчизняній практиці [36].

Дана психодіагностична методика диференціює прояви агресії і ворожості. Агресивну поведінку, в свою чергу, можна розділити на 2 основних типи: мотиваційну агресію, або агресію як самоціль; інструментальну агресію, як засіб [68].

Опитувальник Басса-Дарки виділяє наступні види реакцій: фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи; непряма – агресія, обхідним шляхом спрямована на іншу особу або не направлення ні на кого; роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість); негативізм – опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів; образа – заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні і вигадані дії; підозрілість – в діапазоні від недовіри і обережності по відношенню до людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять зло; вербальна

агресія вираз негативних почуттів як через форму (вереск, крик) так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози); почуття провини – висловлює можливе переконання суб'єкта, що він є поганою людиною, що надходить зло, а також відчуються їм докори сумління [36].

На завершення дослідження було використано потужний інструмент – особистісний опитувальник FPI (Додаток F).

Цей опитувальник було створено головним чином для прикладних досліджень з урахуванням досвіду побудови і застосування таких широко відомих опитувальників, як 16 PF, MMPI тощо. Шкали опитувальника сформовані на основі результатів факторного аналізу і відображають сукупність взаємопов'язаних факторів. Опитувальник призначений для діагностики станів і властивостей особистості, які мають першорядне значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки.

Опитувальник FPI містить 12 шкал; форма В відрізняється від повної форми тільки в два рази меншим числом питань. Загальна кількість питань в опитувальнику -114. Одне (перше) питання ні в одну з шкал не входить, так як має перевірочний характер. Шкали опитувальника I -IX є основними, або базовими, а X -XII -похідними, інтегруючими. Похідні шкали складені з питань основних шкал і позначаються іноді не цифрами, а буквами E, N і M відповідно.

Шкала I (невротичність) характеризує рівень невротизації особистості. Високі оцінки відповідають вираженому невротичному синдрому астенічного типу із значними психосоматичними порушеннями. Шкала II (спонтанна агресивність) дозволяє виявити і оцінити психопатизацію інтротенсивного типу. Високі оцінки свідчать про підвищений рівень психопатизації, що створює передумови для імпульсивної поведінки. Шкала III (депресивність) дає можливість діагностувати ознаки, характерні для психопатологічного депресивного синдрому. Високі оцінки за шкалою відповідають наявності цих ознак в емоційному стані, в поведінці, у відносинах до себе і до соціального

середовища. Шкала IV (дратівливість) дозволяє судити про емоційної стійкості. Високі оцінки свідчать про нестійкий емоційний стан зі схильністю до афективного реагування. Шкала V (товариськість) характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності. Високі оцінки дозволяють говорити про наявність вираженої потреби в спілкуванні і постійної готовності до задоволення цієї потреби. Шкала VI (врівноваженість) відображає стійкість до стресу. Високі оцінки свідчать про гарну захищеності до впливу стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що базується на впевненості в собі, оптимістичність та активності.

Шкала VII (реактивна агресивність) має на меті виявити наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу. Високі оцінки свідчать про високий рівень психопатизації, що характеризується агресивним ставленням до соціального оточення і вираженим прагненням до домінування.

Шкала VIII (сором'язливість) відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, що протікає по пасивно-оборонному типу. Високі оцінки за шкалою відображають наявність тривожності, скутості, невпевненості, наслідком чого є труднощі в соціальних контактах.

Шкала IX (відкритість) дозволяє характеризувати ставлення до соціального оточення і рівень самокритичності. Високі оцінки свідчать про прагнення до довірливо-відвертої взаємодії з оточуючими людьми при високому рівні самокритичності. Оцінки за цією шкалою можуть тою чи іншою мірою сприяти аналізу щирості відповідей обстежуваного при роботі з даним опитувальником, що відповідає шкалам брехні інших опитувальників.

Шкала X (екстраверсія-інтроверсія). Високі оцінки за шкалою відповідають вираженій екстравертованості особистості, низькі – вираженій інтровертованості. Шкала XI (емоційна лабільність) Високі оцінки вказують на нестійкість емоційного стану, що виявляється в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки можуть характеризувати не тільки високу стабільність емоційного стану як такого, але і хороше уміння володіти собою.

Шкала XII (маскулінізм-фемінізм) Високі оцінки свідчать про протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом, низькі - за жіночим.

У відповідності до поставленої мети і завдань ми визначаємо чи існують значущі відмінності в психофізіологічних чинниках жінок похилого віку хворих на ішемічну хворобу серця порівняно із чоловіками тієї ж вікової категорії (особливості пов'язані із гендерними відмінностями) та особливості пов'язані із наявністю, власне, захворювання: визначаємо відмінності при порівнянні літніх жінок, хворих на ІХС та здорових респондентів.

2.3. Емпіричне опрацювання результатів дослідження емоційних станів жінок літнього віку з ІХС.

Алекситимія. Проведенню тестів передувала структурована співбесіда, однією із цілей якої було зацікавити людей похилого віку до співпраці. Велика кількість як пацієнтів, так і здорових людей відмовлялася пройти участь в тестуванні – найчастішими були судження «я й так все про себе знаю», «що Ви можете нам розказати такого, що ми не чули», «навіщо нам це потрібно» тощо.

Першим тестом, що був запропонований всім групам був тест на алекситимію, тобто, фактично, тест на об'єктивне сприйняття самих себе. Наскільки люди себе адекватно оцінюють.

Таблиця 2.2.

Тестування за Торонтською Алекситимічною Шкалою [218].

Група	Норма	Група ризику	Алекситимія
КГ	5,20	92,68%	7,32%
ЕГЧ	6,86	61,90%	38,10%
ЕГЖ	5,46	38,46%	61,54%

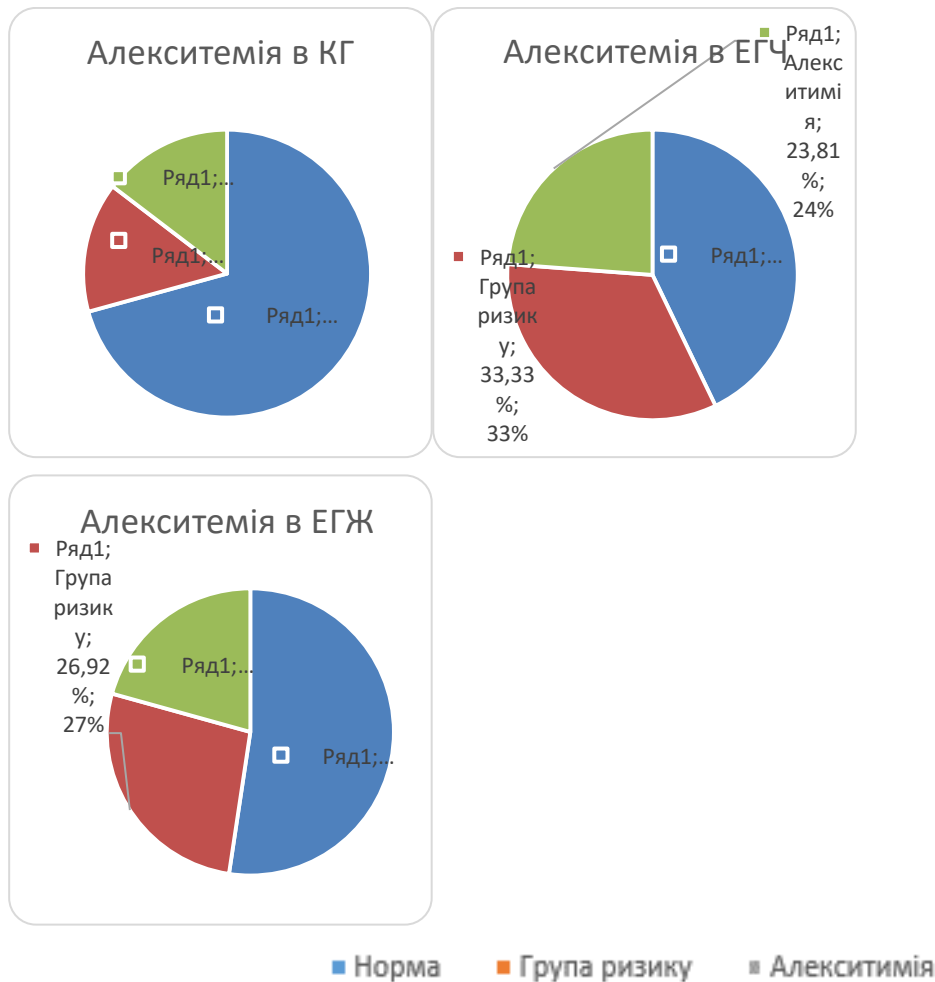


Рис. 2.1. Діаграми результатів тестування за Торонтською Алекситимічною Шкалою [218].

Для порівняння вибірок (визначення, чи наявні відмінності є суттєвими) між собою скористаємося критерієм U Манна-Уїтні [73].

Для цього попарно об'єднаємо вибірки і проведемо відповідне ранжування. Для порівняння величини депресії за критерієм $U_{\text{емп}}$ Манна-Уїтні [73] потрібно попарно порівняти відповідні значення вибірок в контрольній групі (КГ) та в експериментальних групах.

Порівняємо вибірки КГ з ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 48 \cdot 2,5 + 50 \cdot 7,5 + 52 \cdot 13 + 55 \cdot 20 + 56 \cdot 22 + \dots + 81 \cdot 72 = 1564;$$

Так само розрахуємо рангову суму для ЕГЧ: $P_1 - \text{ЕГЧ} = 1992;$

Визначимо емпіричні значення критерію U Манна-Уїтні за формулою:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} - P_x,$$

де n_1 – кількість респондентів в 1-й групі – 41 особа; n_2 – 42 особи;

P_x – більша рангова сума, n_x – кількість респондентів в групі з більшою ранговою сумою.

Результат: $U_{\text{емп}} = 703$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 679$;

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 703$ знаходиться в зоні незначущості.

Таким чином, відмінності між вибірками є несуттєвими, що означає, що характер відмінностей проявів алекситемії у чоловіків, хворих на ІХС, та у здорових респондентів досить незначний.

Аналогічно, перевіримо взаємозв'язок між вибіркою контрольної групи і жінками, хворими на ІХС.

$$P_{2-КГ} = 1363.5;$$

$$P_{2-ЕГЖ} = 3007.5;$$

$$U_{\text{емп}} = \mathbf{502.5}$$

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 852$;

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 502.5$ знаходиться в зоні значущості, і відмінності в проявах алекситемії є суттєвими.

Порівняємо вибірки ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-ЕГЧ} = 1582.5;$$

$$P_{3-ЕГЖ} = 2882.5;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = \mathbf{679.5}$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875$;

Вісь значущості:

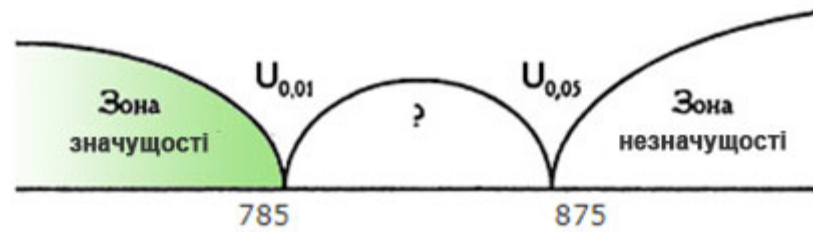


Рис 2.2. Значущість відмінностей проявів алекситемії в групах ЕГЧ і ЕГЖ

Таким чином, психофізіологічний стан алекситемія жінок похилого віку з ІХС має виражені гендерновікові особливості.

Проведене тестування дало змогу показати респондентам, що їх думка про абсолютно адекватне сприйняття самого себе не завжди є справедливою, особливо це стосувалось чоловіків, хворих на ІХС. Це дозволило переконати людей похилого віку взяти участь у тестуванні, поставивши за мету краще розібратись у проявах психофізіологічного стану і як результат – покращити ефект лікування.

Наступним кроком констатувального експерименту були здійснені заміри за шкалою Гамільтона для депресії та тривожності.

Оцінка депресії (шкала Гамільтона) [282].

Таблиця 2.3.

Дані за шкалою Гамільтона для оцінки депресії [282].

Група	Середнє значення	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
КГ	5,20	92,68%	7,32%	0,00%
ЕГЧ	6,86	61,90%	38,10%	0,00%
ЕГЖ	5,46	38,46%	61,54%	0,00%

Проведемо ранжування і отримані результати занесемо в Таблицю 2.4.

Таблиця 2.4.

Ранжування для опитування за шкалою Гамільтона для оцінки депресії [282]

Значення критерію		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Частота критерію	КГ	3	6	11	7	9	3	2	0	0	0	0	0	0
	ЕГЧ	0	0	3	6	8	7	2	5	4	0	3	2	2
	ЕГЖ	0	6	12	10	3	0	1	8	10	2	0	0	0
1. Ранг КГ+ ЕГЧ		2	6,5	16,5	30	45	58,5	65,5	70	74,5		78	80,5	82,5
2. Ранг КГ+ ЕГЖ		2	9,5	27	47	61,5	69	72	77,5	86,5	92,5	0	0	0
3. Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		0	3,5	14	29,5	43	52	57	65	78,5	86,5	89	91,5	93,5

Порівняємо вибірки для опитування за шкалою Гамільтона [282] для оцінки депресії КГ з ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-КГ} = 3 \cdot 2 + 6 \cdot 6,5 + 11 \cdot 16,5 + 7 \cdot 30 + 9 \cdot 45 + \dots + 0 \cdot 82,5 = 1148;$$

$$P_{1-ЕГЧ} = 2338;$$

Визначимо емпіричні значення критерію U Манна-Уїтні :

$$\text{Результат: } U_{\text{емп}} = 287;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 287$ знаходиться в зоні значущості.

Таким чином, відмінності між вибірками є суттєвими, що означає, що депресія більш сильно виражена у чоловіків, хворих на ІХС, чим у здорових респондентів.

Аналогічно, перевіримо взаємозв'язок між вибіркою контрольної групи і жінками, хворими на ІХС.

$$P_{2-КГ} = 1593,5;$$

$$P_{2-ЕГЖ} = 2777,5;$$

$$U_{\text{емп}} = 732.5$$

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 852$;

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 732,5$ знаходиться в зоні значущості.

Таким чином, відмінності між вибірками є суттєвими, що означає, що депресія більш сильно виражена у жінок, хворих на ІХС, чим у здорових респондентів. Отже, справедливим є твердження, що в людей похилого віку хворих на ІХС депресія є однією із психофізіологічних особливостей. Перевіримо тепер друге припущення, а саме, чи суттєвим є гендерна приналежність. Порівняємо вибірки експериментальних груп.

$$P_3 - \text{ЕГЧ} = 2317;$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2148.$$

$$U_{\text{емп}} = 770$$

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875$;

Отримане значення критерію U Манна-Уїтні [73] попадає в зону значущості, отже припущення про те, що гендер впливає на депресивність пацієнтів похилого віку є вірним.

Оскільки середнє значення критерію депресивності в ЕГЖ менше відповідного значення в ЕГЧ, то жінки похилого віку, хворі на ІХС менш схильні до депресивних станів ніж чоловіки.

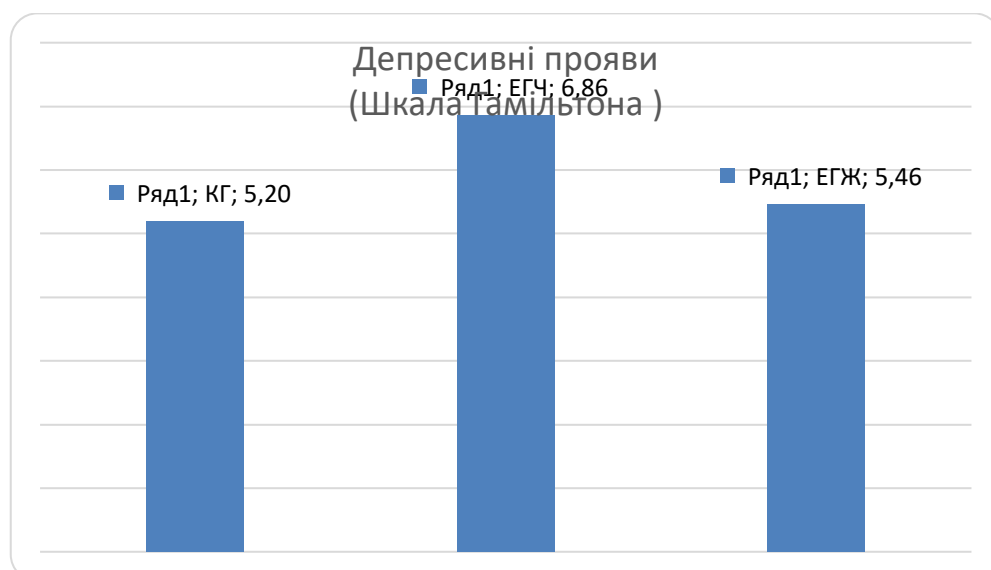


Рис 2.3. Прояви депресії в контрольній та експериментальній групах (шкала Гамільтона).

Оцінка тривожності (шкала Гамільтона) [282].

Показник тривожності, наряду із показником депресивності, є одним із найбільш важливих в дослідженні, оскільки хворі живуть з постійним тривожним побоюванням повторного нападу проявів своєї хвороби, вони аналізують будь-які зміни серцевої діяльності, реагуючи на найменші неприємні відчуття в ділянці серця, основною життєвою метою стає здоров'я [7, 8, 9].

Таблиця 2.5.

Дані за шкалою Гамільтона для оцінки тривожності [Hamilton (2008). Depression Rating Scale – Original scientific paper published in 1960 in Psychiatry out of Print website. Accessed June 27, [Шкала гамільтона](#)].

Група	Середнє значення	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
КГ	19,20	9,76%	78,05%	12,20%
ЕГЧ	20,14	7,14%	64,29%	28,57%
ЕГЖ	21,87	9,62%	57,69%	32,69%

Для порівняння вибірок (визначення, чи наявні відмінності є суттєвими) між собою скористаємося критерієм U Манна-Уїтні [73].

Для цього попарно об'єднаємо вибірки і проведемо відповідне ранжування.

Отримані результати занесемо в Таблицю 2.6.

Таблиця 2.6.

Ранжування для опитування шкалою Гамільтона для оцінки тривожності [Hamilton (2008). Depression Rating Scale – Original scientific paper published in 1960 in Psychiatry out of Print website. Accessed June 27, Шкала гамільтона].

Значення критерію		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Частота	КГ	2	3	13	7	4	3	1	2	3	2	2	1	0
	ЕГЧ	2	0	8	11	2	4	2	0	1	4	5	3	0
	ЕГЖ	2	1	3	1	6	10	2	3	7	2	4	6	5
1. Ранг КГ+ЕГЧ		2,5	5	26	44	50	54	60	61,5	64,5	69,5	76	81,5	0
2. Ранг КГ+ЕГЖ		2,5	5,5	14,5	26,5	35,5	47	55	59	66,5	73,5	78,5	85	91
3. Ранг ЕГЧ+ЕГЖ		2,5	5	11	22,5	32,5	43,5	52,5	56	61,5	68,5	76	85	92

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-KG} = 1566.5;$$

$$P_{1-EGJ} = 1919.5;$$

Для порівняння величини депресії за критерієм U Манна [73] потрібно попарно порівняти відповідні значення вибірок в контрольній групі (КГ) та в експериментальних групах.

Порівнюємо вибірки КГ з ЕГЧ.

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 705.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679$;

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 705.5$ знаходиться в зоні незначущості.

Таким чином, відмінності між вибірками є несуттєвими, що означає, що відмінності в тривожності у чоловіків, хворих на ІХС, та у здорових респондентів або відсутні, або досить незначні.

Аналогічно, перевіримо взаємозв'язок між вибіркою контрольної групи і жінками, хворими на ІХС.

$$P_2 - \text{КТ} = 1429;$$

$$P_2 - \text{ЕГЖ} = 2942;$$

$$U_{\text{емп}} = 568$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852;$$

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 568$ знаходиться в зоні значущості.

Таким чином, відмінності між вибірками є суттєвими, що означає, що тривожність більш сильно виражена у жінок, хворих на ІХС, чим у здорових респондентів. Отже, справедливим є твердження, що у жінок похилого віку хворих на ІХС тривожність є однією із психофізіологічних особливостей.

Можна вважати доведеним, що тривожність є психофізіологічною особливістю саме жінок, хворих на ІХС, але підтвердимо ще, що ці відмінності є суттєвими і для вибірок обох експериментальних груп .

$$P_3 - \text{ЕГЧ} = 1655;$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2810.$$

$$U_{\text{емп}} = 752$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875;$$

Оскільки отримане значення критерію U Манна-Уїтні попадає в зону значущості, то припущення про те, що гендер впливає на тривожності пацієнтів похилого віку є вірним.

Таким чином, посилений стан тривожності є особливістю саме жінок похилого віку, хворих на ІХС на відміну від літніх чоловіків та здорових людей.

Порівняємо середні значення показників тривожності. Враховуючи, що сама наявність суттєвих відмінностей (якісний аспект) вже доведена, ми можемо оцінити у який бік (збільшення чи зменшення показників) відбуваються зміни при захворюванні жінок на ІХС. Як видно із гістограми (Рис. 2.9.), середнє значення показників тривожності для жіночої групи значно перевищує середнє значення для відповідних показників чоловічої та змішаної «здорової» групи.

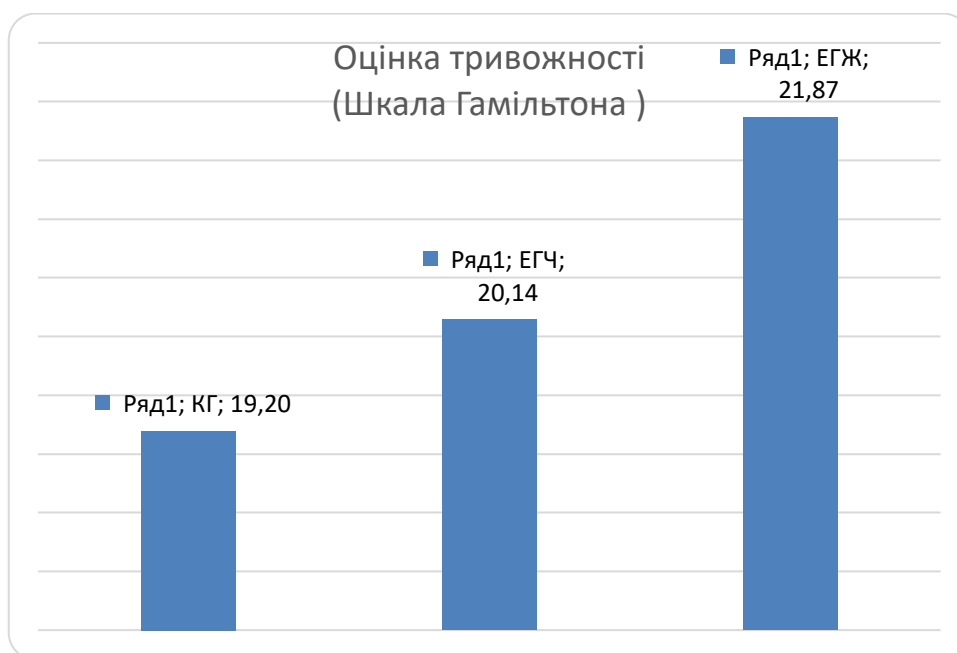


Рис 2.4. Оцінка тривожності в контрольній та експериментальній групах (шкала Гамільтона) [282].

Наступний тест: «Шкала астенічного стану» (ШАС) була створена Л.Д. Малковим і адаптована Т.Г. Чортовою [241].

Ранжовані результати тестування розташовані в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Ранжування для опитування астенічного стану

Значення критерію	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1.Ранг КГ+ ЕГЧ	2,5	5	26	44	50	54	60	61,5	64,5	69,5	76	81,5	0
2.Ранг КГ+ ЕГЖ	2,5	5,5	14,5	26,5	35,5	47	55	59	66,5	73,5	78,5	85	91
3.Ранг ЕГЧ + ЕГЖ	2,5	5	11	22,5	32,5	43,5	52,5	56	61,5	68,5	76	85	92

Значення критерію	66	67	68	69	74	75	76	77	78	79	87	88	94
4.Ранг КГ+ ЕГЧ	38	44	51	55		57	58	60	63		65	66	67
5.Ранг КГ+ ЕГЖ	37	46	57	63	66	68	70	72	73	74	76	77	78
6.Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		43	55	61	64	66		68	71	73			

Значення критерію	95	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	109	112
7.Ранг КГ+ ЕГЧ	69	71	73	75	77		79	80	81	82	83		
8.Ранг КГ+ ЕГЖ		80	82	84	86	88	89	90	91			92	93
9.Ранг ЕГЧ + ЕГЖ	75		78	81	83	85	86	88	90	91	92	93	94

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 1503;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 1983;$$

Для порівняння величини депресії за критерієм U Манна-Уїтні [73] потрібно попарно порівняти відповідні значення вибірок в контрольній групі (КГ) та в експериментальних групах.

Порівняємо вибірки КГ з ЕГЧ.

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{642};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 642$ знаходиться в зоні невизначеності.

Таким чином, відмінності між вибірками існують, проте не можна стверджувати, що у всіх чоловіків, хворих на ІХС суттєві відмінності в астенічності. Необхідне більш точне дослідження, із врахуванням, наприклад, ступеню ІХС тощо.

Аналогічно, перевіримо взаємозв'язок між вибіркою контрольної групи і жінками, хворими на ІХС.

$$P_2 - \text{КГ} = 1429;$$

$$P_2 - \text{ЕГЖ} = 2942;$$

$$U_{\text{емп}} = \mathbf{675}$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852;$$

Таким чином, прояви астенічності знаходяться в зоні значущості

відмінностей проявів астеничності в групах КГ і ЕГЖ.

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 675$ знаходиться в зоні значущості, що означає, що відмінності між вибірками є суттєвими, тобто, астеничність у жінок, хворих на ІХС, виражена більш явно, чим у здорових респондентів. Отже, справедливим є твердження, що у жінок похилого віку хворих на ІХС астеничність є однією із психофізіологічних особливостей.

Порівняємо вираженість астеничності в групах ЕГЧ та ЕГЖ.

Знайдемо рангові суми:

$$R_3 - \text{ЕГЧ} = 1937;$$

$$R_3 - \text{ЕГЖ} = 2434.$$

$$U_{\text{емп}} = 1034.$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785; p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875;$$

Таким чином, відмінності між показниками станів астеничності чоловіків та жінок похилого віку із експериментальних груп є незначущими, а отже не можна вважати астенію гендерною особливістю.

Наступним опитувальником, який отримали респонденти був багатокомпонентний тест на агресію (опитувальник Басса-Дарки) [36].

В межах цього тесту визначалась степінь прояву таких її складових як: фізична агресія, вербальна агресія, непряма агресія, негативізм, роздратування, підозрілість, образа, почуття провини.

Фізична агресія: Отримані результати занесемо в Таблицю 2.8.

Таблиця 2.8.

Ранжування для опитувальника Басса-Дарки: оцінка фізичної агресії [36].

Значення критерію		1	2	3	4	5	6	7	8
Частота критерію	КГ	12	4	8	12	1	1	2	1
	ЕГЧ	8	12	8	4	1	1	3	4
	ЕГЖ	11	11	8	7	0	1	5	9
4. Ранг КГ+ ЕГЧ		10,5	28,5	44,5	61	70,5	72,5	76	81
5. Ранг КГ+ ЕГЖ		12	31	46,5	64	74,5	76	80	88,5

6. Ранг ЕГЧ + ЕГЖ	10	31	50,5	64,5	71,5	73	77,5	88
-------------------	----	----	------	------	------	----	------	----

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 1704;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 1782;$$

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 843$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 679$;

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 843$ знаходиться в зоні незначущості, що не означає відсутності фізичної агресії як такої. Ми говоримо лише про те, що її прояви несуттєво відрізняються в групі КГ і в групі ЕГЧ.

Проведемо перевірки взаємозв'язку між вибіркою контрольної групи і жінками, хворими на ІХС.

$$P_2 - \text{КГ} = 1807;$$

$$P_2 - \text{ЕГЖ} = 2564;$$

$$U_{\text{емп}} = 946$$

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 852$;

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 946$ знаходиться в зоні незначущості.

Таким чином, відмінності між вибірками є несуттєвими, що означає, що прояви фізичної агресії у жінок, хворих на ІХС, виражено тією ж мірою, що і в здорових респондентів. Отже, справедливим є твердження, що у жінок похилого віку хворих на ІХС прояви фізичної агресії не можна віднести до психофізіологічних особливостей, пов'язаних із хворобою.

Порівняємо прояви фізичної агресії обох контрольних груп.

$$P_3 - \text{ЕГЧ} = 1907,5;$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2557,5.$$

$$U_{\text{емп}} = 1004,5.$$

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875$;

Отже за критерієм Манна-Уїтні $U_{\text{емп}}$ попадає в зону незначущості і

відмінності між показниками фізичної агресії для обох експериментальних груп пацієнтів похилого віку є несуттєвими.

Таким чином можна стверджувати, що нервово психічна напруга притаманна обома експериментальним групам, порівняно із здоровими пацієнтами і є особливістю всіх пацієнтів, хворих на ІХС, по відношенню до здорових респондентів.

Вербальна агресія: Отримані результати занесемо в Таблицю 2.9.

Таблиця 2.9.

Ранжування для опитувальника Басса-Дарки: оцінка вербальної агресії [36].

Значення критерію		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Частота критерію	КГ	5	7	3	9	7	4		2	3		1
	ЕГЧ				9	11	5	6	4	2	2	1
	ЕГЖ				7	7	14	13	7	2		2
1. Ранг КГ+ ЕГЧ		1	2	3	19,5	44,5	58	65,5	71,5	77	80,5	82,5
2. Ранг КГ+ ЕГЖ		3	9	14	23,5	38,5	54,5	70	81	88		92
3. Ранг ЕГЧ + ЕГЖ					9,5	27,5	46	65	80	87,5	90,5	93

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 1349.5;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 2136.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{488.5};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

Отже, для контрольної групи та для експериментальної чоловічої групи виходить, що відмінності у вербальній агресії значущі.

Порівняємо вибірки для груп КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_2 - \text{КГ} = 1337;$$

$$P_2 - \text{ЕГЖ} = \mathbf{3034};$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 476$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 852$;

Отже, для контрольної групи та для експериментальної групи жінок похилого віку виходить, що відмінності у вербальній агресії значущі.

Порівняємо вибірки для груп ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$R_3 - \text{ЕГЧ} = 1796$;

$R_3 - \text{ЕГЖ} = 2669$;

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 893$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875$;

$U_{\text{емп}}$ попадає в зону незначущості, отже, для експериментальної чоловічої групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності у вербальній агресії незначущі, тобто вербальна агресивність однаковою мірою характерна для хворих на ІХС, порівняно із здоровими респондентами.

Розглянемо середні значення вербальної агресивності.

Таблиця 2.10

Оцінка середніх вербальної агресивності (за Басса-Дарки) [36].

Група	КГ	ЕГЧ	ЕГЖ
Середнє значення вербальної агресивності	4,32	6,00	6,42

У вигляді гістограми:

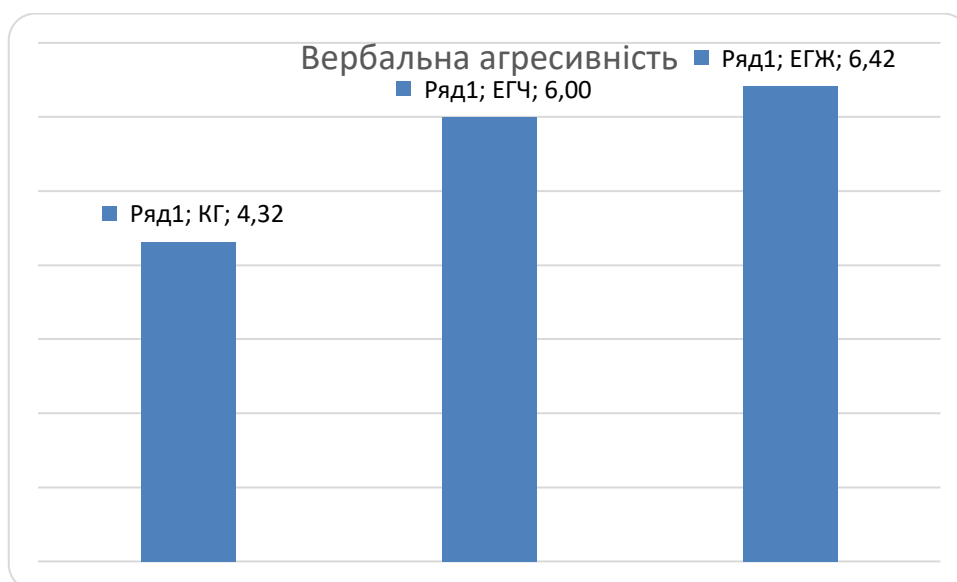


Рис 2.5. Оцінка вербальної агресії в контрольній та експериментальній групах (опитувальник Басса-Дарки) [36].

Таким чином, пацієнтам похилого віку, хворим на ІХС, не залежно від їх статі, притаманна більша вербальна агресивність, ніж здорові респонденти.

Це проявляється у більш різких судженнях про те, що вони «стали тягарем для рідних», що «вони все життя горбатилися, а їх не цінять» тощо. Пацієнти можуть перейти до прокльонів, погроз в бік родичів, лікарів, держави тощо.

Непряма агресія: Отримані результати занесемо в Таблицю 2.11.

Таблиця 2.11.

Ранжування для опитувальника Басса-Дарки: оцінка непрямої

Значення критерію		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Частота критерію	КГ	8	9	7	6		3	3	4	1	8	9
	ЕГЧ	10	6	9	3	9	3		1	1	10	6
	ЕГЖ	9	9	9	5	9	2	4	5		9	9
4. Ранг КГ+ ЕГЧ		1	2	3	19,5	44,5	58	65,5	71,5	77	80,5	82,5
5. Ранг КГ+ ЕГЖ		3	9	14	23,5	38,5	54,5	70	81	88		92
6. Ранг ЕГЧ + ЕГЖ					9,5	27,5	46	65	80	87,5	90,5	93

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-КГ} = 1759.5;$$

$$P_{1-ЕГЧ} = 1726.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{823.5};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

Отже, для контрольної групи та для експериментальної чоловічої групи виходить, що відмінності у вербальній агресії несуттєві.

Порівнюємо вибірки для груп КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2-КГ} = 1864;$$

$$P_{2-ЕГЖ} = 2507;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{1003};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852;$$

Отже, для контрольної групи та для експериментальної групи жінок похилого віку виходить, що відмінності у вербальній агресії несуттєві.

Порівнюємо вибірки для груп ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-ЕГЧ} = 1876;$$

$$P_{3-ЕГЖ} = 2589;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{973};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875;$$

$U_{\text{емп}}$ попадає в зону незначущості, отже, для експериментальної чоловічої групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності у вербальній агресії незначущі.

Таким чином, пацієнти хворі на ІХС і здорові респонденти похилого віку проявляють однаковий рівень непрямой агресивності. Отже цю характеристику не можна вважати психофізіологічною особливістю жінок похилого віку, хворих на ІХС.

Негативізм: Отримані результати занесемо в Таблицю 2.12.

Таблиця 2.12.

Ранжування для опитувальника Басса-Дарки: оцінка негативізму [36]

Значення критерію		0	1	2	3	4	5
Частота критерію	КГ	7	5	11	9	5	4
	ЕГЧ			13	10	9	10
	ЕГЖ			16	13	9	14
1. Ранг КГ+ ЕГЧ		4	10	24,5	46	62,5	76,5
2. Ранг КГ+ ЕГЖ		4	10	26	50,5	68,5	84,5
3. Ранг ЕГЧ + ЕГЖ				15	41	61,5	82,5

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-KG} = 1380;$$

$$P_{1-EGC} = 2106;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 519$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 679$;

Отже, для контрольної групи та для експериментальної чоловічої групи виходить, що відмінності у оцінці негативізму значущі.

Порівняємо вибірки для груп КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2-KG} = 1499;$$

$$P_{2-EGJ} = 2872;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 638$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 852$;

Отже, для контрольної групи та для експериментальної групи жінок похилого віку виходить, що відмінності у оцінці негативізму несуттєві.

Порівняємо вибірки для груп ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-EGC} = 1983.5;$$

$$P_{3-EGJ} = 2481.5;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 1080.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875$;

$U_{\text{емп}}$ попадає в зону незначущості, отже, для експериментальної чоловічої групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності у ступені прояву негативізму незначущі.

Таким чином, пацієнти груп ЕГЧ і ЕГЖ проявляють однаковий рівень негативізму. Отже ця психофізіологічна характеристика є особливістю всіх хворих на ІХС похилого віку, порівняно із здоровими респондентами тієї ж вікової категорії.

Визначимо у чому ця особливість: у якої з груп (контрольної чи експериментальної) спостерігаються вищі значення.

Занесемо середні значення отриманих даних до порівняльної таблиці:

Таблиця 2.13

Оцінка середніх рівня негативізму (за Басса-Дарки) [36]

Група	КГ	ЕГЧ	ЕГЖ
Середнє значення негативізму	2,29	3,38	3,40

Таким чином, можемо спостерігати значно вищий рівень негативізму в експериментальних групах, порівняно із здоровими респондентами.

Роздратування: Отримані результати занесемо в Таблицю 2.14.

Таблиця 2.14.

Ранжування для опитувальника Басса-Дарки: оцінка роздратування [36]

Значення критерію		2	3	4	5	6	7	8	9
Частота критерію	КГ	3	7	6	6	4	5	4	6
	ЕГЧ			9	7	6	8	6	7
	ЕГЖ			4	9	5	7	15	12
1. Ранг КГ+ ЕГЧ		2	7	18	32	43	54	65,5	77
2. Ранг КГ+ ЕГЖ		2	7	15,5	28	40	50,5	66	84,5
3. Ранг ЕГЧ + ЕГЖ				7	21,5	34,5	47	65	85

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-KG} = 1496;$$

$$P_{1-EGЧ} = 1990;$$

Результат порівняння: $U_{емп} = 635$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{кр} = 679$;

Порівняння контрольної групи та експериментальної чоловічої за допомогою критерію U Манна-Уїтні не дозволило винести судження про значущість відмінностей. Проте, в межах нашого дослідження цей факт не є принциповим, оскільки нас цікавлять особливості психофізіологічного стану жінок. Якщо ж розглядати психофізіологічні особливості чоловіків похилого віку у порівнянні із здоровими респондентами цієї ж вікової категорії, то виникне потреба в додаткових дослідженнях із більшою кількістю учасників. За умови кількості учасників більше 60 можна отриманий розподіл апроксимувати до нормального і застосувати параметричні критерії (наприклад, t-критерій Стюдента). Спроба ж застосування цього критерію на отриманих вибірках показала його недостатню чутливість для такої кількості респондентів і також зумовила попадання отриманого за ним результату у зону невизначеності.

Порівняємо вибірки для груп КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2-KG} = 1499.5;$$

$$P_{2-EGЖ} = 2871.5;$$

Результат порівняння: $U_{емп} = 638.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{кр} = 852$;

Для контрольної групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності в показниках роздратування є значущими.

Порівняємо вибірки для груп ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-EGЧ} = 1791;$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2674;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 888;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875;$$

$U_{\text{емп}}$ попадає в зону незначущості, отже, для експериментальної чоловічої групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності у ступені прояву роздратування незначущі.

Таким чином, пацієнти груп ЕГЧ і ЕГЖ проявляють однаковий рівень роздратування. Отже ця психофізіологічна характеристика є особливістю жінок похилого віку хворих на ІХС, порівняно із здоровими респондентами тієї ж вікової категорії. Питання, чи ця характеристика є особливістю і для чоловіків похилого віку, хворих на ІХС залишається відкритим.

Підозрілість: Отримані результати занесемо в Таблицю 2.15.

Таблиця 2.15.

Ранжування для опитувальника Басса-Дарки: оцінка підозрілості [36]

Значення критерію		2	3	4	5	6	7	8	9
Частота критерію	КГ	9	14	7	10				
	ЕГЧ	6	11	7	5	4	6	2	1
	ЕГЖ	10	6	8	6	2	8	7	5
4. Ранг КГ+ ЕГЧ		8	28	47,5	62,5	74	77,5	81,5	83
5. Ранг КГ+ ЕГЖ		10	29,5	47	63	72,5	77,5	85	91
6. Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		8,5	25	41	54	62,5	72,5	84	91,5

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 1484;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 2002;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 623;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

Отже, для контрольної групи та для експериментальної чоловічої групи виходить, що відмінності у оцінці підозрілості попадають у зону невизначеності.

Порівняємо вибірки для груп КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2-КГ} = 1499;$$

$$P_{2-ЕГЖ} = 2872;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{664};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852;$$

Отже, для контрольної групи та для експериментальної групи жінок похилого віку виходить, що відмінності у оцінці підозрілості значущі. Таким чином підозрілість є психофізіологічною особливістю жінок похилого віку, відносно здорових респондентів.

Порівняємо вибірки для груп ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-ЕГЧ} = 1827.5;$$

$$P_{3-ЕГЖ} = 2637.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{924.5};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875;$$

$U_{\text{емп}}$ попадає в зону незначущості, отже, для експериментальної чоловічої групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності у ступені прояву підозрілості незначущі.

Спостерігаємо картину аналогічну щодо роздратування. Пацієнти груп ЕГЧ і ЕГЖ проявляють однаковий рівень підозрілості. Отже ця психофізіологічна характеристика є особливістю жінок похилого віку хворих на ІХС, порівняно із здоровими респондентами тієї ж вікової категорії. Питання, чи ця характеристика є особливістю і для чоловіків похилого віку, хворих на ІХС залишається відкритим.

Образ: Отримані результати занесемо в Таблицю 2.16.

Таблиця 2.16.

Ранжування для опитувальника Басса-Дарки: оцінка образи [36]

Значення критерію		2	3	4	5	6	7	8
П	а	11	8	11	7	4		
	КГ							

	ЕГЧ	4	8	12	5	8	4	3
	ЕГЖ	11	11	4	7	5	9	5
1. Ранг КГ+ ЕГЧ		8	23,5	43	59,5	70,5	78,5	82
2. Ранг КГ+ ЕГЖ		8	25	44,5	61,5	74	84	91
3. Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		4,5	18	38	53,5	66	80	90,5

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-КГ} = 1447.5;$$

$$P_{1-ЕГЧ} = 2038.5;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = \mathbf{586.5}$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 679$;

Отже, для контрольної групи та для експериментальної чоловічої групи виходить, що відмінності у оцінці образи попадають у зону значимості. Тобто відмінності є суттєвими.

Порівняємо вибірки для груп КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2-КГ} = 1504;$$

$$P_{2-ЕГЖ} = 2867;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = \mathbf{643}$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 852$;

Отже, для контрольної групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності є суттєвими. Тобто почуття образи в жінок похилого віку, хворих на ІХС значуще відрізняється від аналогічних почуттів здорових респондентів.

Порівняємо вибірки для груп ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-ЕГЧ} = 1898;$$

$$P_{3-ЕГЖ} = 2567;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = \mathbf{995}$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{кр} = 875$;

$U_{емп}$ попадає в зону незначущості, отже, для експериментальної чоловічої групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності у ступені прояву підозрілості незначущі.

Таким чином, маємо, що почуття образи однаковою мірою характерне для всіх пацієнтів похилого віку, хворих на ІХС. Визначимо, чи воно вище, чи нижче ніж у здорових респондентів.

Занесемо середні значення отриманих даних до порівняльної таблиці:

Таблиця 2.17

Оцінка середніх рівня почуття образи (за Басса-Дарки)

Група	КГ	ЕГЧ	ЕГЖ
Середнє значення негативізму	3,59	5,02	5,67

Таким чином, можемо спостерігати значно вищий рівень почуття образи в експериментальних групах, порівняно із здоровими респондентами.

Почуття провини: Отримані результати занесемо в Таблицю 2.18.

Таблиця 2.18.

Ранжування для опитувальника Басса-Дарки: почуття провини.

Значення критерію		2	3	4	5	6	7	8	9
Частота критерію	КГ	11	7	15	4	4			
	ЕГЧ		10	11	4	7	5	5	
	ЕГЖ		8	7	11	9	7	5	5
4. Ранг КГ+ ЕГЧ		6	20	41,5	58,5	68	76	81	
5. Ранг КГ+ ЕГЖ		6	19	37,5	56	70	80	86	91
6. Ранг ЕГЧ + ЕГЖ			9,5	27,5	44	59,5	73,5	84,5	92

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - КГ = 1334,5;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 2151.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{473.5};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

Отже, для контрольної групи та для експериментальної чоловічої групи виходить, що відмінності у оцінці почуття провини попадають у зону значимості.

Порівняємо вибірки для груп КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_2 - \text{КГ} = 1265.5;$$

$$P_2 - \text{ЕГЖ} = 3105.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{404.5};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852;$$

Отже, для контрольної групи та для експериментальної групи жінок похилого віку виходить, що відмінності у оцінці почуття провини значущі.

Порівняємо вибірки для груп ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_3 - \text{ЕГЧ} = 1780;$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2685;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = \mathbf{877};$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875;$$

$U_{\text{емп}}$ попадає в зону незначущості, отже, для експериментальної чоловічої групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності у оцінці почуття провини незначущі.

Таким чином, можна відзначити, що пацієнти груп ЕГЧ і ЕГЖ проявляють однаковий рівень почуття провини. А відтак, ця психофізіологічна характеристика є особливістю всіх пацієнтів похилого віку хворих на ІХС, порівняно із здоровими респондентами тієї ж вікової категорії.

Визначимо нижчий чи вищий рівень почуття провини у хворих на ІХС, чим у здорових. Розглянемо середні значення, отриманих даних (Рис. 2.14).

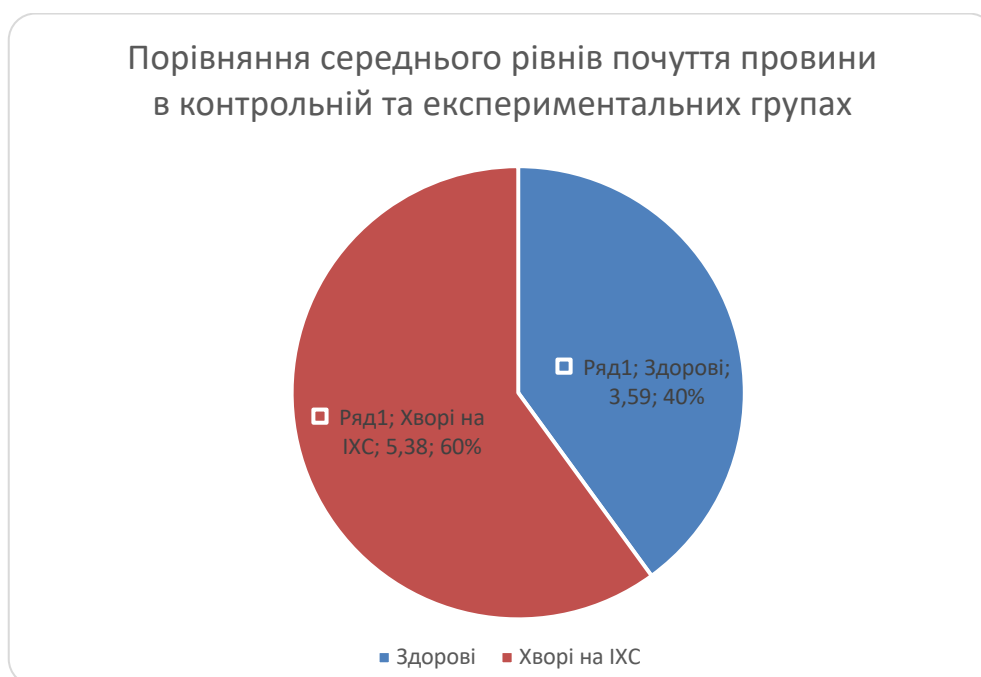


Рис. 2.6. Середні рівні почуття провини респондентів здорових та хворих на ІХС

На завершення дослідницького етапу нашого дослідження розглянемо емоційні стани респондентів за допомогою багатокompонентного тесту емоційних станів FPI. Перша шкала опитувальника – невротичність.

Спонтанна агресивність: Занесемо значення показників до таблиці.

Таблиця 2.20.

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка спонтанної агресивності

Значення критерію	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ранг КГ+ ЕГЧ	3,5	10	18,5	27	34,5	44	55,5	65	70	74	80	
Ранг КГ+ ЕГЖ	3,5	10	24	37	44	32	64	72	75,5	79	84,5	91
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ			7	17,5	26	34,5	44	54,5	63	70,5	82	92

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 1278;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 2208;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 241;$$

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 605$; $p \leq 0,05: U_{кр} = 679$;

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2-КГ} = 1185.5;$$

$$P_{2-ЕГЖ} = 3048;$$

Результат порівняння: $U_{емп} = 462$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 764$; $p \leq 0,05: U_{кр} = 852$;

Значення результату порівняння вибірок контрольної групи і експериментальної жіночої групи показало значущість відмінностей проявів спонтанної агресивності в групах КГ і ЕГЖ.

Порівняємо вибірки ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-ЕГЧ} = 1185.5;$$

$$P_{3-ЕГЖ} = 3185.5;$$

Результат порівняння: $U_{емп} = 999$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 785$; $p \leq 0,05: U_{кр} = 875$;

Таким чином, прояви спонтанної агресивності є проявом хвороби, притаманним і чоловікам і жінкам похилого віку, хворим на ІХС.

Проаналізуємо значення середніх для показників спонтанної агресивності серед здорових респондентів, та серед респондентів хворих на ІХС.

Побудуємо кругову діаграму (рис. 2.19)

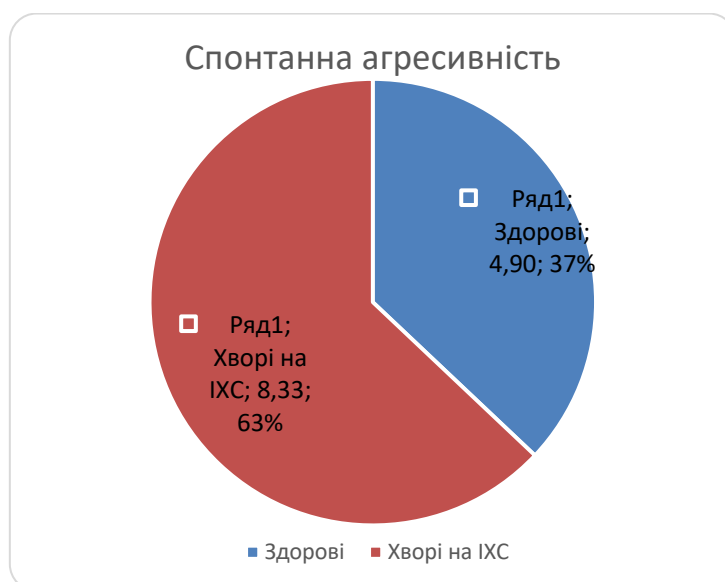


Рис. 2.7. Порівняння спонтанної агресивності для контрольної та експериментальних груп.

Як видно із отриманої діаграми, спонтанна агресивність пацієнтів хворих на ІХС помітно перевищує відповідне значення показника в здорових людей.

Депресивність: Депресивність нами вже перевірялась за допомогою відповідної шкали Гамільтона [282].

тому тут вона може бути використана у якості маркера валідності тестування.

Таблиця 2.21.

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка депресивності

Значення критерію	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ранг КГ+ ЕГЧ	4	10	16	36	43,5	55,5	63,5	70,5	77,5	82
Ранг КГ+ ЕГЖ	4	13,5	28	44,5	58,5	72	82,5	86,5	91	
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		4	12,5	24	35,5	49	63,5	74,5	85,5	93

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 1040;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 2446;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 179$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679$;

Відмінності проявів депресивності в групах КГ і ЕГЧ попадають у зону значущості. Це означає, що чоловіки похилого віку хворі на ІХС більш схильні до депресії, ніж учасники опитування з контрольної групи.

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_2 - \text{КГ} = 1492.5;$$

$$P_2 - \text{ЕГЖ} = 2878.5;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 631.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852$;

Отриманий результат порівняння попадає у зону значущості, тобто між літніми жінками з експериментальної групи і здоровими респондентами з контрольної існують значущі відмінності в показниках депресивності.

Порівняємо вибірки ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_3 - \text{ЕГЧ} = 2444;$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2021;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 643$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875$;

Відобразимо середнє значення показника депресивності для кожної із експериментальних груп на круговій діаграмі (рис. 2.21).

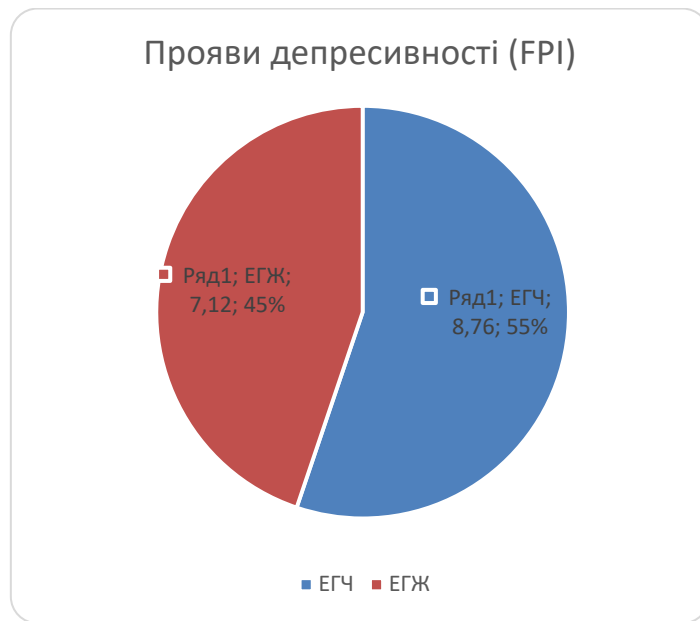


Рис 2.8. Середні значення проявів депресивності в групах EGЧ і EGЖ.

Як видно із рис. 2.8, повністю підтверджуються результати тестування за шкалою Гамільтона для депресивності: жінки похилого віку з ІХС схильні до депресії значно сильніше, ніж здорові, проте значуще слабніше, ніж чоловіки похилого віку з ІХС. Відповідно, депресивність є психофізіологічною характеристикою, пов'язаною із гендерновіковою приналежністю хворих на ІХС.

Наступна шкала тесту FPI **дратівливість**. Отримані дані висвітлимо у таблиці

Таблиця 2.22.

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка дратівливості

Значення критерію		2	3	4	5	6	7	8	9
Частота критерію	КГ	7	13	7	6	8			
	EGЧ		6	3	6	4	7	8	8
	EGЖ			7	5	12	13	5	10
Ранг КГ+ EGЧ		4	17	31,5	42,5	54,5	64	71,5	76
Ранг КГ+ EGЖ		4	14	27,5	40	55,5	72	81	88,5
Ранг EGЧ + EGЖ			3,5	11,5	22	35,5	53,5	70	85,5

Порівняємо вибірки КГ і EGЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-KГ} = 1160.5;$$

$$P_{1-EGЧ} = 2325.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 299.5;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2-KГ} = 1086.5;$$

$$P_{2-EGЖ} = 3284.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 225.5;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852;$$

Порівняємо вибірки ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-EGЧ} = 1948;$$

$$P_{3-EGЖ} = 2517;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 767.5;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875;$$

Результат порівняння попадає в зону незначущості відмінностей проявів дратівливості в групах ЕГЧ і ЕГЖ.

Таким чином, робимо висновок, що дратівливість однаковою мірою притаманна і чоловікам і жінкам похилого віку, хворим на ІХС.

Товариськість: отримані дані висвітлимо у таблиці

Таблиця 2.24.

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка товариськості

Значення критерію		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Частота критерію	КГ		4	2	10	1	5	4	3	3	3	6	
	ЕГЧ			5	4	6	2	6	5	1	4	4	4
	ЕГЖ	8	6	7	3	5	4	8	8	3			
Ранг КГ+ ЕГЧ			2,5	8	18,5	29	36	45	54,5	60,5	66	74,5	81,5

Ранг КГ+ ЕГЖ	4,5	13,5	23	34	43,5	51	61,5	73	81,5	86	90,5	
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ	4,5	11,5	20,5	30	39	47,5	58	72	80,5	84,5	88,5	92,5

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 1590;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 1896;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 729$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679$;

Значущість відмінностей проявів товариськості в групах КГ і ЕГЧ знаходиться в зоні незначущості, тобто прояви товариськості практично не відрізняються в здорових людей і пацієнтів чоловіків похилого віку, хворих на ІХС.

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 2249;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 2122;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 744$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852$;

Значення результату порівняння товариськості в групах КГ і ЕГЖ знаходиться в зоні значимості, отже існує суттєва залежність між значеннями показників груп КГ і ЕГЧ.

Порівняємо вибірки ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_3 - \text{ЕГЧ} = 2460;$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2005;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 627$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875$;

Досить неочікуваний результат був отриманні при обрахунку

результатів тестування на товариськість. Так у чоловіків похилого віку хворих на ІХС почуття товариськості суттєвих змін не отримало, а от у жінок – навпаки.

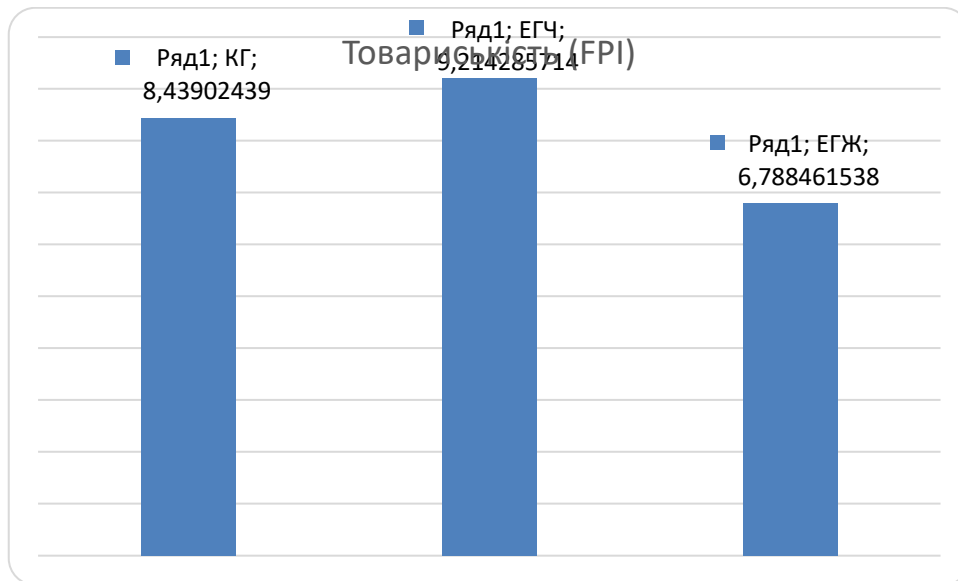


Рис 2.9. Значущість проявів товариськості в групах КГ, ЕГЧ і ЕГЖ.

Товариськість жінок похилого віку, хворих на ІХС виявилась значуще нижчою, ніж у всіх інших групах.

Врівноваженість: Дані результату опитування наведено в таблиці

Таблиця 2.25

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка врівноваженості

Значення критерію		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Частота критерію	КГ				10	8	5	5	6	7
	ЕГЧ			11	8	7	8	8		
	ЕГЖ	4	11	8	5	6	7	4	7	
Ранг КГ+ ЕГЧ				6	20,5	37	51	64	73,5	80
Ранг КГ+ ЕГЖ		2,5	9,5	19,5	31	45,5	58,5	69	80	90
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		2,5	10	25	41	54	68	81,5	91	

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 2077;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 1409;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 506$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 679$;

Оскільки результат порівняння попадає у зону значущості, то відмінності між показниками врівноваженості здорових людей і літніх чоловіків, хворих на ІХС суттєво відрізняються.

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_2 - \text{КГ} = 2421.5;$$

$$P_2 - \text{ЕЖЧ} = 1949.5;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 571.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 852$;

Як бачимо, існують суттєві відмінності між показниками врівноваженості здорових людей і жінок похилого віку, хворих на ІХС.

Порівняємо вибірки ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_3 - \text{ЕГЧ} = 2177$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2288;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 910$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875$;

Для експериментальних груп результат порівняння лежить поза зоною значимості, а отже можна стверджувати про несуттєвість (відсутність) гендерних відмінностей в значенні показників врівноваженості для чоловіків і жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

Для визначення взаємозалежності врівноваженості між контрольною і експериментальними групами побудуємо гістограму (рис. 2.10).

Зміна врівноваженості графічно виглядає так:

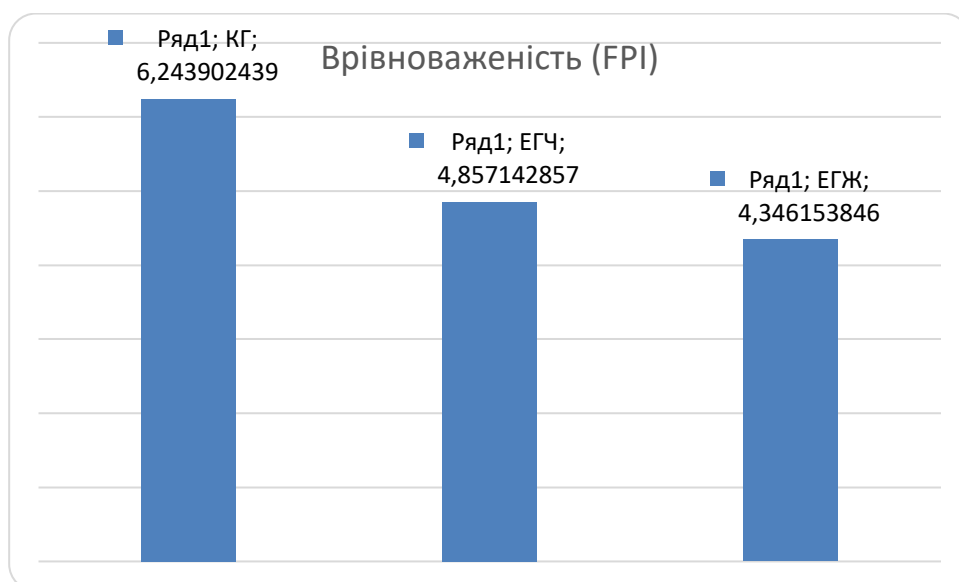


Рис. 2.10. Гістограма показників врівноваженості для контрольної і експериментальних груп.

Таким чином, робимо висновок, що хворі на ІХС однаково втрачають врівноваженість, незалежно від гендеру. Вони прагнуть повернутись до звичного їм життя, інколи не відчують проявів хвороби. Це їх дратує і виводить із рівноваги.

Реактивна агресивність: Дані результату опитування наведено в таблиці

Таблиця 2.26

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка реактивної агресивності

Значення критерію		3	4	5	6	7	8	9
Частота критерію	КГ	9	7	7	3	9	6	
	ЕГЧ	8	3	7		7	17	
	ЕГЖ	10	3	9	7	8	5	10
Ранг КГ+ ЕГЧ		10	22,5	34,5	43	52,5	72	
Ранг КГ+ ЕГЖ		10	24,5	37,5	50,5	64	78	88,5
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		9,5	21,5	32,5	44	55	73,5	89,5

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-KГ} = 1513.5;$$

$$P_{1-EGЧ} = 1972.5;$$

Результат порівняння: $U_{емп} = 652.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{кр} = 679$;

Оскільки отриманий результат лежить між критичних значень коефіцієнта Манна-Уїтні [73], то значущість відмінностей проявів реактивної агресивності в групах КГ і ЕГЧ попадає в зону невизначеності і для виявлення характеру залежності потребує додаткових досліджень.

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2-EGЧ} = 1719.5;$$

$$P_{2-EGЖ} = 2651.5;$$

Результат порівняння: $U_{емп} = 858.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{кр} = 852$;

Група жінок похилого віку, хворих на ІХС не виявила ознак зміни реактивної агресивності, порівняно із контрольною групою.

Порівняємо реактивну агресивність між собою в обох експериментальних групах.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-EGЧ} = 2177$$

$$P_{3-EGЖ} = 2288;$$

Результат порівняння: $U_{емп} = 910$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{кр} = 679$;

Тобто реактивну агресивність не можна вважати психофізіологічною особливістю жінок похилого віку, хворих на ІХС.

Сором'язливість: Дані результату опитування наведено в Таблиці 2.27.

Таблиця 2.27

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка сором'язливості

Значення критерію		2	3	4	5	6	7
Частота критерію	КГ	12	9	3	5	12	
	ЕГЧ	12	11	4	5	6	3
	ЕГЖ	10	6	19	6	8	3
Ранг КГ+ ЕГЧ		13	35,5	49	57,5	71,5	82
Ранг КГ+ ЕГЖ		11,5	30	48,5	65	80,5	92
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		12,5	33	53	70	82,5	92

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-KG} = 1768;$$

$$P_{1-EGC} = 1718;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 717$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 679$;

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-KG} = 1844.5;$$

$$P_{1-EGC} = 2526.5;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 983.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 852$;

Порівняємо вибірки ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-KG} = 1824.5;$$

$$P_{1-EGC} = 2640.5;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 921.5$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875$;

Отже, можна відзначити, що хвороба ІХС жодним чином не впливає на сором'язливість пацієнтів

Відкритість: отримані дані висвітliamo у таблиці

Таблиця 2.28.

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка відкритості

Значення критерію		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Частота критерію	КГ		3	8	9	1	3	5	6	4	2
	ЕГЧ		3	2	7	4	6	11	8		
	ЕГЖ	3	13	10	5	6	6	3	5		
Ранг КГ+ ЕГЧ			4	12,5	25,5	36	43	55,5	70,5	79,5	82,5
Ранг КГ+ ЕГЖ		2	11,5	28,5	44,5	55	63,5	72,5	82	89,5	92,5
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		2	12	26,5	38,5	49,5	61	74,5	88		

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{1 - \text{КГ}} = 1690;$$

$$P_{1 - \text{ЕГЧ}} = 1796;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 829$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679$;

Значущість проявів відмінностей у показників відкритості в групах КГ і ЕГЧ попадає в зону незначимості, а отже є несуттєвою для контрольної групи та експериментальної групи чоловіків.

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2 - \text{КГ}} = 2306;$$

$$P_{2 - \text{ЕГЖ}} = 2065;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 687$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852$;

Таким чином, значення результату обчислень для проявів відкритості попадає у зону значущості для груп КГ і ЕГЖ, що означає, що жінки похилого віку, хворі на ІХС суттєво відрізняються за степінню відкритості від контрольної групи.

Порівняємо вибірки ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3 - \text{ЕГЧ}} = 2458;$$

$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2007$;

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 629$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875$;

Таким чином існують суттєві відмінності між значеннями відкритості для жінок похилого віку хворих на ІХС і чоловіків з тією ж хворобою, у тій же віковій категорії. Порівняємо середні значення показників, побудувавши для цих цілей гістограму. (рис. 2.11)

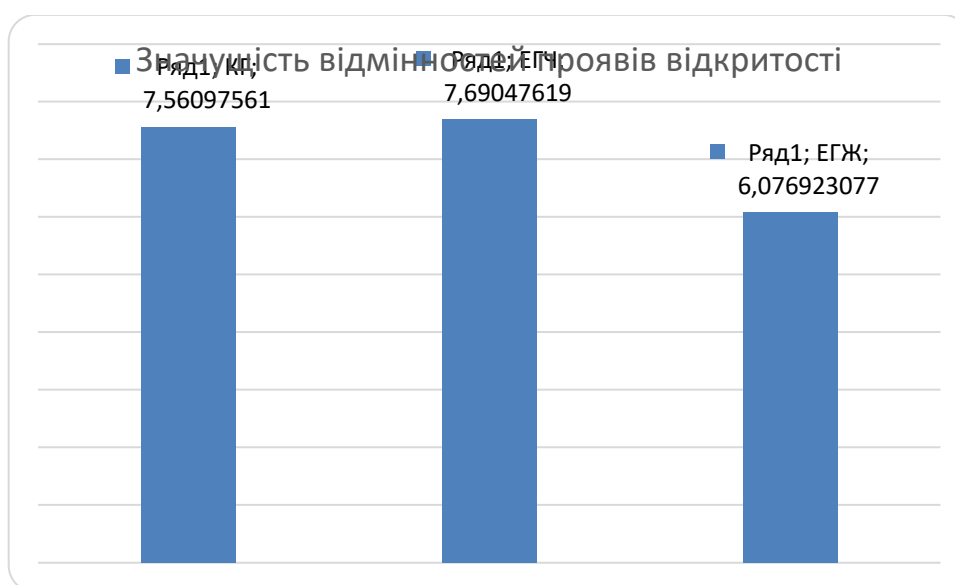


Рис 2.11. Значущість відмінностей проявів відкритості в групах ЕГЧ і ЕГЖ.

Як бачимо, прояви відкритості у КГ (здорові респонденти) та експериментальній групі чоловіків похилого віку, хворих на ішемічну хворобу серця, майже не відрізняються, а от жінки значуще менш відкриті (закриті), порівняно із чоловіками.

Це говорить про те, що закритість є гендерно-віковою особливістю, притаманною літнім жінкам хворим на ІХС.

Екстраверсія-інтроверсія: Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ. Отримані дані занесемо до таблиці 2.30.

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка екстраверсії-інтраверсії

Значення критерію		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Частота критерію	КГ	4	8	4	3	1	4	5	2	3	7
	ЕГЧ	4	2	6		7	3	6	4	4	6
	ЕГЖ	9	7	6	6	5	8	2	2	4	3
Ранг КГ+ ЕГЧ		4,5	13,5	23,5	30	35,5	43	52	60,5	67	77
Ранг КГ+ ЕГЖ		7	21	33,5	43	50,5	59,5	69	74,5	10	88,5
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		7	18	28,5	37,5	46,5	58	67,5	74,5	81,5	90

Визначимо рангові суми:

$$P_{1-КГ} = 1638.5;$$

$$P_{1-ЕГЧ} = 1847.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 777.5;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

За результатами порівняння вибірки контрольної групи та експериментальної чоловічої групи, відмінності проявів екстраверсії-інтраверсії відрізняються несуттєво.

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{2-КГ} = 2101;$$

$$P_{2-ЕГЖ} = 2270;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 892;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

Таким чином, розрахунки за критерієм Манна-Уїтні показують, що отримані результати щодо величини екстраверсії-інтраверсії в групах КГ і ЕГЖ суттєво не відрізняються між собою і попадають в зону незначущості.

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_{3-ЕГЧ} = 1185.5;$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 3185.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 785.5;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875;$$

Таким чином, відмінності в результатах вибірок обох експериментальних груп попадають до зони невизначеності і не можуть бути визначені за допомогою критерії Манна-Уїтні [73].

Враховуючи незначимість результатів тесту FPI для кожної із вибірок груп ЕГЧ та ЕГЖ у порівнянні з контрольною групою, можемо стверджувати, що показник екстраверсії-інтраверсії для хворих на ішемічну хворобу серця не є психофізіологічною особливістю у порівнянні із здоровими респондентами того ж похилого віку.

Наступна шкала **емоційна лабільність**. Занесемо отримані результати до результуючої таблиці (Таблиця 2.30).

Таблиця 2.30.

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка емоційна лабільність.

Значення критерію		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Частота критерію	КГ	2	6	6	2	4	4	4	7	3	3		
	ЕГЧ		4	1	9	1	9	7	5	4			
	ЕГЖ			6	1	5	3	6	8	5	4	5	9
Ранг КГ+ ЕГЧ		1,5	7,5	17	27	35	44	56	67,5	77	82		
Ранг КГ+ ЕГЖ		1,5	5,5	14,5	22	28	36	44,5	57	68,5	76	82	89
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ			2,5	9	18,5	26,5	35,5	48	61	72	78,5	83	90

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 1693.5;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 1792.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 832.5;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 679;$$

Таким чином, відмінності між КГ та ЕГЧ попадають до незначущих,

отже емоційна лабільність чоловіків хворих на ІХС практично не відрізняється від аналогічних показників здорових пацієнтів.

Порівнюємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_2 - \text{КГ} = 1433.5;$$

$$P_2 - \text{ЕГЖ} = 2937.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 572.5;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 852;$$

Виходячи із отриманих даних, відмінності між значеннями показників за шкалою емоційної лабільності в контрольній групі та в жіночій експериментальній групі є значимими, тобто емоційна лабільність є психофізіологічною особливістю пацієнтів групи ЕГЖ.

Порівнюємо вибірки ЕГЧ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$$P_3 - \text{ЕГЧ} = 1478.5;$$

$$P_3 - \text{ЕГЖ} = 2986.5;$$

$$\text{Результат порівняння: } U_{\text{емп}} = 575.5;$$

$$\text{Критичні значення } p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785; p \leq 0,05: U_{\text{кр}} = 875;$$

Значущість відмінностей проявів емоційної лабільності в групах ЕГЧ і ЕГЖ є суттєвою, а отже є доведеним те, що емоційна лабільність є психофізіологічною особливістю жінок похилого віку, хворих на ІХС.

Визначимо, чи показники емоційної лабільності збільшені чи зменшені для ЕГЖ, порівняно із іншими групами.

Зобразимо отримані значення середніх для кожної із трьох груп на гістограмі (Рис. 2.12). Як бачимо, значення середніх показників у контрольній та експериментальній чоловічій групі практично не відрізняються, в той час, як в експериментальній жіночій групі середнє значення показників емоційної лабільності є значно вищим.

Таким чином емоційна лабільність жінок похилого віку, хворих на ІХС є їх психофізіологічною особливістю, показники якої перевищують аналогічні

як у здорових пацієнтів, так і у чоловіків, що хворіють на ішемічну хворобу серця.

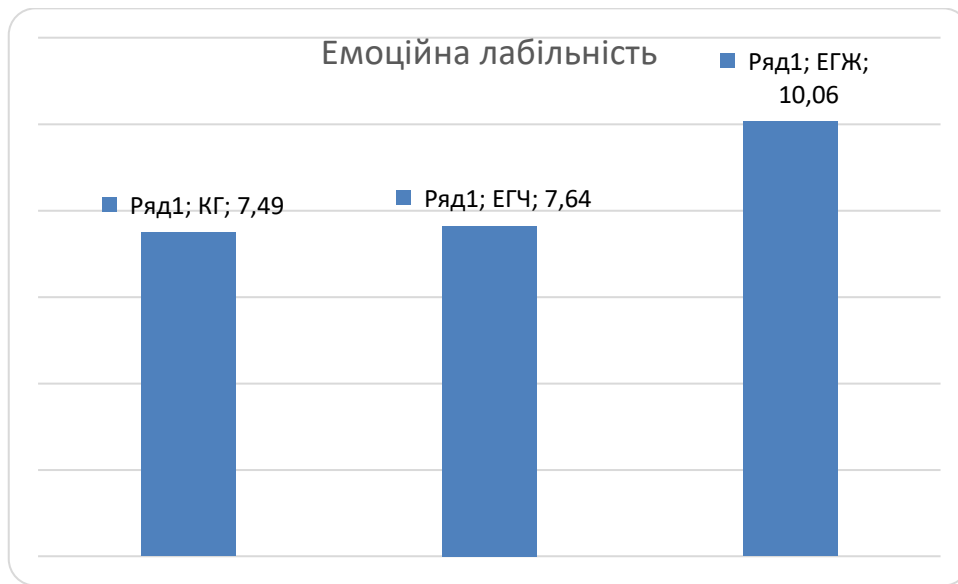


Рис. 2.12. Гістограма значень емоційної лабільності.

Останнім показником, що ми оцінювали в ході емпіричного дослідження став **маскулінізм-фемінізм**. Отримані в результаті оцінювання дані ми занесли до інтегруючої таблиці (Таблиця 2.31).

Таблиця 2.31.

Ранжування для опитувальника FPI: оцінка маскулінізм-фемінізм.

Значення критерію		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Частота критерію	КГ			11	8	12	10				
	ЕГЧ	6	5	8	2	10	5	6			
	ЕГЖ		6	2	12	7	8	7	7	3	3
Ранг КГ+ ЕГЧ		3,5	9	21	35,5	51,5	70	80,5			
Ранг КГ+ ЕГЖ			3,5	13	29,5	49	67,5	80	85,5	89	92
Ранг ЕГЧ + ЕГЖ		3,5	12	22,5	34,5	50	65	78	86,5	90	93

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЧ.

Визначимо рангові суми:

$$P_1 - \text{КГ} = 1833;$$

$$P_1 - \text{ЕГЧ} = 1653;$$

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 750$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 679$;

Відмінності у групі КГ і ЕГЧ виявились незначущими.

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$R_2 - \text{КГ} = 1642$;

$R_2 - \text{ЕГЖ} = 2729$;

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 781$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 852$;

Результат в зоні невизначеності.

Порівняємо вибірки КГ і ЕГЖ.

Визначимо рангові суми:

$R_3 - \text{ЕГЧ} = 1623$;

$R_3 - \text{ЕГЖ} = 2842$;

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 720$;

Критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 875$;

Отже, жінки похилого віку, хворі на ІХС за шкалою **маскулінізм-фемінізм** опитувальника FPI показали суттєві відмінності від аналогічних показників у пацієнтів експериментальної групи чоловічої статі. Тобто порівняно із групою ЕГЧ показник маскулінізма – фемінізма є психофізіологічною особливістю (для ЕГЖ він нижчий чим для ЕГЧ: 9,86 і 10,52, відповідно. Тобто в групи жінок похилого віку сильніші прояви фемінізму, а в чоловіків - маскулінізму).

Об'єднаємо отримані результати до інтегруючої таблиці.

Таблиця 2.32

Зведена таблиця показників відмінностей психофізіологічного стану
ЕГЖ та КГ і ЕГЧ

№	Показник	Вибірка	N	Середнє значення	Сер.кв. відхилення	Значення, $U_{\text{емп}}$	
						КГ	ЕГЧ
1.	Алекситимія	КГ	41	65,02	10,83		

		ЕГЧ	42	69,12	13,36	703	
		ЕГЖ	52	79,94	16,84	502.5	679.5
2.	Депресивність (Шкала Гамільтона)	КГ	41	3,68	1,54		
		ЕГЧ	42	6,71	2,73	287	
		ЕГЖ	52	5,54	2,88	732.5	770
3.	Тривожність (Шкала Гамільтона)	КГ	41	19,20	2,93		
		ЕГЧ	42	20,14	3,40	705.5	
		ЕГЖ	52	21,87	3,41	568	752
4.	Астенія	КГ	41	68,20	16,99		
		ЕГЧ	42	72,71	18,51	642	
		ЕГЖ	52	72,16	17,01	675	1034
5.	Нервово-психічна напруга	КГ	41	40,68	7,17		
		ЕГЧ	42	45,64	10,00	643.5	
		ЕГЖ	52	49,38	11,43	556	872
6.	Фізична агресія	КГ	41	3,05	1,83		
		ЕГЧ	42	3,33	2,24	843	
		ЕГЖ	52	3,79	2,58	946	1004,5
7.	Вербальна агресія	КГ	41	4,32	2,50		
		ЕГЧ	42	6,00	1,93	488.5	
		ЕГЖ	52	6,42	1,63	476	893
8.	Непряма агресія	КГ	41	3,68	2,44		
		ЕГЧ	42	3,36	2,02	823.5	
		ЕГЖ	52	3,83	2,25	1003	973
9.	Негативізм	КГ	41	2,29	1,54		
		ЕГЧ	42	3,38	1,17	519	
		ЕГЖ	52	3,40	1,19	638	1080.5
10.	Роздратування	КГ	41	5,51	2,27		
		ЕГЧ	42	6,38	1,79	635	
		ЕГЖ	52	7,08	1,66	638.5	888
11.	Підозрілість	КГ	41	3,49	1,12		
		ЕГЧ	42	4,50	1,95	623	
		ЕГЖ	52	5,17	2,41	664	924.5
12.	Образа	КГ	41	3,63	1,32		
		ЕГЧ	42	4,64	1,75	586.5	

		ЕГЖ	52	4,94	1,86	643	995
13.	Почуття провини	КГ	41	3,59	1,26		
		ЕГЧ	42	5,02	1,73	473.5	
		ЕГЖ	52	5,67	1,87	404.5	877
14.	Невротичність	КГ	41	5,44	2,51		
		ЕГЧ	42	8,17	2,84	417	
		ЕГЖ	52	9,98	3,38	324.5	767.5
15.	Спонтанна агресивність	КГ	41	4,90	2,13		
		ЕГЧ	42	8,57	2,44	241	
		ЕГЖ	52	8,13	3,25	462	999
16.	Депресивність (опитувальник FPI)	КГ	41	5,46	1,60		
		ЕГЧ	42	8,76	1,91	179	
		ЕГЖ	52	7,12	2,25	631.5	643
17.	Дратівливість	КГ	41	3,88	1,40		
		ЕГЧ	42	6,40	2,07	299.5	
		ЕГЖ	52	6,65	1,62	225.5	767.5
18.	Товариськість	КГ	41	8,44	2,98		
		ЕГЧ	42	9,21	2,92	729	
		ЕГЖ	52	6,79	2,68	744	627
19.	Врівноваженість	КГ	41	6,18	1,82		
		ЕГЧ	42	4,90	1,59	506	
		ЕГЖ	52	4,33	2,25	571.5	910
20.	Реактивна агресивність	КГ	41	5,34	1,81		
		ЕГЧ	42	6,10	2,01	652.5	
		ЕГЖ	52	6,06	2,12	858.5	910
21.	Сором'язливість	КГ	41	3,90	1,66		
		ЕГЧ	42	3,74	1,68	717	
		ЕГЖ	52	4,10	1,47	983.5	921.5
22.	Відкритість	КГ	41	7,56	2,48		
		ЕГЧ	42	7,69	1,93	829	
		ЕГЖ	52	6,08	2,12	687	629
23.	Екстраверсія-інтроверсія	КГ	41	6,39	3,22		
		ЕГЧ	42	6,93	2,91	777.5	
		ЕГЖ	52	5,50	2,79	892	785.5

24.	Емоційна лабільність	КГ	41	7,49	2,78		
		ЕГЧ	42	7,64	2,13	832.5	
		ЕГЖ	52	10,06	2,93	572.5	575.5
25.	Маскулінізм- фемінізм	КГ	41	9,51	1,14		
		ЕГЧ	42	9,05	2,01	750	
		ЕГЖ	52	10,52	2,24	781	720

Значущість складається із двох позицій: значення критерію $U_{\text{емп}}$ Манна-Уїтні та його інтерпретація для кількості респондентів. Оскільки у відповідних вибірках ця кількість залишалась сталою, то для порівняння між вибіркою умовно здорових респондентів (КГ – контрольна група) та першою експериментальною групою (ЕГЧ – група чоловіків похилого віку з ІХС) були визначені критичні значення $p \leq 0,01 : U_{\text{кр}} = 605$; $p \leq 0,05 : U_{\text{кр}} = 679$.

Значущу імовірність, тобто імовірність того, що припущення про суттєву відмінність між вибірковими значеннями для цих груп піддослідних є хибним досить мала ($P \leq 0,01$), виявили за такими станами як: вербальна агресія ($U_{\text{емп}} = 488.5$), негативізм ($U_{\text{емп}} = 519$), образа ($U_{\text{емп}} = 586.5$), невротичність ($U_{\text{емп}} = 417$), спонтанна агресивність ($U_{\text{емп}} = 241$), депресивність ($U_{\text{емп}} = 179$), дратівливість ($U_{\text{емп}} = 299.5$), врівноваженість ($U_{\text{емп}} = 506$).

Незначуща імовірність ($0,05 \leq P$) спостерігається для алекситимії ($U_{\text{емп}} = 703$), тривожності (за шкалою Гамільтона $U_{\text{емп}} = 705.5$), фізичної агресії ($U_{\text{емп}} = 843$), непрямой агресії ($U_{\text{емп}} = 823.5$), товариськості ($U_{\text{емп}} = 729$), сором'язливості ($U_{\text{емп}} = 717$), відкритості ($U_{\text{емп}} = 829$), екстраверсії-інтроверсії ($U_{\text{емп}} = 777.5$), емоційної лабільності ($U_{\text{емп}} = 832.5$) та маскулінізму-фемінізму ($U_{\text{емп}} = 750$).

Для інших порівнянь психофізичних станів між вибірками КГ та ЕГЧ маємо ситуацію невизначеності – імовірність знаходиться в межах від 0,01 до 0,05.

Оскільки мета нашої роботи полягає у вивченні психологічних

особливостей емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця на амбулаторному етапі, то найбільш важливим у контексті дослідження є визначення відмінностей між психофізичними станами респондентів ЕГЖ у порівнянні із групами КГ та ЕГЧ.

Критичні значення для цих двох вибірок становлять – $p \leq 0,01 : U_{кр} = 764$; $p \leq 0,05 : U_{кр} = 852$. Таким чином, значущі відмінності зафіксовано для вибірок при порівнянні опитувальників щодо таких психофізіологічних якостей, як: алекситимія ($U_{емп} = 502.5$); депресивність (за Шкалою Гамільтона – $U_{емп} = 732.5$, а за опитувальником FPI – $U_{емп} = 631.5$); тривожність (за Шкалою Гамільтона $U_{емп} = 568$); астения ($U_{емп} = 675$); нервово-психічна напруга ($U_{емп} = 556$); вербальна агресія ($U_{емп} = 476$); негативізм ($U_{емп} = 638$); роздратування ($U_{емп} = 638.5$); підозрілість ($U_{емп} = 664$); образа ($U_{емп} = 643$); почуття провини ($U_{емп} = 404.5$); невротичність ($U_{емп} = 324.5$); спонтанна агресивність ($U_{емп} = 462$); дратівливість ($U_{емп} = 225.5$); товариськість ($U_{емп} = 744$); врівноваженість ($U_{емп} = 571.5$); відкритість ($U_{емп} = 687$); емоційна лабільність ($U_{емп} = 572.5$);

Таким чином, можна зробити висновки, що при наявності ІХС у хворих та здорових респондентів похилого віку відрізняється досить великий спектр психофізичних якостей. Проте, залишається відкритим питання, чи всі ці якості притаманні виключно жінкам похилого віку? Наскільки вони пов'язані із гендерними особливостями, оскільки вирішенням саме цього питання присвячена дана робота.

Уточнимо вплив гендеру на психофізіологічні особливості. Для цього визначаємо значущість відмінностей між групою жінок похилого віку (ЕГЖ) та групою чоловіків того ж віку, хворих на ІХС (ЕГЧ). Для цих груп критичні значення $p \leq 0,01 : U_{кр} = 785$; $p \leq 0,05 : U_{кр} = 875$.

Для груп ЕГЧ і ЕГЖ значущими виявились алекситимія ($U_{емп} = 679.5$); депресивність ($U_{емп} = 770$); тривожність ($U_{емп} = 752$ та 767.5 за різними шкалами); невротичність ($U_{емп} = 643$); товариськість ($U_{емп} = 627$); відкритість ($U_{емп} = 629$) та емоційна лабільність ($U_{емп} = 575.5$).

Зведемо отримані дані в таблицю 2.33.

Таблиця 2.33

Фактори, що визначили особливості психофізіологічного стану
ЕГЖ та КГ і ЕГЧ

Показник психоемоційного стану ЕГЖ		Особливість зумовлена фактором:	
№	Назва	хвороба	гендер
1.	Алекситимія	↑	↑
2.	Депресивність (Шкала Гамільтона)	↑	↓
3.	Тривожність (Шкала Гамільтона)	↑	↑
4.	Астенія	↑	—
5.	Нервово-психічна напруга	↑	—
6.	Фізична агресія	—	—
7.	Вербальна агресія	↑	—
8.	Непряма агресія	—	—
9.	Негативізм	↑	—
10.	Роздратування	↑	—
11.	Підозрілість	↑	—
12.	Образа	↑	—
13.	Почуття провини	↑	—
14.	Невротичність	↑	↑
15.	Спонтанна агресивність	↑	—
16.	Депресивність (опитувальник FPI)	↑	↓
17.	Дратівливість	↑	—
18.	Товариськість	↓	↓
19.	Врівноваженість	↓	—
20.	Реактивна агресивність	—	—
21.	Сором'язливість	—	—

22.	Відкритість	↓	↓
23.	Екстраверсія-інтроверсія	—	—
24.	Емоційна лабільність	↑	↑
25.	Маскулінізм-фемінізм	—	+

В таблиці значком « ↑ » позначено, що відповідні показники для жінок похилого віку суттєво (значуще, з імовірністю $\geq 0,99$) перевищують показники порівнюваної групи і є, відповідно, шуканими психофізіологічними особливостями. Також до психофізіологічних особливостей ми винесли показники позначені як « ↓ », що означає, що є суттєві відмінності у бік зменшення величини такого показника. Позначка « — » означає, що порівняно із вказаною групою, показник не є особливістю для літніх жінок з ІХС, тобто відмінності між ними суттєво не значущі. « + » в останньому рядку означає, що ця особливість існує, причому жінки виявились більш фемінними, а чоловіки, відповідно, більш маскулініними.

Отже, виходячи із отриманих даних, відзначимо, що до значимих психофізіологічних станів жінок похилого віку, хворих на ІХС ми можемо віднести:

- **алекситимію** – значимо перевищує аналогічні показники у здорових людей і у чоловіків;
- **депресивність** – значимо перевищує аналогічні показники для контрольної групи з умовно здорових людей похилого віку, проте нижча ніж у чоловіків – пацієнтів експериментальної групи;
- **тривожність** – цей компонент значимо перевищує аналогічний показник у чоловіків похилого віку з експериментальної групи;
- **невротичність** – суттєво вища ніж у здорових людей і ніж у чоловіків;
- знижена **товариськість** (нижча ніж у здорових та нижча ніж у чоловіків);
- низька **відкритість** (як порівняно із чоловіками так, і з контрольною групою);
- висока **емоційна лабільність** (у порівнянні як з ЕГЧ, так і з КГ).

Зазначені стани є особливими як для людей з ІХС, так і мають значущі відмінності між чоловічою і жіночою групами, а отже їх можна вважати саме психофізіологічними особливостями жінок похилого віку з ішемічною хворобою серця.

Висновки до другого розділу:

1. У другому розділі представлено інформацію щодо організації емпіричного дослідження та характеристику дослідницької вибірки, обґрунтовано основні методи та методики забезпечення дослідження, представлено емпіричне опрацювання результатів дослідження емоційних станів жінок літнього віку з ІХС.

2. Реалізація завдань дослідження нами організаційно здійснювалась у три етапи. На першому етапі визначалися тема, мета, гіпотеза, предмет і завдання дослідження, здійснена систематизація та теоретичний аналіз досліджень з проблематики порушень репродуктивної сфери у жінок у наукових джерелах. На другому – проведено підбір та обґрунтування методичного забезпечення експериментального дослідження. На третьому – безпосередньо втілено формувальний експеримент та здійснено експериментальну перевірку результатів дослідження та ефективності упровадженої авторської програми.

3. Застосований нами у роботі психодіагностичний інструментарій та фізіологічні методи дослідження відповідають поставленим завданням експериментального дослідження. Обрані методи та методики сприяють комплексному вивченню компонентів психоемоційного стану пацієнтів похилого віку, хворих на ІХС. Було виокремлено 24 компоненти: депресія; тривожність; астенія; нервово-психічна напруга; агресія із її підвидами: фізична агресія, вербальна агресія, непряма агресія, негативізм, роздратування, підозрілість, образа та почуття провини; невротичність;

спонтанна агресивність; дратівливість; товариськість; врівноваженість; реактивна агресивність; сором'язливість відкритість; екстраверсія-інтроверсія; емоційна лабільність; маскулінізм-фемінізм.

4. Виходячи із отриманих даних було підібрано відповідні до них методики для визначення кількісної оцінки (опитувальники) та проведені опитування. Опитування проводились на засадах повної анонімності. Компоненти психологічного стану при ІХС складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів (тривога, депресія, астения, ворожість), клінічні прояви ІХС та супутні зміни психоемоційної сфери; особистісні особливості, зокрема, агресивність, а також тривожність, невротичність і депресивність в структурі особистісних характеристик

5. Емпіричним шляхом з'ясовано, що жінки похилого віку, хворі на ішемічну хворобу серця характеризуються високим рівнем тривожності, а також яскраво вираженими проявами тривоги і депресії. На основі отриманих результатів було визначено методику статистичної обробки даних. Враховуючи невеликий розмір вибірки доцільним стало використання критерію U Манна-Уїтні для порівняння вибірових даних. Експериментальне дослідження показало, до значимих психофізіологічних станів жінок похилого віку, хворих на ІХС ми можемо віднести: **алекситимію** – значимо перевищує аналогічні показники у здорових людей і у чоловіків; **депресивність** – значимо перевищує аналогічні показники для контрольної групи з умовно здорових людей похилого віку, проте нижча ніж у чоловіків – пацієнтів експериментальної групи; **тривожність** – цей компонент значимо перевищує аналогічний показник у чоловіків похилого віку з експериментальної групи; **невротичність** – суттєво вища ніж у здорових людей і ніж у чоловіків; знижена **товариськість** (нижча ніж у здорових та нижча ніж у чоловіків); низька **відкритість** (як порівняно із чоловіками так, і з контрольною групою); висока **емоційна лабільність** (у порівнянні як з ЕГЧ, так і з КГ). Також жінки виявились більш фемінними, а чоловіки, відповідно, більш маскулініними.

Порівняно із здоровими пацієнтами (пов'язано із захворюванням на ІХС, безвідносно до гендеру) психофізіологічними особливостям жінок похилого віку є: астеничність; нервово-психічна напруга; вербальна агресія; негативізм; роздратування; підозрілість; образа; почуття провини; спонтанна агресивність; дратівливість; невірноваженість

6. За результатами емпіричного дослідження було визначено 16 компонентів психологічного стану жінок похилого віку, хворих на ішемічну хворобу серця, які притаманні саме цій гендерновіковій категорії пацієнтів.

Результати, викладені у даному розділі, опубліковані у наступних публікаціях автора:

1. Онісковець Б.І. Емоційні стани жінок літнього віку при ішемічній хворобі серця як комплексне явище особистості. *Психологічний часопис : зб. наук. пр.* Київ, 2020. Вип. 6, № 9 (41), С. 86- 95.

URL: <https://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/issue/view/41>

2. Онісковець Б.І. До проблеми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку з серцево-судинними захворюваннями. *Психологічний часопис : зб. наук. пр.* Київ, 2021. Вип. 5(49), № 7, С. 107- 94.

URL: <https://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/issue/view/49>

3. Онісковець Б. І. Особливості виникнення негативних емоційних станів у осіб з серцево – судинними захворюваннями. *Міжнародна науково – практична конференція «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі»*, Київ, Україна 4 – 5 вересня 2020. С. 110 -112.

URL:

<http://ispukr.org.ua/wp-content/uploads/2020/08/%D0%9A%D0%B8%D1%97%D0%B2.pdf>

4. Онісковець Б. І. Емоційні стани в генезі та перебігу захворювань ішемічної хвороби серця у жінок літнього віку. *Міжнародна науково –*

практична конференція «Людина та соціум: сучасні проблеми взаємодії (психологічні та педагогічні аспекти)», Львів, Україна 25 – 26 вересня 2020.

C. 11 -13 URL:

http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/16532/1/Meshko_HM_2020_12.pdf

РОЗДІЛ III

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

У цьому розділі обґрунтовано методологічні основи комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця, та представлено її ефективність.

3. 1. Обґрунтування методологічної основи психокорекційної програми.

Даний розділ присвячений розробці та практичній реалізації комплексу психологічних засобів корекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

Ішемічна хвороба серця – це наслідок розвитку атеросклеротичного процесу, який своєю чергою є одним з проявів реакції організму на шкідливі чинники зовнішнього середовища є розвиток атеросклеротичного процесу і як наслідок цього, ішемічної хвороби серця [179]. Саме тому, первинна та вторинна профілактика прогресування ішемічної хвороби серця має ґрунтуватися на боротьбі з чинниками ризику хвороби.

На думку Амосової, Бубнової М.Г., Аронова Д.М., Перової Н., Дехтярьова Ю.П. головні завдання лікування для осіб із захворюваннями серцево-судинної системи полягають у корекції харчування, індексу маси тіла, рівня артеріального тиску, холестерину, а також підвищенні фізичної активності, що веде до зниження рівня ризику розвитку серцево-судинних захворювань [11; 39; 78].

Здатність виконувати фізичну роботу не тільки розширює рухові можливості людини, але й значною мірою покращує якість життя хворого. Необхідність застосування засобів фізичної корекції у комплексному

відновленні осіб із захворюваннями серцево-судинної системи доведено теорією і практикою [10; 16; 192].

У наукових публікаціях для осіб з ішемічною хворобою серця пропонують застосовувати програми фізичних тренувань, які складаються з комплексу інтенсивних гімнастичних вправ, дозованої ходьби та тренувань на велоергометрі, масажу та фізіотерапії. Однак, надаючи деякі методичні рекомендації, не деталізуються терміни й тривалість застосування певних форм ЛФК та не вказується чітка послідовність застосування засобів фізичної корекції людей різних вікових категорій. Особливо це стосується таких вікових категорій, як люди літнього віку (56 – 65 років для жінок та 60 – 70 років – для чоловіків) та старих людей [90; 181; 224; 240].

В онтогенезі відбуваються зміни у функціонуванні органів та усіх систем. Під час зменшення ефективності їх роботи відбувається формування нових компенсаторних феноменів. У дослідженнях, що проводились в Україні та у закордонних дослідників, знаходимо різні підходи до організації та запровадження різних за формою та методам роботи. Це пов'язано з потребою враховувати при фізичній реабілітації певні особливості функціонування серцево-судинної та системи дихання людей літнього віку.

У вітчизняній літературі практично не знаходимо праць присвячених дослідженню психокорекції людей літнього віку. Дослідження процесів і організації психологічної реабілітації серед пацієнтів цієї вікової групи широкомасштабно проводились у США та Канаді. Частково цей інтерес пояснюється тим, що пенсійний вік у західних країнах припадає на 65 років, коштом вищих стандартів життя та якості життя середній вік населення в країнах західного світу набагато вищий ніж в Україні та існує інша класифікація за віком. Людьми літнього віку прийнято вважати вікову категорію, яка в нашій класифікації підпадає під старість [67].

Зазначимо також, що в реформі сучасної медицини в нашій державі існує помітна тенденція до скорочення відділень психопрофілактики та реабілітації при поліклініках, функція реабілітації після судинних катастроф

передана спеціалізованим центрам. Зменшується надання безкоштовних послуг для пацієнтів.

Послуги спеціалізованих реабілітаційних комерційних центрів надаються за досить вузькою спеціалізацією. Їх кількості недостатньо для розв'язання комплексних проблем психопрофілактики та тим більше, що при зuboжінні більшості населення, пенсіонери літнього віку не в змозі скористатися дорогими в грошовому вимірі послугами.

У нашому емпіричному дослідженні було з'ясовано компоненти психологічного стану при ІХС, які складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що містять у себе: специфіку емоційно-негативних станів (тривога, депресія, астения, ворожість), клінічні прояви ІХС та супутні зміни психоемоційної сфери; особистісні особливості, зокрема, агресивність, а також тривожність, невротичність і депресивність у структурі особистісних характеристик.

Було визначено, що жінки літнього віку, хворі на ішемічну хворобу серця, характеризуються високим рівнем тривожності, а також яскраво вираженими проявами тривоги й депресії.

Подібні висновки нашої роботи наводять нас на думку створення комплексної програми психокорекції негативних емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. При цьому вона має бути: з одного боку науково-методологічно обґрунтованою, а з другого боку – комплекс вправ має бути легким для розуміння, доступним для застосування в самостійному щоденному використанні людей літнього віку. Комплекс вправ має бути безпечним з точки зору ризиків ускладнень хвороби. Він має складатися з простих до засвоєння методик, спрямованих на підтримання та посилення тих компенсаторних утворень, що характерні для літнього віку.

Комплексна програма психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця, (КПП) створена на засадах системного та генетико-моделюючого підходів.

Системний підхід, як принцип вивчення будь-якого явища або психофізіологічної проблеми в цей час є загальноприйнятим у науковому товаристві.

Системний підхід є якісно-сутнісним аналізом цілісних об'єктів, самостійним методологічним засобом передбачення, опису, пояснення цілісних утворень [46], «сполучною ланкою між філософською методологією та методологією конкретних наук», що дозволяє будувати нові шляхи пізнання складних цілісних об'єктів та нові проблеми їх дослідження.

Ідеї системного підходу у вітчизняній медицині та психології представлені в роботах М'ясищева В. Н. [38; 129; 130]. Системний підхід передбачає впровадження в практику основних реабілітаційних технологій, що сприятимуть відновленню фізичних, психічних та духовних ресурсів особи, переходу зі сфери можливого відновлення у сферу реального. До них належать організаційні, діагностичні, терапевтичні, психотерапевтичні та інші технології. Системність при створенні комплексної програми психокорекції хворих має враховувати всі аспекти психокорекції, завдяки яким пацієнт після проходження Програми може повернутися в суспільство повноцінним його членом.

Генетико-моделюючий підхід (Максименко С.Д.) в контексті якого розглядаємо мультимодальність розвитку особистості та формуємо засоби для створення сприятливого простору з метою розвитку позитивних природних якостей та схильностей особистості [133; 134; 135].

Основна мета психокорекції жінок літнього віку, хворих на ІХС, базується на основі системного та генетико-моделюючого підходів та полягає в підтриманні фізичного та психічного статусів.

На основі проведених досліджень, з урахуванням визначених компонентів психоемоційних станів пацієнтів з ІХС, які складаються з комплексу психофізіологічних чинників, визначено основні положення Програми, перелік і послідовність можливих заходів щодо впровадження цієї Програми. При роботі з жінками літнього віку, хворих на ішемічну хворобу

серця, завдання діагностики можна об'єднати в три відносно автономних блоки, що мають фізичний, психологічний, соціально-педагогічний компоненти [106].

Пролонгований характер процесу психокорекції, а також неоднозначність його результату ставлять перед діагностом питання:

- визначення факторів – внутрішньоособистісних, міжособистісних тощо;
- на якій стадії відновлення фактори стають провідними, який процес їх зміни;
- на які особистісні особливості досліджуваних необхідно звернути увагу, щоб підвищити ефективність Програми;
- як організовувати індивідуальну роботу.

Системний підхід передбачає впровадження в практику основних відновлювальних технологій, що сприятимуть відновленню фізичних та психічних ресурсів особи, переходу зі сфери можливого відновлення у сферу реального. До них належать організаційні, діагностичні, терапевтичні, психотерапевтичні та інші технології.

Приймаючи всі характеристики системи та генетико-моделюючого підходу, ми, як особливо важливі для нас, *виокремлюємо наступні*: цілісність, взаємозв'язок системи із середовищем, ієрархічність, множинність опису, цілеспрямованість та самоорганізація.

Основою Програми є такі положення:

- 1) найважливішим фактором ефективної психокорекції є активна участь самого хворого;
- 2) найкраща форма роботи з жінками літнього віку з ІХС – групова;
- 3) комплексна програма психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця, має 3 компоненти – фізичний, психологічний, педагогічний;
- 4) КПП триває протягом значного періоду і не тільки у формі групової роботи з тренером, у взаємодії з членами групи, самостійних занять;

5) набуті навички виконання вправ, засвоєних прийомів дихальної гімнастики, самоконтролю та релаксації – мають застосовуватись щоденно, самостійно і в побутових умовах.

Основними принципами КПП були: добровільна згода пацієнта на участь у Програмі; принцип партнерства, залучення хворого до активної співпраці у процесі психокорекції; принцип єдності лікувальних, біологічних і психосоціальних методів впливу; принцип етапності, що підкреслює необхідність дотримання певної послідовності в застосуванні різних елементів відновлювального комплексу.

Головною ідеєю запропонованого комплексу заходів психокорекції стало наступне твердження: встановлені компоненти психоемоційного стану пацієнтів літнього віку, хворих на ІХС, дозволяють цілеспрямовано впливати на патогенетичні чинники їх розвитку та зменшувати їх рівень завдяки спеціальним психокорекційним та психопрофілактичним заходам, та співвідносять з індивідуальними та статеві-віковими особливостями.

Для досягнення мети дослідження були окреслені проміжні цілі, послідовне досягнення яких призводило до її вирішення.

Проміжні цілі та їх послідовність:

- 1) нормалізація психоемоційного стану, формування навичок саморегуляції;
- 2) редукція схильності до агресії та саморуйнівної поведінки;
- 3) підвищення стресостійкості;
- 4) актуалізація особистісних ресурсів самозмінення;
- 5) розвиток емпатії й афіліації як провідних адаптивних копінг-ресурсів;
- 6) формування навичок адекватної комунікації;
- 7) активізація адаптивних особистісних ресурсів;
- 8) формування здорового способу життя.

Запропонований комплекс заходів базувався на трирівневій основі, складаючись з наступних компонентів:

1) методологічного (головна мета, логіка та цілі комплексу заходів): головна мета полягала в переосмисленні особами ставлення до своїх життєвих стратегій, ідентифікація та розуміння власних емоційних станів завдяки використанню технологій психологічного тренінгу й стратегій психокорекції. Цілями визначені ефективне залучення Програми, формування профілактичного комплаєнсу під час проведення заходів, пролонгація позитивного ефекту.

2) методичного (форми та засоби): груповий та індивідуальний методи роботи, метод «кейсів», рольові ігри, елементи психокорекції;

3) системного – зв'язки між компонентами та елементами, що їх складають.

Комплекс заходів психокорекції складався з 3-х блоків, що мали різні цілі та змістовне наповнення:

- педагогічний (4 години);
- покращення психоемоційних характеристик особистості (18 годин);
- покращення фізичного стану, підвищення витривалості та працездатності (6 годин).

1) Педагогічний блок. 1. Мінілекція в режимі відкритої групи-обговорення для медичного персоналу. 2. Психологічне консультування медиків з приводу їхніх запитів, щодо особливостей емоційних станів. 3. Обговорення проблемних запитів та назагал тенденцій у лікуванні літніх людей при ІХС. Сюди входить формування та закріплення мотивації на участь у заходах, актуалізації групових динамічних процесів та створення групового психологічного простору (мінілекція, групове обговорення / дискусія).

2) Блок «Покращення психоемоційних характеристик особистості» складався з теоретичної частки (декілька мінілекцій по 5 – 7 хвилин), яка розкривала тему блоку, та практичних занять блоку (рольові та ділові ігри, групова дискусія, групова та індивідуальна консультація), які були спрямовані на психокорекцію виявлених негативних емоційних станів шляхом використання групових форм психологічних втручань. Наприкінці кожного

заняття також проводилось «коло відгуків» або «шеренг» – вираження групою співпереживання учаснику (протагоністу) в глибоких ідентифікаціях, що, зокрема, давало йому можливість отримати зворотний зв'язок та плавно «повернутись в реальність» після бентежних хвилювань. Супервізія передбачала групову роботу з певним критичним досвідом одного з учасників.

3) Блок «Покращення фізичного стану, підвищення витривалості та працездатності» містив такі форми групової роботи, як щоденне тренування в доступних формах, а саме: ЛФК, дозована ходьба, дихальна гімнастика.

Структуру комплексної програми психокорекції негативних емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця подаємо у формі таблиці 3. 1.

Таблиця 3. 1.

Структура комплексної програми психокорекції негативних емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

Компоненти програм и психокорекції	Напрямок роботи	Форма впливу	Результат
Педагогічна робота	Навчання та психологічне консультування медиків	1. Мінілекція в режимі відкритої групи – обговорення для медичного персоналу. 2. Психологічне консультування медиків з приводу їхніх запитів, щодо	Переосмислення медиками взаємодії з пацієнтами. Отримання психологічної інформації щодо особливостей емоційних станів жінок з ІХС, та превенції

		особливостей емоційних станів. 3. Обговорення проблемних запитів та назагал тенденцій у лікуванні літніх людей при ІХС.	госпіталізму в пацієнтів.
Покращення психоемоційного стану	Навчання та психологічне консультування досліджуваних	Теоретична частина (мінілекції по 15 хвилин), які розкривають тему блоку, та практичні заняття (рольові та ділові ігри, групова дискусія, групова та індивідуальна консультація), які були спрямовані на психокорекцію виявлених негативних емоційних станів шляхом використання групових форм психологічних втручань.	Переосмислення особами ставлення до своїх життєвих стратегій, ідентифікація та розуміння власних емоційних станів; усвідомлення важливості підтримки функціонального стану засобами психоемоційного характеру; навчання методам релаксації; формування готовності впоратися з хворобою через вивчення своїх тілесних та психологічних проблем, що породжують відчуття безпорадності.

Покращення фізичного стану, підвищення витривалості та працездатності	Щоденне тренування в доступних формах.	ЛФК, ходьба, гімнастика. дозована дихальна	Формування навичок здорового способу життя; поліпшення коронарного та периферичного кровообігу, обмінних процесів у міокарді, посилення скоротливої здатності серцевого м'яза; підвищення толерантності до фізичних навантажень, зменшення приймання препаратів судинорозширювальної дії.
---	--	--	---

3. 2. Комплексна програма психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

Структура і зміст педагогічного блоку була універсальною для усього медичного персоналу, а наповнення другого та третього блоків було диференційованим, що змінювалось у залежності від рівня профілактичного та психокорекційного впливу.

Загальна тривалість комплексу заходів містила 7 групових занять по 3 години кожне, що проводились 1 раз на тиждень, і 9 індивідуальних консультацій по 1 – 1,5 години, що проходили 1 – 2 рази на тиждень.

У якості базової технології застосовували когнітивно-поведінковий тренінг. Допоміжними техніками були: рольова гра, арттерапія, гештальт-терапія, когнітивно-орієнтована психокорекція.

Загалом у комплексі заходів використовували:

- психологічну допомогу в усвідомленні та активізації особистісних ресурсів, що сприяють особистісному зростанню, як результат оптимізації роботи переживання негативних емоційних станів;
- когнітивно-орієнтований тренінг, спрямований на усвідомлення цінності власного здоров'я;
- емоційно-орієнтований тренінг, спрямований на опанування певних емоційних навичок, самоусвідомлення та саморегуляцію емоційних проявів;
- проблемно-орієнтований тренінг, спрямований на розширення репертуару конструктивної копінг-поведінки із використанням рольових ігор, технік психодрами, гештальт-терапії, самоусвідомлення тощо;
- тренінг саморегуляції, що має на меті підвищити рівень асертивності та рефлексії (емоційно-, когнітивно- та проблемно-фокусовані види впливу);
- арттерапевтичні (образотворчі, музичні тощо) психологічні засоби впливу на психологічний стан;

Означений психопрофілактичний комплекс поєднував інтеграцію таких підходів, як рольова гра, арт, когнітивно-поведінкові техніки, психодрама, психологічна консультація тощо [249].

На першому етапі було здійснено психоедукацію медиків. Ця форма роботи включала такі форми роботи, як мінілекція в режимі відкритої групи-обговорення для лікарів та медичного персоналу щодо особливостей взаємодії з жінками літнього віку при ІХС, а також щодо негативних емоційних станів та шляхів конструктивного пропрацювання.

У медиків виникали наступні запитання: «Як конструктивно контактувати з літніми людьми?», «Як подавати інформацію про стан їхнього здоров'я?», «Як реагувати на стрімкі перепади/ застрягання на одній емоції чи стані?», «Як реагувати на агресивну поведінку?».

У поведінці це часто проявляється через провокації, образи або ж протестно-викличними, щодо авторитетності медичних працівників. Літні

жінки також можуть не виконувати приписи, проходити проміжні обстеження та процедури, оскільки вважають, що це зайве.

На заняттях було введено інформаційний блок (мінілекція). Проводилася ця частина у формі бесіди. Тематика мінілекцій було орієнтована на загальну картину негативних емоційних станів та їх емоційних наслідків.

Блок «Покращення психоемоційних характеристик особистості».

Схема заняття визначається в наступні етапи.

А) Вступ: • оголошення теми тренінгу; • прийняття «Правил» проведення тренінгу (цінувати час (говорити по черзі, коротко і нечасто, за темою заняття), говорити тільки від свого імені, бути доброзичливим і позитивно ставитися до себе та до інших (Бути +), поважати свою і протилежну стать, добровільно бути активним, правило додавання (Я + Ти + Ми), забезпечувати абсолютну конфіденційність того, що відбувається на тренінгу).

Правила приймають на початку кожного заняття, їх варто записати на великому аркуші паперу і прикріпити на видному місці.

Б) Привітання – уточнення самопочуття кожного, що створює атмосферу «тут і зараз». Розкриваючи свій емоційний стан, учасники розповідають, чого вони очікують від заняття, та про зміни, які сталися внаслідок попереднього заняття.

В) Основна частина. Вправи пасивного характеру виконуються по черзі з рухливими іграми. І перший, і другий етапи обов'язково завершуються обговоренням і самозвітом учасників стосовно своїх відчуттів і думок.

Г) Вправи для емоційної розминки – спрямовані на створення внутрішньої свободи учасників групи.

Г) Підбивання підсумків заняття – висловлювання учасників по черзі стосовно своїх відчуттів і вражень щодо проведеної роботи, побажання тренеру та групі.

Д) *Закінчення заняття* – завершальні вправи, після яких – оцінка-аналіз заняття, який можна проводити у формі анкет, опитувальних листів або просто висловів присутніх.

Е) *Прощання* – ритуальна дія, яка може мати різні форми [144].

Перелік технік, що використовують при проведенні тренінгу:

- *Презентація та «криголами»*. Використовують короткі вправи, що призначені розпочинати заняття: вони сприяють створенню атмосфери довіри в групі, заохочують до участі та взаємної підтримки.
- *«Мозковий штурм»*. Збір якомога більшої кількості ідей щодо певної проблеми від усіх учасників занять упродовж обмеженого за обсягом часу.
- *Обговорення великою групою*. Вся група обговорює ідеї чи події, що стосуються якоїсь запланованої або імпровізованої теми.

Більшість завдань виконується в малих групах або парах. Пояснюють це тим, що підлітку легше висловитися в невеличкій групі, оскільки там він почувається безпечніше. Робота в малих групах дає також можливість заощаджувати час, бо зникає потреба вислуховувати кожного у великій групі. Розподіл на малі групи може здійснюватися різними шляхами – йдеться про постійні групи протягом уроку чи циклу уроків, різні групи для кожної вправи тощо.

- *Обговорення малою групою*. Група з 3 – 6 осіб обговорює певні проблеми та виробляє шляхи їх вирішення, потім – обмін думками та їх обговорення усіма членами групи.
- *Групова дискусія* – дозволяє зіставити протилежні позиції, побачити проблему з різних боків, уточнити взаємні позиції, що зменшує опір сприйняттю нової інформації, усуває емоційну упередженість. Дозволяє також навчати учасників аналізу реальних ситуацій, прищеплює вміння слухати і взаємодіяти з іншими, показує багатовекторність можливого вирішення більшості проблем. Для активізації учасників у груповій дискусії можна використовувати висловлення по колу: метод естафети – кожен передає слово

тому, кому вважає за потрібне; висловлення за визначений проміжок часу (наприклад, кожному на висловлення дається 10 – 15 сек.) тощо.

- *Мінілекції* – (по 10 – 20 хв.) надають можливість донести нову, необхідну для подальшої роботи інформацію, що має допомогти присутнім глибше зрозуміти проблему і зробити необхідні висновки. Закінчується колективним обговоренням чи вправою, яка дозволить практично використати отримані знання. Бажано після закінчення мінілекції роздати присутнім прослухану інформацію у друкованому вигляді.

- *Рольова гра* – імітує реальність того, що відбувається, та надає можливість діяти учасникам «мов насправді». Мета – визначити ставлення до конкретної життєвої ситуації, набуті досвіду шляхом гри. Інколи присутні можуть розігрувати ситуації, в яких вони вже побували. Рольова гра – це певною мірою “відкрита” техніка, яка дозволяє розвивати її залежно від навичок, власного досвіду та конкретної ситуації в групі.

- *Анкетування* – використовується для перевірки знань і оцінки процесу навчання.

- *Дослідження випадків*. Базується на реальних випадках, які є власним досвідом членів групи. Стимулює пошук здобутків і помилок у власній поведінці.

- *Психогімнастика* – учасники спілкуються без допомоги слів. Теми психогімнастичних вправ можуть бути найрізноманітнішими, але можна виділити основні: – щоденні житейські ситуації; – проблематика окремих членів групи; – типові людські конфлікти; – відносини в групі; – фантазії та казки; – відношення до самого тренінгу. Після програвання можна використовувати різні варіанти аналізу, головне, щоб свої переживання виказали учасники гри та споглядаючи за нею члени групи. Психогимнастику бажано сполучати із музикою [23].

Емоційний тренінг. Запропоновані нижче вправи спрямовані на розвиток у суб'єктів здатності розбиратися у своїх почуттях, а також на

розвиток емоційної відкритості, емпатії, навичок сприйняття й адекватної оцінки емоційних станів інших людей.

Розминкові вправи. Метою розминкових вправ є створення в учасників тренінгу відповідного емоційного настрою. Перелік рекомендованих розмін очних вправ:

- Вправа «Вітання». Починає один з учасників і, звертаючись до сусіда з почуттям радості від зустрічі з ним, закінчує фразу «Вітаю...», виражаючи своє почуття і голосом, і жестом, і посмішкою.

- Вправа «Вітаю, ти уявляєш...». Члени групи по колу вітаються цією фразою, описуючи який-небудь цікавий випадок, смішний епізод, що відбувся з ними.

- Вправа «Вітаю, я радий тебе бачити...». Учасники тренінгу звертаються один до одного по черзі, закінчуючи фразу: «Здрастуй, я радий тебе бачити...». Потрібно сказати щось гарне, приємне, але обов'язково від усієї душі, щиро.

Вправа «Конвеєр». Один з учасників уявляє, що в нього в руках симпатичне, пухнасте кошеня, він гладить його, пестить, а потім передає сусідові тощо [232].

Вправи, що спрямовані на розвиток здатності регулювати свої почуття.

- ✓ Вправа «Чарівний глечик». Керівник просить членів групи уявити, що вони тримають у руках глечики, у яких знаходиться якась рідина, повідомляє, що в них налито каву, і просить випити її; потім говорить, що в глечичку риб'ячий жир, гарячий чай, касторка, гаряче молоко із содою, мінеральна вода тощо. Потім організовується обмін хвилюваннями.

- ✓ Вправа «Фізичне самопочуття». Ведучий просить учасників тренінгу послідовно відновити у своїй пам'яті те фізичне самопочуття, що вони відчували у зв'язку з хворобою, фізичними навантаженнями, жарою, холодом, травмами, болем, здоровим сном тощо. Після цього члени групи діляться своїми емоційними хвилюваннями.

✓ Вправа «Настрій». Ведучий просить за допомогою спогаду про гарний чи поганий день викликати визначений настрій і пережити його.

✓ Вправа «Магнітна стрічка». Члени групи закривають очі та зосереджуються на звуках, що оточують їх. Потім намагаються викликати у себе спогади про різні звуки. Це може бути голосний дзвоник міжміського телефону, позивні радіостанції «Маяк», шум відбійного молотка, булькіт води при наливанні в склянку, звук бормащини, тиха приємна мелодія тощо. При цьому щоразу фіксуються ті почуття, що вони переживають. У разі потреби учасники можуть поділитися своїми хвилюваннями.

✓ Вправа «Кругова кінострічка». Від учасників потрібно визначити зухвалі сильні емоції теми сюжету: пожежа, катастрофа, весілля, день народження і тощо. Потім на своєму «внутрішньому екрані» скласти кінострічку (близько 10 кадрів). «Склеїти» думкою перший і останній кадри й прокручувати цю безупинну стрічку на своєму «внутрішньому екрані», збільшуючи швидкість перегляду.

Вправа «Самотність». Керівник дає завдання: «Згадайте про час, коли ви були особливо самотні у своєму житті. Намагайтеся на 1 – 2 хвилини відновити ці почуття, пережити їх знову». Після цього проводиться обмін хвилюваннями. У разі потреби група надає психологічну підтримку своїм членам [227].

Вправи, спрямовані на тренінг емоційної відкритості та регуляції негативних емоційних переживань.

Вправа «Про які емоційні переживання розповість моя річ» (модифікація М. С. Компанович) (30 хв.) [112].

Мета: самопрезентація через розвиток креативності, виявлення емоційних переживань.

Хід вправи: учасники групи по черзі кладуть у групове коло будь-який особистий предмет, який мають при собі. Та розповідають, з якими емоційними, переживаннями пов'язаний цей предмет (наприклад: «мій гребінець розповість про мене, що коли я розчісую волосся і воно плутається,

то я можу сильно дратуватись, переживати неконтрольований гнів!» тощо). Група має дати контраргументи до негативних характеристик емоційних переживань (наприклад: підтримувальний «але в тебе красиве довге волосся», ідентифікаційний «у мене теж таке буває» тощо).

✓ Вправа «Розмова через скло». Члени групи розбиваються на пари. Потім за допомогою лише жестів, міміки намагаються передати по черзі один одному свій настрій, обговорити його, як би знаходячись при цьому перед звуконепроникним склом.

✓ Вправа «Без маски». Всі учасники по черзі беруть картки, що лежать стопкою в центрі кола, і без підготовки продовжують висловлення, що почате в картці. Висловлення повинне бути щирим, на межі відвертості, «відкритості». Група прислухається до інтонації, голосу, що говорить, оцінює ступінь відвертості. Якщо визнається, що висловлення було щирим, то свою картку бере сидячий ліворуч і так само без підготовки продовжує почата пропозиція. Якщо ж група визнала, що висловлення було «затиснутим», «шаблоновим», то в учасника є ще одна спроба стати відкритим для інших, але тільки після усіх виступів.

Як приклад, приведемо ряд незакінчених пропозицій: «Чого мені іноді по-справжньому хочеться? Так це...», «Особливо я не люблю, коли...», «Мені знайома гостре почуття самотності. Пам'ятаю...», «Бувало, що близькі люди викликали в мене майже ненависть» «Один раз, коли...», «Один раз мене дуже налякало те, що...», «У незнайомому суспільстві я, як правило, відчуваю...», «У суспільстві осіб протилежної статі я, зазвичай, відчуваю себе...», «Пам'ятаю випадок, коли мені стало нестерпно соромно, я...», «Мені доводилося виявити боягузтво. Один раз пам'ятаю...», «Особливо мене дратує те, що...».

✓ Вправа «Групова картина». Один з учасників бере чистий лист паперу і, дивлячись на нього, починає описувати картину і той настрій, що вона в нього викликає. Потім передає лист сусіду і тощо.

✓ Вправа «Остання зустріч». Керівник дає інструкцію: «Сядьте в коло, закрийте очі й уявіть собі, що заняття в групі вже закінчені. Ви йдете

додому. Подумайте про те, які почуття ви при цьому відчуваєте. Через 2 – 3 хвилини відкрийте очі й опишіть свої почуття» [112].

Вправа в три етапи: «Саморегуляція негативних емоційних переживань та станів» (М. С. Компанович) (1 год. 20 хв.) [112].

Мета: діагностика способів виявлення негативних та сильних за тональністю емоційних переживань та пошук учасниками індивідуальних способів відреагування цих переживань. Вправа проводиться у три етапи, перший є рефлексивним, другий – проєктивним, третій – інтеграційним.

Етап I рефлексивний – пошук власних досвідів відреагування негативних емоційних переживань.

Стимульний матеріал для I етапу: папір, ручка.

Хід вправи: психолог задає групі заохочуючи запитання: «Які ви знаєте способи відреагування сильних негативних емоційних переживань?», «Що треба робити, коли є потреба неконтрольовано відреагувати свої емоційні переживання (вдарити когось чи образити словесно, потрощити щось)?» Учасники озвучують свої досвіди саморегуляції негативних емоційних переживань, а психолог доповнює.

Етап II проєктивний – створення малюнку 2Мої невиявлені негативні емоційні переживання».

Стимульний матеріал для II етапу: папір, кольорові олівці, фарби, гумка.

Хід вправи: особам пропонується зобразити на малюнку свої невідредаговані негативні емоційні стани (злість, печаль, образу тощо). Процес малювання може включати відтворення різних звуків, що асоціативно виникають. Учасників заохочується до символічного втілення на малюнку негативних емоційних переживань, які можуть виглядати, як кігті, жала, колючки, ікла тощо. Після завершення малюнку психолог пропонує його знищити: спалити, порвати, втопити – за вибором учасників.

Етап III інтегративний – пошук конструктивних способів індивідуальної саморегуляції негативних емоційних переживань.

Хід вправи: учасники інтегрують результатами попередніх двох етапів у два способи: 1) пошук символічному образу негативних переживань конструктивний вияв (наприклад: кігті мають потребу дряпати, жало – жалити, колючки – колоти, ікла – лякати або кусати тощо); 2) міркування над об'єктивним параметром символічного образу негативних емоційних переживань; 3) пошук кожним учасником індивідуальних соціально прийнятних шляхів та способів відреагування негативних емоційних переживань.

Рефлексія вправи: вербалізація кожним учасником своїх способів відреагування негативних емоційних переживань, підсумок того, що кожен учасник пізнав для себе.

Ритуал прощання на завершення групи (5 хв.).

Вправи, спрямовані на розвиток розуміння емоційного стану іншої людини.

- Вправа «Слідчий». Ведучий просить учасників тренінгу уявити себе в ролі слідчого. Кожен повинен намітити собі об'єкт спостереження – одного з членів групи – так, щоб той про це не здогадався. У процесі спостереження необхідно визначити, який настрій у «підслідного», угадати, чому він сьогодні такий. Вправа триває близько п'яти хвилин. Потім результати спостереження обговорюються.

- Вправа «Зрозумій іншого». Кожен член групи повинен протягом 2 – 3 хвилин описати настрій одного з партнерів, тобто уявити собі людину, відчувати її стан, емоції, хвилювання, і все це викласти на папері. Потім всі описи зачитуються вголос, а той, чий настрій описували, співвідносить їх зі своїм дійсним станом, і підтверджує чи відкидає вірогідність проникнення у свій внутрішній світ. Коментарі в цьому випадку не потрібні.

- Вправа «Емоційний портрет». Кожен із членів групи складає список емоційних рис характеру одного з учасників тренінгу, описує властивості та якості його особистості. У такому портреті повинно бути 10 –

12 малюнків. Потім написавши його зачитує свій здобуток уголос, а група вирішує, хто ж це.

- Вправа «Телепатія». Один з партнерів невербальним способом, тільки виразом обличчя, передає свій настрій іншому, який повинен його сприйняти.

- Вправа «Емоційне дзеркало». Учасники по черзі повинні відбити внутрішній емоційний стан один одного і продемонструвати його.

- Вправа «Вороги». Один з учасників сідає в центр, а група намагається уявити ворогів цієї людини, людей, що були, чи є, чи могли б бути її ворогами. Після цього описують ті почуття, що випробував чи випробовує, чи може випробувати стосовно ворогів, сидячий у центрі учасник. Учасник, що знаходиться в центрі кола, аналізує висловлювання, пропозиції групи. Якщо в нього є бажання, то реагує, чи підтверджуючи, чи відхиляючи пропозиції інших учасників. Потім його змінює інша людина, що вирішила (за бажанням чи по жеребі) виявитися в центрі уваги групи.

- Вправа «Телефонна розмова». Вправа виконується в діадах. Партнери розташовуються спиною один до одного та імітують телефонну розмову, у ході якої вони повинні по манері говорити, по інтонації голосу партнера визначити його емоційний стан, результати завдання обговорюються.

Одним з ключових засобів розроблених психопрофілактичних підходів виступала рольова гра, з використанням елементів псих одрами [87].

Теми рольових ігор визначаються «банком» адиктогенних (критичних) ситуацій, які моделюються в ході експериментального дослідження, або задаються учасниками просто у ході групової роботи.

Механізмом корекції є моделювання критичних ситуацій в спеціально створених умовах групової роботи, пошук та навчання оптимальним способам поведінки в них, засвоєння нових соціальних ролей та форм поведінки.

Використання рольових ігор дозволяє побудувати просторово-часовий конструкт в операційній системі «тут і зараз». Розміщуючи своє минуле,

сьогодення і майбутнє в систему «тут і зараз», ґрунтуючись на особистому досвіді, учасники можуть безпосередньо взаємодіяти з незавершеними ситуаціями минулого (ефект психодрами) та конструювати майбутнє. Таким чином, вони змінюють сприйняття адиктогенної (критичної) ситуації, роблять власну поведінку в них осмисленішою і гнучкою.

Завдання використання рольових ігор:

- відреагування на зовні переживань (драми) внутрішнього світу;
- заволодіння своїм минулим, його осмислення та «прощання» з ним;
- підвищення упевненості в собі, самооцінки та зміцнення віри в можливість змінити себе і свою поведінку;
- пошук оптимальних способів переживання-подолання критичних ситуацій; опанування новими, адаптованішими соціальними ролями та моделями поведінки [230].

Кожна рольова гра містила має три фази.

1) Розминка. Мета – підготовка до психодраматичної дії. Для цього можна використовувати групову дискусію, невербальні вправи.

2) Психодраматична дія. На цій фазі досягається інсайт із проблеми, яка презентована учасникові феноменологічно, через конкретний опис ситуації без інтерпретації та міркувань. Учасникові, в ролі протагоніста, пропонується розіграти сцену, в якій виявляється індивідуальна ситуація неможливості. Для розігрування сцени необхідно визначити: а) простір дії для створення реальності зі своїм часом, умовами та нормами життя (це допомагає учаснику вжитися в ситуацію); б) людей, значущих для дії, та підібрати на ці ролі інших учасників групи у якості «Допоміжних Я». Після розігрування ситуації, якщо не спостерігається інтеграції досвіду, необхідно «переграти» ситуацію, змінивши свій життєвий сценарій і способи реагування. Коли учасник (протагоніст) експериментує з новими способами реагування, важливо усвідомлювати почуття та емоції, що супроводжують дії, для того аби асимілювати результат змін.

3) Обговорення. Тут відбувається вираз почуттів, обговорення та аналіз сесії. Для закріплення результатів використовується «розігрування критичних ситуацій в майбутньому». На цій фазі необхідний зворотний зв'язок, який полягає в тому, що учасники діляться почуттями, що виникли у них при розігруванні ролей. Завдяки цьому протагоніст краще усвідомлює свої почуття, потреби, почуття інших людей; бачить взаємозв'язок та логіку виконань своїх життєвих ролей, ролевій фіксації. Окрім рольової гри, ефективним засобом корекції, який ми використали у нашій програмі, є графічна техніка арттерапії, механізм якої полягає у реконструюванні в символічній формі критичної ситуації та знаходження її рішення через реструктурування та переосмислення цієї ситуації на основі наявних психічних ресурсів суб'єкту (зокрема, креативних властивостей) [214].

Кожна арттерапевтична сесія, яку ми втілювали, складалася з наступних етапів.

1) Вступ – «розігрів». Використовують графічну техніку і вправи, метою яких є вивільнення прихованих почуттів та неусвідомлюваної енергії через образотворчу роботу, стимулювання спонтанності, уяви та творчих здібностей.

2) Образотворча робота – «виконання теми». Використовують вправи й теми, що дозволяють учасникові відобразити свій життєвий досвід та систему стосунків з іншими людьми, включаючи відношення до самого себе, що дозволяє досліджувати, коректувати поведінку в різних критичних ситуаціях і виражати відчуття, пов'язані з ними. Це супроводжується осмисленням себе в контексті свого життя, на тлі рефлексії своїх відчуттів і потреб.

3) Обговорення – «завершення сесії». Відбувається розкриття відчуттів, асоціацій, думок, пов'язаних з образотворчим продуктом і його змістом. Учасник має можливість інвентаризувати власні основні припущення, а це «...зазвичай, призводить до знайомства з можливими альтернативами...». На обговоренні кожен учасник ділиться своїми відчуттями і думками стосовно того, що відбувалося під час сесії, які його враження від загальної атмосфери

в групі, характеру вербальної / невербальної комунікації, ролі ведучого, інших учасників, їх відношення до теми сесії.

Зважаючи на деонтологічні вимоги до наукової та етичної коректності, дослідження проведено на таких засадах:

- участь кожного досліджуваного у дослідженні була добровільною;
- усі учасники були поінформовані про його мету і зміст;
- дослідження відповідало основним вимогам професійної етики, було методологічно обґрунтованим, та не містило шкідливих впливів на досліджуваного.

Використання когнітивно-поведінкової психотерапії в психокорекції літніх людей полягало в навчанні розпізнавати агресію, впевненість і пасивну поведінку; моделювати різні ситуації, де учасник відчуває напругу, підкріплювати позитивну поведінку та реакції; проводити десенситизацію страху і гніву, інгібіторами яких є впевнена поведінка; розширювати ознаки впевненої поведінки в реальних життєвих обставинах; усувати когнітивний дефіцит.

Проводилися ігри та вправи на згуртування групи, розрізнення впевнених, агресивних та пасивних дій, вербальної та невербальної поведінки.

2-е заняття присвячувалося способам сказати «ні».

3-е і 4-е – ситуацій звинувачення, незгоди; підвищенню фрустраційною толерантності.

5-е заняття – навчання способам подолання стресу.

6-е – вмінню розв'язувати проблеми, навчання раціональному та позитивному мисленню.

7-е – принципам ведення спору, дискусії.

8 – 9 – розв'язання індивідуальних проблем.

Слід відзначити важливі компоненти, що відображають ефективне розв'язання проблем:

- Орієнтація в проблемі. Позитивна, реалістична установка щодо проблем у житті дає можливість їх вирішувати.

Вправа «Кольорова музика». Цю вправу доцільно проводити, коли є необхідність викликати в пацієнтів певний настрій. Вправа містить елементи кольоротерапії, а саме: передбачає використання різних предметів певного кольору. Музичний супровід вправи та колір предметів залежатимуть від настрою, який потрібно створити. Так, аби заспокоїти пацієнтів, співробітник може запропонувати їм створити танцювальну імпровізацію під музику вальсу, використовуючи при цьому шовкові шарфи синього, блакитного чи зеленого кольорів. Натомість, щоб підбадьорити пацієнтів, слід увімкнути ритмічну музику у жвавому темпі, а як реквізит запропонувати пацієнтам стрічки або хустинки жовтого чи червоного кольорів.

Вправа «Ліс». Метою цієї вправи є:

- нормалізувати дихання;
- розслабити м'язи горла.

Як музичний матеріал для вправи можна використати аудіо-запис «Ранок» із сюїти «Пер Гюнт» Едварда Гріга (Edvard Grieg) або іншу спокійну музику (темп – не більше 60 – 65-ти ударів на хвилину), шум лісу, спів птахів тощо.

Цю вправу найліпше виконувати з пацієнтами після фізичного навантаження. Співробітник вмикає музику і пропонує пацієнтам зручно сісти, замружити очі, уявити сонячний день та зелений ліс. Головний елемент вправи – «лісове» повітря, яке люди мають спокійно, залюбки вдихати й видихати.

Недирективна медитація. Це метод, який дає змогу фокусуватися на диханні або звуці, а також «обробляти» спогади та емоції. Такий метод доцільно використовувати тоді, коли пацієнт вільно віддається образам та асоціаціям, що виникають у нього під час споглядання розвитку музичного змісту.

Під час вправ на не директивну медитацію співробітник пропонує пацієнтам прослуховувати музичні твори, не даючи «підказок», не

спрямовуючи увагу пацієнтів на щось конкретне. Слухаючи музику, пацієнти створюють в уяві «музичні сні» («малюють сюжети»).

Потім кожен із пацієнтів розповідає, що побачив та відчув, які образи навіяла йому музика.

Використовуючи музикотерапевтичні вправи на заняттях, співробітник гармонізує внутрішній світ пацієнтів двома способами: фізичним – через заспокоєння дихання і розслаблення м'язів, та емоційним – через розкріпачення уяви та вільне вираження почуттів.

Блок «Покращення фізичного стану, підвищення витривалості та працездатності» (6 годин).

Цей блок було здійснено та попередньо погоджено з головним лікарем відділення, в окремих випадках прикріпленими до відділення лікарями-кардіологами України.

Завдання ЛФК.

1. Поліпшити коронарний та периферичний кровообіг, обмінні процеси в міокарді, посилити скоротливу здатність серцевого м'яза.
2. Нормалізація діяльності центральної нервової системи та вегетативної нервової системи.
3. Стимулювати екстракардіальні фактори кровообігу.
4. Економізувати діяльність міокарда з метою зниження потреби в кисні.
5. Підвищити толерантність до фізичних навантажень, зменшити приймання препаратів судинорозширювальної дії.
6. Запобігти прогресуванню атеросклерозу та розвитку таких ускладнень, як інфаркт міокарда, порушення ритму і провідності, недостатність кровообігу та інші [77].

Протипоказання до призначення ЛФК: наявність частих нападів стенокардії, передінфарктного стану, гострого інфаркту міокарда; серйозні порушення ритму і провідності серця з вираженою серцево-судинною недостатністю; тромбоемболічні ускладнення, неадекватні реакції серцево-

судинної системи на навантаження та негативна динаміка на ЕКГ, гострі запальні захворювання, загострення супутніх хвороб (висока гіпертензія, цукровий діабет та ін.).

При ІХС для визначення толерантності до фізичних навантажень проводять велоергометрію для виявлення індивідуального граничного рівня навантаження. Хворим з патологією серцево-судинної системи навантаження збільшують ступенеподібно, кожні 3 або 5 хвилин, починаючи з потужності 150 км / хв. Перерви 3 або 5 хвилин використовують для відпочинку та обстеження хворого.

Критерії припинення велоергометричної проби поділяють на клінічні та електрокардіографічні.

Клінічні критерії:

- ◆ виникнення нападу стенокардії;
- ◆ зниження артеріального тиску на 25 – 30 % нижче початкового рівня;
- ◆ підвищення артеріального тиску понад 230 / 130 мм. рт. ст.;
- ◆ виникнення нападу задухи або вираженої задишки;
- ◆ поява різкої загальної слабкості, запаморочення, різкого головного болю, нудоти;
- ◆ відмова хворого від подальшого проведення проби;
- ◆ досягнення максимальної або субмаксимальної вікової ЧСС.

ЕКГ - критерії:

- ◆ зниження або елевація сегмента RS -Т понад 1 мм;
- ◆ поява екстрасистолії 1:10, пароксизмальної тахікардії, миготливо аритмії, порушень атріовентрикулярної й вентрикулярної провідності;
- ◆ зміни комплексів QRS (поглиблення і збільшення тривалості зубців Q у комплексі QS, що раніше існували).

У стаціонарі хворим призначають ЛГ, РГГ. Дозовану ходьбу по рівній

місцевості в повільному або середньому темпі, заняття на тренажерах з урахуванням толерантності до фізичного навантаження, теренкур. Після виписування зі стаціонару хворі продовжують заняття в кабінетах ЛФК поліклініки, кардіологічного диспансеру, центру реабілітації. Призначають дозовану ходьбу по рівній місцевості, заняття на тренажерах, рухливі та спортивні ігри, прогулянки, їзду на велосипеді, оздоровчий біг підтюпцем, поєднуючи його з ходьбою, лікувальний масаж, загартовування повітряними і водними процедурами. ЧСС після навантажень не повинна збільшуватись понад 20 уд. за 1 хв., у порівнянні із станом спокою, термін реституції – 6 – 8 хв. У разі неадекватної реакції на навантаження у хворого може з'явитись біль за грудиною, слабкість, пітливість, запаморочення, задишка, виражена тахікардія, значне коливання артеріального тиску, збільшений період відновлення, на ЕКГ ознаки ішемії міокарда.

Щоб уникнути перевантажень, користуються тренувальним рівнем ЧСС, який становить 70 – 90 % від індивідуальної порогової ЧСС. До початку заняття проводять опитування хворого, його огляд, визначають ЧСС, артеріальний тиск, знімають ЕКГ, оцінюють функціональні можливості. Заняття ЛФК припиняють, якщо з'являється напад стенокардії.

Про ефективність занять ЛФК свідчить поліпшення загального стану хворого, ліквідація нападів стенокардії або їх зменшення, відсутність ознак серцевої недостатності, оптимізації реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження, відновлення працездатності й можлива відмова від коронарно розширювальних засобів або зменшення їх дози.

Важливим методологічним положенням для застосування в КПРФ вправ з ЛФК, дозованої ходьби, дихальної гімнастики та психокорекційних вправ стало розуміння того, що в процесі старіння організму людини та ряду з послабленням функціонування органів і систем, мобілізуються компенсаторні механізми.

У цих заняттях дуже важливо суворо дотримуватись основних дидактичних принципів: доступність та індивідуалізація, систематичність і

поступовість підвищення вимог. Необхідно широко застосовувати методичні прийоми розсіювання і чергування навантажень, коли вправа для однієї м'язової групи змінюється вправою для іншої групи, а вправи з великим м'язовим навантаженням чергуються з вправами, що вимагають незначних м'язових зусиль, і дихальними. Методика занять фізичними вправами залежить від захворювання і характеру патологічних змін, ним викликаних, стадії захворювання, ступеня недостатності кровообігу, стану в'язцевого кровопостачання. При важких проявах захворювання, вираженій недостатності серця чи в'язцевого кровообігу заняття будуються таким чином, щоб у першу чергу досягти терапевтичного впливу: запобігати ускладненню шляхом поліпшення периферичного кровообігу і дихання, сприяти компенсації ослабленої функції серця завдяки активізації позасерцевих факторів кровообігу, поліпшити трофічні процеси, стимулювавши кровопостачання міокарда. Для цього використовують фізичні вправи малої інтенсивності, у повільному темпі для дрібних м'язових груп, дихальні вправи та вправи в розслабленні м'язів.

При поліпшенні стану хворого фізичні вправи використовують у комплексі реабілітаційних заходів для відновлення працездатності. Хоча фізичні вправи продовжують застосовувати для реалізації лікувальних задач, основний напрямок має систематичне тренування, тобто в заняттях поступово збільшується фізичне навантаження. Спочатку коштам великого числа повторень, потім – амплітуди і темпу рухів, включення важливіших фізичних вправ і вихідних положень. Від вправ малої інтенсивності переходять до вправ середньої і великої інтенсивності, а від вихідних положень лежачи і сидячи до вихідного положення стоячи. Надалі використовуються динамічні циклічні навантаження: ходьба, біг.

Після закінчення відновного лікування і при хронічних захворюваннях фізичні вправи застосовують, щоб підтримати досягнуті результати для поліпшення кровообігу і стимуляції функцій інших органів і систем. Фізичні вправи і дозування фізичного навантаження підбирають у залежності від

залишкових проявів хвороби, функціонального стану хворого. Використовують різноманітні фізичні вправи (гімнастика, елементи гри), що періодично змінюються, фізичне навантаження звичне, але час від часу воно то підвищується, то знижується.

Для ефективного лікування і психокорекції хворих велике значення має застосування адекватного стану для хворого дозувань фізичного навантаження. Для його визначення доводиться враховувати безліч факторів: прояви основного захворювання і ступінь коронарної недостатності, рівень фізичної працездатності, стан гемодинаміки, здатність виконувати побутові фізичні навантаження. З урахуванням цих факторів хворі ішемічною хворобою серця поділяються на 4 функціональних класи, для кожного з яких регламентується рухова активність і програми занять. Ця регламентація застосовується і для хворих з іншими захворюваннями серцево-судинної системи.

Методика ЛФК при захворюваннях серцево-судинної системи залежить також від ступеня недостатності кровообігу.

При хронічній недостатності серця III ступеня лікувальна гімнастика застосовується тільки при стабілізації недостатності кровообігу в період інтенсивного лікування при поліпшенні стану хворого.

Лікувальна гімнастика спрямована на те, щоб запобігати ускладненням, стимуляцію компенсацій і поліпшення психічного стану хворого. Правильно підібрані вправи не утруднюють, а, навпаки, полегшують роботу серця, тому що активізують позасерцеві фактори кровообігу. До таких вправ відносяться активні рухи для дрібних і середніх м'язових груп. Рухи у великих суглобах кінцівок виконуються з неповною амплітудою, з укороченим важелем, іноді з допомогою чи пасивно. Вправи для тулуба застосовують тільки у вигляді повороту на правий бік і невисокого підведення таза. Статичні дихальні вправи виконуються без поглиблення дихання, у повільному темпі, у вихідному положенні, лежачи на спині, з піднятим узголів'ям. Кількість повторень у великих суглобах 3 – 4 рази, у дрібних – 4 – 6 разів.

При хронічній недостатності серця II ступеня ЛФК проводиться, щоб запобігти ускладненням, поліпшення периферичного кровообігу і боротьби з застійними явищами, поліпшення обмінних процесів у міокарді, надання легкої загальнотонізуючої дії, що підвищує функції всіх систем організму, в тому числі центральної нервової й ендокринної систем. При недостатності II “Б” ступеня методика занять лікувальної гімнастики, в основному, нагадує методику при III ступені, але збільшується кількість повторень рухів у дрібних суглобах (до 8 – 10 разів), дихальні вправи виконують з подовженням і невеликим посиленням видиху для поліпшення венозного відтоку й периферичного кровообігу. Для м’язів тулуба починають застосовувати вправи по неповній амплітуді з кількістю повторень 3 – 4 рази. Вихідні положення – лежачи та сидячи.

При недостатності II «А» в заняттях лікувальною гімнастикою збільшується кількість вправ для середніх і великих м’язових груп кінцівок і тулуба. Поступово збільшується, але залишається неповною, амплітуда рухів тулуба. Усі рухи узгоджуються з диханням. Спеціальні дихальні вправи, статичні й динамічні, проводяться з посиленням і подовженням видиху. Рухи у великих суглобах виконують у повільному темпі 4 – 6 разів, а в дрібних – у середньому 8 – 12 разів лежачи, сидячи і стоячи. При поліпшенні стану ставиться завдання поступово адаптувати хворого до помірно зростаючих фізичних навантажень. Починає застосовуватися дозована ходьба, що поступово доводиться до кількох сотень метрів. Темп ходьби повільний. Гімнастичні вправи ускладнюють, амплітуда рухів і темп збільшується. Кількість повторень вправ для великих м’язових груп збільшується до 6 – 12 разів.

При хронічній недостатності серця I ступеня основною задачею занять фізичними вправами є адаптація серцево-судинної системи і всього організму до побутових і виробничих фізичних навантажень. У заняття лікувальною гімнастикою включаються вправи для середніх і великих м’язових груп, вправи з предметами (гімнастичними ціпками, м’ячами), невеликими

обтяженнями (гантелі, набивні м'ячі 1 – 1,5 кг) і опором, малорухомі ігри, ігрові завдання, різна ходьба, нетривалий біг у повільному темпі. Рухи, складні по координації, виконують із повною амплітудою. Число повторень – 8 – 12 разів. Ці вправи чергують із вправами для дрібних м'язових груп рук і ніг і дихальними. Застосовуються всі основні вихідні положення: стоячи, сидячи і лежачи.

Крім занять лікувальною гімнастикою використовують ранкова гігієнічна гімнастика і дозована ходьба. Дистанція ходьби збільшується з кількох сотень метрів до 1 – 1,5 км, темп ходьби до 70 – 80 кроків / хв., (швидкість 50 – 60 м. / хв.). При компенсованому стані кровообігу ставлять завдання тренування серцево-судинної системи і всього організму поступово зростаючими фізичними навантаженнями [28].

При розробці комплексних програм фізичної реабілітації необхідно враховувати рівень толерантності до фізичного навантаження і функціонального класу хворого ІХС. Для того, щоб точніше визначити допустимі види й обсяг рухової активності для конкретної людини, її стан оцінюють відповідно до функціональної класифікації недостатності кровообігу, прийнятої в 1964 р. Нью-Йоркською асоціацією серця. Відповідно до цієї класифікації, людина може бути віднесена до одного з чотирьох функціональних класів.

Крім ТФН, у визначенні функціонального класу мають значення і клінічні дані. До I функціонального класу відносять хворих із рідкими приступами стенокардії, що виникають при надмірних фізичних навантаженнях з добре компенсованим станом кровообігу і вище зазначеною ТФН; до II функціонального класу – з рідкими приступами стенокардії напруження (наприклад, при підйомі в гору, по сходах), із задишкою при швидкій ходьбі й ТФН 450 – 600 км/хв; до III – з частими приступами стенокардії напруження, що виникають при звичайних навантаженнях (ходьбі по рівній місцевості), недостатністю кровообігу – II «А» ступеня, порушеннями серцевого ритму, ТФН – 300 – 450 км / хв; до IV – з частими

приступами стенокардії спокою чи напруження, з недостатністю кровообігу II «Б» ступеня, ТФН – 150 км / хв і менше. Хворі IV функціонального класу не підлягають психокорекції в санаторії чи поліклініці, їм показане лікування і реабілітація в лікарні [116].

Толерантність до фізичного навантаження можна визначити за результатами 12-хвилинного тесту, розробленого Купером К. : що передбачає біг (чи ходьбу) протягом 12 хвилин, після чого визначають відстань пройденої за цей час. При появі задишки та інших негативних суб'єктивних відчуттів біг сповільнюється чи переходять на ходьбу, можна навіть присісти, поки дихання не відновиться.

Найоб'єктивніший показник функціонального стану серцево-судинної системи (з тих, котрі можна визначити самотійно) – частота серцевих скорочень (ЧСС). Встановлено, що максимальній фізичній роботі, а отже, і максимальному споживанню кисню завжди відповідає певна частота серцевих скорочень, що теж називають максимальною. У здорової людини вона постійна і залежить в основному від віку, статі і загальної фізичної підготовки.

Для оцінки своїх сил можна використовувати м'який і “повсякденну” перевірку, наприклад, піднятися по сходах на 4-й поверх. Якщо після цього можна підійматися ще вище (тобто не виникає ніяких неприємних відчуттів), то можна говорити про задовільну фізичну підготовку. Щоб переконатися в тому, що і стан серця цілком задовільний, треба поррахувати пульс: якщо він складає 100 – 120 ударів у хвилину – це дуже добре, якщо 120 – 140 – задовільно, 140 ударів у хвилину і більше – незадовільно.

Професор Амосов М. М. запропонував використовувати також пробу з присіданнями. Встати прямо, ноги разом, руки вздовж тулуба. Порахувати пульс і зробити 20 присідань у повільному темпі, піднімаючи руки вперед і розводячи коліна в сторони, тулуб тримати прямо. Люди літнього віку можуть при цьому триматися за спинку стільця. Зробивши 20 присідань, знову порахувати пульс. Оцінка відмінно – ЧСС зросла не більше ніж на 25 %; задовільно – на 25 – 50 %; якщо ж на 75 % і більше – незадовільно [10].

Важливим аспектом є забезпечення безпеки тренувань і методи лікарського контролю. Для забезпечення безпеки заняття ЛФК повинні проводити лише в присутності й під спостереженням лікаря, що володіє методами надання реанімаційної допомоги. У залі, де проводяться заняття, повинні знаходитися готові до використання дефібрилятор, стерильні шприци і голки з набором медикаментів, необхідних для екстреної медичної допомоги.

Поява патологічної реакції на дозоване фізичне навантаження є критерієм екстреного її припинення і відсторонення хворого від заняття. Знову до занять такий хворий може бути допущений лише після ретельного лікарського огляду і реєстрації ЕКГ у спокої. З появою ознак проміжного типу реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження необхідно або зменшити рівень фізичного навантаження, або тимчасово перервати його виконання (до припинення больового приступу, нормалізації дихання і тощо). Будь-які відхилення в реакції на фізичне навантаження (проміжна чи патологічна реакція) реєструють у протоколі заняття.

3.3. Перевірка ефективності комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця.

По закінченню формувального етапу експерименту було проведено повторне тестування жінок похилого віку, хворих на ІХС. Ретестування показало, що в результаті проведення формувального експерименту відбулися певні зміни в значеннях показників їх психофізіологічних особливостей.

Із загальної групи жінок ($n = 52$) нами були сформовані контрольна та експериментальна групи. До контрольної увійшло 18 пацієнтів, а до експериментальної, відповідно, 34 жінки, хворих на ІХС.

За результатами констатувального експерименту нами було визначено найбільш значимі психофізіологічні стани жінок похилого віку, хворих на

ІХС. До них ми віднесли: алекситимію, депресивність, тривожність, невротичність, знижену товариськість, низьку відкритість та високу емоційну лабільність.

Оскільки загальна кількість учасників вибірки групі жінок похилого віку, хворих на ішемічну хворобу серця не збільшилась, і залишилась меншою 60 осіб, то використання параметричних критеріїв не дасть можливості забезпечити прийнятну достовірність.

Для оцінки змін, що відбулися, будемо використовувати непараметричний Т – критерій Вілкоксона. Цей критерій застосовується для зіставлення показників, виміряних в двох різних умовах на одній і тій же вибірці випробуваних.

Т-критерій Вілкоксона є найбільш чутливим (потужним) аналогом t-критерію Стюдента для залежних вибірок (Wilcoxon signed-rank test). Непараметричним його аналогом є критерій знаків, який ще простіше в обчислювальному відношенні, але має меншу чутливість, ніж Т-критерій Вілкоксона. Критерій Т засновано на впорядкуванні величин різниць (зсувів) значень ознаки в кожній парі його вимірів (критерій знаків засновано на обліку тільки знаку цієї різниці). Відповідно, критерій Т, будучи менш чутливим аналогом t-критерію Стюдента, є більш чутливим, порівняно з іншими непараметричними критеріями для повторних вимірів (залежних вибірок) [150].

Він дозволяє встановити не тільки спрямованість змін, але і їх вираженість. З його допомогою ми визначаємо, чи є зрушення показників в якомусь одному напрямку більш інтенсивним, ніж в іншому.

Суть методу полягає в зіставленні вираженості зсувів в тому і іншому напрямках по абсолютній величині. Для цього спочатку ранжуються всі абсолютні величини зсувів, а потім підсумовуються ранги. Якщо зрушення в позитивну і в негативну сторону відбуваються випадково, то суми рангів їх абсолютних значень будуть приблизно рівні. Якщо ж інтенсивність зсуву в одному з напрямів переважає, то сума рангів абсолютних значень зрушень в

протилежну сторону буде значно нижчою, ніж це могло б бути при випадкових змінах [215].

Вихідним припущенням при пошуку критерію є те, що типовим зсувом буде зрушення в напрямку, який зустрічається більш часто, а нетиповим, або рідкісним, зсувом – зрушення в напрямку, що зустрічається більш рідко.

За допомогою Т-критерію Вілкоксона ми визначаємо наявність взаємозв'язку між результатами тестування респондентів контрольної і експериментальної груп на констатувальному етапі і після завершення формувального етапу експерименту. Проте Т-критерій не дає уявлення про ступінь взаємозв'язку між двома станами (у нашому випадку, між результатами двох тестувань в кожній із груп).

Найпростішим способом визначення міри зв'язку між факторами є рангова кореляція Спірмена (кореляція рангів). Назва методу свідчить про те, що зв'язок визначають між рангами, тобто рядами одержаних кількісних значень, ранжованих у порядку зниження або зростання. Треба мати на увазі, що, по-перше, рангову кореляцію не рекомендовано проводити, якщо зв'язок пар менший чотирьох і більший двадцяти; по-друге, рангова кореляція дає змогу визначати зв'язок і в іншому випадку, якщо значення мають напівкількісний характер, тобто не мають числового виразу, відображають чіткий порядок прямування цих величин; по-третє, рангову кореляцію доцільно застосовувати в тих випадках, коли достатньо одержати приблизні дані. Метод розрахунку коефіцієнта рангової кореляції Спірмена насправді описується дуже просто. Це аналог коефіцієнту кореляції Пірсона, тільки розрахований не для самих результатів вимірювань випадкових величин, а для їх рангових значень.

Тобто,

$$\rho_{X,Y} = \frac{M[R_X R_Y] - M[R_X]M[R_Y]}{\sqrt{(M[R_X^2] - (M[R_X])^2)} \sqrt{(M[R_Y^2] - (M[R_Y])^2)}}.$$

На відміну від коефіцієнта кореляції Пірсона, який може виявити тільки лінійну залежність однієї змінної від іншої, коефіцієнт кореляції Спірмена може виявити монотонну залежність, там, де безпосередній лінійний зв'язок не виявляється.

У застосуваннях, де повторювані значення відсутні, для розрахунку може бути використана проста процедура. Різниця

$$d_i = x_i - y_i$$

між рангами кожного спостереження від двох змінних вираховуються і визначається за формулою:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}.$$

Коефіцієнт кореляції Спірмена часто описується як «непараметричний». Це може мати два значення. По-перше, той факт, що найкращі результати повної кореляції Спірмена які бувають тоді, коли X та Y пов'язані будь-якою монотонною функцією, можна порівняти з кореляцією Пірсона, яка приймає найкраще значення лише коли X та Y зв'язані лінійною функцією. По-друге, кореляція Спірмена є непараметричною в тому сенсі, що його точний розподіл вибірки може бути отриманий без необхідності відомостей про параметри спільного розподілу вірогідності X та Y .

Для оцінки тісноти зв'язку ми будемо використовувати шкалу Чеддока:

Таблиця 3.2.

Шкала Чеддока

Абсолютне значення r_{xy}	Тіснота (сила) кореляційного зв'язку
менше 0.3	слабка
від 0.3 до 0.5	помірна
від 0.5 до 0.7	помітна
від 0.7 до 0.9	висока
понад 0.9	дуже висока

Статистична значимість отриманого коефіцієнта оцінюється за допомогою t-критерію Стьюдента [191]. Якщо розраховане значення t-критерію менше за табличне при заданому числі ступенів свободи, статистична значимість взаємозв'язку, що спостерігається у дослідженні відсутня. Якщо більше, то кореляційний зв'язок вважається статистично значущим.

Порівняємо результати повторного тестування респондентів як експериментальної, так і контрольної групи на обох етапах дослідження.

Першим критерієм, динаміку змін якого ми оцінили стала алекситимія.

За нетиповий зсув було прийнято «зменшення значення» (додаток G).

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 100$;

Критичні значення при $n = 24$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 69$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 91$;

Для контрольної групи відповідні значення будуть $T_{\text{емп}} = 66$; критичні значення при $n = 16$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 23$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 35$.

Зміни для показників алекситемії виявились несуттєвими.

Наступним критерієм для порівняння розглянемо *депресивність*, обраховану за шкалою Гамільтона [282]. Розглянемо T-критерій Вілкоксона для експериментальної групи, прийнявши За нетиповий зсув було «збільшення значення».

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 25.5$;

Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 200$;

Вісь значущості:

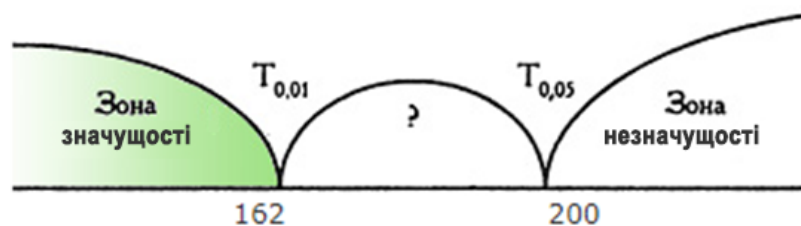


Рис. 3.1. Вісь значущості T-критерій Вілкоксона для : $T_{\text{емп}} = 25.5$, $n = 34$

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона [114] попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень депресії запропонованою нами на етапі формального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою дорівнює шкалу Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} = 0.964$$

Де d_i – значення із Таблиці 3.2. , $n=34$.

Критичне значення критерію Спірмена при даному числі ступенів свободи становить 0.34.

$\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,05$).

Зв'язок між досліджуваними ознаками - прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока - дуже висока. Число ступенів свободи (f) становить 32.

Для *контрольної групи* за нетиповий зсув було прийнято «зменшення значення».

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 35$;

Критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 47$;

Вісь значущості:



Рис. 3.2. Вісь значущості Т-критерій Вілкоксона для : $T_{\text{емп}} = 35$, $n = 18$

Таким чином, можна відзначити, що для контрольної групи явного зв'язку у вимірюваннях на обох етапах не спостерігається. Отже, ми отримали підтвердження, що зменшення депресії досягнуте не просто після формувального етапу експерименту, а ще й завдяки здійсненому нами цілеспрямованому впливу, оскільки в контрольній групі таких змін не відбулось.

Розглянемо зміни в психоемоційному стані експериментальної групи, що були визначені за шкалою *тривожності*. За нетиповий зсув було прийнято «нульове значення» (додаток Н)

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 10$;

Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 200$;

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень тривожності запропонованою нами на етапі формального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою дорівнює шкалу Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.981.

Зв'язок між досліджуваними ознаками – прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока – дуже висока. Число ступенів свободи (f) становить 32.

Критичне значення критерію Спірмена при даному числі ступенів свободи становить 0.34. Тобто $\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,05$), що, власне, валідуює результат, отриманий для Т-критерію Вілкоксона.

Для контрольної групи результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 80$;

Критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 47$;

Отримане емпіричне значення $T_{\text{емп}}$ знаходиться в зоні незначущості. А отже зміни тривожності жінок похилого віку, хворих на ІХС відбулися на краще, завдяки впливу розробленої нами методики, а не завдяки іншим чинникам.

Розглянемо шкалу *невротичності* для експериментальної групи.

За нетиповий зсув було прийнято «нульове значення» (Додаток S).

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 78$;

Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 200$;

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень тривожності запропонованою нами на етапі формального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою дорівнює шкалу Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.986

Зв'язок між досліджуваними ознаками прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока дуже висока.

Отримане емпіричне значення $T_{\text{емп}} = 66$ ($T_{\text{кр}} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 47$) для зміни рівня невротизації особистості в контрольній групі знаходиться в зоні незначущості. А отже невротичність жінок похилого віку, хворих на ІХС знизилась, завдяки впливу розробленої нами методики.

Розглянемо таку психоемоційну якість як *товариськість*. За нетиповий зсув було прийнято «збільшення значення» (Додаток K).

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 319$; критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 200$;

Таким чином, результат незначущий

Для контрольної групи результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 48$; критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 47$;

Отримане емпіричне значення $T_{\text{емп}}$ знаходиться в зоні незначущості.

Отже, відповідно до визначеного Т-критерію Вілкоксона [324] можна стверджувати, що розроблений нами комплекс вправ не спричинив суттєвої зміни такої характеристики як товариськість жінок похилого віку, що мають ішемічну хворобу серця. Цей аспект потребує подальших досліджень, що виходять за межі нашої роботи.

Наступною характеристикою є **відкритість**, рівень якої ми тестували за шкалою IX опитувальника FPI. За нетиповий зсув було прийнято «зменшення значення» (Додаток L).

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 26$;

Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 200$;

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона [324] попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень відкритості запропонованою нами на етапі фомального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою дорівнює шкалу Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.988.

Зв'язок між досліджуваними ознаками прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока дуже висока.

Для контрольної групи результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 32$ (критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 47$;))

Отримане емпіричне значення $T_{\text{емп}}$ знаходиться в зоні невизначеності. Таким чином, можна відзначити, що для контрольної групи явного зв'язку у вимірюваннях на обох етапах не спостерігається.

Робимо висновок, що у результаті впровадження розробленої нами методики відбулися значні позитивні зміни у відкритості опитаних нами респондентів.

Останньою нами була розглянута **емоційна лабільність**. За нетиповий зсув було прийнято «нульове значення» (Додаток М).

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 105$;

Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 200$;

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень відкритості запропонованою нами на етапі фомального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена (ρ) та його інтерпритацією за допомогою дорівнює шкалу Чеддока. Коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.987.

Зв'язок між досліджуваними ознаками прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока дуже висока.

Для контрольної групи результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 31$ (критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 47$;))

Отримане емпіричне значення $T_{\text{емп}}$ знаходиться в зоні значущості.

Оскільки значення емоційної лабільності за T – критерієм Вілкоксона попадають в зону значущості і для контрольної і для експериментальної груп, то виникає питання, чи однакові зміни в обох групах. Якщо зміни однакові, то необхідне додаткове дослідження стосовно їх природи. Якщо ж взаємозалежність відсутня, то високий рівень значущості експериментальної і контрольної груп зумовлений різними причинами. Порівняти значення вибірок, для визначення взаємозалежності, скориставшись U -критерієм Манна-Уїтні

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 278.5$;

Критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $U_{\text{кр}} = 184$; $p \leq 0,05$: $U_{\text{кр}} = 219$;

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 278.5$ знаходиться в зоні незначущості.

Таким чином, отримані вибірки не взаємопов'язані досягли значущості незалежно одна від іншої.

Розглянемо таблицю, яка дозволить нам зобити висновок, який вплив на стан емоційної лабільності суттєвіший: традиційний (контрольна група), чи вплив, спричинений запропонованим нами комплексом вправ (експериментальна група).

Таблиця 3.3.

Розрахунок різниці значень емоційної лабільності для контрольної і експериментальної груп на обох зрізах

	Низька			Середня			Низька		
	Було	Стало	%	Було	Стало	%	Було	Стало	%
КГ	4	3	-5,56%	8	9	5,56%	6	6	0,00%
ЕГ	8	11	8,82%	14	14	0,00%	12	9	-8,82%

Як бачимо, для експериментальної групи збільшилась кількість респондентів із низькою лабільністю (для контрольної, навпаки – зросла, хоч і не суттєво). Це говорить про позитивний вплив, здійснений на жінок із ІХС запропонованою нами методикою.

Результати порівняльної динаміки психофізіологічних показників контрольної та експериментальної вибірки жінок похилого віку з ІХС наведено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Порівняльна динаміка діагностичних показників контрольної та експериментальної групи студентів

№	Показник	Вибір ка	N	Серія досліджень				Значущість			
				Констатуваль ний		Формувальн ий					
				Сер. знач.	С.кв. відх.	Сер. знач.	С.кв. відх.	T _{кр} , p≤0,0 1	T _{кр} , p≤0,0 5	T	ρ
26	Алекситимі я	КГ	18	79,56	17,91	79,50	17,58	23	35	66	
		ЕГ	34	80,09	16,57	80,35	16,33	69	91	100	
27	Депресивні сть	КГ	18	5,44	2,81	5,22	2,53	32	47	35	
		ЕГ	34	5,47	2,77	5,00	2,53	162	200	255	0.964

28	Тривожність	КГ	1 8	21,78	3,57	21,22	4,12	32	47	80	
		ЕГ	3 4	21,91	3,37	20,26	3,75	162	200	10	0.98 1
29	Невротичність	КГ	1 8	9,89	3,55	9,67	3,53	32	47	66	
		ЕГ	3 4	10,03	3,33	9,35	3,17	162	200	78	0.98 6
30	Товариськість	КГ	1 8	6,83	2,77	6,89	2,81	32	47	48	
		ЕГ	3 4	6,76	2,67	7,09	2,52	162	200	31 9	
31	Відкритість	КГ	1 8	6,06	2,21	6,00	2,22	32	47	32	
		ЕГ	3 4	6,09	2,11	6,53	2,05	162	200	26	0.98 8
32	Емоційна лабільність	КГ	1 8	10,06	3,00	9,94	2,67	32	47	31	
		ЕГ	3 4	10,06	2,94	9,44	2,95	162	200	10 5	0.98 7

Наведені у таблиці дані свідчать про наявність ряду позитивних змін. Так для п'яти (депресивність, тривожність, невротичність, відкритість, емоційна лабільність) із 7 психофізіологічних показників зафіксовано значущість Т – критерія Вілкоксона ($T < T_{кр}$, при $p \leq 0,01$) [324], що вказує на те, що зміна цих показників відбулась в результаті впровадженої нами методики із імовірністю понад 99%.

Для інших двох (алексitemія і товариськість) дослідження динаміки показало наявність незначних позитивних змін, які не попадають у зону 95%

імовірності, тому не можуть вважатись достовірними. Слабкий вплив запропонованої методики пояснюється об'єктивними факторами. Так корекція алекситимії повинна передбачати націленість на усвідомлення пацієнтом своїх почуттів і можливість їх висловити (може застосовуватись арт-терапія, що сприяє розвитку уяви, дозволяє розширити спектр емоцій. Ефективною є гештат-терапія, гіпноз та ін. методи). Цей вплив має здійснюватись на пацієнта комплексно і протягом значного проміжку часу, та навіть у цьому випадку позитивні зрушення не гарантовані [221].

Для значущих змін в експериментальній групі був обрахований не тільки Т-критерій Вілкоксона, який засвідчує сам факт значущості, а й коефіцієнт Спірмена ρ . За шкалою Чеддока [242] тіснота (сила) кореляційного зв'язку при $\rho > 0,9$ є дуже високою. Також для унаочнення представлених даних ми використали відносний приріст середнього значення Δ , що показує величину зміни середнього значення показника у відсотках.

Найбільш помітно із усіх досліджуваних показників знизився рівень депресивності ($\Delta = -9,41\%$, $\rho = 0,964$). Як показали бесіди із респондентами, такий результат пов'язаний не тільки із застосуванням розробленої методики, а із збільшенням рівня уваги, що приділялась кожному учаснику. Жінки відчували, що їх стан цікавить не тільки їх самих. Рівень тривожності зазнав позитивних змін ($\Delta = -8,13\%$, $\rho = 0,981$) на фоні зростаючої поінформованості про саму хворобу, власний психоемоційний стан тощо.

Проведені тренінги зумовили суттєве зменшення невротичності ($\Delta = -7,23\%$, $\rho = 0,986$) пацієнок та сприяли збільшенню відкритості ($\Delta = -8,13\%$, $\rho = 0,988$) та покращили емоційну лабільність. Узагальнені результати для значущих змін відображені у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Інтегративна таблиця результатів експерименту

№	Психоемоційна складова	Залежність			ρ	Вплив методики
		до	після	Δ		

1.	Алекситимія	80,09	80,35	0,33%	Недостовірний	
2.	Депресивність	5,47	5,00	-9,41%	0,964	+
3.	Тривожність	21,91	20,26	-8,13%	0,981	+
4.	Невротичність	10,03	9,35	-7,23%	0,986	+
5.	Товариськість	6,76	7,09	4,56%	Недостовірний	
6.	Відкритість	6,09	6,53	6,76%	0,988	+
7.	Емоційна лабільність	10,06	9,44	-6,54%	0,987	+

Таким чином, впроваджена нами методика роботи із жінками похилого віку, які мають ішемічну хворобу серця підтвердила свою ефективність в 5 випадках із 7. Отриманий результат, безсумнівно, є позитивним, проте зумовлює потребу у вдосконаленні методики.

Окремо зазначимо, що коефіцієнт кореляції Спірмена в усіх 5 позитивних випадках показав високу ступінь відповідності за шкалою Чеддока.

Висновки до третього розділу:

1. У третьому розділі розкрито принципи та описано комплексну програму психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця. Основна мета Програми базувалась на основі системного та генетико-моделюючого підходів та полягає в підтриманні фізичного та психічного статусів. Приймаючи всі характеристики системи та генетико-моделюючого підходу, ми, як особливо важливі для нас, виокремили наступні: цілісність, взаємозв'язок системи із середовищем, ієрархічність, множинність опису, цілеспрямованість та самоорганізація.

2. Встановлено компоненти психоемоційного стану пацієнтів літнього віку, хворих на ІХС, що дозволяють цілеспрямовано впливати на патогенетичні чинники розвитку та зменшувати їх рівень завдяки спеціальним психокорекційним та психопрофілактичним заходам, та співвідноситись з індивідуальними та статевовіковими особливостями.

3. На основі проведеного дослідження, з урахуванням визначених компонентів психоемоційних станів пацієнтів з ІХС, визначено комплекс психофізіологічних чинників та основні положення Програми, перелік і послідовність заходів. Комплекс заходів психокорекції складався з 3-х блоків, що мали різні цілі та змістовне наповнення: педагогічний (4 години), покращення психоемоційних характеристик особистості (18 годин); покращення фізичного стану, підвищення витривалості та працездатності (6 годин). Структура і зміст педагогічного блоку була універсальною для усього медичного персоналу, а наповнення другого та третього блоків було диференційованим, що змінювалось в залежності від рівня профілактичного та психокорекційного впливу. Загальна тривалість комплексу заходів містила 7 групових занять по 3 години кожне, що проводилось 1 раз на тиждень, і 9 індивідуальних консультацій по 1 – 1,5 години, що проходили 1 – 2 рази на тиждень. В якості базової технології застосовували когнітивно-поведінковий тренінг. Допоміжними техніками були: рольова гра, арт-терапія, гештальт-терапія, когнітивно-орієнтована психокорекція.

4. Розглянуто результати впливу від впровадження даної Програми на психоемоційні характеристики групи жінок ($n = 34$) похилого віку з ІХС, та здійснено порівняльний аналіз із контрольною групою жінок із такими ж показниками хвороби, які не підлягали впливу запропонованої методики. В процесі формувального експерименту розглянуто такі психоемоційні стани як: алекситимія, депресивність, тривожність, невротичність, знижена товариськість, низька відкритість та висока емоційна лабільність.

5. Для визначення змін в психоемоційних станах було використано психодіагностичні методики аналогічні застосованим під час

констатувального експерименту, а саме: шкали Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton psychiatric rating scale for depression, HRDS, або HAM-D) і для оцінки тривожних розладів; опитувальник FPI, що містить 12 шкал, серед яких нас цікавила шкала I (невротичність), що характеризує рівень невротизації особистості; шкала V (товариськість), яка характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності; шкала IX (відкритість), що дозволяє характеризувати ставлення до соціального оточення і рівень самокритичності та шкала XI (емоційна лабільність), що характеризує стійкість емоційного стану та уміння володіти собою.

6. Аналіз стану депресії для експериментальної групи після проведення формувального експерименту показав, що Т-критерій Вілкоксона $T_{\text{емп}} = 25.5$, що попадає в зону значущості ($T_{\text{кр}} = 162$, із імовірністю $p \leq 0,01$), коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.964, що показує прямий зв'язок між досліджуваними ознаками, а тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока - дуже висока. Оскільки для контрольної групи значущих змін за шкалою депресії не спостерігалось, то зменшення стану депресивності жінок хворих на ІХС відбулось завдяки впровадженню розробленої нами Програми впливу.

Аналогічно, запропонована методика роботи із пацієнтками похилого віку, що мають ішемічну хворобу серця показала значуще зниження показників психоемоційних станів «Тривожність» ($\Delta = -8,13\%$, $p = 0,981$) та «Невротичність» ($\Delta = -7,23\%$, $p = 0,986$), відбулося підвищення показників стану «Відкритість» ($\Delta = -8,13\%$, $p = 0,988$). Збільшилась кількість респондентів із низькою лабільністю (приріст склав $-6,54\%$ при $p = 0,987$) за рахунок зменшення високої лабільності, що говорить про нормалізацію сприйняття оточуючої дійсності. При цьому значення коефіцієнта кореляції Спірмена для означених психоемоційних показників знаходиться в межах від 0.964 до 0.988, що говорить про високу ступінь відповідності (тісний зв'язок) між впливом впровадженої Програми і отриманими результатами, за шкалою Чеддока.

На жаль, аналіз результатів впровадження запропонованої нами Програми не встановив значущої зміни показників для психоемоційного стану

«Товариськість» та «Алекситимія». Не зважаючи на позитивний приріст (4,56% для показника «Товариськість» та 0,33% для показника «Алекситимія») імовірність позитивного впливу запропонованої Програми знаходиться поза зоною достовірності. Це зумовлює необхідність подальших досліджень, пов'язаних із пошуками шляхів покращення психоемоційних станів жінок похилого віку із ішемічною хворобою серця.

Результати, викладені у даному розділі, опубліковані у наступних публікаціях автора:

1. Онісковець Б.І. Експериментальна перевірка авторської програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. *Психологічний часопис : зб. наук. пр.* Київ, 2021. Вип. 7(51), № 7, С. 16- 29.

URL:<https://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/issue/view/51>

2. Oniskovets, B. (2021). Study of alexythimia in elderly women with ischemic heart disease. *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. New York, 2021. Vol. 21. No. 2, P. 69-71.

3. Онісковець Б. І. Психологічні особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. *II Міжнародна науково – практична інтернет - конференція «Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі:літні диспути»*, Дніпро, Україна 17 – 18 серпня 2020. С. 358 -359.

URL:<http://www.wayscience.com/wp-content/uploads/2020/08/2nd-Conference-Summer-Debates-1.pdf>

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного аналізу та узагальнення результатів дослідження можна сформулювати такі висновки, що змістовно розкривають послідовність вирішення завдань дисертаційного роботи щодо емоційних станів жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця:

1. Проведений теоретико-методологічний аналіз сучасних підходів до розуміння проблематики емоційних станів жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця дозволяє стверджувати, що важливим є врахування не лише особистісних характеристик, але і певних емоційних станів. З'ясовано, що при виявленні конкретних особистісних характеристик, питання про те чи є ці характеристики преморбідними або сформованими в результаті хвороби не завжди має однозначну відповідь. Теоретично з'ясовано, що негативні почуття погіршують функціональний стан серця, викликаючи його електромагнітну дестабілізацію. Серед основних механізмів, через які реалізується патогенний вплив стресу при ІХС можна назвати: підвищене виділення катехоламінів, що призводить до збільшення потреби міокарду в кисневій внаслідок зростання частоти серцевих скорочень, артеріального тиску і сили скорочення міокарду.

З'ясовано, що поряд із тривалим емоційним перенапруженням значну роль при захворюванні на ІХС літніх жінок відіграють гостра та хронічна травматизація психіки, психоемоційні розлади, найбільш значущими серед яких є депресивні та тривожно-фобічні. Крім того, при депресії мають місце такі поведінкові чинники, як небажання пацієнтів приймати медикаментозні препарати та дотримуватись призначеного режиму.

2. На основі отриманого теоретичного аналізу обґрунтовано та відібрано комплекс психодіагностичних методів дослідження емоційного стану жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця, що відповідають поставленим завданням емпіричного дослідження й поєднують проведення якісного і кількісного аналізу отриманих результатів шляхом застосування методів

математичної статистики при їх опрацюванні, а також визначаються достовірністю та надійністю.

3. Емпіричним шляхом визначено значимі психофізіологічні стани жінок похилого віку, хворих на ІХС: алекситимія – значимо перевищує аналогічні показники у здорових людей і у чоловіків; депресивність – значимо перевищує аналогічні показники для контрольної групи з умовно здорових людей похилого віку, проте нижча ніж у чоловіків – пацієнтів експериментальної групи; тривожність – цей компонент значимо перевищує аналогічний показник у чоловіків похилого віку з експериментальної групи; невротичність – суттєво вища ніж у здорових людей і ніж у чоловіків; знижена товариськість (нижча ніж у здорових та нижча ніж у чоловіків); низька відкритість (як порівняно із чоловіками так, і з контрольною групою); висока емоційна лабільність (у порівнянні як з ЕГЧ, так і з КГ). Також жінки виявились більш фемінними, а чоловіки, відповідно, більш маскулініми. Порівняно із здоровими пацієнтами (пов'язано із захворюванням на ІХС, безвідносно до гендеру) психофізіологічними особливостям жінок похилого віку є: астеничність; нервово-психічна напруга; вербальна агресія; негативізм; роздратування; підозрілість; образа; почуття провини; спонтанна агресивність; дратівливість; невірноваженість.

4. За результатами емпіричного дослідження було визначено 16 компонентів психофізіологічного стану жінок похилого віку, хворих на ішемічну хворобу серця, які притаманні саме цій гендерновіковій категорії пацієнтів.

5. На основі проведених досліджень, з урахуванням визначених компонентів психоемоційних станів пацієнтів з ІХС, які складаються з комплексу психофізіологічних чинників, визначено основні положення комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця, перелік і послідовність можливих заходів щодо впровадження цієї Програми. Дана програма містила три відносно автономних блоки, що мали фізичний, психологічний, соціально-педагогічний

компоненти. Комплекс заходів психокорекції складався з 3-х блоків, що мали різні цілі та змістовне наповнення: педагогічний (4 години), покращення психоемоційних характеристик особистості (18 годин); покращення фізичного стану, підвищення витривалості та працездатності (6 годин). Структура і зміст педагогічного блоку була універсальною для усього медичного персоналу, а наповнення другого та третього блоків було диференційованим, що змінювалось в залежності від рівня профілактичного та психокорекційного впливу.

6. Доведено ефективність упровадженої комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця. Аналіз стану депресії для експериментальної групи після проведення формувального експерименту показав, що Т-критерій Вілкоксона $T_{\text{емп}} = 25.5$, що попадає в зону значущості ($T_{\text{кр}} = 162$, із імовірністю $p \leq 0,01$), коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.964, що показує прямий зв'язок між досліджуваними ознаками, а тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока - дуже висока. Оскільки для контрольної групи значущих змін за шкалою депресії не спостерігалось, то зменшення стану депресивності жінок хворих на ІХС відбулось завдяки впровадженню розробленої нами програми впливу. Аналогічно, запропонована методика роботи із пацієнтками похилого віку, що мають ішемічну хворобу серця показала значуще зниження показників психоемоційних станів «Тривожність» ($\Delta = -8,13\%$, $p = 0,981$) та «Невротичність» ($\Delta = -7,23\%$, $p = 0,986$), відбулося підвищення показників стану «Відкритість» ($\Delta = -8,13\%$, $p = 0,988$). Збільшилась кількість респондентів із низькою лабільністю (приріст склав $-6,54\%$ при $p = 0,987$) за рахунок зменшення високої лабільності, що говорить про нормалізацію сприйняття оточуючої дійсності. При цьому значення коефіцієнта кореляції Спірмена для означених психоемоційних показників знаходиться в межах від 0.964 до 0.988, що говорить про високу ступінь відповідності (тісний зв'язок) між впливом впровадженої методики і отриманими результатами, за шкалою Чеддока.

Перспективи подальших досліджень. Вбачається, що перспективними напрямками подальших досліджень можуть бути: вивчення порушень емоційної сфери у чоловіків похилого віку; розробка програми профілактики порушень емоційної сфери, пов'язаної з ІХС у молоді.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абабков В. А. (2002). *Неврозы. Советы психолога*. Санкт-Петербург: Диля.
2. Агеєнкова Е. К. (1986). *Особенности психологической структуры личности и психосоматических соотношений у больных гипертонической болезнью и ИБС*. Київ: Рома.
3. Айзенк Х. (2008). *Психологические теории тревожности. Тревога и тревожность*. Санкт-Петербург: Пер С. 217-239.
4. Айсмонтас Б. Б. (2002). *Общая психология*. Москва: Владос-Пресс.
5. Акимов М. К. (2005). *Психологическая диагностика*. Учебное пособие. Санкт-Петербург: Сума.
6. Алдер Х. (2000). *НЛП: Современные психотехнологии*. Санкт-Петербург: Наука.
7. Алмазов В. А., Шляхто Є. В. (1988). *Профилактика болезней сердца*. Москва: Медицина.
8. *Американська асоціація серця*. (2006). Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Обновленное руководство Сборник клинических рекомендаций. Здоровье Украины. Киев: Муза.
9. Аммон Г. (1990). Принцип социальной энергии в едином мышлении динамической психиатрии. *Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии*. Санкт-Петербург: Прагрон.
10. Амосов М. М. (2016). *Мысли и сердце*. Москва: Диалектика.
11. Амосова К. М., Карел Н. О. (2004). Рекомендації з лікування суправентрикулярних аритмій Американського кардіологічного коледжу, Американського товариства кардіологів та Європейського товариства кардіологів (2003 р.). *Серце і судини*. (2). 9 – 26.;

12. Ананьев В. А. (1998). *Введение в психологию здоровья: учебное пособие*. Санкт-Петербург: Балт. пед. акад.
13. Анохін П. К. (1958). *Внутреннее торможение как проблема физиологии*. Москва.
14. Аршавский В. В. (1988). *Межполушарная асимметрия в системе поисковой активности*. Владивосток: ДВО АН СССР.
15. Ассанович М. А. (2014). Метрическая разработка шкалы оценки депрессии гамильтона на основе модели Раша. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*, 3(47), С. 80- 83.
16. Атрощенко Г. Н., Сахарова И. Н. (2005). Влияние занятий по физкультуре на сердечно-сосудистую и дыхательную систему студентов. *Гигиена и санитария*, (1), С. 41- 42.
17. Бабунашвили А. М., Дундуа Д. П., Кавтеладзе З. А., Карташов Д. С., Травин Г. Ю., Артамонова Ю. В., Дроздов С. А., Былов К. В. (2008). Контраст-индуцированная нефропатия: методы профилактики и лечения. *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*. Москва, (14), С. 34 - 35.
18. Бадалян Л. О. (1995). *Неврологические синдромы при болезнях сердца*. Москва: Нирон.
19. Бакеев В. А. (1974). О тревожно внушаемом типе личности. *Новые исследования в психологии*. Москва: Педагогика, (1), 19 – 21.
20. Бандура А. И. (1999). *Подростковая агрессия*. Москва: Апрель Пресс.
21. Бараш В. И. (1967). Психическое напряжение. *Военно- медицинский журнал*, (1), 24 – 29.
22. Барбараш О. Л. (2011). Прогностическая ценность различных маркеров воспаления при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST. *Кардиология*. Москва: Медиа сфера, (3), С. 24 – 30.
23. Бариляк І. Р., Ковальчук Л. Є., Скибан Г. В. (2000). *Медико-генетичний тлумачний словник*. Тернопіль: Укрмедкнига.

24. Барна О. М., Гребеник М. В. (2002). Деякі особливості факторів ризику та клінічного перебігу інфаркту міокарда у жінок. *Вісник Ужгородського ун-ту*. Ужгород, (8), С. 44-46.
25. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. (2003). *Когнитивная терапия депрессии*. Санкт-Петербург: Изд-во МГУ.
26. Беялов Ф. И. (2002). Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца. *Кардиология*, 42 (8), С. 63 – 67.
27. Березин Ф. Б. (1988). *Психическая и психофизиологическая адаптация человека*. Львов: Наука.
28. Берко Г. К. (2000). Дінаміка структурно-функціональних показників міокарда при застосуванні карведіолу та атенололу у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ішемічною хворобою серця. *Буковинський медичний вісник*, 4 (4), С. 18- 21.
29. Бехтерев Б. М. (1991). *Объективная психология*. Москва: Наука.
30. Белан И. А., Ложникова Л. Е., Барбухатти К. О. (2015). Влияние уровня тревожности на течение ишемической болезни сердца после аорто-коронарного шунтирования. *Кардиосоматика*, (1), С. 9-10.
31. Белова Т. В., Кветнянский Р. (1981). Катехоламины мозга в условиях экспериментальных эмоциональных перенапряжений *Успехи физиологических наук*, 12 (2), С. 67 – 90.
32. Биленков Ю. Н., Мареев В. Ю. (2003). Как мы лечим больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в реальной клинической практике. *Терапевтический архив*, (75), С.5-11.
33. Більченко О. В. (2006). Ішемічна хвороба серця: посібник для студ. мед. ун-тів, інтернів. *Харк. держ. мед. ун-т*. Харків: Торнадо.
34. Блейхер В. М., Крук И. В. (1995). *Толковый словарь психиатрических терминов*. Воронеж: Наука.
35. Боева О. И. (2006). Структура личности и прогноз после перенесенного инфаркта міокарда. *Клиническая медицина*, 84 (7), С. 17-20.

36. Бондарчук О. І. (2006). *Психологія девіантної поведінки – курс лекцій*. ЧНУ ім. Петра Могили, , 396 с.
37. Боченков А. А., Маклаков А. Г., Погодін Ю. І., Жерनावков В. Ф. (2005). Концепція психофізіологічного забезпечення підготовки військового лікаря. *Військовий медичний журнал*, 326 (2), С. 4 – 9.
38. Братусь Б. С. (2016). *Аномалии личности. Психологический подход*. Киев: Ника.
39. Бубнова М. Г., Аронов Д. М., Олфер'єв А. М., Бондаренко І. З. (2005). Модификация уровней липопротеидов и аполипотеидов крови с помощью физических нагрузок разного вида и интенсивности у здоровых мужчин с нормо- и гиперлипидемией. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 4 (2), С. 74 – 83.
40. Бурлачук Л. Ф. (1992). Индивидуально психологические особенности больных сердечно сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации. *Психологический журнал*, (3). С. 24 – 27.
41. Вайнштейн И. И., Симонов П. В. (1979). *Эмоциональные структуры мозга и сердца*. Москва: Янтарь.
42. Ванчакова Н. П., Смирнов А. В., Рыбакова К. В. (2000). Нарушения поведения и негативные эмоции у больных с ХНП, получающих гемодиализ. *Кардиология*, 4 (2). С. 98.
43. Василенко В. Х. (1934). Непосредственная аускультация диастолической фазы сердца. *Врачебное дело*, (9), С. 56-78.
44. Васильева О. В., Сидельникова А. В. (2009). Ассоциация нарушений фолатного цикла с моногенным синдромом Кохена. *Ультразвуковая перинатальна диагностика*, 27(28), С.127 – 129.
45. Васильковска Т. (2005). Как избавиться от комплексов. *Советы психолога*, (11), С. 36 – 37.
46. Василюк Ф., Воейков В., Братусь Б. (2016). *Христианская психология в контексте научного мировоззрения*. Киев: Ника.

47. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю. (2011). *Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике*. Санкт-Петербург: Мова.
48. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробйова О. В., Данилов А. Б. (1997). *Панические атаки*. Москва.
49. Веккер И. А. (1976). *Психические процессы: у 3 томах*. Санкт-Петербург: Наука.
50. Вербицкий В. В. (2006). Корекція тривожності у студентів вищих навчальних закладів. Ідеї, реалії перспективи освітніх інновацій: філософія, психологія, методика: *матеріали Всеукр. наук.-практ. конф.*, 20 – 21 квіт. 2006 р. Суми, (2), С. 23 – 26.
51. Выготский Л. С. (1982). *Психические процессы*. Сборник у 6 томах. Москва: Педагогика, (1).
52. Вилюнас В.К. (1986). *Психологические механизмы биологической мотивации*. Монография. Москва: МГУ.
53. Виноградов В. Ф. (1986). Характерологические особенности личности, преморбидное и актуальное состояние психики у больных ИБС. *Кардиология*, Т. 26, (12), С. 60 – 61.
54. Винокур В. А. Личностные типы “С” и “D”: психосоматическое значение. Сборник тез. II международного конгресса “ *Психосоматическая медицина 2006*”, Санкт-Петербург: Медлайн Медиа, С.55 – 56.
55. Винославська О. В., Бреусенко-Кузнецов О. А., Зливков В. Л., Апішева А. Ш., Васильєва О. С. (2005). *Психологія*. Київ: ІНК ОС.
56. Гаврилова Е. А. (1999). Роль поведенческого типа “А” и психического стресса в развитии ишемической болезни сердца, возможности психопрофилактики и психотерапии заболевания. *Кардиология*, (9), С. 72 – 78.
57. Гаврилькевич В. К. (2011). *Особливості емоційної саморегуляції дорослих з ішемічною патологією серця*: дис. канд. психол. наук: 19.00.04

“Медична психологія”. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ.

58. Гаврилькевич В. К. (2013). Роль емоційних станів у етіології та патогенезі ішемічної хвороби серця. *Практична психологія та соціальна робота: науково-практичний та освітньо-методичний журнал*. Київ: СОЦИС-ПРЕС, 6 (171), С. 62 – 66.

59. Гаврилькевич В. К. Почуття як фактори патогенезу ішемічної хвороби серця. URL: http://www.rusnauka.com/30_NIEK_2009/Psihologia/53502.doc.htm

60. Гагулин И. В., Пак В. А., Гафаров В. В., Гафарова А. В. (2001). Депрессия, личностная тревожность и ИБС (программа ВОЗ “Моника – психосоциальная”). *Труды Российского национального конгресса кардиологов*. Москва.

61. Ганелина И. Е., Чурина С. К., Притыкина Н. Я., Смирнова Л. А. (1983). Значение психоэмоционального стресса, некоторых поведенческих и социальных факторов в развитии ИБС у женщин молодого и среднего возраста. *Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза*. Каунас: Римат, С. 141 – 142.

62. Гаранян Н. Г. (2009). Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. *Психологический журнал*, 30, (6), С. 93 – 102.

63. Гарганеева Н. П. (2002). Паническое расстройство в клинической картине ишемической болезни сердца. *Клиническая медицина*. 80 (8), С. 29 – 33.

64. Гафаров В. В., Громова Є. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В. (2005). Восьмилетнее изучение влияния депрессии на риск возникновения инфаркта миокарда в популяции мужчин 25 – 64 лет. *Терапевтический архив*, 77 (9), С. 60 – 64.

65. Гербер Р. (2001). *Вібраційна медицина*. Москва: Геліос, С. 64 – 68.

66. Гиляревський С. Р. (2002). Влияние терапевтического обучения больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью на качество их жизни и потребность в повторных госпитализациях: результаты 12-месячного рандомизированного исследования. *Кардиология*, 42 (5). С. 56 – 61.
67. Гиппенрейтер Ю. Б., Фаликман М. В. (2002). *Психология мотивации и эмоций*. Москва.
68. Головей Л. А., Рыбалко Е. Ф. (2001). *Практикум по возрастной психологии* [Текст]. Санкт-Петербург: Мова.
69. Горбан Н. Я., Вовк І. Б., Хоїда Н. Х., Лунчак О. В. (2019). Безплідність як основний аспект порушення генеративної функції жінок з неатиповою гіперпроліферативною патологією ендометрії. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, (3), С. 62 – 72.
70. Гоштаутас А., Шинкарева Л., Густайнене Л. (2004). Эффективность мероприятий по ранней психологической реабилитации больных ишемической болезнью сердца. *Кардиология*, 44 (7), С. 35 – 39.
71. Гребень Н. Ф. (2007). *Психологические тесты для профессионалов*. Минск: Современна школа.
72. Губачев Ю. М., Дорничев В. М., Ковалев О. А. (1993). *Психогенные расстройства кровообращения*. Санкт-Петербург.
73. Гублер Е. В., Генкін А. А. (1973). *Застосування непараметричних критеріїв статистики в медико-біологічних дослідженнях*. Львів: «Клуб Сімейного дозвілля».
74. Гуревич М. Григорьев А. М. (2002). Проблемы застойной сердечной недостаточности на XXII Конгрессе Европейского общества кардиологов. Амстердам. Нидерланды: *Клиническая медицина*, (80), С. 67 – 71.
URL:http://library.zsmu.edu.ua/cgi/irbis64r_14/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ZSMUL&P21DBN=ZSMUL&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullweb&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=M=&S21STR=

75. Гусейнов І. П., Кудрявцева Н. А. (2006). Можливості визначення макро- та мікрогемодинаміки головного мозку методом реоенцефалографії з комп'ютерним аналізом. *Клінічна інформатика і телемедицина*. Москва, (4), С. 129 – 130.
76. Давыдов Е. Л., Харьков Е. И. (2001). Оценка психологического профиля больных ишемической болезнью. *Мат. Рос. нац. конгресса кардиологов*. Москва, С. 112 – 113.
77. Демешко М. І., Білецький М. І., Бобильов О. В. (2000). Зміни варіабельності ритму серця у хворих на стабільну стенокардію та інфаркт міокарда під впливом лікування інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту. *Буковинський медичний вісник*, 4 (3), С. 63 – 67.
78. Дехтярьов Ю. П. (2007). Руховий режим та рівень фізичного здоров'я людини в зв'язку з ризиком розвитку ішемічної хвороби серця. *Лікувальна фізкультура та спортивна медицина*. Дніпро.
79. Джемс У., Ярошевский М. Г. (1991). *Психология* [Текст]. Монография. Москва: Педагогика.
80. Доборджинидзе Л. М., Нечаев А. С., Грацианский Н. А. (1999). Метаболические факторы риска у женщин с преждевременной ишемической болезнью сердца. *Кардиология*, Т. 39, (9), С 31 – 39.
81. Довженко Т. В., Васюк Ю. А., Семиглазова М. В., Краснов В. Н., Лебедев А. В., Тарасова К. В. (1923). Клиническая картина и лечение расстройств депрессивного спектра у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Терапевтический архив*. Москва: Медицина, С. 30 – 34.
82. Додонов Б. И. (1987). *В мире эмоций*. Киев: Политиздатство.
83. Домбраускас Е. С. (1989). *Особливості мотивації та рівня домагань у осіб з різним ступенем коронарного ризику*. Львов.
84. Дорничев В. М. Смірнов В. М., Резнікова Т. Н., Губачев Ю. М. (1989, 2006). *Мозкові механізми психофізіологічних станів*. Львів: Наука.

85. Дробижев Ю. М. (2002). Золпидем при расстройствах сна у больных сердечно-сосудистой патологией. *Запорожський медичний журнал*, 1(2), С. 46 – 47.
86. Дроздов Д. В. (2002). Опыт внедрения телемедицинской электрокардиографической системы в областной многопрофильной клинической больнице. *Клиническая медицина*, 80 (5), С. 62 – 66.
87. Эйдемиллер Е. Г., Кулаков С. А., Черемисин О. В. (1991). Саморазрушающее поведение у подростков: пути исследования, проблемы и разработка методов психотерапии. *Саморазрушающее поведение у подростков*. Ленинград, С. 112 – 118.
88. Ельбаева З., Шнарбекова М. Астенический синдром как основной фактор, влияющий на профессиональную деятельность педагога. *Архив научных публикаций*.
89. Евсеев С. П., Шапкова Л. В. (2000). *Адаптивная физическая культура. Учебное пособие*. Москва: Советский спорт.
90. Епифанов В. А., Опанасенко Г. Л., Фонарев М. И. (1990). *Лечебная физкультура и врачебный контроль*. Москва: Варан.
91. Ерьомина О. В., Петрова М. М., Прокопенко С. В., Исаева Н. В., Каскаева Д. С. (2014). Когнитивные нарушения у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Бюллетень сибирской медицины*, 13 (6), С. 48 – 56.
92. Забор В. С., Фільц О. О. (2014). Феномен смислової привації в осіб з тривожно-депресивними розладами. *Львівський медичний часопис*. Львів: LEOPOLIS, (20), С. 61 – 65.
93. Зайцев В. П. (1980). Значение психологических факторов в кардиологии. *Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней*. Москва: Рипам, С. 57 – 65.
94. Заремба Є. Х. (2003). *Атеросклероз: причини виникнення, патогенез, клінічні прояви та методи лікування*. Центр. метод. каб. з вищ. мед. освіти, Львів. держ. мед. ун-т ім. Д. Галицького. Київ.

95. Захаров В. Н. (2001). *Ишемическая болезнь сердца. Классификация, факторы риска, профилактика, лечение, реабилитация*. Москва: Книга.
96. Зимин Ю. В. (1974). Некоторые социальные и психологические факторы в этиологии ишемической болезни сердца. *Кардиология*, 15 (8), С. 133 – 143.
97. Зозуля І. С., Боброва В. І., М'ясникова М. П., Сич Н. С. (1993). *Стан нейроамінокислот у хворих у гострому періоді інфаркту мозку з когнітивними порушеннями*. Москва: Линарт.
98. Измайлов Ч. А., Черноризов А. М. (2004). *Психофизиологические основы эмоций*. Москва: МПСИ.
99. Ильин Е. П. (2001). *Эмоции и чувства*. Мастера психологии. Санкт-Петербург: Питер Ком.
100. Ільницький О. М., Прощаєв К. І. (2012). Спеціалізований геріатричний огляд. *Геронтологічний журнал ім. В. Ф. Купревіча*, 4 (5), С. 66 – 84.
101. Исаев Д. Н. (2000). *Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей*. Санкт-Петербург: Прима.
102. Изард К. Э. (1999). *Психология эмоций*. Мастера психологии Санкт-Петербург: Питер Ком.
103. Кавтарадзе Г. В. (1986). *Патогенетический и клинический аспекты ИБС и ГБ в свете психоадаптационных и характерологических особенностей больных*. Харьков.
104. Каневська Л. С. (1966). Психосоматичні аспекти коронарної хвороби серця. *Неврози і соматичні розлади*. Львів: Письмо.
105. Карвасарский Б. Д. (2006). *Клиническая психология*. Санкт-Петербург.
106. Кардаш В. Е., Зубович А. П., Кардаш Г. Я., Михайлик В. А. (2000). Спосіб життя як основа первинної профілактики серцево-судинних захворювань. *Буковинський медичний вісник*, 4 (4), С. 229 – 232.

107. Кириленко Т. С. (2007). *Психологія емоційної сфери особистості: навчальний посібник*. Київ: Либіть.
108. Киричук О. В., Роменець В. А. (1999). *Основи психології*. Підручник. Київ: Либідь.
109. Коваленко В. М. (2009). *Настанова з кардіології*. Київ: Моріон.
110. Коваленко В. М., Корнацький В. М. (2013). Регіональні медикосоціальні проблеми хвороб системи кровообігу. *Динаміка та аналіз*. Київ: Римат
111. Комер Р. (2001). Основы патопсихологии. Ronald Comer “*Fundamentals of Abnormal Psychology*”. Москва: Кмусан.
112. Компанович М. С. (2016). Психосоматичний підхід у трактуванні серцево-судинних захворювань у підлітковому віці. *Психологія: реальність і перспективи*, (7), С. 91 – 96.
113. Кононов А. Н. (2016). Особенности переживания состояния тревоги кардиологическими больными в условиях стационара. *Вестник МГОУ*, (3), С. 6 – 17.
114. Критерии Уилкоксона. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Критерий_Уилкоксона
115. Кручинина Н. А., Черниговська С. В. (1984). ИБС у мужчин, занятых напряжённым умственным трудом (результаты повторного обследования через 6 лет). *Кардиология*, 24 (4), С. 76 – 81.
116. Кузів П. П. (2000). Лікування ішемічної хвороби серця методом розвантажувально-дієтичної терапії. *Галицький лікарський вісник*, 7 (3), С. 62 – 64.
117. Кулида Л. В., Панова И. А., Перетятко Л. П. (1935). Роль плацентарных факторов у формировании перинатальной патологии при различных степенях тяжести гестоза. *Архив патологии. Научно-теоретический журнал*. Москва: Медицина.

118. Курдибайло С. Ф. (2003). *Лікарський контроль в адаптивній фізичній культурі: Навчальний посібник*. Москва: Радянський спорт.
119. Курдибайло С. Ф., Євсєєв С. П., Герасимова Г. В. (2004). *Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: Учебное пособие*. Москва: Советский спорт.
120. Курпатов А. (2003). *Средство от депрессии*. Санкт-Петербург: Нева.
121. Лакошина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф. (2005). *Клиническая психология*. Москва: Медпресс-информ.
122. Ланг Г. Ф. (1950). *Гипертоническая болезнь* [Текст]: монографія. Москва: Медгиз.
123. Лебедева Н. Б., Барбараш О. Л. (2003). Психосоциальные факторы, определяющие прогноз у больных инфарктом миокарда. *Российский кардиологический журнал*, (4), С. 98 – 101.
124. Левитов Н. Д. (2002). *Психология*. Москва: Наука.
125. Личакарі В. А., Петров В. Н. (2012). Паліативної медицині – так! Евтаназії – немає! *Нові Санкт-Петербурзькі лікарські відомості*, (3), С. 75 – 81.
126. Личакарі В. А., Петров В. П. (2011). Сестринський менеджмент болю. *Медична сестра*, (1), С. 17 – 21.
127. Любан-Плоцца Б. Запорожан В., Аряев Н. (2001). *Терапевтический союз врача и пациента*. Монография. Киев: АДЕФ-Украина.
128. Ляміна Н. П. (1990). Зміни роботи серця і активності симпатoadреналової системи у хворих на ІХС під впливом стрес-навантаження. *Ішемічна хвороба серця*. Львів: Сатира.
129. Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., Либих С. С., Тонконогий И. М. (1975). *Основы общей и медицинской психологии*. Львов: Медицина, С. 29 – 45.
130. Мясищев В. Н., Карвасарского Б. Д. (2000). *Психотерапевтическая энциклопедия*. Санкт-Петербург.

131. Мазур Н. А. (2002). Оценка эффективности лечения больных хронической ишемической болезнью сердца. *Кардиология*, Т. 42, (4). С.78 – 81.
132. Мазур Н. А., Викентьев В. В. (2001). Постинфарктное ремоделирование левого предсердия и левого желудочка сердца: влияние длительного лечения бета-адреноблокаторами и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. *Терапевтической архив*. Т. 73, (2), С. 29 – 32.
133. Максименко С. Д. (2000). *Переживання як психологічний механізм саморозвитку особистості*. Київ.
134. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. (2000). *Загальна психологія*. Навчальний посібник. Київ: МАУП.
135. Максименко С. Д. (2014). *Медицина психологія: Підручник*. 2-ге видання. К.: Видавничий Дім «Слово».
136. Малая Л. Т., Волков В. И. (1978). *Ишемическая болезнь сердца у молодых*. Киев: Здоровья.
137. Мамайчук И. И. (2002). *Экспертиза личности в судебно следственной практике*. Санкт-Петербург: Речь.
138. Мармоза А. Т. (2013). *Теорія статистики* [текст] підручник. Київ: Центр учбової літератури.
139. Меерсон Ф. З. (1984). *Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца*. Москва: Ритерат.
140. Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г., Уголев А. А. (1982). Роль стресса в патогенезе ишемической болезни сердца. *Кардиология*, 22 (5), С. 54 – 61.
141. Меерсон Ф. З., Радзиевский С. А., Воронцова Е. И. (1989). Возможность рефлекторной активации стресс – лимитирующих систем и предотвращение аритмий сердца электроакупунктурой. *Кардиология*, (29), С. 88 – 90.

142. Менон Р. (2009). Здоров'я людини та демографія. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людини. *Досвід Європи*. Київ: Версо.
143. Мерлин В. С. (1990). *Структура личности. Характер, способности, самосознание*. Пермь: Тисара.
144. Мишин Г. И. (1984). *Отрицательные эмоции и их преодоление. О профилактике нервно-психических расстройств*. Москва: Медицина.
145. Мойсік Г. М., Трачук Л. Є., Голоцван О. А. (2015). Вивчення особливостей характеру в жінок із сечокам'яною хворобою та їх психокорекційний супровід. *Український науково-медичний молодіжний журнал*, 2 (88), С. 56-68.
146. Морозова О. В. (2003). Вплив небівололу на стан ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та показники добової екскреції катехоламінів і рівень артеріального тиску у хворих на гіпертонічну хворобу. *Наук. вісн. Ужгород*, (19), С. 149 – 151.
147. Мухін В. М. (2000). Чорнобильська аварія і захворюваність на гострі лейкози у Донецькій області. *Галицький лікарський вісник*, 7 (4), С. 114 – 115.
148. Мухтаренко С. Ю. (1991). *Клініко експериментальне вивчення механізмів психічної адаптації у хворих, що перенесли інфаркт міокарда в зв'язку з завданнями реабілітації*. Львів: Муза.
149. Наенко Н. И. (1976). *Психическая напряжённость*. Москва: МГУ.
150. Наследов А. Д. (2007). *Математические методы психологического исследования : анализ и интерпретация данных*. Санкт-Петербург: Речь.
151. Немов Р. С. (1995). *Психология*. У 3. томах. Москва: Просвещение. (1).
152. Немчин Т. А. (1983). *Стани нервово-психічної напруги*. Львів: ЛГУ.
153. Нетяженко В. З. (2000). Діагностика та лікування гострих коронарних синдромів (за матеріалами першого в Україні міжнародного освітнянського

семінару Європейського кардіологічного товариства). *Український кардіологічний журнал*, (5/6), С. 127 – 130.

154. Нетяженко В. З. (2002). *Фібриляція передсердь* [Текст]. Лікарська практика. (1). 77 – 84.

155. Нетяженко В. З., Нетяженко Н. В., Мальчевська Т. Й. (2015). Цитопротекція міокарда в лікуванні хворих на ішемічну хворобу серця. *Медицина невідкладного стану*. Харків: Харків. мед. акад. Післядипломної освіти, (5), С. 70 – 80.

156. Нетяженко В., Мальчевська Т. (2004). Антитромбоцитарна стратегія первинної та вторинної профілактики серцево-судинних катастроф. *Ліки України*, (6), С. 13 – 20.

157. Оганов Р. Г., Марцевич С. Ю., Егоров В. А. (2007). Лечение артериальной гипертензии: ответственный выбор врача. *Здоровье Украины*, (5), С. 28 – 29.

158. Оганов Р., Мамедов М., Колтунов І. (2007). Метаболический синдром: путь от научной концепции до клинического диагноза. *Врач*. (3). 3 – 7.

159. Олександр Ф. (2002). *Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение*. Москва: ЭКСМО-Прес.

160. Олександров А. А. (2000). *Личность - ориентировочные методы психотерапии*. Санкт-Петербург: Мова.

161. Олександрова В. Ю., Суслова Є. А., Олександров А. А. (1985). Психологічні аспекти профілактики серцево-судинних захворювань. *Психологічний журнал*. Том 6, (1), С. 122 – 130.

162. Онісковець Б.І. До проблеми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку з серцево-судинними захворюваннями 2021.

163. Онісковець Б.І. Дослідження особливостей емоційного стану жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця. 2020.

164. Онісковець Б.І. Експериментальна перевірка авторської програми

психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

165. Онісковець Б.І. Емоційні стани жінок літнього віку при ішемічній хворобі серця як комплексне явище особистості. Психологічний часопис : зб. наук. пр. Київ, 2020. Вип. 6, № 9 (41), С. 86- 94.

166. Онісковець Б.І. Психологічні особливості жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. Науковий журнал «Молодий вчений», Херсон, 2020, № 7 (83). С. 22–26.

167. Орлов В. А., Соколова В. І., Шендерович В. А. (2001). Клинико-лабораторная оценка орфамакса (цефтриаксона) в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний. *Терапевтической архив*, 73 (8), С. 63 – 66.

168. Остапова В. М., Дробышева Т. В., Викторова В. В. (2007). Тревога как сопутствующий фактор синдрома дефицита внимания и гиперактивности к детей. *Психологічний журнал*, 28 (6), С. 91 – 100.

169. Остапова В. М., Кузнецова Ю. М. (2008). *Тревога и неврозы*. Москва: Римат.

170. Панин Л. Е., Соколов В. П. (1981). *Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении*. Новосибирск: Наука.

171. Парамей Г. В., Измайлов Ч. А., Соколов Е. Н. (1991). Многомерное масштабирование больших хроматических различий нормальными и цветодефицитными субъектами. *Психологическая наука*. (2). 244 – 248.

172. Парфенюк В. К., Майлер К. С. (2004). Психовегетативные аспекты механической несостоятельности сердечной мышцы в остром периоде трансмурального инфаркта миокарда. *Терапевтический архив*, 76 (12), С. 9 – 12.

173. Петровская Л. А. (1989). *Компетентность в обществе. Социальный психологический тренинг*. Москва: МГУ.

174. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. (1985). *Краткий психологический словарь*. Москва: Политиздательство.
175. Підлісецька Л. (2014). Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів дітей та підлітків. *Психологія. Психіатрія. Психотерапія*. Львів: Вид-во Українського католицького університету.
176. Пішель В. Я., Полив'яна М. Ю., Сотніченко В. В. (2012). *Метод оцінки тягара, що виникає у сім'ї хворого на шизофренію*. Київ: Тирас.
177. Платонов К. К. (1984). *Краткий словарь системы психологических понятий*. Москва: Высшая школа.
178. Платонов К. К. (1986). *Структура и развитие личности*. Москва: Наука.
179. Плешанов Є. В., Регеда М. С., Кіхтяк О. П. (2014). Ішемічна хвороба серця. *Клінічна фармакологія та фармакотерапія*. Львів: Рапіас.
180. Поздняков Ю. М., Красницький В. Б. (2001). *Практическая кардиология* [Текст]: Справочное пособие. Москва: Синергия.
181. Полянська О. С., Мешишен І. Ф., Куртян Т. В., Амеліна Т. М. (2008). Окисна модифікація білків крові у хворих на ішемічну хворобу серця на тлі фізичної реабілітації. *Буковинський медичний вісник*, 12 (4), С. 50 – 54.
182. Попов Ю. В., Вид В. Д. (2000). *Современная клиническая психиатрия*. Санкт-Петербург: Речь.
183. Пошивалов В. П. (1986). *Експериментальна психофармакологія агресивної поведінки*. Львов: Наука.
184. Преймате Э. Я. (1975). Итоги эпидемиологического исследования роли нервно-психического напряжения в возникновении ишемической болезни сердца. *Ученые медики*. Рига, (1), С. 68 – 70.
185. Прохоров А. О. (2004). *Практикум по психологии состояний*. Учебное пособие. Санкт-Петербург: Мова.

186. Радзиевский С. А. (1991). *Кардиопротекторный эффект рефлексотерапии при стрессорных и ишемических повреждениях (экспериментально-клиническое исследование)*. Москва: Тира.
187. Разумов А. Н. Основы государственного регулирования в сфере развития восстановительной и курортной медицины. *Материал международного конгресса "Здравница – 2001"*. Москва, С. 6 – 9.
188. Ревенко Д. С. (2008). Статистическая оценка динамических процессов с неопределенными данными. *Экономика и управление производствами машинобудующей сферы*, (4), С. 53 – 64.
189. Роговин М. И. (1962). Психическая напряжённость и её изучение. *Военно-медицинский журнал*. (8). 88 – 91.
190. Рольник Г. І. (2011). Роль психологічного налаштування у розвитку серцево-судинних захворювань. *Медичні аспекти здоров'я*, (8), С. 70 – 74.
191. Ромакін В. В. (2006). Комп'ютерний аналіз даних. *Навчальний посібник*. Миколаїв: МДГУ ім. Петра Могили.
192. Романчук О. П. (2005). Інформативність показників паттерну некерованого дихання висококваліфікованих спортсменів у динаміці тренувального мікроциклу. *Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія*, (2), С. 30 – 32.
193. Рубінштейн С. Л.. (1999). *Основы общей психологии*. Мастера психологии Санкт-Петербург: Питер Ком.
194. Сафуанов Ф. С. (2003). *Психология криминальной агрессии*. Москва: Смысл.
195. Семиченко В. А. (1997). *Психология общения. Модульный курс*. Киев: Магистр.
196. Середенін С. Б., Акоп'ян В. П., Баласан'ян М. Г., Топч'ян А. В. (2006). Афобазол и тревожность, вызванная ишемическим поражением мозга. *Експериментальна и клиническая фармакологія*, 69 (2), С. 3 – 5.

197. Сидоренко Б. А., Ревенко В. Н. (1988). *Психоэмоциональное напряжение и ишемическая болезнь сердца*. Кишинев: Медицина.
198. Сидоров П. И., Парняков А. В. (2008). *Клиническая психология*. Москва: ГЭОТАРМедиа.
199. Сіманенкова В. И. (1989). *Порівняльна психосоматическая характеристика виразкової хвороби та ішемічної хвороби серця*. Львів: Римат.
200. Сыркин А. Л., Смулевич А. Б., Дробижев М. Ю. (2005). Особенности патогенеза, клиники и течения психогенно спровоцированных инфарктов миокарда [Текст]. *Клиническая медицина*, 83 (2), С. 30 – 33.
201. Случевский И. Ф., Морозова Г. В. (1961). К вопросу о недостаточной обоснованности клинического понятия патологического опьянения. *Проблемы судебной психиатрии*. Сборник 9. Москва: Тимур.
202. Смулевич А. Б. (2003) *Депрессии при соматических и психических заболеваниях*. Москва: Медицинское информационное агентство.
203. Смулевич А. Б. (2007). *Расстройства личности*. Москва: Медицинское информационное агентство.
204. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л. (2005). *Психокардиология*. Москва: Медицинское информационное агентство.
205. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Сулимов В. А. (2004). Психогенно спровоцированные ангинозные состояния (к проблеме психосоматических реакций у больных ишемической болезнью сердца). *Кардиология*, 44 (8), С. 20 – 26.
206. Сидельникова А. В. (1983). *Пособие по психиатрии*. Москва: Медицина.
207. Соболева Г. Н., Ерпылова Е. А., Рябыкина Г. В., Соболев А. В., Горельцева С. Ю., Кожемякина Е. Ш., Федорова В. И., Карпов Ю. А. (2006). *Кардиология*, 46 (11), С. 4 – 8.

208. Соловьева С. Л. (2006). *Медицинская психология: новейший справочник практического психолога*. Москва: Сова.
209. Соловьева С. Л. Успенский Ю. П., Балукова Е. В. (2008). *Депрессия в терапевтической клинике (патопсихологические, психотерапевтические и психофармакотерапевтические аспекты)*. Санкт-Петербург: ИнформМед.
210. Сосновикова Ю. Е. (1975). *Психологические состояния человека, их классификация и диагностика*. Горький: Самар.
211. Тарасова Є. А. (1986). Гемодинамическое обеспечение психоэмоциональной нагрузки у больных ишемической болезнью сердца. Львов.
212. Тащук В. К., Амеліна Т. М., Полянська О. С. (2015). Сучасні підходи до лікування коморбідної патології ішемічної хвороби серця та ХОЗЛ/В. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. Київ:ВІТ-А-ПОЛ, (3), С. 110 – 111.
213. Тащук И. А. (2002) Роль астено-невротического синдрома в клинической картине нестабильной стенокардии. *Врачебное дело*. Киев: Здоровья, 3 (4), С. 51 – 54.
214. Тиганова А. С. (1999). *Пособие по психиатрии*. У 2 - х томах. Москва: Медицина.
215. Титкова Л. С. (2002). *Математические методы в психологии*. Владивосток: ТИДОТ ДВГУ.
216. Титченер Є. Б (1896). *Очерки психологии*. Санкт-Петербург.
217. Тополянский В. Д., Струковская М. В. (1986). *Психосоматические расстройства*. Москва, С. 98 – 108.
218. Торонтская шкала алекситимии (TAS). *Официальный сайт ФГБНУ НЦПЗ*.
219. Трофимов В. В. (2012). Правельность избраного пути. *Русский журнал стоматолога*, (4), С. 63 – 64.

220. Уолтерс Р. (1999). Изучение влияния воспитания и семейных отношений. Психология. XX век. Москва: ЕКСМО, С. 294 – 302.
221. Урванцев Л. П. (2000). Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний. URL: <http://medpsy.ru/zdravo/zdravo009.php>
222. Фарманов Р. Т., Измайлов О. Б., Аширов М. Г. (1981). *Некоторые механизмы эмоциональных кардиоваскулярных реакций организма при ишемической болезни сердца*. Баку: Маариф. 87 – 92.
223. Федотов В. Д. (2007). *Большой словарь медицинских терминов*. Центрполиграф.
224. Фисенко Л. И. (2004). Биоритмологическая оптимизация санаторного этапа реабилитации больных инфарктом миокарда. *Укр. бальнеол. журн.*, (1), С. 45 – 50.
225. Фільц О. О. (2000). Два підходи до систематики психічних розладів: місце межового розладу. *Форум психіатрії і психотерапії*, (2), С. 6 – 8.
226. Фоміна І. Г. (2000). Діагностика гіберніруючого міокарда на ранніх стадіях серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця. *Клінічна медицина*, 78 (4), С. 24 – 27.
227. Фромм Э. (1990). *Психоанализ и религия. Сумерки богов*. Москва: Тирос.
228. Хадзегова А. Б., Айвазян Т. А., Померанцев В. П., Васюк Ю. А. (1997). Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода. *Кардиология*, (1), С. 37 – 40.
229. Ханин Ю. Л. (1991). Межличностная и внутригрупповая тревога в условиях значимой совместной деятельности. *Вопросы психологии*, 5, С. 56 – 64.
230. Хекхаузен Х. (1986). *Мотивация и деятельность*. Москва: Педагогика.
231. Хелл Д. (1999). *Ландшафт депрессии*. Москва: Алетея.

232. Холмогорова А. Б. (1998). Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств. *Социальная и клиническая психиатрия*, (2), С. 97 – 104.
233. Хомська Є. Д., Батова Н. Я. (1992). *Мозг и эмоции. Нейропсихологическое исследование*. Москва: Медицина.
234. Чабан О. С. (2000). Загальні питання організації роботи середнього медичного персоналу в обслуговуванні пацієнтів з психічними порушеннями в домашніх умовах. *Основи догляду в домашніх умовах*. Тернопіль.
235. Чазов Е. И. (1991). *Здоровье и власть. Воспоминание “кремлевского врача”*. Москва: Новости.
236. Чазов Е. И., Беленков Ю. Н. (2007). Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. *Практическое использование*. Москва: Буква.
237. Чернишова Л. І. (2000). Особливості лікування секреторних та інвазивних діарей у дітей. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*, (1), С. 19 – 22.
238. Шантручек М. Вацек М. (1971). К вопросу о стрессе и ишемической болезни сердца. *Международный журнал*. Бухарест, (1), С. 89-95.
239. Шапковой Л. В. (2003). *Частные методики адаптивной физической культуры*. Москва: Советский спорт.
240. Шевченко Ю. Л., Лядов К. В., Стойко Ю. М. (2005). Лазерная облитерация подкожных вен в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей. *Хирургия им. Н. И. Пирогова*, (1), С. 9 – 12.
241. Шкала Астенического Состояния (ШАС) создана Л. Д. Малковой и адаптирована Т. Г. Чертовой на основе ММРИ.
242. Шкала Чеддока. URL: <https://studfile.net/preview/3009913/page:39/>
243. Шнейдер Л. Б. (2014). *Молодежный экстремизм: сущность, гендерная специфика, противодействие и профилактика*. Монография. Москва.

244. Шумский П. П., Иванова Л. Н. (1998). *Эмоции как процесс, влияющий на деятельность человека*. Винница. Мозир.
245. Шхвацабая И. К. (1975). *Ишемическая болезнь сердца*. Москва: Медицина.
246. Шхвацабая И. К., Аронов Д. М., Зайцев В. П. (1978). *Реабилитация больных ишемической болезнью сердца*. Москва: Медицина.
247. Щодо хвороб систем кровообігу, їх профілактики та лікування. Колегія міністерства охорони здоров'я України. Рішення: 25. 11. 2008. (11).
248. Юрченко В. *Статут як норма поведінки* [Текст]. (2000). Надзвичайна ситуація. (7).
249. Якунин В. А. (1981). О связи психических состояний и свойств личности. Экспериментальная и прикладная психология. *Психические состояния*, (10), С. 17 – 23.
250. Adams D. B., Baccelli G., Mancina G. A., (1971). *Relation of cardiovascular changes in fighting to emotion and exercise*. Zanchetti First published.
251. Appels A. Mulder P. Hof van't M. Jenkins C. D. Houtem van J. Tan F. (1985) *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease Cite as The Predictive Power of the A/B Typology in Holland: Results of a 9.5-Year Follow-Up Study* Authors Authors and affiliations. 56 – 62.
252. Appels A., Mulder P., Vant H. (1985). Type A behavior and heart attacks; 9,5 year follow up study of a small group. *Nederlands Tijdschrift Voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 40 (1), P. 20 – 26.
253. Arthur L., Ennis M. D., Bashour T. (1983). *Coronary Artery Spasm With Sinus Node Dysfunction and Syncope Tali*. Osama Hakim. 142(9). 1719 – 1721.
254. Askanas Z., Kraszewska Z., Rudnicki S., Slidziewski K., Zochowski R. J., Barylak J. (1969). *Radioelectrocardiographic control during rehabilitation [Article in French]* *Mal Cardiovasc*, 10(1), P. 79 – 89.

255. Baron J. A., Adams P., Ward M. (1988). Cigarette smoking and other correlates of cytologic estrogen effect in postmenopausal women. *Fertil. Steril*, (50), P. 766 – 771.
256. Bashour T. T., Hakim O., Cheng T. O. (1983). Coronary spastic angina in middle – aged woman: a psychosomatic disorder? *Am. Heart. J*, 106 (3), P. 609 – 613.
257. Beale C. M., Collins P. (1996). *The menopause and the cardiovascular system. Baillieres. Clin. Obstet. Gynaecol*, (10), P. 483 – 513.
258. Belan I. A., Lozhnikova L. E., Barbukhatti K. O. (2015). Anxiety influence on coronary heart disease course after bypass grafting. *Kardiosomatic*, (1). P. 9 – 10.
259. Bengtsson C. H., Hallstrom T., Tubblin G. (1973). Social factors stress experience and personality traits in woman with ischaemic heart disease, compared to a population sample of woman. *Acta Med. Scand*, (549), P. 82 – 92.
260. Bermond B., Oosterveld P., Vorst H. C. M. (2015). *Measures of Alexithymia. Measures of Personality and Social Psychological Constructs*. London. San Diego. Oxford. Elsevier Inc, P. 227 – 256.
261. Bermond B., Oosterveld P., Vorst H. C. M. (2015). *Measures of Alexithymia. Measures of Personality and Social Psychological Constructs*. London. San Diego – Oxford: Elsevier Inc. 227 – 256.
262. Brochier M. L., Arwidson P. (1998). Coronary heart disease risk factors in women. *Europ. Heart J*, (19), P. 45 – 52.
263. Brown R C., Ritzmann L. (1967). Some factors associated with absence of coronary heart disease in persons aged 65 or older. *Am Geriatr*, 15(3), P. 239 – 250.
264. Brozek J., Keys A., Blackburn K. (1966). Personality differences between potential coronary and noncoronary subjects. *Ann. N.Y. Acad. Sci*, (134), P. 67-89.
265. Bruhn J., Chandler B., Wolf S. (1969). A psychological study of survivors and nonsurvivors of myocardial infarction. *Psychosom. Med*, (31), P. 8 – 19.
266. Buss A. H. (1961). *The psychology of aggression*. Wiley and sons.

267. Cady L. D., Kirtler M. M., Woodburry N. A. (1961). *Clues to the developments of coronary heart disease*. Geriatrics.
268. Can J. (1984). *Physiol Pharmacol*, 62(7), P. 867 – 73.
269. Colditz G. A., Coacley E. (1997). Weight, weight gain, activity, and major illnesses: the Nursesí Health Study. *Int. J. Sport Med*, 18 (3), P. 162 – 170.
270. Cole S. L., Griffith G. C., Kage H. (1965). Anginal pain and depression. A preliminary investigation. *Dis. Chest*, (48), P. 78-90.
271. Davidson W., Andrews J., Ross S. (1965). Effect of stress and anxiety on continuous high speed color naming. *Exper. Psychol*, (52), P. 13 – 17.
272. Dhalla N. S., Singal P. K., Panagia V., Harrow J. A., Anand-Srivastava M. B., Beamish R. E., William R., William B. (1982). The Heart in Sick Cell Anemia Rodney H. Falk, Progress and problems in understanding the involvement of calcium in heart function MB, *MRCPP*, 142(9), P.1680 – 1684.
273. Dorn J. M., Schisterman E. F., Winkelstein W. et al. (1997). Body mass index and mortality in a general population sample of men and women: the Buffalo Health Study. *Amer. J. Epidemiology*, (146), P. 919 – 931.
274. Eaker E. D. (1998). Psychosocial risk factors for coronary heart disease in women. *Cardiol. Clin*, 16 (1), P. 03 – 111.
275. Fero-Luzzi A., Strazzullo P., Scaccini C. et al. (1984). Changing the Mediterranean diet: effects on blood lipids. *Amer. J. Clin. Nutr*, (40), P. 1027 – 1037.
276. Frasure-Smith N., Lesperance F., Juneau M. (1992). Differential longterm impact of in-hospital symptoms of psychological stress after non-Q-wave acute miocardial infarction. *Am. J. Cardiol*, (69), P. 1128 – 1134.
277. Freeman L. J., Nixon P. G. The effect of type. A behavior pattern on miocardial ishemias during daily life. *Intern. J. Cardiol*. (17). 145 – 154.
278. Friedman M., Rosenman R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. (12), P. 1286 – 1296.

279. Gori S., Gieannini M., Palmieri G. (2012). Assessment of alexithymia: Psychometric properties of the psychological treatment inventory alexithymia scale (PTI-AS). *Psychology*, (3), P. 136 – 231.
280. Gullette E. G., Blumenthal J. A., Babyak M. (1997). Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life. *JAMA*, (277), P. 1521 – 1526.
281. Hallworth H. I. (1965). Programs for correlations and factor analysis. *Br J Math Stat Psychol*, (18), P. 142 – 143.
282. Hamilton (2008). Depression Rating Scale – Original scientific paper published in 1960 in Psychiatry out of Print website. *Accessed June 27*.
283. Henker F. O. (1984). Psychosomatic illness: biochemical and physiologic foundations. *Psychosomatics*, (25), P. 19 – 24.
284. Hennekens C. H. (1998). Risk factors for coronary heart disease in women. *Cardiol. Clin*, (16), P. 1 – 8.
285. Holmes D. S., Will M. J. (1986). Expression of interpersonal aggression by angered and non angered persons with the type A and type B behavior pattern. *Arch. Int. Med*. (146), P. 1429 – 1432.
286. Horwitz R. I., Horwitz S. (2015). Utility of 18fluoro-deoxyglucose positron emission tomography for prognosis and response assessments in a phase 2 study of romidepsin in patients with relapsed or refractory peripheral T-cell lymphoma. *Annals of Oncology: Oxford University Press*, (4), P. 774 – 779.
287. Jenkins C. D., Stamler J., Kaplan N. (1983). Psychosocial and behavioral factors. Prevention of coronary heart disease. *Philadelphia. Saunders*, P. 98 – 112.
288. Johnston J. (2012). First-line disease-modifying therapies in paediatric multiple sclerosis: a comprehensive overview. *Drugs: So TY*, (9), P. 1195 – 211.
289. Kawachi I., Colditz G. A., Stampfer M. J. et al. (1993). Smoking cessation in relation to total mortality rates in women. A prospective cohort study. *Ann. Intern. Med*, (119), P. 992 – 1000.

290. Knauper B., Wittchen H. U. (1994). Diagnosing major depression in the elderly: Evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *Journal of psychiatric research*, 28 (2), P. 147 – 164.
291. Kononov A. N. (2016). Specifics of anxiety state experiencing by cardiovascular in-patients. *Vestnik MSEU*, (3), P. 6 – 17.
292. Kulbertus H., Scheen A. J. (2002). Clinical study of the month. The MRC. BHF Heart Protection Study. *Rev. Med. Liege*, (57), P. 613 – 616.
293. Lebedeva N. B., Barbarash O. L. (2003). Psychosocial factors determining prognosis in patients with acute myocardial infarction. *Russian Journal of Cardiology*, (4), P. 98 – 101.
294. Lennen Mc. P. (1996). The cardioprotective role of docosahexanoic acid. *J. Pharmac.*(300, P. 83 – 89.
295. Liu B, Floud S, Pirie K, et al. (2016). Does happiness itself directly affect mortality? *The prospective UK Million Women Study. Lancet*. 387 (10021). 874 – 881.
296. Lloyd-Jones D. M., Leip E. P., Larson M. G. et al. (2006) Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation*, 113(6), P. 791–798.
297. Lown B., De Silva R., Reick R., Murawsky B. (1980). Psychophysiologic factors in sudden cardiac death. *Amer J. Psychiat.* (11), P. 1325 – 1335.
298. Manson J. E., Stampfer M. J., Colditz G. A. et al. (1991). A prospective study of aspirin use and primary prevention of cardiovascular disease in women. *J.A.M.A.* (266), P. 521 – 527.
299. Mayou R. A., Gill D., Thompson D. R. (2000). Depression and Anxiety As Predictors of Outcome After Myocardial Infarction. *Psychosom. Med*, (62), P. 212 – 218.
300. Med. J. (2002). *Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial*, P. 71 – 86.

301. Meyer T, Hussein S, Lange H. W., et al. (2015). Anxiety is associated with a reduction in both mortality and major adverse cardiovascular events five years after coronary stenting. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22 (1), P. 75 – 82.
302. Oniskovets, B. (2020). Study of alexythimia in elderly women with ischemic heart disease. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Hamilton, 42, No. 6, P. 13-15.
303. Remme W. J., Deckers J. W., Fox K. M., Ferrari R., Bertrand M., Simoons M. L. (2009). *Cardiovascular drugs and therapy secondary prevention of coronary disease with ace inhibition-does blood pressure reduction with perindopril explain the benefits in europa?*, 23 (2), P. 161 – 170.
304. Rime R., Bonami M. (1973). Specificite psychosomatique et affections cardiaques coronariennes: essai de verification de la theorie de Dunbar au moyen du MMP1. *J. Psychosom. Res*, (17), P. 345 – 352.
305. Rosenfeld J. (2000). *Heart disease in women. Gender-specific statistics and prevention strategies for a population at risk*. Postgrad, 107 (6), P. 28 – 34.
306. Rosenfeld J. A. (1995). Impact of maternal employment on the health of the family. *Curr. Probl. Pediatr*, 25 (1), P. 4 – 11.
307. Rosenman R. H. Friedman M. (1977). Modifying type A behavior pattern. *Psychosomatic Research*, 21 (4), P. 323 – 331.
308. Rosenman R. H., Brand R. I., Jenkins C. D. (1975). Coronary heart disease in Western Collaborate Group Study final follow-up experience of 8,5 years. *J.A.M.A.* (233). 872 – 877.
309. Schenck-Gustafsson K. (1996). Risk factors for cardiovascular disease in women: assessment and management. *Europ. Heart J*, (17), P. 2 – 8.
310. Schwartz S. H., Bilsky W. (1994). Values and personality. *European Journal of Personality*, (8), P. 163 – 181.
311. Selye H. (1979). *Stress of My Life: A Scientist's Memoirs*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

312. Sexton K (2008). Gene expression patterns in formalin-fixed, paraffin-embedded core biopsies predict docetaxel chemosensitivity in breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment. Amsterdam. Springer Netherlands*, P. 233 – 240.
313. Shekelle R. B., Gale M., Ostfeld A. M. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosom. Med*, (45). P.109 – 114.
314. Silarova B., Nagyova I., Rosenberger J., et al. (2016). Sense of coherence as a mediator between hostility and health-related quality of life among coronary heart disease patients. *Heart & Lung*. 45(2). 126 – 31.
315. Stewart M. (2007). Molecular mechanism of the nuclear protein import cycle. *Nature Rev. Mol. Cell. Biol.* (8), P. 195 – 208.
316. Super S., Wagemakers M. A. E., Picavet H. S. J. (2016). Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health Promotion International*, 31(4), P. 869-78.
317. Thurner F., Tewes U. (1969). *Manual zum KAT*. Gottingen.
318. Tully P. J., Winefield H. R., Baker R. A., et al. (2015). Depression, anxiety and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in patients following coronary artery bypass graft surgery: a five year longitudinal cohort study. *Biopsychosocial Medicine*.
319. Tylor J. (1956). Drive theory and manifest anxiety. *Psychological-Bull.* (53), P. 303 – 320.
320. UK Prospective Diabetes Study 27: plasma lipids and lipoproteins at diagnosis of NIDDM by age and sex. *Diabetes Care*. ñ (1997). (20), P. 1683 – 1687.
URL: <https://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal/issue/view/41>
321. Vassiliadis I. V., Fountos A. I., Papadimitrion A. G., Sbonias E. C. (1998). Mental Stress – induced silent myocardial ischemia detected during ambulatory Ventricular function monitoring. *Int J. Card Imaging*. 14 (3), P. 171 – 177.

322. Verthein U., Kohler T. (1997). The correlation between everyday stress and angina pectoris: a longitudinal study. *J. Psychosom. Res.* (43), P. 241 – 245.
323. Vertue F. M. (2003). From adaptive to dysfunction: An attachment perspective on social anxiety disorder. *Personality and Social Psychology Review*, 7, P. 170 – 191.
324. Wilcoxon F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics*, (1), P. 80 – 83.
325. Willett W. C., Green A., Stampfer M. J. et al. (1987). Relative and absolute excess of risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *New Engl. J. Med.*, (317), P. 1303 – 1309.
326. Williams R. (1980). Type A behavior hostility and coronary atherosclerosis. *Psychosom*, (42), P. 539 – 549.
327. Willich S. N., Arntz H. R., Klatt I. S., Stern R., Beneker J. (1996). Are emergency physicians' diagnoses accurate? [Article in German] *Anaesthetist*, 45 (2), P. 163 – 170.
328. Winn W. A. (1967). Tuberculosis and coccidioidomycosis. A working classification of coccidioidal disease related to therapy based on differences between the two diseases. *Am Rev Respir Dis*, 96(2), P. 229 – 236.
329. Woodward M., Shewry M. C., Smith W. C. S., Tunstall-Pedoe H. (1990). Coronary heart disease and socioeconomic factors in Edinburgh and north Glasgow. *Statistician*, (39), P. 319 – 329.
330. Yoshida K. (1999). Mental stress test is an effective inducer of vasospastic angina pectoris: comparison with cold pressor, hyperventilation and master two-step exercise test. *Int. J. Cardiol*, (70), P. 155 – 163.

Додатки

Додаток А

TAS-26 состоит из 26 вопросов, из которых ряд интерпретируется в прямых значениях, а ряд - в противоположных, что позволяет снизить установочность ответов испытуемого. В оригинальном варианте не имеет внутренних субшкал, весь результат выражается одним значением.

В отличие от оригинальной версии, TAS-20 имеет 3 подшкалы: Трудность идентификации чувств (ТИЧ), трудность описания чувств (ТОЧ) и внешне-ориентированное (экстернальное) мышление (ВОМ). Четвёртый компонент, входящий, по замыслу автора, в алекситимический синдром - бедность фантазий и чувственных ассоциаций - не имеет своей шкалы, однако подразумевается, что он также описывается третьей шкалой.

Процедура проведения

Испытуемому предлагается бланк с утверждениями, которые он должен оценить как «» (1 б.), «» (2 б.), «» (3 б.), «» (4 б.) и «» (5 б.).

Интерпретация

В обеих версиях шкалы имеются общие принципы перевода ответов в баллы:

Вариант ответа	В прямых значениях	В обратных значениях
Совершенно не согласен	1 балл	5 баллов
Скорее не согласен	2 балла	4 балла
Ни то, ни другое	3 балла	3 балла
Скорее согласен	4 балла	2 балла

Совершенно согласен	5 баллов	1 балл
---------------------	----------	--------

TAS-26

Баллы распределяются следующим образом:

Ответ	Номера утверждений
В прямых значениях	2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.
В обратных значениях	1, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24.

Нормальным уровнем считается не более 62 баллов. Значения в 74 и более балла соответствуют явной алекситимии, остальные значения - промежуточным степеням.

При адаптации в НИИ им. Бехтерева были получены следующие значения алекситимии:

- Больные неврозами: 70 баллов
- Больные психосоматическими заболеваниями: 72 балла
- Больные бронхиальной астмой: 71,8 балла
- Больные гипертонической болезнью: 72,6 балла
- Больные язвенной болезнью 71,1 балла
- Контрольная группа здоровых: 59 баллов.

TAS-20

Шкала	В прямых значениях	В обратных значениях
-------	--------------------	----------------------

Трудности идентификации чувств	1, 3, 6, 7, 9, 13, 14	
Трудности описания чувств	2, 11, 12, 17	4
Экстернального мышления	8, 15, 16, 20	5, 10, 18, 19

Клиническая значимость

Алекситимия является значимым фактором риска психосоматических заболеваний и аддиктивных расстройств. Единой концепции терапии алекситимии в настоящее время не существует, как и единого понимания того, что же представляет собой алекситимия. В связи с этим, данные шкалы имеют ограниченную клиническую ценность. Между тем, данные об алекситимии могут быть полезны в комплексе клинико-психологических и клинико-психопатологических исследований.

Додаток В

Госпітальна шкала тривоги і депресії:

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

HADS: інструкція

Бланк опитувальника видається респонденту для самостійного заповнення і супроводжується інструкцією такого змісту:

«Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо ваш лікар більше дізнається про ваші переживання, він зможе краще допомогти вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти вашому лікареві зрозуміти, як ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою».

Шкала HADS відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Госпітальна шкала тривоги і депресії стала популярною, в основному, за рахунок того, що вона відрізняється простотою застосування і обробки

(заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта).

Лаконічність і простота HADS дозволяє рекомендувати її до використання у загальномедичній практиці для первинного виявлення проявів тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу).

Рекомендації щодо застосування шкали. Для детальнішої діагностики та відстеження динаміки стану пацієнта рекомендується використовувати чутливіші методики, такі як «Шкала депресії Гамільтона», «Шкала Монтгомері – Асберга для оцінки депресії», «Опитувальник депресії Бека» і т.д.

Додаток С

ВИМІРЮВАННЯ СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ АСТЕНІЧНОГО СТАНУ

Астенічний стан (або *нервово - психічна слабкість*) характеризується підвищеною стомлюваністю і виснаженням з крайньою нестійкістю настрою, ослабленням самовладання, нетерплячість, непосидючістю, порушенням сну, втратою здатності до тривалої розумової і фізичної напруги, вегетативно - соматичними порушеннями.

Шкала астенічного стану (ШАС) розроблена Л. Д. Майкова і адаптована Т. Г. Чортової на базі даних клініко - психологічних спостережень і опитувальника ММРІ [1]. Шкала складається з 30 пунктів - тверджень, що відбивають характеристики астенічного стану. Дослідження проводиться індивідуально в окремому, добре освітленому і ізольованому від сторонніх звуків приміщенні.

Піддослідним дається інструкція: "Уважно прочитайте кожне речення і, оцінивши його стосовно до свого стану в даний момент, відзначте один з чотирьох варіантів відповіді в правій частині бланка".

Варіанти відповідей: 1 - немає, не так; 2 - мабуть, так; 3 - вірно; 4 - абсолютно вірно.

ШКАЛА астенічні стани (ШАС)

№	ознака	1	2	3	4
1	Я працюю з великою напругою				
2	Мені важко зосередитися на чому - або				

3	Моє статеве життя не задовольняє мене				
4	Очікування нервує мене				
5	Я відчуваю м'язову слабкість				
6	Мені не хочеться ходити в кіно або в театр				
7	Я забудькуватий				
8	Я відчуваю себе втомленим				
9	Мої очі втомлюються при тривалому читанні				
10	Мої руки тремтять				
11	У мене поганий апетит				
12	Мені важко бути на вечірці йди в галасливій компанії				
13	Я вже не так добре розумію прочитане				
14	Мої руки і ноги холодні				
15	Мене легко зачепити				
16	У мене болить голова				
17	Я прокидаюся вранці втомленим і не відпочив				
18	У мене бувають запаморочення				
19	У мене бувають посмикування м'язів				
20	У мене шумить у вухах				

21	Мене турбують статеві питання				
22	Я відчуваю тяжкість в голові				
23	Я відчуваю загальну слабкість				
24	Я відчуваю біль в тім'я				
25	Життя для мене пов'язана з напругою				
26	Моя голова як би стягнута обручем				
27	Я легко прокидаюся від шуму				
28	Мене втомлюють люди				
29	Коли я хвилююся, то покриваюся потім				
30	Мені не дають заснути неспокійні думки				

ОБРОБКА І ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Після заповнення тестового бланка проводиться підрахунок шляхом підсумовування набраних випробуванням балів. Весь діапазон шкали включає від 30 до 120 балів.

Статистичні дані, отримані на 300 здорових випробовуваних, показали, що середня величина індексу астенії дорівнює $37,22 \pm 6,47$ бала. Якщо прийняти результати дослідження здорових осіб за відсутність астенії, то весь обсяг шкали можна розділити на чотири діапазони:

- **діапазон 1** - від 30 до 50 балів - відсутність астенії;
- **діапазон 2** - від 51 до 75 балів - слабка астенія;
- **діапазон 3** - від 76 до 100 балів - помірна астенія;

- **діапазон 4** - від 101 до 120 балів - виражена астенія.

Таким чином, результати кожного випробуваного припускають одну з чотирьох ступенів вираженості астенії. У відповідних графах протоколу вказується кількість набраних випробуваним балів за шкалою астенії і ступеня її вираженості.

Діагностика стану агресії (опитувальник Басса-Дарки)

Шкали: фізична агресія, непряма агресія, дратівливість, негативізм, уразливість, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини.

Призначення тесту

Опитувальник диференціює прояви агресії і ворожості. А. Басс і А. Дарки виділили наступні види реакцій:

- **Фізична агресія** - використання фізичної сили проти іншої особи.
- **Непряма агресія**, обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована.
- **Роздратування** - готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість).
- **Негативізм** - опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів.
- **Образа** - заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії.
- **Підозрілість** - в діапазоні від недовіри і обережності стосовно людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду.
- **Вербальна агресія** - вираз негативних почуттів як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози).
- **Почуття провини** - виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що спричинює зло, а також відчуває докори сумління.

При складанні опитувальника використовувалися такі принципи:

- питання може відноситися тільки до однієї форми агресії.
- питання формулюються таким чином, щоб найбільшою мірою послабити вплив суспільного схвалення відповіді на запитання.

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає

"так" чи "ні".

- 10 балів і менше - низький показник.

Обробка та інтерпретація результатів тесту

Відповіді оцінюються за шкалами наступним чином:

1. Фізична агресія:

- "так" = 1, "ні" = 0: 1, 25, 33, 48, 55, 62, 68;
- "ні" = 1, "так" = 0: 9, 17, 41.

2. Непряма агресія:

- "так" = 1, "ні" = 0: 2, 18, 34, 42, 56, 63;
- "ні" = 1, "так" = 0: 10, 26, 49.

3. Роздратування:

- "так" = 1, "ні" = 0: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72;
- "ні" = 1, "так" = 0: 11, 35, 69.

4. Негативізм:

- "так" = 1, "ні" = 0: 4, 12, 20, 23, 36;

5. Образа:

- "так" = 1, "ні" = 0: 5, 13, 21, 29, 37, 51, 58.

- "ні" = 1, "так" = 0: 44.

6. Підозрілість:

- "так" = 1, "ні" = 0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59;

- "ні" = 1, "так" = 0: 65, 70.

7. Вербальна агресія:

- "так" = 1, "ні" = 0: 7, 15, 28, 31, 46, 53, 60, 71, 73;

- "ні" = 1, "так" = 0: 39, 66, 74, 75.

8. Почуття провини:

- "так" = 1, "ні" = 0: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67

Індекс ворожості включає в себе 5 і 6 шкалу, а індекс агресивності (як прямої, так і мотиваційної) включає в себе шкали 1, 3, 7.

Ворожість = Образа + Підозрілість;

Агресивність = Фізична агресія + Роздратування + Вербальна агресія.

Інтерпретація результатів тесту

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4 , а ворожості - $6-7 \pm 3$.

Тест Басса-Дарки

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає "так" чи "ні".

1. Часом я не можу впоратися з бажанням завдати шкоди іншим
2. Іноді пліткую про людей, яких не люблю
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь
4. Якщо мене не попросять по-хорошому, я не виконаю
5. Я не завжди отримую те, що мені належить
6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною
7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчути
8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував болючі докори совісті
9. Мені здається, що я не здатний ударити людину
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами
14. Я тримаюся насторожено з людьми, які ставляться до мене трохи більш дружньо, ніж я очікував
15. Я часто буваю незгодний з людьми
16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся
17. Якщо хто-небудь першим ударив мене, я не відповім йому
18. Коли я дратуюся, я ляскаю дверима
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається
20. Якщо хтось уявляє себе начальником, я завжди роблю йому наперекір

21. Мене трохи засмучує моя доля
22. Я думаю, що багато людей не люблять мене
23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною
24. Люди, які ухиляються від роботи, повинні відчувати почуття провини
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку
26. Я не здатний на грубі жарти
27. Мене охоплює лютість, коли наді мною глузують
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися
29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не подобається
30. Досить багато людей заздять мені
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків
33. Люди, які постійно знущаються з вас, варті того, щоб їх "клацнули по носі"
34. Я ніколи не буваю похмурий від злості
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь
36. Якщо хтось виводить мене з себе, я не звертаю уваги
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість
38. Іноді мені здається, що наді мною сміються
39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильних" виразів
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були пробачені
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хто-небудь ударить мене
42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюся
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів
45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти чужинцям "
46. Якщо хтось дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю
47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити когось

49. З дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву
50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати
52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити щонебудь приємне для мене
53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь
54. Невдачі засмучують мене
55. Я б'юся не рідше і не частіше ніж інші
56. Я можу пригадати випадок, коли я був настільки злий, що хапав першийліпший предмет і ламав його
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку
58. Іноді я відчуваю, що життя чинить зі мною несправедливо
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю
60. Я лаюся тільки зі злості
61. Коли я поступаю неправильно, мене мучить совість
62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її
63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу
64. Я буваю грубуватий стосовно людей, які мені не подобаються
65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити
66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона на те заслуговує
67. Я часто думаю, що жив неправильно
68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки
69. Я не засмучуюсь через дрібниці
70. Мені рідко приходить до голови, що люди намагаються розлютити або образити мене
71. Я часто тільки погрожую людям, хоча і не збираюся приводити погрози у виконання

- 72. Останнім часом я став занудою
- 73. У суперечці я часто підвищую голос
- 74. Я намагаюся зазвичай приховувати своє погане ставлення до людей
- 75. Я краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися

ОЦІНКА ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Дослідження особистості за допомогою FPI

Фрайбургський особистісний опитувальник (англ. Freiburg Personality Inventory - FPI) почав розроблятися в 1963 р групою дослідників, куди входили І. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Г. Гампель. Перша версія FPI була видана в 1970 р (друга і третя - в 1973 і 1978 рр.). У Західній Європі цей тест використовується найбільш часто.

FPI - багатофакторний особистісний тест, придатний для діагностики деяких важливих властивостей особистості. Він годиться для нормальної популяції з метою аналізу властивостей особистості, в клінічній практиці використовується для індивідуальної діагностики. Це надійний засіб для практичних і науково - дослідних цілей.

FPI побудований не на окремій теорії особистості, а на англосаксонських психологічних поглядах, що склалися в результаті практики застосування особистісних опитувальників (таких як 16PF, MMPI, EPI). В остаточному вигляді він сформульований заново і його можна вважати оригінальною методикою. Опитувальник економічний і надає відносно багато кількісної інформації про важливі особистісних факторах. Основні характеристики FPI наступні:

- опитувальник призначений для широкого кола досліджуваних;
- не підходить для малоінтелектуальних випробовуваних (що знаходяться в межах нижнього квантиля);
- є паралельні форми, що необхідно для методів такого типу;
- існує скорочений варіант;
- є компромісом між аналізом гомогенності завдань і факторний аналіз;
- можливо індивідуальне та групове пред'явлення тесту;

- час для виконання залежить від форми опитувальника і становить від 20 до 50 хвилин;
- оцінка проводиться за допомогою шаблонів; отриманий первинний індивідуальний результат перекладається на похідний показник;
- на оціночному бланку можна наочно зобразити представництво окремих факторів.

Для дослідження необхідні опитувальник з інструкцією і бланк для відповідей.

Структура FPI відповідає традиційним особистісним опросникам. У ньому містяться питання, висловлювання, що стосуються способів поведінки, станів, орієнтації, навичок і фізичних труднощів, на які випробовуваний може відповісти "згоден" або "не згоден". Опитувальник можна використовувати в чотирьох версіях:

I. Форма *G* (загальна). Містить 212 питань, займає найбільше часу, але її перевагою є те, що на один фактор направлено більше питань. Дана форма використовується в умовах необмеженого часу і при достатньому інтересі з боку випробуваного, що виключає вибір випадкових відповідей.

- 2-3. Форми *A* та *B* (альтернативні), кожна містить по 114 питань, висловлювань і годиться для повторного тестування і групового пред'явлення тесту.
- 4. Форма *До* (скорочена). Складається з 76 питань. Її стислість є її основною перевагою.

Всі версії взаємно високо корелюють і тим самим підтверджують обґрунтованість їх самостійності.

Багатофакторний ОСОБИСТІСНИЙ ОПРОСНИК FPI (МОДИФІКОВАНА ФОРМА В^Ш)

Опитувальник містить 12 шкал. Загальна кількість питань - 114. Один (перший) питання ні в одну з шкал не входить, так як має перевірочний характер. Шкали I-IX є основними, або базовими, а шкали X-XII - похідними, інтегруючими. Похідні шкали складені з питань основних шкал і позначаються іноді не цифрами, а буквами: *E*, *N* і *M* відповідно.

Шкала I (невротичність) характеризує рівень невротизації особистості. Високі оцінки по цій шкалі відповідають вираженому невротичному синдрому астеничного типу із значними психосоматичними порушеннями. Використовуючи психологічну термінологію, такий тип можна характеризувати як нервовий, болючий, який не вміє вийти з положення, що приділяє увагу власним почуттям. Для осіб з низькими оцінками за фактором "невротичність" характерні спокій, невимушеність, емоційна зрілість, об'єктивність в оцінці себе та інших людей, сталість в планах і уподобаннях.

Шкала II (спонтанна агресивність) дозволяє виявити і оцінити психопатизація інтротенсивного типу. Високі оцінки по цій шкалі свідчать про підвищений рівень психопатизації, що створює передумови для імпульсивної поведінки. Такий тип характеризується як агресивний, імпульсивний, безпосередній, незлагідна. Низькі оцінки за шкалою свідчать про підвищену ідентифікації з соціальними вимогами, конформності, поступливості, стриманості, обережності поведінки, навіть про звуження кола інтересів і ослабленні потягів.

Шкала III (депресивність) дає можливість діагностувати ознаки, характерні для психопатологічного депресивного синдрому. Високі оцінки по цій шкалі відповідають наявності зазначених ознак в емоційному стані, поведінці, у відносинах до себе і соціальному середовищі. Подібний тип можна описати як

засмучений, боязкий, невпевнений, сумний, з властивими йому внутрішніми стражданнями. Низькі оцінки за даною шкалою відображають природну життєрадісність, енергійність і підприємливість.

Шкала IV (дратівливість, збудливість) дозволяє судити про емоційної стійкості. Високі оцінки по цій шкалі свідчать про нестійкому емоційному стані зі схильністю до афективного реагування. Подібний тип характеризується як нетерпимий, імпульсивний, збудливий, напружений, безпосередній, делікатне. Для осіб з низькими значеннями фактора "дратівливість" характерні такі риси, як почуття відповідальності, сумлінність, стійкість моральних принципів.

Шкала V (товариськість) характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності. Високі оцінки по цій шкалі дозволяють говорити про наявність вираженої потреби в спілкуванні і постійної готовності до задоволення цієї потреби. Подібний тип характеризується як балакучий, дружній, товариський, рухливий, підприємливий. Для осіб з низькими значеннями даного чинника типові такі риси, як уплощеність, млявість афекту, відсутність живих, тріпотливих емоцій, холодність, формальність міжособистісних відносин.

Шкала VI (врівноваженість) відображає стійкість до стресу. Високі оцінки по цій шкалі свідчать про гарну захищеності до впливу стрес - факторів звичайних життєвих ситуацій, що базується на впевненості в собі, оптимістичність та активності. Такий тип добре налаштований, стійкий, завзятий, спокійний, довірливий, діяльний. Низькі оцінки по фактору "врівноваженість" вказують на стан дезадаптації, тривожність, втрату контролю над потягами, виражену дезорганізацію поведінки.

Шкала VII (реактивна агресивність) має на меті виявити наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу. Високі оцінки по цій шкалі свідчать

про високий рівень психопатизації, що характеризується агресивним ставленням до соціального оточення і вираженим прагненням до домінування.

Такий тип можна описати як реактивно агресивний, котрий обстоює свою думку, егоцентричний, авторитарний, недовірливий, домінантний. Низькі оцінки за шкалою "спонтанна агресивність" свідчать про підвищену ідентифікації з соціальними нормами, конформності, поступливості, скромності, залежності і, можливо, вузькості кола інтересів.

Шкала VIII (сором'язливість) відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, що протікає по пасивно - оборонного типу. Високі оцінки за шкалою відображають наявність тривожності, скутості, невпевненості, наслідком чого є труднощі в соціальних контактах. Для даного типу характерні стриманість, знижена здатність до контактів, невпевненість, розгубленість, сором'язливість, схвильованість. Навпаки, особи, які мають низькі оцінки за фактором "сором'язливість", сміливі, рішучі, схильні до ризику, не втрачаються при зіткненні з незнайомими речами і обставинами.

Шкала IX (відкритість) дозволяє характеризувати ставлення до соціального оточення і рівень самокритичності. Високі оцінки свідчать про прагнення до довірливо - відвертого взаємодії з оточуючими людьми при високому рівні самокритичності. Даний тип характеризується як самокритичний, відкритий, здатний визнавати власні недоліки і помилки.

Оцінки за цією шкалою можуть в тій чи іншій мірі сприяти аналізу щирості відповідей обстежуваного при роботі з опитувальником, що відповідає шкалами брехні інших тестів.

Шкала X (E) (екстраверсія - інтроверсія). Високі оцінки по цій шкалі характерні для осіб з вираженою екстравертірованностью., Активних, амбітних, які прагнуть до лідерства, що не випробовують труднощів у спілкуванні, встановленні контактів, охоче беруть на себе чільні ролі у

взаєминах з оточуючими. Низькі оцінки за даною шкалою свідчать про виражену інтровертированности: труднощі в контактах, замкнутість, нетовариськість, прагнення до видів діяльності, не пов'язаних з широким спілкуванням.

Даний фактор пов'язаний з п'ятьма шкалами тесту, перш за все зі шкалою V (товариськість) і шкалою II (спонтанна агресивність).

Шкала XI (N) (емоційна лабільність). Високі оцінки вказують на нестійкість емоційного стану, що виявляється в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки можуть характеризувати не тільки високу стабільність емоційного стану як такого, але і хороше вміння володіти собою. В цілому фактор "емоційна лабільність - стабільність" характеризує емоційну стійкість або, навпаки, нестійкість, коливання настроїв, збудливість, напруженість, депресивність, смуток або оптимізм і ін.

Даний фактор пов'язаний з чотирма шкалами, головним чином зі шкалою III (депресивність) і шкалою IV (збудливість).

Шкала XII (M) (маскулінність - фемінність). Високі оцінки по цій шкалі свідчать про протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом, низькі - за жіночим. Фактор "мужність - жіночність" характеризує активність, рівень асертивності, зарозумілість, винахідливість. Він пов'язаний з сімома шкалами, головним чином зі шкалою I (невротичність) і шкалою VIII (щирість).

Конструкція методу відрізняється обдуманістю і поетапної перевіркою психометричних показників. Висока вероятностюгрієнення варіантів (за винятком трьох завдань). Дані, що стосуються гомогенності завдань і стабільності тесту в часі, є позитивними (найменш стабільна шкала IX). Відзначається високий ступінь кореляції між формами A і B. Позитивні

результати показало порівняння тесту з іншими особистісними методами (опитувальником Айзенка, МРІ, опитувальником Кеттелла 16PF і ін.).

Дослідження може проводитися індивідуально або з групою піддослідних. В останньому випадку необхідно, щоб кожен з них мав не тільки персональний бланк для відповідей, а й окремий опитувальник з інструкцією. Розміщуватися випробувані повинні так, щоб уникнути негативного впливу на одне одному в процесі роботи. Психолог коротко викладає мету дослідження і правила роботи з опитувальником, при цьому важливо досягти позитивного, зацікавленого ставлення випробовуваних до виконання завдання. Дослідник звертає їхню увагу на неприпустимість взаємних консультацій по відповідях у процесі роботи і будь-яких обговорень між собою. Після роз'яснень психолог пропонує уважно вивчити інструкцію, відповідає на питання, якщо вони виникли, і пропонує перейти до самостійної роботи з опитувальником.

ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ

Перша процедура передбачає отримання первинних, або сирих, оцінок. Для її здійснення необхідно підготувати матричні форми ключів кожної шкали на основі загального ключа опитувальника. Для цього в бланках чистих відповідних листів, ідентичних тим, якими користувалися випробовувані, вирізаються "вікна" в клітинах, відповідних номеру питання і варіанту відповіді. Отримані таким чином шаблони по черзі відповідно до порядковим номером шкали накладаються на заповнений випробуванням у відповідь лист. Далі підраховується кількість відміток (хрестиків), які співпали з "вікнами" шаблону. Отримані значення заносяться в стовпець первинних оцінок протоколу дослідження.

протокол дослідження

Прізвище ім'я по батькові

Дата Вік

профіль особистості

номер шкали	первинна опенка	Стандартна оцінка, бали								
		9	8	7	6	5	4	3	2	1
I										
II										
III										
IV										
V										
VI										
VII										
VIII										
IX										
X										
XI										
XII										

Друга процедура пов'язана з перекладом первинних оцінок в стандартні оцінки дев'ятибальною шкали за допомогою табл. 4.1. Отримані стандартні оцінки позначаються у відповідному стовпці протоколу нанесенням умовного знака

(гурток, хрестик та ін.) В точці, що відповідає величині стандартної оцінки по кожній шкалі. Поєднавши прямими лініями позначені точки, отримаємо графічне зображення профілю особистості.

Аналіз результатів слід починати з перегляду всіх відповідних листів, заповнених випробуваними, уточнюючи, яку відповідь дано на перше питання. При негативній відповіді, що означає небажання випробуваного відверто відповідати на поставлені питання, дослідження потрібно вважати, що не відбувся. У разі позитивної відповіді на перше питання після обробки результатів дослідження уважно вивчається графічне зображення профілю особистості, виділяються всі високі і низькі оцінки. До низьких відносяться оцінки в 1-3 бали, до середніх - 4-6 балів, до високих - 7-9 балів. Особливу увагу слід звернути на оцінку за шкалою IX, що не має значення для загальної характеристики достовірності відповідей.

Таблиця 4.1

Переклад первинних оцінок в стандартні оцінки дев'ятибальною шкали

первинна оцінка	Стандартна оцінка за шкалами											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	2	1
2	4	3	4	4	1	2	4	5	1	1	3	1
3	4	4	4	5	1	3	5	6	2	2	4	1
4	5	5	5	6	2	4	6	6	3	3	4	1

5	5	5	6	7	2	5	7	7	3	4	5	2
6	6	7	6	7	3	6	8	7	4	4	6	3
7	7	8	7	8	4	8	9	9	5	6	7	5
8	7	8	7	8	4	8	9	9	5	6	7	5
9	8	8	8	9	5	9	9	9	6	7	8	6
10	8	9	8	9	5	9	9	9	8	8	8	8
11	8	9	8	9	6	-	-	-	8	9	8	8
12	8	9	9	-	7	-	-	-	9	9	9	9
13	9	9	9	-	8	-	-	-	9	-	9	9
14	9	-	9	-	9	-	-	-	-	-	9	9
15	9											9
16	9											
17	9											

Інтерпретація отриманих результатів, психологічний висновок і рекомендації повинні бути дані на основі розуміння суті питань в кожній шкалі, глибинних зв'язків досліджуваних факторів між собою і з іншими психологічними і психофізіологічними характеристиками, їх ролі в поведінці і діяльності людини.

Інструкція для випробуваного

На наступних сторінках є ряд тверджень, кожне з яких має на увазі що відноситься до вас запитання про те, відповідає чи не відповідає дане твердження яким - то особливостям вашої поведінки, окремих вчинків, ставлення до людей, поглядам на життя і т.п. Якщо ви вважаєте, що таке відповідність має місце, то дайте відповідь "так", в іншому випадку - відповідь "ні". Свою відповідь зафіксуйте в наявному у вас відповідному листі, поставивши хрестик у клітинку, що відповідає номеру затвердження в опитувальнику і виду вашої відповіді. Відповіді потрібно дати на всі питання. Успішність дослідження багато в чому залежить від того, наскільки уважно виконується завдання. Ні в якому разі не слід прагнути своїми відповідями справити на кого - то краще враження, оскільки жоден відповідь не оцінюється як "хороший" або "поганий". Ви не повинні довго роздумувати над кожним питанням. Навпаки, намагайтеся якомога швидше вирішити, який з двох відповідей, нехай дуже відносно, але все - таки здається вам ближче до істини. Вас не повинно бентежити, якщо деякі з питань здадуться вам занадто особистими, оскільки дослідження не передбачає аналізу кожного питання і відповіді, а спирається лише на кількість відповідей одного і іншого виду. Крім того, ви повинні знати, що результати індивідуально - психологічних досліджень, як і медичних досліджень, не підлягають широкому обговоренню. Успішною вам роботи!

ТЕСТОВИЙ МАТЕРІАЛ

- 1. Я уважно прочитав інструкцію і готовий відверто відповісти на всі питання анкети.
- 2. Вечорами я віддаю перевагу розважатися у веселій компанії (гості, дискотека, кафе і т.п.).
- 3. Моєму бажанням познайомитися з ким - небудь завжди заважає те, що мені важко знайти підходящу тему для розмови.
- 4. У мене часто болить голова.
- 5. Іноді я відчуваю стук у скронях і пульсацію в області шиї.

- 6. Я швидко втрачаю самовладання, але так само швидко беру себе в руки.
- 7. Буває, що я сміюся над непристойним анекдотом.
- 8. Я уникаю про що - небудь розпитувати і віддаю перевагу дізнаватися те, що мені потрібно, іншим шляхом.
- 9. Я вважаю за краще не входити в кімнату, якщо не впевнений, що моя поява пройде непоміченим.
- 10. Я можу так розлютитися, що готовий розбити все, що потрапить під руку.
- 11. Я відчуваю себе ніяково, якщо оточуючі чому - то починають звертати на мене увагу.
- 12. Я іноді відчуваю, що серце починає працювати з переборами або починає битися так, що, здається, готове вискочити з грудей.
- 13. Не думаю, що можна було б пробачити образу.
- 14. Я не вважаю, що на зло треба відповідати злом, і завжди дотримуюся цього.
- 15. Якщо я сидів, а потім різко встав, то у мене темніє в очах і паморочиться голова.
- 16. Я майже щодня думаю про те, наскільки краще було б життя, якби мене не переслідували невдачі.
- 17. У своїх вчинках я ніколи не виходжу з того, що людям можна повністю довіряти.
- 18. Я можу вдатися до фізичної сили, якщо потрібно відстояти свої інтереси.
- 19. Я легко можу розвеселити саму нудну компанію.
- 20. Я легко ніяковію.
- 21. Мене анітрохи не ображає, якщо робляться зауваження щодо моєї роботи або мене особисто.
- 22. Нерідко я відчуваю, як у мене німіють або холонуть руки і ноги.
- 23. Я буваю незграбним в спілкуванні з іншими людьми.

- 24. Іноді без видимої причини я відчуваю себе пригніченим, нещасним.
- 25. Іноді у мене немає ніякого бажання чим - або зайнятися.
- 26. Часом я відчуваю, що мені не вистачає повітря, начебто я виконував дуже важку роботу.
- 27. Мені здається, що в своєму житті я дуже багато робив правильно.
- 28. Мені здається, що інші нерідко сміються наді мною.
- 29. Я люблю такі завдання, коли можна діяти без довгих роздумів.
- 30. Я вважаю, що у мене достатньо підстав бути не дуже - то задоволеним своєю долею.
- 31. Часто у мене немає апетиту.
- 32. У дитинстві я радів, якщо батьки або вчителі карали інших дітей.
- 33. Зазвичай я рішучий і дію швидко.
- 34. Я не завжди говорю правду.
- 35. Я з цікавістю спостерігаю, коли хтось - то намагається виплутатися з неприємної історії.
- 36. Я вважаю, що всі засоби хороші, якщо треба настояти на своєму.
- 37. Те, що пройшло, мене мало хвилює.
- 38. Я не можу уявити нічого такого, що варто було б доводити кулаками.
- 39. Я не уникаю зустрічей з людьми, які, як мені здається, шукають сварки зі мною.
- 40. Іноді мені здається, що я взагалі ні на що не придатний.
- 41. Мені здається, що я постійно перебуваю в якому - то напрузі, і мені важко розслабитися.
- 42. Нерідко у мене виникають болі "під ложечкою" і різні неприємні відчуття в животі.
- 43. Якщо скривдять мого друга, я намагаюся помститися кривдникові.
- 44. Бувало, я запізнювався до призначеного часу.
- 45. У моєму житті було так, що я чому - то дозволив собі бити тварину.
- 46. При зустрічі зі старим знайомим я від радості готовий кинутися йому на шию.

- 47. Коли я чого - то боюся, у мене пересихає в роті, тремтять руки і ноги.
- 48. Частенько у мене буває такий настрій, що я з задоволенням би нічого не бачив і не чув.
- 49. Коли я лягаю спати, то зазвичай засинаю вже через кілька хвилин.
- 50. Мені подобається, як то кажуть, ткнути носом інших у їх помилки.
- 51. Іноді я можу похвалитися.
- 52. Я беру активну участь в організації громадських заходів.
- 53. Нерідко буває так, що мені доводиться дивитися в іншу сторону, щоб уникнути небажаної зустрічі.
- 54. У своє виправдання я іноді дещо - що вигадував.
- 55. Я майже завжди рухливий і активний.
- 56. Я нерідко сумніваюся, чи дійсно цікаво моїм співрозмовникам те, що я говорю.
- 57. Іноді я раптом відчуваю, що весь покриваюся потім.
- 58. Якщо я сильно розлючуся на кого - то, то можу його і вдарити.
- 59. Мене мало хвилює, що хтось - то погано до мене ставиться.
- 60. Зазвичай мені важко заперечувати моїм знайомим.
- 61. Я хвилююся і переживаю навіть при думці про можливу невдачу.
- 62. Я люблю не всіх своїх знайомих.
- 63. У мене бувають думки, яких слід було б соромитися.
- 64. Не знаю чому, але іноді у мене з'являється бажання зіпсувати те, чим все захоплюються.
- 65. Я віддаю перевагу змусити будь-якої людини зробити те, що мені потрібно, ніж просити його про це.
- 66. Я нерідко неспокійно рухаю рукою або ногою.
- 67. Я віддаю перевагу провести вільний вечір, займаючись улюбленою справою, а не розважаючись у веселій компанії.
- 68. У компанії я веду себе не так, як вдома.
- 69. Іноді, не подумавши, я скажу таке, про що краще б помовчати.
- 70. Я боюся стати центром уваги навіть у знайомій компанії.

- 71. Хороших знайомих у мене дуже небагато.
- 72. Іноді бувають такі періоди, коли яскраве світло, яскраві фарби, сильний шум викликають у мене болісно неприємні відчуття, хоча я бачу, що на інших людей це так не діє.
- 73. У компанії у мене нерідко виникає бажання кого - небудь образити чи роздратувати.
- 74. Іноді я думаю, що краще було б не народитися на світ, як тільки уявлю собі, скільки всяких неприємностей, можливо, доведеться випробувати в житті.
- 75. Якщо хто - то мене серйозно образить, то отримає своє сповна.
- 76. Я не соромлюся у виразах, якщо мене виведуть з себе.
- 77. Мені подобається так поставити запитання чи так відповісти, щоб співрозмовник розгубився.
- 78. Бувало, я відкладав те, що було потрібно зробити негайно.
- 79. Я не люблю розповідати анекдоти чи кумедні історії.
- 80. Повсякденні труднощі і турботи часто виводять мене з рівноваги.
- 81. Я не знаю, куди подітися при зустрічі з людиною, яка була в компанії, де я вів себе ніяково.
- 82. На жаль, я ставлюся до людей, які бурхливо реагують навіть на життєві дрібниці.
- 83. Я ніяковію при виступі перед великою аудиторією.
- 84. У мене досить часто змінюється настрій.
- 85. Я втомлююся швидше, ніж більшість оточуючих мене людей.
- 86. Якщо я ніж - то сильно схвилюваний або роздратований, то відчуваю це як би всім тілом.
- 87. Мені докучають неприємні думки, які настирливо лізуть в голову.
- 88. На жаль, мене не розуміють ні в родині, ні в колі моїх знайомих.
- 89. Якщо сьогодні я посплю менше звичайного, то завтра не буду почувати себе відпочилим.

- 90. Я намагаюся вести себе так, щоб оточуючі побоювалися викликати моє незадоволення.
- 91. Я впевнений у своєму майбутньому.
- 92. Іноді я опинявся причиною поганого настрою кого - небудь з оточуючих.
- 93. Я не проти посміятися над іншими.
- 94. Я належу до людей, які "за словом в кишеню не лізуть".
- 95. Я належу до людей, які до всього ставляться досить легко.
- 96. Підлітком я виявляв інтерес до заборонених тем.
- 97. Іноді я навіщо - то завдавав біль коханим людям.
- 98. У мене досить часті конфлікти з оточуючими з - за їх упертості.
- 99. Я часто відчуваю докори совісті в зв'язку зі своїми вчинками.
- 100. Я нерідко буваю розсіяним.
- 101. Я не пам'ятаю, щоб мене особливо засмутили невдачі людини, якого я терпіти не можу.
- 102. Часто я занадто швидко починаю гнівається на інших.
- 103. Іноді несподівано для себе я починаю впевнено говорити про такі речі, в яких насправді мало що тямлю.
- 104. Часто у мене такий настрій, що я готовий вибухнути з будь-якого приводу.
- 105. Я нерідко відчуваю себе млявим і втомленим.
- 106. Я люблю розмовляти з людьми і завжди готовий поговорити і зі знайомими, і з незнайомими.
- 107. На жаль, я часто дуже поспішно оцінюю інших людей.
- 108. Вранці я зазвичай встаю в хорошому настрої і нерідко починаю насвистувати або наспівувати.
- 109. Я не відчуваю себе впевненим у вирішенні важливих питань навіть після тривалих роздумів.
- 110. Виходить так, що в суперечці я чомусь - то намагаюся говорити голосніше свого опонента.

- 111. Розчарування не викликають у мене як - небудь сильних і тривалих переживань.
- 112. Буває, що я раптом починаю кусати губи або гризти нігті.
- 113. Найбільш щасливим я відчуваю себе тоді, коли буваю один.
- 114. Іноді мене долає така нудьга, що хочеться, щоб все пересварилися один з одним.

КЛЮЧ

шкала		кількість питань	Відповіді (за номерами питань)	
номер	Назва		Так	немає
I	невротичність	17	4, 5, 12, 15, 22, 26, 31, 41, 42, 57, 66, 72, 85, 86, 89, 105	49
II	спонтанна агресивність	13	32, 35, 45, 50, 64, 73, 77, 93, 97, 98, 103, 112, 114	99
III	депресивність	14	16, 24, 27, 28, 30, 40, 48, 56, 61, 74, 84, 87, 88, 100	-
IV	дратівливість	II	6, 10, 58, 69, 76, 80, 82, 102, 104, 107, 110	-
V	товариськість	15	2, 19, 46, 52, 55, 94, 106	3, 8, 23, 53, 67, 71, 79, 113

VI	врівноваженість	10	14, 21, 29, 37, 38, 59, 91, 95, 108, 111	-
VII	реактивна агресивність	10	13, 17, 18, 36, 39, 43, 65, 75, 90, 98	-
VIII	сором'язливість	10	9, 11, 20, 47, 60, 70, 81, 83, 109	33
IX	Відкритість	13	7, 25, 34, 44, 51, 54, 62, 63, 68, 78, 92, 96, 101	-
X	Екстраверсія інтроверсія	- 12	2, 29, 46, 51, 55, 76, 93, 95, 106, 110	20, 87
XI	емоційна лабільність	14	24, 25, 40, 48, 80, 83, 84, 5, 87, 88, 102, 112, 113	59
XII	Маскулінність фемінність	- 15	18, 29, 33, 50, 52, 58, 59, 65, 91, 104	16, 20, 31, 47, 84

Додаток Г

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи,
алекситимія

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	48	48	0	0	0	18	81	81	0	0	0
2	50	52	2	2	22	19	85	85	0	0	0
3	51	52	1	1	10	20	86	85	-1	1	10
4	54	55	1	1	10	21	87	89	2	2	22
5	60	60	0	0	0	22	87	88	1	1	10
6	61	63	2	2	22	23	88	87	-1	1	10
7	65	64	-1	1	10	24	89	90	1	1	10
8	66	66	0	0	0	25	95	95	0	0	0
9	66	66	0	0	0	26	95	96	1	1	10

Додаток Н

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи,
шкала Гамільтона для тривожності

N	Д о	Післ я	Зсу в d_i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву	N	Д о	Післ я	Зсу в d_i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву
1	15	15	0	0	2.5	18	22	20	-2	2	22.5
2	16	15	-1	1	11.5	19	23	21	-2	2	22.5
3	17	15	-2	2	22.5	20	23	22	-1	1	11.5
4	17	15	-2	2	22.5	21	23	22	-1	1	11.5
5	19	16	-3	3	29.5	22	23	22	-1	1	11.5
6	19	16	-3	3	29.5	23	23	22	-1	1	11.5
7	19	16	-3	3	29.5	24	24	22	-2	2	22.5
8	19	16	-3	3	29.5	25	25	22	-3	3	29.5
9	20	16	-4	4	33.5	26	25	24	-1	1	11.5

Додаток S

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, для шкали І (невротичність) опитувальника FPI

N	Д о	Післ я	Зсу в d _i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву	N	Д о	Післ я	Зсу в d _i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву
1	5	5	0	0	6.5	18	10	9	-1	1	23
2	5	5	0	0	6.5	19	10	10	0	0	6.5
3	5	5	0	0	6.5	20	11	10	-1	1	23
4	6	5	-1	1	23	21	12	10	-2	2	34
5	6	6	0	0	6.5	22	12	11	-1	1	23
6	6	6	0	0	6.5	23	12	11	-1	1	23
7	7	6	-1	1	23	24	12	12	0	0	6.5
8	7	6	-1	1	23	25	13	12	-1	1	23
9	7	6	-1	1	23	26	13	13	0	0	6.5

Додаток К

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, для шкали V (товариськість) опитувальника FPI

N	Д о	Післ я	Зсу в d _i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву	N	Д о	Післ я	Зсу в d _i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву
1	3	3	0	0	12	18	7	7	0	0	12
2	3	3	0	0	12	19	7	8	1	1	29
3	3	3	0	0	12	20	8	8	0	0	12
4	3	4	1	1	29	21	8	8	0	0	12
5	3	4	1	1	29	22	8	8	0	0	12
6	4	4	0	0	12	23	9	9	0	0	12
7	4	4	0	0	12	24	9	9	0	0	12
8	4	5	1	1	29	25	9	9	0	0	12
9	4	5	1	1	29	26	9	9	0	0	12

Додаток L

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, для шкали IX (відкритість) опитувальника FPI

N	Д о	Післ я	Зсу в d _i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву	N	Д о	Післ я	Зсу в d _i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву
1	3	4	1	1	26	18	6	7	1	1	26
2	3	4	1	1	26	19	6	7	1	1	26
3	4	4	0	0	9.5	20	6	7	1	1	26
4	4	4	0	0	9.5	21	7	7	0	0	9.5
5	4	4	0	0	9.5	22	7	8	1	1	26
6	4	4	0	0	9.5	23	7	8	1	1	26
7	4	4	0	0	9.5	24	7	8	1	1	26
8	4	5	1	1	26	25	8	8	0	0	9.5
9	4	5	1	1	26	26	8	8	0	0	9.5

Додаток М

Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, для шкали ХІ (емоційна лабільність) опитувальника FPI

N	Д о	Післ я	Зсу в d _i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву	N	Д о	Післ я	Зсу в d _i	Абс. знач. зсув у	Рангови й номер зсуву
1	5	5	0	0	7.5	18	10	10	0	0	7.5
2	5	5	0	0	7.5	19	10	10	0	0	7.5
3	5	5	0	0	7.5	20	11	10	-1	1	24
4	5	5	0	0	7.5	21	11	11	0	0	7.5
5	7	6	-1	1	24	22	11	11	0	0	7.5
6	7	6	-1	1	24	23	12	11	-1	1	24
7	7	6	-1	1	24	24	12	11	-1	1	24
8	7	6	-1	1	24	25	12	11	-1	1	24
9	8	7	-1	1	24	26	13	12	-1	1	24



Рівненська обласна рада

**КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО
"РІВНЕНСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ
ІМЕНІ ЮРІЯ СЕМЕНЮКА"
РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

вул. Київська, 78-г, м. Рівне, 33007, тел. (0362) 64-38-23, факс 64-33-02,
р/р UA793333910000026000054733618 в АТ КБ Приватбанк, код 02000010 МФО 333391,
e-mail: kzkrokl@gmail.com; сайт: <http://www.rokl.rv.ua>

11.10.2021 № 1923/01-15/21 На № _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Онісковець Богдани Іванівни «Психологічні особливості емоційних
станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця»
на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань
05 – соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 – психологія,
спеціалізація – медична психологія**

Видана Онісковець Богдані Іванівні в тому, що матеріали її дисертаційного дослідження за темою «Психологічні особливості емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця» на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки були впроваджені у практику роботи з пацієнтами зазначеної нозології, а саме у формі консультативної роботи, у врахуванні специфіки емоційних станів, їх класифікації та психокорекції.

Практичні здобутки даного дисертаційного дослідження успішно реалізуються у консультативно-психологічній роботі.

Отримані результати вказують на доцільність використання запропонованої Онісковець Б.І. програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця при проведенні лікувальних заходів.

Заступник директора КП "РОКЛ
ім. Ю. Семенюка" РОР з питань
реформування надання медичної допомоги,
Голова Асоціації ортопедів-травматологів
Рівненської області,
Заслужений лікар України,
доктор медичних наук



Валентин ШОНТКОВСЬКИЙ



Управління охорони здоров'я
Рівненського міського виконавчого комітету
Комунальне некомерційне підприємство
«ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» Рівненської міської ради
33018 м. Рівне, вул. Миколи Карнаухова, 25 "а" тел. (0362) 63-79-41 тел/факс (0362) 64-40-87
e-mail: rivnecml@gmail.com КОД ЄДРПОУ 02000085

01.10 2021р.

№ 1-8/62235

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Онісковець Богдани Іванівни «Психологічні особливості емоційних станів
жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця» на здобуття
наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 - соціальні та
поведінкові науки за спеціальністю 053 - психологія, спеціалізація-
медична психологія

Практичне значення представлених результатів дисертаційної роботи Онісковець Богдани Іванівни полягає у використанні на практиці розробленого авторкою комплексу заходів психокорекції емоційних станів осіб з ішемічною хворобою серця, який мав різні цілі та змістовне наповнення та був спрямований на покращення психоемоційних характеристик даних осіб.

Встановлені компоненти психоемоційного стану пацієнтів літнього віку хворих на ІХС, дозволили цілеспрямовано впливати на патогенетичні чинники їх розвитку, що сприяло зменшенню їх рівня завдяки спеціальним психокорекційним та психопрофілактичним заходам, що розробила дисертантка.

Деякі вправи та техніки з нормалізації психоемоційного стану, формування навичок саморегуляції були безпосередньо використані нашими співробітниками при лікуванні пацієнтів, що мають відповідне захворювання.

Проведений аналіз та розроблені на його базі пропозиції щодо стабілізації емоційних станів таких пацієнтів будуть використані в подальшій практичній діяльності.

Заслужений лікар України,
кандидат медичних наук,
головний лікар КНП «ЦМЛ» РМР



Євгеній КУЧЕРУК



УКРАЇНА
ДЕПАРТАМЕНТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
“РІВНЕНСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ”
РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
33018, м. Рівне, вул. Миколи Карнаухова, 53 тел. 63-49-08, факс (0362), 63-55-34, 62-09-12.
E-mail: academy@rma.edu.ua , m_college@icc.rv.ua

27.10.2021 №722

Довідка
про апробацію та впровадження результатів дисертаційного дослідження
Онісковець Богдани Іванівни
“Психологічні особливості емоційних станів жінок літнього віку,
хворих на ішемічну хворобу серця”,
що подається до захисту за спеціальністю
19.00.05 - Соціальні та поведінкові науки

Цією довідкою засвідчуємо, що в освітній процес підготовки майбутніх медичних сестер медико-фармацевтичного факультету КЗВО “Рівненська медична академія” були впроваджені результати дисертаційного дослідження Онісковець Богдани Іванівни.

Автором проведено науковий аналіз проблеми емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. Спираючись на результати теоретичного аналізу психологічних особливостей жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. Можемо стверджувати, що важливим є врахування не лише особистісних характеристик, але і певних емоційних станів. Обрані методи та методики сприяють комплексному вивченню компонентів психоемоційного стану пацієнтів похилого віку, хворих на ІХС. Це дозволило удосконалити методику викладання професійно-зорієнтованих дисциплін та підвищити мотивацію студентів до навчання на медико-фармацевтичному факультеті, а відтак і покращити якість їх підготовки.

Запропоновані Б.І. Онісковець матеріали заслуговують на увагу в теоретичному і методичному аспектах та свідчать про доцільність їх використання в освітньому процесі підготовки майбутніх фахівців вищої школи.

Довідку розглянуто та затверджено на засіданні Вченої ради (протокол №2 від 18.10.2021 року).

Ректор, голова Вченої ради,
професор, доктор медичних наук,
Заслужений лікар України

Ростислав САБАДИШИН



Додаток Q

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар
ЛП "Рохівський психіатричний госпіталь" керівник закладу
 в якому проводиться впровадження
Шульга Р.П.
 "13" листопада 2020р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод, профілактики, діагностика, лікування, приладу, форма організаційної роботи та інше) Психологічна реабілітація емоційних станів людей літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця
2. Ким і коли запропонований Комплексний заклад Висоцької Рівнянської медичної академії
 (Найменування установи, автор, № авт. свідоцтва та № рац. пропозиції)
Олександр Миколайович Волонський
3. Джерело інформації (мет. рекомендації, інформаційний лист, звіт по НДР, дисертації, монографії, з'їди, семінари та інше) спробація та впровадження розробок дисертаційного дослідження
4. Де і коли впроваджено ЛП "Рохівський психіатричний госпіталь"
 (найменування лікарняного закладу, дату початку впровадження) 10.12.20
5. Загальна кількість спостережень: 20
6. Результати застосування методу за період з 18.10.20 по 11.12.20,
 позитивні (кількість спостережень) 12,
 невизначені (кількість спостережень) 5,
 негативні (кількість спостережень) —.
7. Ефективність впровадження 85%
8. Зауваження, пропозиції Методи та методики сприяють комплексному вивченню комплексів психоемоційного стану пацієнтів літнього віку хворих на ІХС.

Дата "13" листопада 2020 рік.

Підпис

Відповідальний за впровадження

Додаток R

**УКРАЇНЬСЬКА
ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**
Україна, 01015 м. Київ, вул. Московська 45/1 корпус 33
Тел./факс: (044) 280 00 34
E-mail: umm@i.kiev.ua



**UKRAINIAN
MILITARY MEDICAL ACADEMY**
45/1, c. 33, Moskovska str., Kyiv, 01015, Ukraine.
Phone/fax: 38 (044) 280 00 34
E-mail: umm@i.kiev.ua

“ ” 2021 р.

№ _____

ДОВІДКА

**про апробацію та впровадження результатів дисертаційного
дослідження**
Онісковець Богдани Іванівни
**«Психологічні особливості емоційних станів жінок літнього віку,
хворих на ішемічну хворобу серця» ,**
що подається до захисту за спеціальністю
19.00.05- Соціальні та поведінкові науки

Результати наукового пошуку Онісковець Богдани Іванівни з проблеми емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця були апробовані та впроваджувалися в освітньо-виховний процес

На основі проведеного теоретичного аналізу наукових досліджень проблематики нами виявлено, що на формування конкретних станів можуть впливати біологічні, соціальні та особистісні фактори.

Було визначено, що компоненти психоемоційних станів пацієнтів з ІХС складаються з комплексу психофізіологічних чинників. З'ясовано, що поряд із тривалим емоційним перенапруженням значну роль при захворюванні на ІХС літніх жінок відіграють гостра та хронічна травматизація психіки, психоемоційні розлади, найбільш значущими серед яких є депресивні та тривожно-фобічні. Крім того, при депресії мають місце такі поведінкові чинники, як небажання пацієнтів приймати медикаментозні препарати та дотримуватись призначеного режиму.

Українська військово-медична академія
№ 533/1704 від 15.12.2021 14:10:16 арк. 1/



Виходячи із отриманих даних було підібрано відповідні до них методики для визначення кількісної оцінки (опитувальники) та проведені опитування. Опитування проводились на засадах повної анонімності. Компоненти психологічного стану при ІХС складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів (тривога, депресія, астения, ворожість), клінічні прояви ІХС та супутні зміни психоемоційної сфери; особистісні особливості, зокрема, агресивність, а також тривожність, невротичність і депресивність в структурі особистісних характеристик.

Теоретичні положення Онісковець Богдани Іванівни показали високу ефективність.

З повагою

Начальник Української
військово-медичної академії
доктор медичних наук, професор



Валерій САВИЦЬКИЙ