

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЛІНГВІСТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра психології і туризму

**Кваліфікаційна робота магістра
на тему:
«Психологічний супровід осіб, що потребують вторинної профілактики
серцево-судинних захворювань»**

Допущено до захисту

« ____ »

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

Завідувач кафедри
психології і туризму
доктор психологічних наук,
професор 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:
«Psychological support of persons in need of secondary prevention
cardiovascular diseases»

*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*

Alina Rakhuba

Head of a chair

(signature)

O.F. Bondarenko

Research Adviser:
Doctor of Psychology,
Professor
O.F. Bondarenko

National scale _____
Scores _____
ECTS _____

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПСИХОЛОГІЇ.....	9
1.1 Аналіз поняття психологічний супровід та його характеристика.....	9
1.2 Психологічні передумови виникнення та чинники впливу на перебіг серцево-судинних захворювань.....	17
1.3 Психологічні особливості осіб з серцево-судинними захворюваннями...28	28
1.4 Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ 2. СТРУКТУРНО-ЗМІСТОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	38
2.1. Організаційно-методичне забезпечення вивчення психологічного супроводу осіб з серцево-судинними захворюваннями.....	38
2.2. Характеристика вибірки досліджуваних.....	45
2.3. Висновки до другого розділу.....	47
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	49
3.1. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	49
3.2. Практичні рекомендації щодо організації психологічного супроводу осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань....	56
3.3. Висновки до третього розділу.....	62
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	79
АНОТАЦІЇ.....	87

ВСТУП

Актуальність психологічного супроводу осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, є безперечною, оскільки серцево-судинні захворювання на сьогодні є однією з найбільших проблем сучасної медицини.

Серцево-судинні захворювання викликають 17,3 мільйонів смертей у всьому світі. На їх частку припадає 31,5% усіх смертей і 45% усіх смертей від неінфекційних захворювань, що більш ніж вдвічі перевищує рак, а також більше, ніж усі разом узяті інфекційні захворювання, хвороби матері, новонароджених і порушення харчування (Townsend et al., 2016).

Серцево-судинні захворювання є однією з головних причин смертності в усьому світі, й Україна не є винятком (Мітченко & Лутай, 2007). Результати проведеного у 2019 році дослідження STEPS свідчать, що показник смертності в результаті серцево-судинних захворювань посеред неінфекційних захворювань у нашій країні становить 63%. І це — один із найвищих показників у світі (Клименко, 2008).

Останнім часом захворюваність на ішемічну хворобу серця в Україні зросла від 10 тис. до більш ніж 20 тис. осіб на 100 тис. населення, а хворих на артеріальну гіпертензію в Україні зареєстровано понад 5 млн. осіб (приблизно 10% населення України) (Клименко, 2007).

Дана тема набуває особливої актуальності, оскільки патогенез та прогресування ЗССС чітко пов'язані із особливостями психології хворого. Його негативні звички, що обумовлені психологічним ставленням до себе та оточення – паління чи зловживання алкоголем; індивідуальні особливості щодо подолання стресогенних ситуацій; небажання дотримуватися дієтичного харчування та відсутність адекватної фізичної активності – все це фактори, що обумовлюють виникнення та прогресування ЗССС. Отже, саме особливості психологічного реагування на хворобу є фактором, що унеможливорює адекватну боротьбу із з факторами ризику та наслідками хвороби.

Хронічне соматичне захворювання, таке як захворювання серцево-судинної системи, сприймається людиною як критична ситуація, що веде до зміни низки смислових та тимчасових аспектів суб'єктивної картини її життєвого шляху та суб'єктивного переживання власного психологічного благополуччя.

На сьогоднішній день у сучасній медичній психології та медицині людина частіше розглядається у контексті певної нозологічної групи захворювань. У багатьох дослідженнях ситуація хвороби розглядається відокремлено та аспекти буття хворих розглядаються лише у межах їх взаємозв'язків із захворюванням. Важливо відзначити, що ситуація хвороби – це лише частина буття людини та дослідження, що поглиблено вивчають її, найчастіше не беруть до уваги саму людину і структуру її життя в цілому.

Актуальність проблеми зумовлена тим, що хвороба відбивається в контексті самосприйняття, саморефлексії, життєвого досвіду людини та в її внутрішньому критичному опрацюванні, тим самим впливаючи на суб'єктивне переживання свого психологічного благополуччя. Визначення та урахування психологічних особливостей пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями – необхідна умова для здійснення ефективної медичної допомоги та профілактики прогресування хвороби.

Після перенесеного серцево-судинного захворювання майже неминуче наступають в різній мірі психологічні розлади невротичного типу. Багато пацієнтів стають понадміру залежними від лікаря, медичного персоналу або членів своєї сім'ї, які беруть участь в догляді за ними (Мельник, 2009).

До прикладу, часто після неусуненої тривоги розвиваються депресивні стани. Останні можуть передувати серцево-судинним захворюванням і прискорювати їх ризик і прогресування. З іншого боку, серцево-судинні захворювання можуть стояти на першому місці, а вже їх наявність може спричинити біологічні або поведінкові зміни, які зрештою сприяють депресії. Хворий може бути повністю поглинений функціями організму і виражати почуття безнадійності відносно перспектив на видужання і повернення до

нормального життя. Деякі захисні механізми допомагають в психологічній адаптації більше, ніж інші. Довіра до лікаря, роздуми, приклад інших хворих, що вже повернулися до роботи після серцевої атаки, дозволяють хворому правильно сприйняти своє захворювання (Mullé & Vaccarino, 2013).

Люди, які перенесли інфаркт, нерідко страждають від постійного або раптового почуття страху, що хвороба може повторитися знову або, що не зможуть одужати після. Тому нарівні з кардіологом допомога психолога у вигляді психологічного супроводу в такому випадку вельми істотна і необхідна. Психолог може допомогти впоратися з проблемами, які виникли під час або після ЗССС, і, в кінцевому результаті, допомогти людині прийти до фізичного і психічного здоров'я.

Ця проблема висвітлена в роботах як *вітчизняних* (О.Ф. Бондаренко, Г. Бардієр, І. Ромазан, Т.А. Череднякова, Ю.В. Слюсарєв, Н.С. Глуханюк, Е.І. Казакова, А.П. Тряпїцина, І.С. Якиманська, Б.С. Братусь, М.Р. Бітянова), так і *зарубіжних вчених* (К. Роджерс, М. Фрїдман, Р. Розенман, У. Ослер, Й. Деноллет).

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психологічного стану осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

Відповідно до поставленої мети дослідження визначено такі **завдання**.

- 1) обґрунтувати сукупність вихідних положень, що утворюють науково-теоретичну основу дослідження;
- 2) простежити міру представленості досліджуваної проблематики у вітчизняних і зарубіжних наукових джерелах;
- 3) розробити алгоритм експерименту з діагностики психологічного стану осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань;
- 4) емпірично вивчити структурно-змістові особливості психологічного стану осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань;

- 5) розробити методичні рекомендації для вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що вторинна профілактика традиційних чинників ризику серцево-судинних захворювань може мати провідне значення за умови врахування психологічних особливостей пацієнтів.

Об'єктом дослідження виступає психологічний супровід осіб з серцево-судинними захворюваннями.

Предметом дослідження виступають психологічні особливості осіб з серцево-судинними захворюваннями як чинник побудови психологічного супроводу в клінічній практиці.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості впливу психологічного супроводу на осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

Для досягнення окресленої мети і вирішення завдань дослідження було використано комплекс методів:

теоретичних – аналіз, порівняння, синтез, систематизація та узагальнення матеріалів наукових джерел з досліджуваної проблематики;

емпіричних – психологічні методики поглибленої діагностики психологічних особливостей особистості дорослих людей; спостереження;

статистичних – методи математико-статистичної обробки результатів.

Для емпіричної частини дослідження були використані такі методики як *опитувальник* Джеймса Кінканнона *Міні-мульт* (скорочений *багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО*), в адаптації В. П. Зайцева, *Метод портретних виборів* Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик, *опитувальник «Ставлення до здоров'я»* (автор Р.А. Березовська), *опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9)*, *методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК)* Дж.Ротера (адаптація Бажина Є.Ф., Голинкін С.А., Еткінда А.М.), *опитувальник оцінки якості життя (SF-36)* та *Універсальний опитувальник*

кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25), за авторством Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані у подальших наукових дослідженнях та в організації психодіагностичної та консультативної роботи з дорослими людьми, які потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

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

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 «Psychological support of persons in need of secondary prevention of cardiovascular diseases».

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Аналіз поняття психологічний супровід та його характеристика

Феномен «психологічний супровід» відносно новий у психології, але широко увійшов у вітчизняну науку та практику роботи, він активно використовується у різних напрямках психології та педагогіки. Вперше цей термін з'явився в 1993 році у книзі Г. Бардієр, І. Ромазан, Т.А. Череднякової у поєднанні зі словом «розвиток» – «супровід розвитку» (Бардієр та ін., 1993). Проте, як відзначає один із провідних фахівців у галузі практичної психології О. Ф. Бондаренко, відповідний соціальний інститут сформувався ще до середини ХХ століття, викликавши до життя появу цілої низки нових професіоналів: соціальний працівник, психолог-консультант, психолог-психотерапевт (Бондаренко, 1996).

Щоправда, вже в середині 80-х років ХХ ст. була сформульована ідея – й поняття «сприяння». Зміст цієї позиції полягав в тому, що працювати психологу слід не лише з тими, у кого є проблеми, а й з усіма людьми, виявляти взаємодію у їх розвитку. Майже одночасно з терміном «сприяння» з'являється термін «підтримка». У практичній психології освіти та в науковій літературі почали зустрічатись такі висловлювання, як «психологічна підтримка процесу навчання», «психологічна підтримка розвитку дитини».

Отже, серед термінів, що позначають психологічну допомогу як здоровим так і людям з особливими потребами, в літературі зустрічаються: «сприяння», «співбуття», «співпраця», «психологічний, чи соціально-психологічний супровід». З усіх цих понять в практиці найпоширенішим залишився лише термін «супровід». На це є свої причини, і одна з них – глибинний смисловий збіг слова «супровід» і сутності психологічної допомоги особистості.

Вираз «психологічний супровід» також нерідко перегукується і часто зустрічається поряд з виразом «соціальний супровід (підтримка)» – надання допомоги або створення комфорту іншим, як правило, щоб допомогти їм впоратися з біологічними, психологічними та соціальними стресовими чинниками. Підтримка може виникати в результаті будь-яких міжособистісних стосунків у соціальному оточенні людини, за участю членів сім'ї, друзів, сусідів, релігійних установ, колег, опікунів або груп підтримки. Супровід може мати форму практичної допомоги (наприклад, виконання домашніх справ, надання порад), матеріальної підтримки, яка передбачає надання грошей або іншої прямої матеріальної допомоги, та емоційної підтримки, яка дозволяє людині відчувати, що її цінують, приймають і розуміють (American Psychological Association [APA] Dictionary of Psychology, 2023).

Термін «супровід» використовується як концептуально, так і щодо практичної діяльності з вирішення конкретних проблем. На сьогодні – це одне з наукових понять, що активно досліджується в психологічному знанні. І, як будь-яке нове поняття в науці, воно не набуло ще єдиного сталого визначення.

Супровід направлено на підтримку психічно здорових людей, у яких на певному етапі виникають особистісні труднощі та розглядається як системна інтегративна технологія соціально-психологічної допомоги сім'ї та особистості та як один із видів соціального патронажу – соціально-психологічний патронаж.

Основний внесок у вивчення цієї категорії зробили дослідники, які займаються проблемами освіти та розвитку дитини.

За визначенням О.Ф. Бондаренка зміст психологічної допомоги полягає у забезпеченні емоційної, смислової та екзистенційної підтримки людини або суспільства в ситуаціях ускладнення, які виникають під час їх особистісного та соціального буття (Бондаренко, 1996). Тобто психологічна допомога є певною реальністю, психосоціальною практикою, полем діяльності якої є сукупність питань, ускладнень та проблем, що стосуються психологічного

життя людини. У контексті досліджуваної проблеми до суб'єктів, яким може надаватися психологічна допомога, крім людини та суспільства, слід також віднести соціальну групу та організацію.

До прикладу, Ю.В. Слюсарев поняття «супровід» вживав для позначення недирективної форми надання здоровим людям психологічної допомоги, спрямованої не просто на зміцнення або добудову, а й на розвиток і саморозвиток самосвідомості особистості, допомоги, що запускає механізми саморозвитку та активізує власні ресурси людини (Слюсарев, 1992).

Н.Г. Осухова супровід розглядає як модель психологічної допомоги, як спеціально організований процес, спрямований на створення умов реалізації індивідуально-особистісного потенціалу. У такому супроводі на перший план виходить особистісно-орієнтована взаємодія, у якій змінюються позиції всіх учасників. Психолог тут виступає партнером, що віддає у процесі взаємодії внутрішні умови, які допомагають людині продуктивно пройти кризовий період життя і вийти на новий рівень особистісного розвитку. Автор вважає, що у кожному даному випадку завдання супроводу визначаються особливостями особистості чи сім'ї, яким надається психологічна допомога, і тієї ситуації, у якій здійснюється супровід (Осухова, 2001).

Т.В. Шеломова визначає психологічний супровід як цілісний і безперервний процес вивчення та аналізу, формування, розвитку та корекції всіх суб'єктів праці та життя, які потрапляють в об'єктне поле діяльності психологічної служби чи практичного психолога (Шеломова, 2001).

Як зазначає Н.А. Крушна: «Поняття «супровід» у сучасній педагогіці та психології розглядається у контексті гуманістичного підходу. Його використання продиктоване необхідністю інтеграції процесів забезпечення, підтримки, захисту, допомоги та самостійності суб'єкта у прийнятті рішень» (Крушна, 2016).

В.М. Раскалінос проводить етимологічний аналіз категорії «супровід» і трактує його як «спільне просування, допомогу однієї людини іншій у подоланні труднощів» (Раскалінос, 2016).

Н.С. Глуханюк розглядає психологічний супровід як метод, необхідний для формування спеціальних умов, що сприяють прийняттю рішень людиною в особливих життєвих ситуаціях. В цілому психологічний супровід є системною комплексною соціально-психологічною допомогою особистості в нестандартних умовах. Відмінності у програмах організації психологічного супроводу визначаються їх цілями та завданнями, а також сферою діяльності підприємства (економічна, освітня, інтелектуальна, медична, сфера послуг) (Бабакова та ін., 2015).

Супровід – складний процес взаємодії супроводжувача та супроводжуваного, результатом якого є вирішення ситуації життєвого вибору, рішення та дії, що веде до зміни положення супроводжуваного. Тобто, діяльність, що забезпечує створення умов прийняття суб'єктом розвитку раціонального рішення на різних ситуаціях життєвого вибору (Е.І. Казакова, А.П. Тряпціна). Таким чином, коли мова йдеться про супровід як про процес, перш за все, це процес двох діючих суб'єктів у контексті важкої життєвої ситуації. При цьому як суб'єкт може виступати як окрема особистість, так і соціальний інститут, мала група, тобто, наприклад, сім'я та її організації та окремі професіонали (Казакова, 1998).

Можна сказати, що супровід не варто розглядати вузько та односторонньо, так як він представляє собою, з одного боку, свого роду філософію взаємодії між тим, хто супроводжує, і тим, кого супроводжують.

З філософської точки зору, супровід вивчається на двох рівнях. На рівні загального воно є циклічним безпосереднім і опосередкованим впливом людей один на одного в умовах соціуму з метою гармонізації відносин індивідів, що беруть участь у взаємодії між собою і з цим соціумом у певному просторі і в часу.

У процесі такої взаємодії здійснюється розвиток людини на її життєвому шляху. За своєю суттю супровід є функціональною координацією наслідків цих впливів і має спільною метою саме розвиток людини серед інших людей як безперервно-перервний процес її якісних та кількісних змін, виникнення

нових утворень, форм діяльності та життєдіяльності, соціальних взаємозв'язків тощо. Супровід може мати різний характер і в кожному конкретному випадку визначається категорією «окремий». Тому в науковій літературі та практичній діяльності зустрічаються такі поняття, як «медичний супровід», «психолого-педагогічний супровід», «соціально-педагогічний супровід» та інші.

Психологічний супровід – широкий термін, що описує низку послуг, що пропонуються фахівцями з питань психічного здоров'я тим, хто їх потребує. Незалежно від того, чи призначені для допомоги окремим особам упоратися з серйозною хворобою чи для полегшення страждань у цілих громадах після катастрофи, такі послуги можуть варіюватися від консультування з питань психічного здоров'я, психоосвіти та групової підтримки до духовної підтримки та іншої допомоги, і забезпечуються психологами, соціальними працівниками тощо.

Позиція психолога передбачає збереження свободи супроводжуваного (немає значення чи дитина, чи дорослий, чи сім'я) і освоєння ним суб'єктної позиції не більше власної життєдіяльності. Одночасно, супровід – це сукупність методів і технологій, що дозволяють його реалізувати.

Методологічними основами побудови програм психологічного супроводу виступають:

- *особистісно-орієнтований підхід* (К. Роджерс, І.С. Якиманська, Н.Ю. Синягіна), що визначає пріоритетність потреб, цілей та цінностей розвитку особистості при побудові системи психологічного супроводу виправного процесу, максимальний облік особистісних особливостей кожного; супровід має спиратися на потреби та інтереси конкретної людини, а не на задані завдання ззовні;
- *антропологічний підхід* (В.І. Слободчиков, Є.І. Ісаєв, Б.С. Братусь), що передбачає комплексний цілісний підхід до людини, зміщення аналізу з окремих функцій та властивостей (увага, пам'ять, мислення, довільність

та ін.) на розгляд цілісної ситуації людини в контексті її зв'язків та відносин з іншими.;

- *концепція педагогічної підтримки* (О.С. Газман, Н.Н. Михайлова), що обґрунтовує необхідність супроводу процесу індивідуалізації особистості, розвиток її «самості», створення умов для самовизначення та самореалізації через суб'єкт-суб'єктні відносини, співробітництво та спільну творчість;
- *проектний підхід в організації психолого-медико-соціального супроводу* (Е.В. Бурмістрова, М.Р. Бітянова, А.І. Красило), який орієнтує створення (проектування) в середовищі умов кооперації всіх суб'єктів процесу проблемної ситуації.

У процесі супроводу психолог повинен допомогти у вирішенні таких основних завдань:

- 1) визначити «місце», на якому в момент звернення знаходиться клієнт, виявити, в чому полягає його проблема, яка суть і причини його життєвого неблагополуччя; у традиційній термінології це позначається як діагностика;
- 2) встановити «місце», куди клієнт хоче прийти, спільно з ним створити образ того стану, якого він хоче досягти (уявлення про благополуччя, ступінь реальності його досягнення), тобто визначити напрямок і прокласти шляхи реабілітації;
- 3) допомогти клієнту дістатися до своєї мети, здійснити свої бажання; подальші шляхи удосконалення підходів до реалізації психологічного супроводу як системи професійної діяльності передбачають чітку розробку ідеології роботи, спрямованої на створення психологічних умов розвитку особистості у різних ситуаціях мікро- та макро-соціальної взаємодії.

Основні задачі психологічного супроводу передбачають:

- надання психологічної допомоги тим, хто перебуває в стані емоційної дезадаптації і відчуває високий рівень психологічного стресу;

- профілактику станів емоційної дезадаптації;
- розвиток стійкості до стресу та формування конструктивних навичок подолання з ним;
- підвищення соціальної компетентності у проблемних та кризових життєвих ситуаціях;
- розвиток здатності до саморозвитку та самовизначення;
- профілактику та подолання відхилень в особистісному розвитку (Мітіна, 2005).

Сектор психологічного супроводу може здійснювати роботу за такими напрямками, як *психодіагностика, психологічна профілактика, індивідуальне психологічне консультування або групова психологічна робота.*

Психодіагностика – діагностика, пов'язана з розробкою різноманітних методів розпізнавання індивідуально-психологічних особливостей людини і постановкою за допомогою цих методів психологічного діагнозу.

Психологічна профілактика – проведення тематичних семінарів, тренінгів, інтерактивних лекцій (профілактика стресів, депресивних станів, адиктивної поведінки).

Індивідуальне психологічне консультування – короткострокове, кризове консультування. Основні теми роботи: депресивні стани, суїцидальні думки, адиктивна поведінка, проблеми сфери міжособистісних відносин (з партнером, у сім'ї), проблеми у навчанні (успішність, прокрастинація, тайм-менеджмент), конфлікти (у міжособистісних відносинах, у навчальній діяльності), переживання горя та втрати.

Групова психологічна робота – ведення груп, тренінгів та тематичних семінарів (емоційна саморегуляція, тімбілдинг, стрес, тривога, конфлікти у міжособистісних відносинах).

При цьому обов'язковими *принципами* психологічного супроводу є гуманне ставлення до особистості та віра у її сили; кваліфікована допомога та підтримка природного розвитку; безперервність (забезпечення супроводу на всьому періоді знаходження особи під наглядом психолога) та наступність у

роботі всіх фахівців, що взаємодіють із супроводжуваним; комплексність взаємодії різних спеціалістів; активна позиція особистості: головним стає вирішити проблеми за супроводжуваного, а навчити його вирішувати проблеми самостійно, створити умови становлення здатності особистості саморозвитку; автономність, для здійснення якої спеціаліст системи супроводу повинен мати можливість організувати свою діяльність як особливу практику – зі своїми цінностями та цілями.

Основними *характеристиками* психологічного супроводу є процесуальність, пролонгованість, недирективність, зануреність у реальне життя людини. Результат психологічного супроводу особистості – формування нової життєвої якості – адаптивності, здатності самостійно досягати відносної рівноваги у відносинах із собою та оточуючими у різних життєвих ситуаціях.

Аналіз психологічної літератури дозволяє стверджувати, що на сьогоденній день супровід – це особлива форма здійснення пролонгованої соціальної та психологічної допомоги. На відміну від корекції вона передбачає не виправлення недоліків і перебудову, а пошук прихованих ресурсів розвитку людини, опору на власні можливості і створення на цій основі психологічних умов для відновлення зв'язків зі світом людей. Можна сказати, що ідеї психологічного супроводу найбільшою мірою відповідають прогресивним ідеям вітчизняної психології, педагогіки та соціальної роботи. У кожному конкретному випадку завдання супроводу визначаються особливостями особистості, яким надається психологічна допомога, і тієї ситуації, в якій здійснюється супровід. Суттєвою характеристикою психологічного супроводу є створення умов для переходу особистості до самопомоги, так як в процесі психологічного супроводу фахівець створює умови і надає необхідну і достатню підтримку для переходу від позиції «Я не можу» до позиції «Я можу сам справлятися зі своїми життєвими труднощами».

1.2. Психологічні передумови виникнення та чинники впливу на перебіг серцево-судинних захворювань

Наукове вивчення факторів ризику серцево-судинних та інших захворювань бере початок у першій половині 20 століття. Після Другої світової війни в США спостерігалось різке зростання захворюваності та смертності від інфаркту міокарда та інсульту (Friedman & Rosenman, 1959). Епідеміологічна ситуація в США надихнула вчених на пошуки причин цього явища. Дослідники хотіли знати, які індивідуальні та екологічні причини могли сприяти підвищенню захворюваності вторинними на фоні атеросклерозу захворюваннями (Rosenman et al., 1964).

У 1948 році в американському містечку Фремінгем було розпочато перше довготривале епідеміологічне дослідження з вибіркою кількох тисяч жителів міста (Rosenman et al., 1970). Framingham Heart Study (FHS) дозволило визначити поширеність, захворюваність і смертність від ІХС і ввело поняття факторів ризику (Rosenman et al., 1976). Подібні аналізи за участю дуже великої кількості людей пізніше були проведені в інших містах США та в багатьох європейських країнах. FHS працює вже понад 70 років і все ще є відкритим і триває.

Каннел, Фрідман і Розенман, основні автори FHS, спочатку визначили чотири фактори, пов'язані з розвитком атеросклеротичних уражень: інтенсивне куріння, гіпертензія, гіперліпідемія та діабет. У 1972 році дослідники встановили близько сорока інших факторів ризику, і з того часу кількість нововідкритих факторів зростає (Solberg & Strong, 1983). У наукових публікаціях 1990-х років згадується 248 факторів, а останні звіти перераховують близько 300 факторів, які можуть призвести до серцево-судинних захворювань (Podolec et al., 2017).

Враховуючи таку велику кількість факторів ризику, очевидно, їх необхідно класифікувати. Основний поділ факторів ризику базується на критерії модифікованості. Фактор ризику, який можна модифікувати, – це той,

шкідливий атеросклеротичний вплив якого можна зменшити зовнішнім втручанням. Відповідно до цієї класифікації до першої групи факторів відносяться немодифіковані фактори, які не піддаються змінам і не піддаються будь-яким зовнішнім впливам, які могли б змінити їх атеросклеротичну дію.

Фактори серцево-судинного ризику, які не підлягають модифікації, включають вік, стать (вищий ризик у чоловіків, ніж у жінок у пременопаузі), сімейний анамнез серцево-судинних захворювань (ішемічна хвороба серця або інсульт у родині прямої лінії), а також супутні захворювання (хвороби нирок, щитовидної залози, порушення обміну речовин). Деякі з нещодавно відкритих серцево-судинних факторів ризику включають підвищення концентрації в плазмі С-реактивного білка, гомоцистеїну, ліпопротеїну і фібриногену.

Друга група факторів ризику – це фактори, які можна змінювати, якими можна керувати, і шкідливий вплив яких можна зменшити шляхом зміни поведінки та способу життя. Знання про те, що хворобу можна запобігти, змінивши свою поведінку, повинно сильно спонукати людей до поведінки, яка сприятиме здоров'ю. Фактори серцево-судинного ризику, які можна модифікувати, включають погане харчування, куріння, низьку фізичну активність, підвищення артеріального тиску, підвищення рівня холестерину, низький рівень холестерину, підвищення рівня тригліцеридів у плазмі, порушення рівня глюкози або цукровий діабет, надмірна вага та ожиріння.

В останні роки спостерігається збільшення кількості психосоціальних факторів, що сприяють розвитку серцево-судинних захворювань (Undas et al., 2015). Серед них найчастіше згадується особистість, особливо особистість типу А (модель поведінки типу А). Проте наукові дослідження останніх двадцяти років також вказують на особистість типу D (модель поведінки типу D), депресію (хронічно пригнічений настрій), тривогу, стрес на роботі та в сімейному житті, ізоляцію, низьку соціальну підтримку та низьке соціально-економічне становище як факторів ризику цього класу захворювань (Jankowski & Czarnicka, 2019).

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) – це група захворювань серця і кровоносних судин, включаючи ішемічну хворобу серця (ІХС), цереброваскулярні захворювання, захворювання периферичних артерій, ревматичні захворювання серця, вроджені вади серця, тромбоз глибоких вен і емболію легеневої артерії. Серцеві напади та інсульти є гострими явищами, які здебільшого виникають через закупорку, яка перешкоджає надходженню крові до серця чи мозку. ССЗ є найпоширенішою причиною смертності в усьому світі.

Нездорове харчування, відсутність фізичної активності, вживання тютюну та надмірне споживання алкоголю є найважливішими поведінковими факторами ризику серцево-судинних захворювань. Наслідки поведінкових факторів ризику можуть виявлятися у людей у вигляді підвищення артеріального тиску, рівня глюкози в крові та ліпідів у крові, а також надмірної ваги та ожиріння. Існує також багато основних детермінант ССЗ, таких як глобалізація, урбанізація, старіння населення, бідність, генетична схильність і психологічні фактори. Що стосується психологічних факторів, то *депресія, тривога, психологічний стрес, специфічна типологія особистості* (наприклад, особистість типу А) та *ірраціональні переконання* негативно пов'язані із захворюваністю такого типу.

Хронічний психосоціальний стрес, а також *тривога* та *депресія* можуть загострити атеросклероз коронарних артерій і транзиторну ендотеліальну дисфункцію через надмірну активацію симпатичної нервової системи (Rozanski et al., 1999). Гіперреактивність симпатичної нервової системи, що проявляється перебільшеною частотою серцевих скорочень і реакцією артеріального тиску на психологічні стимули, вважається внутрішньою характеристикою деяких людей. Є дані про те, що гіперреактивність симпатичної нервової системи прискорює розвиток атеросклерозу сонних артерій. Дані пов'язують серцеві захворювання з гострим стресом та індивідуальними відмінностями у чутливості симпатичної нервової системи. Наприклад, у жінок в пременопаузі, які переживають психосоціальний стрес,

може розвинутися дисфункція яєчників, гіперкортизолемія та надмірна адренергічна активація, що призводить до прискореного атеросклерозу (Sara et al., 2022).

Дані останніх епідеміологічних досліджень підкреслюють вплив психологічних факторів, таких як *депресія, стрес і тривога*, на різноманітні хронічні захворювання. Тим не менш, досі невідомо, що провокує їх розвиток серцево-метаболических захворювань.

Епізоди депресії, пов'язаної з ЗССС, характеризуються наявністю пригніченого настрою та помітного зниження інтересу до будь-якої діяльності, що зберігається щонайменше 2 тижні та супроводжується щонайменше 4 з наступних додаткових симптомів: зміни апетиту, порушення сну, втома, психомоторна відсталість або збудження, почуття провини або нікчемності, проблеми з концентрацією та суїцидальні думки. Серед пацієнтів з ІХС поширеність обширної депресії в ≈ 3 рази вища (Everson et al., 1997).

Значна кількість доказів свідчить про те, що депресія має як поведінковий, так і безпосередній патофізіологічний вплив. Що стосується поведінкових механізмів, то депресія пов'язана як з нездоровим способом життя, таким як паління, так і з поганим дотриманням пацієнтом режиму (Carney et al., 1995). Прямі патофізіологічні ефекти депресії включають щонайменше 3 механізми. По-перше, депресія супроводжується гіперкортизолемією. По-друге, у людей з депресією можуть розвинутися значні порушення функції тромбоцитів, включаючи підвищену реактивність тромбоцитів і вивільнення продуктів тромбоцитів, таких як тромбоцитарний фактор 4 і β -тромбоглобулін. Поєднання гіперкортизолемії та посилення функції тромбоцитів створює теоретичну основу для пояснення проатерогенних ефектів депресії. Крім того, для пацієнтів з депресією характерне зниження варіабельності серцевого ритму та порушення вагусного контролю. Ці дані свідчать про те, що пацієнти з депресією також можуть мати підвищений аритмогенний потенціал (Watkins & Grossman, 1999).

Пацієнти з *депресією* зазвичай приймають звички, які перекривають серцево-судинні фактори ризику, такі як *депривація сну, відсутність фізичної активності, куріння та надмірне вживання алкоголю, погана гігієна та низька прихильність до фармакологічного лікування* (Bucciarelli et al., 2020). Психологічні стресори пов'язані з серцево-судинними захворюваннями через такі механізми, як шляхи запалення та зміна серцевого симпатовагального балансу. Однак багато інших патофізіологічних механізмів можуть викликати атеротромбоз.

Кілька систематичних оглядів і мета-аналізів показали, що *клінічна депресія та депресивні симптоми* передбачають виникнення ІХС і погіршують її прогноз. У пацієнтів після інфаркту міокарда можна спостерігати зв'язок «доза-реакція» між тяжкістю депресії та гіршим результатом із 3-кратним підвищенням рівня смертності у тих, хто найбільше страждає від симптомів депресії (Lespérance et al., 2002). Уявна соціальна підтримка, здається, протидіє несприятливому впливу депресії, тоді як виявлено, що відсутність підтримки посилює її несприятливі наслідки.

Зв'язок між *тривогою* та раптовою смертю, але не інфарктом міокарда, свідчить про те, що шлуночкові аритмії можуть бути механізмом серцевої смерті в осіб із тривожними розладами (Kawachi et al., 1995). На підтримку цієї гіпотези було виявлено, що люди з тривожними розладами мають знижену варіабельність серцевого ритму. Отже, може мати місце патологічна зміна серцевого вегетативного тону (Lown et al., 1973). Ця зміна може включати або посилення симпатичної стимуляції, яка була пов'язана з виникненням аритмій і раптової смерті, або порушення вагусного контролю, яке також було пов'язано зі збільшенням серцевої смертності (Rich et al., 1988). Що стосується останньої можливості, зниження вагусного контролю має було пов'язано з порушенням, опосередкованим вагусом барорефлекси́чним контролем серця. Таке порушення, здається, є особливо важливим фактором ризику раптової смерті (Watkins et al., 1998).

Особи з тривожними розладами більш схильні до нездорового способу життя; однак інколи відсутність зв'язку між синдромами тривоги та інфарктом міокарда (ознака основного атеросклерозу) свідчить про те, що, принаймні серед первинно здорових людей, цей поведінковий зв'язок не є значущим патогенним механізмом. Тим не менш, можна припустити, що ця поведінкова асоціація може бути важливою для пацієнтів з ІХС, які виявляють тривогу.

Ірраціональні переконання є довготривалими конструктами, заснованими на раціонально-емотивно-поведінковій терапії (REBT), ранній когнітивно-поведінковій основі для лікування психічних розладів, згідно з психологом Альбертом Еллісом.

Існує чотири категорії ірраціональних переконань: вимогливість (тобто абсолютистські/негнучкі вимоги), жахливі (або катастрофічні), нетерпимість до фрустрації (або низька толерантність до фрустрації) і глобальна оцінка своєї особистості (self-downing), інших людей (other-downing) та/або життєва ситуація (life downing) (Ellis, 1955).

Ірраціональні переконання помірно пов'язані з дистресом і сприятливо пов'язані з 10-річним ризиком серцево-судинних захворювань (Visla et al., 2016). Вони можуть спровокувати симптоматику депресії та тривоги у здорових дорослих, хоча здається, що ті, хто мають високий рівень ірраціональних переконань у поєднанні з тривогою та депресією, є переважно жінками, які частіше страждають від депресії, ніж чоловіки (Vassou et al., 2022).

Ірраціональні переконання та занепокоєння також можуть спричинити запалення та окислювальний стрес як механізм, що лежить в основі аномальної активності нервової системи (наприклад, надмірна симпатична активність проти вагусної дисфункції) і гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (Mangge et al., 2014). Хронічне запалення може спровокувати окислювальний стрес, який разом може сприяти розвитку серцево-судинних захворювань, що є причиною смерті номер один у всьому світі.

На сьогодні *ворожість (неприятність)* вважається «патогенним ядром» колишньої моделі поведінки «Типу А». Ворожість – це риса особистості, яка характеризується великим досвідом недовіри, гніву та нелюбові, а також схильністю до агресивних, дезадаптивних соціальних стосунків. Недавній мета-аналіз підтвердив, що схильність до гніву та ворожість пов'язані з підвищеним ризиком серцево-судинних подій як у здорових, так і в популяціях з ІХС (Chida & Steptoe, 2009). Однак цей ефект менший, ніж той, який спостерігався при тривожності та, зокрема, при депресії.

Соціально-економічний статус є важливим предиктором серцево-судинної захворюваності та смертності. Показниками соціального статусу є освіта, дохід, професія та місце проживання. Серед населення з високим рівнем доходу серцево-судинними захворюваннями страждають особливо особи з нижчим соціальним статусом. Постійно низький соціальний статус протягом життя асоціюється з удвічі більшою смертністю від серцево-судинних захворювань.

Низький соціальний статус характеризується комплексом факторів, пов'язаних з роботою (або відсутність трудових контрактів, або нестійкі контракти, некваліфікована робота), факторів навколишнього середовища (низькоякісне житло, високий рівень злочинності, шум транспорту, забруднення) і високий психічний стрес (Stringhini et al., 2018).

У більшості ситуацій психосоціальні фактори ризику не виникають ізольовано один від одного, а мають тенденцію групуватися в одних і тих самих осіб і групах. Наприклад, як жінки, так і чоловіки з нижчим о хронічним стресом частіше страждають від депресії, ворожості та соціальної ізоляції (Chandola et al., 2008).

Крім того, люди та пацієнти з психосоціальними факторами ризику, такими як депресія та/або хронічний стрес, демонструють зміни у вегетативній функції (включаючи зниження варіабельності серцевого ритму) у гіпоталамо-гіпофізарній осі та інших ендокринних маркерах (включаючи резистентність до інсуліну), які впливають на гемостатичні та запальні процеси. процеси та

функцію ендотелію (Rozanski et al., 2005). Нейроендокринні зміни також можуть викликати стан підвищеної фізіологічної чутливості до гострого стресу, який взаємодіє з хронічними стресорами та викликає більше несприятливих подій.

Тенденція психосоціальних факторів ризику та біоповедінкових механізмів спостерігається в тих самих осіб і груп і має важливі наслідки для стратегій зміни ризику та покращення якості життя. Наприклад, оскільки люди з високим рівнем негативного впливу частіше курять, частково через ефект сигаретного диму, подібний до антидепресантів, спроби допомогти їм кинути палити можуть бути більш успішними, якщо вони включають елементи, призначені для зменшення ворожості і депресії. Подібним чином спроби знизити ризик ІХС у соціально незахищених верств населення можуть бути більш ефективними шляхом включення навчання навичкам, які зменшують негативні почуття та розширюють доступ до позитивних підтримуючих соціальних зв'язків, а також самоефективності. Іншими словами, поведінкові втручання, які знижують рівень психосоціальних факторів ризику, ймовірно, матимуть широкі переваги з точки зору того, що дозволять людям досягти більшого успіху у зміні нездорового способу життя та зменшенні біологічних наслідків стресу.

Підсумовуючи, психологічні фактори відіграють важливу роль у патогенезі та прояві ССЗ. Ці психологічні умови сприяють вищій частоті негативної поведінки для здоров'я, такої як недоїдання, куріння та малорухливий спосіб життя. Отже, пов'язані психологічні, психосоціальні та поведінкові фактори можуть впливати на патофізіологічні механізми, такі як функція тромбоцитів, інгібітор активатора плазміногену та фібриноген, запальні цитокіни, транспортер серотоніну і ендотеліальна функція, і призводити до серцево-судинних захворювань (Vassou & Panagiotakos, 2022).

Деякі характерні риси поведінки хворих на серцеві захворювання вбачали ще лікарі середини ХІХ ст. У 1868 році німецький лікар фон Дойч описав особливості хворих на стенокардію. Найпомітнішими з них були

швидке та гучне мовлення, перевтома, збудження, інтенсивне куріння, переїдання та надмірна вага (Łazowski & Płużek, 1982).

На початку двадцятого століття Ослер охарактеризував пацієнтів із захворюваннями серця як агресивних, надмірно залучених у свою роботу та дуже амбітних, причому амбіції призводять до надмірної активності та тривалої роботи. Він вважав, що існує зв'язок між особистістю і серцево-судинними захворюваннями. Слід зазначити, що перший опис рис особистості кардіологічних хворих, написаний Ослером, послужив гіпотезою, на якій базувалася концепція особистості типу А. Подібну характеристику пацієнтів із серцевими захворюваннями дали в 1930-х роках Меннінгери та в 1940-х роках Данбар.

На початку 1950-х років М. Фрідманом і Р. Розенманом з Інституту Гарольда Брунна в Сан-Франциско проведене лонгїтюдне клінічне дослідження серед пацієнтів з ішемічною хворобою серця та інфарктом міокарда привело до розробки концепції так званої *моделі поведінки типу А* (Type A Behavior Pattern), яку також називають особистістю типу А. Автори концепції дійшли висновку, що у хворих на ішемічну хворобу серця в преморбідному періоді спостерігається специфічна модель поведінки (Rosenman et al., 1970). Наприкінці 1950-х років у літературі з'явився перший опис ТАВР, який протягом багатьох років неодноразово модифікувався, доповнювався і збагачувався новими, більш точними характеристиками. Особи типу А прагнуть досягти якомога більшої кількості цілей за найкоротший час. Вони конкурентоспроможні та прагнуть успіху; жадають визнання і просування на вищі посади; вони також розумово і фізично пильні, рухаються жваво і міцно потискають руку. Вони говорять швидко і голосно, стислими і чіткими реченнями. Вони часто грубі й відверті у своїх відповідях («так», «ніколи», «однозначно»), схильні контролювати розмову та переривати її. Вони часто емоційно реагують на слова інших людей і втручаються своїми зауваженнями. Вони можуть бурхливо реагувати на питання, що стосуються звичайних побутових речей. Під час розмови вони

часто стискають кулаки або показують пальцем на співрозмовника. Вони можуть вороже ставитися до співрозмовників.

Патерн поведінки, протилежний ТАВР, М. Фрідман і Р. Розенман назвали шаблоном *поведінки типу В* (ТВВР). Тип В не надто амбітний; вони не конкурують з іншими, легко задовольняються тим, що мають, не поспішають, невимушені і, як правило, щасливі «плисти за течією», а не «створювати хвилі» (Wrześniewski, 1993).

У 1995 році Йохан Деноллет, клінічний психолог з Університету Тілбурга в Нідерландах, ввів у наукову літературу *концепцію D-типу особистості*, що визначається як дистрес або схильність до стресу. Відповідно до Денолле, особистість типу D складається в основному з двох фіксованих вимірів: негативної емоційності та соціального гальмування. Негативна афективність – це схильність відчувати сильні негативні емоції, такі як пригніченість або навіть депресивний настрій, тривога, гнів, роздратування та ворожість. Особистості типу D мають негативну самооцінку і дуже часто повідомляють про соматичні скарги. Вони виявляють постійну тенденцію відходу від соціального життя, тобто вони мають унікальний стиль міжособистісного спілкування та намагаються уникнути потенційної загрози, що виникає в результаті соціальних взаємодій. Вони бояться несхвалення, завжди почуваються неспокійно, напружені та не мають почуття особистої безпеки. Вони виявляють сильну схильність хвилюватися і відчувати напругу, мають песимістичний погляд і відчуття нещасливих; тип D також сором'язливий, схильний до самозвинувачення, незручний у компанії інших людей; вони неохоче діляться своїми емоціями, головним чином через страх несхвалення та відмови. Особистість типу D пов'язана з такими симптомами психічного дистресу, як зниження благополуччя, низька самооцінка, низька задоволеність життям, втома, безпорадність у відповідь на стрес, відчуття безнадійності та схильність до депресії. Люди з типом особистості D повністю усвідомлюють свої емоції та перебувають у стресі. Вони ризикують розвинути

синдром вигорання; вони також можуть почуватися емоційно виснаженими та мати низьке почуття особистого досягнення (Ogińska-Bulik, 2004).

Особистості типів А і D мають певну схожість, але й відмінності. Емоції гніву і ворожості характерні для обох типів. Однак, у той час як люди типу А легко демонструють ці емоції, люди типу D мають тенденцію приховувати їх і утримуватися від їх вираження.

Особистості як тип А, так і D відчувають сильний стрес, але у людей типу D стрес насамперед пов'язаний із соціальними взаємодіями. З іншого боку, у типі А стрес виникає в основному через бажання контролювати ситуацію та людей навколо. Обидва типи неохоче шукають допомоги та підтримки в інших у складних ситуаціях. Крім того, люди з типом особистості D схильні реагувати на стрес почуттям безпорадності та безнадії. Якщо вони постійно відчувають стрес на робочому місці, у них підвищується ризик професійного вигорання. Патерн поведінки типу D сприяє виникненню багатьох соматичних захворювань, у тому числі серцево-судинних, переважно ішемічної хвороби серця (Basińska & Andruszkiewicz, 2016).

Після ідентифікації моделі поведінки типу А Фрідманом і Розенманом наприкінці 1950-х років, синдрому, який характеризується конкуренцією, ворожістю та надмірною відданістю роботі, багато досліджень досліджували, чи особистісні моделі чи індивідуальні риси характеру сприяють розвитку ІХС (Rosenman et al., 1975). Інтерес до поведінки типу А зріс після дослідження Western Collaborative Group Study, яке показало, що поведінка типу А була пов'язана з 2-кратним підвищенням ризику ІХС і 5-кратним збільшенням ризику повторного ІМ протягом 8,5-річного спостереження.

Ворожість, головний атрибут моделі поведінки типу А, привернула значну увагу як потенційний «токсичний» елемент у цій особистісній конструкції. Ворожість є широким психологічним конструктом, що охоплює негативні орієнтації на міжособистісні стосунки та включає такі риси, як злість, цинізм і недовіра.

Ворожість може впливати на атерогенну активність за допомогою поведінкових механізмів. Ворожість пов'язана з більшою концентрацією нездорового способу життя, включаючи куріння, неправильне харчування, ожиріння та алкоголізм. Ворожі люди також частіше проявляють інші психосоціальні фактори, пов'язані з ІХС, такі як соціальна ізоляція (Blumenthal et al., 1987).

Накопичення доказів також припускає численні патофізіологічні механізми, за допомогою яких ворожість може бути пов'язана з ІХС. Наприклад, порівняно з неворожими індивідами, ворожі суб'єкти виявляють більш високу частоту серцевих скорочень і артеріальний тиск у відповідь на фізіологічні стимули, такі як розумові завдання, а також вищі рівні амбулаторного артеріального тиску під час повсякденної діяльності (Suarez et al., 1997). Крім того, дані свідчать про те, що ворожі особи також можуть проявляти знижену вагусну модуляцію серцевої функції та підвищену реактивність тромбоцитів (Sloan et al., 1994).

1.3. Психологічні особливості осіб з серцево-судинними захворюваннями

Більшість хворих із захворюваннями серцево-судинної системи, особливо ті, що перенесли інфаркт міокарда та порушення мозкового кровообігу, потребують психологічного супроводу. Тому основною метою психологічного супроводу для психолога є відновлення пацієнта після інсульту шляхом здійснення позитивного психологічного впливу на формування у хворого гармонійного відношення до хвороби; навчання хворих та осіб з інвалідністю ефективним механізмам психологічного захисту в стресових ситуаціях; сприяння активізації здатності хворих та осіб з інвалідністю пристосовуватися до життя з урахуванням обмежень, що виникли у зв'язку із ЗССС.

Досить часто у пацієнтів, які страждають на серцево-судинні захворювання, переважають тривожні та депресивно-іпохондричні розлади.

Виникнення цих порушень пов'язане з преморбідними особливостями особистості (тривожно-недовірливими) та особливостями перебігу ішемічної хвороби серця (Волков & Анталаци, 1982). Так, найбільш виражені психопатологічні порушення виявлені при постінфарктному кардіосклерозі, при приєднанні до стенокардії кардіалгічного болю, а також при супутній артеріальній гіпертонії. У хворих на ішемічну хворобу серця також підвищені показники шкали іпохондрії у порівнянні зі здоровими (Ніколаєва, 1987).

Не виключенням є й те, що такі риси характеру, як недовірливість, вразливість, песимізм, драгівливість, що створюють сприятливий ґрунт для різних вегетативних проявів, теж загострюються під час перебігу серцево-судинних захворювань. Посилення вегетативного неблагополуччя знижує толерантність до важких ситуацій. В такому випадку утворюється замкнене коло, яке важко подолати навіть за активної установки на лікування.

Зазвичай найбільш виражені емоційні розлади спостерігаються у хворих, які перенесли інфаркт міокарда. Навіть при задовільному самопочутті пацієнти розцінюють діагноз інфаркт міокарда як загроза життю. Тяжкий фізичний стан, різка слабкість, інтенсивні болі, стурбовані особи медичного персоналу, термінова госпіталізація – все це провокує тривогу та страх, призводить хворих до переконання, що їхнє життя в небезпеці.

На психічний стан хворого у перші дні хвороби можуть впливати також інші психологічні чинники. Пацієнтів переслідують думки, що з міцних, сильних, активних, енергійних людей вони перетворилися на немічних, які потребують нагляду. Зазвичай із покращенням фізичного самопочуття всі ці страхи відходять на другий план. Проте, із тривожними побоюваннями за здоров'я можуть з'явитися похмурі думки про майбутнє, пригніченість, страх перед можливою інвалідністю, тривожні думки про добробут сім'ї.

Залежно від психологічних особливостей хворих можна виділити понижену, середню та підвищену адекватні реакції. При пониженої реакції пацієнти можуть справляти враження, що недостатньо критично відносяться до хвороби. У них рівний, спокійний чи навіть хороний настрій. Вони схильні

сприятливо оцінювати перспективу, переоцінювати свої фізичні можливості, зменшувати небезпеку. Однак, такі пацієнти правильно оцінюють свій стан, розуміють, що з ними сталося, знають про можливі наслідки хвороби. Вони лише відганяють похмурі думки, намагаються не звертати належну увагу на свій стан і самопочуття, яке змінюється під час хвороби. Таке часткове заперечення хвороби, варто розцінювати як своєрідну захисну психологічну реакцію.

При середній реакції хворі розумно ставляться до захворювання, правильно оцінюють (відповідно до тієї інформації, яку вони отримують) свій стан і перспективу, усвідомлюють серйозність свого становища. Вони довіряють лікарю, відповідально дотримуються всіх його розпоряджень і настанов.

При підвищеній реакції думки та увага пацієнтів зосереджені на хворобі. Настрій завжди пригнічений. Хворий схильний песимістично оцінювати перспективу, має страх чогось не дотриматися з рекомендацій лікаря, що стосується хвороби; обережний, часто відслідковує свій загальний стан. Поведінка хворого змінена, але не порушена.

Патологічні реакції можна розділити на *кардіофобічні, тривожно-депресивні, іпохондричні, істеричні та анозогнозичні*.

При кардіофобічній реакції хворі відчувають постійний страх повторних інфарктів, раптової смерті від серцевого нападу. Страхи з'являються або різко посилюються при фізичній напрузі, при виході за межі лікарні чи будинку. Чим далі від пункту, де пацієнту, на його думку, може бути надана належна медична допомога, тим сильніший страх. З'являється надмірна обережність навіть за мінімального фізичного навантаження. Депресивна реакція характеризується пригніченим настроєм, апатією, безнадійністю, песимізмом, зневірою у можливість сприятливого перебігу захворювання. Наявність тривоги в психічному статусі характеризують внутрішня напруженість, передчуття біди, дратівливість, занепокоєння, хвилювання, побоювання за результат захворювання, тривога за добробут сім'ї, страх перед інвалідністю,

занепокоєння за справи, залишені на роботі. Порушується сон. Пацієнт просить призначити йому заспокійливі засоби, повторно ставить питання про стан свого здоров'я та прогноз життя, захворюваності та працездатності, бажаючи отримати заспокійливу відповідь та запевнення в тому, що його життю нічого не загрожує.

При іпохондричній реакції є характерним невиправдане занепокоєння за своє здоров'я, безліч скарг на різноманітні неприємні відчуття та болі в області серця та інших частинах тіла, явна переоцінка тяжкості свого стану, виражена невідповідність між числом скарг та незначністю або відсутністю об'єктивних соматичних змін, надмірна фіксація уваги свого здоров'я. Хворий постійно контролює функції свого організму, часто може звертатися за консультацією до інших фахівців.

При істеричній реакції хворі емоційно лабільні, егоцентричні, демонстративні, прагнуть привернути увагу оточуючих, викликати співчуття. Міміка таких хворих жива, рухи виразні, мова емоційно насичена. Спостерігаються вегетативні істероформні порушення («ком в горлі» при хвилюванні, напади задухи, тахікардія).

При анозогнозичній реакції хворі заперечують хворобу, ігнорують лікувальні рекомендації, грубо порушують режим.

Крім емоційно-особистісних змін, у хворих на ІХС спостерігається також і зниження розумової працездатності. Найчастіше виявляються динамічні порушення пізнавальних процесів. Іноді пацієнти відзначають, що вже не можуть стежити за темпом демонстрації фільмів, важко сприймають швидкий темп мови. Такі пацієнти для адекватної переробки нової інформації потребують умов уповільненого сприйняття.

Щодо мисленнєвого процесу, то найчастіше він не порушений, проте може спостерігатися різке уповільнення орієнтування у виконанні нового завдання. На знайомому матеріалі орієнтування достатнє і зберігається адекватний спосіб дії.

Найбільш характерною ознакою зміни пізнавальних процесів при ССЗ можна вважати труднощі при одночасному охопленні кількох елементів ситуації, що є наслідком звуження обсягу сприйняття. Основним утрудненням є операція поєднання кількох ознак. У здорових людей відносно наростання складності не викликає ніяких труднощів ні щодо точності, ні щодо темпу. Для хворих із звуженим обсягом сприйняття характерно те, що при виконанні елементарних завдань темп мало відрізняється від норми. При ускладненні завдань, де потрібно поєднувати кілька ознак, темп різко уповільнюється, і збільшується кількість помилок. Внаслідок неможливості швидко охопити весь комплекс умов доводиться від одночасного сприйняття переходити до уповільненого послідовного.

Практично у всіх пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями відзначається ослаблення концентрації та утримання уваги, більш менш виражені ознаки утруднення розподілу та перемикання уваги з однієї ознаки на іншу. Часто виявляються ознаки виснаження психічних процесів.

Зазвичай хворі скаржаться на зниження пам'яті. Через звужений обсяг сприйняття хворі при заучуванні 10 слів вперше встигають запам'ятати лише кілька перших слів ряду. При повторенні хворі намагаються фіксувати увагу раніше пропущених словах і забувають ті, які говорили вперше. Нарощування матеріалу починається з третього-четвертого прослуховування. Продуктивність запам'ятовування знижується з допомогою проблеми охоплення та фіксації багатьох елементів словесного ряду.

Наступна хвороба з цієї групи, гіпертонія, вражає людей у найактивнішому віці та сприяє розвитку атеросклерозу судин. Зазвичай хворі на гіпертонію скаржаться на головні болі, запаморочення, похитування при ходьбі, хворобливі відчуття в області серця, порушення сну, тривожність, дратівливість. При цьому самопочуття різко погіршується при коливаннях артеріального тиску та при гіпертонічних кризах.

При гіпертонічній хворобі може змінюватись характер. Нерідко хворі на гіпертонію стають недовірливими, уразливими, і емоційними. В одних

переважають дратівливість і запальність, в інших — млявість та підвищена стомлюваність. Зазвичай посилюються риси особистості, які раніше були компенсовані та непомітні. Так, недовірливі люди стають ще більш підозрілими, їм здається, що їхні права обмежують. Демонстративні особистості вимагають від оточуючих підвищеної уваги себе, оскільки вони важко хворі, стають плаксивими. Тривожно-іпохондричні особи часто реагують кардіофобічною реакцією, що супроводжується страхом смерті від серцевого нападу.

Хворі на гіпертонічну хворобу стають важкими у спілкуванні, особливо для членів своєї сім'ї. Вони легко спалахують з незначного приводу, не терплять заперечень, ображаються і плачуть через дрібниці, звинувачують своїх дітей та близьких, що ті не розуміють їхнього стану та недостатньо уважні до них. Нерідко у таких хворих відзначаються поганий настрій, пригніченість, невмотивована тривожність та занепокоєння.

Щодо розумової працездатності хворі на гіпертонію відзначають у себе розсіяність, забудькуватість, підвищену стомлюваність.

При початкових стадіях гіпертонічної хвороби структурні порушення пізнавальних процесів не виявляються, але відзначаються порушення динаміки діяльності. При дослідженні виявляється підвищена збудливість хворих, часто вони поведуться імпульсивно, квапливо.

За виконання розумових завдань орієнтування у новому матеріалі утруднена. Це може бути пов'язано з тим, що пацієнти часто не дослуховують остаточно інструкції, діють необдуманно, методом випадкових спроб і помилок, минаючи стадію попереднього аналізу та пошуку найбільш адекватного способу вирішення завдання. Хворі намагаються якнайшвидше відповісти на запитання або вибрати потрібне слово, часто помиляються через свою поспішність, але після зауваження швидко виправляються. Все це спричиняє дифузне зниження якості розумової працездатності.

Увага гіпертоніків нестійка, її концентрація ослаблена. Ознаки виснаження психічних процесів, особливо уваги, виражені помірно.

Продуктивність запам'ятовування може бути нерівномірною, але в межах норми.

Церебральний атеросклероз найчастіше виникає у людей похилого віку, хоча може спостерігатися і в порівняно молодому віці. Хворі на атеросклероз часто скаржаться на головний біль, шум у голові, підвищену стомлюваність, слабкість, порушення сну. Вони дуже чутливі до змін погоди, при різких коливаннях атмосферного тиску в них посилюється головний біль і проявляється загальне нездужання. Такі пацієнти важко засинають, часто прокидаються серед ночі і більше не можуть заснути, зранку встають млявими, не відчують бадьорості. Вдень може виникати сонливість. Також хворих непокоїть зниження пам'яті (Обухов, 1997).

Фон настрою зазвичай знижений, хворі пригнічені, сумні. Настрій ще більше погіршується надвечір або під впливом навіть незначних психотравмуючих подій. При цьому часто з'являються ниючі або болі, що давлять в області серця, посилюється головний біль і погіршується загальне самопочуття. Поганий настрій може поєднуватися з почуттям безнадійності та безперспективності. Хворі песимістично ставляться до свого майбутнього та прогнозу свого стану.

У хворих на церебральний атеросклероз змінюється характер. Можуть з'явитися надмірні побоювання за своє здоров'я та за своє життя, недовірливість, фіксація на своїх відчуттях, переоцінка наявних проявів хвороби.

Хворі стають емоційно нестійкими, дратівливими. Дратівливість іноді може доходити до гнівливих спалахів через дрібниці. Пацієнти стають егоїстичними, вимогливими, нетерплячими, недовірливими і вкрай уразливими. Часто спостерігається зниження теплового ставлення до рідних, переключення уваги на самого себе, свій організм. З'являється бажання побути в тиші, на самоті. Навколишнім людям, особливо близьким, стає важко з ними ладнати.

Однією з характерних рис церебрального атеросклерозу є легкодухість. Хворі стають сльозливими та сентиментальними. Вони плачуть і від радості, і від найменших прикростей, легко розчулюються. Від сліз вони можуть швидко перейти до посмішки та навпаки. Будь-яка незначна подія, ласкаве чи грубе слово здатні викликати радість чи сльози.

З прогресуванням хвороби у пацієнтів знижуються критичні якості, послаблюється вимогливість себе.

Хворі на атеросклероз стають розсіяними, повільними. Їм доводиться витрачати багато часу на різноманітні пошуки (ліків, документів, одягу тощо), повторювати те, що було зроблено. Хворі змушені уникати поспіху, використовувати міцно зафіксовані стереотипи. Вони важко перемикаються з одного виду діяльності на інший, від будь-якої розумової роботи швидко втомлюються. Мислення хворих втрачає колишню гнучкість та рухливість. Мова хворих стає надмірно докладною. Хворі багатослівні, у розмові чи переказі якоїсь події перераховують дрібні, несуттєві деталі, застряють цих деталях, що неспроможні відокремити головне від другорядного. Почавши одну тему, вони не можуть перейти на іншу.

1.4. Висновки до першого розділу

Психологічний супровід – широкий термін, що описує низку послуг, що пропонуються фахівцями з питань психічного здоров'я тим, хто їх потребує. Незалежно від того, чи призначені для допомоги окремим особам упоратися з серйозною хворобою чи для полегшення страждань у цілих громадах після катастрофи, такі послуги можуть варіюватися від консультування з питань психічного здоров'я, психоосвіти та групової підтримки до духовної підтримки та іншої допомоги, і забезпечуються психологами, соціальними працівниками. *Основні задачі* психологічного супроводу передбачають: надання психологічної допомоги тим, хто перебуває в стані емоційної дезадаптації і відчуває високий рівень психологічного стресу; профілактику станів емоційної дезадаптації; розвиток стійкості до стресу та формування

конструктивних навичок подолання з ним; підвищення соціальної компетентності у проблемних та кризових життєвих ситуаціях; розвиток здатності до саморозвитку та самовизначення; профілактику та подолання відхилень в особистісному розвитку.

Особливого значення психологічний супровід набуває при роботі з пацієнтами, що страждають на *серцево-судинні захворювання*. Справа в тому, що останнім часом все частіше спостерігається збільшення кількості психосоціальних факторів, що сприяють розвитку серцево-судинних захворювань. Нездорове харчування, відсутність фізичної активності, вживання тютюну та надмірне споживання алкоголю є найважливішими поведінковими факторами ризику серцево-судинних захворювань. Наслідки поведінкових факторів ризику можуть виявлятися у людей у вигляді підвищення артеріального тиску, рівня глюкози в крові та ліпідів у крові, а також надмірної ваги та ожиріння. Існує також багато основних детермінант ССЗ, таких як глобалізація, урбанізація, старіння населення, бідність, генетична схильність і психологічні фактори. Що стосується психологічних факторів, то депресія, тривога, психологічний стрес, специфічна типологія особистості (наприклад, особистість типу А) та ірраціональні переконання негативно пов'язані із захворюваністю такого типу. Цим власне і диктується місія психолога у психологічному супроводі таких пацієнтів.

Об'єктом діяльності психолога, що опікується психологічним супроводом осіб з серцево-судинними захворюваннями є широкий діапазон порушень – когнітивних, емоційних, особистісних, а *метою* – відновлення пацієнта після загострення чи вияву хвороби шляхом позитивного психологічного впливу на особистість; навчання хворих та осіб з інвалідністю ефективним механізмам психологічного захисту в стресових ситуацій; сприяння активізації здатності хворих та осіб з інвалідністю пристосовуватися до життя з урахуванням обмежень, що виникли у зв'язку із ЗССС. Що стосується *предмету* супроводжувальної діяльності, то останній визначається перш за все специфікою медичного діагнозу, а також особливостями

особистісних рис, диспозицій і взагалі – специфікою особистісного типу. Важливе місце тут займають психологічні реакції пацієнтів (кардіофобічні, тривожно-депресивні, іпохондричні, істеричні та анозогнозичні); порушення уваги та пам'яті, які, зазвичай, не мають органічної природи, не беручи до уваги хворих на атеросклероз(це – парафія дікаря); можливі ускладнення у міжособистісних стосунках.

РОЗДІЛ 2. СТРУКТУРНО-ЗМІСТОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

2.1. Організаційно-методичне забезпечення вивчення психологічного супроводу осіб з серцево-судинними захворюваннями

Експериментальне дослідження психологічного супроводу осіб з серцево-судинними захворюваннями було проведено 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 80 років.

Для емпіричної частини дослідження були використані такі методики як *опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО)*, в адаптації В. П. Зайцева, *Метод портретних виборів* Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик, *опитувальник «Ставлення до здоров'я»* (автор Р.А. Березовська), *опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9)*, *методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК)* Дж.Ротера (адаптація Бажина Є.Ф., Голинкін С.А., Еткінда А.М.), *опитувальник оцінки якості життя (SF-36)* та *Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25)*, за авторством Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко.

Однією з найпоширеніших методик для скринінгу на предмет виявлення потреби на медичну допомогу у хворих і для використання в психосоматичних лікарнях є *опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО)*, в адаптації В. П. Зайцева. Опитувальник Міні-мульти є скороченим варіантом

ММРІ, містить 71 питання, 11 шкал, з них 3 – оціночні. Перші 3 оціночні шкали вимірюють щирість випробуваного, ступінь достовірності результатів тестування та величину корекції, що вноситься надмірною обережністю. Інші 8 шкал є базовими і оцінюють властивості особистості (Зайцев, 1981).

Оціночні шкали:

- 1) шкала брехні (L) – оцінює щирість випробуваного;
- 2) шкала достовірності (F) – виявляє недостовірні відповіді;
- 3) шкала корекції (K) – згладжує спотворення, що вносяться надмірною обережністю та контролем випробуваного під час тестування; використовується для корекції базисних шкал, які залежить від її величини.

Базисні шкали:

1. Іпохондрія (Hs) – наближеність випробуваного до астено-невротичного типу.
2. Депресія (D). Високі оцінки мають чутливі, сенситивні особи, схильні до тривожності, боязкі, сором'язливі.
3. Істерія (Hy) – виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Всі проблеми вирішуються відходом у хворобу.
4. Психопатія (Pd). Високі оцінки за цією шкалою свідчать про соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами та цінностями.
5. Паранояльність (Pa). Основна риса людей із високими показниками за цією шкалою – схильність до формування надцінних ідей.
6. Психастенія (Pt) – діагностує осіб із тривожно-недовірливим типом характеру, яким властиві надмірна тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

7. Шизоїдність (Sc). Загальною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю та відчуженістю у міжособистісних відносинах.

8. Гіпотонія (Ma). Для осіб із високими оцінками за цією шкалою характерний піднесений настрій незалежно від обставин.

Загалом ця методика дозволяє оцінити рівень нервово-емоційної стійкості, ступінь інтеграції особистісних властивостей та рівень адаптації до соціального оточення (Зайцев, 20004).

Метод портретних виборів (МПВ) або Методика восьми потягів Леопольда Сонді – це проєктивний особистісний тест, розроблений психоаналітиком та психологом Леопольдом Сонді у середині ХХ століття. Тест Сонді також називають долеаналізом: він дає відповідь на багато питань, у тому числі пояснює вибір людини в коханні, дружбі, професії, на роботі, і, що найважливіше в даній тематиці, вказує на схильність до певних захворювань (Собчик, 1995).

Як матеріал Сонді вибрав 48 портретів душевнохворих людей, які страждають на розлади в 8 різних категоріях: епілепсія, істерія, садизм, содомія, кататонія, параноя, депресія, манія (по одному зображенню з кожної категорії). Загалом у тесті передбачено 6 кіл по 8 зображень у кожному. Випробовуваний повинен, дивлячись на ці зображення, вибрати 2 найприємніші і 2 найменш приємні людини.

Л. Сонді вважає, що типологічно різні особистісні структури можуть бути представлені різними поєднаннями цих 8-ми основних потягів:

- h – сексуальна недиференційованість, гомосексуальні тенденції;
- s – садизм-мазохізм;
- e – епілептоїдні тенденції;
- hu – істеричні схильності;
- k – кататонічні прояви, тобто схильність до егоцентричної зосередженості на власному Я з тенденцією до обмеження або до протиставлення свого Я оточуючим;

- p – паранояльність,;
- d – депресивний стан, схильність до депресії чи гіпоманії;
- m – маніакальні прояви, екзальтація почуттів або холодність та дистантність.

Вісім факторів потягів обумовлюють саме ті особливі болючі симптоми, які не виводяться з інших факторів або симптомів і можуть виступати у вигляді клінічних проявів при психічних розладах та порушенні потягів (Собчик, 2002).

Вже багато років тест Сонді використовується психіатрами та психологами як проєктивний особистісний тест. Він дозволяє знаходити як соціальні, так і асоціальні, як здорові, і патологічні тенденції досліджуваних.

Опитувальник «Ставлення до здоров'я», автором якого є Р.А. Березовська, створений для дослідження системи індивідуальних, виборчих зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також визначають оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану (Березовська, 1999).

При аналізі ставлення до здоров'я може бути виділено протилежні типи ставлень – адекватне і неадекватне. Емпірично фіксованими критеріями ступеня адекватності-неадекватності ставлення людини до свого здоров'я є:

- *на когнітивному рівні*: ступінь поінформованості чи компетентності людини у сфері здоров'я, знання основних факторів ризику та антиризиків, 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 радіти йому;
- *на ціннісно-мотиваційному рівні*: висока значимість здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей (особливо термінальних), ступінь

сформованості мотивації на збереження та зміцнення здоров'я (Березовська & Нікіфоров, 2003).

Основним способом діагностики депресії та моніторингу реакції на лікування є виявлення симптомів у пацієнта за допомогою *опитувальника пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9)*, у створенні якого брали участь лікарі Роберт Шпіцер, Джанет Вільямс, Курт Кронке та інші (Kroenke et al., 2010).

Його дев'ять пунктів включають критерії DSM для депресивних розладів, що дозволяє визначати як наявність, так і ступінь виразності депресії, так як депресія є найбільш поширеним психічним розладом, який стає причиною непрацездатності частіше, ніж будь-яке інше захворювання.

PHQ-9 став дуже затребуваним інструментом для оцінки та моніторингу ступеня тяжкості депресії, він використовується у багатьох клінічних та неклінічних дослідженнях, включений до численних рекомендацій щодо депресії та застосовується у багатьох лікувальних закладах (Kroenke, 2021).

Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж.Роттера в адаптації Є.Ф.Бажина, С.А.Голинкіна, А.М.Еткінда дозволяє оцінити сформований у досліджуваного рівень суб'єктивного контролю за різноманітними життєвими ситуаціями.

Опитувальник РСК складається із 44 пунктів. На відміну від школи Дж. Роттера до нього включені пункти, що вимірюють екстернальність-інтернальність у міжособистісних та сімейних відносинах; до нього також включені пункти, що вимірюють РСК щодо хвороби та здоров'я (Туриніна, 2007).

До опитувальника ще входять 7 різних шкал:

- шкала загальної інтернальності (Із);
- шкала інтернальності у сфері досягнень (Ід);
- шкала інтернальності у сфері невдач (Ін);
- шкала інтернальності у сімейних відносинах (Іс);
- шкала інтернальності у сфері виробничих відносин (Ів);

- шкала інтернальності у сфері міжособистісних відносин (Ім);
- шкала інтернальності щодо здоров'я та хвороби (Із) (Додаток А).

Опитувальник оцінки якості життя (SF-36) – неспецифічний опитувальник для оцінки якості життя пацієнта, який широко використовується при проведенні досліджень якості життя в країнах Європи та США. Він був встановлений для оцінки якості життя в Італії, Франції, Австралії та загальної популяції США.

Опитувальник відображає загальний добробут і рівень задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на котрі впливає стан здоров'я (Шостак та ін., 2017).

SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал: фізичне функціонування (Physical Functioning – PF), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP), тілесний біль або його інтенсивність (Bodily pain – BP), загальний стан здоров'я (General Health – GH), життєва активність (Vitality – VT), соціальне функціонування (Social Functioning – SF), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE) та психічне здоров'я (Mental Health – MH). З них формують два параметри: психологічний та фізичний компоненти здоров'я.

Переваги цієї методики полягають в тому, що SF-36 застосовується для оцінки якості життя за будь-яких захворювань та оцінює якість життя хворих комплексно (у тому числі соціальні та психологічні порушення) (Lins & Carvalho, 2016).

Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25), за авторством Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко – кількісний тест для оцінки прихильності до лікування, спочатку розроблений у 2008 р. для хворих на артеріальну гіпертонію, у 2016 р. модифікований для універсального застосування (Nikolaev et al., 2019). Під прихильністю до лікування прийнято розуміти ступінь виконання хворим на рекомендації лікаря щодо прийому лікарських препаратів, дотримання дієти та інших заходів, спрямованих на зміну способу життя. Прихильність – це один із

найважливіших факторів, що характеризують якість лікування та безпосередньо впливають на прогноз (Ніколаєв та ін., 2020).

Клініко-психологічна тестова методика опитувальника дозволяє оцінити як фактичну відданість лікуванню хворих, так і потенційну відданість лікуванню здорових. Тест вимірює прихильність до лікарської терапії, медичного супроводу, модифікаціям способу життя та інтегральну прихильність лікуванню. Оцінка прихильності здійснена як для скринінгу низькоприхильних лікуванню пацієнтів на лікарському прийомі, так і як інструмент наукових досліджень. Отриманий результат дозволяє сформулювати індивідуальну стратегію управління лікуванням на основі виявленої прихильності (Ніколаєв та ін., 2020).

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. Прихильність пацієнтів до лікування також впливає на маршрутизацію всередині медичного закладу та терміни допомоги.

Правильно оцінивши прихильність до лікування, лікар може направити пацієнта до медичного психолога або для консультації, або для проведення корекційної роботи.

При досить високому ступені страху і сумнівів на питання пацієнта може відповісти лікар самостійно, оскільки більшість їх питань лежать у площині етіології та патогенезу, побічних ефектів, часу прийому ліків.

При середній мірі потрібна консультативна допомога медичного психолога, який у ході клінічного інтерв'ю може опрацювати з пацієнтом фактори, що перешкоджають формуванню прихильності.

За низького ступеня прихильності потрібен колегіальний супровід медичним психологом та лікарем із застосуванням групових та індивідуальних засобів психологічної корекції.

У медичній практиці прихильність характеризує ставлення хворого до лікування. У ситуації лікування хронічних захворювань, які не турбують хворого постійно, а мають прихований перебіг чи загрожують нападом, чи небажаними віддаленими наслідками, буває необхідне щоденне лікування, яке контролює сам пацієнт. Виконання всіх розпоряджень лікаря можливе лише в тому випадку, якщо у пацієнта формується прихильність до лікування. Якщо хворий довіряє лікарю та вірить у результат лікування, він згоден на внесення змін до звичного способу життя, раціону харчування і готовий до тривалого прийому препаратів (ЕВ. 2011).

Під прихильністю до лікування (комплаєнтністю) прийнято розуміти ступінь відповідності між поведінкою пацієнта та рекомендаціями, отриманими від лікаря (Незнанов & Вид, 2004).

Anthony H. та його колеги акцентують увагу на тому, що прихильність пацієнта до лікування може проявлятися як щодо прийому лікарських препаратів, так і щодо інших лікувальних процедур (Anthony et al., 1999).

Саме тому можна зробити висновок, що психологічний супровід пацієнта і його прихильність до лікування взаємопов'язані між собою. Супровід має вплив в вигляді збільшення прихильності до лікування, мотивації до одужання та дотримання усіх призначень лікаря.

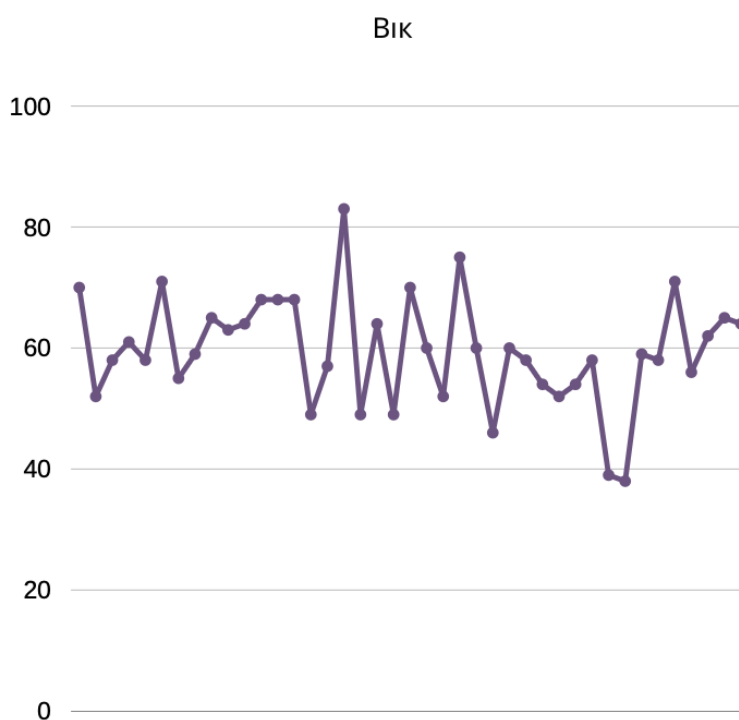
2.2. Характеристика вибірки досліджуваних

У дослідженні психологічного супроводу осіб з серцево-судинними захворюваннями взяли участь 41 особа, які були пацієнтами Київської міської клінічної лікарні №3, з них 8 – жіночої статі, 33 – чоловічої статі віком від 38 до 80 років. У пацієнтів був поставлений діагноз інсульт різної тяжкості та локалізації.

Таблиця 3.1

Описові статистики за показником віку досліджуваних

	N	Мін.	Макс.	Σ	σ
вік	31	38,00	83,00	59,3548	9,34719
Valid N (listwise)	31				



Мал. 3.1. Вік досліджуваних.

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 перспективи подальшого втілення, вбачаємо за доцільне розширення вибірки при проведенні подальших досліджень і проведення більш деталізованої обробки результатів.

Крім того, з такою вибіркою досить складно працювати через загальний стан пацієнтів, який суттєво змінюється після перенесеної хвороби. Часто у хворих відбуваються емоційні та поведінкові зміни. Ушкодження головного мозку можуть зробити людину забудькуватою, недбалою, дратівливою і

розгубленою, сумніватися про сенс свого життя. Ті, хто пережив великий інсульт, можуть також відчувати тривогу, гнів і апатію.

Люди з таким діагнозом також можуть відмовлятися їсти, рухатися, самотійно доглядати себе, виконувати прості побутові справи. Зміни психіки, пов'язані з великим інсультом, можуть викликати занепокоєння і тривогу, а також серйозно заважати відновленню.

2.3. Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження психологічного супроводу осіб з серцево-судинними захворюваннями було проведено з використанням таких методик як *опитувальник Джеймса Кінканнона Міні-мульт (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО)*, в адаптації В. П. Зайцева, *Метод портретних виборів* Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик та *«Опитувальник для пацієнтів»*, який складає собою певний набір з п'яти методик: *опитувальник «Ставлення до здоров'я»* (автор Р.А. Березовська), *опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9)*, *методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК)* Дж.Ротера (адаптація Бажина Є.Ф., Голинкін С.А., Еткінда А.М.), *опитувальник оцінки якості життя (SF-36)* та *Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25)*, за авторством Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко.

Перша методика загалом орієнтована на виявлення найпоширеніших ситуативних чи застійних особистісних розладів та призначена для скринінгу на предмет виявлення потреби на медичну допомогу у хворих і для використання в психосоматичних лікарнях за шкалами: іпохондрія (Hs), депресія (D), істерія (Hu), психопатія (Pd), паранояльність (Pa), психастенія (Pt), шизоїдність (Sc), гіпотонія (Ma). Друга методика орієнтована на виявлення психічних відхилень за 8 різними категоріями: епілепсія, істерія, садизм, содомія, кататонія, параноя, депресія, манія. Третя методика, яка

складає собою певний набір з п'яти методик, має на меті: дослідити системи індивідуальних, виборчих зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також визначають оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану; діагностувати депресію та провести моніторинг реакції на лікування; оцінити сформований у досліджуваного рівень суб'єктивного контролю за різноманітними життєвими ситуаціями; оцінити якість життя пацієнта; оцінити прихильність до лікування.

В дослідженні брали участь пацієнти, що склали загальну кількість 41 досліджуваний, з них 33 – чоловічої статі, 8 – чоловічої статі віком від 38 до 80 років з діагностованим інсультом різної тяжкості та локалізації.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

3.1. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Метою першого етапу обробки даних було орієнтування в кількісних показниках за досліджуваними параметрами. Отримані в результаті тестування дані підлягали кодуванню та кількісному вираженню (квантифікації).

Результати кількісної обробки даних наведено у таблицях:

Таблиця 3.2

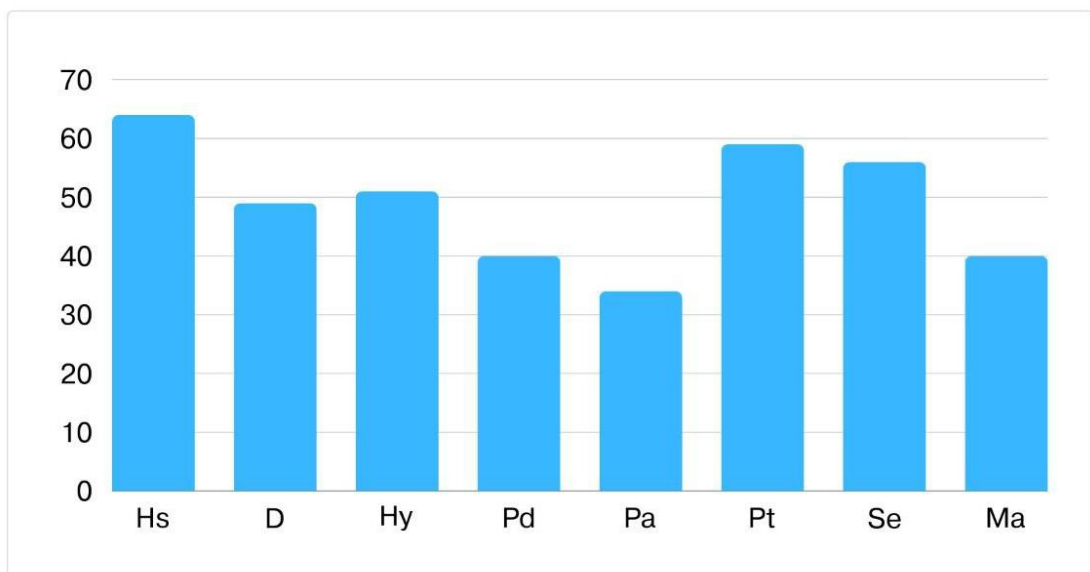
Описові статистики за параметрами прихильності до лікування у пацієнтів, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань

	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 можна побачити з таблиці 3.2, найбільше середнє значення по вибірці за показником «прихильність до лікувальної терапії» (64) , тобто досліджувані не проти, а навпаки зацікавлені, щоб їх лікували. Це можна також пояснити, що пацієнти знаходяться на стаціонарному лікуванні. Найменше середнє значення по вибірці можна побачити за показником «прихильність до медичного супроводу» (51,5), що одночасно суперечить попередньому показнику. Це пояснює той факт, що пацієнти нібито зацікавлені у лікуванні, але не хочуть, щоб їм надокучав медичний персонал. Середнє значення за показником «прихильності до зміни способу життя» є

дещо нижче (52,5) за показник «прихильність до лікувальної терапії», але згідно ключами методики знаходиться в межах середньої норми. Відповідно до отриманих даних можна припустити, що пацієнти не виявляють бажання, наприклад, бути більш обережними, дотримуватися певної дієти чи обмежити звичне фізичне навантаження.

Показник стандартного відхилення вказує на відсутність спільної тенденції досліджуваних стосовно прихильності до лікувальної терапії.



Мал. 3.2. Середні значення за опитувальником кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25).

Таблиця 3.3

**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
Міжособистисні 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				

Психологічний супровід надавався всім пацієнтам, але більшій мірі психологічного супроводу потребують пацієнти саме з низьким рівнем суб'єктивного контролю для підвищення ефективності лікування. Відповідно для більш детальної орієнтації в психологічних особливостях вибірки, в дослідженні була застосована *методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК)*.

Таблиця 3.4

Кореляційний аналіз показників прихильності до лікування і характеристик суб'єктивного контролю пацієнтів

		Рівень суб'єктивного контролю	Область досягнень (ІД)	Область невдач (ІН)	Сімейні відносини (ІС)	Виробничі відносини (ІВ)	Міжособистісні відносини (ІМ)	Здоров'я та хвороба (ІЗ)
Прихильність до лікування	Correlation Coefficient	,126	,200	,011	,025	,048	,123	,077
	Sig. (2-tailed)	,439	,217	,945	,881	,769	,448	,635
	N	40	40	40	40	40	40	40
Прихильність до лікувальної терапії	Correlation Coefficient	,124	,281	-,020	,061	,013	,058	,044
	Sig. (2-tailed)	,445	,079	,904	,707	,937	,721	,789
	N	40	40	40	40	40	40	40
Прихильність до медичного супроводу	Correlation Coefficient	,066	,284	-,072	,155	,027	,076	-,012
	Sig. (2-tailed)	,686	,075	,660	,340	,870	,643	,941
	N	40	40	40	40	40	40	40
Прихильність до зміни способу життя	Correlation Coefficient	,156	,181	,121	,014	,188	,188	,045
	Sig. (2-tailed)	,335	,265	,458	,931	,245	,246	,781
	N	40	40	40	40	40	40	40

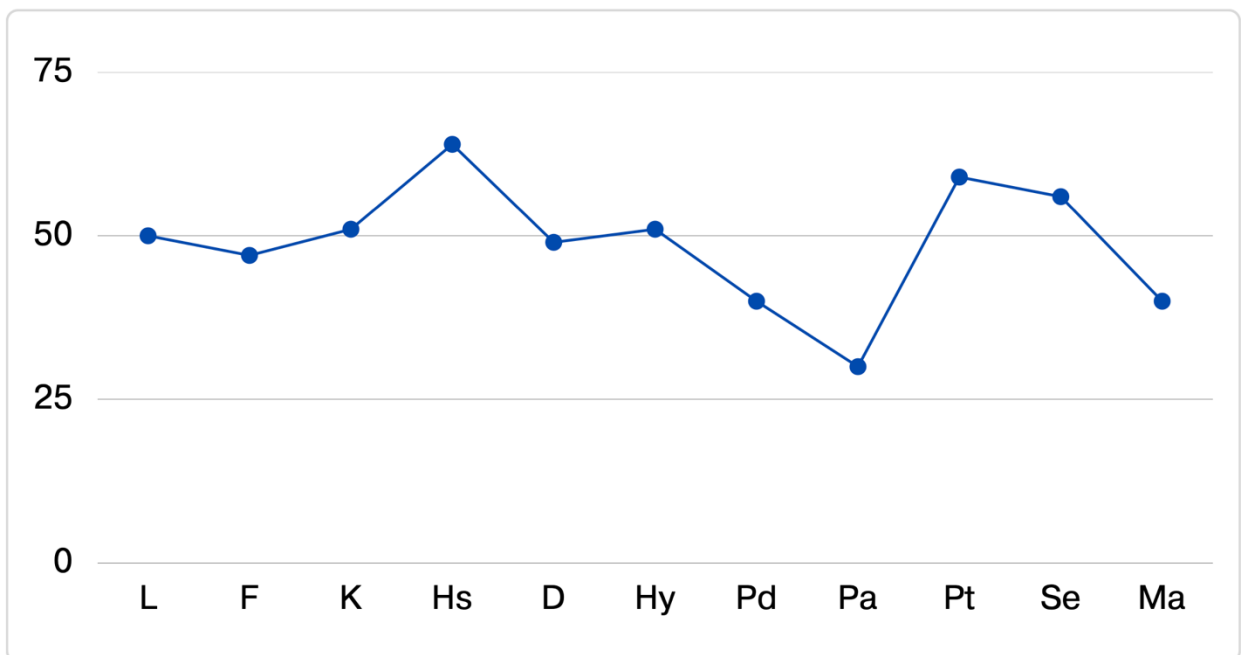
Як видно з таблиці 3.4, статистично значущої кореляції між показниками суб'єктивного контролю пацієнтів і прихильності до лікування в даній вибірці не виявлено. Це може свідчити про те, що прихильність до лікування

зумовлена не характеристиками суб'єктивного контролю, а можливими іншими факторами, які не увійшли до даного дослідження.

Таблиця 3.5

Описові статистики за шкалами методики Mini-Mult

	N	Мін.	Макс.	Σ	σ
Hs	30	49	89	64,53	9,149
D	30	29	70	49,13	10,553
Hу	30	33	80	51,30	12,701
Pd	30	24	63	40,67	11,583
Pa	30	0	80	34,90	16,407
Pt	30	43	78	59,30	10,007
Se	30	40	88	56,17	10,719
Ma	30	24	66	40,33	10,297
Valid N (listwise)	30				



Мал. 3.3. Усереднений профіль ММПІ.

Як можна побачити з таблиці 3.5 та мал. 3.3 середні показники за всіма шкалами опитувальника Джеймса Кінканнона *Міні-мульт* знаходяться в рамках усереднених значень, окрім шкали паранояльності (Pa) – 34,9, що є досить низьким значенням. Хоча, як відомо, згідно правилами інтерпретації методики *Міні-мульт* значення має не середній показник, а показники шкал за кожним пацієнтом. Наступною задачею є пошук можливих кореляцій між

особистісними диспозиціями за методикою Міні-мульти і показниками прихильності до лікування.

Таблиця 3.6

Результати кореляційного аналізу показників шкал методики Mini-Mult і показників прихильності до лікування

		Hs	D	Hу	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
Прихильність до лікування	Correlation Coefficient	,120	-,002	,006	,194	,117	,192	,390*	,100
	Sig. (2-tailed)	,536	,992	,975	,312	,547	,318	,036	,604
	N	29	29	29	29	29	29	29	29
Прихильність до лікувальної терапії	Correlation Coefficient	,061	-,029	,016	,279	,132	,194	,372*	,032
	Sig. (2-tailed)	,752	,883	,935	,143	,494	,314	,047	,869
	N	29	29	29	29	29	29	29	29
Прихильність до медичного супроводу	Correlation Coefficient	,189	,002	,089	,131	-,009	,252	,400*	,093
	Sig. (2-tailed)	,325	,991	,648	,498	,962	,187	,032	,630
	N	29	29	29	29	29	29	29	29
Прихильність до зміни способу життя	Correlation Coefficient	,099	-,112	-,044	-,025	,034	,018	,212	,123
	Sig. (2-tailed)	,609	,562	,821	,897	,862	,927	,270	,525
	N	29	29	29	29	29	29	29	29

За даними таблиці 3.6 можна прослідкувати, що лише шкала шизоїдності (Se) корелює з такими показниками, як «прихильність до лікування», «прихильність до лікувальної терапії» та «прихильність до медичного супроводу». Кореляція за цими показниками помірна та статистично значуща. Кореляції за шкалою (Se) та показником «прихильності до зміни способу життя» не виявлено, що також підтверджує попередній висновок, що пацієнти готові лікуватися, але при цьому не мають бажання змінювати свій попередній спосіб життя.

Таблиця 3.7

Результати кореляційного аналізу шкали методики РНQ і різних аспектів прихильності до лікування

			Прихильність до лікування	Прихильність до лікувальної терапії	Прихильність до медичного супроводу	Прихильність до зміни способу життя
Spearman's rho	PHQ	Correlation Coefficient	-,074	-,105	-,041	-,134
		Sig. (2-tailed)	,651	,520	,803	,409
		N	40	40	40	40

За результатами таблиці 3.7 можна побачити, що між досліджуваними показниками методики PHQ і різних аспектів прихильності до лікування кореляційних зв'язків не зафіксовано (Додаток Б).

Таблиця 3.8

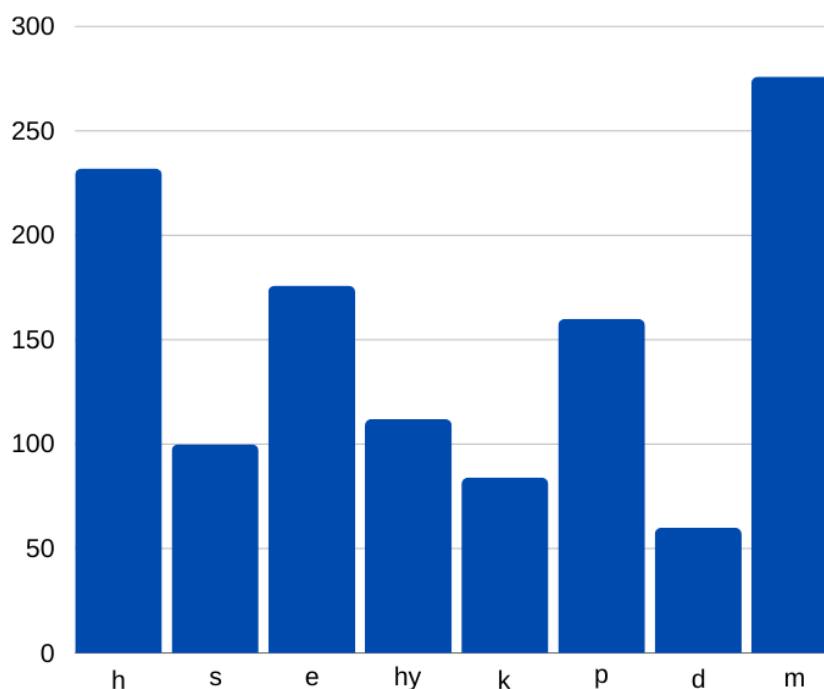
**Описові статистики за шкалами методики портретних виборів
Леопольда Сонді**

	N	Мін.	Макс.	Σ	σ
h	25	1	5	2,32	1,215
s	25	0	3	1,00	,913
e	25	0	3	1,76	1,012
hy	25	0	3	1,12	,927
k	25	0	2	,84	,624
p	25	,00	3,00	1,6000	,91287
d	25	,00	3,00	,6000	,76376
m	25	,00	6,00	2,7600	1,45144
Valid N (listwise)	25				

З огляду на показники таблиці 3.8 можна побачити, що є показники які найбільш агровані, як: шкала маніакальних проявів (m), що може свідчити про відкритість у прагненні до контактів з оточенням, а також про прагнення чіплятися за життя та буття, страхуватися від хвороби, нещастя та смерті; та шкала сексуальної недиференційованості (h), яка відповідає за потяг до життя, яке притягує один до одного і утримує разом все, що живе, породжує

міжособистісну любов і ніжність, зумовлює найвищі очікування людини від усього існуючого у світі. Що не дивно, так як вибіркою є пацієнти, які перенесли важку хворобу та перебувають на стаціонарному лікуванні. А найменш агравований показник – шкала депресивного стану (d), що зазвичай свідчить про прагнення все збирати і жадібно тримати при собі, утримувати все, що імовірно має цінність, пристрасть до накопичення, здатність відчувати задоволення від відмови собі в усьому заради накопичення, прагнення триматися за все старе і колишнє, застрягання в безцільному консерватизмі, соціально позитивну тенденцію вірності сім'ї та традиціям. Це також підтверджує попередні висновки за іншими методиками, що пацієнти не готові змінювати свій звичний спосіб життя заради лікування.

Однак слід зауважити, що ми оперуємо середнім показником по вибірці і зважаючи на показник стандартного відхилення, можна дійти до висновку, що показники за всіма шкалами є доволі варіативними.



Мал. 3.4. Усереднений профіль методики портретних виборів Леопольда Сонді.

3.2. Практичні рекомендації щодо організації психологічного супроводу осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань

Психологічні інтервенції (або втручання) можуть бути частиною комплексних кардіологічних реабілітаційних програм. Ці втручання можуть включати роботу з управління стресом, яка спрямована на зменшення стресу як самоціль або на зниження ризику подальших серцевих подій у пацієнтів із захворюваннями серця.

Ішемічна хвороба серця є основною причиною смерті як чоловіків, так і жінок у розвинених країнах. Багатьом, але далеко не всім з двох третин пацієнтів, які пережили інфаркт міокарда або перенесли кардіохірургічну операцію, буде запропонована певна форма серцевої реабілітації (British Heart Foundation [BHF], 2003). Характер доступних втручань різниться в різних центрах, причому більшість передбачає поєднання короткострокової програми фізичних вправ і медичної освіти (A report of a working group of the British Cardiac Society, 1995).

Менш часто доступними як частина кардіологічної реабілітації та вторинної профілактики є психологічні втручання, спрямовані на зменшення факторів ризику та підвищення ефективності подолання. Ці втручання є численними та часто погано визначеними, і включають такі інтервенції, як консультування щодо факторів ризику та психотерапія. Навпаки, втручання, які включають певну форму управління стресом, чітко визначені, базуються на навичках і мають на меті навчити пацієнтів ефективніше справлятися зі стресом. Зазвичай вони передбачають використання релаксації окремо або, потенційно більш потужно, у поєднанні з різними когнітивними чи поведінковими стратегіями, включаючи навички вирішення проблем і когнітивні самонавчання або методи реструктуризації (Meichenbaum, 1985).

Звичайний догляд може включати інші компоненти кардіологічної реабілітації (наприклад, фізичні вправи, санітарна освіта). Управління стресом

– використання специфічних когнітивних поведінкових стратегій, які використовуються для того, щоб допомогти пацієнту зменшити або контролювати свій стрес. Це включає навчання релаксації, використання когнітивних технік, таких як самонавчання і когнітивний виклик, та/або розгляд конкретних стратегій подолання, які слід використовувати під час стресу (Beck, 1997).

Взаємозв'язки між несприятливими психологічними факторами, такими як депресія, і серцево-судинними захворюваннями добре встановлені. Однак позитивне психологічне благополуччя, яке включає позитивні думки та почуття, такі як мета життя, оптимізм і щастя, має власні незалежні асоціації з меншим ризиком серцево-судинних захворювань і може сприяти здоров'я серцево-судинної системи (Labarthe et al., 2016).

Останніми роками галузі профілактичної кардіології та позитивної психології поставили перед собою амбітні цілі, які виходять за рамки простого зниження ризику захворювання та включають збільшення здорового довголіття, покращення якості життя, збереження хорошого психічного здоров'я та когнітивних функцій, а також досягнення економії в охороні здоров'я (Lloyd-Jones et al., 2010). Поряд із цими цілями були розроблені відповідні показники. Наприклад, Американська кардіологічна асоціація (American Heart Association АНА) нещодавно запропонувала визначення здоров'я серцево-судинної системи, яке стало широко прийнятим і включає сім компонентів: чотири здоров'я поведінки (здорове харчування, фізична активність, відмова від тютюну та нормальний індекс маси тіла) і три фактори здоров'я (сприятливий артеріальний тиск, загальний рівень холестерину та глюкози). Встановлено, що здоров'я серцево-судинної системи пов'язують зі зниженим ризиком серцево-судинної смертності та смертності від усіх причин, а також із меншою частотою та тягарем багатьох хронічних захворювань старіння (Younus et al., 2016).

Зі свого боку, психологічне благополуччя було визначено різними способами та охоплює позитивні думки та почуття, які люди використовують

для позитивної оцінки свого життя (Boehm & Kubzansky, 2012). Дві різні теоретичні точки зору сформулювали характеристики психологічного благополуччя: евдемонічний підхід визначає благополуччя відповідно до здатності людини визначати важливі життєві заняття та прагнення досягти найкращого; гедонічний підхід визначає благополуччя відповідно до пошуку та досягнення задоволення та щастя (Waterman, 2007). Інші, менш легко класифіковані, аспекти психологічного благополуччя (наприклад, оптимізм, емоційна життєздатність) також були виявлені, деякі з яких послідовно передбачають серцево-судинні результати (Keyes et al., 2002).

Враховуючи дані, що пов'язують психологічне благополуччя з показниками здоров'я серцево-судинної системи та клінічними кінцевими точками, конкретні втручання на індивідуальному та суспільному рівнях можуть успішно змінити психологічне благополуччя та веде культивування благополуччя, щоб покращити здоров'я серцево-судинної системи. Хоча може бути так, що деякі аспекти психологічного благополуччя є спадковими та/або відносно фіксованими, інші аспекти благополуччя є ідентифіковані як життєві навички, частина набору пластичних особистих характеристик і здібностей, які збільшують шанси успіху і благополуччя в житті (Tomini et al., 2016). Інтервенції на основі психологічного благополуччя для розвитку навичок і зміцнення здоров'я можна застосовувати на чотирьох етапах протягом усього життя: сприяння здоровим вагітності/розвитку/старінню; досягнення сприятливої зміни компонентів здоров'я серцево-судинної системи; посилення ефективного невідкладного та довгострокового лікування після клінічних серцево-судинних захворювань; а також підтримка паліативної допомоги/догляду в кінці життя (Labarthe et al., 2016).

По-перше, психологічне благополуччя можна зміцнити за допомогою заходів, розроблених для окремих осіб або невеликих груп. Такі програми включають програми, засновані на самоусвідомленні (або уважності), і позитивні психологічні втручання, які безпосередньо спрямовані на оптимізм, позитивний вплив і пов'язані з ними конструкції. До цього часу більшість

досліджень вивчали втручання на основі самоусвідомлення. Практика самоусвідомлення – це підхід, який включає в себе увагу до досвіду поточного моменту з відвертістю, безосудністю та цікавістю. Тут уважність концептуалізується як інструмент підвищення психологічного благополуччя, а не як складова самого психологічного благополуччя. Було розроблено різноманітні втручання, засновані на уважності, включаючи зниження стресу на основі усвідомленості і когнітивну терапію на основі усвідомленості. Пов'язані техніки розуму та тіла, такі як прогресивне розслаблення м'язів, вправи на глибоке дихання, керовані образи, йога та тай-чи, також використовуються для сприяння психологічному благополуччю (Kabat-Zinn, 1990).

Серед загалом здорових людей без серцевих захворювань втручання на основі усвідомленості пов'язані з покращенням у ряді результатів фізичного та психічного здоров'я, включаючи покращення симптомів депресії, тривоги, стресу, якості життя, фізичної активності, відмови від куріння, здорового харчування та фізичного діяльності (Ruffault et al., 2017). Серед людей із серцевими факторами ризику навчання усвідомленості було пов'язане зі втратою ваги, самоконтролем хвороби та контролем рівня глюкози, а також покращенням подолання проблеми та артеріального тиску (Gregg et al., 2007).

Втручання, пов'язані з усвідомленістю, у пацієнтів із захворюваннями серця призводять до покращення якості життя, пов'язаної з фізичним і психічним здоров'ям, депресії, тривоги, фізичної активності та артеріального тиску. Тай-чі та йога покращують результати у пацієнтів із серцевою недостатністю, а також артеріального тиску та фізичної здатності. Медитація є компонентом багатьох втручань, заснованих на самоусвідомленні, і була пов'язана зі зниженням смертності людей з гіпертонією (Younge et al., 2014). Недавня наукова заява АНА рекомендувала медитацію як доповнення до інших методів зниження ризику серцево-судинних захворювань, маючи багатообіцяючі докази користі та низької вартості та ризику. Загалом,

втручання, засновані на усвідомленості, сприяють психологічному благополуччю та підтримують серцево-судинну систему (Levine et al., 2017).

На відміну від практик усвідомленості, інтервенції позитивної психології спрямовані на сприяння оптимізму, вдячності та позитивному впливу безпосередньо через такі дії, як уявлення та написання про краще майбутнє, згадування позитивних життєвих подій, виявлення та використання особистих сильних сторін, а також планування та виконання вчинків доброти (Seligman et al., 2005). Позитивне психологічне втручання може бути простим у виконанні, часто здійсненим і добре сприймається пацієнтами, і може не вимагати тривалого навчання. У багатьох програмах учасники самостійно виконують заходи для покращення самопочуття з подальшою підтримкою клініциста або тренера програми. Було виявлено, що у здорових людей така діяльність покращує показники психологічного благополуччя, такі як оптимізм у короткостроковій перспективі, з деякими припущеннями про тривалий ефект (Malouff & Schutte, 2016).

Сприяння психологічному благополуччю в контексті громади – чи то на робочих місцях, у церквах, по сусідству чи в усьому населенні – може принести ще більшу користь. Такі заходи можуть призвести до зменшення симптомів депресії та фізичних скарг, покращення якості життя та емоційного благополуччя, а також особистісного зростання.

Можливо, найбагатший розвиток таких інституційних програм був би на робочому місці. Такі програми становлять особливий інтерес, враховуючи, що переважна більшість дорослих зайняті на робочому місці, і багато хто сприймає роботу як значне джерело стресу (Hernandez et al., 2016). Крім того, повсякденний стрес, пов'язаний з роботою, включаючи робоче напруження та довгий робочий день, може сприяти підвищеному ризику ССЗ.

Клінічні кардіологічні зустрічі можуть надати чудову можливість оцінити та сприяти психологічному благополуччю, особливо в тому, що стосується здоров'я. Першим кроком під час візиту може бути коротка оцінка симптомів психологічного розладу, таких як депресія та тривога. Далі

необхідна оцінка психологічного благополуччя. У той час як ті, хто пережив гострі серцево-судинні захворювання, часто клінічно не мають поточного психіатричного стану і зазвичай не відчувають активного дистресу, більшість пацієнтів у короткостроковій перспективі після події, ймовірно, виявлять, що сприяння психологічному благополуччю має відношення до якості їхнього життя та функціонування. Переглядаючи результати скринінгу пацієнтів на депресію чи тривогу, клініцисти можуть виявити, що психологічне благополуччя, а не лише відсутність гострого дистресу, є важливим для здоров'я. Кілька конкретних запитань про психологічне благополуччя можуть бути інформативними та можуть стимулювати розмову про сприяння психологічному благополуччю. Ці запитання можуть зосереджуватися на оптимізмі пацієнта, його задоволенні життям, соціальній підтримці, меті життя та позитивному впливі, як щодо його загальних життєвих обставин, так і щодо його здоров'я (Rozanski, 2014).

Психологічне благополуччя потім може сприятися та підтримуватися різноманітними способами клініцистами та психологами. Такий підхід спрямований на зміцнення сильних сторін людини для сприяння її психологічного благополуччя та здоров'я, підхід, який пацієнти можуть вважати цікавим і корисним. Конкретні твердження клініцистів можуть сприяти психологічному благополуччю, особливо коли твердження стосуються особистих обставин пацієнтів. Далі клініцисти можуть надати індивідуальні рекомендації. Наприклад, клініцист може «дати дозвіл» пацієнтам займатися цінними хобі чи іншими приємними видами діяльності, особливо тими, що включають фізичну активність, соціальну підтримку або більш глибоке задоволення від життя. Такі рекомендації клініциста, спрямовані на покращення власного самопочуття, можуть бути потужними та високо оціненими пацієнтами, і такі поради можуть мати додаткову цінність, коли клініцисти стверджують, що психологічне благополуччя пов'язане з кращою якістю життя, пов'язаною зі здоров'ям, і кращими результатами роботи серцево-судинної системи.

Пацієнтам з відповідним розумінням і зацікавленістю клініцисти можуть додатково рекомендувати конкретні структуровані заходи, пов'язані з психологічним благополуччям. Приклади діяльності можуть включати дії, спрямовані на оптимізм або пов'язані зі здоров'ям, пов'язані з покращенням самопочуття. Клініцисти або інший медичний персонал також можуть надати інформацію про громадські програми та ресурси, які сприяють психологічному благополуччю та/або посилюють соціальну підтримку, включаючи соціальні мережі та догляд на дому. Психіатри, психологи та інші клініцисти, які мають досвід поведінкової кардіології, можуть використовувати підходи до благополуччя та можуть поєднувати або інтегрувати їх з іншими психологічними чи поведінковими підходами.

Такий підхід може бути особливо важливим у регіонах із низьким рівнем доходу або в громадах, які недостатньо обслуговуються, враховуючи потенційні бар'єри для традиційних психологічних і поведінкових стратегій, пов'язаних із вартістю, стигмою та ресурсами навколишнього середовища. Хоча це може здатися складним завданням допомогти пацієнтам змінити психологічне благополуччя в контексті нового медичного діагнозу, ці події можуть представляти «момент для розвитку».

3.3. Висновки до третього розділу

Описові статистики за параметрами прихильності до лікування у пацієнтів, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, показали найбільше середнє значення за показником «прихильність до лікувальної терапії» (64), а найменше середнє значення – за показником «прихильність до медичного супроводу» (51,5), тобто досліджувані зацікавлені, щоб їх лікували, але не хочуть, надлишкової уваги від медичного персоналу. Середнє значення за показником «прихильності до зміни способу життя» становить 52,5, що вказує на те, що пацієнти не виявляють бажання змінити свою рутину та звичний ритм життя.

Найбільше психологічного супроводу потребують пацієнти саме з низьким рівнем суб'єктивного контролю для підвищення ефективності лікування і з відповідною метою досліджені була застосована *методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК)*. Однак, статистично значущої кореляції між показниками суб'єктивного контролю пацієнтів і прихильності до лікування в даній вибірці не виявлено, що може свідчити про те, що прихильність до лікування спричинена не характеристиками суб'єктивного контролю, а можливими іншими факторами, які не увійшли до даного дослідження. Між результатами кореляційного аналізу шкали методики РНҚ і різних аспектів прихильності до лікування кореляційних зв'язків також не зафіксовано.

Середні показники за всіма шкалами *опитувальника* Джеймса Кінканнона *Міні-мульт* знаходяться в рамках усереднених значень.

За результатами кореляційного аналізу показників шкал методики *Міні-Mult* і показників прихильності до лікування можна прослідкувати, що лише шкала шизоїдності (Se) корелює з показниками «прихильність до лікування», «прихильність до лікувальної терапії» та «прихильність до медичного супроводу», між якими кореляція помірна та статистично значуща. Кореляційних зв'язків за шкалою (Se) та показником «прихильності до зміни способу життя» не виявлено, що також підкріплює попередній висновок, що пацієнти виявляють бажання до лікувальної терапії, але при цьому не мають бажання змінювати свій попередній спосіб життя.

Описові статистики за шкалами методики портретних виборів Леопольда Сонді показали, що є показники які найбільш агравовані, як: шкала маніакальних проявів (m) та шкала сексуальної недиференційованості (h), перша з яких свідчить про бажання комунікації і убезпечення від хвороб чи смерті, а друга – відповідає за потяг до життя. Що не дивно, так як вибіркою є пацієнти, які перенесли важку хворобу та перебувають на стаціонарному лікуванні. Найменш агравованим показником є шкала депресивного стану (d) – прагнення триматися за все старе і колишнє, що також підтверджує

попередні висновки за іншими методиками, що пацієнти не готові змінювати свій звичний спосіб життя заради лікування. Однак показники за всіма шкалами за даною методикою є досить варіативними.

Аспекти позитивного психологічного благополуччя, такі як оптимізм, визначені як позитивні активи для здоров'я, оскільки вони перспективно пов'язані з сімома показниками здоров'я серцево-судинної системи і покращеними результатами, пов'язаними з серцево-судинними захворюваннями. Зв'язки між психологічним благополуччям і серцево-судинними захворюваннями можуть бути опосередковані біологічними, поведінковими та психосоціальними шляхами. Інтервенції на індивідуальному рівні, такі як програми усвідомленості та позитивні психологічні втручання, є перспективою для зміни психологічного благополуччя. Крім того, на робочих місцях також варто проводити інтервенції, орієнтовані на благополуччя, для сприяння здоров'я серцево-судинної системи працівників, що є потенційною моделлю для розширення програм психологічного благополуччя на громади та суспільства.

Позитивне психологічне благополуччя та його специфічні компоненти, такі як оптимізм, передбачають кращий рівень показників серцево-судинного здоров'я і меншу кількість серцевих нападів, ймовірно, через поведінкові, біологічні та психосоціальні шляхи. Індивідуальні, групові та організаційні підходи до сприяння психологічному благополуччю показують себе багатообіцяючими і можуть бути застосовані ширше до спільнот і суспільства.

Психологічне благополуччя можна зміцнити за допомогою таких інтервенцій, як програми усвідомленості та позитивні психологічні втручання.

Навчання з управління стресом має на меті допомогти людям впоратися зі стресом. Його часто включають у реабілітацію для людей після серцевого нападу або операції на серці. Мета полягає в тому, щоб зменшити стрес, який часто проявляється через високий рівень тривоги та депресії, і запобігти подальшим захворюванням. Крім того, клінічні кардіологічні зустрічі теж можуть надати чудову можливість оцінити та сприяти психологічному

благополуччю. Психіатри, психологи та інші клініцисти, які мають досвід поведінкової кардіології, можуть використовувати підходи до благополуччя та можуть поєднувати або інтегрувати їх з іншими психологічними чи поведінковими підходами.

ВИСНОВКИ

Серцево-судинні захворювання на сьогодні є однією з найбільших проблем сучасної медицини, тому важливість та значимість психологічного супроводу осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, є безперечною.

Проблеми психічного здоров'я тісно пов'язані з симптомами та результатами серцево-судинних захворювань. Люди з серцево-судинними захворюваннями особливо сприйнятливі до емоційних і психологічних проблем.

Депресія та тривога не єдині найбільш поширені наслідки серед людей із серцево-судинними захворюваннями, тому основною метою психологічного супроводу для психолога є відновлення пацієнта після перенесення серцево-судинних захворювань шляхом здійснення позитивного психологічного впливу та формування у хворого гармонійного відношення до хвороби; навчання хворих та осіб з інвалідністю ефективним механізмам психологічного захисту в стресових ситуацій; сприяння активізації здатності хворих та осіб з інвалідністю пристосовуватися до життя з урахуванням обмежень, що виникли у зв'язку із ЗССС.

Питанням психологічного цікавились і продовжують цікавитись багато відомих як вітчизняних, так і зарубіжних психологів. Тому, існує велика кількість поглядів різних авторів, як вітчизняних (О.Ф. Бондаренко, Г. Бардієр, І. Ромазан, Т.А. Череднякова, Ю.В. Слюсарєв, Н.С. Глуханюк, Е.І. Казакова, А.П. Тряпціна, І.С. Якиманська, Б.С. Братусь, М.Р. Бітянова), так і зарубіжних (К. Роджерс, М. Фрідман, Р. Розенман, У. Ослер, Й. Деноллет).

Результати проведеного дослідження за опитувальником Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОУ), в адаптації В. П. Зайцева, Метод портретних виборів Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик та «Опитувальник для пацієнтів», який складає собою певний набір з п'яти

методик: опитувальник «Ставлення до здоров'я» (автор Р.А. Березовська), опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9), методика діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж.Ротера (адаптація Бажина Є.Ф., Голинкін С.А., Еткінда А.М.), опитувальник оцінки якості життя (SF-36) та Універсальний опитувальник кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25), за авторством Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко не довели гіпотезу, що вторинна профілактика традиційних чинників ризику серцево-судинних захворювань може мати провідне значення за умови врахування психологічних особливостей пацієнтів.

Статистично значущої кореляції між показниками суб'єктивного контролю пацієнтів і прихильності до лікування в даній вибірці не виявлено, що може свідчити про те, що прихильність до лікування спричинена не характеристиками суб'єктивного контролю, а можливими іншими факторами, які не увійшли до даного дослідження. Між результатами кореляційного аналізу шкали методики PHQ і різних аспектів прихильності до лікування кореляційних зв'язків також не зафіксовано.

Однак, описові статистики за параметрами прихильності до лікування у пацієнтів, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, показали найбільше середнє значення за показником «прихильність до лікувальної терапії» (64), а найменше середнє значення – за показником «прихильність до медичного супроводу» (51,5), тобто досліджувані зацікавлені, щоб їх лікували, але не хочуть, надлишкової уваги від медичного персоналу. Середнє значення за показником «прихильності до зміни способу життя» становить 52,5, що вказує на те, що пацієнти не виявляють бажання змінити свою рутину та звичний ритм життя.

За результатами кореляційного аналізу показників шкал методики Mini-Mult і показників прихильності до лікування лише шкала шизоїдності (Se) корелює з показниками «прихильність до лікування», «прихильність до лікувальної терапії» та «прихильність до медичного супроводу», між якими

кореляція помірна та статистично значуща. Кореляційних зв'язків за шкалою (Se) та показником «прихильності до зміни способу життя» не виявлено.

Крім того, описові статистики за шкалами методики портретних виборів Леопольда Сонді показали, що є показники які найбільш агравовані, як: шкала маніакальних проявів (m) та шкала сексуальної недиференційованості (h), Найменш агравованим показником є шкала депресивного стану (d). Однак показники за всіма шкалами за даною методикою є досить варіативними.

На додаток, психологічне благополуччя можна зміцнити за допомогою таких інтервенцій, як програми усвідомленості та позитивні психологічні втручання, які також допомагають впоратися зі стресом, котрий часто проявляється через високий рівень тривоги та депресії, і запобігти подальшим захворюванням. Психіатри, психологи та інші клініцисти, які мають досвід у поведінковій кардіології, можуть надати ефективну медичну допомогу та здійснити профілактику прогресування хвороби, можуть допомогти впоратися з проблемами, які виникли під час або після захворювань серцево-судинної системи і, в кінцевому результаті, допомогти людині прийти до фізичного і психічного здоров'я.

Перспективами подальших досліджень цієї проблематики вбачається розширення вибірки досліджуваних та простеження взаємозв'язку між психологічними особливостями пацієнтів та перебігом їхньої хвороби.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабакова Т.А., Раевская Е.А., Сухоруков А.С. (2015). *Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в университете*. Петрозаводск: Издательство ПетрГУ.
2. Бардиер Г., Ромазан И., Чередникова Т. (1993). *Я хочу! Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей*. Кишинев: ВИРТ; СПб.: ДОРВАЛЬ.
3. Березовская Р.А. (1999). *Отношение менеджеров к здоровью*. Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер.6. Вып. 3 (№ 13).
4. Березовская Р.А., Никифоров Г. С. (2003). *Отношение к здоровью. Психология здоровья*. СПб.
5. Бондаренко О. Ф. (1996). *Психологічна допомога особистості : навч. посіб.* Харків: Фоліо.
6. Волков В.С., Анталаци З. (1982). *Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда*. М.:Медицина.
7. ЕВ, Л. (2011). *Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ*. Портал Психологических Изданий PsyJournals.ru. https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2011_n2/47092
8. Зайцев В.П. (1981). *Вариант психологического теста Mini-Mult*. Психологический журнал. – № 3.
9. Зайцев В.П. (2004). *Психологический тест СМОЛ*. Актуальные вопросы восстановительной медицины. – № 2.
10. Казакова Е.И. (1998). *Четыре тенденции и другие проблемы сопровождения*. Школьный психолог. – № 48.
11. Клименко В.І. (2007). *Аналіз стану здоров'я України за 1985–2005 роки. Місце хвороб системи кровообігу*. Архів клінічної медицини. – № 2.
12. Клименко В.І. (2008). *Збереження психічного здоров'я нації – основа профілактики хвороб системи кровообігу*. Україна. – №1(5).

13. Крушная Н.А. (2016). *Психологическое сопровождение семьи ребенка с особыми возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования: методические рекомендации*. Челябинск.
14. Мельник В.С. (2009). *Когнітивні розлади після гострого інфаркту мозку* (Мельник В.С., Куц К.В., Потапович П.В.). Укр. невр. журн. – №3.
15. Митина Л. М., Кореляков Ю. А., Шавырина Г. В. (2005). *Личность и профессия: психологическая поддержка и сопровождение: учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений*. М.: Академия.
16. Мітченко О.І., Лутай М.І. (2007). *Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування: методичні рекомендації робочої групи з проблем атеросклерозу та хронічних форм ІХС та робочої групи з проблем металічного синдрому, діабету та серцево-судинних захворювань*. Українське наукове товариство кардіологів. – К.
17. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. (2004). *Проблема комплаенса в клинической психиатрии*. Психиатр. и психофармакотер. 6(4):159-162.
18. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В., Ершов А.В. (2020). *Управление лечением на основе приверженности. Согласительный документ – Междисциплинарные рекомендации РНМОТ, НОГР, НАТГ, ОДН, ГОРАН, РОО, РОФ. Consilium-Medicum*. – № 5.
19. Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., Анисимов В.Н., Васильева И.А., Виноградов О.И., Лазебник Л.Б., Поддубная И.В., Ройтман Е.В. и др. (2020). *Управление лечением на основе приверженности: алгоритмы рекомендаций для пациентов. Междисциплинарные рекомендации*. Медицинский вестник Северного Кавказа. – Т. 15. – № 4.
20. Николаева В.В. (1987). *Влияние хронической болезни на психику*. М.

- 21.Обухов Я.Л. (1997). *Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний*. – М.: Медицина.
- 22.Осухова Н.Г. (2001). *Психологическое сопровождение семьи и личности в кризисной ситуации*. Школьный психолог. – No 31.
- 23.Раскалинос В.Н. (2016). *Психолого-педагогическое образовательного процесса* . Вектор науки ТвГУ. Серия «Педагогика, психология». No 4 (27).
- 24.Слюсарев Ю.В. (1992). *Психологическое сопровождение как фактор активизации саморазвития личности*. СПб.
- 25.Собчик Л.Н. (1995). *Метод портретних виборів. Модифікований тест восьми потягів Сонді*. Практичний посібник. М.: Фолиум.
- 26.Собчик Л.Н. (2002). *Метод портретних виборів – адаптований тест Сонді*. Практичний посібник. СПб.: Мова.
- 27.Туриніна О. (2007). *Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю Дж.Ротера (адаптація Бажина Е.Ф., Голынкиной С.А., Эткінда А.М.)*. Практикум з психології: Навч. посіб. – К.: МАУП, – 328 с.
- 28.Шеломова Т.В. (2001). *Соціально-психологічне забезпечення діяльності менеджера*. М.
- 29.Шостак Н. А., Клименко А. А., Шеменкова В. С., Свет А. В. (2017). *Использование опросника SF-36 в оценке качества жизни у пациентов с хронической тромбо- эмболической легочной гипертензией*. Клиницист. – Т. 11, № 3–4. (44–49) DOI: 10.17650/1818-8338-2017-11-3-4-44-49].
- 30.A report of a working group of the British Cardiac Society: cardiac rehabilitation services in the United Kingdom 1992. (1995). *Heart*, 73(2), 201–202. <https://doi.org/10.1136/hrt.73.2.201>
- 31.Anthony H., Paxton S., Bines J., Phelan P. (1999). *Psychosocial predictors of adherence to nutritional recommendations and growth outcomes in children with cystic fibrosis*. J. of Psychosomatic Research. 47:623-634.

32. *APA Dictionary of Psychology*. (2023) (n.d.-b). <https://dictionary.apa.org/>
33. Basińska, M., Andruszkiewicz, A. (2016). *Cechy osobowości typu D a funkcjonowanie w chorobie pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi*. *Pol Forum Psycholog*. 2:221-237.
34. Beck, A. T. (1997). *Cognitive Therapy: Reflections; The evolution of psychotherapy*. The third conference. New York.
35. Blumenthal, J. A., Barefoot, J., Burg, M. M., Williams, R. B. Jr. (1987). *Psychological correlates of hostility among patients undergoing coronary angiography*. *Br J. Med Psychol*. 60:349–355.
36. Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655–691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>
37. British Heart Foundation. (2003). *British Heart Foundation Statistics Database*. Coronary Heart Disease statistics. London.
38. Bucciarelli, V., Caterino, A. L., Bianco, F., Caputi, C.G., Salerni, S., Sciomer, S. (2020). *Depression and cardiovascular disease: The deep blue sea of women's heart*. *Trends Cardiovasc Med*. 30(3):170-6.
39. Carney, R. M., Saunders, R. D., Freedland, K. E., Stein, P., Rich, M. W., Jaffe, A. S. (1995). *Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease*. *Am J Cardiol*.
40. Chandola, T., Britton, A., Brunner, E. J., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., Kivimäki, M., & Marmot, M. (2008). Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *European Heart Journal*, 29(5), 640–648. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehm584>
41. Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936–946. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.11.044>
42. Ellis, A. (1955). *New approaches to psychotherapy techniques*. *J Clin Psychol*. 11(3):207-60

43. Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Salonen, R., Salonen, J. T. (1997). *Hopelessness and 4 year progression of carotid atherosclerosis: the Kuopio ischemic heart disease risk factor study*. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 17:1490–1495.
44. Friedman, M., Rosenman, R. (1959). *Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease*. *JAMA.* 169:1286-1296.
45. Gregg, J., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336–343. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.2.336>
46. Hernandez, R., Carnethon, M. R., Penedo, F. J., Martinez, L., Boehm, J. K., & Schueller, S. M. (2016). Exploring well-being among US Hispanics/Latinos in a church-based institution: a qualitative study. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 511–521. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1117132>
47. Jankowski, P., Czarnecka, D. (2019). *Ocena i kontrola czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w profilaktyce pierwotnej*. Farmakoterapia chorób serca w podstawowej opiece zdrowotnej. Termedia, Poznań. (3-13)
48. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind in everyday life*. New York: Delacorte.
49. Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P. S., Weiss, S. T. (1995). *Decreased heart rate variability in men with phobic anxiety (data from the Normative Aging Study)*. *Am J Cardiol.* 75:882–885.
50. Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., Ryff, C. D. (2002). *Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12051575/>
51. Kroenke, K. (2021). PHQ-9: global uptake of a depression scale. *World Psychiatry*, 20(1), 135–136. <https://doi.org/10.1002/wps.20821>

52. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2010). *Gen Hosp Psychiatry*, 32:345- 59.
53. Labarthe, D. R., Kubzansky, L. D., Boehm, J. K., Lloyd-Jones, D. M., Berry, J. D., & Seligman, M. E. P. (2016). Positive cardiovascular health. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(8), 860–867. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.03.608>
54. Labarthe, D. R., Kubzansky, L. D., Boehm, J. K., Lloyd-Jones, D. M., Berry, J. D., & Seligman, M. E. P. (2016). Positive cardiovascular health. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(8), 860–867. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.03.608>
55. Łazowski, J., Płużek, Z. (1982). *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej*. PZWL, Warszawa.
56. Lespérance, F., Frasura-Smith, N., Talajic, M., & Bourassa, M. G. (2002). Five-Year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and One-Year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*, 105(9), 1049–1053. <https://doi.org/10.1161/hc0902.104707>
57. Levine, G. N., Lange, R. A., Bairey-Merz, C. N., Davidson, R. J., Jamerson, K., Mehta, P. K., Michos, E. D., Norris, K. C., Ray, I. B., Saban, K. L., Shah, T., Stein, R. I., & Smith, S. C. (2017). Meditation and cardiovascular risk reduction. *Journal of the American Heart Association*, 6(10). <https://doi.org/10.1161/jaha.117.002218>
58. 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>
59. Lloyd-Jones, D. M., Hong, Y., Labarthe, D. R., Mozaffarian, D., Appel, L. J., Van Horn, L., Greenlund, K. J., Daniels, S. R., Nichol, G., Tomaselli, G. F., Arnett, D. K., Fonarow, G. C., Ho, P. M., Lauer, M. S., Masoudi, F. A., Robertson, R. M., Roger, V. L., Schwamm, L. H., Sorlie, P. D., . . . Rosamond, W. D. (2010). Defining and setting national goals for

- cardiovascular health promotion and disease reduction. *Circulation*, 121(4), 586–613. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.109.192703>
60. Lown, B., Verrier, R. L., Corbalan, R. (1973). *Psychologic stress and threshold for repetitive ventricular response*. *Science*.
61. Malouff, J. M., Schutte, N. S. (2016). *Can psychological interventions increase optimism? A meta-analysis*. *J. Posit Psychol.*
62. Mangge, H., Becker, K., Fuchs, D., Gostner, J. M. (2014). *Antioxidants, inflammation and cardiovascular disease*. *World J Cardiol*. 6(6):462-77.
63. Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. Pergamon. New York.
64. Mullé, J. G., & Vaccarino, V. (2013). Cardiovascular disease, psychosocial factors, and genetics: the case of depression. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55(6), 557–562. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.03.005>
65. Nikolaev, N. A., Martynov, A. I., Skirdenko, YU.P., Drapkina, O. M., Livzan, M. A., Moiseev, S. V. (2019). *The first Russian consensus on the quantitative assessment of the adherence to treatment*. *Medical News of North Caucasus*. -Vol. 14. - N° 3.
66. Ogińska-Bulik, N. (2004). *Osobowość typu D a występowanie chorób somatycznych*. *Szt Lecz*.
67. Podolec, P., Jankowski, P., Zdrojewski, T. (2017). *Polish Forum for Prevention Guidelines on Cardiovascular Risk Assessment: update 2016*. *Kardiol Pol*. 75:84-86.
68. Rich, M. W., Saini, J., Kleiger, R. E., Carney, R. M., TeVelde, A., Freedland, K. E. (1988). *Correlation of heart rate variability with clinical and angiographic variables and late mortality after coronary angiography*. *Am J Cardiol*. 62:59–66.
69. Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M. (1975). *Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of 8 1/2 years*. *JAMA*. 233:872–877.

70. Rosenman, R., Brand, R., Sholtz, R., Friedman, M. (1976). *Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study*. American Journal of Cardiology. 37:903-910.
71. Rosenman, R., Friedman, M., Straus, R., Jenkins, C., Wurm, M. (1970). *Coronary heart disease in The Western Collaborative Group Study. A follow-up experience of 4.5 years*. J Chron Dis. 23:173-190.
72. Rosenman, R., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Hahn, W., Werthessen, N. (1964). *A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study*. JAMA. 189:15-26.
73. Rozanski, A. (2014). Behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(1), 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.03.047>
74. Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L. D. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637–651. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.12.005>
75. Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Kaplan, J. (1999). *Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy*. Circulation. 99(16):2192-217.
76. Ruffault, A., Czernichow, S., Hagger, M. S., Ferrand, M., Erichot, N., Carette, C., Boujut, É., & Flahault, C. (2017). The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(5), 90–111. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.09.002>
77. Sara, J., Toya, T., Ahmad, A., Clark, M. M., Gilliam, W. P., Lerman, L. O. (2022). *Mental stress and its effects on vascular health*. Mayo Clinic Proceedings. 97(5):951-90.
78. Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.60.5.410>

79. Sloan, R. P., Shapiro, P. A., Bigger, T. Jr, Bagiella, E., Steinman, R. C., Gorman, J. M. (1994). *Cardiac autonomic control and hostility in healthy subjects*. *Am J. Cardiol.* 74:298–300.
80. Solberg, L. A., Strong, J. P. (1983). *Risk factors and atherosclerotic lesions*. *Atherosclerosis*. 3:187-198.
81. Stringhini, S., Zaninotto, P., Kumari, M. (2018). *Socio-economic trajectories and cardiovascular disease mortality in older people: the English Longitudinal Study of Ageing*. *Int J Epidemiol.* 47:36–46
82. Suarez, E. C., Shiller, A. D., Kuhn, C. M., Schanberg, S., Williams, R. B Jr, Zimmermann, E. A. (1997). *The relationship between hostility and beta adrenergic receptor physiology in healthy young males*. *Psychosom Med.* 59:481–487.
83. Tomini, F., Tomini, S., & Groot, W. (2016). Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC Geriatrics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0362-7>
84. Townsend, N., Wilson, L., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K., Rayner, M., & Nichols, M. (2016). Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *European Heart Journal*, 37(42), 3232–3245. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw334>
85. Undas, A., Szczeklik, A., Cybulska, B., et al. (2015). *Miażdżyca i ryzyko sercowo- naczyniowe*. Medycyna Praktyczna, Kraków. (148-155)
86. Vassou, C., Chrysohoou, C., Skoumas, J., Georgousopoulou, E. N., Yannakoulia, M., Pitsavos, C. (2022). *Irrational beliefs, depression and anxiety, in relation to 10-year cardiovascular disease risk: The ATTICA Epidemiological Study*. *Anxiety Stress Coping*.
87. Vassou, C., Panagiotakos, D. B. (2022). *Beliefs, Emotions, Behaviors & Cardiovascular Disease Risk*. *Health & Research Journal*. 8(2):63-67.

88. Višlā, A., Flückiger, C., Holtforth, M., David, D. (2016). *Irrational beliefs and psychological distress: A meta-analysis*. *Psychother psychosom.* 85(1):8-15.
89. Waterman, A. S. (2007). On the importance of distinguishing hedonia and eudaimonia when contemplating the hedonic treadmill. *American Psychologist*, 62(6), 612–613. <https://doi.org/10.1037/0003-066x62.6.612>
90. Watkins, L. L., Grossman, P. (1999). *Association of depressive symptoms with reduced baroreflex cardiac control in coronary artery disease*. *Am Heart J.* 37:453–457.
91. Watkins, L. L., Grossman, P., Krishnan, R., Sherwood, A. (1998). *Anxiety and vagal control of heart risk*. *Psychosom Med.* 60:498–502.
92. Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
93. Younge, J. O., Gotink, R. A., Baena, C. P., Roos-Hesselink, J. W., & Hunink, M. M. (2014). Mind–body practices for patients with cardiac disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(11), 1385–1398. <https://doi.org/10.1177/2047487314549927>
94. Younus, A., Aneni, E., Spatz, E. S., Osondu, C. U., Roberson, L., Ogunmoroti, O., Malik, R., Ali, S. S., Aziz, M., Feldman, T., Virani, S. S., Maziak, W., Agatston, A. S., & Veledar, E. (2016). A systematic review of the prevalence and outcomes of ideal cardiovascular health in US and Non-US populations. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(5), 649–670. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.01.019>

ДОДАТКИ

Додаток А

Опис діагностичних шкал методики діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж.Ротера

Показники опитувальника РСК організовані відповідно до принципу ієрархічної структури системи регулювання діяльності – таким чином, що включають узагальнений показник індивідуального РСК, інваріантний до приватних ситуацій діяльності, два показники середнього рівня спільності та ряд ситуаційних показників.

Експериментальні роботи встановили зв'язок різноманітних форм поведінки та параметрів особистості з екстернальністю-інтернальністю. Конформна і поступлива поведінка найбільше властива людям з екстернальним локусом. Інтернали на відміну екстерналів менш схильні підкорятися тиску інших, чинити опір, коли відчують, що ними маніпулюють; вони реагують сильніше, ніж екстернали, втрати особистої свободи. Люди з інтернальними локусами контролю краще працюють на самоті, ніж під наглядом або під час відеозапису. Для екстерналів характерне протилежне.

Дослідження, що пов'язують інтернальність-екстернальність з міжособистісними відносинами, показали, що інтернали популярніші, більш доброзичливі, впевненіші у собі, виявляють більшу терпимість. Існує зв'язок високої інтернальності з позитивною самооцінкою, з більшою узгодженістю образів реального та ідеального «Я». В інтерналів виявлено активнішу, ніж в екстерналів, позицію щодо свого здоров'я: вони краще інформовані про свій стан, більше дбають про своє здоров'я і частіше звертаються за профілактичною допомогою.

Екстернальність корелює з тривожністю, депресією, психічними захворюваннями. Інтернали віддають перевагу недирективним методам психокорекції; екстернали суб'єктивно задоволені поведінковими методами.

До опитувальника ще входять 7 різних шкал:

- шкала загальної інтернальності (Із): високий показник за цією шкалою свідчить про високий рівень суб'єктивного контролю за будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті були результатом їх власних дій, що вони можуть ними керувати і, отже, беруть на себе відповідальність за своє життя загалом. Низький показник свідчить про низький рівень суб'єктивного контролю. Такі люди не бачать зв'язку між своїми діями та значущими подіями, які вони розглядають як результат випадку чи дії інших людей.
- шкала інтернальності у сфері досягнень (Ід): високий показник вказує на високий рівень суб'єктивного контролю за емоційно-позитивними подіями. Такі люди вважають, що всього найкращого у своєму житті вони досягли самі і що вони здатні успішно йти до наміченої мети в майбутньому. Низький показник свідчить про те, що людина пов'язує свої успіхи, досягнення та радості із зовнішніми обставинами – везінням, щасливою долею чи допомогою інших людей.
- Шкала інтернальності у сфері невдач (Ін): високий показник говорить про розвинене почуття суб'єктивного контролю стосовно негативних подій та ситуацій, що проявляється у схильності звинувачувати самого себе у різноманітних неприємностях та невдачах. Низький показник свідчить про те, що людина схильна приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати їх результатами невдачі.
- шкала інтернальності у сімейних відносинах (Іс): високий показник означає, що людина вважає себе відповідальною за події, що відбуваються в її сімейному житті. Низький Іс вказує на те, що суб'єкт вважає своїх партнерів причиною значних ситуацій, що виникають у його сім'ї.
- шкала інтернальності у сфері виробничих відносин (Ів): високий Ів свідчить, що людина вважає себе, свої дії важливим чинником організації власної виробничої діяльності, зокрема, у своєму просуванні

по службі. Низький Ів вказує на схильність надавати важливіше значення зовнішнім обставинам – керівництву, колегам по роботі, вдачі – невдачі.

- шкала інтернальності у сфері міжособистісних відносин (Ім): високий показник свідчить про те, що людина почувається здатною викликати повагу та симпатію інших людей. Низький вказує на те, що суб'єкт не схильний брати на себе відповідальність за свої стосунки з оточуючими.
- шкала інтернальності щодо здоров'я та хвороби (Із): високий показник свідчить про те, що людина вважає себе багато в чому відповідальною за своє здоров'я і вважає, що одужання залежить переважно від її дій. Люди з низьким показником вважають здоров'я і хворобу результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде в результаті дій інших людей, насамперед лікарів.

Додаток Б

Результати кореляційного аналізу шкали методики RHO і різних аспектів прихильності до лікування

			RHQ	Прихильність до лікування	Прихильність до лікувальної терапії	Прихильність до медичного супроводу	Прихильність до зміни способу життя
Spearman's rho	RHQ	Correlation Coefficient	1,000	-,074	-,105	-,041	-,134
		Sig. (2-tailed)	.	,651	,520	,803	,409
		N	41	40	40	40	40
	Прихильність до лікування	Correlation Coefficient	-,074	1,000	,937**	,791**	,904**
		Sig. (2-tailed)	,651	.	,000	,000	,000
		N	40	40	40	40	40
	Прихильність до лікувальної терапії	Correlation Coefficient	-,105	,937**	1,000	,814**	,818**
		Sig. (2-tailed)	,520	,000	.	,000	,000
		N	40	40	40	40	40
	Прихильність до медичного супроводу	Correlation Coefficient	-,041	,791**	,814**	1,000	,701**
	Sig. (2-tailed)	,803	,000	,000	.	,000	
	N	40	40	40	40	40	
Прихильність до зміни способу життя	Correlation Coefficient	-,134	,904**	,818**	,701**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,409	,000	,000	,000	.	
	N	40	40	40	40	40	

Додаток В

**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				

Додаток Г
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
S p e a r m a n ' s g r h o	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

Додаток Д

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

		Когнітивна сфера	Емоційна сфера	Поведінкова сфера	Ціннісно- мотиваційна сфера
Фізичне функціонування	Correlation	-,014	,312	,252	,196
	Coefficient				
	Sig. (2-tailed)	,934	,053	,121	,233
	N	39	39	39	39
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	Correlation	-,149	,150	-,081	,221
	Coefficient				
	Sig. (2-tailed)	,364	,361	,624	,176
	N	39	39	39	39
Інтенсивність болю	Correlation	-,075	,214	-,024	,141
	Coefficient				
	Sig. (2-tailed)	,650	,190	,883	,392
	N	39	39	39	39
Загальний стан здоров'я	Correlation	-,187	-,218	,007	-,060
	Coefficient				
	Sig. (2-tailed)	,253	,183	,964	,718
	N	39	39	39	39
Життєва активність	Correlation	-,320*	-,150	-,051	-,125
	Coefficient				
	Sig. (2-tailed)	,047	,362	,756	,448
	N	39	39	39	39
Соціальне функціонування	Correlation	,012	,535**	-,196	,294
	Coefficient				
	Sig. (2-tailed)	,940	,000	,231	,069
	N	39	39	39	39
Рольове функціонування,	Correlation	-,020	,101	,093	,154
	Coefficient				

зумовлене емоційним станом	Sig. (2-tailed)	,902	,542	,571	,349
		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

Рахуба А.А. «Психологічний супровід осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань».

Метою даної роботи є теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психологічного стану осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

Перший розділ складається з аналізу та розкриття поняття психологічного супроводу, на основі робіт зарубіжних (К. Роджерс, М. Фрідман, Р. Розенман, У. Ослер, Й. Деноллет) та вітчизняних (О.Ф. Бондаренко, Г. Бардієр, І. Ромазан, Т.А. Черднякова, Ю.В. Слюсарєв, Н.С. Глуханюк, Е.І. Казакова, А.П. Тряпціна, І.С. Якиманська, Б.С. Братусь, М.Р. Бітянова) психологів і дослідників. Було проаналізовано різні варіації трактування та особливості феномену психологічного супроводу.

Другий розділ складається з характеристики досліджуваних та опису опитувальника Джеймса Кінканнона Міні-мульти (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО), в адаптації В. П. Зайцева, Методу портретних виборів Леопольда Сонді в модифікації Л.М. Собчик, опитувальника «Ставлення до здоров'я» (автор Р.А. Березовська), опитувальника пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9), методики діагностики рівня суб'єктивного контролю (РСК) Дж.Ротера (адаптація Бажина Є.Ф., Голинкін С.А., Еткінда А.М.), опитувальник оцінки якості життя (SF-36) та Універсального опитувальника кількісної оцінки прихильності до лікування (КОП-25), за авторством Н.А. Ніколаєва та Ю.П. Скирденко.

Третій розділ присвячено емпіричному вивченню проблеми психологічного супроводу осіб, що потребують вторинної профілактики серцево-судинних захворювань.

Результати дослідження не довели провідної ролі психологічних особливостей пацієнтів як чинників в організації вторинної профілактики ризику серцево-судинних захворювань. Перспективи

подальших досліджень полягають у розширенні вибірки досліджуваних, а також у охопленні не лише психологічних змінних, а й соціодемографічних чинників, життєвих обставин тощо.

Ключові слова: психологічний супровід, серцево-судинні захворювання, депресія, стрес, тривога, прихильність до лікування, прихильність до медичного супроводу, прихильність до зміни способу життя, психологічні інтервенції, психологічні втручання, психологічне благополуччя.

Rakhuba A.A. «Psychological support of persons in need of secondary prevention of cardiovascular diseases».

The purpose of this work is to theoretically substantiate and empirically investigate the peculiarities of the psychological state of people who need secondary prevention of cardiovascular diseases.

The first section consists of the analysis and disclosure of the concept of psychological support, based on the works of foreign (K. Rogers, M. Friedman, R. Rosenman, U. Osler, Y. Denollet) and domestic (O.F. Bondarenko, G. Bardier, I. Romazan, T.A. Cherednyakova, Yu.V. Slyusarev, N.S. Hlukhanyuk, E.I. Kazakova, A.P. Tryapitsina, I.S. Yakymanska, B.S. Bratus, M.R. Bityanova) psychologists and researchers. Different variations of the interpretation and features of the phenomenon of psychological support were analyzed.

The second section consists of the characteristics of the subjects and the description of the questionnaire of James Kincannon Mini-mult (abbreviated multifactor questionnaire for the study of personality - SBOO), in the adaptation of V.P. Zaitsev, Method of portrait selections of Leopold Sondy in the modification of L.M. Sobchik, the "Attitude to Health" questionnaire (author R.A. Berezovska), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), J. Rother's method of diagnosing the level of subjective control (RSK) (adaptation of Bazhin E.F., Golinkin S.A., Etkinda A.M.), the questionnaire for assessing the quality of life (SF-36) and the Universal questionnaire for the quantitative assessment of treatment adherence (KOP-25), by N.A. Nikolayeva and Yu.P. Skirdenko

The third chapter is devoted to the empirical study of the problem of psychological support of persons in need of secondary prevention of cardiovascular diseases.

The results of the study did not prove the leading role of the psychological characteristics of patients as factors in the organization of secondary prevention of the risk of cardiovascular diseases. Prospects for further research are to expand the sample of subjects, as well as to cover not only psychological variables but also sociodemographic factors, life circumstances, etc.

Keywords: psychological support, cardiovascular diseases, depression, stress, anxiety, commitment to treatment, commitment to medical support, commitment to lifestyle changes, psychological interventions, psychological well-being.