

Міністерство внутрішніх справ України  
Львівський державний університет внутрішніх справ  
Інститут управління, психології та безпеки  
Кафедра теоретичної психології

## **ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ**

### **Кваліфікаційна робота**

здобувача вищої освіти

першого рівня

за спеціальністю 053 Психологія

**Марти ПИЛИП**

**Науковий керівник**

доктор психологічних наук, професор

**Зоряна КОВАЛЬЧУК**

### **Рецензент:**

кандидат психологічних наук

**Ольга ЗАВЕРУХА**

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 р., протокол № \_\_\_\_\_

Завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

\_\_\_\_\_ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

## Зміст

Вступ.....	3
Розділ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФЕНОМЕНУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1. Поняття внутрішньої картини здоров'я в науковій літературі: основні теоретичні концепції .....	5
1.2 Психологічні детермінанти внутрішньої картини здоров'я людини .....	21
1.3 Вплив відчуття внутрішньої картини здоров'я під час пандемії на стан загального фізичного здоров'я людини.....	29
Висновки до I розділу.....	34
Розділ II. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС СВІТОВОЇ ПАНДЕМІЇ	
2.1. Організація та методи дослідження.....	36
2.2. Психологічний аналіз результатів дослідження.....	40
Висновки до II розділу.....	46
Висновки.....	48
Список використаної літератури.....	50

## Вступ

**Актуальність дослідження.** У психології одним з головних напрямків є сфера психічного здоров'я. Феномен здоров'я як усвідомлена та провідна цінність особистості упродовж всього життя залишається актуальною, а задача практичного психолога – підтримувати, зберігати, а за потреби відновлювати в різних життєвих ситуаціях та вікових етапах. Акцентом у роботі психолога повинно стати розуміння внутрішньої картини здоров'я як джерела мотивації вчинків, що спрямовані на його відновлення й збереження.

Психологія здоров'я – галузь психологічного знання, присвячена проблемі збереження здоров'я, проведення профілактичних програм та організації превентивних заходів щодо різних захворювань. Психологія здоров'я вивчає біологічні, соціальні, когнітивні, афективні основи здоров'я та хвороби, а також державну політику щодо здоров'я та системи охорони здоров'я [21]. Це широке поле для дослідження поведінкових факторів ризику розвитку хворіб, способу реагування на хворобу, впливу соціальної підтримки та культурного впливу на здоров'я. До компетенції психологів входить розробка превентивних програм, участь у програмах з просування ідеї здоров'я та здорового способу життя, а також формування рекомендацій щодо соціально-психологічного реабілітації хворих [22].

Велика кількість психологічних факторів опосередковує поведінку людини щодо власного здоров'я. Велику роль в усвідомленні внутрішньої картини здоров'я особистості відіграла світова пандемія COVID-19. Віднайти шляхи розвитку та збереження здоров'я особистості, враховуючи різні умови її життя та діяльності, а також розробити відповідні моделі удосконалення нашого здоров'я, шляхи превенції заставляє вчених вивчати глибинні психомеханізми здоров'я та поведінки, яка спрямована на збереження здоров'я. Саме тут в авангарді особистісні психологічні аспекти, що відіграють ключову роль і розкриваються через феномен внутрішньої картини здоров'я (О. Лісова),

ставлення до здоров'я (Р. Березовська), соціальні уявлення про здоров'я (О. Васильєва), індивідуальну концепцію здоров'я (Г. Кукуруза).

**Метою** нашого дослідження є розкрити сутність внутрішньої картини здоров'я в умовах світової пандемії.

**Об'єктом** нашого дослідження є здоров'я особистості в умовах пандемії.

**Предметом** нашого дослідження є внутрішня картина здоров'я як детермінанта особистісного здоров'я в умовах пандемії.

**Завдання** дослідження:

1. Вивчити та проаналізувати літературу з даної тематики.
2. Розкрити особливості внутрішньої картини здоров'я під час пандемії.
3. Провести емпіричне дослідження феномену внутрішньої картини здоров'я та провести психологічний аналіз результатів.
4. Розробити програму оптимізації та покращення внутрішньої картини здоров'я під час пандемії.

**Теоретичне значення роботи** полягає у розширенні знань про внутрішню картину здоров'я, зокрема в часі пандемії, виокремлені моделі феномену внутрішньої картини здоров'я та її вікових особливостей.

**Практичне значення роботи** полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані як у приватній практиці психолога при відповідних зверненнях, так і під час підготовки психологів, викладаючи дисципліни «Вікова психологія», «Психологія особистості», «Практикум з психокорекції».

**Структура нашої роботи** складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів та загальних висновків, а також списку використаних джерел.

## **Розділ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФЕНОМЕНУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я**

### **1.1. Поняття внутрішньої картини здоров'я в науковій літературі: основні теоретичні концепції**

Значимість вивчення проблеми здоров'я вимагає більш глибокого, концептуального, психологічного вивчення. Класичне визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я: «Здоров'я є станом повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутністю хворіб та фізичних дефектів» [43]. Ця дефініція недостатньо функціональна для використання у психологічних дослідженнях, тому що в цьому разі довелося б визнати, що здоров'я людини є, по суті, сукупністю всіх недосяжних у реальності досконалостей, подібно до визначення Бога в деяких релігійних системах.

Слід зазначити, що галузь психологічного знання, пов'язана з вивченням психосоматичних явищ, у тому числі феномена здоров'я, розвивається інакше, ніж інші галузі психології [12]. Історично першими досліджуються патологічні феномени, різного роду психосоматичні симптоми. У той час як в інших галузях психології спочатку створюється модель нормального розвитку, і лише потім патологічного. Таким чином, на даний момент у психосоматиці та психології тілесності переважають знання про дисгармонійні, спотворені варіанти розвитку психосоматичного феномену, а сфера науки, присвячена явищам нормального розвитку, носить фрагментарний характер.

Це пов'язано зі специфікою рефлексії тілесних феноменів у нормі, на основі яких можуть будуватися психологічні моделі тілесності, образи тіла, феномен здоров'я суб'єкта. У повсякденному житті здорова людина часто не фіксує свою увагу на власній тілесності. Тіло нагадує про себе в кризових ситуаціях, наприклад, при хворобі, стресі, надмірного фізичного навантаження. Різного роду тілесні практики зустрічаються в галузі мистецтва, наприклад,

танцю, у сфері релігійних переживань, спорту. Сексуальність людини також є одним із джерел рефлексії тілесного досвіду.

Зростання запитів практики також підкреслює необхідність досліджень психосоматичних феноменів у нормі. Актуальність цієї проблеми зумовлюється зростанням числа психосоматичних захворювань, неврозів, зокрема, в контексті останніх подій світової пандемії ковід-19, а також з розширенням альтернативної медицини. Криза сучасної лікувальної практики, нездатна пояснити широкий спектр патології органічними порушеннями органів та систем, що провокує інтерес серед популяції до використання альтернативних способів лікування [20; 23; 24].

Досвід фахівців у галузі психосоматики та психології тілесності вказує на те, що маніпуляції з тілом можуть розглядатися суб'єктом як засіб впливу на його психіку. Наприклад, зміна психологічного самовідчуття індивіда в результаті переживання тілесного болю, трансформоване ставлення до тіла внаслідок різного роду психологічного неблагополуччя [17].

Подібний ракурс розгляду тілесного та психічного можливий не лише за грубих порушень, таких як при транссексуалізмі, при нервовій анорексії, булімії тощо, але і при розгляді доклінічних, тобто не пов'язаних з психіатрією, форм розладів.

Ця проблема особливо актуальна у вік таких сучасних технологій, як корекція зовнішності тіла за допомогою фітнес-індустрії, косметологи та пластичної хірургії. Споживачі цих галузей сфери послуг прагнуть перетворити та виправити зовнішність цілком або окремі його частини, що не задовольняють та не відповідають ідеалам і соціокультурним стереотипам, наприклад, вдаються до корекції обсягів губ, грудей, формування гіпертрофії м'язової маси і т.д.

Можна припустити, що ця проблема тісно пов'язана з впливом соціокультурних стереотипів на самооцінку індивіда [16] шляхом створення

таких ідеалів та норм красивого та здорового тіла, недосяжних за допомогою природних методів, а вимагають втручання спеціалістів.

Також актуальність вивчення впливу соціокультурних стереотипів на психосоматичну єдність, якою є людське тіло, пов'язане із зростаючою популярністю парамедицини. Прихильники парамедицини, які пропагують засоби масової інформації, намагаються впливати на своє «внутрішнє тіло», наприклад, проводячи різні процедури, що очищають; припускають, що подібні ритуали служать гармонізації психічного стану, є засобом боротьби із тривогою.

В обох випадках, як щодо зовнішнього, так і внутрішнього тіла, яскраво виражений елемент аутодеструктивної поведінки суб'єкта щодо власного тіла.

Концепція здоров'я задає модус поведінки людини щодо власного тіла та здоров'я. Що й визначає значимість вивчення суб'єктивних уявлень про здоров'я індивіда та виявлення ступеня впливу соціокультурних норм, цінностей та ідеалів. Ступінь усвідомленості в ставленні до свого здоров'я безпосередньо залежить від соціокультурного контексту [18].

Розрізняються критерії та норми здоров'я у зміні історичних епох. Прикладом може бути антична епоха, коли вимога гармонійного розвитку людини поширювалася і на досконалість її тілесної подоби. Сучасне суспільство також накладає свій відбиток на ставлення до здоров'я та прийнятних способів його підтримки, а також детермінує норми краси та здоров'я.

Практична значимість вивчення суб'єктивних поглядів на здоров'я пов'язані з розумінням того, що збереження та перебільшення здоров'я індивіда та нації в цілому не може бути забезпечено лише за допомогою медицини, без розвинених соціальних та індивідуальних уявлень про адекватну поведінку, пов'язану зі здоров'ям. Постійне погіршення екологічних умов, зростання

психологічного навантаження та стресів у сучасному суспільстві зобов'язує до глибшого вивчення психологічного аспекту феномену здоров'я.

Проблема, що стоїть перед дослідниками, полягає у необхідності розробки адекватного теоретичного апарату для цілісного вивчення феномену здоров'я. В даний момент домінують наукові знання, присвячені проблемі дисгармонічного розвитку, ненормативного розвитку людини, а феномен здоров'я випущений з фокусу уваги. В іншому випадку існує досить велика кількість теоретичних моделей, що ґрунтуються на аналізі та домінування лише одного елемента психологічного змісту здоров'я, наприклад, самоефективності, самооцінки тощо.

Важливим завданням є обґрунтування пріоритету особистісних процесів у проблемі здоров'я. Це тягне за собою необхідність дослідження не стільки досягнення соціального та фізичного благополуччя, скільки рефлексії мотиваційно-особистісних процесів та сфери переживання суб'єктом себе як здорової особистості [11].

**Концепція самоефективності.** Відповідно до А.Бандури [21] у рамках теорії соціального навчання концепція самоефективності відіграє визначальну роль поведінці індивіда, оскільки детермінує як початок діяльності, так і її протікання. Під самоефективністю слід розуміти переконаність в ефективності своїх дій, у яких очікується успіх. Відповідно до цієї теорії люди уникають тих видів активності, де вони оцінюють свої ресурси як недостатні для досягнення поставленої мети. І, навпаки, з більшою ймовірністю включаються до діяльності, на їх переконання, потенційно успішної та відповідної їх здібностям та можливостям. Самоефективність детермінує кількість витрачених зусиль для досягнення бажаної мети, а також наполегливість при зустрічі з труднощами та перешкодами. Самоефективність є специфічною для різних видів діяльності, але сприйняття власної ефективності може розширюватися на інші, незнайомі галузі життєдіяльності.



Основною мішенню психотерапевтичних інтервенцій є підвищення впевненості індивіда у самоєфективності у сфері турботи про своє здоров'я. Це найбільш актуально для ряду хронічних захворювань, наприклад, цукрового діабету, при якому грамотний контроль свого стану дозволяє пацієнтам жити повноцінним життям.

У рамках розгляду проблеми залежностей самоєфективність розглядається як предикатор віддалених реакцій на лікування широкого спектра захворювань, включаючи куріння та алкоголізм [22].

Дослідження показують, що люди з ожирінням досягають кращих результатів, якщо мають високі показники самоєфективності, а також менш схильні повертатися до тієї, що мала місце в минулому, нездорової дієти [26].

До обмежень моделі можна віднести переважну орієнтацію на опис лише окремого елемента поведінки людини щодо власного здоров'я, без урахування емоційно-особистісних аспектів діяльності. Високий розкид способів операціоналізації поняття самоєфективності ускладнює зіставлення даних, отриманих під час дослідження цієї проблеми різними авторами. Ще одним обмеженням цієї концепції є переважна верифікація за умов лабораторного експерименту. Що ускладнює перенесення отриманих результатів у сферу практичного застосування.

**Локус контролю та здоров'я.** Поняття локусу контролю – одна з популярних концепцій, які використовуються для пояснення поведінки людей щодо здоров'я. Цей термін означає уявлення індивіда щодо детермінант його поведінки [40]. Ґрунтуючись на попередньому досвіді, людина припускає, що результат конкретної ситуації залежить або від зовнішніх факторів (долі, випадку), або від внутрішніх, наприклад, його характеристик характеру чи поведінки. Бандура, що розмежовує поняття локусу контролю та самоєфективності, стверджує, що локус контролю є загальним уявленням про образ Я, тоді як поняття самоєфективності стосується лише конкретної ситуації

та переконаності людини у власній ефективності даних умов. Таким чином, локус контролю визначає поведінку людини в новій, несподіваній їй ситуації.

Щодо проблеми вивчення психології здоров'я було запропоновано термін «локус контролю здоров'я» [42] та розроблена спеціальна процедура для оцінки ступеня переконаності індивіда, які фактори відповідальні за його здоров'я – зовнішні чи внутрішні.

Локус контролю здоров'я дозволяє передбачити поведінку суб'єкта щодо власного здоров'я, наприклад, інтернальний локус контролю позитивно корелює з регулярністю фізичних навантажень [37], здоровим харчуванням [41] та превентивними заходами щодо СНІДу. У разі актуалізації уявлень, характерних для внутрішнього локусу контролю, наприклад, віри в удачу, долю, прийнято пов'язувати з низьким залученням до профілактичних заходів та депресивним станом перед лицем хронічного захворювання.

У рамках цієї концепції не враховується багатогранність організації та регулювання поведінки людини з переважною опорою на раціональність суб'єкта. Ігнорування мотиваційних та емоційних процесів призводить до того, що помилки при оцінці ризику подій для здоров'я пояснюються недосконалістю процесу переробки інформації.

**Теорія причинної дії та теорія запланованої поведінки.** Теорія причинної дії [19] була розроблена з метою вивчення детермінант поведінки психологічних процесів, саме атитюдів індивіда. Суб'єкт розглядається як раціональний у своїх судженнях та використовує всю доступну інформацію в ході прийняття рішення щодо своєї поведінки. Передбачається, що індивід передбачає наслідки своїх дій до того, як входить у яку-небудь активність. Установка в рамках цієї концепції є визначальним фактором у передбаченні поведінки людини – чим сильніша інтенція щодо будь-якої поведінки, тим, як передбачається, успішнішим буде результат цієї діяльності.

Айзен та Фішбейн [19] запропонували розділити інтенції поведінки на дві групи:

1. Атитюд – це позитивна чи негативна установка щодо успішності виконання певної поведінки.

2. Суб'єктивні норми – це соціальний тиск, уявлення про те, схвалюють чи ні значимі близькі поведінку людини.

Розуміння деяких обмежень теорії причинної дії [27] призвели до її модифікації як теорії запланованої поведінки [19]. Головне обмеження теорії причинної дії викликано переживанням низького рівня контролю щодо власної поведінки та установок. Контроль включає як внутрішні (наприклад, здібності, можливості, емоційні стани і т.д.), і зовнішні чинники (наприклад, обставини). У зв'язку з чим був доданий ще один пояснювальний елемент – поведінковий контроль, що описує ступінь переконаності індивіда в тому, наскільки легко може бути здійснена поведінка.

Ці концепції використовуються для передбачення та розуміння інтенції, поведінки та її ефективності щодо здоров'я, включаючи схуднення, алкоголізм, куріння, фізичну активність тощо.

Основним обмеженням цих двох теорій є положення про виняткову раціональність індивіда, а також про вольовий контроль над власною поведінкою. Інтерференція інших факторів, крім інтенції, ускладнює попередження поведінки порівняно з досить високою ймовірністю передбачення самої інтенції.

**Модель переконань про здоров'я.** З метою дослідження психологічних підстав ігнорування превентивних заходів, наприклад, профілактичних оглядів, Розенстоком та співавторами [38] була розроблена модель переконань про здоров'я, яка на даний момент є найбільш поширеною у сфері психології здоров'я [25].

Модель переконань про здоров'я акцентована на двох аспектах індивідуальних уявлень про здоров'я та здоров'язберігаючої поведінки – сприйнятті загрози та оцінки поведінки. Сприйняття погрози включає два основні переконання: 1) уявлення про сприйнятливність до хвороби; 2) очікувана тяжкість хвороби. Оцінка поведінки також містить два різні блоки переконань – уявлення про ефективність рекомендованих заходів для боротьби з хворобою та оцінка необхідних зусиль реалізації цієї поведінки. Для реалізації здоров'язберігаючої поведінки необхідні запускаючі механізми, якими можуть виступати як внутрішні умови, наприклад внутрішні симптоми, і зовнішні – навчальні програми щодо здоров'я та впливу оточення, летальний результат у подібній ситуації хвороби.

Пізніше модель була доповнена за допомогою поняття загальної мотивації здоров'я або стурбованості щодо здоров'я [27]. Таким чином, у моделі уявлень про здоров'я не уточнюється структурний зв'язок усіх шести компонентів (тяжкість захворювання, передбачувана успішність лікування, мотивація здоров'я, бар'єри на шляху до успішного одужання, ефективність лікування та тригерні механізми), а розглядається сукупність факторів, на основі якої можна передбачити поведінку індивіда щодо його здоров'я.

Модель переконань про здоров'я застосовувалася для прогнозування різноманітної поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, та широкого кола досліджуваних [24]. Найбільш часто виділяють такі галузі дослідницького інтересу.

1. Поведінка, спрямоване на попередження захворювань: а) формування навичок здорового способу життя, наприклад, дотримання збалансованої дієти та графіка регулярних тренувань; б) боротьба з ризикованою поведінкою, наприклад тютюнопалінням, або пропаганда вакцинації та контрацепції.

2. Формування адекватних установок та звичок в умовах захворювання, наприклад, дотримання медичного режиму.

3. Широке застосування в клінічній практиці, наприклад, профілактичні медичні огляди з метою первинної діагностики.

Недостатня пояснювальна здатність моделі переконань про здоров'я призвела до зростання доповнень теоретичної моделі. Наприклад, Кінг [25] у рамках свого дослідження гіпертонії доповнила модель переконань про здоров'я елементами атрибутивної теорії, звернувши увагу на те, як суб'єкти пояснюють причину підвищеного кров'яного тиску.

**Модель саморегуляції Левенталя.** Відповідно до теорії здорового глузду передбачається, що суб'єкт здійснює самостійну діяльність з формування ментальних уявлень про свою хворобу, ґрунтуючись на різноманітній інформації, отриманої з власного досвіду чи зі значних джерел, з метою осмислення хвороби та вироблення стратегій додання. Інтерпретація цієї інформації – перший крок по дорозі пошуку допомоги з боку індивіда, вибору адекватного копинг-поведінки.

Уявлення про хворобу формуються на основі трьох джерел інформації [30; 31]. Перший з них є всією сукупністю інформації вже асимільованою в ході соціальної взаємодії та культурних уявлень про хворобу.

Друге джерело – це значні близькі та авторитетні постаті, наприклад, представники медицини. Останній ресурс для отримання інформації – це індивідуальні уявлення про хвороби, засновані на особистому досвіді перенесених захворювань, що включають позитивний досвід подолання хвороби. Мають значення такі чинники, як особистісні властивості людини та соціокультурні особливості [30].

Асимільована інформація з усіх трьох джерел опосередковує осмислення хвороби та формування репрезентацій стану індивіда. Згідно з Левенталем, цей процес носить симетричний характер, коли узгоджується інформація практичного та абстрактного рівнів. Наприклад, переживання соматичного

симптому може призводити до пошуку в індивідуальному досвіді інформації, пов'язаному з можливим захворюванням.

Зміст уявлень про хворобу можна подати у вигляді наступних аспектів.

1. Ідентичність – категоризація незвичних відчуттів чи симптомів відповідно до уявлень про хворобу. Суб'єкт, виявивши суб'єктивно незнайомі відчуття у тілі, намагається назвати цей стан, приписавши його симптоми хвороби.

2. Причина – індивідуальні уявлення індивіда щодо причин чи умов, що викликають ту чи іншу хворобу. Були виділені такі підтипи: а) біологічні, коли причини хвороби приписуються порушенням у функціонуванні імунної системи, поломкам на генетичному рівні чи дії вірусів [28]; б) емоційні причини, якими можна виділити негативний вплив стресу та депресії [35]; в) забруднення довкілля відходами виробництва [28]; г) психологічні причини у вигляді перевтоми, домінуючих установок та інших особливостей особистості [35].

3. Тяжкість наслідків хвороби – суб'єктивні уявлення про можливі наслідки в наслідок перенесеної хвороби та впливу на фізичне самопочуття та соціальний статус в майбутньому.

4. Тимчасові обмеження – уявлення індивіда про терміни та тип перебігу хворобливого стану – хронічному, гострому або рецидивному. Це переконання коригується з часом і переоцінюється у процесі переживання хворобливого стану.

5. Контроль та методи лікування – уявлення суб'єкта про можливість лікування хвороби та ступеня доступного контролю над перебігом та результатом хвороби. Цей пункт тісно перетинається з розглянутими вище поняттями про самоефективність та локус контролю.

Левенталь та співавтори припускали, що для людей у більшості випадків характерно одночасне формування когнітивних та емоційних уявлень про

хворобу. У зв'язку з чим уявлення про хворобу включають як когнітивні аспекти, розглянуті раніше, а й емоційні уявлення, що надають значний вплив на емоційний стан загалом [36].

В рамках моделі здорового глузду досліджувалися зв'язки між описаними аспектами хвороби та поведінкою людини з метою адаптації до хвороби як копінг-стратегій. Передбачається, що уявлення про хворобу виступають як фільтр та основи для інтерпретації доступних джерел інформації про хворобу та визначають реакцію на суб'єктивне сприйняття небезпеки хвороби. У низці досліджень [35; 29] було встановлено, що переживання суб'єктом своєї хвороби як процесу контрольованого пов'язане з активними проблемно-орієнтованими стратегіями подолання. І, навпаки, почуття відсутності контролю, уявлення про хронічний перебіг хвороби з великою кількістю симптомів переважно корелює з уникненням та запереченням проблемної ситуації.

***Внутрішня картина хвороби.*** Під внутрішньою картиною хвороби прийнято розуміти сукупність суб'єктивних уявлень людини про своє захворювання, що включає кілька рівнів психічного відображення.

Вперше у вітчизняній науці термін було введено А. Лурією (1944), який розвивав ідеї А. Гольдштейна (1926) про «аутопластичну картину захворювання», тобто суб'єктивну складову загальної картини соматичного захворювання. У ситуації хвороби, крім об'єктивних проявів хворіб, наприклад, дискомфорту, болю, обмеження повсякденної активності, у психічній сфері формується уявлення про хворобу, що супроводжуються емоційними змінами.

Вивчення суб'єктивної сторони захворювання представлено у роботах багатьох авторів, у межах яких було запропоновано безліч термінів – «ставлення до хвороби» [16], «соматозогнозія» [14] та багато інших. Проте метааналіз перерахованих вище концепцій дозволяє встановити, що кожне поняття описує і пояснює лише один аспект такого складного явища, як

суб'єктивна реакція на хворобу [12]. З метою повнішого відображення цього феномену було запропоновано поняття «внутрішня картина хвороби» (ВКЛ).

Внутрішня картина хвороби є результатом активності суб'єкта у ситуації хвороби та має специфічні особливості, обумовлені як змістом хвороби, так і особистісними рисами індивіда. Незважаючи на те, що внутрішня картина хвороби є засобом адаптації людини до ситуації існування, часом може обтяжувати протягом хвороби і перешкоджати проведеному лікуванню.

Існує безліч варіантів під час розгляду структури внутрішньої картини хвороби. В.В.Ніколаєвою [14] запропоновано концепцію внутрішньої картини хвороби, в якій виділяються такі рівні.

1. Рівень безпосередньо-чуттєвого відображення хвороби – сукупність всіх тілесних феноменів і симптомів, пов'язаних з хворобою, що переживається.

2. Емоційний рівень відбиває специфіку реагування суб'єкта на його захворювання, обмеження та умови розвитку, а також афективне передбачення можливих наслідків.

3. Інтелектуальний рівень – це об'єктивні знання та уявлення людини про своє захворювання, його перебіг, причини та наслідки.

4. Мотиваційний рівень ВКХ є реорганізацією мотиваційно-потребнісної сфери індивіда в нових умовах його функціонування, що тягне за собою зміну способу життя та актуалізацію здоров'язберігаючої поведінки.

Виділення рівнів передбачає розмежування та класифікацію феноменів, характерних для формування внутрішньої картини хвороби. Важливо враховувати, що ВКХ є цілісною структурою, у якій всі елементи пов'язані і впливають один на одного.

Інший шлях формування чуттєвих тканин можливий завдяки вже існуючому значенню. Подібне легко ілюструвати на прикладі захворювань, які тривалий час протікають безсимптомно та виявлених випадково. В результаті



отриманої інформації про наявне захворювання пацієнт починає відчувати фізичний дискомфорт, локалізований відповідно до об'єктивних даних.

Вторинне визначення – це процес побудови концепції хвороби, коли тілесні відчуття перестають існувати власними силами, а є «доказом» хвороби. Цей процес більшою мірою обумовлений соціокультурним контекстом, у якому людина формує уявлення про власний стан; це уявлення може набувати парамедичний або навіть містичний характер (псування, пристрій тощо).

Особистісний сенс хвороби відображає мотиви, що породжуються життєвими відносинами людини [11]. Ситуація хвороби в переважній кількості випадків сприймається суб'єктом в якості перешкоди, обмеження функціонування та розвитку, а деколи і загрози життю.

Таким чином, особистісний сенс хвороби може відрізнитися, будучи опосередкованим різним соціокультурним контекстом; його регулююча та сенсоутворююча функції вимагають пильної уваги з метою корекції неадаптивних форм поведінки.

Врахування особливостей внутрішньої картини хвороби в клінічній практиці дозволяє реалізувати холістичний підхід до вивчення людини і є актуальним у ситуації кризи сучасної медицини, що виявляється у збільшенні популярності парамедицини та альтернативних способів лікування.

**Внутрішня картина здоров'я.** Внутрішню картину здоров'я неправильно розглядати лише як щось протилежне внутрішній картині хвороби. Внутрішня картина здоров'я – це самостійний продукт пізнавальної та особистісної активності суб'єкта, яку можна визначити як сукупність суб'єктивних уявлень про нормальний і патологічний стан, як переживання людиною статусу та динаміки свого здоров'я, усвідомлення своїх душевних та фізичних можливостей та ресурсів. Навпаки, розгляд внутрішньої картини хвороби слід проводити в рамках модифікації внутрішньої картини здоров'я, але в умовах хвороби [9]. У цьому контексті важливо вивчення суб'єктивних уявлень людини

про своє здоров'я, засвоєних нею норм і цінностей, критеріїв самооцінки фізичного та психічного благополуччя. Для перерахованих вище завдань найбільш підходящою є концепція внутрішньої картини здоров'я, оскільки дозволяє враховувати взаємозв'язок афективних процесів, когнітивних уявлень та мотиваційних особливостей суб'єкта, що опосередковує поведінку людини щодо власного здоров'я.

Здоров'я, що є цінністю і на загальнодержавному рівні, і на рівні індивіда, об'єктивується тілесністю людини. «Однією з базових складових аксіології здоров'я виступає аксіологія людської тілесності, оскільки саме тіло людини, її стан і ступінь розвитку, характер її функціонування та динаміка змін, її сполученість або ж розбалансованість із соціальним буттям суб'єкта є важливим індикатором здоров'я» [7].

Тілесність індивіда, у свою чергу, формується та трансформується аналогічно іншим вищим психічним функціям – прижиттєво, у ході соціальної взаємодії, в першу чергу з близьким дорослим. Дитина поступово шляхом інтеріоризації засвоює соціально прийнятні методи контролю та регуляції власних тілесних проявів.

Далі дитина входить у ширший соціальний контекст, де соціумом задаються уявлення про ідеали зовнішності, зразки здоров'я. Сучасні технології пропонують різні форми контролю за своїм самопочуттям, біотехнології визначають індивідуальне самопочуття індивіда [6]. Тому необхідною умовою адекватного розгляду феномена внутрішньої картини здоров'я є вивчення впливу соціокультурних норм та стереотипів на суб'єктивні уявлення людини про власне здоров'я.

Основною функцією внутрішньої картини здоров'я є регуляція діяльності індивіда щодо його поведінки, спрямованої на підтримку здоров'я та протистояння хвороби.

Слід зазначити, що для здійснення регулюючої функції внутрішня картина здоров'я, подібно до внутрішньої картини хвороби, повинна носити несуперечливий характер. Однак цьому перешкоджають досить агресивні потоки однаково релевантної інформації, які звалюються на індивіда із боку засобів масової інформації.

Свідомість індивіда є різномірною структурою, яка поєднує в собі пласти, мають різну знакову опосередкованість. Подібна гетерогенна структура дозволяє носію свідомості ефективно адаптуватися до існуючої реальності та будувати несуперечливу картину світу. Одним з таких пластів є звичайна свідомість, яка містить спотворення, логічні протиріччя та непослідовності, але забезпечує ефективну адаптацію людини до реальності [11].

Щодо уявлень про здоров'я існує безліч стереотипів та міфів, що яскраво проявляються у зростанні популярності нетрадиційної та альтернативної медицини. Представники цих напрямів пропагують не лише марні, а й часом небезпечні способи лікування та оздоровлення.

Виділяють такі міфи, що відображають індивідуальні уявлення та соціокультурні стереотипи про здоров'я та хвороби [9]:

1) органічні міфи, в яких переважає порівняння тіла людини з механізмом, причини хвороби сприймаються як поломка, збій нормального способу функціонування. Таке уявлення про тіло як про машину, механізм тягне за собою подальше розщеплення у свідомості індивіда тілесного та психічного, що служить джерелом розвитку конверсійних та дисоціативних розладів;

2) психологічні міфи переважно пов'язані з життєвим розумінням стресу та його руйнівної дії на організм. В рамках цього міфу зі сторінок журналів, присвячених здоров'ю, звучать заклики уникати негативних емоцій. Слід зазначити, що цілковите уникнення стресових ситуацій, до яких в академічній психології відносять не лише негативні, а й сильні позитивні переживання,

неможливо. Тому ця порада ставить людину перед нерозв'язним завданням, що може знижувати і так нестійку самооцінку користувача подібних видань;

3) у рамках сакральних міфів причини хвороби бачаться в таких поняттях, як карма, псування, пристрій, порушення біологічного поля і т.д. У даному випадку лікуванню підлягає не саме тіло, організм, а його фантом, що знову ж таки веде до розщепленню фізичних та психічних явищ у свідомості індивіда.

Внутрішня картина здоров'я задає модус поведінки людини щодо власного тіла та здоров'я та перспектив його розвитку. Сучасне суспільство жорстко диктує стандарти та норми особистісного ставлення до здоров'я та прийнятні способи його підтримки, а також ідеали краси та успішності.

Внаслідок невідповідності індивідуальному різноманіттю конституційної та психологічної організації суб'єкта сучасні соціальні ціннісні стандарти та стереотипи, що активно нав'язуються ЗМІ, найчастіше детермінують ригідну, стресогенну, дисгармонізуючу поведінку індивіда [12]. Цей феномен служить прикладом «зворотного боку соціалізації», внаслідок якої натуральні психічні функції не тільки набувають властивості вищих психічних функцій, але також зазнають патологічні зміни у ході свого розвитку [13]. Подібні види тілесної патології супроводжуються переживаннями дисгармонійності власної особистості, невідповідності загальноприйнятим стандартам, формуванням залежності від пропонованих індустрією здорового способу життя (і глянсовими журналами) засобів задоволення потребнісних станів.

Яскравим прикладом такого сучасного культурного стереотипу є «соціальна іпохондрична практика» – включає всілякі профілактичні та оздоровчі процедури та спрямована на збереження здоров'я організована діяльність, яка може ініціюватися і за відсутності проблем зі здоров'ям [14].

Експансивне просування соціокультурних стереотипів, пов'язаних зі здоров'ям, за допомогою сучасних телекомунікаційних технологій значно

впливає на побудову картини світу загалом і суб'єктивні уявлення та переживання людини про своє здоров'я.

## **1.2 Психологічні детермінанти внутрішньої картини здоров'я людини**

Внутрішня картина здоров'я є сукупністю деяких інтелектуальних уявлень щодо здоров'я особистості, деякий комплекс переживань емоцій та відчуттів, сюди ж належать її реакції поведінкові відносно здоров'я. Внутрішня картина здоров'я має основні три складові:

1. Когнітивна складова. З раціонального боку внутрішня картина здоров'я є сукупністю думок суб'єкта щодо змісту, думок щодо причин, способів збереження, розвитку та зміцнення здоров'я. Когнітивна складова має розуміння самої себе, свого тіла, зовнішнього вигляду, фізичного стану, стан самоповаги. Р. Бернс у своїй концепції розкриває когнітивну складову як розуміння людиною своїх можливостей психологічних та фізичних.
2. Емоційна складова. Це компонент відчуттів з переживаннями, у яких існують радість, спокій, воля, умиротворення, симпатія, легкість тощо. Р. Бернс вказує, що тут присутній також і оцінно-емоційний компонент такий як самооцінка, що свідчить про зіставлення себе та інших осіб.
3. Поведінкова складова. Сукупність зусиль та прагнень, що направлені на досягнення мети та досягнень. Ця складова є визначальною в адаптації особистості до навколишнього середовища.

Внутрішня картина здоров'я є не тільки розумінням власних можливостей, проте й вмінням скористатись реальними невикористаними ресурсами. Без розуміння внутрішньої картини здоров'я немає жодної можливості усвідомити внутрішню картину хвороби. У хворих осіб частина внутрішньої картини здоров'я трансформується у внутрішню картину хвороби, яка стає

домінантною, буде створювати яскраві образи, а внутрішня картина стане глибшою та чіткішою.

На противагу ВКЗ внутрішню картину хвороби вчені розглядають як такий собі набір не тільки емоційних відхилень, проте й певних процесів вольового й інтелектуального порядку, які пов'язані зі свідомістю, ставленням та переживаннями щодо хвороби. Первинним та основним складовим елементом такої структури є емоційна реакція хворої особистості на сам факт хвороби. Одразу виникає провина, страх, депресія, тривога. Думки такої людини диктуються не логікою, а емоціями значимості фактів. Питання щодо хвороби відображаються в емоціях пропорційно таке ж місце, витісняючи всі інші проблеми, такі як соціальні зв'язки, родина, робота тощо. Деколи якісь висновки чи положення набувають усвідомлення високо цінних ідей, що згодом тяжко піддаються психокорекції. Так, до прикладу, люди зі слабкою вольовою сферою можуть легко впасти в пасивність та депресію. Люди з сильною волею приймають та впроваджують у своє життя рішення, які спрямовані як на раціональне пристосування до нового способу життя, так і на боротьбу з депресією, а також на розвиток надцінних та маячних ідей [17].

Внутрішня картина хвороби також стає складовою внутрішньої картини здоров'я. Людина, знаючи, що хвора, приймає свій новий стан та проектує свої уявлення про хворобу та реальні обмеження, переформатовує картину хвороби у новостворену картину здоров'я. Саме стратегією поведінки самозбереження є здатність побачити хворобу через призму здоров'я.

Є достатньо наукових досліджень щодо співвідношення ВКЗ та ВКХ. Деякі дослідники вказують, що внутрішня картина здоров'я співіснує з внутрішньою картиною хвороби як паралельна модель, протилежна за вектором, ніби еталон здорового органу чи здорової людини, тобто внутрішня картина здоров'я включена у внутрішню картину хвороби. Надчутливість до тілесного образу Я в людей з набутими травмами, призводить до афектів,

схильності до депресій, фобій, іпохондрій, фрустрованості, емоційної ізоляції, агресивності. Уявлення, переживання та відчуття особи щодо свого стану спотворює власний образ Я. Такі викривлення проявляються різним чином, зокрема, слабшає рефлексія, неадекватною стає самооцінка, знижується самоконтроль поведінки, зростає імпульсивність, знижується пізнавальна активність. Усі ці чинники негативно відбиваються на внутрішній картині здоров'я. Такі особи не цікавляться питаннями здоров'я, фізичного розвитку, але вони стають чутливими до власного тіла та зовнішності тощо.

Досліджуючи внутрішню картину здоров'я вчені О. Кирилова та Г. Кукура виокремлюють три її види, що демонструють можливі ставлення людей з вадами здоров'я та характеризують такими параметрами, що співвідносяться з деякими динамічними шкалами внутрішньої картини здоров'я, зокрема [10]:

- розуміння власного здоров'я в діаді «здоров'я-хвороба»;
- розуміння джерела відповідальності за стан свого здоров'я;
- власна позиція відносно здоров'я.

Власна думка та установки відносно здоров'я визначаються деякими особливостями набуття людиною уявлень та знань щодо нього й може бути зорієнтоване індивідуально чи соціально. Орієнтоване індивідуально показує сформованість власного погляду відносно свого здоров'я, коли особа визначає зміст здоров'я через власне здоров'я. Орієнтація соціальна характерна застосуванням соціокультурних стереотипів і шаблонів у моменті опису власного здоров'я. Якщо особа має якусь свою позицію відносно здоров'я, то у неї виробляється інтернальний локус контролю свого здоров'я чи то схильність особи приписувати відповідальність собі за свій стан здоров'я. Отож, внутрішня картина здоров'я може сформуватись на підставі внутрішніх особистих чинників, або ж стан внутрішньої картини здоров'я більше залежить від зовнішніх чинників. Якщо у людини соціально орієнтована позиція

відносно здоров'я, то локус контролю його визначений не може бути. Проте можна визначити особистісні переконання відносно залежності здоров'я як такого собі загального поняття, що залежить від зусиль людини чи будь-яких зовнішніх чинників середовища. Підтримка та збереження свого здоров'я у стратегії людини розділяється на два вектори: стратегію пасивну та стратегію активних дій [11].

Розуміння людини власного здоров'я в діаді «здоров'я-хвороба» представляються різними можливими включеностями в семантику феномену «здоров'я»: хвороби немає в семантичному просторі; образ здоров'я замінюється чи витісняється образом хвороби, іде подальша ідентифікація з хворобою; уявлення суб'єкта про здоров'я включають і хворобу, і здоров'я.

О. Кирилова та Г. Кукуруза пишуть, що таке сполучення параметрів, що вище описані, окреслюють в цілому вид внутрішньої картини здоро'я. Перший тип характерний орієнтованою індивідуально власною позицією, позитивно-пасивною стратегією відносно підтримки та збереження свого здоров'я, співставленням свого здоров'я з хворобою, сконцентрованістю власної свідомості на хворобі та переконанням в залежності свого здоров'я від деякого впливу чинників ззовні. Такий тип внутрішньої картини здоров'я може представити як інтравертований, бо образ здоров'я замінюється образом хвороби [10].

Другий тип представлений індивідуально-орієнтованою позицією особистості, а також поєднанням активної та пасивної стратегії, яка в цілому є позитивною відносно підтримки свого здоров'я, присутністю в розумінні здоров'я двох складових: і хвороби, і здоров'я, а також переконанням в тому, що здоров'я залежить від власних зусиль та особистісних чинників. Такий вид внутрішньої картини здоров'я можна оцінити як цілісний, бо він включає і хворобу, і здоров'я. Такий тип внутрішньої картини здоров'я вважається адаптивним, адже у такої людини існують активні стратегії відносно підтримки



свого здоров'я, намагання вести здоровий спосіб життя та чіткі настанови відносно докладених зусиль для зміцнення чи збереження здоров'я.

Третій тип представлений соціально-орієнтованою разом з тим з пасивною позицією людини щодо збереження та підтримки свого здоров'я. Така позиція включає декларацію здорового способу життя без особливих прийнятих для того мір, а також заперечення наявності хвороби, усвідомлення залежності здоров'я від прийнятих мір людини [10].

Вчена О. Лісова виокремила такі складові внутрішньої картини здоров'я [11]:

-сенситивна складова внутрішньої картини здоров'я – у ній є схема тіла, його психологічна схема тіла (виявляється у відчутті фізичного дискомфорту чи комфорту), обмежених чи розширених можливостей керування своїм тілом. Також схема тіла впливає безпосередньо на розвиток ресурсного й актуального стану свого тіла. Актуальний – це такий стан тіла, в якому людина знаходиться тут і тепер в даний момент, визначає ходу, поставу, жести, міміку, спосіб дихання, міру фізактивності. Актуальний стан безпосередньо дає людині інформацію щодо активності хвороби і через ряд симптом людина вибудовує розуміння про можливість видужати в даний момент часу. А ресурсний стан – це оптимальні фізичні можливості, на які людина здатна та може відчувати після процесу реабілітації. Намагання досягти стану ресурсу стає мотивом одужання та визначення шляху реабілітації. Сенситивний стан з метою переходу в ресурсний піддається корекції завдяки ряду фахівців, таких як лікар-реабітолог, фізіотерапевта, психолога та ін. Реабітолог дійсно реально бачить ресурс хворого, в той час як психолог несе відповідальність за осмислення такої інформації хворим;

-емоційна складова – це способи переживання людини своїх ситуацій в житті. Емоційні відреагування набувають особливого значення, позаяк можуть стати причиною відношення до свого життя та його якості. Якщо особа

переживає гостру чи хронічну травму та якимось особливим чином на це реагує, то це може стати причиною соматичного захворювання. З іншого боку – емоційна складова може також стати базовою для психореабілітації хворого. Заміна відношення до стану хвороби чи до якогось симптому дозволяє привести в активність резерви організму та посприяти одужанню та реабілітації. Дуже важливо в цьому ракурсі є позитивний емоційний зв'язок з родиною та друзями, бути відповідальним за власне одужання перед сім'єю, бажання прийняти емоційну підтримку від родини. Психолог та лікар є містком між хворим та його близькими, допомагають їм усвідомити особливості хвороби, можливі обмеження в житті та обсяг подальшої реабілітації. Також емоційна складова відповідає за бажання лікуватись, яке виявляється у довірі до усієї системи реабілітації та лікування, до лікарських засобів та лікаря. Адже саме виконання лікарських настанов впливає на подальшу ефективність лікування, в той час як негативні емоційні стани порушують зв'язки між пацієнтом та лікарем, ризикують стати детермінантою негативного прогнозу відносно видужання. Компетентний психолог може дати можливість лікареві зменшити термін адаптації людини щодо наслідків травми, відслідковувати прихильність до лікування упродовж процесу реабілітації та лікування [11];

-когнітивна складова внутрішньої картини здоров'я – це розуміння важкості захворювання, місця психологічних факторів формування хвороби та прийняття того факту, що хвороба має свої закономірності розвитку, свої перспективи видужання або перехід у хронічні форми. Когнітивна складова характеризується рівнем інтелекту та реалістичністю сприйняття життя. Раціональний бік внутрішньої картини здоров'я є набір міфологічних чи суб'єктивних висновків та думок щодо змісту, причин, прогнозів хвороби, також щодо оптимізації методів збереження, розвитку та зміцнення здоров'я;

-ціннісно-мотиваційна складова внутрішньої картини здоров'я – це центр внутрішньої картини здоров'я, адже переконання та внутрішні цінності є

сильними стимулами до конструктивної поведінкової стратегії, яка спрямована на видужання, але можуть також і провокувати вчинки, спрямовані на пониження стану здоров'я. Це також складова мотиву оздоровлення, волі до здоров'я і життя. Усвідомлене, адекватне та послідовне ціннісно-емоційне ставлення до себе самого є саме тією умовою збереження цілісності особистості, а звідси – центральною складовою внутрішньої картини здоров'я. Послідовно узгоджені мають бути компоненти Я-концепції, зокрема, Я-ідеальне, Я-дзеркальне, Я-реальне, та не повинні мати значних розривів та полярно протилежних властивостей. Інакше відбудуться значні зміни у внутрішній картині здоров'я та проявиться це у депресії, агресії, апатичності, порушеннях контактів з соціумом тощо. Слід вибудовувати стратегії оптимізації стану здоров'я, зокрема, видужання, та шукати напрямки реабілітації. Так сформується намагання бути здоровим наскільки це можливо та водночас людина прийматиме деякі обмеження хвороби [11];

-поведінкова складова внутрішньої картини здоров'я є важливим фактором адаптованості особи до оточуючого світу, прагнення, зусилля, конкретні дії особи, створених її знаннями та рішеннями особи та спрямовані на досягнення мети суб'єкта відносно одужання. Це найвищий рівень відношення до свого здоров'я, саме тому він потребує активності від самої людини щодо підтримки та збереження її здоров'я. Поведінкова складова може містити конкретні дії, викликані образом свого Я та самооцінкою.

Вчена О. Лісова розкриває наступні функції внутрішньої картини здоров'я [11]:

- спрямувальна, яка направляє людину відносно її цінностей;
- регулятивна, яка допомагає залучати ресурси психофізіології хворої людини, активувати діяльність, направлену на здоров'я та прийняття на самого себе відповідальності за своє здоров'я та бажання бути здоровим;

-когнітивно-структурувальна, що забезпечує вибірковість сприймання інформації від оточення, зокрема, тої, що стосується потенціалу та можливостей людини;

-прогностична, яка формується в часі та просторі перспективи видужання, майбуття одержує свій сенс та погоджується з дійсними можливостями;

-креодизувальна, що диктує психологічну своюоуду чи напруження на соматичному рівні, а також дозволяє визначити самостійні стратегії реабілітації, погоджуючи їх з дійсними знаннями;

-саногенна, яка сприяє підняттю рівня здоров'я людини;

-комунікативно-оптимізувальна, що сприяє видужанню стосунків людини з оточуючими, сприяє її привабливості щодо інших на рівні психологічному, покращує взаємодію з іншими особами [11].

У випадку, якщо будь-яка складова внутрішньої картини здоров'я стає деструктивним, це одразу відобразиться на складовій поведінковій, а тому ресурсного стану досягати буде складно, подекуди і неможливо. Отож, внутрішня картина здоров'я є структурним динамічним утворенням самосвідомості особи, що має емоційну, сенситивну, ціннісно-емоційну, когнітивну та поведінкову складові. На кожному з тих рівнів існують свої образи афективного, фізичного, духовного, соціального, інтелектуального здоров'я.

### **1.3. Вплив відчуття внутрішньої картини здоров'я під час пандемії на стан загального фізичного здоров'я людини**

Вплив спалаху корона вірусу у світі на сьогоднішній день давно перевищив 335 мільйонів у всьому світі, а зареєстрована кількість смертей внаслідок інфекції перевищила 5,5 мільйона [44]. Раптовий початок глобальної пандемії змусив значний сегмент робочої сили створювати тимчасові домовленості про роботу та працювати віддалено, що вплинуло на їхній добробут і продуктивність загалом. Звіти великих організацій [43] показали, що

62% співробітників у глобальному масштабі повідомляють, що їхні проблеми з психічним здоров'ям є найважливішою проблемою під час цієї пандемічної кризи. У цьому контексті, окрім основних пріоритетів інфраструктури інформаційних технологій та підтримки операцій, керівники тепер шукають стратегії для підтримки та покращення добробуту, залученості та продуктивності своїх співробітників, які є основою організаційної стійкості.

Актуальності в контексті цього набувають дослідження, які повідомляють, що серйозні рівні страху перед COVID-19 значно призводять до вищих рівнів паніки на робочому місці та поведінки уникнення виходу на роботу та широкого спектру проблем з психічним здоров'ям таї загалом – внутрішньої картини здоров'я, включаючи тривогу, травматичний стрес, безсоння, дистрес та депресію [43].

Рухаючись до цілей сталого розвитку до 2030 року, Організація Об'єднаних Націй передбачає, що «забезпечення здорового життя та сприяння благополуччю в будь-якому віці є важливими для сталого розвитку (Ціль 3: Гарне здоров'я та благополуччя). Добробут людей є життєво важливим для сталого розвитку націй. Мета набуває більшої актуальності, особливо в контексті сучасної пандемії, яка вразила майже всіх у всьому світі. Значна частина робочої сили змушена працювати віддалено, що надає менше можливостей для спільної співпраці та колегіальної підтримки, які були джерелами покращення психічного здоров'я [43]. Оскільки дистанційна робота та соціальне дистанціювання стали новою нормою, попередній рік, безсумнівно, був важким етапом для багатьох людей із дефіцитом людських взаємодій у динаміці стосунків. Зрештою, це призвело до багатьох проблем із психічним здоров'ям, включаючи стрес, тривогу та депресію [15].

Добробут людини працездатного віку має величезне значення для неї самої, а також для організації в цілому, оскільки добробут має прямі наслідки для результату людини, що працює, таких як залученість до роботи, значуща

відповідність робочій ролі, проактивна поведінка співробітників, намір плинності кадрів і залученість співробітників [44]. Більше ніж будь-коли організації докладають зусиль, щоб мати чіткіше бачення того, як вони підтримуватимуть і виховуватимуть своїх працівників.

Докази в науковій літературі свідчать про те, що концепція духовності на робочому місці є визначальним фактором добробуту працівників та правильно формує внутрішню картину здоров'я особистості. Однак, наскільки відомо дослідникам, навряд чи можна знайти будь-яке дослідження, яке вивчало б взаємозв'язок між досвідом духовності та саморозвитку на робочому місці та добробутом співробітників під час COVID-19, коли більшість робочої сили працювала віддалено.

Аналіз публікацій із позитивної психології показує, що «приблизно 94,5% досліджень походять із західних країн і лише 5,5% – із незахідних країн» [37]. Ситуація потребує інновацій та досліджень у цих галузях дослідження, щоб просувати державну політику, спрямовану на благополуччя та покращення відчуття внутрішньої картини здоров'я, і додати до сукупності знань про психологічні теорії та принципи благополуччя серед різноманітних груп.

Кілька наукових досліджень повідомляють про зміну парадигми серед працівників, які зараз прагнуть знайти більше сенсу та мети в тому, що вони роблять у своєму повсякденному робочому житті, а не просто матеріалістичні результати [35]. Хоча в академічній літературі обговорюється кілька моделей духовності та саморозвитку на робочому місці, тривимірна модель духовності на робочому місці (відчуття значущої роботи, почуття спільності та відповідність організаційним цінностям), запропонована Міллімен та ін. (2003), був найбільш широко використовуваним в емпіричних дослідженнях. Зміст цієї наукової роботи полягає в тому, щоб працювати разом для більшої мети з причин, що виходять за межі матеріалістичних аспектів, і розглядати саму роботу як цінну та гарантувати покращені організаційні результати [44].

Соціальний вимір професії, відчуття спільності, вказує на «ступінь, до якої робота вимагає спілкування з іншими людьми, і кількість зворотного зв'язку, отриманого від інших» [32] і має значний вплив на співробітника. Відповідність організаційним цінностям означає уявлення про те, що працівники прагнуть працювати в організації, метою якої є не просто максимізація добробуту, але й має високе почуття етики чи чесності, вносячи більш значний внесок у добробут працівників, клієнта та суспільства [30].

Вченими було доведено, що досвід духовності та саморозвитку на роботі має значний вплив на сприятливі результати для співробітників, такі як організаційна відданість, залученість співробітників, намір залишитися, добробут співробітників, задоволеність роботою та етики поведінки [36]. Зростаюча кількість літератури про духовність та саморозвиток на робочому місці та результати роботи працівників стверджує, що розвиток духовності на робочому місці може покращити результати роботи працівників.

Ця концепція набуває більшої актуальності, особливо в ці дні, коли значна частка працівників змушена залишатися вдома та працювати, і, ймовірно, залишатиметься такою ж протягом деякого непередбаченого періоду в постковідну еру. Концепція духовності та саморозвитку на робочому місці набуває ще більшої актуальності під час віддаленої роботи, спричиненої пандемією, де формування сильного відчуття значущості роботи, досвід спільноти та організаційна конгруентність стає дедалі актуальнішим, але дуже складним завданням.

Саморозвиток та духовність на робочому місці можна теоретизувати як психологічний робочий ресурс, який допомагає працівникам відповідати вимогам роботи та покращувати результати роботи (благополуччя працівників у поточному дослідженні). Хоча попередні дослідження вивчали вищезазначені відносини в епоху до COVID-19, не вдалося виявити жодного емпіричного дослідження, яке вивчало б ступінь досвіду духовності на робочому місці

(значуща робота, почуття спільності та узгодження з організаційними цінностями) у контексті дистанційної роботи, де працівники мають обмежений доступ до соціальних взаємодій, а робота здебільшого пов'язана з технологіями [44]. Щоб усунути прогалину в існуючій літературі, спираючись на модель вимог до роботи та ресурсів, три виміри духовності на робочому місці (відчуття значущої роботи, почуття спільності та узгодження з організаційними цінностями) постулюють позитивний вплив на добробут працівників: 1. досвід духовності на робочому місці позитивно вплине на самопочуття співробітників та їх внутрішню картину здоров'я; 2. змістовна робота позитивно вплине на самопочуття співробітників їх внутрішню картину здоров'я; 3. почуття спільності позитивно вплине на добробут співробітників та їх внутрішню картину здоров'я; 4. відповідність організаційним цінностям позитивно вплине на добробут співробітників їх внутрішню картину здоров'я.

З багатьох теорій, які пояснюють оцінку страху, теорія мотивації захисту (ТМЗ) є видатною теорією, яка допомагає зрозуміти індивідуальні реакції людини на звернення до страху [40]. Загрози та оцінка подолання – дві характеристики, які люди використовують, щоб захистити себе. Оцінка загрози оцінює обставини та їх серйозність, тоді як оцінка подолання оцінює те, як людина реагує на ситуацію. ТМЗ – це теорія соціального пізнання, яка пояснює, як люди реагують на загрози своєму здоров'ю [40], і вказує, як люди справляються з такими загрозами та вибирають реакцію подолання.

Грунтуючись на ТМЗ, кілька нещодавніх досліджень вивчали вплив страху перед COVID-19 на результати роботи працівників і виявили, що їх усвідомлення ризиків, пов'язаних з пандемією, може вплинути на їх ставлення до роботи та поведінку [44]. Теорія мотивації захисту припускає, що «мотивація захистити себе від небезпеки є позитивною лінійною функцією переконань, що загроза є серйозною, людина є особисто вразливою, вона може виконати реакцію подолання (самоефективність), і реакція на подолання є



ефективною (ефективність відповіді)» [38]. Виходячи з передумов, постулюється, що відмінності в когнітивній оцінці страху перед COVID можуть по-різному впливати на когнітивну оцінку людиною внутрішньої картини здоров'я, відчуття загального здоров'я через значення для неї її роботи, почуття спільності та узгодженості з цінностями організації та тим самим справляючи різний вплив на власну емоційну сферу.

### **Висновки до розділу 1**

Станом на сьогодні варто розширити теоретичні уявлення та модернізувати психологічний моніторинг процесу інтеграції новітніх технологій у житті особистості з метою формування уявлень людини про те, яких конкретних цілей слід прагнути в процесі діяльності з удосконалення здоров'я, щоб уникнути пасток агресивного, маніпулятивного зовнішнього управління цим інтимним особистісним процесом, щоб зберегти і розвинути в собі здатність до особистого зусилля, особистої компетентності та особистої відповідальності.

Виокремлено такі складові внутрішньої картини здоров'я: сенситивна, емоційна, когнітивна, ціннісно-мотиваційна, поведінкова складова внутрішньої картини здоров'я.

Розкрито наступні функції внутрішньої картини здоров'я: спрямувальна, яка направляє людину відносно її цінностей; регулятивна, яка допомагає залучати ресурси психофізіології хворої людини, активувати діяльність, направлену на здоров'я та прийняття на самого себе відповідальності за своє здоров'я та бажання бути здоровим; когнітивно-структурувальна, що забезпечує вибірковість сприймання інформації від оточення, зокрема, тої, що стосується потенціалу та можливостей людини; прогностична, яка формується в часі та просторі перспективи видужання, майбуття одержує свій сенс та погоджується з дійсними можливостями; креодизувальна, що диктує

психологічну своюоду чи напруження на соматичному рівні, а також дозволяє визначити самостійні стратегії реабілітації, погоджуючи їх з дійсними знаннями; саногенна, яка сприяє підняттю рівня здоров'я людини; комунікативно-оптимізувальна.

Практична значимість вивчення суб'єктивних поглядів на здоров'я пов'язані з розумінням того, що збереження та примноження здоров'я індивіда та нації в цілому не може бути забезпечено лише за допомогою медицини. Необхідна спеціально організована робота з формуванню розвинених соціальних та індивідуальних уявлень про здоров'я. У зв'язку з погіршенням екологічних умов, зростанням психологічного навантаження та стресів у сучасному суспільстві проблема розуміння психологічного аспекту феномену здоров'я стає однією з найважливіших.

## Розділ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС СВІТОВОЇ ПАНДЕМІЇ

#### 2.1. Організація та методи дослідження

Під час перебування людей на карантині в часі світової пандемії ковід-19 дуже сильно спостерігається різка зміна життєдіяльності людини, її особистісних настанов, ставлень та сенсів. Різко відбулась зміна звичного життєвого ритму в цей час, сталась вимушена соціальна ізоляція. Усі ці події спричиняють постійний стрес, неконтрольовані інформаційні потоки, неможливість планувати життя, невизначене майбутнє, страх за своє здоров'я, нестабільна економіка та політична ситуація в країні формує цілий набір дестабілізаційних процесів у психіці особистості. Саме тому важливим завданням для людини у таких умовах є зберегти власну емоційну стабільність, контроль поведінки та вираження емоцій, а також організувати собі правильну «утилізацію» негативних переживань.

Задля глибинного пізнання себе, своєї внутрішньої картини здоров'я, регуляції емоційних переживань особистості спробуємо у нашому дослідженні використати *арт-терапевтичний метод мандали як малюнку*, що символізує образ Всесвіту та саму особистість [8].

У психології мандала (за К.-Г. Юнгом) – це архетипічний символ людської досконалості (коло) і використовується як засіб досягнення повноти розуміння власного «Я», внутрішньої картини свого здоров'я в тому числі. Робота з мандалою є завжди несподіваним внутрішнім відкриттям власного «Я», зануренням у найглибші пласти власної психіки, що дозволяє налагодити контакт з собою, зменшити травмуючі переживання та усвідомити власні потреби, бажання та почуття. Психодіагностичний сенс використання мандал – це забезпечення психологічного гомеостазу індивіда через самопізнання та саморозвиток засобами використання символів і кольорів під час її створення.

У цілому, психодіагностика через мандалу є до того ж дієвим способом вивільнення від психотравм, стресу, втоми, депресії, психоматичних розладів, а також екзистенційних переживань (сене життя, самотність, цінність життя). Вона добре демонструє усі тривожні переживання та емоційний стан на даний момент. У психологічній та психотерапевтичній практиці мандала як метод арт-терапії полягає у використанні малюнка, який намальований у колі, але може виходити за його межі. Кожна мандала є процесом розвитку та психічних змін у внутрішній реальності особистості. При аналізі та інтерпретації мандали важливим є використання ефекту дзеркала, ефекту структурних елементів мандали та ефекту сенсу [8].

Дослідження специфіки особистісних переживань та ставлень у період карантину зумовило вибір методики малювання мандал, оскільки це одна з арт-терапевтичних технік, що успішно поєднує в собі діагностичну і психокорекційну функцію, а сам процес малювання мандали є ресурсним та зцілюючим.

Кожному із досліджуваних подано наступну інструкцію: «Візьміть чистий аркуш паперу формату А 4 і на ньому простим олівцем намалуйте велике коло. Віднайдіть центр кола. Візьміть олівці чи фарби і починайте малювати всередині кола. Пам'ятайте, що зовнішні межі кола не повинні бути для Вас перешкодою. Якщо Ви хочете вийти за межі кола, Ви можете це зробити – це Ваше коло. Коли Ви закінчите малювати назвіть малюнок і напишіть дату. Вкажіть, де знаходиться верхня частина зображення».

Після закінчення малювання досліджуваним запропоновано відповісти на такі питання [8]:

- Які емоції та почуття викликає у Вас малюнок?
- Назвіть основні символи малюнка та проаналізуйте, яке значення вони мають для Вас.
- Назвіть три слова, з якими у Вас асоціюється малюнок.

- Яке основне смислове повідомлення Вашого малюнка?
- Що Ви готові зробити з малюнком і де його розмістити?
- Прокоментуйте назву Вашого малюнка [Калька, Ковальчук].

*Другим психодіагностичним інструментом нашого дослідження є методика Фрайбурзький багатofакторний опитувальник FPI, що призначений для визначення властивостей та станів людини, що мають першочергове значення для процесу регуляції поведінки та соцадаптації. Ця методика була створена враховуючи попередній досвід застосування та побудови відомих питальників EPI Айзенка, MMPI (ЗМІЛ), 16PF Кеттела тощо. Цей тест також застосовують для профорієнтації, психодіагностики, експертизи, психоконсультаування і т.ін. Опитувальник FPI має дванадцять шкал, які діагностують спонтанну та реактивну агресії, невротичність, дратівливість, депресивність, врівноваженість, товариськість, сором'язливість, відкритість, інтро- та екстраверсивність, фемінність-маскуліність, емоційну лабільність. Всього є 114 питань, інтерпретувати повинен лише фахівець [45].*

*Третім інструментом в нашому експериментальному дослідженні є методика «Діагностика типів ставлення до хвороби». Ця методика є необхідною для використання різнопланових реабілітаційних та психотерапевтичних програм, може відбуватись через опитування людини, спостереження за його поведінкою, збором інформації від близьких та рідних та ін. За допомогою цього опитувальника можна виявити такі види стосунків: гармонійний (людина оцінює свій стан без перебільшень та недооцінки важкості хвороби; бажання сприяти лікуванню, у разі поганого прогнозу така особа перемикається на ті сфери життя, що є досяжними людині), іпохондричний (зосередження на хворобливих та інших неприємних відчуттях, перебільшення існуючих та вишукування неіснуючих хворіб), тривожний (постійний неспокій у перебігу хвороби, неефективність та небезпечність лікування, пошук нових методів лікування, жадність до додаткової інформації*

щодо хвороби), меланхолічний (невіра в одужання чи покращення, активні висловлювання в депресії аж до суїцидальних думок, песимістичний погляд на все, недовіра в успішне лікування за сприятливих навіть даних), неврастенічний (спалахи подразнення, особливо під час болю, невдачі у лікуванні, неприємних відчуттів, нетерпимість та нездатність очікувати полегшення), апатичний (байдужість до своєї волі, до висновку та результатів хвороби, втрата інтересу до всього попередньо цікавого), сеситивний (надмірне піклування щодо можливих неприємних вражень, що може справити на оточуючих хвороба, страх бути відкинутим у зв'язку з хворобою іншими людьми, страх бути тягарем через хворобу), obsesивно-фобічний (тривожність маловірогідних ускладнень хвороби чи невдач лікування, уявні небезпеки хвилюють більше за реальні; захистом від тривоги є забобони та ритуали), ейфоричний (невиправдано підвищений настрій, нерідко негативний, легкодумне ставлення до хвороби та лікування, надія на те, що саме пройде), егоцентричний (занурення у хворобу, виставляння напоказ іншим своїх переживань та страждань з метою заволодіння увагою, показ свого особливого стану та винятковості хвороби), анозогностичний (відкидання думок про хворобу та її можливі наслідки, заперечення реального у хворобі, приписування її випадковим обставинам, відмова від обстежень та лікування та намагання обійтись своїми засобами), паранояльний (переконаний, що хвороба – це чийсь злий задум, підозрілий до ліків та процедур, ускладнення лікування приписує помилкам лікарів, звинувачення та вимоги покарань у зв'язку з тим), ергопатичний (перехід від хвороби у роботу навіть коли хвороба важка працює зі ще більшим натхненням, роботі віддає весь час) [45].

Для вивчення внутрішньої картини здоров'я найбільш актуальним буде четвертий *прективний тест «Дерево»*. Оскільки життєва енергія символічно може бути зображена у вигляді дерева, а життєві прагнення як гілки та крона цього дерева.

Учасникам дослідження пропонується намалювати малюнок «Дерево мого здоров'я». Потім на зворотній частині листка також пропонується намалювати дерево, але із заплющеними очима. На малюнку необхідно знайти найбільш віддалені п'ять точок дерева, намальованого досліджуваним. Дані точки необхідно сполучити прямими лініями які утворять зірку. Зірка на основі дерева дозволить встановити виміри людської діяльності у внутрішній картині здоров'я обстежуваного і яку роль вони виконують.

Також на основі даного тесту можемо отримати знання щодо:

- 1) ставлення досліджуваного до власного тіла;
- 2) афективних взаємин досліджуваного з коханою людиною;
- 3) інтелектуальних зв'язків досліджуваного;
- 4) соціальні зв'язки досліджуваного з групами людей;
- 5) приналежність досліджуваного до світу через поступове розширення зв'язків.

Досліджуваними стали 74 здобувачі вищої освіти Львівського державного університету внутрішніх справ спеціальності «Психологія» освітнього ступеню бакалавр.

Отже, підібрані нами методики дозволять у повній мірі відслідкувати внутрішню картину здоров'я наших досліджуваних та отримати результати, що краще розкривають цей феномен.

## **2.2. Психологічний аналіз результатів дослідження**

Проведення вище перерахованих методик дозволило отримати наступні результати. В учасників дослідження в тій чи іншій мірі виявлено такі виміри внутрішньої картини здоров'я, як фізичний вимір у 18,2% досліджуваних, афективний вимір у 22,8%, раціональний вимір у 20,2%, соціальний вимір

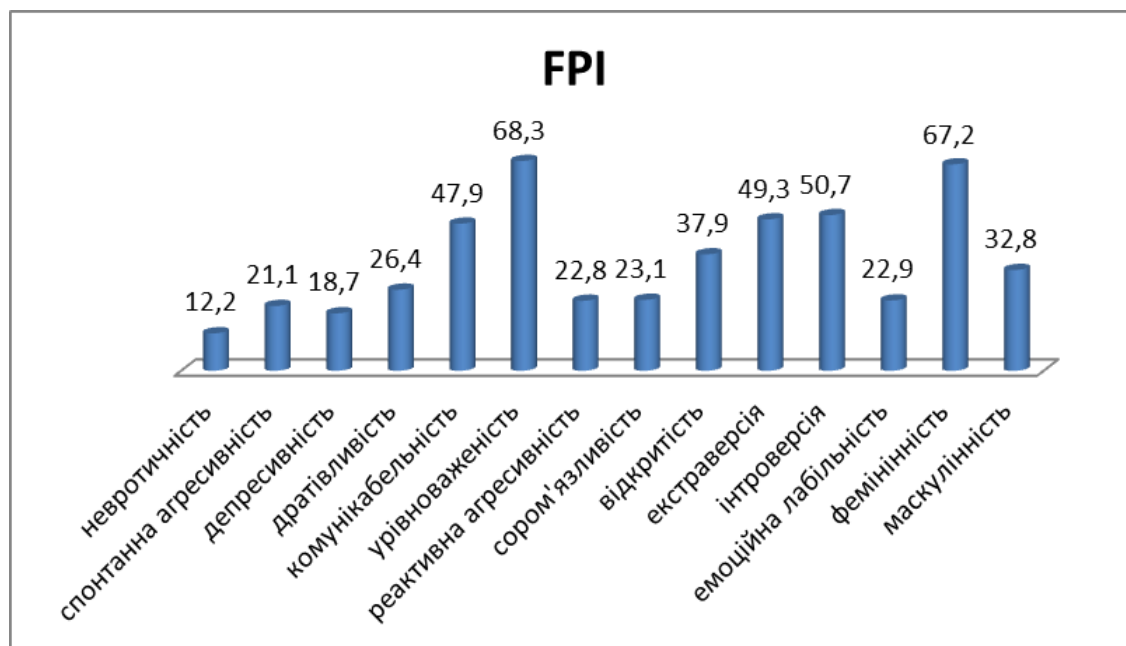
21,3% та духовний вимір у 17,5% респондентів. Детальні результати подано на рисунку 2.1.



**Рисунок 2.1. Результати дослідження внутрішньої картини здоров'я**

При діагностиці особистісних якостей за методикою FPI в учасників дослідження найбільш виявлено врівноваженість – 68,3%, фемінність – 67,2%, інтроверсія – 50,7%, комунікабельність – 47,9% та відкритість 37,5%. Менш вираженими виявились невротичність (12,2%), спонтанна агресивність (21,2%), депресивність (18,7%), дратівливість (26,4%), реактивна агресивність (22,8%), сором'язливість (23,1%), екстраверсія (49,3%), інтроверсія (12,2%), емоційна лабільність (12,2%), фемінність (12,2%), маскуліність (12,2%). Детальні результати представлено на рисунку 2.2.





**Рисунок 2.2. Результати дослідження особистісних якостей за методикою FPI**

На рисунку 2.3. бачимо результати дослідження типів ставлення до хвороби. Як бачимо гармонійний тип виявлено у 37,2%, тривожний тип у 29,3%, іпохондричний тип у 34,6%, меланхолійний тип у 29,3%, апатичний тип у 31,1%, неврастенічний тип у 27,8%, obsesивно-фобічний тип у 29,3%, сензетивний тип у 31,3%, егоцентричний тип у 33,5%, ейфорійний тип у 35,1%, анозогнозичний тип у 29,5%, ергопатичний тип у 30,2% та паранояльний тип у 17,3% респондентів.



**Рисунок 2.3. Результати дослідження типів ставлення до хвороби**

Можемо стверджувати, що у ставленні до хвороби досліджувані респонденти здебільшого будуть демонструвати адекватне сприйняття, стійкість до психологічного навантаження через хворобу. Також здебільшого зустрічаються такі об'єднані типи, як тривожно-іпохондричний, паранояльно-егоцентричний та ейфорійно-ергопатичний.

За проєктивними малюнковими методиками ми визначали тривожність наших досліджуваних, які розкрили на рисунку 2.4. Як бачимо, високий рівень тривожності виявлено у 24,1% досліджуваних, середній рівень тривожності у 35,4% та низький рівень тривожності у 40,5% респондентів.



**Рисунок 2.4. Результати дослідження рівнів тривожності**

З метою поглиблення знань щодо особливостей внутрішньої картини здоров'я як детермінанти збереження здоров'я в умовах пандемії нами було проведено кореляційний аналіз отриманих даних. На основі кореляційного аналізу було становлено, що внутрішня картина здоров'я має тісні взаємозв'язки із багатьма досліджуваними показниками. Детальні результати подано у таблиці 2.1.

*Таблиця 2.1.*

**Результати кореляційного аналізу**

Досліджувані показники	Фізичний вимір	Афективний вимір	Раціональний вимір	Соціальний вимір	Духовний вимір
Депресивність					0,342*
Дратівливість		0,409*			
Комунікабельність				0,583**	
Урівноваженість	0,551**		0,566**		
Сором'язливість					0,521**
Відкритість				0,591**	
Екстраверсія				0,463**	
Гармонійний	0,425*		0,442*	0,551**	

Іпохондричний		0,436*			
Сенситивний					0,387*
Егоцентричний		0,472**			
Ейфорійний	0,523**			0,538**	
Середній рівень тривожності		0,432*			
Низький рівень тривожності			0,351*		

Примітка: \* -  $p \leq 0,05$ , \*\* -  $p \leq 0,01$ .

Як видно з таблиці 2.1. фізичний вимір має тісні зв'язки із наступними показниками: врівноваженість  $r=0,551^{**}$   $p \leq 0,01$ ,  $p \leq 0,05$ , гармонійний  $r=0,425^{*}$   $p \leq 0,05$ , ейфорійний  $r=0,523^{**}$   $p \leq 0,01$ . Досліджувані із яскраво вираженим рівнем фізичного виміру, здебільшого адекватно сприймають власний стан здоров'я, врівноважено вивчають питання самостійно та з лікарями, а також виважено приймають рішення щодо подальших дій. Проте, в деяких ситуаціях демонструють зовнішню байдужість та навіть жартують з приводу тих чи інших проблем.

Афективний вимір має тісні зв'язки із наступними показниками: дратівливість  $0,409^{*}$   $p \leq 0,05$ , іпохондричний  $0,436^{*}$   $p \leq 0,05$ , егоцентричний  $0,472^{**}$   $p \leq 0,01$ , середній рівень тривожності  $0,432^{*}$   $p \leq 0,05$ . Учасники дослідження із афективним виміром досить дратівливі та тривожні. Будь-які згадки про їх захворювання може їх розізлити або змусити надмірно переживати. У хворобі часто демонструють егоїстичність і прагнуть щоб оточуючі їм співчували і допомагали. Через надмірну тривожність схильні занурюватись у хворобу.

Рациональний вимір має тісні зв'язки із наступними показниками: урівноваженість  $0,566^{**}$   $p \leq 0,01$ , гармонійний  $0,442^{*}$   $p \leq 0,05$ , низький рівень тривожності  $0,351^{*}$   $p \leq 0,05$ . У раціональному вимірі досліджувані демонструють гармонійне сприйняття захворювання та налаштовані на активну боротьбу. Найчастіше вони врівноважені, стримані та мають низький рівень тривожності.

Соціальний вимір має тісні зв'язки із наступними показниками: комунікабельність 0,583\*\*  $p \leq 0,01$ , відкритість 0,591\*\*  $p \leq 0,01$ , екстраверсія 0,463\*\*  $p \leq 0,01$ , гармонійний 0,551\*\*  $p \leq 0,01$ , ейфорійний 0,538\*\*  $p \leq 0,01$ .

Учасники із показником внутрішньої картини здоров'я «соціальний вимір» демонструють комунікабельність, вони відкриті, та з розумінням в спокоем реагують на ті чи інші проблеми із здоров'ям. Проте інколи серед оточуючих жартують з приводу власного здоров'я та захворювань. Ймовірно з метою уникнути зайвих запитань чи прояву співчуття.

Духовний вимір має тісні зв'язки із наступними показниками: депресивність 0,342\*  $p \leq 0,05$ , сором'язливість 0,521\*\*  $p \leq 0,01$ , сенситивний 0,387\*  $p \leq 0,05$ . Досліджувані із духовним виміром досить чутливі до проблем із власним здоров'ям, часто намагаються знайти причини захворювання самотужки. Соромляться власних проблем зі здоров'ям та можуть демонструвати ознаки депресії.

### **Висновки до другого розділу**

Отже, для проведення емпіричного дослідження ми застосували чотири методики, дві з яких проєктивні – «Мандала» та «Дерево», а також методика Фрайбурзький багатофакторний опитувальник FPI, методика «Діагностика типів ставлення до хвороби». Експериментальною базою став Львівський державний університет внутрішніх справ.

У досліджуваних за методикою «Діагностика типів ставлення до хвороби» в тій чи іншій мірі виявлено такі виміри внутрішньої картини здоров'я, як фізичний вимір у 18,2% досліджуваних, афективний вимір у 22,8%, раціональний вимір у 20,2%, соціальний вимір 21,3% та духовний вимір у 17,5% респондентів.

За методикою Фрайбурзького багатофакторного опитувальника FPI в учасників дослідження найбільш виявлено врівноваженість – 68,3%, фемінність – 67,2%, інтроверсія – 50,7%, комунікабельність – 47,9% та відкритість 37,5%.

Проективними методиками ми досліджували тривожність у респондентів. Високий рівень тривожності виявлено у 24,1% досліджуваних, середній рівень тривожності у 35,4% та низький рівень тривожності у 40,5% респондентів.

Проведено також кореляційний аналіз результатів дослідження, який розкрив основні зв'язки: фізичний вимір має тісні зв'язки із показниками: врівноважений, гармонійний, ейфорійний тип; афективний вимір має тісні зв'язки із показниками: дратівливий, іпохондричний, егоцентричний, середній рівень тривожності; раціональний вимір має тісні зв'язки із показниками: урівноваженість, гармонійний, низький рівень тривожності; соціальний вимір має тісні зв'язки із показниками: комунікабельність, відкритість, екстраверсія, гармонійний, ейфорійний; духовний вимір має тісні зв'язки із показниками: депресивність, сором'язливість, сенситивний.

## ВИСНОВКИ

Зараз є чітка необхідність у розширенні теоретичних уявлень та модернізація психологічного моніторингу процесу інтеграції новітніх технологій у житті особистості з метою формування уявлень людини про те, яких конкретних цілей слід прагнути в процесі діяльності з удосконалення здоров'я. Це потрібно для того, щоб уникнути пасток агресивного, маніпулятивного зовнішнього управління цим інтимним особистісним процесом, щоб зберегти і розвинути в собі здатність до особистого зусилля, особистої компетентності та особистої відповідальності.

Виокремлено такі складові внутрішньої картини здоров'я: сенситивна, емоційна, когнітивна, ціннісно-мотиваційна, поведінкова складова внутрішньої картини здоров'я.

Розкрито наступні функції внутрішньої картини здоров'я: спрямувальна, регулятивна, когнітивно-структурувальна, прогностична, креодизувальна, комунікативно-оптимізувальна.

Встановлено, що практична значимість вивчення суб'єктивних поглядів на здоров'я пов'язані з розумінням того, що збереження та примноження здоров'я індивіда та нації в цілому не може бути забезпечено лише за допомогою медицини. Необхідна спеціально організована робота з формуванню розвинених соціальних та індивідуальних уявлень про здоров'я. У зв'язку з погіршенням екологічних умов, зростанням психологічного навантаження та стресів у сучасному суспільстві проблема розуміння психологічного аспекту феномену здоров'я стає однією з найважливіших.

У роботі для проведення емпіричного дослідження ми застосували чотири методики: проєктивні методики «Мандала» та «Дерево», методика Фрайбурзький багатофакторний опитувальник FPI, методика «Діагностика типів ставлення до хвороби». Експериментальною базою став Львівський державний університет внутрішніх справ.

У досліджуваних за методикою «Діагностика типів ставлення до хвороби» в тій чи іншій мірі виявлено такі виміри внутрішньої картини здоров'я, як фізичний, афективний, раціональний, соціальний та духовний виміри у наших респондентів.

За методикою Фрайбурзького багатофакторного опитувальника FPI в учасників дослідження найбільш виявлено врівноваженість, фемінність, інтроверсія, комунікабельність та відкритість.

Проективними методиками встановлено різні рівні тривожності у респондентів.

Кореляційний аналіз результатів дослідження розкрив основні зв'язки: фізичний вимір має тісні зв'язки із показниками: врівноважений, гармонійний, ейфорійний тип; афективний вимір має тісні зв'язки із показниками: дратівливий, іпохондричний, егоцентричний, середній рівень тривожності; раціональний вимір має тісні зв'язки із показниками: урівноваженість, гармонійний, низький рівень тривожності; соціальний вимір має тісні зв'язки із показниками: комунікабельність, відкритість, екстраверсія, гармонійний, ейфорійний; духовний вимір має тісні зв'язки із показниками: депресивність, сором'язливість, сенситивний.

Отже, завдання нашої роботи розкриті, мету досягнуто.



### Список використаних джерел:

1. Балабанова Л.М., Жданова І.В. Психологічний аналіз внутрішньої картини здоров'я курсантів ВНЗ МВС. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2015. Вип. 17. С. 46-54.
2. Балашов Е.М. Саморегульоване навчання і психологічне благополуччя студентів / Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року) / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. С. 6-10.
3. Бригадир М.Б. Проблема визначення показників та критеріїв психічного здоров'я / Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року) / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. С. 44-48.
4. Гасюк М., Щурик І. Особливості психологічної корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату. Науковий вісник Херсонського державного університет. Серія «Психологічні науки». 2018. Вип. 5. С. 260–265.
5. Гасюк М.Б. Роль внутрішньої картини здоров'я в лікуванні та реабілітації соматичного хворого. Теорія і практика сучасної психології. 2019 р., № 1, Т. 1. С. 124-128.
6. Досвід переживання пандемії covid-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка: матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 року «Досвід карантину: дистанційна психологічна допомога і підтримка» та 15 травня 2020 року «Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії covid-19 і карантину» / [за наук. ред. М.М. Слюсаревського, Л.А. Найдьонової, О.Л. Вознесенської]. – К. : ІСПП НАПН України, 2020. – [електронне видання]. – 121 с.

7. Жданова І.В. Соціально-психологічні установки працівників ОВС щодо здоров'я / І.В.Жданова // Вісник національного університету оборони України. Збірник наукових праць. – К.: НУОУ, 2011.- Вип. 4 (23). – С.123-126.

8. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії. Частина 1. Львів : ЛьвДУВС, 2020. 320 с.

9. Коцан І., Ложкін Г., Мушкевич М. Психологія здоров'я людини / за ред. І. Коцана. Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту імені Лесі Українки, 2011. 316 с.

10. Кукуруза Г.В. Внутрішня картина здоров'я дітей і підлітків як психологічний феномен / Г.В. Кукуруза, О.Е. Беляєва, С.М. Циліорик, О.О. Кирилова // Наукові записки інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Вип. 32. 2007. С. 148- 157

11. Лісова О. Внутрішня картина здоров'я. Психологія : збірник наукових праць НПУ імені М.П. Драгоманова. Київ. 2002. Вип. 15. С. 69–77.

12. Ложкін Г., Толкунова І. Психологія здоров'я: визначення поняття. Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету. Серія «Педагогіка». 2000. № 7. С. 23–29.

13. Нестерак Р., Гасюк М., Вакалюк І. Програма психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляхом оптимізації внутрішньої картини здоров'я. Авторське право на твір № 75681. 29.12 2017.

14. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року) / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. 312 с.

15. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (23 жовтня 2020 року) / уклад. З. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2020. 256 с.

16. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : Навч. посібник / М.С.Корольчук, В.М. Крайнюк, А.Ф. Косенко, Т.І.Кочергіна. Заг. редакція М.С.Корольчука. К.: Фірма «ІНКОС», 2002. 272 с.

17. Тараненко Н. Е. Внутрішня картина хвороби в дітей с хронічними соматичними захворюваннями. Практична психологія і соціальна робота. 2002. № 2. С. 48 – 50.

18. Щурик І.М. Психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату: автореф. дис. 19.00.07. Івано-Франківськ. 2019. 20 с.

19. Ajzen I., Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.

20. Astin J. A. Why patients use alternative medicine: results of a national study // Journal of the American Medical Association. 1999. Vol. 279. P. 1548–1553.

21. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H.Freeman, 1997.

22. Belar C.D., McIntyre T., Matarazzo J.D. Health psychology // I.B.Weiner (Ed.-In-Chief), D.K.Freedheim (Vol. Ed.). Handbook of psychology. New York: Wiley, 2003. Vol. 1: History of psychology. P. 451–464.

23. Cameron L.D., Leventhal H. (Eds.). The self-regulation of health and illness behavior. London; New York: Routledge, 2003.

24. Diefenbach M.A., Leventhal H. The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations // Journal of Social Distress and the Homeless. 1996. Vol. 5. P. 11–38.

25. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Wiley, 2002.

26. Gollwitzer P. M., Oettingen G. The emergence and implementation of health goals // Psychology and Health. 1998. Vol. 13. P. 687–715.

27. Hagger M.S., Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations // *Psychology and Health*. 2003. Vol. 18(2). P. 141–184.
28. Heijmans M. Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions // *Journal of Psychosomatic Research*. 1998. Vol. 45. P. 39–51.
29. Kemp S., Morley S., Anderson E. Coping with epilepsy: do illness representations play a role? // *British Journal of Clinical Psychology*. 1999. Vol. 38. P. 43–58.
30. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // L.D.Cameron, H.Leventhal (Eds.). *The self-regulation of health and illness behavior*. London; New York: Routledge, 2003. P. 42–65.
31. Leventhal H., Leventhal E., Cameron L.D. Representations, procedures, and affect in illness selfregulation: a perceptual-cognitive approach // A.Baum, T.Revenson, J.Singer (Eds).
32. *Handbook of Health Psychology*. New York: Erlbaum, 2001. P. 19–48.
33. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The common sense representation of illness danger // Rachman S. (Ed.). *Contributions to medical psychology*. New York: Pergamon Press, 1980. Vol. 2. P. 7–30.
34. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J. Illness representations and coping with health threats // A.Baum, J.Singer (Eds.). *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1984. P. 219–252.
35. Moss-Morris R., Petrie K., Weinman J. Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role?// *British Journal of Health Psychology*. 1996. Vol. 1. P. 15–25.
36. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) // *Psychology and Health*. 2002. Vol. 17. P. 1–16.

37. Norman P., Bennett P., Smith C., Murphy S. Health locus of control and leisure-time exercise // *Personality and Individual Differences*. 1997. Vol. 23(5). P. 769–774.
38. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model // *Health Education Monographs*. 1974. Vol. 2(4). P. 328–335.
39. Rosenstock I.M., Strecher V.J., Becker M.H. Social learning theory and the health belief model // *Health education quarterly*. 1988. Vol. 15(2). P. 175–183.
40. Schwarzer R., Britta R. Social-cognitive predictors of health // *Health Psychology*. 2000. Vol. 19(5). P. 487–495.
41. Steptoe A., Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries // *British Journal of Psychology*. 2001. Vol. 92(4). P. 659–672.
42. Wallston B.S., Wallston K.A., Kaplan G.D., Maides S.A. The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1976. Vol. 44. P. 580–585.
43. <https://www.who.int/en/>
44. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
45. <https://www.lvduvs.edu.ua/oldSite/library/download.php?file=fe43f867f71064a9eb21c1a0bcacda75c781f5e.pdf&fld=books&usr=zoriana-kisil|1>

## Додаток 1

**Діагностика типів ставлення до хвороби**

Техніка дослідження та розкодування результатів. Хворому дається буклет із текстом опитувальника та реєстраційним листом. Пояснюється, що на кожну тему можна зробити від 1 до 3 виборів (не більше!) та номери зроблених виборів обвести кружечком. Якщо жодне з визначень не підходить, обводиться символ 0. Якщо хворий не бажає відповідати саме на цю тему, графа залишається не заповненою. Однак число нуликів та незаповнених граф у сумі не повинно бути більше трьох. Час заповнення реєстраційного бланка не обмежений. Але консультиватися з іншими не дозволяється. Розкодування зручно здійснювати з допомогою графіка (див. нижче), де по абсцисі позначено символи типів, а по ординаті відкладено хрестиками бали

<b>10</b>													
<b>9</b>													
<b>8</b>													X
<b>7</b>													X
<b>6</b>													X
<b>5</b>													X
<b>4</b>	X												X
<b>3</b>	X						X	X					X
<b>2</b>	X	X	X			X	X	X					X
<b>1</b>	X	X	X			X	X	X				X	X
	<b>Г</b>	<b>Т</b>	<b>І</b>	<b>М</b>	<b>А</b>	<b>Н</b>	<b>О</b>	<b>С</b>	<b>Я</b>	<b>Ф</b>	<b>З</b>	<b>Р</b>	<b>П</b>

Графік розкодування результатів дослідження за допомогою ЛОБІ

Кожен буквенний символ у графі —Бали для розкодування» відповідає 1 балу на користь відповідного типу: Г – гармонійного, Т – тривожного і т. д. Два та більше символи за один вибір, наприклад ТН, ЗФ, означають, що по одному балові нараховується за кожен із цих типів. Подвоєні символи, наприклад ПП, РР, означають, що на користь цього типу нараховується по два бали. Після побудови графіка діагностика типу здійснюється відповідно до таких правил:

1. Діагностуватися можуть лише типи, стосовно яких набрано таке число балів, яке досягається або перевищує мінімальне діагностичне число для даного типу. Мінімальне діагностичне число для різних типів різне:

## Тип ставлення Г Т І М А Н О С Я Ф З Р П

Мінімальне 7 4 3 3 3 3 4 3 3 5 5 6 3

діагностичне число

2. Якщо мінімальне діагностичне число досягнуто або перевищено щодо кількох типів, діагностується 2–3 типи, де перевищення найбільш велике. Якщо ж цього зробити не вдається, то жоден тип не діагностується.

3. Гармонійний тип діагностується тільки тоді, коли, згідно з правилами 1 і 2, не діагностується другий тип. У поєднанні гармонійний тип не діагностується.

На наведеному вище графіку на користь ергопатичного типу (Р) набрано 8 балів, тобто мінімальне діагностичне число перевищує на 2 бали. На користь сенситивного типу набрано 3 бали, тобто мінімальне діагностичне число лише досягнуто. Стосовно всіх інших типів (Т, О, І, Н) мінімальне діагностичне число не досягнуто. Отже, діагностується змішаний тип – ергопатичний із рисами сенситивності.

Інструкція: «Перед Вами текст опитувальника із запропонованими виборами з 12 розділів. Вам потрібно вибрати з кожного розділу не більше трьох тверджень, які відображають Вашу думку. Якщо жодне з визначень не підходить Вам, візьміть останній вибір «0». Номери вибраних відповідей занесіть у нижчеподаний бланк.»

### Самопочуття

1. Відтоді, як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття. 2. Я майже завжди почуваю себе бадьорим і повним сил. 3. Погане самопочуття я намагаюся перебороти. 4. Погане самопочуття я намагаюсь не показувати іншим. 5. У мене майже завжди щось болить. 6. Погане самопочуття виникає в мене після засмучення. 7. Погане самопочуття виникає в мене від очікування неприємностей. 8. Я намагаюся терпляче переносити біль і фізичні страждання. 9. Моє самопочуття задовольняє мене. 10. Відтоді, як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами роздратованості й почуттям пригнічення. 11. Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене інші. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### Настрій

1. Як правило, настрій у мене дуже хороший. 2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим і роздратованим. 3. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, переживання за близьких, невпевненості в майбутньому. 4. Я не дозволяю собі через хворобу піддаватися смутку. 5. Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій. 6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття. 7. У мене переважно зовсім байдужий настрій. 8. У мене бувають напади роздратованості, під час яких перепадає іншим. 9. У мене не буває смутку, але може бути озлобленість і гнів. 10. Найменші неприємності дуже дратують мене. 11. Через хворобу у мене завжди

тривожний настрій. 12. Мій настрій, як правило, такий самий, як в інших людей. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **Сон та пробудження**

1. Прокинувшись, я зразу змушую себе встати. 2. Ранок для мене – найважчий час доби. 3. Якщо мене щось тривожить, я довго не можу заснути. 4. Я погано сплю вночі й почуваю сонливість удень. 351 5. Я сплю мало, але встаю бадьорим; сни бачу рідко. 6. Зранку я більш активний, і мені легше працювати, ніж увечері. 7. У мене поганий та неспокійний сон, часто бувають гнітючі сновидіння. 8. Безсоння у мене настає періодично без особливих причин. 9. Я не можу спокійно спати, якщо зранку потрібно встати в певний час. 10. Зранку я встаю бадьорим та енергійним. 11. Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні потрібно буде зробити. 12. Ночами в мене бувають напади страху. 13. Зранку я відчуваю повну байдужість до всього. 14. Я можу вільно регулювати свій сон. 15. Ночами мене особливо переслідують думки про мою хворобу. 16. Уві сні мені бачаться різні хвороби. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **Апетит і ставлення до їжі**

1. Нерідко я соромлюсь їсти при сторонніх людях. 2. У мене хороший апетит. 3. У мене поганий апетит. 4. Я люблю ситно поїсти. 5. Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі. 6. Мені легко можна зіпсувати апетит. 7. Я боюся зіпсованої їжі й завжди перевіряю її свіжість та доброякісність. 8. Їжа мене цікавить передусім як засіб підтримати здоров'я. 9. Я намагаюся притримуватися дієти, яку сам розробив. 10. Їжа не дає мені ніякого задоволення. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **Ставлення до хвороби**

1. Моя хвороба мене лякає. 2. Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде. 3. Намагаюся не думати про свою хворобу й жити безпроблемним життям. 352 4. Моя хвороба найбільше мене пригнічує тим, що люди почали сторонитися мене. 5. Постійно думаю про всі можливі ускладнення, пов'язані з хворобою. 6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна й нічого доброго мене не чекає. 7. Вважаю, що моя хвороба задавлена через неухважність та невміння лікарів. 8. Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують. 9. Намагаюся перебороти хворобу, працювати, як і раніше, і навіть ще більше. 10. Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі. 11. Я здоровий, і хвороби мене не турбують. 12. Моя хвороба протікає досить незвично – не так, як в інших, і тому потребує особливої уваги. 13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерпимим, запальним. 14. Я знаю, за чиєї вини захворів і не пробачу цього ніколи. 15. Я всіма силами намагаюся не піддаватися хворобі. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **Ставлення до лікування**

1. Унікаю будь-якого лікування, маючи надію, що організм сам переборе хворобу, якщо про неї менше думати. 2. Мене лякають труднощі та небезпека,



пов'язані з призначеним лікуванням. 3. Я був би готовий на найважче чи навіть небезпечне лікування, тільки б позбавитися хвороби. 4. Я не вірю в успіх лікування і вважаю його марним. 5. Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у всіх постійно розчаровуюсь. 6. Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію. 7. Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене безкінечні думки про ускладнення та небезпечність, із ними пов'язані. 8. Від лікування мені стає тільки гірше. 9. Ліки та процедури нерідко так незвично діють на мене, що це дивує лікарів. 353 10. Вважаю, що серед застосованих способів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити. 11. Вважаю, що мене лікують неправильно. 12. Я жодного лікування не потребую. 13. Мені набридло безкінечне лікування, хочу лише, щоб мене залишили в спокої. 14. Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми. 15. Мене дратує й озлоблює, коли лікування не дає покращення. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

#### **Ставлення до лікарів та медперсоналу**

1. Найголовнішим у кожному медичному працівникові я вважаю увагу до хворого. 2. Я хотів би лікуватись у відомого лікаря. 3. Вважаю, що захворів, найімовірніше, з вини лікарів. 4. Мені здається, що лікарі мало розуміють у моїй хворобі й тільки роблять вигляд, що лікують. 5. Мені все одно, хто і як мене лікує. 6. Я часто переживаю, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування. 7. Лікарі та медперсонал часто викликають у мене неприязнь. 8. Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, тому що не впевнений в успіхові лікування. 9. Із великою повагою я ставлюся до професії медичного працівника. 10. Я не раз переконувався, що лікарі та медперсонал неуважні й несумлінно виконують свої обов'язки. 11. Я буваю нетерпимим і дратівливим із лікарями і персоналом, а потім шкодую про це. 12. Я здоровий і допомоги лікарів не потребую. 13. Вважаю, що лікарі та медперсонал на мене марно витрачають час. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

#### **Ставлення до рідних та близьких**

1. Я настільки обтяжений думками про мою хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати. 2. Рідним та близьким намагаюся не показувати, який я хворий, щоб не пригнічувати їх. 3. Близькі марно хочуть зробити з мене важкохворого. 354 4. Мене охоплюють думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди. 5. Мої рідні не хочуть зрозуміти важкості моєї хвороби й не співчують моїм стражданням. 6. Близькі не зважають на мою хворобу і хочуть жити у своє задоволення. 7. Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими. 8. Через хворобу втратився будь-який інтерес до справ та хвилювань близьких і рідних. 9. Через хвороби я став тягарем для близьких. 10. Здоровий вигляд та безтурботне життя близьких викликає в мене неприязнь. 11. Я вважаю, що захворів через моїх рідних. 12. Я намагаюсь якнайменше давати привід для незручностей моїм близьким через мою хворобу. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **Ставлення до роботи (навчання)**

1. Хвороба робить мене непридатним працівником (не здатним навчатися). 2. Боюся, що через хворобу я позбавлюся хорошої роботи (доведеться піти з хорошого навчального закладу). 3. Моя робота (навчання) стала (стало) для мене зовсім байдужою (байдужим). 4. Через хворобу мені стало не до роботи (не до навчання). 5. Постійно хвилююся, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не справитись із навчанням). 6. Вважаю, що моя хвороба виникла через те, що робота (навчання) завдала шкоди моєму здоров'ю. 7. На роботі (за місцем навчання) зовсім не зважають на мою хворобу і навіть прискіпуються до мене. 8. Не вважаю, що хвороба може зашкодити моїй роботі (навчанню). 9. Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) якнайменше знали й говорили про мою хворобу. 10. Я думаю, що, незважаючи на хворобу, потрібно продовжувати роботу (навчання). 11. Хвороба зробила мене на роботі (в навчанні) непосидючим та нетерплячим. 12. На роботі (навчанні) я прагну забути про свою хворобу. 355 13. Усі дивуються і захоплюються тим, що я успішно працюю (навчаюся), незважаючи на хворобу. 14. Моє здоров'я не заважає мені працювати (навчатися) там, де я хочу. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **Ставлення до оточуючих**

1. Мені тепер все одно, хто мене оточує і хто біля мене. 2. Мені тільки хочеться, щоб інші люди залишили мене в спокої. 3. Коли я захворів, то всі про мене забули. 4. Здоровий вигляд та життєрадісність інших викликають у мене дратівливість. 5. Я намагаюся, щоб інші люди не помічали моєї хвороби. 6. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з іншими стільки, скільки мені хочеться. 7. Мені хотілося б, щоб інші пізнали на собі, як важко хворіти. 8. Мені здається, що інші стороняться мене через мою хворобу. 9. Інші люди не розуміють моєї хвороби та моїх страждань. 10. Моя хвороба і те, як я її переносю, дивують та вражають інших. 11. З іншими я намагаюся не говорити про мою хворобу. 12. Моє оточення довело мене до хвороби – і я цього не пробачу. 13. Серед інших я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороб. 14. Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати й навіть дратувати мене. 15. Моя хвороба не заважає мені мати друзів. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### **Ставлення до самотності**

1. Надаю перевагу самотності, тому що мені одному стає легше. 2. Я відчуваю, що через хворобу приречений до повної самотності. 3. На самоті я намагаюся знайти якусь цікаву та важливу роботу. 4. На самоті в мене з'являються нерадісні думки про хворобу, ускладнення, можливі страждання. 5. Часто залишаюся наодинці, я швидше заспокоююсь: люди мене почали сильно дратувати. 6. Соромлячись хвороби, я намагаюся усамітнитися від людей, а на самоті скучаю за ними. 7. Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу. 356 8. Мені стало все одно: чи бути серед людей, чи залишатися самотнім. 9. Бажання побути на самоті залежить у мене від обставин та

настрою. 10. Я боюся залишатися на самоті через небезпеку, пов'язану з хворобою. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### Ставлення до майбутнього

1. Хвороба робить моє майбутнє похмури́м та сумним. 2. Моє здоров'я не дає поки що жодних підстав хвилюватися за майбутнє. 3. Я завжди надіюся на щасливе майбутнє, навіть у найсумніших ситуаціях. 4. Не вважаю, що хвороба може істотно відобразитися на моєму майбутньому. 5. Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюся досягти покращення здоров'я в майбутньому. 6. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні). 7. Мені стало байдуже, що буде зі мною в майбутньому. 8. Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє. 9. Я впевнений, що в майбутньому викриються помилки та халатність тих, через кого я захворів. 10. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплюють смуток та дратівливість на інших людей. 11. Через хвороби я дуже тривожуся за своє майбутнє. 0. Жодне з визначень мені не підходить.

### Реєстраційний бланк

П. І. П.

Вік	Стать
Самопочуття	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0
Настрій	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0
Сон та пробудження	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 0
Апетит і ставлення до їжі	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0
Ставлення до хвороби	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0
Ставлення до лікування	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0
Ставлення до лікарів і медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0
Ставлення до рідних та близьких	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0
Ставлення до роботи (навчання)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 0 С
Ставлення до оточуючих	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
Ставлення до самотності	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0
Ставлення до майбутнього	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

Обробка: за кожен збіг вибраної відповіді з нормативної (нормативи подані нижче) нараховується один бал за тим чи іншим типом психічного реагування. Якщо в нормативному трафареті відмічено кілька типів на одну відповідь, то бали нараховуються за всіма ними.

### Нормативний трафарет

Самопочуття	Настрій
1. Т	1. Ф
2. З	2. ННТЯ
3. Г	3. ООС
4. ПП	4. Г
5. І	5. ІЯ
6. Н	6. ТН

7. Т	7. А
8. -	8. -
9. -	9. -
10. ТН	10. П
11. -	11. ТТО
0-	0 -

Сон та пробудження від сну	Апетит та ставлення до їжі
1. -	1. С
2. -	2. ФП
3. ТНО	3.1
4. А	4.-
5. -	5.3
6. -	6.-
7. -	7.І
8. -	8.Р
9. -	9.І
10. -	10.-
11.СС	0.-
12. О	
13. -	
14. -	
15. О	
16. -	
0-	

Ставлення до хвороби	Ставлення до лікування
1.Т	1.-
2.АА	2.-
3.ФФ	3.-
4.С	4.-
5.ОО	5.-
6.І	6.-
7.П	7.-
8.3	8.-
9.РР	9.-
10.І	10.П
11.3	11.П
12.ЯЯ	12.-
13.НН	13.-
14.П	14.Г
15.Г	15.-
0.-	0.3ФР

Ставлення до лікарів та медперсоналу	Ставлення до рідних та близьких
--------------------------------------	---------------------------------

1.Г	1.-
2.І	2.СР
3.П	3.-
4.-	4.-
5.-	5.І
6.-	6.-
7.-	7.Я
8.Я	8.-
9.Г	9.-
10.НП	10.-
11.-	11.-
12.-	12.ГРР
13.-	0.-
14.-	
15.-	
0-	

Ставлення до роботи та навчання	Ставлення до інших
1.А	1.-
2.-	2.-
3.-	3.-
4.-	4.-
5.С	5.-
6.-	6.33
7.О	7.-
8.Ф	8.-
9.Р	9.Я
10.РР	10.-
11.-	11.-
12.-	12.-
13.-	13.-
14.-	14.І
0.-	15.Г
	0.-

Ставлення майбутнього до	Ставлення до самотності до
1.АФ	1.АС
2.3Ф	2.-
3.-	3.-
4.33	4.-
5.ГТ	5.НЯ
6.-	6.-
7.А	7.-
8.ІСЯЯ	8.-
9.П	9.ГФ
10.-	10.СЯ

11.-	11.-
0.-	0.Ф

Інтерпретація: висновок про переважаючий тип психічного реагування на захворювання робиться на основі порівняння отриманих під час обробки даних досліджуваного за всіма типами реагування з мінімальними діагностичними числами. Діагностуються лише ті типи, які виявляються рівними чи переважаючими відповідно до мінімального діагностичного числа.

тип ставлення	Г	Т	І	М	Ф	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Мінімальне діагностичне число													
Показники досліджуваного													

Позначення: Г – гармонійний, Т – тривожний, І – іпохондричний, М – меланхолійний, А – апатичний, Н – неврастенічний, О – obsесивно-фобічний, С – сензетивний, Я – егоцентричний, Ф – ейфорійний, З – анозогностичний, Р – ергопатичний, П – паранояльний.

Система ставлень, пов'язаних із хворобою, може не вклатися в один з описаних типів. Тут може йтися про змішані типи, особливо близькі за картиною (тривожно-obsесивний, ейфорійно-анозогностичний, сенситивно-ергопатичний та ін.). Проте система стосунків може і не скластися в єдиний патерн, тоді жоден із перерахованих типів не може бути діагностований та риси багатьох чи всіх типів можуть бути виявлені більш-менш рівномірно.