

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЛІНГВІСТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра психології і туризму**

**Кваліфікаційна робота магістра
на тему:
«Особливості ціннісно-сміслової сфери особистості в умовах хронічної
соматичної хвороби»**

*Допущено до захисту
«___» _____ 2023 року*

Студентки (та) групи ПС 01-22
факультету туризму, бізнесу і
психології освітньої програми
Психологічні дослідження і
консультування
за спеціальністю 053 Психологія
Мазур Вероніки Віталіївни

Завідувач кафедри
психології і туризму
доктор психологічних наук, проф.
Бондаренко Олександр Федорович

Науковий керівник:
доктор психологічних наук,
професор Бондаренко Олександр
Федорович

Національна шкала _____
Кількість балів _____
Оцінка ЄКТС _____

**MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
KYIV NATIONAL LINGUISTIC UNIVERSITY
Chair of Psychology and Tourism**

**Master's Degree in Psychology
on the topic:
«Peculiarities of the value-meaning sphere of the personality in conditions of
chronic somatic illness»**

*Admitted to the defense of a thesis
«___» _____ 2023*

Student of group *PS 01-22*
Department of *Business, Tourism
and Psychology*
Educational and professional program
Psychological research and
counseling
Speciality *053 Psychology*
Mazur Veronika Vitalyivna

Head of a chair
of Psychology and Tourism,
Doctor of Psychology, professor
Bondarenko Oleksandr Fedorovych

Research Adviser:
Doctor of Psychology, professor
Bondarenko Oleksandr Fedorovych

National scale _____ Scores
ECTS _____

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЦІННІСНО-СМИСЛОВОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ У ОСІБ З НАЯВНИМИ ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ХВОРОБАМИ.....	10
1.1 Теоретичні та методологічні основи вивчення ціннісно-смыслової сфери особистості.....	10
1.2 Особливості впливу хронічної соматичної хвороби на ціннісно-смыслову сферу особистості. Методологічні та теоретичні основи вивчення ставлення до хвороби.....	19
1.2.1 Особливості переживання хронічного соматичного захворювання і його вплив на ціннісно-смыслову сферу.....	20
1.2.2 Ставлення до хвороби та внутрішня картина хвороби.....	26
1.2.3 Психологічні особливості картини хронічного соматичного захворювання.....	36
1.3 Висновок до першого розділу.....	41
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЙОГО МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ З ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ ХРОНІЧНОЇ СОМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ НА ЦІННІСНО-СМИСЛОВУ СФЕРУ ОСОБИСТОСТІ.....	44
2.1 Організація та методологічне обґрунтування емпіричного дослідження особливостей ціннісно-смыслової сфери особистості в умовах хронічної соматичної хвороби.....	44
2.2 Характеристика вибіркової групи дослідження.....	48
2.3 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження особливостей хронічної соматичної хвороби як чинника впливу на ціннісно-смыслову сферу.....	52
2.4 Висновок до другого розділу.....	69
ВИСНОВКИ.....	73

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	87
АНОТАЦІЇ.....	92

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Хронічні соматичні захворювання, такі як цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, рак та інші, стають все поширенішими у сучасному суспільстві. Це створює термінову потребу у вивченні впливу соматичних хвороб на психологічний стан і якість життя пацієнтів, так вони не тільки фізично впливають на організм, але й мають значущий психологічний вплив на людину. Соматичні захворювання в деяких випадках призводять до зміни психічних структур особистості, зміни ціннісних орієнтирів та світоглядних установок, підвищення ціннісної дезінтеграції, зміни виразності показників усвідомленості.

Проблема ціннісно-сислової сфери у кризовій ситуації посідає значне місце серед психологічних досліджень (О.В. Москаленко, Г.В. Чуйко, О.О. Киричук, І.О. Красильников, Я.В. Чаплак, Л.І. Матвієнко, П.О. Севост'янов, Г.В. Чайка, С.Л. Рубінштейн, О.М. Леонтьєв, Б.С. Братусь та інші). У цьому напрямку особливу увагу заслуговують дослідження смислової сфери у людей з різними захворюваннями. Питання вивчення особливостей ціннісно-сислової сфери особистості з хронічними соматичними захворюваннями є актуальним у контексті сучасності, оскільки дослідження процесів переживання хвороби, становлення внутрішньої позиції особистості, самоідентифікації, «Я»-концепції на фоні хронічного соматичного захворювання надає можливість розуміння особистісної специфіки та смислових змін у структурі особистості, викликаних захворюванням (Чайка, 2015).

Дослідження в галузі ціннісно-сислової сфери особистості надає можливість розширити наше розуміння взаємозв'язку психологічних факторів і фізичного здоров'я. Це сприяє розвитку психологічної науки та розширенню практичних можливостей для психологічної підтримки.

Як вказують С.Д. Максименко та Н.Ф. Шевченко Максименко (2007), соматичне захворювання належить до тих чинників, які впливають на зміну психічного стану людини, її ставлення до навколишнього середовища, на зміну структури її самооцінки, нерідко спричиняють передчасну як фізичну, так і психічну інвалідизацію. У ситуації захворювання людина формує своє власне ставлення до нових обставин життя і до самої себе у цих обставинах, тобто внутрішню картину хвороби.

Майже не розробленим на сьогоднішній день є питання переживання хронічного соматичного захворювання і його вплив на ціннісно-смыслову сферу. Таким чином, актуальність даної роботи в практичному аспекті пов'язана з необхідністю розробки адекватних способів діагностики та психологічної допомоги хворим на хронічні соматичні захворювання. Саме тому, є необхідним вивчення особливостей ціннісно-смыслові сфери і, виходячи з цього, подальша розробка способів психологічної підтримки, та реабілітації, яка враховує особливості ціннісно-смыслові сфери пацієнтів.

З огляду на перелічені вище фактори, дана робота відіграє важливу роль у вивченні і розумінні психологічних аспектів хронічних соматичних хвороб та сприяє розробці ефективних стратегій підтримки пацієнтів у важких життєвих обставинах.

Отже, теоретична і практична значущість проблеми обумовлює вибір теми дослідження.

Об'єкт дослідження – ціннісно-смылова сфера особистості.

Предмет дослідження – особливості впливу хронічної соматичної хвороби на ціннісно-смылову сферу особистості.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив хронічної соматичної хвороби на ціннісно-смылову сферу особистості.

У зв'язку з поставленою метою сформульовані такі **завдання даного дослідження**:

1. Здійснити науковий аналіз проблеми впливу хронічної соматичної хвороби на ціннісно-смыслову сферу особистості.
2. Теоретично вивчити та емпірично дослідити соціально-психологічні особливості людей із соматичними захворюваннями.
3. Підібрати та обґрунтувати доцільність психодіагностичного інструментарію для дослідження ціннісно-смыислової сфери особистості з хронічними соматичними захворюваннями.
4. Провести емпіричне дослідження з визначення зв'язку між якістю життя пацієнтів із хронічними хворобами та їх ціннісно-смыисловою сферою; провести кількісний та якісний аналіз результатів.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що ціннісно-смыслова сфера особистості і ставлення до здоров'я є взаємозумовленими чинниками в ситуації хронічного соматичного захворювання.

Теоретико-методологічна основа дослідження.

В якості теоретико-методологічної основи даної роботи виступають такі ідеї авторів як: В. Н. Мясищев, О.М. Леонтьєв, З.Г. Ананьєв, Л.С. Виготський, С.Л. Рубінштейн, Б.С. Братусь, С.Д. Максименко, О.В. Москаленко, Т.С. Гурлева, Г.В. Чуйко, О.О. Киричук, І.О. Красильников, В.М. Педоренко, Я.В. Чаплак, Лазарук А., Л.І. Матвієнко, П.О. Севост'янов, Г.В. Чайка, В.А. Ядов, А. Адлер, Д. Рісмен, Е. Фромм, А. Маслоу, М. Рокич, С. Франкл та інші.

Для вивчення даної проблеми використовували такий **комплекс методів дослідження:**

- теоретичні – вивчення та аналіз наукової літератури, синтез, порівняння, узагальнення і систематизація отриманої інформації з метою зіставлення різних поглядів науковців на вплив хронічної соматичної хвороби на ціннісно-смыслову сферу особистості;
- емпіричні – психологічні методики поглибленої діагностики психологічних особливостей особистості дорослих людей, психодіагностичні методи, спостереження, бесіда;

– статистичні – методи математико-статистичної обробки результатів.

Методики дослідження:

1. Опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО), в адаптації В. П. Зайцева (Зайцев, 1981).
2. Опитувальник «Ставлення до здоров'я» за авторством Р. Березовської (Березовская & Никифоров, 2001).
3. Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire–PHQ-9).
4. Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж.Роттера (адаптація Бажина Є.Ф., Голинкін С.А., Еткінда А.М.); Опитувальник оцінки якості життя (SF-36) (Туриніна, 2007).
5. Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25) (автори Н.А. Николаєва та Ю.П. Скирденко) (Nikolaev & Skirdenko, 2017).

Теоретична значущість даної роботи полягає у розширенні та поглибленні знань про ціннісно-сміслову сферу при хронічних соматичних хворобах особистості.

Практична значущість полягає у прикладному характері виконаної роботи, що виявляється у виявленні особливостей ціннісно-сміислової сфери при хронічних соматичних хворобах особистості.

Емпірична основа. Дослідження проводилось на базі комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №3» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). В дослідженні брали участь пацієнти, що склали загальну кількість 41 досліджуваних, з них 8 – жіночої статі, 33 – чоловічої статі віком від 38 до 83 років.

Апробація. Результати дослідження представлені на Міжнародній науково-практичній відеоконференції «Ad orbem per linguas. До світу через

мови», яка відбулася 18-19 травня 2023 року, у публікації під назвою «Features of the values and meaning's sphere of the personality in terms the conditions of chronic somatic disease».

Структура роботи. Дослідження складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЦІННІСНО-СМИСЛОВОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ У ОСІБ З НАЯВНИМИ ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ХВОРОБАМИ

1.1 Теоретичні та методологічні основи вивчення ціннісно-смыслової сфери особистості

Ціннісно-смыслова сфера – це базове ядро особистості, що визначає ставлення людини до себе, свого життя та оточуючих. Психологічним базисом ціннісно-смыслових орієнтацій людини виступає багатогранна структура потреб, мотивів, інтересів, цілей, ідеалів, переконань, світогляду, що утворюють спрямованість особистості та виражають соціально-детерміноване відношення індивіда до оточуючої дійсності. Більшість науковців трактують ціннісно-смыслові орієнтації як центральну позицію людини, що впливає на спрямованість і зміст соціальної активності, загальний підхід до оточення та самого себе, надають сенс і напрямок діяльності людини, визначають його поведінку і вчинки (Moscovici, 2000).

Вперше питання про цінності було поставлено Сократом, який зробив його центральним пунктом своєї філософії і сформулював його як питання про те, що є благо. Благо є реалізована цінність – корисність. Тобто цінність і корисність – дві сторони однієї медалі (Кавалеров, 2002).

До функцій цінностей можна віднести: 1) формування інтересів, мотивів та цілей; 2) цінності як регулятори та критерії оцінки вчинків людей – у житті людини і суспільства цінності визначають напрями, зразки діяльності. Будучи орієнтирами, вони постають у формі *ідеалів* – вільно прийнятих зразків поведінки, прообразів досконалих предметів, які орієнтують людину на піднесення над буденною реальністю; 3) служать для пізнання сутності людини, справжнього сенсу її життя (Медянова, 2013). Формування особистісної ціннісної структури індивіда виступає найважливішим чинником

процесу соціалізації, з якого людина стає повноправним членом суспільства у всій повноті соціальних взаємин (Гаврилюк & Трикоз, 2002).

Концепція ціннісно-сислової сфери Д.А. (2000) Леонтьєва описує індивідуальні цінності як компонент ціннісно-мотиваційної сфери особистості, як наслідок процесу інтеріоризації соціальних цінностей. Система ціннісних орієнтацій перебуває у центрі змістовних взаємовідносин особистості із середовищем і визначає потребнісно-мотиваційний вектор соціальної поведінки людини.

Ціннісно-мотиваційна сфера особистості є особливим психологічним феноменом, який детермінує всі форми активності у процесі життєдіяльності людини. Найбільш універсальне визначення, як видається, можна знайти у А. Шопенгауера (1989), який ціннісно-мотиваційну сферу особистості розглядав як «уся наявна у певної людини сукупності мотиваційних утворень; диспозицій (мотивів), потреб та цілей, аттитюдів, поведінкових патернів (стійка модель поведінки живих індивідів), інтересів та інших мотиваційних факторів» (с. 357).

Таким чином, головним фактором, що визначає поведінку людини у всьому її різноманітті проявів, виступає ціннісно-мотиваційна сфера. А ціннісно-сислова сфера, у свою чергу, є складна структурована система переконань, яка конструюється на основі цих цілей, світогляду, мотивів під впливом соціокультурного середовища, в якому вона функціонує.

Незважаючи на досить тривалий період вивчення, в сучасній науці немає однозначного уявлення про ціннісно-сислову сферу. Як у вітчизняній психології, так і в зарубіжній спостерігається велика кількість підходів до розуміння даного феномену. Така ситуація обумовлюється, з одного боку, його значимістю для дослідження особистості, у більшості досліджень ціннісно-сислова сфера представляється як центральна ланка особистості, її «ядро», що задає спрямованість життєдіяльності людини та є визначальним для становлення концепції «людина – світ» (Матвієнко, 2016). З іншого боку, плюралізм думок щодо вивчення ціннісно-сислової сфери пов'язані з

багатоаспектністю поняття. Так, серед питань, яким приділяють увагу дослідники, можна виділити такі: *яка природа ціннісно-сміслових утворень, які структурні елементи можна виділити у ціннісно-смісловій сфері людини та в чому особливості її функціонування.*

Поняття смислу та ціннісно-сміислової сфери є інтегративним для психологічного вираження уявлень про внутрішній світ людини і займає центральне місце в багатьох психологічних дослідженнях (О.В. Москаленко, Т.С. Гурлева, Г.В. Чуйко, О.О. Киричук, І.О. Красильников, В.М. Педоренко, Я.В. Чаплак, Лазарук А., Л.І. Матвієнко, П.О. Севост'янов, Г.В. Чайка, С.Л. Рубінштейн, О.М. Леонтьєв, Б.С. Братусь, Ф.Є. Василюк та ін). Наявність великої кількості досліджень вищезазначеного феномену призвела до того, що в сучасній психології не спостерігається єдиного погляду на проблему, а також наявна велика кількість синонімічних понять. Визначимо деякі з них: «ціннісні орієнтації» (Рокич, 1973), «смісложиттєві орієнтації», «мотиваційно-сміслова сфера», «сміслова сфера особистості», «сміслові системи», «сміслові утворення», «особистісні смисли» (О.М. Леонтьєв, 2009), «узагальнені сміслові утворення» (Б.С. Братусь, 1988), «сміслове поле» (Г. В. Біренбаум та Б.В. Зейгарник, 1988).

У психологію поняття смислу увійшло з філософії та мовознавчих наук, вперше воно було використане Зигмундом Фрейдом, який згодом відмовився від його використання. У вітчизняній психології поняття смислу, саме особистісного смислу пов'язано, передусім, з ім'ям О.М. Леонтьєва. Поняття смислу за О.М. Леонтьєва (2009) виникло в рамках зоопсихології та еволюційної психології. Розглядаючи сміслові механізми у тварин та людини, вчений говорить про «біологічний смисл» у тварин та «свідомий смисл» у людини.

У структуру ціннісно-сміислової сфери людини включено два основні елементи: *ціннісні орієнтації та система особистісних смислів.* У літературі

два цих елементи міцно пов'язуються з поняттям *особистість*, оскільки тісно стикаються з вивченням людської поведінки та спонукань (Москаленко, 2013).

Цінності та смисложиттєві орієнтації є похідними культури і нерозривно з нею пов'язані, вони присвоюються особистістю в процесі її соціалізації та стають стійкими регуляторами поведінки, саме вони сильно впливають на формування адаптаційного та інноваційного потенціалу особистості. Про це писали багато вітчизняних психологів, такі як Л.С. Виготський, А.Р. Лурія, С.Л. Рубінштейн, О.М. Леонт'єв та багато інших (Севост'янов, 2017).

Теоретичний аналіз інформації щодо проблеми ціннісно-сміслової сфери, ми будемо розглядати, в рамках визначення таким поняттям як: «*ціннісні орієнтації*», «*сміслові орієнтації*», «*смісл*», «*усвідомленість*».

Ціннісні орієнтації в психології розглядаються як елементи структури особистості, що характеризують змістовну форму її спрямованості: найбільш важливе, суттєве, для людини в результаті набуття цінностей фіксується у формі ціннісних орієнтацій (Лазарук, 2003).

На основі соціального статусу особистості формуються системи соціальних ролей та ціннісних орієнтацій. Статус, ролі та ціннісні орієнтації, утворюючи первинний клас особистісних властивостей, які визначають особливості структури та мотивації поведінки людини, що формують характер та схильності людини (Савчин & Василенко, 2009). У цій концепції ціннісні орієнтації виступають як одне з центральних ланок розвитку особистості людини.

У теорії самоактуалізації А. Маслоу (1982) всі люди, що самоактуалізуються, прагнуть до більш повного виявлення та розвитку своїх особистісних можливостей, яка є найвищим ступенем в ієрархії потреб. А. Маслоу (1982) стверджував, що вищі потреби можуть спрямовувати поведінку індивіда лише тоді, коли задоволені його нижчі потреби, тобто прагнуть до реалізації «життєвих» цінностей, які виступають як потреби необхідні життя. Отже, ціннісні орієнтації відзначаються як компонент структури особистості

людини, виконують регулюючу функцію поведінки, що виявляється в діяльності людини.

Незалежно один від одного ряд авторів розрізняють два класи цінностей: *термінальні*, тобто цінності – мети життєдіяльності, та *інструментальні*, тобто цінності – принципи життєдіяльності (варто відзначити, що по суті виведення термінальних та інструментальних цінностей відтворює вже досить традиційне розрізнення цінностей-цілей та цінностей-засобів) (Rokeach, 1973). Американський психолог М. Рокіч (1973), творець методики, присвяченої ціннісним орієнтаціям, визначає *термінальні цінності* як переконання в тому, що «якась мета індивідуального існування з особистої та суспільної точок зору варта того, щоб до неї прагнути» (прикладом можуть бути такі термінальні цінності як матеріально забезпечене життя, впевненість у собі, любов), а інструментальні цінності – що «якийсь спосіб дій є з особистої та суспільної точок зору кращим у будь-яких ситуаціях» (прикладом можуть бути такі інструментальні цінності як чесність, старанність, життєрадісність) (Rokeach, 1973).

Також серед зарубіжних концепцій ціннісних орієнтацій особистості можна виділити теорію універсального змісту та структури цінностей Ш. Шварца та У. Більськи (1994). Концепція Ш. Шварца (1994) відображає думку, згідно з якою основу будь-якої ціннісної орієнтації становлять бажані, внеситуативні цілі, які, у свою чергу, відрізняються за ступенем значущості, а також спонукають людину до дії.

Аналізуючи різні підходи авторів можна визначити такі ознаки ціннісних орієнтацій: 1) обмеженість кількості цінностей, присутня лише їх варіації виразності у кожній людині; 2) системність організації цінностей; 3) вплив культури та навколишнього соціального середовища при формуванні цінностей у розвитку; 4) відображення у поведінці, відносинах та діяльності; 5) включеність у структуру потребнісно-сміслової сфери.

Смислові орієнтації або особистісні смисли. Поняття про «особистісні смисли» є дуже об'ємним і зустрічається у багатьох гуманітарних науках. У психології поняття особистісного смислу, як і поняття ціннісних орієнтацій, пов'язане розвитком та гармонійним становленням особистості в цілому (Гурлева, 2018).

У науковій психології поняття смислу вперше було представлено у *психодинамічному напрямку* у контексті дослідження смислових основ психіки людини. Вчені обґрунтували двоїсту та суперечливу природу індивідуального смислу як суб'єктивного заломлення обставин життя людини, різноманітні прояви якого пов'язані з реалізацією цілей в індивідуальній, соціальній та духовній сферах життя (представники - З. Фрейд, А. Адлер, К. Юнг, К. Хорні, Е. Еріксон та інші) (Strauman, 1994).

В теорії А. Адлера поняття смисл було однією з центральних. Він вважав, що людина має на меті і прагне до певних смислів, що знаходить відображення у його стилі життя. Спираючись на його теорію, ми говоримо про важливості в житті людини наявності певних цілей та смислів, та їх реалізації у соціумі. А. Адлер вважав, що смисл особистості виникає мимоволі та неминуче (McCord et al., 1956).

У руслі *соціально-когнітивного підходу* до вивчення особистості смислові внутрішньоособистісні процеси досліджуються в контексті взаємного детермінізму середовища, поведінки та особистісних характеристик, в яких провідна роль належить соціально-когнітивним процесам, що визначають встановлення зовнішніх і внутрішніх смислових зв'язків через саморегуляцію та самоконтроль особистості (такі представники як А. Бандура, Дж. Келлі, Дж. Роттер, Л. Фестінгер, Ф. Хайдер та інші) (Турбан, 2021).

Екзистенційна психологія розглядає категорію сенсу як сутнісну імпліцитно задану характеристику особистості, в розумінні якої акцентується різноманітність проявів внутрішнього світу особистості в аспекті взаємин з навколишньою реальністю, в екзистенційній парадигмі реалізує власний вибір

відповідно до існуючої глибинної потреби в смисловій орієнтації (Дж. Бьюдженталь, С. Мадді, У. Франкл, А. Ланге, І. Ялом та інші) (Maddi, 1998).

Докладно розроблено уявлення про смисл як життєве завдання австрійським психологом і засновником логотерапії В. Франклом. На його думку, у природі людини закладено прагнення до смислу, це вроджена мотиваційна тенденція (ціннісно-мотиваційна сфера особистості), а відсутність смислу є для нього найголовнішим стресом: воно породжує стан, який називається Франклом екзистенційним вакуумом, який є причиною, що породжує в широких масштабах специфічні «ноогенні неврози». Смисл, на думку австрійського психолога не існує сам по собі, без прив'язі до певної людини або ситуації, його не можна штучно вигадати. Франкл стверджує, що саме пошук смислу є головною силою життя людини, основним двигуном поведінки та розвитку особистості; він унікальний і, відповідно, може бути здійснений лише однією людиною саме в той момент, коли вона сама зрозуміє, в чому ж він полягає (Frankl, 1971).

За словами О.М. Леонтьєва (2009), особистісний смисл пов'язує з реальністю життя в цьому світі, з його мотивами. Особистісний зміст і створює упередженість людської свідомості. Тобто особистісні змісти завжди мають суб'єктивний характер.

Таким чином, смисл постає як центральне життєве підґрунтя особистості, усвідомлення якого обумовлено націленістю особистості на втілення цінностей, психологічний зміст яких визначається індивідуальною своєрідністю психосоціальних та соціокультурних детермінант становлення особистості. Варіативність детермінованих процесів, в силу їх множинної зумовленості, визначає включеності особистості до різноманітних життєвих контекстів, що актуалізує важливість виділення домінуючих відносин, які, будучи ціннісними та смислоутворюючими, знаходять своє здійснення у ціннісно-смислових утвореннях особистості.

Усвідомленість. Феномен усвідомленості перебуває над поняттями «цінність» і «смысл», займаючи вище становище. Як цінності так і смисли, на думку різних авторів можуть бути усвідомлені людиною або можуть бути приховані. *Усвідомленість* – це складова характеристика організації психічної діяльності, що базується на контролі уваги та обмеження розумового та емоційного автоматизму; характеризується збільшенням поінформованості про поточні психічні та фізіологічні процеси (Меднікова, 2002).

Говорячи про усвідомленість, «відрефлексованість» найбільш загальних смислових утворень, Б.С. Братусь (1988) використовує поняття «особистісні цінності», відрізняючи їх від особистісних смислів, які, на його думку, далеко не завжди мають усвідомлений характер. За його словами, особистісні цінності – це усвідомлений та прийнятий людиною загальний смисл його життя (Братусь, 1988).

У роботах Д. Канеман (2011) (2011) усвідомленість передбачає здатність безоціночно, предметно та буквально сприймати різноманітність змісту подій, що переживаються, і явищ як внутрішню репрезентацію життєвого досвіду, відображену в об'єктивній реальності.

С. Р. Бішоп (2013) зазначає, що усвідомленість дозволяє посилити розпізнавання психічних подій, що відбуваються в даний момент, доповнюючи внутрішню картину світу переживанням суб'єктивності що відбувається. У його роботах структура усвідомленості включає дві складові. Перша розуміється як саморегульованість, гнучкість, безперервність уваги, а також контроль, що забезпечує гальмування когнітивних процесів переробки. Друга складова свідомості передбачає орієнтацію на поточні враження, відкритість новому досвіду, диференціацію когнітивного та афективного досвіду.

Зарубіжними дослідженнями виявлено, що для людей із високою ступенем усвідомленості, характерна ефективніша регуляція емоційних реакцій. Усвідомленість пов'язана як із безпосереднім сприйняттям стимулів, і з рефлексією психічних станів.

Таким чином, усвідомленість є активним станом свідомості, спрямоване на раціональне сприйняття подій психічного життя, має структуру і безпосередньо пов'язана з когнітивними процесами.

Отже, теоретичний огляд ціннісно-сислової сфери дозволив зробити такі **висновки**:

Як зазначено вище, у вітчизняній та зарубіжній психології тематикою ціннісно-сислових орієнтацій присвячено безліч робіт. У західній психології проблема смислу знайшла своє відображення у різних контекстах розуміння сутності людини, а у вітчизняній – у різних аспектах вивчення властивостей особистості. Спрямованість, яка виступає як смислове ставлення людини до оточуючої її об'єктивної дійсності, виділялася як її основна характеристика.

Таким чином, психологічний аналіз ціннісно-сислової сфери особистості виявляє її багатосторонню сутність як складноорганізованої, ієрархічної структури, що вбирає специфічні змістовні характеристики усвідомлення особистістю внутрішнього і навколишнього світу, суті власного «Я», свого минулого, сьогодення і майбутнього.

Інтегруюча роль ціннісно-сислових утворень особистості постає в єдності характеристик суб'єктивності, цілісності, усвідомленості, вибірковості, структурованості, ієрархічності, динамічності, які задають індивідуальний контекст розвитку ціннісно-сислової сфери особистості за допомогою різнорівневих за змістом та структурою механізмів рефлексії, інтеріоризації, екстеріоризації, адаптації, конформізму, самовизначення, саморозвитку, соціалізації, індивідуалізації.

Становлення та розвиток ціннісно-сислової сфери особистості обумовлено взаємозв'язком об'єктивно-змістовних та суб'єктивно-особистісних процесів, внаслідок яких відбувається трансформація як особистісно-сислових утворень, так і соціальних цінностей та смислів. Механізми розвитку ціннісно-сислової сфери особистості відображають внутрішній рух до образу життєдіяльності, перспектив і цілей життя, моделей поведінки та діяльності, що

забезпечують як стратегічну, так і ситуативну саморегуляцію смислового ставлення особистості до власного життя в цілому.

Тому ми вважаємо обґрунтованим розглядати ціннісно-смилову сферу як особливий внутрішньо-особистісний процес, сутність якого полягає в особистісно-смиловому визначенні людиною самого себе в різних контекстах поведінки, діяльності, взаємодії та в інтеграції цих уявлень про єдиний ціннісно-смиловий простір життєдіяльності.

1.2 Особливості впливу хронічної соматичної хвороби на ціннісно-смилову сферу особистості. Методологічні та теоретичні основи вивчення ставлення до хвороби

Ціннісно-смилова сфера і сенс життя виступають як важливий чинник, що впливає на ставлення до хвороби. Ця проблема є актуальною через наявність у соціально-демографічній структурі суспільства значної кількості осіб, які перебувають у ситуації хронічного захворювання, що підтверджується даними ВООЗ. Хронічні захворювання мають високе поширення незалежно від віку та регіону. До найпоширеніших хронічних захворювань належать: ішемічна хвороба серця, цукровий діабет та хронічні захворювання дихальних шляхів (Cueto et al., 2019).

Соматичне захворювання, як нестандартна ситуація, значно впливає на активне переосмислення моральних та ціннісних переконань, зміну емоційних станів, реорганізацію міжособистісних відносин, а також сприяє появі нових схильностей та інтересів, а також визначенню нових перспектив життя та смисложиттєвих орієнтацій особистості.

Проблема співвідношення особистості та хвороби включає два аспекти: з одного боку, роль особистості в етіології захворювання та адаптації, з іншого боку, психогенні та соматогенні процеси, що виникають у хворого внаслідок тяжких захворювань, які призводять до змін особистості.

У різний час ця проблема ставала предметом вивчення багатьох авторів у рамках психологічної науки, при цьому з'явилися такі поняття як «аутопластична картина хвороби» (А. Гольдшейдер, 1926), «реакція адаптації» (Е.А. Шевальов, 1936), «позиція до хвороби» (Л.П. Фрумкін та І.А. Мізрухін, 1970), «переживання хвороби» (В.В. Ковальов, 1972), «свідомість хвороби» (А.С. Познанський, 1966). Багато авторів, які займалися даною проблематикою наголошують на важливості вивчення суб'єктивної сторони захворювання, роль психічних факторів у походженні, перебігу та лікуванні хронічних соматичних захворювань, і водночас впливу хронічних соматичних захворювань на психіку (С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко, Н.Є.Тараненко, В.Є. Каган, В. М. Смірнова, Ф.Е. Василюк, Е. Десі, Р. Райана, В.В. Ніколаєва, О.І. Богучарова, В. Н. Мясичев, В.В. Дунаєвський, В.Д. Менделевич, Р. Кінцевий, М.В. Вагайцева та інші).

1.2.1 Особливості переживання хронічного соматичного захворювання і його вплив на ціннісно-смыслову сферу

Сучасний стан проблеми особистості в ситуації хронічного соматичного захворювання вимагає розгляду як медичних аспектів захворювання, так і соціальних-психологічних чинників, супутніх при перебігу захворювання (Nettleton, 2006). Ситуація захворювання призводить до руйнування звичної діяльності, установок та відносин особистості; людина, за словами Ф. Василюк (2014), знаходиться у ситуації «...неможливості реалізувати внутрішні потреби свого життя» (с. 25). Ситуацію захворювання можна розглядати як ситуацію кризи, у якій активізуються процеси смислової динаміки: неузгоджена у зв'язку з хворобою система смислів прагне нового узгодження, формування смислової сфери особистості у контексті цілісного життєвого шляху. Захворювання деформує життєво-смыслову перспективу, звужує свободу існування людини у теперішньому, а й у перспективі майбутнього (Титаренко, 2007). При цьому, поряд з фізичними змінами в організмі, хвороба,

формує нову «соціальну ситуацію розвитку» (Виготський, 1983), порушує патерни поведінки та діяльності, що руйнує соціальні зв'язки, запускає роботу психічних процесів, спрямованих на осмислення ситуації, що склалася, деформує тим самим особистісну ідентичність і формує явище кризи.

Хронічне соматичне захворювання, значною мірою змінює соціальну ситуацію розвитку людини, змінює можливість здійснення діяльності, призводить до обмеження соціальних взаємодій і часто змінює об'єктивне місце, яке займає людина в житті, трансформуючи тим самим її «внутрішню позицію» по відношенню до всіх обставин життя (Бурлачук, 1979).

Важливими аспектами життя суб'єкта, які можуть зазнавати змін та перебудов у різних ситуаціях, є *життєві прагнення, рефлексивні процеси та параметри свідомості життя*.

У сучасній психології питання життєвих прагнень найбільш продуктивно розробленою є теорія самодетермінації Е. Десі і Р. Райана (2000), у якій дається визначення понять життєвих прагнень, і навіть пропонується методика їх діагностики. Спираючись на виділення двох типів мотивації (зовнішньої та внутрішньої), Е. Десі та Р. Райан (2000) виділили дві відповідні групи життєвих прагнень. До внутрішніх прагнень вони віднесли особистісне зростання, прагнення любові і прихильності та здоров'я, визначивши цю групу як життєві цілі, що забезпечують задоволення базових психологічних потреб, а також сприяють особистісному зростанню та психічному здоров'ю. Друга група прагнень – зовнішні – включає матеріальне благополуччя, соціальне визнання за допомогою популярності та фізична привабливість (або зовнішність), які мають лише зовнішні атрибути благополуччя та визнання і не ведуть до особистісного зростання, оцінка та досягнення їх залежить від реакцій інших людей. *Прагнення до здоров'я* займає проміжне положення між зовнішніми та внутрішніми життєвими прагненнями, проте, як показали дослідження, воно ближче до першої групи. Таким чином категорія життєвих прагнень описує внутрішньо мотивовану, пов'язану з глибинним відчуттям себе, і зовні

мотивовану поведінку, торкаючись як «периферії», так і «центру» особистості (Киричук, 2018)

Соціальна ситуація розвитку в умовах захворювання стає предметом активної «внутрішньої роботи» самого хворого, велика зона психічної активності якого відразу ж фокусується на стражданні, внаслідок чого формується нова внутрішня позиція людини, зміст та динаміка якої відбивають основні смислові зміни у структурі особистості (Nikolaeva, 1987). Вивчення сутності цього процесу – найважливіша умова успішної розробки проблеми особистості та її змін у соматично хворих (Соколова & Николаева, 1995).

Представлений Ф.Е. Василюком (1984) феномен смислових перебудов з боку переживання – це особлива діяльність, активний процес розбудови психологічного світу, необхідність якого спрямована на встановлення смислової відповідності між свідомістю і буттям, спільною метою, якої є підвищення свідомості життя.

«Вдалим» вирішенням кризи Ф.Є. Василюк (1984) називає ціннісне та творче переживання. За словами Ф.Є. Василюка (1984) ціннісне переживання (базується на принципах самопізнання і самопоглиблення) «визнає реальність, що суперечить або загрожує цінностям, але не приймає її» (с. 153); «творче переживання будує нову життєву реальність, «людина сама свідомо творить себе, відбувається життєва творчість» (с. 149). Проте така перебудова не завжди є єдиною альтернативою вирішення кризової ситуації. У ряді випадків «конфлікт між свідомістю та буттям» сприймається як загроза внутрішньому благополуччю та цілісності особистості, основною стратегією поведінки стає психологічний захист, спрямований на зниження емоційної напруженості, коли кризова ситуація просто усувається зі свідомості (Кучманіч & Мороз, 2017). В результаті відбувається відмова від смислового усвідомлення як конструктивного варіанта вирішення кризи. У термінології Ф.Є. Василюка (1984) подібна стратегія відповідає гедоністичному переживанню, заснованому на принципі задоволення: ігнорування реальності, формування ілюзії безпеки

порушеного життя. Таким чином, у критичній ситуації може відбуватися низка процесів, пов'язаних із смисловою сферою. У конструктивному варіанті відбувається, з одного боку, збереження існуючих смислів з неодмінним усвідомленням ситуації та інтерпретацією досвіду, з іншого сторони – набуття нових смислів, які призводять до розвитку та зростання особи. Неконструктивним чи «невдалим» у термінології Ф.Є. Василюка (1984) випадком переживання кризової ситуації вважається втрата смислів чи повне ігнорування ситуації.

На нашу думку, не хвороба сама по собі призводить до перебудови смислової сфери особистості, а лише в контексті соціальної ситуації, яка складається у хворої людини відбуваються ці перебудови. Тому можна виділили низку соціально-психологічних факторів, які, на наш погляд, визначають специфіку ситуації хронічного соматичного захворювання: 1) соціальний стереотип захворювання; 2) тривалість захворювання; 3) прийняття соціальної ролі хворого; 4) емоційна оцінка соціальної ситуації захворювання; 5) контекст соціальної ситуації, події, що порушують адаптивні можливості особистості – соціальний стрес; 6) віковий етап, на якому людина перебуває в соціальній ситуації захворювання (Гуляровський, 2000).

Важливим аспектом вивчення даної проблематики є питання істотного впливу соматичного захворювання на процеси переживання людиною часу, на ставлення людини до свого минулого, сьогодення та майбутнього. Трансформація життєвого шляху зачіпає також ціннісно-мотиваційну сферу особистості, впливає на усвідомлену активність, бажання та здатність справлятися з важкими життєвими ситуаціями (Кучманіч & Мороз, 2017).

Конкретизуючи розуміння життєвого шляху в психології, необхідно позначити низку ключових концепцій, що розвиваються в традиціях шкіл С.Л. Рубінштейна, Б.Г. Ананьєва та О.М. Леонтьєва. Одним із сучасних напрямів розвитку даної проблематики є дослідження особистісної організації часу Б.І. Цуканова (2000). Автор, аналізуючи проблему особистісної організації часу,

пропонує розглядати особистісну активність як спосіб організації життєвого часу, перетворення потенційного часу розвитку особистості в реальний час життя, а тимчасову транспективу – як психологічне утворення, в процесуальному аспекті якого органічно об'єднуються, генеруються минуле, сучасне та майбутнє особистості (Цуканов, 2000).

У сучасній західній психологічній традиції необхідно звернути увагу на концепції Ф. Зімбардо та Ж. Нюттена (1999). Ф. Зімбардо (1999), розробляючи теорію тимчасової перспективи, виділив п'ять характеристик тимчасової перспективи: негативне минуле, гедоністичне сьогодні, майбутнє, позитивне минуле та фаталістичне сьогодні, що відображають індивідуальні особливості психологічного часу.

Ж. Нюттен (2014) говорить про необхідність розрізнати власне «тимчасову перспективу», яку розглядає в категоріях глибини, насиченості, структурованості та реалістичності, «тимчасову установку» як налаштованість суб'єкта стосовно різних аспектів своєї тимчасової організації (минуле, сьогодні та майбутнє) та «тимчасову орієнтацію» як домінуючу спрямованість поведінки суб'єкта на минуле, сучасне чи майбутнє.

Резюмуючи, можна сказати, що смисложиттєва орієнтація особистості розуміється як система подій, які мають значущість для особистості, мають «особистісний сенс», що безпосередньо виражається у впливі на ціннісно-сміслову сферу особистості. У психологічному дослідженні смисложиттєва орієнтація особистості постає як система сенсів для подій життя. Ситуація соматичного захворювання у контексті нашого дослідження розглядається як особистісно-значуща подія життєвого шляху, навколо якого зосереджена значна частка внутрішньої активності хворого. Оскільки, розглядаючи тимчасову організацію життя, ми розуміємо справжнє як «точку» взаємного проникнення минулого і майбутнього; саме в цьому сьогодні і представлені смисли подій минулого і майбутнього, актуальні в конкретній соціальній ситуації розвитку. Таким чином, відбувається переосмислення життєвих подій

в контексті справжньої ситуації. Система смислів, представлена в теперішньому, залежить від наявної життєвої ситуації, отже, можна стверджувати, що «момент сьогодення» є динамічною смисловою системою, зумовлену, з одного боку, своєрідністю життєвого шляху особистості, з другого – актуальною соціальною ситуацією (Леонт'єв, 2009). Саме справжнє при цьому певною мірою визначено подіями минулого і майбутнього, кожна подія виступає в контексті всього життєвого шляху, але і весь життєвий шлях будується виходячи з точки сьогодення, тобто з актуального стану, актуальної ситуації, як виступає в нашому дослідженні ситуації захворювання.

У соціальній ситуації хвороби людина осмислює своє місце у просторово-часовому вимірі в термінах цінності минулого та сьогодення, тобто у вимірі очікувань та реальності, та при зіставленні яких, вибір в основному йде як правило, не на користь сьогодення. У той самий час нова соціальна ситуація розвитку стає предметом активної внутрішньої «роботи» самого хворого, внаслідок якої формується нова «внутрішня позиція» людини, зміст і динаміка якої відбивають основні смислові зміни у структурі особистості. Нова соціальна ситуація розвитку може стати джерелом формування в людини як психологічно позитивних для розвитку її особистості новоутворень (у вигляді, наприклад, компенсаторних та пристосувальних явищ), так і негативних рис з тенденцією до збідніння звуження сфер спілкування та зв'язків зі світом. Факт хвороби спрямовує пізнавальну активність людини на пошук причин, що сприяють виникненню захворювання. Підсумком цієї активності є винесення виявлених факторів зовні. Внаслідок цього хвороба сприймається людиною як щось неконтрольоване, як результат впливу зовнішніх обставин, які не залежать від нього. Це може сприяти виникненню почуття безпорадності, посилення негативного сприйняття ситуації захворювання.

Крім того, у соціальній ситуації захворювання знижується рівень рефлексивності, що свідчить про фрустрацію процесів рефлексії ситуацією хвороби, яка не може бути осмислена повною мірою. Відбувається порушення

процесів смислоусвідомлення, осмислення свого життя. У хворої людини знижується активність самосприйняття, що значно ускладнює процес побудови та здійснення життєвого вибору, формування нового сенсу ситуації.

1.2.2 Внутрішня картина хвороби та ставлення пацієнта до захворювання

Зв'язок між захворюванням, особистістю хворого та результатом всього лікувального процесу мало у кого викликає сумнів. Безперечно, що виникнення тієї чи іншої хвороби надає прямий вплив на індивідуально-психологічні особливості хворого, перетворюючи та трансформуючи світогляд, установки, стереотипи, погляди та переконання. Однак також очевидним є і те, що сама людина з властивим їй психоемоційним станом безпосередньо впливає на зміст і динаміку перебігу хвороби, результат лікарських призначень і можливі наслідки після захворювання. Наприклад, було виявлено, що позитивна емоційна спрямованість особистості корелює зі зміною больового порогу в бік ослаблення (Samman, 2007).

Основами цього взаємозв'язку виступають такі поняття як: *внутрішня картина хвороби та ставлення до хвороби*.

Термін «внутрішня картина хвороби» запроваджено Р.А. Лурією (1938), під впливом ідеї А. Гольдшейдера. Під внутрішньою картиною хвороби розуміється цілісне сприйняття пацієнтом свого захворювання, пережите їм як свідомо, і несвідомо на чуттєвому, інтелектуальному, емоційному і мотиваційному рівнях. Сенситивна сторона хвороби (рівень відчуттів) пов'язана з наявністю болю та неприємних відчуттів, їх інтенсивністю тощо. Інтелектуальна сторона хвороби опосередкована уявленнями та знаннями хворого про його захворювання, роздумами про його причини та наслідки. Емоційна сторона хвороби пов'язана з різними видами емоційного реагування на окремі симптоми, захворювання в цілому та його наслідки. Мотиваційний рівень хвороби пов'язаний із певним ставленням хворого до свого

захворювання. Необхідність зміни поведінки та усталеного способу життя, актуалізація діяльності щодо повернення та збереження здоров'я визначаються даним рівнем (Nikolaeva, 1987).

Як вказує Р.А Лурія (2003) внутрішня картина хвороби – це все те, що переживає хворий, вся маса його відчуттів, не тільки місцевих хворобливих, а й його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини, все те, що пов'язане для хворого з приходом до лікаря – весь той величезний внутрішній світ хворого, що складається з дуже складних поєднань сприйняття та відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психологічних переживань та травм.

У західній клінічній психології близьким до поняття «внутрішня картина хвороби» є поняття «концепція хвороби» або «образ власного захворювання» Дж. Хецен-Клеменс (1979). Переживання та усвідомлення хвороби пацієнтом розрізняв також В. Вондрачек (1969). Дж. Бішоп (1987) зазначав, що люди не тільки реагують на симптоми, але й намагаються зрозуміти їхню природу, інтуїтивно об'єднують їх, виробляючи ментальні уявлення для подолання хвороби. Моделі ментальних уявлень він назвав «імпліцитними теоріями хвороби», що включають: назву хвороби, причини, тривалість та наслідки. Пізніше Л. Кларк (1994) додав у цю модель «лікування».

Традиційно суб'єктивні уявлення про хворобу розглядалися у клінічній психології побічно в рамках концепції внутрішньої картини хвороби, її інтелектуального рівня (Р.А. Лурія; Р. Баркер; О.В. Кербіков; В. В. Ковальов; А. С. Познанський; Т. Н. Резнікова, В. М. Смирнов; В. В. Ніколаєва; Л. І. Вассерман; Б. Д. Карвасарський), але вони практично не досліджувалися як окремий феномен, оскільки або вважалися на той час неадекватними і не відповідними суб'єктивній картині, і, їх вивчення було зайвим і не мало сенсу, чи – визначалися як ті, які призводять до погіршення стану хворого.

У клінічній практиці існувало переконання, що невірні, ірраціональні уявлення про захворювання можливі лише при психічних чи органічних

розладах мозку, які призводять до порушення адекватного сприйняття реальності. При соматичних і нервово-психічних захворюваннях (без ураження субстрату) спотворення в уявленнях пов'язані з: 1) низьким культурним та освітнім рівнем пацієнта; 2) впливом близького оточення та самонавіюванням помилкових уявлень; 4) непорозумінням або поганим контактом пацієнта з лікарем тощо (Porcelli & Sonino, 2007). При усуненні перерахованих факторів, успішної роз'яснювальної роботи з хворими, спотворень уявлення про хворобу не повинно залишатися.

Таким чином, з об'єктивістської точки зору вважається, що якщо у людини не відзначаються когнітивні порушення, то вона – раціональна, а уявлення, на які вона спирається при прийнятті рішення щодо поведінки, пов'язаної з хворобою, об'єктивні та стійкі (Porcelli & Sonino, 2007).

Фактором, що спотворює уявлення про хворобу, називається особистісний сенс хвороби. В.В. Ніколаєва запропонувала розглядати хворобу подвійно: як самостійну подію в житті пацієнта, яка набуває різного за своїм індивідуальним наповненням особистісного змісту, і як компонент «нової соціальної ситуації розвитку», яка може визначатися як кризова (Nikolaeva, 1987).

Уявлення пацієнта про хворобу є абстрактними, відірваними від життя ідеями – вони визначають поведінку людини у ситуації хвороби, що виявляється у адекватності «моделі одужання» та мірі дотримання пацієнта лікарським рекомендаціям, та копінг-стратегії – інтрапсихічні дії, спрямовані на зміну характеру порушених взаємин між індивідом та середовищем.

Подібна поведінка може бути як адекватною, що сприяє одужанню або адаптації людини до ситуації хвороби, так і неадекватною, дезадаптуючою, що виявляється у відмові від лікування, недовірі лікарю, самолікуванні, самовільній зміні дозування ліків, порушенню лікувального режиму, зверненні до нетрадиційних методів лікування (Бреусенко, 2000).

Специфіка внутрішньої картини хвороби полягає в тому, вона визначається не тільки в категоріях соматоперцепції (локалізації, інтенсивності, модальності), а й одержує вторинне визначення через створення психологічної сторони – «концепції хвороби»: відчуття стають симптомами, що визначають хворобу. Зміст поняття «концепція хвороби» подібно до того, що зазвичай визначається як інтелектуальний рівень, та її формування пов'язані з засвоєнням існуючих у культурі поглядів на хвороби, їх причини, механізми і методів лікування.

Суб'єктивні уявлення про хворобу не вичерпуються недостатніми знаннями чи забобонами, вони можуть містити і наукові, раціональні знання, але в процесі розуміння та засвоєння ці знання адаптуються повсякденною свідомістю (яка використовується людиною для вирішення повсякденних задач) – спрощуються, спотворюються, і починають входити в ірраціональну систему. Але навіть якщо концепція хвороби помилкова, вона все одно виконуватиме функцію, що регулює по відношенню до поведінки (Туриніна, 2007).

Оскільки внутрішня картина хвороби – це динамічна система, рівні якої тісно взаємопов'язані між собою, спотворені уявлення можуть породжувати відповідні тілесні сенсації, що дезорієнтують людину, і навпаки, реальні відчуття (інтероцептивні) можуть бути невірно визначені (Богучарова, 2002).

Таким чином, внутрішня картина хвороби є однією з найважливіших чинників з погляду впливу на протікання хронічного захворювання. Ставлення до захворювання, у свою чергу, становить вищий рівень внутрішньої картини хвороби.

Ставлення до хвороби це механізм, який дозволяє людині не тільки впоратися зі стресовою ситуацією, що заважає особистості нормально функціонувати, а і виробити згодом певну модель поведінки, яку людина застосовує щоразу, коли виникає загроза втрати здоров'я (Богучарова, 2002).

Будь-який симптом чи інформація про стан здоров'я формують у пацієнта певний тип ставлення до хвороби. Це стосується психічних, психосоматичних і соматичних (онкологічних, кардіологічних, гінекологічних) захворювань. Класифікація запропонована у методиці А.Є. Лічко та Н.Я. Івановим (1983) описуються різні типи ставлення до хвороби, що відкриває можливість розуміння особливих способів, прийомів подолання, оволодіння власною поведінкою, що використовуються людиною у складній життєвій ситуації. Тип ставлення до хвороби відноситься до динамічних проявів, які згодом можуть змінювати один одного та нашаровуватись. Також, звичайно можливе різне ставлення залежно від соціального контексту та обставин.

Проблема ставлення до хвороби у рамках концепції В.М. Мясичева (1998) розглядається у контексті психологічної теорії відносин. У цій концепції особистість сприймається як система відносин. Ситуація захворювання та її сприйняття пацієнтом призводить до формування нового ставлення – ставлення до хвороби, що впливає всю систему відносин, отже, на особистість хворого (Мясичев, 1998). Ставлення до хвороби є чинником, який змінює всю систему відносин особистості. Ці зміни охоплюють когнітивну, афективну та мотиваційно-поведінкову сферу, які, у свою чергу, складають компоненти ціннісно-сислової сфери.

Під *когнітивним компонентом* розуміється уявлення хворого про діагноз, усвідомлення ним свого захворювання, яке часто залежить від установок та уявлень, що існують у суспільстві. *Емоційний компонент* – емоційні переживання пацієнта, пов'язані з хворобою та її наслідками. Емоційний компонент включає як безпосередні емоційні реакції на фізичний і психологічний дискомфорт, викликаний хворобою, а й негативні емоції щодо фрустрованих потреб, сформованих логічними судженнями про хворобу. *Мотиваційно-поведінковий* компонент відображає зміни у мотиваційно-поведінковій сфері особистості, які відбуваються з виникненням та перебігом захворювання: за словами Л.І. Вассермана (2005) «вироблення певної стратегії

поведінки у життєвих ситуаціях у зв'язки із хворобою (прийняття «ролі» хворого, активна боротьба із хворобою, ігнорування захворювання, песимістичні установки тощо), а також пов'язані з хворобою реакції, що сприяють адаптації або дезадаптації до неї» (с. 12). Таким чином, поняття «ставлення до хвороби» дозволяє описати основні психологічні феномени в особи хворого, пов'язані із хворобою. В свою чергі категорія ставлення пов'язана із ціннісно-сисловою сферою особистості та визначається ставленням до себе, до інших і до світу.

Термін «ставлення до хвороби» в психології прийнято розглядати як певний динамічний стан, який здатний змінюватися в залежності від ступеня захворювання, тривалості перебігу хвороби, тяжкості захворювання та інших факторів. Цю суб'єктивну реакцію людини на захворювання ціла плеяда дослідників визначали по-різному: А. Гольдшейдером (1926) було введено поняття «аутопластична картина хвороби», Р.А. Лурія (1938) – «внутрішня картина хвороби», В.В. Ковальом (1972) – «переживання хвороби», Е.К. Краснушкіним (1949) – «почуття хвороби», Л.Л. Рохліним (1957) – «свідомість хвороби», «ставлення до хвороби», О.В. Кербіковим (1962) – «реакція адаптації», Я.П. Фрумкіним, І.А. Мізрухіним (1970) – «позиція до хвороби», В.Н. Мясичевим (1998) – «концепція хвороби», «масштаб переживання хвороби» тощо. Як ми бачимо, існує широкий спектр досліджень, що описують особистісну, суб'єктивну реакцію людини на стан здоров'я (Максименко, 2015).

Для кращого розуміння, пропонуємо визначення поняттю «хвороба». *Хвороба* – це фізіологічний та психологічний стан людини, що супроводжується змінами у функціонуванні тих чи інших органів, що виявляється у больових відчуттях, втраті працездатності тощо. Зазначені зміни провокують виникнення певного психологічного стану особистості, яке визначає вектор активності людини і сприяє одужанню, або ускладнює його. Вищесказане можна показати у вигляді схеми (див. Додаток А).

Наведене вище визначення поняття «хвороба» та схематичне уявлення даного визначення наводить нас до необхідності розгляду такого психологічного конструкту, як «ставлення до хвороби». Саме «ставлення до хвороби» можна розглядати як механізм, що дозволяє людині не тільки впоратися з такою стресовою ситуацією, як щоденне фіксування у себе тих чи інших симптомів, які не дозволяють особистості нормально функціонувати, порушують його плани, а часто навіть змінюють життєвий шлях, а і дозволяє виробити згодом певну модель поведінки, яку людина застосовує, найчастіше неусвідомлено, щоразу, коли виникає загроза для здоров'я.

На сьогоднішній день можна назвати кілька напрямів утворення ставлення до хвороби: вивчення типів ставлення до хвороби у межах певної нозології; вплив на характер поведінки людини при захворюваннях особистісних рис та властивостей, гендерних особливостей, етнічних установок; виявлення, опис та аналіз специфіки особистості пацієнтів з різними хронічними хворобами.

Найширший напрямок – це вивчення типів ставлення до хвороби у межах певної нозології: онкологічні захворювання (Al-azri & Morrison, 2006); порушення ендокринної системи (Ec & Brandenburg, 1995); захворювання серцево-судинної системи (Dhalla et al., 2012); захворювання ендокринної системи та шлунково-кишкового тракту (Singer et al., 1995); захворювання дихальної системи (Trojanowska et al., 2021); шкірні захворювання (Hay et al., 2014.); захворювання нервової системи (Evers & Karnilowicz, 1996).

Дослідження, що проводяться в рамках даного вектора, як правило, спрямовані на те, щоб виявити якийсь домінуючий тип ставлення до хвороби за наявності зафіксованого діагнозу. Проте слід зазначити, що аналіз проведений під час досліджень не дозволяє виявити якийсь домінуючий тип ставлення до хвороби при захворюванні конкретної нозології. Спектр типів, що діагностуються, досить широкий, навіть за наявності підтвердженого ідентичного діагнозу у людей, які страждають одним і тим же захворюванням;

різні дослідники у різні роки виявляють абсолютно різні типи ставлення до хвороби.

Проте слід зазначити певну закономірність: тяжкість захворювання серйозно впливає формування характеру ставлення до хвороби. Тобто на фоні хвороб, які потенційно можуть призвести до втрати життя (летального результату), формується ставлення до хвороби, що характеризується наявністю деструктивних форм поведінки, що вказують на дезадаптацію (а саме, іпохондричний тип, тривожний тип).

Наступний вектор вивчення типів ставлення до хвороби поєднує дослідження особистісних, етнічних та гендерних особливостей, що впливають на стратегію поведінки в ситуації втрати здоров'я (Anson et al., 1993), а також роботи, присвячені вивченню проблеми, як захворювання змінює особистісні конструкти людини, яка зазнала значного погіршення здоров'я (Bhatti et al., 2011). Таким чином, можна зробити висновок, що ставлення до хвороби краще розглядати як особистісний психологічний конструкт, що визначає певну системну відповідь людини на хворобу. Дуже умовно можна виділити три основні точки зору, що визначають цю реакцію у відповідь на захворювання.

У межах першого погляду досліджувалися психологічні реакції людини на конкретні хвороби, у разі ставлення до хвороби найчастіше визначається характером захворювання. Згідно з другою точкою зору, ставлення до хвороби розглядається як сукупність деяких поведінкових реакцій на хворобу будь-якого роду (незалежно від нозології), а специфіка реагування на наявність тих чи інших симптомів визначає стратегію поведінки людини, яка страждає від того чи іншого захворювання. В рамках третьої точки зору вважається, що на тип ставлення до хвороби впливають деякі інші особистісні характеристики, і саме ті чи інші індивідуально-типологічні, гендерні чи етнічні характеристики, що сприяють формуванню реагування на хворобу, а не симптоми хвороби.

Говорити про необхідність дотримуватися однієї з точок зору нерационально, оскільки визначення того, яким чином таке особистісне

утворення, як «ставлення до хвороби», впливає на формування моделі поведінки у ситуації втрати здоров'я, необхідно враховувати всі аспекти. Зрозуміло, що суб'єктивна реакція на хворобу не може не змінюватись в залежності від часу появи симптомів, їх тяжкості та тривалості переживання людиною тих чи інших патологічних змін. Тому найактуальнішою є точка зору, що розглядає «ставлення до хвороби» як механізм, який визначає перебіг хвороби та її позитивний результат, тобто «перемогу» над хворобою та одужання людини.

Результати, отримані в ході аналізу досліджень типів ставлення до хвороби, доводять невтішний факт. Переважна більшість сучасних людей вибирають неконструктивний тип ставлення до хвороби, а саме анозогнозичний, який характеризується прагненням відкидання думки про наявність захворювання, бажанням не помічати наявності тих чи інших симптомів. Тобто люди не хочуть навіть допускати думки про наявність у них тих чи інших захворювань і звертаються за медичною допомогою в крайній ситуації, коли хвороба набуває страшних форм, здатних призвести до тотальних змін або глобально змінити життєві перспективи, плани людини. Слід зазначити, що неконструктивність цього типу ставлення до хвороби відзначалася давно; існують дослідження, що доводять весь спектр негативного впливу анозогнозичного типу на поведінку людини у ситуації «застарілої» хвороби, коли симптоми практично не впливають на звичні сфери життєдіяльності людини (Бурлачук, 1979).

Все вищесказане доводить необхідність детального вивчення «ставлення до хвороби» як особистісного конструкту, що надає значний вплив на формування конструктивної моделі поведінки, що веде до збереження здоров'я. Причому тип ставлення до хвороби необхідно досліджувати не під час гострої фази хвороби, а під час стадії клінічної ремісії. Необхідність дотримання цієї вимоги важлива, оскільки в гострій фазі людина переживає цілу гаму негативних емоцій і не здатна усвідомлено ставитися до ситуації, що виникла.

Саме небажання знову і знову переживати негативні емоції може бути причиною, через яку сучасні люди обирають анозогнозичний тип ставлення до хвороби, а усвідомлене ставлення до хвороб дозволить створити конструктивну модель, яка веде до збереження здоров'я.

Резюмуючи можна сказати, що *ставлення до хвороби не завжди безпосередньо залежить від клінічної картини захворювання*. Амбівалентність ставлення до хвороби обумовлена його об'єктивно-суб'єктивною природою: у структурі відносини виділяється об'єктивний та суб'єктивний аспект. Об'єктивна сторона відносини пов'язана з патологічним процесом, що існує в організмі, суб'єктивна сторона характеризується індивідуальним сприйняттям хвороби конкретним пацієнтом. Відповідно, виділяють фактори, під впливом яких формується ставлення до хвороби, що мають ставлення до об'єктивного та суб'єктивного аспекту. Серед найважливіших факторів ставлення до хвороби виділяють клінічні характеристики захворювання: тривалість та тяжкість захворювання, спричинені хворобою обмеження, вид інвалідності (В.В. Дунаєвський, 1983), ймовірність летального результату, больові характеристики хвороби (Менделевич, 2001), порушення цілісності тіла, хронічна або гостра форма хвороби (Р. Кінцевий та М. Боухал, 1983); преморбідні особливості особистості (Є.Т. Соколова та В.В. Ніколаєва, 1995); соціально-психологічні характеристики: соціальний стан особи, поточні життєві обставини (Р. Кінцевий та М. Боухал, 1983), можливість підтримувати звичний рівень спілкування (Менделевич, 2001).

1.2.3 Психологічні особливості картини хронічного соматичного захворювання

Одним із факторів, що зумовлюють відношення до хвороби є клінічні аспекти захворювання. Відповідно до цього, багато дослідників зазначають, що ставлення до хвороби має специфічні риси, пов'язані з характером захворювання, виявлено закономірності особливостей сприйняття при різних

типах захворювання. Пацієнти з хронічними соматичними хворобами мають свої особливості психологічного характеру.

У психологічних дослідженнях авторів, як В.В. Ніколаєва, Є.Т. Соколова, Т.Г. Горячова, Н.А. Коваленко та багатьох інших, показано, що наявність соматичних розладів змінює нормальний перебіг особистісного розвитку людини. Вивчено психологічні особливості дітей та дорослих з такими захворюваннями, як діабет, захворювання легень, гіпертонія, виразкова хвороба шлунка, серцево-судинні захворювання, хронічна ниркова недостатність та інші (Nikolaeva, 1987).

Діти з гіпертонічною хворобою відрізняються обмеженими можливостями емоційного самовираження, замкнутістю, вираженою потребою у самоствердженні, напружено-вимогливим ставленням до життя. При виразковій хворобі у дітей та підлітків виявлено переважання егоцентричної спрямованості, незадоволеної потреби у коханні та визнанні, негативних установок до оточуючих, підвищеної тривожності. Для дітей, які страждають на бронхіальну астму, характерні такі емоційно-особистісні особливості, як виражена тривожність, невротичність, сензитивність, інфантильність, які не дозволяють їм адекватно реагувати на труднощі і конфлікти, що виникають, самостійно справлятися з проблемними ситуаціями. У дітей, які хворіють на діабет, були виявлені підвищена тривожність, агресивна поведінка, інтровертованість, конфліктність, прагнення до усамітнення, загальні проблеми адаптації до соціальної ситуації. Підлітки, які перенесли хірургічне втручання з приводу вродженої вади серця в ранньому віці відрізняються від здорових підлітків емоційною незрілістю, інфантильністю, невпевненістю у своїх силах, неадекватною самооцінкою та несамостійністю, що обумовлено впливом трьох факторів: вади серця, хірургічної операції та ситуація розвитку (Гнедова, 1999).

Дослідження Є.Г. Філякової (2000) присвячено вивченню особливостей становлення образу «Я» підлітків, що страждають на бронхіальну астму і гастродуоденальну патологію. За результатами дослідження було виявлено, що

образ «Я» підлітків із хронічними соматичними захворюваннями відрізняється від образу «Я» здорових підлітків. Основне відмінність полягає у спотворенні структури та порушенні регуляторної функції образу «Я» хворих підлітків. Структура образу «Я» характеризується дисгармонійністю, внутрішньою дисоціацією між складовими образу «Я». Зміна регуляторної функції образу «Я» полягає у порушенні процесів цілепокладання, зниженні ідеалів особистості та штучному обмеженні потенційних можливостей та резервів особистісного розвитку. Міжвікове та міжстатеве порівняння всередині нозологічних груп показало, що на порушення регуляторної функції та структури образу «Я» впливає негативний тілесний досвід: тяжкість захворювання незалежно від нозології, а також тривалість захворювання у хворих на бронхіальну астму, а при гастродуоденальній патології – стать хворої дитини (Филякова & Николаева, 2000).

Крім статевих відмінностей дослідниками розглядаються питання етнопсихологічних відмінностей щодо хвороби в дітей і підлітків. Так, В.А. Саад (1996) проводив аналіз етнодиференціюючих та етноінтегруючих факторів, що впливають на процес ставлення до свого захворювання підлітків у віці 12–16 років, які страждають на захворювання опорно-рухового апарату.

Порівняльний аналіз особливостей особистості хворих підлітків показав, що у групі хворих підлітків відзначається більш виражена емоційна нестійкість, фрустрованість, тривожність. Зі збільшенням тяжкості захворювання ці показники підвищуються. У групі хворих підлітків спостерігається підвищення показників емоційної стабільності, зниження показників конформності та підвищення соціальної активності. Це свідчить про те, що для цих підлітків захворювання значною мірою мобілізує особистісні ресурси, формує активну установку з його подолання. У групі підлітків переважає емоційна оцінка захворювання, підвищена фіксація на своєму фізичному вигляді та виражений комплекс неповноцінності.

У однолітків найчастіше відзначається «паранояльний» тип реагування на хворобу, що відбиває установку захворювання як результат чийогось злого наміру, покарання. На ставлення до хвороби у дітей істотно впливають такі особистісні характеристики, як конформність, самоконтроль поведінки, підвищена відповідальність, а групі хворих – рівень емоційної стабільності, нервово-психічної напруженості (Саад, 1996).

Для молодих людей найважчими у психологічному відношенні виявляються хвороби, які змінюють зовнішній вигляд людини. Пов'язано це з системою цінностей, розстановкою пріоритетів, що є у молодій людини, для якої найвищу цінність набуває задоволення основної потреби – «задоволеність власною зовнішністю». Таким чином, найбільш важкі психологічні реакції можуть спричинити хвороби, що не мають з медичної точки зору загрози життю. До них відносяться будь-які хвороби, що негативно, з точки зору підлітка, змінюють зовнішність (шкірні, алергічні), травми, що калічать, операції (опіки) (Менделевич, 2001).

Виразність емоційної реакції на хворобу і пов'язані з цим негативні наслідки для особистості (конфліктні відносини з людьми, передусім) можуть коригуватися за наявності розвиненої системи мотивації та адекватної, критичної самооцінки (Красильников, 2016). Проте труднощі у тому, що захворювання є хронічним, виникає часто у ранньому віці, тому саме початкове формування самооцінки і мотиваційної сфери особистості від початку протікає в спотворених умовах. Особливості зміненої особистості виявляються відразу, а проходять складний шлях формування. Кожне серйозне і тривале соматичне порушення призводить або до приватних, оборотних, або до загальних стійких змін внутрішнього світу людини, її психічного вигляду. Зміни особистості можуть мати різноманітний характер: вони проявляються у вигляді зміни емоцій (депресія, ейфорія), як порушень мотиваційної сфери (апатія, бездумність), як порушень ставлення себе і навколишньому (порушення критики, зміни підконтрольності), як порушень активності (аспонтанність). У

соматичних хворих може спостерігатися наростання егоцентричного змісту провідного мотиву, особливо за іпохондричних змін особистості. Особливістю ієрархічної структури мотиваційної сфери є можлива жорстка підпорядкованість діяльності одному мотиву (Nikolaeva, 1987).

Психологічні особливості осіб з серцево-судинними захворюваннями.

Залежно від локалізації і розміру морфологічних змін мозку, отриманих при гострому порушенні мозкового кровообігу, клінічна картина і рухові розлади можуть суттєво варіювати. Поряд із типовими паралічами і парезами при ураженнях пірамідального шляху можна спостерігати також зміну чутливості, порушення мовлення, просторову перцепцію, що безперечно впливає на відхилення психічного статусу (розгубленість, емоційна лабільність, депресія, підвищена дратівливість тощо) (Копчак, 2012).

До основних факторів ризику розвитку інсульту, відносять літній вік, артеріальну гіпертензію, атеросклероз сонних та хребетних артерій, куріння, наркоманія, захворювання серця, цукровий діабет. В основному застосовується мультидисциплінарний підхід до лікування хворих на інсульт, що включає крім основного лікування захворювання, ще і нейропсихологічну діагностику та психологічний супровід пацієнтів, які перенесли інсульт. У частини хворих «криза особистості», спровокована хворобою, не долається на етапах реабілітації, а в умовах амбулаторного спостереження, а часом посилюється, що, безперечно, потребує інтенсивної психологічної допомоги та підтримки, що робить актуальним подальші дослідження психічних станів пацієнтів, які перенесли інсульт.

Причинами інсульту може бути як фізіологічні, так і психоемоційні. Психологічні причини інсульту: хронічний стресовий стан, тривожний розлад, панічні атаки, переживання почуття провини, патологічне горе, переживання втрати, депресія.

Якщо людина має фізіологічна схильність до інсульту, то вищеперелічені прояви можуть спровокувати хворобу. Сучасна парадигма профілактики

інсульту потребує суттєвого доповнення, заснованого на комплексній корекції традиційних та психосоматичних факторів ризику. Найбільш значущими порушеннями психічного здоров'я, що визначають психосоматичний варіант патогенезу серцево-судинних та судинно-мозкових ускладнень, є депресія та тривога.

Протягом останніх десятиліть відбувається значне підвищення рівня психосоціального стресу, збільшення поширеності у населення психологічної дезадаптації та прикордонних станів, тривожних та депресивних розладів, що, без сумніву, призводить до зростання серцево-судинної захворюваності.

Психоемоційні розлади посилюються на тлі відсутності фізичної праці та зменшення регулярних фізичних навантажень, порушення здорового способу життя (куріння, зловживання алкоголем, нераціональне харчування та інші), низької культури підтримки психічного здоров'я (Basowitz, 1956).

Первинним базисом для багатьох психосоматичних розладів є стан напруження адаптаційних механізмів (стрес) з розвитком хворобливого стану (розлад адаптації), що супроводжується вегетативною відповіддю, неадекватним стимулом або поставленим завданням. За даними ВООЗ, близько 60-70% людей живе в умовах хронічного психосоціального стресу. Психофізичний стрес вважається хронічним, коли психологічна та соматовегетативна реакція на стрес зберігається більше 6 місяців (Brainin & Dachenhausen, 2013). Деякі дослідження виявили, що хронічний стрес збільшує ризик інсульту у 3,8 рази (Egido et al., 2012).

Таким чином серед найбільш характерних психологічних чинників, які сприяють виникненню інсульту, можна виділити наступні: підвищений ступінь тривожності, хронічні депресивні стани, висока емоційна збудливість, неможливість розслабитися після психологічних стресів, переважаючий песимізм, неадекватна оцінка власних сил та бажання досягти більшого всіма способами, надмірна вимогливість до себе та інших, неадекватна скромність і сором'язливість, агресивність, дратівливість, трудоголізм (Минькова, 2015).

Провівши аналіз наукових досліджень, у цій галузі, слід зазначити, що дослідження психологічних особливостей людей із різними хронічними захворюваннями, з погляду, носять уривчастий і несистемний характер.

Існують прогалини та протиріччя у вивченні цієї проблеми, особливо у юнацькому та підлітковому періодах. Хронічне соматичне захворювання веде до зниження рівня психічних можливостей людини у здійсненні діяльності, до обмеження контактів з іншими людьми, до зміни об'єктивного місця, що займається в житті, а тим самим і його внутрішньої позиції стосовно всіх обставин життя та себе. Хвороба, включаючись у соціальну ситуацію розвитку, змінює умови перебігу багатьох видів діяльності, що призводить до появи окремих психологічних наслідків, які суттєво впливають на перебіг природних криз дорослішання та становлення особистості.

1.3 Висновок до першого розділу

Ціннісно-смилова сфера – це базове ядро особистості, що визначає ставлення людини до себе, свого життя та оточуючих. Психологічним базисом ціннісно-смилових орієнтацій людини виступає багатогранна структура потреб, мотивів, інтересів, цілей, ідеалів, переконань, світогляду, що утворюють спрямованість особистості та виражають соціально-детерміноване відношення індивіда до оточуючої дійсності. Більшість науковців трактують ціннісно-смилові орієнтації як центральну позицію людини, що впливає на спрямованість і зміст соціальної активності, загальний підхід до оточення та самого себе, надають сенс і напрямок діяльності людини, визначають його поведінку і вчинки.

До *функцій* цінностей можна віднести: 1) формування інтересів, мотивів та цілей; 2) цінності як регулятори та критерії оцінки вчинків людей – у житті людини і суспільства цінності визначають напрями, зразки діяльності. Будучи орієнтирами, вони постають у формі ідеалів — вільно прийнятих зразків поведінки, прообразів досконалих предметів, які орієнтують людину на

піднесення над буденною реальністю; 3) служать пізнання сутності людини, справжнього сенсу її життя.

Таким чином, *психологічний аналіз ціннісно-сислової сфери особистості виявляє її багатосторонню сутність як складноорганізованої, ієрархічної структури, що вбирає специфічні змістовні характеристики усвідомлення особистістю внутрішнього і навколишнього світу, суті власного «Я», свого минулого, сьогодення і майбутнього.*

Ціннісно-сислова сфера і сенс життя виступають як важливий чинник, що впливає на *ставлення до хвороби*. Ця проблема є актуальною через наявність у соціально-демографічній структурі суспільства значної кількості осіб, які перебувають у *ситуації хронічного захворювання*, що підтверджується даними ВООЗ. Хронічні захворювання мають високе поширення незалежно від віку та регіону. До найпоширеніших хронічних захворювань належать: ішемічна хвороба серця, цукровий діабет та хронічні захворювання дихальних шляхів.

Ставлення до хвороби є чинником, який змінює всю систему відносин особистості. Ці зміни охоплюють когнітивну, емоційну поведінкову та ціннісно-мотиваційну сфери, які, у свою чергу, складають компоненти ціннісно-сислової сфери особистості.

Ситуацію захворювання можна розглядати як ситуацію кризи, у якій активізуються процеси сислової динаміки: неузгоджена у зв'язку з хворобою система смислів прагне нового узгодження, формування сислової сфери особистості у контексті цілісного життєвого шляху. При цьому, поряд з фізичними змінами в організмі, хвороба, формуючи нову «соціальну ситуацію розвитку» (за Л. С. Виготським), порушує патерни поведінки та діяльності, що руйнує соціальні зв'язки, запускає роботу психічних процесів, спрямованих на осмислення ситуації, що склалася, деформуючи тим самим особистісну ідентичність і формуючи явище кризи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЙОГО МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ З ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ ХРОНІЧНОЇ СОМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ НА ЦІННІСНО-СМИСЛОВУ СФЕРУ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Організація та методологічне обґрунтування емпіричного дослідження особливостей ціннісно-сміслової сфери особистості в умовах хронічної соматичної хвороби

На основі поставлених практичних та теоретичних завдань, задля вивчення особливостей ціннісно-сміслової сфери особистості в умовах хронічної соматичної хвороби, дослідження проводилось в три основні етапи.

Перший етап дослідження – *організаційно-підготовчий*. На цьому етапі здійснювалось вивчення наукової літератури, яка допоможе осмисленню сутності феномену ціннісно-сміслової сфери. Був зроблений аналіз чинників

формування ціннісно-сміслових утворень у структурі особистості хворих. Визначення мети, предмету, гіпотези та завдань дослідження. Розробка організаційно-методичних засад емпіричного дослідження.

Другий етап – *основний*. Організація основного експерименту. Збір даних, який включав: збір клінічної інформації від лікарів; безпосередньо взаємодіє з випробуваними. Усі респонденти отримували роз'яснення щодо цілей взаємодії. Аналіз даних включав: підрахунок показників за шкалами методик та їх інтерпретацію; для виявлення закономірностей дані були систематизовані та представлені у вигляді таблиць, що дозволило класифікувати випробуваних у групи залежно від типу відношення до хвороби; для статистичної обробки результатів емпіричного дослідження використовувалися непараметричні методи аналізу. Для порівняння двох груп вибірки був застосований U-критерій Манна-Уїтні; для виявлення зв'язку між змінними застосовувався коефіцієнт кореляції Спірмена. Обробка даних здійснювалася за допомогою програм Microsoft Office Excel 2010; SPSS 23.0 для Windows.

Третій етап – *завершальний*. Систематизація та узагальнення основних результатів дослідження, формулювання загальних висновків.

Вибір методик емпіричного дослідження визначався теоретично обґрунтованим уявленням про те, що ціннісно-сміслова сфера в ситуації хронічної соматичної хвороби тісно пов'язана з якістю життя пацієнтів та перебуває у співвідношенні із суб'єктивним сприйняттям хвороби.

Перша методика – *опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульт (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОУ)*, в адаптації В. П. Зайцева. Методика дозволяє оцінити рівень нервово-емоційної стійкості, ступінь інтеграції особистісних властивостей та рівень адаптації до соціального оточення. Цей тест містить 71 питання, які потребують коротку відповідь «вірно» або «невірно». Усі результати даного тесту вносяться в таблицю та діляться на 11 шкал, з них 3 – оціночні. Оціночні шкали: *шкала брехні (L)*; *шкала достовірності*; *шкала корекції (K)*. Базисні шкали: *шкала*

іпохондрії (Hs); шкала депресії (D); шкала істерії (Hy); шкала психопатії (Pd); шкала паранояльності (Pa); шкала психастенії (Pt); шкала шизоїдності (Sc); шкала гіпотонії (Ma).

Автори наголошують, що за допомогою шкал *Міні-мульт* «вимірюються» не самі психічні розлади, а лише симптоми, властиві особам із певними розладами. На особливості «профілю особистості» впливають вік, стать, освіта обстежуваного, його ставлення до процедури тестування та інші фактори. Будь-яка гіпотеза, що виходить з інтерпретації провідних піків профілю, має бути підтверджена показниками інших шкал та незалежними даними про особу обстежуваного (Зайцев, 1981).

Другим блоком методик для дослідження ціннісно-сислової сфери було обрано набір з п'яти методик: Опитувальник «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська); Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9); Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж. Роттера (адаптація Бажина Є.Ф., Голинкін С.А., Еткінда А.М.); Опитувальник оцінки якості життя (SF-36); Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25), за авторством Н.А. Николаєва та Ю.П. Скирденко.

На нашу думку, ці методики дозволяють повністю дослідити світогляд кожного респондента. Вони показують важливі мотиви поведінки та дії особистості, відношення її до себе, до оточення та до навколишнього світу.

Опитувальник «Ставлення до здоров'я» (авторка Р.А. Березовська) складається з 10 питань, які можуть бути розподілені за чотирма шкалами: когнітивна, емоційна, поведінкова, ціннісно-мотиваційна.

Мета даної методики виявити цінності-мети (термінальні цінності), які є найбільш значущими та визначають сенс життя людини, та цінності-засоби (інструментальні цінності), які необхідні для досягнення життєвих цілей. Досліджуваним було запропоновано низку запитань-тверджень, з якими вони могли погодитись, не погодитись чи погодитись частково. У третьому питанні

варіантів відповіді не передбачено, відповідь на нього має бути розгорнутою. Аналіз результатів проводиться на підставі якісного аналізу отриманих за допомогою опитувальника даних, який може бути здійснений на кількох рівнях: кожне твердження може бути проаналізоване окремо; аналіз даних може проводитися з кожного питання (інтерпретуються всі твердження, що входять до цього питання); кожен блок питань або шкала також можуть бути розглянуті окремо (аналізуються всі питання та твердження, що входять до цієї шкали). При аналізі ставлення до здоров'я може бути виділено протилежні типи відносин – адекватне і неадекватне. У реальному житті, однак, полярна альтернатива практично виключена, тому надалі при інтерпретації отриманих емпіричних даних слід говорити про рівень адекватності чи неадекватності.

Емпірично фіксованими критеріями ступеня адекватності-неадекватності ставлення людини до свого здоров'я є:

- на когнітивному рівні: ступінь проінформованості чи компетентності людини у сфері здоров'я, знання основних факторів ризику, розуміння ролі здоров'я у забезпеченні активного та тривалого життя;
- на поведінковому рівні: ступінь відповідності дій та вчинків людини вимогам здорового способу життя;
- на емоційному рівні: оптимальний рівень тривожності по відношенню до здоров'я, уміння насолоджуватися станом здоров'я та радити йому;
- на ціннісно-мотиваційному рівні: висока значущість здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей (особливо термінальних), ступінь сформованості мотивації на збереження та зміцнення здоров'я.

Для інтерпретації відповідей на відкрите запитання (3) використовується процедура контент-аналізу: при аналізі визначень поняття «здоров'я», отриманих дослідженні групи піддослідних, як смислові одиниці елементів змісту розглядаються суттєві визнання здоров'я, а також визначається їх частотність (відсоток від загальної кількості опитаних) (Березовская & Никифоров, 2001).

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9). Опитувальник Patient Health Questionnaire, або PHQ. Кластер Patient Health Questionnaire, що стосується виявлення депресивних симптомів, було виділено в окремий опитувальник, нині відомий як PHQ-9, або Шкала депресії PHQ. Оцінка тяжкості депресії проводиться за підрахунком суми балів опитувальника PHQ-9, що дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість. Анкетування з використанням опитувальника PHQ-9 дає можливість верифікації синдромального діагнозу депресії та визначення тяжкості депресії (Kroenke & Spitzer, 2002).

Для дослідження ціннісно-сислової сфери особистості була використана методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж.Роттера (адаптація Бажина Є.Ф., Голинкін С.А., Еткінда А.М.). Методика є модифікованим варіантом опитувальника американського психолога Дж. Роттера. З його допомогою можна оцінити рівень суб'єктивного контролю за різноманітними ситуаціями, іншими словами, визначити ступінь відповідальності людини за свої вчинки та своє життя. Можливі два полярні типи такої локалізації: екстернальний (зовнішній локус) та інтернальний (внутрішній локус). Перший тип проявляється, коли людина вважає, що те, що відбувається з нею не залежить від нього, а є результатом дії зовнішніх причин (наприклад, випадковості або втручання інших людей). У другий випадок людина інтерпретує значні події як наслідок своїх власних зусиль. Розглядаючи два полярні типи локалізації, слід знати, що для кожної людини характерний свій рівень суб'єктивного контролю. Таким чином, ступінь інтернальності кожної людини пов'язана з її ставленням до свого розвитку та особистісного зростання.

Опитувальник РСК складається з 44 пропозицій-затверджень щодо екстернальності-інтернальності у міжособистісних (виробничих та сімейних) відносинах, а також щодо власного здоров'я. Опитувальника РСК складається з семи шкал: *шкала загальної інтернальності (I_o); шкала інтернальності у сфері*

досягнень (I_d); шкала інтернальності у сфері невдач (I_n); шкала інтернальності у сімейних відносинах (I_c); шкала інтернальності у сфері виробничих відносин (I_v); шкала інтернальності у сфері міжособистісних відносин (I_m); шкала інтернальності щодо здоров'я та хвороби (I_z).

Високі значення свідчать про інтернальний тип контролю у відповідних ситуаціях. Низькі значення свідчать про екстернальний РСК.

Данна експериментально-психологічна методика дозволяє оцінити сформований у випробуваного рівень суб'єктивного контролю за різноманітними життєвими ситуаціями. Таким чином, РСК пов'язаний з усвідомленням людиною своєї сили, гідності, відповідальності за те, що відбувається, із самоповагою, соціальною зрілістю і самостійністю особистості (Туриніна, 2007).

Опитувальник оцінки якості життя (SF-36 – The Short Form-36). Даний опитувальник належить до неспецифічних опитувальників, і дає змогу оцінити всі компоненти якості життя, у тому числі пов'язані зі здоров'ям, і не є специфічними для вікових груп, окремих захворювань або програм лікування. Будучи досить коротким, він володіє високою інформативністю, чутливістю та вважається найбільш апробованим і валідним. Опитувальник широко використовується при проведенні досліджень якості життя в країнах Європи та США (Ware & Sherbourne, 1992).

SF-36 складається з 11 пунктів, які включають 36 питань, об'єднаних у 8 шкал (вища оцінка вказує на більш високий рівень якості життя) і 2 інтегральні показники, які дозволяють оцінити: загальний стан здоров'я людини (General Health – GH), фізичне функціонування (Physical Functioning – PF), рольове фізичне функціонування (Role-Physical Functioning – RP), рольове емоційне функціонування (Role-Emotional – RE), соціальне функціонування (Social Functioning – SF), інтенсивність фізичного болю (Bodily pain – BP), життєву активність (Vitality – VT) та психічне здоров'я (Mental Health – MH). Формування шкал дозволяє оцінити два інтегральних показники – фізичний та

психологічний компоненти здоров'я. Результати визначаються в балах (від 0 до 100, де 100 відповідає «повному здоров'ю»), що дозволяє провести їх цифрову та статистичну обробку (Mchorney et al., 1994).

Популярність цього опитувальника полягає в тому, що він дозволяє: оцінити «якість життя, пов'язаного зі здоров'ям» (HRQOL) у хворих із різними нозологіями, порівняно зі здоровими людьми; проводити дослідження у пацієнтів від 14 років і старше; має достатню чутливість для оцінки дослідних показників. Він залишається актуальним, простим, доступним і валідним інструментом для оцінки основних складових фізичного і психічного здоров'я у пацієнтів (Lins & Carvalho, 2016).

Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25), за авторством Н.А. Николаєва та Ю.П. Скирденко. Опитувальник застосовується для кількісної оцінки прихильності до лікування хворих на хронічні захворювання.

Під прихильністю до лікування прийнято розуміти ступінь виконання хворим рекомендацій лікаря щодо прийому лікарських препаратів, дотримання дієти та інших заходів, спрямованих на зміну способу життя. Прихильність до лікування залежить від безлічі факторів: соціальних, психологічних, медичних і розглядати її необхідно, спираючись на методологічні підходи та поняття, основні з яких: внутрішня картина хвороби, реакції особистості на хворобу, теорія втрати, залежності, психологічний та соціальний статус тощо.

Автори методики виділяють три рівні прихильності: низький, середній та високий. Опитувальник створювався для оцінки прихильності до лікування хворих на гіпертонічну хворобу, згодом був модернізований і уніфікований для універсального застосування, та має достатній рівень валідності (Nikolaev & Skirdenko, 2017).

Анкета опитувальника включає 25 питань з варіантами відповідей. На кожне питання є 6 варіантів відповідей, що оцінюються в балах. Розраховують показники прихильності: «прихильність до лікарської терапії», «прихильність

до медичного супроводу», «прихильність до модифікації способу життя» та інтегральний показник «прихильність до лікування». Кожен показник є величиною, обчисленою для конкретного респондента і виражену у відсотках від теоретично можливої (прийнятої за 100%) (Nikolaev & Skirdenko, 2017).

2.2 Характеристика вибіркової групи дослідження

Для вивчення особливостей впливу хронічної соматичної хвороби на формування ціннісно-сміслової сфери була сформована відповідна вибірка дослідження.

В дослідженні взяло участь 41 особа віком від 38 до 83 років, з них 8 жінок і 33 чоловіки. Середній вік вибіркової групи становить 59 років. Їхня участь була добровільною. Дослідження проводилось на базі комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №3» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). У всіх пацієнтів поставлений діагноз інсульт різної тяжкості та локалізації; у більшості пацієнтів присутня депресивна симптоматика (70,7% *опитаних*), визначена за методикою PHQ-9 (рисунок 2.1).

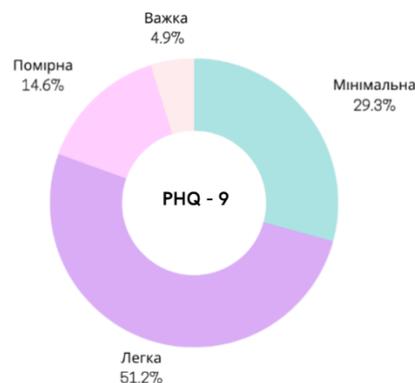


Рис. 2.1. Вираженість депресивної симптоматики у досліджуваних за методикою PHQ-9.

Для попереднього орієнтування у особистісних диспозиціях досліджуваних було використано *опитувальник Джеймса Кінканнона Мінімумт* (скорочений багатofакторний опитувальник для дослідження

особистості – СБОО), в адаптації В.П. Зайцева. Результати представлені на рисунку 2.1.

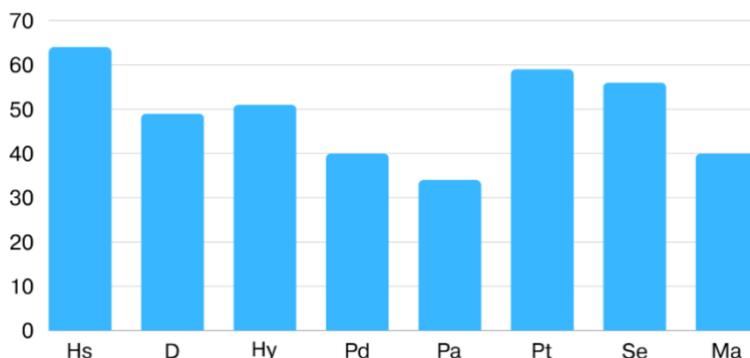


Рис. 2.2. Усереднений профіль методики Міні-мульти (адаптація Л. Собчик).

Як можна побачити з рисунку 2.2, середні показники за всіма шкалами опитувальника Джеймса Кінканнона Міні-мульти знаходяться в рамках усереднених значень, окрім шкали «Паранояльність» (Pa) – 34,9, який відповідає низьким (або наближеному до низьких) значенням, що може свідчити про недовірливість у досліджуваних та таких, що неадекватно сприймають неприємності. Також, варто відзначити високий рівень шкали «Іпохондрія» (Hs) на фоні інших параметрів, але в межах норми. Такий результат може свідчити, що для даної вибірки турбота про здоров'я набуває надцінного характеру, домінує в системі особистих цінностей, знижує рівень активності, збіднює інтереси, відриває від суспільного життя.

Варто зазначити, що дана вибірка є досить обмеженою, на це могла повпливати складність організації та проведення схожих досліджень. Проте, через свою медичну, соціальну та економічну значущість проблема мозкових інсультів є однією з найважливіших, як у медицині, так і в клінічній психології. Раптова та серйозна хвороба є психічною травмою для пацієнта та супроводжується невротичними, іпохондричними, депресивними реакціями на хворобу (Кутлубаев & Ахмадеева, 2014). У зв'язку з цим результати даного дослідження мають велике значення для подальшого розвитку у темі особливостей цінно-сміслових орієнтації інсультних та постінсультних

пацієнтів для виявлення тих характеристик які перешкоджають формуванню позитивної установки на лікування та тривалу реабілітацію (Ревенько, 2010), сприяють адаптації особи при хворобі (Kovbasyuk, 2018).

2.3 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження особливостей хронічної соматичної хвороби як чинника впливу на ціннісно-смыслову сферу особистості

У процесі дослідження було розглянуто роль деяких параметрів ситуації хвороби у впливі на ціннісно-смыслову сферу особистості, що відобразились у результатах дослідження.

Таблиця 2.1

**Описові статистики за шкалами методики «Ставлення до здоров'я»
(авторка Р. Березовська)**

	N	Мін.	Макс.	Σ	σ
Когнітивна сфера	41	1,00	7,00	5,9512	1,54841
Емоційна сфера	41	1,00	7,00	5,9268	1,76621
Поведінкова сфера	41	1,00	7,00	4,0488	2,21304
Ціннісно-мотиваційна сфера	41	1,00	7,00	5,7805	1,52500
Valid N (listwise)	41				

Структура опитувальника «Ставлення до здоров'я», розробленого Р.А. Березовською включає систему відповідних компонентів-шкал: когнітивна, емоційна, поведінкова та ціннісно-мотиваційна шкали, як видно на таблиці 2.1.

Зрозуміти особливості та сутність ціннісно-смыслові сфери можливо лише, розглядаючи її в контексті органічного комплексу, у цілісності й єдності емоційно-почуттєвого, когнітивного, ціннісно-мотиваційного та поведінково-діяльнісного компонентів, до яких входять цінності, смисли, ціннісні орієнтації,

мотиви, потреби, цілі, інтереси, установки, віра, почуття, переживання, розуміння, поведінка, вчинки (Москаленко, 2013).

Дана методика також дала змогу оцінити рівень значущості ціннісно-мотиваційної сфери на рівні інших ціннісних компонентів внутрішньої картини здоров'я у групи досліджуваних.

Як видно з таблиці 2.1, середні значення за всіма шкалами знаходяться на рівні вище середнього (або наближеному до високого рівня), згідно за ключами методики, де 1 – зовсім неважливо, а 7 – безумовно важливо.

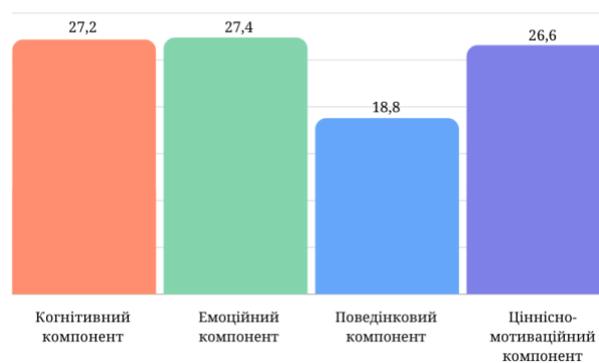


Рис. 2.3. Усереднений профіль шкал методики «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

Ступінь вираженості кожного компоненту в системі цінностей досліджуваних показаний на рисунку 2.3. З якого видно, що показники за параметрами «когнітивний компонент» (27,2%), «емоційний компонент» (27,4%) та «ціннісно-мотиваційний компонент» (26,6%) приблизно рівні. При цьому «поведінковий компонент» займає найнижче значення (18,8%) в ціннісно-смісловій сфері досліджуваних на фоні інших компонентів.

Можна зробити висновок про те, що значимість здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей займає вагоме значення для пацієнтів. Також респонденти мають досить високий рівень занепокоєння своїм здоров'ям (шкала «Емоційний компонент»), але при цьому роблять менше для його збереження та підтримки («Поведінковий компонент»), тобто низький ступінь відповідності дій та вчинків людини вимогам здорового способу життя в умовах хронічної соматичної хвороби.

Ціннісно-мотиваційний блок також спрямований на виявлення домінуючих потреб у системі цінностей людини. Визначає місце здоров'я у термінальних та інструментальних цінностях у досліджуваних. Також є шкала, яка дозволяє охарактеризувати особливості мотивації в галузі здорового способу життя та основні причини недостатньої турботи про своє здоров'я.

Аналіз відповідей на перше завдання («Люди по-різному оцінюють різноманітні сфери життя. Оцініть, наскільки наведені цінності важливі для вас в даний момент») дозволяє зробити висновки про місце здоров'я в індивідуальній ієрархії термінальних цінностей. Розглянемо отримані результати дослідження на рисунку 2.4.

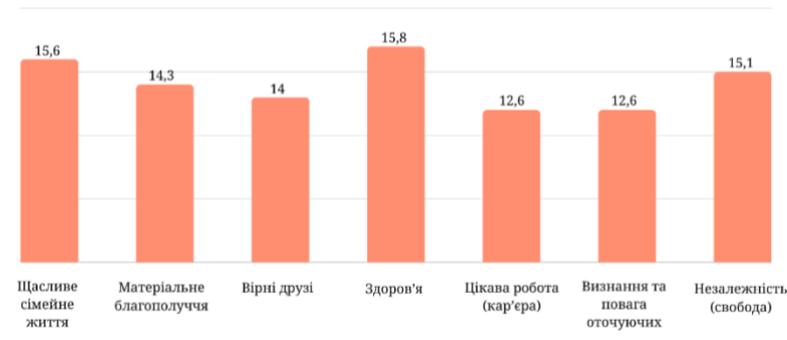


Рис. 2.4. Вираженість термінальних цінностей досліджуваних за опитувальником «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

На рисунку 2.4 видно, що шкала «здоров'я» нарівні з шкалами «щасливе сімейне життя» та «незалежність (свобода)» посідають провідне місце в системі цінностей пацієнтів. На ці фактори припадає найбільша цінність: здоров'я (15,8%), сім'ї (15,6%) та незалежності (15,1%). Найменше значення у структурі цінностей зайняли: цікава робота (12,6%), визнання та повага оточуючих (12,6%). Таким чином, *здоров'я, сімейні стосунки та незалежність (свобода) є провідними у структурі життєвих цінностей досліджуваних.*

Аналіз відповідей на друге питання дозволяє зробити висновки про місце здоров'я в ієрархії інструментальних цінностей пацієнтів. При виборі інструментальних цінностей, необхідних для досягнення успіху у житті пацієнтам було поставлено наступне питання: «Як ви вважаєте, що необхідно для того, щоб досягти успіху в житті?», результати представлені рисунку 2.5.

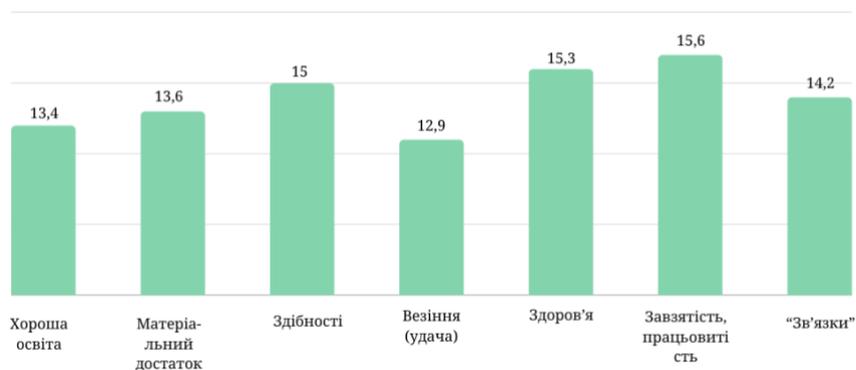


Рис. 2.5. Вираженість інструментальних цінностей досліджуваних за опитувальником «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

Як бачимо на рисунку 2.5, при ранжуванні умов для досягнення успіху у житті насамперед потрібні: працьовитість (15,6%), здоров'я (15,3%) та здібності (15%). Найменше впливає на успіх: хороша освіта (13,4%) та везіння (12,9%). Таким чином, *основна частина пацієнтів відзначили необхідність працьовитості та здоров'я як необхідну умову успіху, тобто є провідними у структурі життєвих цінностей досліджуваних.*

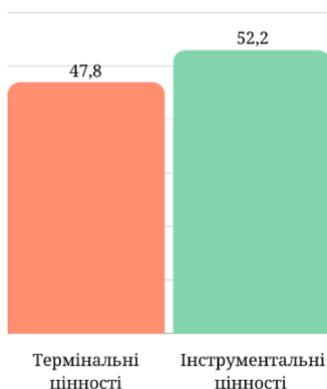


Рис. 2.6. Вираженість термінальних та інструментальних цінностей за опитувальником «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

Порівняльний аналіз термінальних та інструментальних цінностей здоров'я характеризує рівень сформованості ставлення до здоров'я. Наше дослідження показало переважання інструментальних цінностей (52,2%), як видно з рисунку 2.6, це може свідчити про *наявність споживчого ставлення до свого здоров'я.*

Аналіз результатів дослідження особливостей **когнітивного компоненту** ціннісно-сміслової сфери, надає можливість виявити нормативні ідеали. Результати відповідей на перше завдання дозволяють виявити ступінь відповідності та адекватності уявлень опитуваних науковій точці зору.

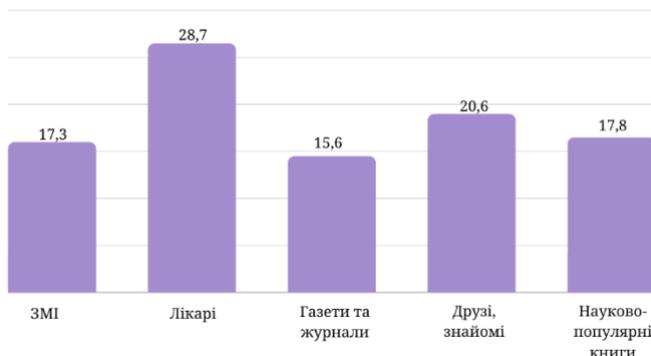


Рис. 2.7. Аналіз джерел інформації у галузі здоров'я за опитувальником «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

На завдання «Оцініть, який вплив на вашу поінформованість у галузі здоров'я має інформація, отримана з таких джерел», більшість пацієнтів віддала перевагу лікарям (28,7%), у збереженні свого здоров'я (рис. 2.7). Що дає змогу зробити висновок, що *пацієнти мають адекватне уявлення про науковість джерел інформації. При цьому, більшість використовує більш об'єктивні джерела у підвищенні своєї грамотності в галузі здоров'я, ніж вибирати непрофесійну думку та ненаукові, неточні, несистемні знання у цій галузі (друзі, знайомі, засоби масової інформації).*

Аналіз другого питання когнітивного блоку дозволяє встановити, який вплив мають на обізнаність респондентів у галузі здоров'я та здорового способу життя різні джерела інформації.

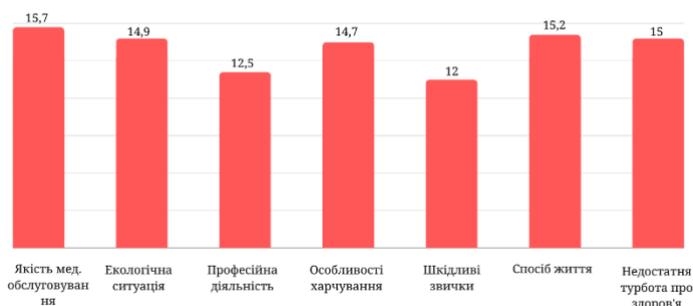


Рис. 2.8. Аналіз традиційних факторів, що впливають на здоров'я людини за опитувальником «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

Як бачимо на рисунку 2.8, на питання «Як ви вважаєте, які з наведених нижче факторів мають найбільш істотний вплив на стан вашого здоров'я?», більшість досліджуваних насамперед обирають якість медичного обслуговування (15,7%), спосіб життя (15,2%), та недостатня турбота про здоров'я (15%). Такі результати можуть означати, що для більшої кількості пацієнтів дані джерела отримання інформації про здоров'я є найбільш значущими та, що для більшості психосоціальний фактор (спосіб життя) є одним із основних у впливі на здоров'я.

А найменш значущими є професійна діяльність (12,5%) та шкідливі звички (12%). Такі результати можна пояснити тим, що більшість пацієнтів знаходяться у пенсійному віці, тому професійна діяльність для них вже не важлива.

При аналізі відповіді на третє запитання когнітивного блоку «Як би ви кількома словами визначили, що таке здоров'я?», було виявлено 5 основних груп визначень поняття «здоров'я»: 1) здоров'ям розуміється деякий комфортний стан, почуття захищеності, що характеризується гарним самопочуттям, настроєм, оптимальним рівнем активності; 2) здоров'я як нормальна робота організму, відсутність захворювань («не звертатися до лікарів», «не хворіти»); 3) здоров'я як феномен, зумовлений більшою мірою психологічними факторами (оптимізм, внутрішня гармонія, душевний спокій, здатність долати життєві труднощі тощо); 4) реалізація здорового життя (прогулянки, заняття спортом, правильне харчування). Які також можна поділити на 3 основні компоненти: фізичний, психічний соціальний. Частка кожного типу відповідей, отриманих за результатами опитування представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Зміст поняття здоров'я	Кількість відповідей (%)
Психічний компонент	35
Соціальний компонент	25
Фізичний компонент	40

Як бачимо, наведені ставлення до здоров'я та здоровий спосіб життя співзвучні визначенню ВООЗ і включають всі компоненти (фізичний, психічний, соціальний), але у різній пропорції.

Емоційний блок складається з двох закритих питань і є модифікованим варіантом шкали самооцінки, розробленої Ч. Д. Спілбергером і Ю. Л. Ханіним. Питання в даній шкалі застосовуються для виявлення та порівняльного аналізу особливостей емоційних переживань, пов'язаних з переживанням стану здоров'я та станом нездужання випробуваного. Ранжування середніх значень дозволяє виявити як емоційні переживання, що найчастіше відчувають респонденти, пов'язані зі здоров'ям/нездоров'ям, так і ті, які для них не характерні, а також встановити, чи викликає зміна самопочуття зрушення в емоційному стані людини.

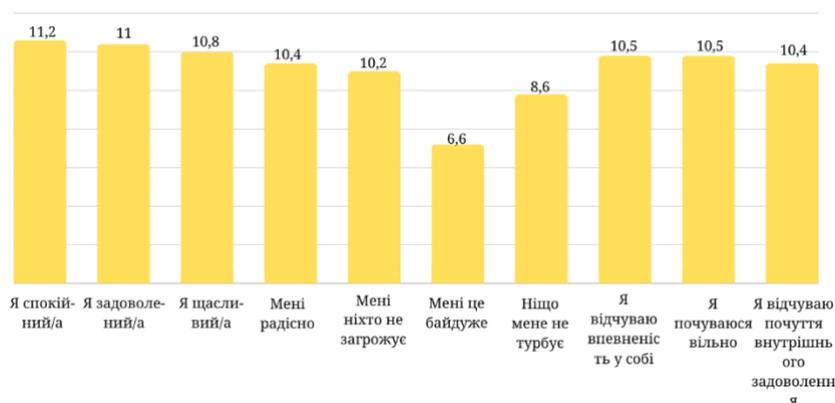


Рис. 2.9. Вираженість самооцінки переживань та почуттів, пов'язаних зі здоров'ям за опитувальником «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

Як ми бачимо на рисунку 2.9, питання «Як ви себе найчастіше відчуваєте, коли зі здоров'ям у вас все гаразд?» більшість респондентів відповіли «я

спокійний» (11,2%), «я задоволений» (11%), «я щасливий» (10,8%). Таким чином, відчуття благополуччя пов'язаного зі здоров'ям у пацієнтів супроводжуються сильними позитивними емоціями.

Аналіз другого питання дозволяє визначити емоційні переживання, що найчастіше відчувають досліджувані, пов'язані зі змінами в соматичній і психічній сферах; порушенням здоров'я та з його погіршенням.

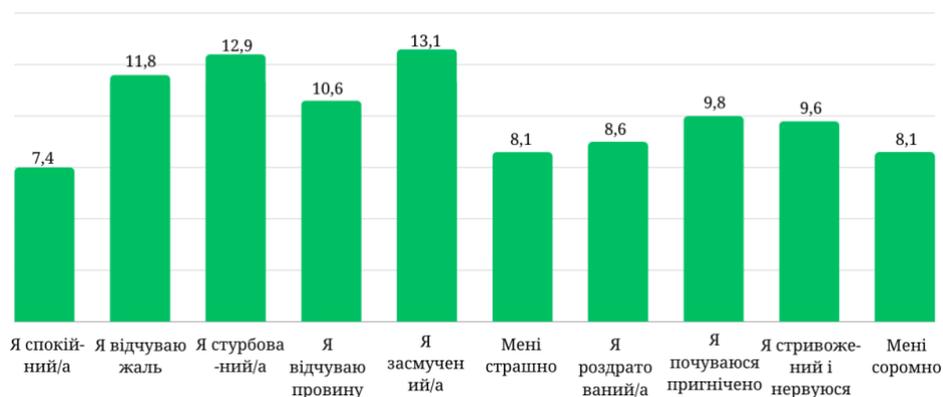


Рис. 2.10. Вираженість самооцінки переживань та почуттів, пов'язаних із погіршенням здоров'я за опитувальником «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

Результати питання «Як ви найчастіше почуваетесь, коли дізнаєтеся про погіршення свого стану?», як видно на рисунку 2.10, показують, що спостерігається почуття тривоги при погіршенню здоров'я. У більшості досліджуваних почуття тривоги у відповідях «я стурбований» (12,9%) та «я засмучений» (13,1%). Значний відсоток пацієнтів відчувають провину (10,6%). Найнижчі показники за відчуттям страху – 8,1%.

Таким чином, можна стверджувати, що у більшості досліджуваних погіршення самопочуття супроводжується сильним почуттям тривоги, провини, відчувають засмучення, при цьому не відчувають страху.

Розглянемо результати відповідей на питання **поведінкової шкали** – це дії та вчинки людини, що відповідають здоровому способу життя.

Перше питання, характеризує ступінь прихильності обстежуваного здоровому способу життя, тобто дозволяє визначити, що і наскільки регулярно

робить людина для підтримки та зміцнення свого здоров'я; які методи оздоровлення є більш і найпоширенішими серед визначеної вибірки.

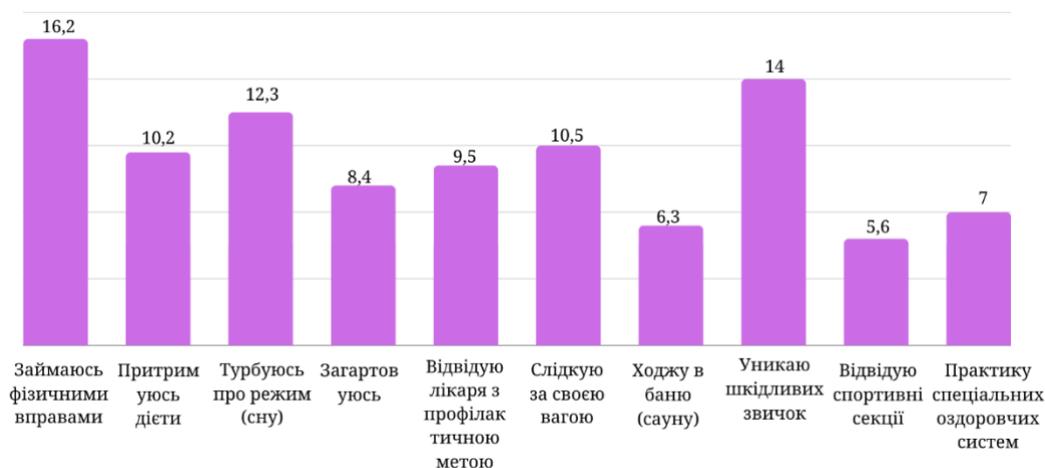


Рис. 2.11. Оцінка поведінки, пов'язаної з погіршенням здоров'я за опитувальником «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

На рисунку 2.11 видно, що на питання «Чи робите ви щось для підтримки вашого здоров'я та наскільки регулярно?» очолює відповідь «займаюсь фізичними вправами» (16,2%). На другому місці – уникнення шкідливих звичок (14%). Отримані дані дозволяють говорити про рівень активності/пасивності поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, та про ступінь сформованості культури самозбережуючої поведінки. Таким чином, *для досліджуваних серед усіх складових здорового способу життя найбільш регулярними є фізичні вправи та уникнення шкідливих звичок.*

Друге питання поведінкового блоку відбиває особливості поведінки людини у разі погіршення його фізичного та психічного самопочуття: його орієнтацію отримання професійної і непрофесійної допомоги. Оцінка особливостей поведінки досліджуваних, пов'язаних із погіршенням фізичного і психічного самопочуття, орієнтації на отримання професійної чи не професійної допомоги, є важливою з теоретичною та практичною метою.

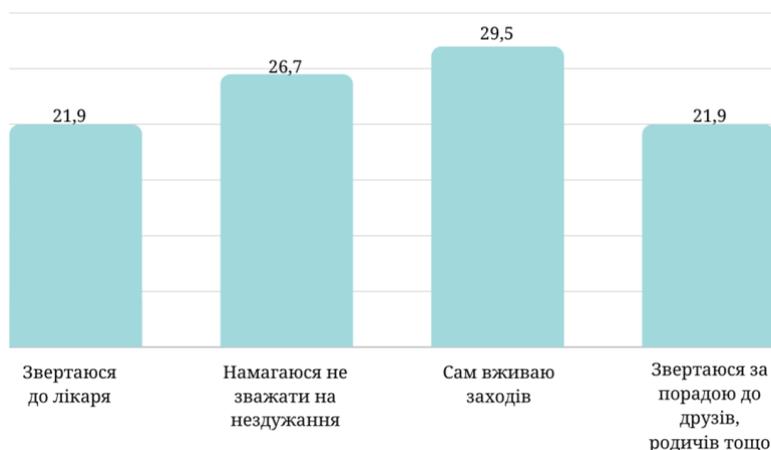


Рис. 2.12. Оцінка особливостей поведінки, пов'язаних із погіршенням фізичного чи психічного самопочуття за опитувальником «Ставлення до здоров'я» (авторка Р. Березовська).

Як видно з рисунку 2.12, більшість пацієнтів при нездужанні вибирають самим впоратися з проблемою (29,5%). Таким чином, *найчастіше більша частина досліджуваних, спочатку самі вживають заходів при погіршенні здоров'я, або взагалі намагаються не зважати на хворобу. Тобто отримання професійної допомоги не є важливим для більшості опитаних.*

Таблиця 2.3

Описові статистики за параметрами прихильності до лікування

	N	Мін.	Макс.	Σ	σ
Прихильність до лікування	40	11,00	92,00	57,4000	19,69225
Прихильність до лікувальної терапії	40	13,00	100,00	64,0000	23,25996
Прихильність до медичного супроводу	40	11,00	90,00	51,5250	16,45972
Прихильність до зміни способу життя	40	9,00	90,00	52,5250	20,04864
Valid N (listwise)	40				

Як ми можемо бачити з таблиці 2.3, спостерігається середній ступінь вираженості всіх шкал даної методики, відповідно ключам. Можна зробити висновок, що медичні рекомендації пацієнтами виконуватися швидше будуть,

ніж не будуть, досліджувані не проти лікувальної терапії. Такі результати можуть бути пов'язані з тим, що пацієнти знаходяться на стаціонарному лікуванні. Відповідно до отриманих даних можна припустити, що пацієнти не виявляють бажання, наприклад, дотримуватися певної дієти чи обмежувати своє повсякденне життя.

Таблиця 2.4

Результати кореляційного аналізу показників прихильності до лікування і ставлення до здоров'я

			Прихильність до лікування	Прихильність до лікувальної терапії	Прихильність до медичного супроводу	Прихильність до зміни способу життя
Spearman's rho	Когнітивна сфера	Correlation Coefficient	,141	,130	,144	,121
		Sig. (2-tailed)	,386	,422	,376	,456
		N	40	40	40	40
	Емоційна сфера	Correlation Coefficient	,179	,154	,223	,239
		Sig. (2-tailed)	,269	,343	,166	,138
		N	40	40	40	40
	Поведінкова сфера	Correlation Coefficient	,193	,200	,087	,115
		Sig. (2-tailed)	,234	,215	,592	,478
		N	40	40	40	40
	Ціннісно-мотиваційна сфера	Correlation Coefficient	,029	-,080	,036	,042
		Sig. (2-tailed)	,857	,624	,824	,797
		N	40	40	40	40

Як видно з таблиці 2.4, статистично значущих кореляційних зв'язків між показниками прихильності до лікування та ставлення до здоров'я в даній вибірці не було виявлено. Такий результат може свідчити про те, що прихильність до лікування не зумовлена ставленням до здоров'я у пацієнтів, а можливо іншими факторами, які не увійшли до даного дослідження.

Таблиця 2.5

**Описові статистики за шкалами методики
«Рівень суб'єктивного контролю»**

	N	Мін.	Макс.	Σ	σ
Рівень суб'єктивного контролю	41	1,00	10,00	4,2195	2,18532
Область досягнень (ІД)	41	1,00	10,00	5,2439	2,39563
Область невдач (ІН)	41	1,00	10,00	4,6829	2,60230
Сімейні відносини (ІС)	41	1,00	10,00	4,4390	2,06214
Виробничі відносини (ІВ)	41	1,00	9,00	4,3902	2,04790
Міжособистісні відносини (ІМ)	41	1,00	10,00	5,6341	2,37441
Здоров'я та хвороба (ІЗ)	41	1,00	10,00	4,6341	2,71805
Valid N (listwise)	41				

На таблиці 2.5, видно, що середній показник за всіма шкалами відповідає низькому рівні суб'єктивного контролю (від 1 до 5) – екстернальний контроль. Характеристикою на цьому рівні суб'єктивного контролю є відсутність зв'язку між своїми діями та значущими подіями життя (за шкалами «Область досягнень» та «Область невдач»), більшість подій життя розуміються як результат випадку чи дії інших людей (за шкалою «Міжособистісні відносини»), відсутність розуміння своєї здатності впливати на своє здоров'я (за шкалою «Здоров'я та хвороба»).

Таким чином, за результатами методики можна зробити висновок про те, що більшість пацієнтів мають виражену екстернальність, яка формує низку складнощів, пов'язаних із процесами самооцінювання, деякими емоційними реакціями та поведінковими патернами, які показані у Додатку Б. Загалом, це може виражатися у виникненні «комплексу залежності» насамперед від референтної групи та оточуючих загалом. При цьому безпосередньо можуть виникати складності як саморегуляції своєї поведінки, так і у сфері взаємодії з іншими людьми (соціальне функціонування).

Також, було здійснено аналіз результатів кореляційного аналізу рівня суб'єктивного контролю (РСК) і показників ставлення до здоров'я (див. таблицю Б.1), який показав, що статистично значущих кореляційних зв'язків між показниками рівня суб'єктивного контролю та ставленням до здоров'я в даній вибірці не було виявлено. Такий результат може говорити про те, що рівень екстернальності-інтернальності не зумовлений ставленням до здоров'я у пацієнтів, а можливо іншими ознаками особистості.

Таблиця 2.6

Результати кореляційного аналізу демографічних характеристик* і параметрів ставлення до здоров'я

			Освіта	Дохід	Сімейний стан
Spearman's rho	Когнітивна сфера	Correlation Coefficient	-,295	-,109	-,241
		Sig. (2-tailed)	,101	,552	,184
		N	32	32	32
	Емоційна сфера	Correlation Coefficient	-,103	,252	,000
		Sig. (2-tailed)	,576	,164	,999
		N	32	32	32
	Поведінкова сфера	Correlation Coefficient	,193	,192	-,104
		Sig. (2-tailed)	,291	,293	,569
		N	32	32	32
	Ціннісно-мотиваційна сфера	Correlation Coefficient	,106	,044	,058

		Sig. (2-tailed)	,565	,812	,751
		N	32	32	32

Як видно з таблиці 2.6, статистично значущих кореляційних зв'язків між ставленням до здоров'я та рівнем освіти, доходу та сімейного стану в даній вибірці не виявлено. Отриманий результат може свідчити, що рівень демографічних характеристик не впливає на ставлення до здоров'я для даної вибірки досліджуваних.

Таким чином, ціннісне ставлення до здоров'я визначається не дослідженими нами параметрами, а іншими – що не були охоплені нашим дослідженням.

Таблиця 2.7

**Описові статистики за шкалами методики
«Опитувальник оцінки якості життя (SF-36)»**

	N	Мін.	Макс.	Σ	σ
Фізичне функціонування	39	25,00	100,00	77,5641	20,70697
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	39	,00	100,00	49,3590	41,55180
Інтенсивність болю	39	,00	100,00	68,2051	32,75281
Загальний стан здоров'я	39	5,00	72,00	43,5385	14,08405
Життєва активність	39	5,00	80,00	47,8205	14,17906
Соціальне функціонування	39	,00	100,00	78,1410	24,99814
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	39	,00	100,00	56,4044	46,61321
Психічне здоров'я	39	36,00	100,00	60,3077	10,87284
Загальне духовне благополуччя	39	26,40	57,00	42,9615	7,36084
Valid N (listwise)	39				

Як можна побачити з таблиці 2.7, найбільші середні значення по вибірці за показниками «Соціальне функціонування» (78,1%) та «Фізичне функціонування» (77,5%). Наявні дані свідчать про відсутність (або низький рівень): обмежень соціальних контактів; зниження рівня спілкування у зв'язку

можливим погіршенням фізичного та емоційного станів; обмеженості фізичної активності пацієнтів за станом здоров'я.

Низьким середнім значенням відповідно ключам методики відповідають показники за шкалами «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом» (49,3%), «Загальний стан здоров'я» (43,5%), «Життєва активність» (47,8%) та «Загальне духовне благополуччя» (42,9%). Такі результати свідчать про те, що: повсякденна діяльність (робота, виконання повсякденних обов'язків) значно обмежена фізичним станом пацієнта; стан здоров'я пацієнтами характеризується як поганий; зниження життєвої активності, відчуття знесилення, втома у пацієнтів пов'язаних із хворобою.

Показник стандартного відхилення вказує на відсутність спільної тенденції досліджуваних стосовно рольового функціонування, зумовленого фізичним та емоційним станом.

У ході кореляційного аналізу шкал методики різних аспектів ставлення до здоров'я було виявлено, досить велику кількість статистично значущих кореляції між шкалами даної методики. Дані показані у таблиці Б.2, за якими ми бачимо, що:

- шкала «Фізичне функціонування» (PF) корелює зі шкалами «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом» (PR) та «Інтенсивність болю» (BP). Такі результати свідчать, про те, що, *рівень задоволення фізичним станом залежить від інтенсивністю болю викликаного захворюванням, та що це має безпосередній вплив на повсякденну діяльність (яка значно обмежена фізичним станом пацієнтів);*
- шкала «Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом» (PR) корелює, зокрема з вже описаними шкалами, ще з «Інтенсивністю болю» (BP), з «Соціальним функціонуванням» (SF) та «Рольовим функціонуванням, зумовленим емоційним болем» (RE). Отже, *існує взаємозалежність між фізичним станом пацієнта, який значно обмежує повсякденну діяльність досліджуваних та рівнем*

інтенсивності болю, яка в свою чергу впливає на обмеження соціальних контактів та зниження рівня спілкування у зв'язку погіршенням фізичного та емоційного стану;

- шкала «Життєва активність» (VT) корелює зі шкалою «Психічне здоров'я» (MH). Що може, свідчити про наявність залежності високого рівня психічного здоров'я від рівня активності, активного способу життя у пацієнтів.

Кореляційна значущість також присутня за показником «Загальний стан фізичного благополуччя» (PH), «Фізичне функціонування» (PF), «Інтенсивність болю» (BP) та «Соціальне функціонування» (SF). Тобто, можна зробити висновок про те, що *чим більше пацієнти задоволені своїм здоров'ям, тим більшою мірою пацієнти задоволені своїм фізичним самопочуттям та меншою мірою відчують обмеження у соціальних контактах та рівні спілкування з оточуючими та близькими.*

З показником «Загальний стан духовного благополуччя» (G-MH) корелює з шкалами «Соціальне функціонування» (SF) та «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом» (RE). Можна зробити висновок, що *чим більше пацієнти задоволені своїм духовним (психологічним) благополуччям, тим меншою мірою пацієнти відчують обмеження у соціальних контактах та обмеження у виконанні повсякденної роботи, зумовлене погіршенням емоційного стану.*

Результати кореляційного аналізу показників опитувальника якості життя і ставлення до здоров'я показані у Додатку Б. Як видно з таблиці Б.3, шкала «Когнітивний компонент» має позитивний кореляційний взаємозв'язок із шкалою «Життєва активність». Такі дані, дозволяють говорити, про те, що уявлення пацієнтів про свій діагноз впливає на рівень їх життєвої активності (відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим). В свою чергу такий параметр як «Емоційний компонент» має кореляційний вплив з параметром «Соціальне функціонування». Такий результат може свідчити про

те, що емоційні переживання пацієнта, пов'язані з хворобою та її наслідками (сформованих логічними судженнями про хворобу) мають безпосередній вплив на фізичний та емоційний стан, який обмежує соціальну активність (спілкування).

Статистично значущої кореляції за іншими компонентами ціннісно-сислової сфери в даній вибірці не виявлено. Таким чином сформованість мотивації на збереження та зміцнення здоров'я у пацієнтів знаходиться на рівні наближеному до високого, але, як показують результати дослідження, даний показник не корелює з якістю життя пацієнтів з соматичною хворобою. Цей феномен можна пояснити тим, що хвороба інсульт розвивається раптово. У пацієнтів, які перебувають на ранньому етапі реабілітації (2-6 місяців після інсульту), не встигає переосмислитися (перебудуватися) сформована раніше ціннісно-сислова сфера.

Отриманні дані також свідчать про те, що показники якості життя в свої більшості зумовлені не ціннісно-мотиваційною та поведінковою сферами ставлення до здоров'я, а також і іншими можливими факторами, які не увійшли до даного дослідження.

2.4 Висновок до другого розділу

Експериментальне дослідження особливостей ціннісно-сислової сфери особистості в умовах хронічної соматичної хвороби було проведено за участі пацієнтів, що склали загальну кількість 41 досліджуваних, з них 8 – жіночої статі, 33 – чоловічої статі віком від 38 до 83 років. У всіх пацієнтів поставлений діагноз інсульт різної тяжкості та локалізації. Раптова та серйозна хвороба є психічною травмою для пацієнта та супроводжується невротичними, іпохондричними, депресивними реакціями на хворобу (Кутлубаев & Ахмадеева, 2014). У зв'язку з цим результати даного дослідження мають велике значення для подальшого розвитку у темі особливостей цінно-сислових орієнтації інсультних та постінсультних пацієнтів для виявлення тих

характеристик які перешкоджають формуванню позитивної установки на лікування та тривалу реабілітацію (Ревенько, 2010), сприяють адаптації особи при хворобі (Kovbasyuk, 2018).

Результати дослідження показали, що для більшості пацієнтів значимість здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей займає вагоме значення. Виявлений досить високий рівень занепокоєння своїм здоров'ям (шкала «Емоційний компонент») у пацієнтів, але при цьому діяльність направлена на його збереження та підтримки («Поведінковий компонент») має низький рівень, тобто низький ступінь відповідності дій та вчинків людини вимогам здорового способу життя в умовах хронічної соматичної хвороби.

Грунтуючись на результати дослідження можна виділили характеристику особливостей компонентів внутрішньої картини захворювання. Для пацієнтів з хронічною соматичною хворобою сімейні взаємини та незалежність є значущою цінністю, майже таке ж значення має здоров'я. Також здоров'я є важливою умовою досягнення життєвого успіху, так само як і працьовитість та здібності. Причиною нерегулярної турботи про здоров'я є небажання себе в чомусь обмежувати та брак сили волі. *Відчуття благополуччя пов'язаного зі здоров'ям у пацієнтів супроводжуються сильними позитивними емоціями та почуттями: «відчуття внутрішнього задоволення» та «щастя».* У більшості досліджуваних погіршення самопочуття супроводжується сильним почуттям тривоги, провини, засмучення. Опитуванні в основному дають традиційне визначення поняття здоров'я, наголошуючи на його фізичному аспекті: «бути в хорошій формі», рідше психологічні та соціальні характеристики «благополуччя», «бути в гармонії зі світом».. Для підтримки здоров'я в дослідженні вважають важливим підтримувати фізичну активність. Найчастіше більша частина досліджуваних, спочатку самі вживають заходів при погіршенні здоров'я, або взагалі намагаються не зважати на хворобу. Тобто отримання професійної допомоги не є важливим для більшості опитаних. Але, при цьому досліджувані зазначають, що якість медичного обслуговування впливає на

якість їх здоров'я. Більшість присутніх готові визнати свою роль у погіршенні здоров'я, як основну причину вони виділили свій спосіб життя. Перевагу у збереженні свого здоров'я пацієнти віддали лікарям.

В результаті проведеного емпіричного дослідження нам вдалося виявити, що пацієнти мають середній рівень прихильності до лікування. Можна зробити висновок, що медичні рекомендації пацієнтами виконуватися швидше будуть, ніж не будуть, досліджувані не проти лікувальної терапії. В свою чергу кореляційний аналіз показав, що прихильність до лікування не зумовлена ставленням до здоров'я у пацієнтів, а можливо іншими факторами, які не увійшли до даного дослідження.

Результати рівня суб'єктивного контролю показали, що більшість пацієнтів мають виражену екстернальність, яка формує низку складнощів, пов'язаних із процесами самооцінювання, деякими емоційними реакціями та поведінковими патернами. Загалом, це може виражатися у виникненні «комплексу залежності» насамперед від референтної групи та оточуючих загалом. При цьому безпосередньо можуть виникати складності як саморегуляції своєї поведінки, так і у сфері взаємодії з іншими людьми (соціальне функціонування). Але кореляційний аналіз показав, що рівень екстернальності-інтернальності не зумовлений ставленням до здоров'я у пацієнтів, а можливо іншими ознаками особистості.

Кореляційний аналіз показав, що рівень освіти, доходу та сімейного стану не впливає на ставлення до здоров'я. Таким чином, для даної вибірки досліджуваних в ситуації хронічного соматичного захворювання відсутній суттєвий вплив демографічних характеристик на ціннісно-смыслову сферу особистості.

Таким чином, ціннісне ставлення до здоров'я визначається не дослідженими вище параметрами, а можливо іншими – що не були охоплені нашим дослідженням.

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив виявити, що пацієнти мають низькі показники за такими параметрами як *«Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом»*, *«Загальний стан здоров'я»*, *«Життєва активність»*. Такі результати узгоджуються з тезами, які були розглянуті в літературному огляді: ситуація хронічної соматичної хвороби може впливати на життєву активність та загальний стан здоров'я. Тобто, повсякденна діяльність (робота, виконання повсякденних обов'язків) значно обмежена фізичним станом пацієнта, а відчуття зниження життєвої активності, знесилення та втоми у вибірці даного дослідження пов'язана із хворобою.

Проведений кореляційний аналіз різних аспектів ставлення до здоров'я між собою показав:

- рівень задоволення фізичним станом залежить від інтенсивності болю викликаного захворюванням, та що це має безпосередній вплив на повсякденну діяльність (яка значно обмежена фізичним станом пацієнтів);
- чим вищий рівень інтенсивності болю, тим вище респонденти відмічають рівень обмеженості своїх соціальних контактів та зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного стану. наявність залежності високого рівня психічного здоров'я від рівня активності, активного способу життя у пацієнтів.
- чим більше пацієнти задоволені своїм здоров'ям, тим більшою мірою пацієнти задоволені своїм фізичним самопочуттям та меншою мірою відчують обмеження у соціальних контактах та рівні спілкування з оточуючими та близькими.
- чим більше пацієнти задоволені своїм духовним (психологічним) благополуччям, тим меншою мірою пацієнти відчують обмеження у соціальних контактах та обмеження у виконанні повсякденної роботи, зумовлене погіршенням емоційного стану.

Проведений кореляційний аналіз показників опитувальника якості життя і ставлення до здоров'я дозволив зробити висновок, що уявлення пацієнтів про свій діагноз впливає на рівень їх життєвої активності. В свою чергу емоційні переживання пацієнта, пов'язані з хворобою та її наслідками (сформованих логічними судженнями про хворобу) мають безпосередній вплив на фізичний та емоційний стан, який обмежує соціальну активність.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати нашої роботи, передусім, слід зазначити, що мету, заявлену на початку роботи, досягнуто шляхом реалізації поставлених завдань. Проведена під час дослідження робота призвела до таких результатів.

1. Аналіз психологічної та методичної літератури дозволив підтвердити актуальність обраної теми: проблема вивчення особливостей ціннісно-сміслової сфери в умовах хронічної соматичної хвороби є важливою для сучасного суспільства та розвитку наукового знання в даному напрямку, оскільки дослідження процесів переживання хвороби, становлення внутрішньої позиції особистості, самоідентифікації, «Я»-концепції на фоні хронічного соматичного захворювання надає можливість розуміння особистісної специфіки та смислових змін у структурі особистості, викликаних захворюванням.

2. В ході вивчення соціально-психологічних особливостей людей із соматичних захворювань за результатами емпіричного дослідження було виявлено наступне. Респонденти на достатньому рівні цінують своє здоров'я, але їх діяльність не направлена на його підтримку; загальна кількість знань про те, як зберегти своє здоров'я знаходиться на низькому рівні, тобто у досліджуваних виявлений низький ступінь відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя. Проте, в той же час, поганий стан здоров'я

супроводжується емоційними переживаннями. Виявлена незадоволеність своїм фізичним станом, більшою мірою відчуваються респондентами ті обмеження, які накладає на повсякденну діяльність їхній фізичний стан. Такі результати, на наш погляд, можна пояснити тим, що пацієнти, все ще перебувають на ранньому етапі реабілітації (2-6 місяців після інсульту), і загальний стан здоров'я, який характеризується пацієнтами як поганий, може порушити адаптивні можливості особистості.

Деяким людям, які перенесли інсульт властиво байдуже ставлення до свого стану, це пояснюється не лінню, а ураженням певних областей мозку. Наприклад, при великих ураженнях правої півкулі поряд із порушенням рухів у лівій руці та нозі виникає зниження психічної активності. Нестійкість розумової працездатності призводить до виснаження психічних процесів, коливання уваги і порушення пам'яті. Подібні порушення психічних процесів іноді викликають порушення мисленнєвої діяльності та рухливості нервових процесів. І, як наслідок, досліджувані мають менш виражений страх втратити здоров'я і меншу мотивацію на його збереження.

Тип захворювання, безумовно, має значний вплив на ціннісно-смыслову сферу особистості. Різні захворювання несуть у собі різноманітні соціальні стереотипи: так, серцево-судинна хвороба має негативний соціальний стереотип, пов'язаний з можливістю раптової смерті.

Також має вплив емоційна оцінка ситуації хвороби, що може порушити адаптивні можливості особистості. Так, у більшості пацієнтів присутня депресивна симптоматика (70,7% опитаних), у пацієнтів, які перебувають на ранньому етапі реабілітації (2-6 місяців після інсульту). Навіть найоптимістичніша картина захворювання і сприятливий (з точки зору терапевта) прогноз не виключає можливість соціальної інвалідизації внаслідок невротизації особистості.

3. З метою дослідження вивчення взаємозв'язку ціннісно-смыслової сфери та якості життя пацієнтів в умовах хронічного соматичного захворювання в

контексті їхнього ставлення до хвороби було проведено експериментальне дослідження. Дослідження проводилося у три етапи, з використанням психодіагностичних методик. Методики дослідження були обрані згідно проблеми дослідження, які вимірювали: рівень нервово-емоційної стійкості, ступеня інтеграції особистісних властивостей та рівня адаптації особистості до соціального оточення; особливості ціннісно-сміслової сфери особистості; характер прихильності та ставлення до хвороби; виявлення показників якості життя пацієнтів; діагностика депресії. На нашу думку, обрані методики дозволяють повністю дослідити світогляд особистості, відношення її до себе, до своєї хвороби, до оточення та до навколишнього світу.

4. Проведено емпіричне дослідження, в якому визначено зв'язок між якістю життя пацієнтів із хронічними хворобами та їх ціннісно-смісловою сферою. Отримані в результаті тестування дані підлягали кодуванню та квантифікації (кількісному вираженні). Наявність хронічної соматичної хвороби, яка визначає якість життя пацієнтів, впливає на ціннісно-сміслову сферу пацієнтів у емоційному та когнітивному плані. А саме, вплив уявлень пацієнтів про свій діагноз на їх самопочуття (рівень життєвої активності). В свою чергу емоційні переживання пацієнта, пов'язані з хворобою та її наслідками, які сформовані на основі логічними судженнями про хворобу, мають безпосередній вплив на фізичний та емоційний стан респондентів. Смысл життя є основою підвищення якості життя у ситуації хвороби, як один із чинників формування адаптивного ставлення до хвороби, який можна розглянути як ресурс відновлення психофізіологічної рівноваги.

В свою чергу наявність соматичної хвороби, яка, так чи інакше, визначає якість життя пацієнта, не пов'язана з високою значимістю здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей та мірою сформованості мотивації на збереження та зміцнення здоров'я (та відповідних для цього дій).

На нашу думку, такий результат може бути пов'язаний з тим, що не сама хвороба впливає на ціннісно-сміслову сферу особистості, а лише в контексті

соціальної ситуації, яка складається у хворої людини відбувається цей вплив. Це підтверджується даними методики «Опитувальник оцінки якості життя» (SF-36), що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта, а стан здоров'я пацієнтами характеризується як поганий.

Таким чином, фізіологічна сторона хвороби на ранньому відновлювальному періоді після гострого порушення мозкового кровообігу знаходиться на вищому рівні усвідомлення ніж психологічна. Такі результати можуть бути пов'язані з особливостями хвороби інсульту, яка характеризується раптовим виникненням. В такому випадку фізіологічний аспект здоров'я є важливішим ніж психологічний (цінності та смисли), оскільки в гострій фазі людина переживає цілу гаму негативних емоцій і не здатна усвідомлено ставитися до ситуації, що виникла.

Хвороба це вимушений, неприродний стан, викликаний незалежними від людини факторами. У відповідь на прийняття ролі хворого індивід приймає на себе певні зобов'язання, серед яких ключовим є бажання одужати. Як показують результати дослідження, більшість пацієнтів прихильні до лікування.

Гіпотеза дослідження частково підтвердилася, наявність соматичної хвороби впливає на когнітивний та емоційний компоненти, оскільки складність хвороби обмежує вплив хронічної соматичної хвороби на ціннісно-смыслову сферу у пацієнтів, які перебувають на ранньому етапі реабілітації (2-6 місяців після інсульту). Це може свідчити про те, що ціннісно-смыслова сфера ставлення до здоров'я зумовлена не тільки показниками якості життя, а іншими можливими факторами, які не увійшли до даного дослідження.

Емпірично доведено, що ціннісно-смыслова сфера, якість життя та відношення до хвороби мають тристоронній характер взаємозв'язку: суб'єктивна реакція на захворювання, обумовлена смысловою реальністю, у свою чергу є фактором, що, так чи інакше, має деякий вплив на ціннісно-

смыслову сферу. Рівень якості життя у цьому ланцюжку так само виступає і як детермінант, і як наслідок взаємодії.

Проведене дослідження не вичерпує усіх аспектів психологічних особливостей формування ціннісно-смыислової сфери в умовах хронічної соматичної хвороби. Перспективи подальших досліджень даної проблематики вбачаємо у розширенні досліджуваних показників особливостей ціннісно-смыислової сфери в умовах хронічної соматичної хвороби з урахуванням вже виявлених особливостей представлених в даній роботі. Перспективним доповненням здійснених наукових досліджень вважаємо, зокрема, вивчення соціокультурного чинника формування ціннісно-смыислових орієнтацій.

Також, слід зазначити, що дана вибірка є дещо обмеженою у розмірах в силу організаційної складності проведення подібних досліджень. Втім, оскільки тема є актуальною, а її результати мають можливості подальшого втілення, вбачаємо за доцільне розширення вибірки при проведенні подальших досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Березовская, Р. А., & Никифоров, Г. С. (2001). Отношение к здоровью. Психология здоровья, 3, 275–291.
2. Богучарова, О. І. (2002). Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проблематизації). Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України, 1(т4), 11–20.
3. Братусь, Б. С. (1988). Аномалии развития личности. Мысль, 301.
4. Бреусенко, О. А. (2000). Динаміка ціннісно-сміслової сфери особистості в умовах екзистенціальної кризи. Автореф. Дис. Канд. Психол. Наук, спец. 19.00.01, 20.
5. Бурлачук, Л. Ф. (1979). Дослідження особистості в клінічній психології: Медицина.
6. Бурлачук, Л. Ф. (1989). Словник – довідник з психологічної діагностики. Наукова думка.
7. Василюк, Ф. Е. (1984). Психология переживания : анализ преодоления критических ситуаций. In изд-во московского университета ebooks. [Http://ci.Nii.Ac.Jp/ncid/BA23270008](http://ci.Nii.Ac.Jp/ncid/BA23270008)
8. Вассерман, Л. И. (2005). Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. НИПНИ им. В.М. Бехтерева.
9. Гаврилюк, В. В., & Трикоз, Н. (2002). Динамика ценностных ориентаций в период социальной трансформации (поколенный подход).

- Социологические исследования, 1, 96–105.
<https://ecsocman.Hse.Ru/data/611/119/1217/011.Gavriliuk.Pdf>
10. Гнедова, С. В. (1999). Влияние социальной ситуации и состояния здоровья на развитие личностных особенностей школьников. Медицина.
11. Гуляровський, В. А. (2000). Про взаємовідношення соматичного і психічного в медицині (vol. 8). Лікувальна справа.
12. Гурлева, Т. (2018). Дослідження поняття «гармонія» в аспекті життєвих смислів особистості. Психологічний часопис, 6(16), 67–79.
<https://lib.litta.gov.ua/711369/>
13. Зайцев, В. П. (1981). Вариант психологического теста mini-mult. Психологический журнал, 3, 118–123.
14. Кавалеров, А. А. (2002). Цінність у соціокультурній трансформації. Астропринт.
15. Киричук, О. О. (2018). Ціннісні регулятори психологічного благополуччя особистості. Науковий вісник херсонського державного університету, 1(1), 89–95.
16. Копчак, О. О. (2012). Особливості постінсультних когнітивних порушень у пацієнтів з метаболічним синдромом. Міжнародний неврологічний журнал, 49(3), 88–95.
17. Красильников, І. О. (2016). Внутрішні конфлікти особистості в духовно-смісловій парадигмі. Вісник харківського національного університету ім. Каразіна, 61, 8–12.
18. Кутлубаев, М. А., & Ахмадеева, Л. Р. (2014). Стрессовое расстройство после инсульта: частота, факторы риска, подходы к профилактике и лечению. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2, 70–74.
19. Кучманіч, І., & Мороз, Р. (2017). Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», 36(36), 146–159.
<http://dv.lvivacademy.com/index.php/2227-6246/article/view/157082>

- 20.Лазарук, А. В. (2003). Цінності людини у науковопсихологічному осмисленні. Психологія і суспільство, 2, 19–37.
- 21.Леонтьєв, Д. А. (2000). Психология свободы: к постановке проблемы самодетерминации личности. Психологический журнал, 21(1), 15–25.
- 22.Леонтьєв, Д. А. (2003). Психологія смислу: природа, будова та динаміка смислової реальності. Смисл.
- 23.Личко, А. Е., Смирнов, В. М., & Кабанов, М. М. (1983). Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Методы Психологической Диагностики И Коррекции В Клинике. Медицина, 155(1), 102–115.
- 24.Лурия, А. Р. (2003). Основы нейропсихологии. Издательский центр «Академия».
- 25.Максименко, С. Д. (2015). Переживання як категоріальна основа сучасної загальної і медичної психології. Психологічний часопис, 2(2), 65–70.
<https://doi.org/10.31108/1.2015.2.2.10>
- 26.Максименко, С. Д., & Шевченко, Н. Ф. (2007). Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Навчальний посібник, 50, 115.
<http://ebooks.znu.edu.ua/files/bibliobooks/inshi40/0031350.Doc>
- 27.Маслоу, А. (1982). Самоактуализация. Психология личности. Тексты, 5, 108–118.
- 28.Матвієнко, Л. І. (2016). Ціннісно-сміслові орієнтації осіб з різним рівнем емоційного вигорання. Вісник харківського національного університету ім. Каразіна, 61, 19–24.
- 29.Меднікова, Г. І. (2002). Самооцінка та рівень домагань особистості як динамічна система. Харківський державний педагогічний університет ім. Г. С. Сковороди.
- 30.Медянова, О. В. (2013). Когнітивні складові як чинник розвитку ціннісної сфери особистості студента-медика.
- 31.Менделевич, В. Д. (2001). Клиническая и медицинская психология: практическое руководство.

32. Минькова, Е. Е. (2015). Выделение психологических факторов, предшествующих инсульту, в клинико-психологических и динамических аспектах. Молодой ученый, 93, 297–301.
<https://moluch.Ru/archive/93/20709/>
33. Москаленко, О. В. (2013). Структурні компоненти ціннісно-сміслової сфери. Вісник НТУУ «КПІ», 1, 91–98.
34. Мясищев, В. Н. (1998). Психология отношений: избранные психологические труды: под редакцией А.А. Бодалева.
35. Педоренко, В. М., & Коцюбинського, В. Д. (2017). Психологічні особливості розвитку компонентів суверенних моральних цінностей майбутніх психологів. Психологічний Часопис, 10(6), 131–148.
<https://doi.org/10.31108/1.2017.6.10.10>
36. Ревенько, І. Л. (2010). Епідеміологія інсульту в Україні. Запорізький медичний журнал, 3(т12), 42–47.
37. Саад, В. А. (1996). Этнопсихологические различия отношений к болезни у подростков. Voprosy obrazovaniâ.
38. Савчин, М. В., & Василенко, Л. П. (2009). Вікова психологія (2nd ed.). Академвидав. <https://studentam.Net.Ua/content/category/24/155/86/>
39. Севост'янов, П. О. (2017). Взаємозв'язок відкритості досвіду та смисложиттєвих орієнтацій у студентів. Вісник харківського національного університету ім. Каразіна, 63, 12–16.
<https://periodicals.Karazin.Ua/psychology/article/download/10104/9632>
40. Соколова, Е., & Николаева, В. (1995). Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях (при поддержке фонда сороса и института «открытое общество, n96-103-230796-1685a). Svr–аргис.
<https://istina.Msu.Ru/publications/book/1433833/>
41. Титаренко, Т. (2007). Життєві кризи: технології консультування. Главник.

42. Турбан, В. (2021). Культурний контекст психології особистості: постановка проблеми. *Teoretični i prikladni problemi psihologiji*, 3(56)т2, 280–289. <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-2-280-289>
43. Туриніна, О. Л. (2007). Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю Дж.Ротера (адаптація бажина Е.Ф., Голынкиной С.А., Эткінда А.М.). *Практикум з психології: навчальний посібник*, 304–305.
44. Федчук, О. В. (2022). Внутрішня картина здоров'я як особистісний ресурс. *Teoretični i prikladni problemi psihologiji*, 1(57)т2, 98–111. <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-57-1-2-98-111>
45. Филякова, Е. Г., Николаева, В. В., & Касаткин, В. Н. (2000). Образ «Я» у детей с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма и гастродуоденальная патология). *Педиатрия*, 4, 97–103.
46. Цуканов, Б. І. (2000). Сприйняття часу в психіці людини. *Астропрінт*.
47. Чайка, Г. В. (2015). Ціннісно-сміслова сфера у кризові періоди розвитку особистості. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*, 6, 93–101. <https://lib.litta.gov.ua/10351/>
48. Чаплак, Я. В., & Чуйко, Г. В. (2017). Сенс життя як орієнтир на життєвому шляху людини. *Психологічний Часопис*, 5(1), 100–111. <https://doi.org/10.31108/1.2017.1.5.9>
49. Чуйко, Г. В. (2018). Сенс життя у контексті відчуття задоволеності життям. *Психологічний Часопис*, 11(1), 46–60. <https://doi.org/10.31108/1.2018.1.11.4>
50. Al-azri, H., & Morrison, A. M. (2006). Measurement of oman's destination image in the US. *Tourism recreation research*, 31(2), 85–89. <https://doi.org/10.1080/02508281.2006.11081266>
51. Anson, O., Paran, E., Neumann, L., & Chernichovsky, D. (1993). Gender differences in health perceptions and their predictors. *Annals of internal medicine*, 36(4). [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90404-r](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90404-r)

52. Basowitz, H. (1956). Anxiety and stress: an interdisciplinary study of a life situation. *Medical journal of australia*, 10(1), 407. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1956.tb35413.x>
53. Bhatti, Z., Salek, M., & Finlay, A. (2011). Chronic diseases influence major life changing decisions: a new domain in quality of life research. *Annals of internal medicine*, 104(6). <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110010>
54. Bilsky, W., & Schwartz, S. H. (1994). Values and personality. *European journal of personality*, 8(3), 163–181. <https://doi.org/10.1002/per.2410080303>
55. Brainin, M., & Dachenhausen, A. (2013). Psychosocial distress, an underinvestigated risk factor for stroke. *Stroke*, 44(2), 305–306. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.112.680736>
56. Cueto, M., Brown, T. M., & Fee, E. (2019). *The world health organization: A history*. Cambridge university press.
57. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « what» and « why» of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1104_01
58. Dhalla, N. S., Rupp, H., Angel, A., & Pierce, G. N. (2012). *Pathophysiology of cardiovascular disease*. Springer science & business media.
59. Ec, M., & Brandenburg, C. (1995). Beliefs and attitudes of persons with diabetes. *Pubmed*, 27(4), 267–271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7797006>
60. Egido, J., Castillo, O., Roig, B., Sanz, I. R., Herrero, M. R., Garay, M. T., Garcia, A. L., Fuentes, M., & Fernández, C. (2012). Is psycho-physical stress a risk factor for stroke? A case-control study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 83(11), 1104–1111. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302420>

61. Evers, K. J., & Karnilowicz, W. (1996). Patient attitude as a function of disease state in multiple sclerosis. *Social science & medicine*, 43(8), 1245–1251. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00444-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00444-0)
62. Frankl, V. E. (1971). *Man's search for meaning; an introduction to logotherapy*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA00429525>
63. Hay, R. J., Johns, N. E., Williams, H. C., Bolliger, I., Dellavalle, R. P., Margolis, D. J., Marks, R., Naldi, L., Weinstock, M. A., Wulf, S., Michaud, C., Murray, C. J. L., & Naghavi, M. (2014). The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *Journal of investigative dermatology*, 134(6), 1527–1534. <https://doi.org/10.1038/jid.2013.446>
64. Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Straus and Giroux. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB2184891X>
65. Kovbasyuk, K. V. (2018). РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ з ІНСУЛЬТОМ. *Медсестринство*, 3, 23–26. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2018.3.9640>
66. Kozulin, A., & Wertsch, J. V. (1987). Vygotsky and the social formation of mind. *American journal of psychology*, 100(1), 123. <https://doi.org/10.2307/1422646>
67. Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals*, 32(9), 509–515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
68. Leont'ev, A. N., & Cole, M. (2009). *The development of mind: Selected Works of Aleksei Nikolaevich Leontyev*.
69. Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: scoping review. *Sage open medicine*, 4, 205031211667172. <https://doi.org/10.1177/2050312116671725>
70. Maddi, S. R. (1998). Creating meaning through making decisions. *The human search for meaning*, 1–25.

71. Mccord, F., Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (1956). The individual psychology of alfred adler: A systematic presentation in selections from his writings. *American sociological review*, 21(5), 642. <https://doi.org/10.2307/2089120>
72. Mchorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-LTEM short-form health survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical care*, 32(1), 40–66. <https://doi.org/10.1097/00005650-199401000-00004>
73. Moscovici, S. (2000). *Social representations: explorations in social psychology*. Cambridge: polity press, 328.
74. Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA79207083>
75. Nikolaev, N. A., & Skirdenko, Y. P. (2017). Russian generic questionnaire for evaluation of compliance to drug therapy. *Klinicheskaya farmakologiya I terapiya*, 1, 8–74.
76. Nikolaeva, V. V. (1987). Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование.
77. Nuttin, J. (2014). *Future time perspective and motivation: theory and research method*. Psychology press.
78. Paulson, S., Davidson, R. J., Jha, A. P., & Kabat-zinn, J. (2013). Becoming conscious: the science of mindfulness. *Annals of the new york academy of sciences*, 1303(1), 87–104. <https://doi.org/10.1111/nyas.12203>
79. Porcelli, P., & Sonino, N. (2007). *Psychological factors affecting medical conditions: A new classification for DSM-V*. Karger medical and scientific publishers.
80. Roberts, C., Cox, C. E., Reintgen, D. S., Baile, W. F., & Gibertini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74(s1), 336–341. <https://doi.org/10.1002/cncr.2820741319>

81. Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
<https://doi.org/10.1080/00049538808260057>
82. Samman, E. (2007). *Psychological and subjective wellbeing: A proposal for internationally comparable indicators*. University of Oxford, Ophi Working Papers 05.
83. Singer, M., Ziegler, R., & Rohr, G. (1995). *Gastrointestinal tract and endocrine system*. Springer.
84. Strauman, T. J. (1994). Introduction: social cognition, psychodynamic psychology, and the representation and processing of emotionally significant information. *Journal of Personality*, 62(4), 451–458.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00305.x>
85. Tremblay, R. E., Japel, C., Pérusse, D., McDuff, P., Boivin, M., Zoccolillo, M., & Montplaisir, J. (1999). The search for the age of ‘onset’ of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9(1), 8–23. <https://doi.org/10.1002/cbm.288>
86. Trojanowska, A., Emeryk, A., & Zarzycka, D. (2021). Asthmatic children’s attitudes towards their illness. *Postępy dermatol alergol.*
<https://doi.org/10.5114/ada.2021.112279>
87. Vasilyuk, F. (2014). Spiritual coping and its types. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 22(5), 139–152. <https://doi.org/10.17759/cpp.2014220507>
88. Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-LEST short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473–483.
<https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
89. Zimbardo, P., & Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Додаток А



Рис. А.1. Схематичне уявлення визначення поняття «хвороба».

Додаток Б

Таблиця Б.1

Результати кореляційного аналізу рівня суб'єктивного контролю (РСК) і показників ставлення до здоров'я

			Когнітивна сфера	Емоційна сфера	Поведінкова сфера	Ціннісно-мотиваційна сфера
Spearman's rho	Рівень суб'єктивного контролю	Correlation Coefficient	-,194	-,058	,196	-,157
		Sig. (2-tailed)	,225	,721	,219	,328
		N	41	41	41	41
	Область досягнень (ІД)	Correlation Coefficient	-,131	,094	,129	-,025
		Sig. (2-tailed)	,414	,560	,421	,876
		N	41	41	41	41
	Область невдач (ІН)	Correlation Coefficient	-,188	-,196	,072	-,126
		Sig. (2-tailed)	,239	,219	,655	,431
		N	41	41	41	41
	Сімейні відносини (ІС)	Correlation Coefficient	,175	-,017	,219	,134
		Sig. (2-tailed)	,275	,915	,169	,404
		N	41	41	41	41
	Виробничі відносини (ІВ)	Correlation Coefficient	-,179	-,146	-,006	-,260
		Sig. (2-tailed)	,263	,361	,970	,101
		N	41	41	41	41
	Міжособистисні відносини (ІМ)	Correlation Coefficient	-,121	-,220	,240	-,117
		Sig. (2-tailed)	,450	,167	,130	,468
		N	41	41	41	41
	Здоров'я та хвороба (ІЗ)	Correlation Coefficient	,047	-,018	,008	-,082
		Sig. (2-tailed)	,770	,912	,959	,611
		N	41	41	41	41

Таблиця Б.2

Результати кореляційного аналізу шкал методики різних аспектів ставлення до здоров'я

			PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PH	G-MH
Spearman's rho	PF	Correlation Coefficient	1,000	,371*	,378*	-,053	-,070	,254	,069	-,126	,670*	-,189
		Sig. (2-tailed)	.	,020	,018	,749	,671	,118	,677	,444	,000	,248
		N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	RP	Correlation Coefficient	,371*	1,000	,506*	,100	,031	,454*	,471*	-,220	,787*	,225
		Sig. (2-tailed)	,020	.	,001	,545	,851	,004	,002	,179	,000	,169
		N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	BP	Correlation Coefficient	,378*	,506*	1,000	-,029	,047	,541*	,303	-,124	,780*	,169
		Sig. (2-tailed)	,018	,001	.	,863	,777	,000	,061	,453	,000	,303
		N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	GH	Correlation Coefficient	-,053	,100	-,029	1,000	-,123	-,090	,180	,008	,086	,196
		Sig. (2-tailed)	,749	,545	,863	.	,456	,587	,272	,960	,602	,231
		N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	VT	Correlation Coefficient	-,070	,031	,047	-,123	1,000	,092	-,030	,424*	-,011	,018
		Sig. (2-tailed)	,671	,851	,777	,456	.	,578	,855	,007	,947	,912
		N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	SF	Correlation Coefficient	,254	,454*	,541*	-,090	,092	1,000	,369*	,024	,510*	,496*
		Sig. (2-tailed)	,118	,004	,000	,587	,578	.	,021	,883	,001	,001
		N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	RE	Correlation Coefficient	,069	,471*	,303	,180	-,030	,369*	1,000	-,106	,233	,809*

		Sig. (2-tailed)	,677	,002	,061	,272	,855	,021	.	,522	,153	,000
		N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
M H	Correlation Coefficient		-,126	-,220	-,124	,008	,424*	,024	-,106	1,000	-,229	,278
	Sig. (2-tailed)		,444	,179	,453	,960	,007	,883	,522	.	,161	,086
	N		39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
PH	Correlation Coefficient		,670*	,787*	,780*	,086	-,011	,510*	,233	-,229	1,000	-,037
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,602	,947	,001	,153	,161	.	,823
	N		39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
G- M H	Correlation Coefficient		-,189	,225	,169	,196	,018	,496*	,809*	,278	-,037	1,000
	Sig. (2-tailed)		,248	,169	,303	,231	,912	,001	,000	,086	,823	.
	N		39	39	39	39	39	39	39	39	39	3

Таблиця Б.3

Результати кореляційного аналізу показників опитувальника якості життя і ставлення до здоров'я

		Когнітивна сфера	Емоційна сфера	Поведінкова сфера	Ціннісно-мотиваційна сфера
Фізичне функціонування	Correlation Coefficient	-,014	,312	,252	,196
	Sig. (2-tailed)	,934	,053	,121	,233
	N	39	39	39	39
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	Correlation Coefficient	-,149	,150	-,081	,221
	Sig. (2-tailed)	,364	,361	,624	,176
	N	39	39	39	39
Інтенсивність болю	Correlation Coefficient	-,075	,214	-,024	,141
	Sig. (2-tailed)	,650	,190	,883	,392
	N	39	39	39	39
Загальний стан здоров'я	Correlation Coefficient	-,187	-,218	,007	-,060

	Sig. (2-tailed)	,253	,183	,964	,718
	N	39	39	39	39
Життєва активність	Correlation Coefficient	-,320*	-,150	-,051	-,125
	Sig. (2-tailed)	,047	,362	,756	,448
	N	39	39	39	39
Соціальне функціонування	Correlation Coefficient	,012	,535**	-,196	,294
	Sig. (2-tailed)	,940	,000	,231	,069
	N	39	39	39	39
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	Correlation Coefficient	-,020	,101	,093	,154
	Sig. (2-tailed)	,902	,542	,571	,349
	N	39	39	39	39
Психічне здоров'я	Correlation Coefficient	,286	-,163	,041	-,160
	Sig. (2-tailed)	,050	,322	,803	,331
	N	39	39	39	39
Загальне духовне благополуччя	Correlation Coefficient	,030	,101	-,039	,043
	Sig. (2-tailed)	,858	,542	,815	,793
	N	39	39	39	39

АНОТАЦІЇ

Мазур В.В. «Особливості ціннісно-сислової сфери особистості в умовах хронічної соматичної хвороби».

Метою даної роботи є теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив хронічної соматичної хвороби на ціннісно-сислову сферу особистості.

Перший розділ складається з аналізу теоретичних джерел з проблеми особливості впливу хронічної соматичної хвороби на ціннісно-сислову сферу особистості, на основі багатьох зарубіжних та вітчизняних науковців (А. Гольдшейдер, В.В. Ковальов, С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко, Н.Є.Тараненко, В.Є. Каган, В. М. Смірнова, Ф.Е Василюк, Е. Десі, Р. Райана, В.В. Ніколаєва, Дж. Хецен-Клеменс, Дж. Бішоп, О.І. Богучарова, Є.Т. Соколова та інші).

Другий розділ складається з емпіричного дослідження та його методологічних основ з вивчення психологічних чинників впливу хронічної соматичної хвороби на ціннісно-смыслову сферу особистості та якість життя.

Аналіз психологічної та методичної літератури дозволив підтвердити актуальність обраної теми: проблема вивчення особливостей ціннісно-смыслові сфери в умовах хронічної соматичної хвороби є важливою для сучасного суспільства та розвитку наукового знання в даному напрямку, оскільки дослідження процесів переживання хвороби, становлення внутрішньої позиції особистості, самоідентифікації, «Я»-концепції на фоні хронічного соматичного захворювання надає можливість розуміння особистісної специфіки та смыслових змін у структурі особистості, викликаних захворюванням.

Ключові слова: ціннісно-смыслова сфера, ціннісні орієнтації, смыслові орієнтації, переживання особистості, первинна профілактика, інсульт, фактори ризику, психологічний час особистості, типи ставлення до хвороби, якість життя, життєвий шлях особистості, хронічне соматичне захворювання.

Mazur V.V. «Peculiarities of the value-meaning sphere of the personality in conditions of chronic somatic illness».

This study investigates how chronic somatic disease affects personal values and beliefs, both theoretically and empirically.

The first part consists of an analysis of theoretical sources on the problem of the special effects of chronic somatic disease on the value-meaning sphere of the individual, based on many foreign and domestic scientists (A. Goldscheider, V.V. Kovalev, S.D. Maksymenko, N.F. Shevchenko, N.E. Taranenko, V.E. Kagan, V.M. Smirnova, F.E. Vasylyuk, E. Desi, R. Ryana, V.V. Nikolayeva, J. Hetzen-Clemens, J. Bishop, O.I. Bogucharova, Y.T. Sokolova and others).

The second part of the article includes an empirical study and its methodological foundations for examining the psychological factors affecting the value-meaning sphere and quality of life of individuals with chronic somatic diseases.

The analysis of psychological and methodical literature made it possible to confirm the relevance of the chosen topic: the problem of studying the peculiarities of the value-meaning sphere in the conditions of chronic somatic illness is significant for modern society and the development of scientific knowledge in this direction, since the study of the processes of experiencing the disease, the formation of the internal position of the individual, self-identification, «I»-concept against the background of chronic somatic disease provides an opportunity to understand personal specificity and meaningful changes in the personality structure caused by the disease.

Keywords: value-meaning sphere, value orientations, meaning orientations, individual experiences, primary prevention, stroke, risk factors, individual psychological time, attitudes towards disease, quality of life, personality lifeway, chronic somatic disease.