

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

УДК 159.923.31:617.7-007.681(043.5)

БУЛАХ ІННА АРСЕНІВНА

**ОСОБЛИВОСТІ РЕСУРСНОЇ СФЕРИ ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ
ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ**

19.00.01 «Загальна психологія, історія психології»
Галузь знань 05 – Соціальні та поведінкові науки / 053 – Психологія
Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

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

Науковий керівник: Псядло Едуард Михайлович, доктор біологічних наук,
професор

Одеса – 2023

АНОТАЦІЇ

Булах І.А. Особливості ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби – Рукопис.

Дисертація на здобуття представлену на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 "Психологія". – Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2023.

Дисертаційна робота присвячена дослідженню та порівнянню особливостей ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби.

Робота містить вступ, три розділи, список використаних джерел, висновки і додатки.

В першому розділі проведено теоретичний аналіз класифікації ресурсів людини та з'ясовано вплив психологічних ресурсів на ставлення та подолання хвороб. Наведено визначення і різноманітні класифікації ресурсів. Зазначено, що ресурси представляють собою засоби та можливості, які допомагають індивіду адаптуватися та справлятися з викликами та стресовими ситуаціями в житті. Вони включають фізичні, психологічні, соціальні та матеріальні елементи, що сприяють збереженню та покращенню якості життя і досягненню поставлених цілей. Захворювання розглядається як стресогенний чинник, що обмежує не тільки фізичні і психічні потреби, а таке, що порушує всі аспекти життя і знижує якість життя. Зазначено, що у хворих виникають підвищені вимоги до адаптаційних ресурсів особистості, стратегій подолання цих потрясінь для реорганізації життєдіяльності. Простежено досвід ставлення до хвороби в науці. Продемонстровано, що у структурі внутрішньої картини хвороби виділяють чотири компоненти: сенситивний, емоційний; раціональний і мотиваційний. Зазначено, що визначено різні стилі подолання хвороби, які в дослідженні можна віднести до ресурсів, внутрішніх (психологічний захист, особистісні якості, емоційний баланс) та зовнішніх (соціальна підтримка та інтенсифікація взаємодій з іншими). Надано визначення внутрішньої картини

хвороби, як комплексу переживань хворого для подолання яких використовуються психологічні ресурси, що сприяє підтримці якості життя хворого. Розглянуто поняття якості життя, як оцінку індивідом власної життєвої ситуації протягом певного періоду часу та його складових (соматичний стан, психологічне благополуччя, соціальні стосунки, фізичний стан). Зазначено, що суб'єктивна, безпосередня оцінка своєї ситуації зацікавленою стороною вважається найважливішим і найдостовірнішим джерелом інформації. Продемонстровано, що якість життя якість життя по-різному бачиться, сприймається та оцінюється, зокрема хворим, членами його родини, медиками. Зауважено, що нормальний зір є важливим елементом здоров'я та якості життя. Порухення зіру входять до десятки найпоширеніших причин погіршення якості життя. Розглянуто вплив ресурсів на перебіг хвороби та зміцнення здоров'я.

В другому розділі надано характеристику хронічному прогресуючому захворюванню очей - глаукомі, яке характеризується ушкодженням зорового нерва та втратою поля зору. Зазначено, що втрата зорових функцій у пацієнтів з глаукомою може впливати на ходьбу, вихід з дому, читання, зір вночі, пристосування до різних рівнів освітлення, оцінку відстаней і бачення об'єктів, що наближаються збоку. Продемонстровано, що страх потенційної втрати зору призводить до завищеної тривожності, ризику розвиненості депресії та суттєво впливає на якість життя. Стверджується, що раннє виявлення глаукоми є життєво важливим завданням клінічного менеджменту для збереження зорових функцій та благополуччя людини. Продемонстровано етапи дослідження і обґрунтування методик для вивчення ресурсної сфери офтальмологічних хворих. Зазначено що в дослідженні прийняло участь 238 досліджуваних. Надано розподіл осіб на групи: респонденти без глаукоми, умовно здорові (n=72) склали групу Норма, респонденти з початковою глаукомою (n=90) та респонденти з другою стадією глаукоми (n=76). Обґрунтовано вибір методик з опорою на класифікацію ресурсів людини (біологічних, психологічних та соціальних).

В третьому розділі показано особливості прояву якості життя у умовно здорових респондентів і респондентів з початковою та з другою стадією глаукоми; встановлено особливості впливу роботи зорових функцій на якість життя респондентів. Простежено особливості внутрішньої картини хвороби у різних групах респондентів за допомогою діагностики переживань, як комплексних явищ, в які включені різні рівні і структури і які об'єднують внутрішній досвід, пов'язаний з внутрішніми станами – депресивними, тривожними, стресовими, ригідними, фрустраційними, агресивними. Показано особливості цілепокладання у досліджуваних. Респонденти групи з початковою стадією глаукоми мають середній рівень спрямованості на досягнення цілей, їх плани все більше не мають реальної опори, повноцінний сенс надають спогади про минуле в ньому вони були більш продуктивними, процес життя стає все менш цікавим, емоційно насиченим та наповненим змістом. Респонденти групи з другою стадією глаукоми задоволені результатами власної самореалізації у минулому, мають низький рівень спрямованості на досягнення цілей, ресурс цілепокладання майже не представлений, вони незадоволені своїм життям у теперішньому, оскільки воно їм здається пустим, неповноцінним та не цікавим, спогади про минуле надають повноцінного сенсу, мають середній рівень локусу контролю-Я і локусу контролю - життя, маскують фаталізм. Виявлені статистичні розбіжності між групами за шкалами Цілі, Процес, Результат, Локус - Я, Локус – Життя. Вивчено особливості ресурсної сфери респондентів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби. З'ясовано моделі ресурсної сфери здорових осіб і осіб з відкритокутовою глаукомою I-II стадії без тяжкої некомпенсованої супутньої патології. З'ясовано моделі ресурсної сфери здорових осіб і осіб з первинною відкритокутовою глаукомою I-II стадії без тяжкої некомпенсованої супутньої патології. В групі умовно здорових встановлено ресурси, що допомагають адаптуватися у середовищі, це неагресивна активність, цілеспрямованість, усвідомленість керованості життя, соціальна підтримка, що збільшує резильєнтність та здатність змінюватися або перемикатися між станами, що існують до контекстуальних вимог. В групі з

початковою стадією глаукоми модель ресурсної сфери представлена на двох полюсах: активності, цілеспрямованості, керованості життя, що зменшують фрустрацію і налаштовують на прийняття та пристосування до хвороби й антіресурси – погана гнучкість і афективна нестабільність, які змушують "застрягати" на почутті збентеження, мати труднощі з перемиканням уваги та когнітивному відключенні, що своєю чергою може бути фактором вразливості до депресії. В групі з другою стадією глаукоми при усвідомленості відчуття незадоволеності роботою зорових функцій (фізіологічний ресурс) поглиблюється стрес, але хворі на психологічному рівні шукають сенс життя - спираються на сенсожиттєві орієнтації, намагаються бути стійкими й активними та маскують симптоми депресії.

Наукова новизна одержаних результатів дисертаційного дослідження полягає у тому, що

вперше встановлено особливості ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби; побудовані моделі ресурсної сфери здорових осіб і осіб з глаукомою I-II стадії;

уточнено визначення внутрішньої картини хвороби, як комплексу переживань хворого для подолання яких використовуються психологічні ресурси, що сприяє підтримці якості життя хворого;

азначено, що відсутність провідної часової перспективи у хворих з другою стадією глаукоми опосередковано свідчить про депресивні симптоми на когнітивному рівні, що кореспондує з встановленою в них маскованою депресією; віднесено пригнічений емоційний стан і ригідність до антіресурсів, що обмежують можливості людини в адаптації до хвороби;

дістало подальшого розвитку: уявлення про ресурсну систему хворих; вплив резильєнтності, сенсожиттєвих орієнтацій, фізичної активності, психосоціальних ресурсів у проживанні хвороби, як травмуючої ситуації життя.

Практичне значення дисертації полягає в тому, що результати дослідження включено у зміст викладання нормативних дисциплін «Загальна

психологія», «Психологія розвитку» та вибіркової дисципліни «Психологічні ресурси особистості» впроваджено в науково - дослідницьку й практичну діяльність факультету психології і соціальної роботи ОНУ імені І.І.Мечникова (довідки «Акт впровадження» № 09-01-2023 від 12.09.2023 року та № 02-01-1436 від 01.11.2023 року).

Перспективами подальших досліджень є вивчення особливостей ресурсної сфери у осіб, що є хворими на офтальмологічні онкологічні захворювання.

Ключові слова: резильєнтність, оптимізм, сенсожиттєві орієнтації, життєстійкість, часова перспектива, майбутнє, психологічний стрес, тривога, депресія, глаукома, психологічні ресурси, якість життя, благополуччя.

SUMMARY

Bulakh I.A. Features of the resource sphere of patients at different stages of formation of the internal picture of the disease - Manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 053 "Psychology." - I. I. Mechnikov Odesa National University, 2023.

The dissertation is devoted to the study and comparison of the features of the resource sphere of patients at different stages of the formation of the internal picture of the disease.

The work consists of an introduction, three chapters, a list of references, conclusions and annexes.

The first chapter provides a theoretical analysis of the classification of human resources and reveals the impact of psychological resources on attitudes and coping with illness. Definitions and various classifications of resources are given. It is noted that resources are the means and opportunities that help an individual to adapt and cope with challenges and stressful situations in life. They include physical, psychological, social and material elements that contribute to maintaining and improving the quality of life and achieving goals. The disease is seen as a stressor that limits not only physical and mental needs, but also disrupts all aspects of life and reduces the quality of life. It is noted that patients have increased demands on the adaptive resources of the individual, strategies for overcoming these shocks to reorganize life. The experience of the attitude to the disease in science is traced. It is

demonstrated that in the structure of the internal picture of the disease there are four components: sensory, emotional, rational and motivational. It is noted that different styles of coping with the disease have been identified, which in the study can be attributed to resources, internal (psychological protection, personal qualities, emotional balance) and external (social support and intensification of interactions with others). The author defines the internal picture of the disease as a complex of experiences of the patient to overcome which psychological resources are used, which helps to maintain the quality of life of the patient. The concept of quality of life is considered as an individual's assessment of his/her own life situation over a certain period of time and its components (somatic state, psychological well-being, social relations, physical condition). It is noted that a subjective, direct assessment of one's situation by a stakeholder is considered to be the most important and reliable source of information. It is demonstrated that the quality of life is seen, perceived and evaluated differently, in particular by the patient, his/her family members, and doctors. It is noted that normal vision is an important element of health and quality of life. Visual impairment is among the ten most common causes of poor quality of life. The influence of resources on the course of the disease and health promotion is considered

The second chapter describes the chronic progressive eye disease glaucoma, which is characterized by damage to the optic nerve and loss of sight. It is noted that the loss of visual function in patients with glaucoma can affect walking, leaving the house, reading, night vision, adjusting to different levels of light, estimating distances and seeing objects approaching from the side. It has been demonstrated that fear of potential vision loss leads to excessive anxiety, risk of depression, and significantly affects quality of life. It is argued that early detection of glaucoma is a vital task of clinical management to preserve visual function and human well-being. The stages of research and substantiation of methods for studying the resource sphere of ophthalmic patients are demonstrated. It is noted that 238 subjects took part in the study. The distribution of people into groups is given: respondents without glaucoma, conditionally healthy (n=72) made up the Norm group, respondents with initial glaucoma (n=90) and respondents with the second stage of glaucoma (n=76). The choice of methods with reference to the classification of human resources (biological, psychological and social) is substantiated.

The third chapter shows the peculiarities of the manifestation of quality of life in relatively healthy respondents and respondents with initial and second stage of glaucoma; the peculiarities of the influence of visual function on the quality of life of respondents are established. The peculiarities of the internal picture of the disease in

different groups of respondents were traced by means of diagnosing experiences as complex phenomena that include different levels and structures and combine internal experiences associated with internal states - depressive, anxious, stressful, rigid, frustrated, aggressive. The peculiarities of goal-setting in the subjects are demonstrated. The respondents of the group with the initial stage of glaucoma have an average level of goal orientation, their plans are increasingly without real support, memories of the past give full meaning to them. They were more productive in the past, the process of life is becoming less interesting, emotionally rich and meaningful. The respondents of the group with the second stage of glaucoma are satisfied with the results of their own self-realization in the past, they have a low level of goal orientation, almost no goal-setting resources, they are dissatisfied with their life in the present, as it seems empty, inferior and uninteresting, memories of the past give full meaning, have an average level of locus of control-Self and locus of control-life, and mask fatalism. Statistical differences between the groups in terms of the Goals, Process, Result, Locus-Self, and Locus-Life scales were found. The peculiarities of the respondents' resource sphere at different stages of the internal picture of the disease are studied. The models of the resource sphere of healthy individuals and individuals with open-angle glaucoma of stage I-II without severe uncompensated concomitant pathology were found. The models of the resource sphere of healthy individuals and individuals with primary open-angle glaucoma of stage I-II without severe uncompensated concomitant pathology were determined.

In the group of relatively healthy people, resources that help to adapt to the environment were identified: non-aggressive activity, purposefulness, awareness of life management, social support, which increases resilience and the ability to change or switch between states that exist to meet contextual requirements. In the group with the initial stage of glaucoma, the resource model is represented by two poles: activity, purposefulness, and controllability of life, which reduce frustration and set up acceptance and adaptation to the disease, and anti-resources - poor flexibility and affective instability, which make you "get stuck" on feelings of embarrassment, have difficulty switching attention and cognitive disconnection, which in turn can be a factor of vulnerability to depression. In the group with the second stage of glaucoma, when the feeling of dissatisfaction with the visual functions (physiological resource) is realized, stress deepens, but patients on the psychological level are looking for the meaning of life - relying on sense-life orientations, trying to be resilient and active and masking symptoms of depression.

The scientific novelty of the results of the dissertation research is that

for the first time, the peculiarities of the resource sphere of patients at different stages of the formation of the internal picture of the disease were established; models of the resource sphere of healthy individuals and individuals with glaucoma of stages I-II were built; the definition of the internal picture of the disease as a complex of patient's experiences to overcome which psychological resources are used, which helps to maintain the quality of life of the patient, is clarified; it is noted that the absence of a leading time perspective in patients with second stage glaucoma indirectly indicates depressive symptoms at the cognitive level, which corresponds to the masked depression established in them; depressed emotional state and rigidity are attributed to anti-resources that limit a person's ability to adapt to the disease; further developed: the idea of the resource system of patients; the impact of resilience, meaningful life orientations, physical activity, psychosocial resources in living with an illness as a traumatic life situation.

The practical significance of the dissertation is that the results of the study are included in the content of the normative disciplines teaching "General Psychology", "Developmental Psychology" and the elective discipline "Psychological Resources of the Personality" and implemented in the research and practical activities of the Faculty of Psychology and Social Work of the I. I. Mechnikov ONU (certificate "Act of Implementation" № 09-01-2023 of 12.09.2023 та № 02-01-1436 of 01.11.2023 року).

Prospects for further research are to study the peculiarities of the resource sphere in people with ophthalmic oncological diseases.

Key words: resilience, optimism, meaningful life orientations, resilience, time perspective, future, psychological stress, anxiety, depression, glaucoma, psychological resources, quality of life, well-being.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях з психології, включених до переліку, затверджених МОН України:

1. Булах І.А. Ресурсні компоненти особистості на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби. Габітус № 47, 2023, С.45-50.
2. Булах І.А. Чернілевська-Ісайко О.В. Взаємозв'язок ресурсів особистості Наукові інновації та передові технології, Серія Психологія, Випуск № 13(27), 2023, С. 923-932. [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-13\(27\)](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2023-13(27))
3. Псядло Е. М., Булах І. А., Смокова Л.С. Індивідуально-психологічні, особистісні і професійні особливості представників лікарської

професії // Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології» Запорізького національного університету, 2020 № 17, С. 124 – 132.

Статті в зарубіжних наукових періодичних виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз даних:

1. Бірон Б.В., Булах І.А., Волкова О.О., Ольховський Д.Ф., Родін В.С. Психологічне тестування осіб у стресових ситуаціях: установки на процедуру та сприйняття візуальних стимулів. Офтальмологічний журнал. 2022. № 5 (508). С. 75-80. Scopus

Публікації апробаційного характеру

2. Булах І.А. Психологічний портрет лікаря і специфіка його відносин з хворим // Актуальні проблеми психічного та психологічного здоров'я: збірник матеріалів міжнародної наук.-практ. конф., м. Одеса, ОНУ, 26-27 квітня 2019 р. Одеса : ОНУ ім. І. І. Мечникова, 2019. С. 190 – 194.

3. Булах І.А. Психологічні аспекти в реабілітації офтальмологічних пацієнтів // Психологічне і соціальне благополуччя особистості та населення в умовах пандемії Covid-19: теорія і практика: Збірник матеріалів наук. – практ. інтернет-конф., м. Одеса, ОНУ імені І.І.Мечникова, 9 квітня 2021 р. / Редкол.: Л.М. Дунаєва, О.І. Кононенко, Л.С. Смокова, А.Х. Гудімова. Одеса: ОНУ, 2021. С. 93-97.

4. Булах І.А., Псядло Е.М. Сучасні аспекти медико-психологічної допомоги пацієнтам із обмеженим або втраченим зором // Актуальні питання психології у сучасному інноваційному просторі: Збірник матеріалів міжнародної наук. – практ. конф., м. Одеса, ОНМУ, 14-15 травня 2021р. Одеса: ОНМУ, 2021.

5. Butska L, Bulakh I., Malyna O. Current trends of inclusive practices in persons suffering with pain syndromes and under the action of high stress loads // DIGITAL TRANSFORMATION OF SOCIETY: THEORETICAL AND APPLIED APPROACHES (Ed. by M. Wierzbik-Strońska and O. Nestorenko) Series of monographs Faculty of Architecture, Civil Engineering and Applied Arts. University of Technology, Katowice Publishing House of University of Technology, Katowice, 2021. 661p. P. 524 -534.

ЗМІСТ

| | |
|--|------------|
| ВСТУП..... | 12 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ РЕСУРСНОЇ СФЕРИ ЛЮДИНИ, ЩО СПРИЯЄ ЯКОСТІ ЖИТТЯ..... | 18 |
| 1.1. Проблема класифікації ресурсів у психологічній науці..... | 18 |
| 1.2. Внутрішня картина хвороби як складова якості життя..... | 25 |
| 1.3. Вплив ресурсів на перебіг хвороби та змінення якості життя... Висновки до першого розділу..... | 32 56 |
| РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОСНОВНІ ЕТАПИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕСУРСНОЇ СФЕРИ УМОВНО ЗДОРОВИХ І ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ..... | 58 |
| 2.1. Особливості хворих на глаукому..... | 58 |
| 2.2. Етапи дослідження і обґрунтування методик для вивчення ресурсної сфери офтальмологічних хворих | 62 |
| Висновки до другого розділу..... | 70 |
| РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕСУРСНОЇ СФЕРИ ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ РІЗНИХ ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ..... | 72 |
| 3.1. Особливості якості життя і роботи зорових функцій у різних групах респондентів..... | 72 |
| 3.2. Особливості внутрішньої картини хвороби у різних групах респондентів..... | 86 |
| 3.3. Особливості представленості психічних ресурсів у умовно здорових респондентів й респондентів з різним ступенем глаукоми..... | 117 |
| 3.4. Статистичний аналіз отриманих даних..... | 158 |
| Висновки до третього розділу..... | 175 |
| ВИСНОВКИ..... | 182 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 184 |
| ДОДАТКИ..... | 200 |

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Глаукома - одне з найпоширеніших захворювань очей, що загрожує роботі зорових функцій. Вона часто асоціюється з підвищеним внутрішньоочним тиском, що може спричинити втрату зору та пошкодження зорових нервів. За статистикою захворювання має значне глобальне поширення - понад 66 мільйонів людей в світі страждають на нього і є другим за величиною причиною постійної сліпоти у всьому світі (L.Katz, W.Steinmann, A.Kabir, J.Molineaux, S.Wizov, G.Marcellino). Діагноз хронічного, незворотного, потенційно сліпого розладу впливає на фізичний, психологічний та соціальний рівні людини та викликає стрес й негативно відображається на самопочутті, психоемоційному стані та якості життя. Таке захворювання потребує залучання усвідомленості, самоконтролю, життєстійкості та інших ресурсів, що впливатимуть на перебіг хвороби та її наслідки для здоров'я.

Вплив хвороби на життєдіяльність людини є у центрі уваги багатьох досліджень, які зосереджувалися на ресурсах, що використовують пацієнти фактично та потенційно (L.Aspinwall, R Tedeschi, S. Schiavone, V.Jaquet, L.Trabace, K. Krause). Згідно з ресурсним підходом, самоконтроль використання та розподілу ресурсів розширює можливості особистості, робить значущі життєві цілі більш досяжними, сприяє стратегії усвідомленого переживання хвороби та управління нею, зберігає незалежність пацієнта і якість його життя протягом більш тривалого періоду часу. Все це підвищує самоцінність людини, робить її самоефективною, що є важливим предиктором психологічного благополуччя (A. Bandura) та такою, що бере на себе відповідальність за свої медичні потреби, повсякденні ролі та обов'язки, а також свої емоції. Використання ресурсів входить до навичок успішного клінічного менеджменту хронічними захворюваннями поряд з розв'язанням проблем, прийняттям рішень, формуванням і довгостроковим підтриманням партнерства між пацієнтом і лікарем, плануванням дій і самоконтролем. Отже, важливим для

досягнення бажаних результатів лікування є реалістичне оцінювання своїх можливостей, що веде до саморегуляції поведінки пов'язаної з адаптацією до хвороби (J.Allegrante, M.Wells, J.Peterson). У зв'язку з цим дослідження особливостей ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби є актуальним.

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

Дисертація є складовою частиною науково-дослідної теми кафедри практичної та клінічної психології Одеського національного університету імені І. І. Мечникова «Соціально-психологічна адаптація та психологічний супровід осіб, зайнятих особливими видами діяльності» (номер державної реєстрації - 0118U001788); затверджена Вченою радою Одеського національного університету імені І. І. Мечникова (приказ № 1 від 30 серпня 2022 року).

Мета дослідження: теоретико - емпіричним шляхом встановити особливості ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби.

Задачі дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз класифікації ресурсів людини та з'ясувати вплив психологічних ресурсів на ставлення та подолання хвороб.
2. Вивчити взаємозв'язок питань формування внутрішньої картини хвороби та якості життя.
3. Дослідити і порівняти ресурсну сферу осіб на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби.
4. З'ясувати моделі ресурсної сфери здорових осіб і осіб з відкритокутовою глаукомою I-II стадії без тяжкої некомпенсованої супутньої патології.

Об'єкт дослідження — ресурсна сфера людини.

Предмет дослідження — особливості ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять такі підходи та концептуальні положення вітчизняної і зарубіжної психології:

системний підхід (Л. фон Берталанфі, С. Максименко, О. Слюсаревський, А. Уйомов, М. Федоренко), діяльнісний підхід (С. Максименко), комплексний підхід (Б. Ананьєв), суб'єктний підхід (Г. Костюк, О. Лактіонов); особистісно-орієнтований підхід до розвитку (Г. Балл, Л.Засєкіна, В. Рибалко, Т. Титаренко, О.Кононенко), ресурсний підхід (Л.Засєкіна, З.Кіреєва, О.Литвиненко, Н.Родіна, О.Штепа, S. Hobfoll, M.Seligman, M.Csikszentmihalyi, S. Kobasa M. Puccetti, R. Lazarus, S. Folkman.).

Методи дослідження. З метою розв'язання дослідницьких задач в роботі використані:

- теоретичні методи (проблемно-логічний метод, індукція, абстрагування, узагальнення, систематизація), що застосовувалися для узагальнення теоретико-методологічних основ;

- методи психологічної діагностики та методи математичної обробки даних (описова статистика, кореляційний аналіз Пірсона, однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), критерій U- Манна - Вітні). Розрахунки виконувалися з використанням пакету прикладних комп'ютерних програм універсальної обробки табличних даних Microsoft Excel XP і пакету статистичного аналізу SPSS for Windows v 22.0).

Метод психологічної діагностики містив: в роботі застосовувалися методики: SF-36 (The Medical Outcomes Study Short Form-36); VF-14, що є зороспецифічним опитувальником; рівень стресу (методика В. Ю. Щербатих); "Шкала депресії" (В.Зунг); рівень реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера; «Діагностика психічних станів» (Г.Айзенк), Test Stroop Effect; CD-RISC-10 (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона); Life Orientation Test – LOT(С.Carver та M.Scheier); ZTPІ (Ф. Зімбардо); Сенсожиттєві орієнтації (адаптована версія тесту «Ціль у житті» (Purpose-in-Life Test, Дж.Крамбо і Л.Махолік) та авторська анкета.

У дослідження було включено 238 осіб, з них умовно здорових (n = 72), з відкритокутовою глаукомою I-II стадії без тяжкої некомпенсованої супутньої патології (n =166). Всім пацієнтам було проведено стандартне офтальмологічне

обстеження, тонометрія ока (прилад Гольдмана), що проводиться для визначення тиску в оболонках рогівки та склер, ця процедура допомагає діагностувати глаукому, а також визначення порога електричної чутливості й лабільності зорово-нервового аналізатора за фосфеном на електричному стимуляторі зорового нерва – Фосфен-2.

Наукова новизна одержаних результатів дисертаційного дослідження полягає у тому, що

вперше встановлено особливості ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби; побудовані моделі ресурсної сфери здорових осіб і осіб з глаукомою I-II стадії;

уточнено визначення внутрішньої картини хвороби, як комплексу переживань хворого для подолання яких використовуються психологічні ресурси, що сприяє підтримці якості життя хворого;

зазначено, що відсутність провідної часової перспективи у хворих з другою стадією глаукоми опосередковано свідчить про депресивні симптоми на когнітивному рівні, що кореспондує з встановленою в них маскованою депресією; віднесено пригнічений емоційний стан і ригідність до антіресурсів, що обмежують можливості людини в адаптації до хвороби;

дістало подальшого розвитку: уявлення про ресурсну систему хворих; вплив резильєнтності, сенсожиттєвих орієнтацій, фізичної активності, психосоціальних ресурсів у проживанні хвороби, як травмуючої ситуації життя.

Практичне значення дисертації полягає в тому, що результати дослідження включено у зміст викладання нормативних дисциплін «Клінічна психологія», «Психологія здоров'я» та вибіркової дисципліни «Психологічні ресурси особистості» впроваджено в науково - дослідницьку й практичну діяльність факультету психології і соціальної роботи ОНУ імені І.І.Мечникова (довідки «Акт впровадження» № 09-01-2023 від 12.09.2023 року та № 02-01-1436 від 01.11.2023 року).

Апробація результатів дослідження. Основні результати дисертації було представлено й обговорено на: Міжнародній науково – практичній конференції «Актуальні питання психології у сучасному інноваційному просторі», м. Одеса, ОНМУ, 14-15 травня 2021р; Міжнародній науково – практичній конференції «Актуальні проблеми психічного та психологічного здоров'я», м. Одеса, ОНУ, 26-27 квітня 2019 р. Науково – практичній інтернет-конференції «Психологічне і соціальне благополуччя особистості та населення в умовах пандемії Covid-19: теорія і практика», ОНУ імені І.І.Мечникова, 9 квітня 2021 р. м. Одеса; конференціях професорсько-викладацького складу ОНУ імені І.І.Мечникова.

Особистий внесок здобувача. Розроблені теоретичні положення й отримані результати дослідження є самостійним внеском автора у вивчення проблеми особливостей ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби. В статтях і тезах внесок І.А.Булах полягає у виявленні і побудовані моделі ресурсної сфери здорових осіб і осіб з глаукомою І-ІІ стадії та складає 70%.

Публікації. Основні положення результатів дослідження викладено у 8 наукових статтях, серед яких 3 статті опубліковано у фахових виданнях, затверджених ДАК МОН України, та – 1 у закордонному виданні, що рецензується у Scopus.

Структура й обсяг роботи. Дисертаційна праця складається зі вступу, трьох розділів, висновків, додатків та списку використаних джерел, який налічує 158 найменування, із яких 96 написано іноземними мовами. Загальний обсяг дисертації складає 203 сторінки. Основний обсяг дисертації викладено на 183 сторінках комп'ютерного набору, наукова робота містить 42 таблиці, 49 рисунки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ РЕСУРСНОЇ СФЕРИ ЛЮДИНИ, ЩО СПРИЯЄ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

1.1. Проблема класифікації ресурсів у психологічній науці

Різноманітні життєві ситуації, з якими стикається людина на своєму життєвому шляху, викликають у неї потребу в адаптації та стимулюють активізацію фізичних та психологічних ресурсів організму. Поняття "ресурси" є міждисциплінарним і широко використовується в різних галузях сучасної науки, де наведено їх детальну класифікацію. Багато вчених з-за кордону зосереджувались на дослідженні психологічних ресурсів та їх впливу на психологічне благополуччя, стресостійкість, адаптацію та інші аспекти психічного функціонування. Декілька відомих дослідників- Р. Лазарус, С. Фолкман, С. Мадді, Б. Фредріксон, М. Чіксентміхаї, С. Хобфолл та М. Селігман вивчали ресурси, що допомагають людям ефективно використовувати механізми психологічного захисту і копінг-стратегій в процесі адаптації до стресу, зберігати психологічне благополуччя, якість життя та досягати резиліентності. Ці вчені спрямовували свої дослідження на вивчення різних ресурсів, включаючи позитивні емоції, психологічний капітал, хардінг та стан потоку, для розуміння того, як вони впливають на життя та саморозвиток людини[108],[114],[71],[99], [133].

Ресурси за поглядами С. Хобфолла[99] представляють собою різноманітні засоби та можливості, які допомагають індивіду адаптуватися та справлятися з викликами та стресовими ситуаціями в житті. Вони можуть включати різноманітні фізичні, психологічні, соціальні та матеріальні елементи, що сприяють збереженню та покращенню якості життя і досягненню поставлених цілей. С. Хобфолл створив теорію збереження ресурсів (COR-теорія). Теорія збереження ресурсів пропонує рамки для розуміння реакцій на

стрес і припускає, що стрес є наслідком обставин, пов'язаних із загрозою або фактичною втратою цінних ресурсів. Більше того, саме бажання захистити, зберегти і здобути ці цінні ресурси мотивує поведінку людини в умовах стресу. Згідно з теорією COR, втрата є більш значущою, ніж здобуток, і втрата породжує втрату. Теорія отримала багато емпіричних підтверджень і є особливо корисною для розуміння взаємозв'язку між стресом і фізичним здоров'ям. Серед загальних принципів COR - теорії можна виділити наступні аспекти[99]:

- люди прагнуть набувати, зберігати та захищати ресурси, оскільки вони є цінними для їх благополуччя. Стресові події або ситуації можуть спричинити втрату або загрозу ресурсів, що, в свою чергу, може негативно позначитися на психологічному та фізичному здоров'ї людини.

- індивіди також прагнуть здобувати нові ресурси для підтримки свого благополуччя та ефективності у впорядкуванні зі стресорами. Здобуток ресурсів відіграє важливу роль у нейтралізації негативного впливу стресу.

- люди інвестують свої ресурси (наприклад, час, енергію, навички) у різні сфери життя, такі як робота, взаємини та особистий розвиток. Інвестування ресурсів є важливим для досягнення цілей та забезпечення почуття задоволення.

- втрата ресурсів може запустити негативну спіраль, яка призводить до подальших втрат ресурсів та збільшення рівня стресу. Це може створити цикл виснаження ресурсів та психологічного напруження.

- ресурси є взаємопов'язаними та часто співвідносяться між собою. Присутність одного ресурсу може призвести до здобуття інших ресурсів, створюючи так званий "караван ресурсів", який сприяє благополуччю.

- індивіди мають мотивацію захищати та зберігати свої ресурси, щоб уникнути втрати ресурсів та зберегти своє загальне функціонування та психологічне здоров'я[99].

Узагальнюючи, COR - теорія пропонує фундаментальні уявлення, на яких ґрунтуються дослідження щодо подолання хронічних захворювань, медичних наслідків стихійних лих та довготривалих наслідків професійного

вигорання. Вчені вважають, що теорія COR може виявитися особливо корисною для розуміння караванів ресурсів, пов'язаних зі здоров'ям, тобто механізмів, за допомогою яких фактори ризику і стійкості об'єднуються разом і впливають на здоров'я.

Ресурси у поглядах Д. О. Леонтєва це засоби, наявність та достатність яких сприяє досягненню цілей та підтримці благополуччя, а відсутність чи недостатність ускладнює ситуацію. О. І. Расказова розуміє ресурси як систему сенсів, переконань та диспозицій, на які людина може спиратись [цит за 19]. Ресурси, згідно з визначенням В. О. Бодрова, є регуляцією різних форм активності людини, які виступають як функціональний потенціал, що забезпечує високий рівень реалізації активності, виконання трудових завдань та досягнення запланованих показників протягом певного часу. У контексті розвитку теорії психологічного стресу, ресурс, за В. О. Бодровим, виступає як фізичні та духовні можливості людини, активізація яких допомагає виконати її програму та стратегію поведінки для запобігання стресу [цит за 19].

Г. Сельє розрізняв два види ресурсів – поверхневу і глибинну адаптаційні енергії. Поверхнева енергія відновлювальна і зачіпає внутрішні гомеостатичні механізми. Глибинні адаптаційні енергії відносяться до структурних складових особистості [цит. за 45].

О. Кузнецов, О. Платковська, розглядають психологічні ресурсу як внутрішні й зовнішні змінні, що сприяють психологічній стійкості у стресогенних ситуаціях; це емоційні, мотиваційно-вольові, когнітивні та поведінкові конструкти, які людина актуалізує для адаптації до стресогенних і складних життєвих ситуацій, це інструменти, які використовуються для трансформації взаємодії зі стресовою ситуацією [28].

Основні ресурси людини за М. Лаад – розсудливість, позитивні і негативні емоції; спілкування і соціальні зв'язки; уява, хобі, віра в Бога, в себе, в ідею; творчість; аналіз подій, планування майбутнього; фізична активність і фізичне розслаблення [30].

Згідно з поглядами Н.В. Родіної, ресурсний підхід акцентує увагу на процесі "розподілу ресурсів", що пояснює те, як деяким людям вдається зберігати здоров'я та адаптуватися, незважаючи на різноманітні життєві обставини [45]. Взагалі основні засади ресурсного підходу відображають акцент на розвитку та використанні ресурсів особистості, її компетенцій, здібностей та знань. Ресурсний підхід вивчає активність особистості в адаптації до різних життєвих ситуацій, а також сприяє виявленню її потенціалу та досягненню заданих цілей. Розвиток ресурсів визначається у контексті природних нахилів та інтересів особистості, а також спрямовується на підтримку здоров'я та загального благополуччя. Ресурсний підхід має міждисциплінарний характер і може бути застосований у різних галузях науки, зосереджуючись на оптимізації функціонування та досягненні якісного життя.

Психологічні ресурси класифікують за різними категоріями, залежно від їхньої природи та впливу на самопочуття та здатність справлятися з труднощами у людей:

- Емоційні ресурси включають емоційний інтелект, регуляцію емоцій та здатність впізнавати, розуміти та ефективно керувати своїми емоціями. Емоційні ресурси допомагають особистості справлятися зі стресом та підтримувати емоційне благополуччя.
- Когнітивні ресурси охоплюють пізнавальні здібності, навички вирішення проблем, прийняття рішень та стійкість до викликів. Когнітивні ресурси сприяють обробці інформації, адаптації до нових ситуацій та підтримці ментальної ясності.
- Соціальні ресурси включають соціальні підтримуючі мережі, позитивні стосунки та почуття приналежності. Соціальні ресурси надають емоційну та інструментальну підтримку, зменшуючи відчуття ізоляції та поліпшуючи механізми справляння.
- Самоефективність та самовпевненість, що відносять до віри особистості у власні здібності досягати певних цілей, подолання перешкод та віру у власні здібності.

- Оптимізм та позитивний погляд на життя, передбачає позитивний погляд на життя та очікування позитивних результатів у майбутньому. Позитивний погляд на життя сприяє кращому справлянню з викликами та покращенню самопочуття.

- Відчуття сенсу та мети у житті надає особистості мотивацію, напрямок і причину для досягнення особистісного росту та задоволення.

- Резилієнтність це здатність відновлюватися після складних життєвих ситуацій, вчиться на помилках та позитивно адаптуватися до викликів.

- Стратегії копіngu відносяться до різних підходів, які особистість використовує для подолання стресу, труднощів та емоційного дискомфорту. Ефективні стратегії копіngu сприяють психологічному благополуччю.

- Уважність та методи здоров'я тіла і розуму включають практики, такі як медитація, йога та глибокий дихальний тренінг, які сприяють розслабленню, зменшують стрес та поліпшують регуляцію емоцій.

- Особистісні сильні сторони та таланти використання яких може підвищити самовпевненість та сприяти особистісному росту та успіху.

- Особистісний розвиток та зростання: Залучення до навчання, саморефлексії та особистісного розвитку сприяє резилієнтності та здатності адаптуватися.

В класифікації ресурсів, що можуть бути у розпорядженні людини, С. Хобфолла представлено наступні компоненти [99]:

1. Об'єктні ресурси, такі як матеріальні об'єкти та запаси;

2. Ресурси фінансових можливостей, до яких відносяться зайнятість, посада, стаж тощо;

3. Особистісні ресурси, які включають ключові навички та особисті риси. У широкому сенсі під особистісними ресурсами Diener, Fujita розуміють індивідуально-психологічні особливості, які пов'язані з успішнішим здійсненням різних видів діяльності і більш високим рівнем психологічного

благополуччя [78]. Особистісні ресурси - це індивідуальні активи, здібності та характеристики, якими володіє людина, і які можуть бути використані для подолання життєвих викликів, досягнення цілей та покращення добробуту. Ці ресурси є унікальними для кожної людини і сприяють її здатності адаптуватися, процвітати та зберігати життєстійкість у різних життєвих ситуаціях. Особисті ресурси можуть включати: Самоефективність, Впевненість у собі, Емоційний інтелект, Оптимізм, Стійкість, Стратегії подолання, Соціальна підтримка, Відчуття сенсу та мети, Особисті сильні сторони і таланти, Ментальна гнучкість, Уважність, Навички вирішення проблем[20].

Особисті ресурси є динамічними і можуть розвиватися та підсилюватися через досвід, навчання та зусилля.

4. Енергетичні ресурси, до яких можна віднести знання, кредит, гроші

Д.О. Леонтьєв пропонував таку класифікацію ресурсів, що включає три основні категорії: фізіологічні, психологічні та соціальні [цит. за 19]. Фізіологічні ресурси включають загальний стан здоров'я та тип нервової системи, які впливають на фізіологічну адаптацію до стресу. Психологічні ресурси поділені на кілька груп: а) ресурси стійкості, б) ресурси саморегуляції, в) мотиваційні ресурси, г) інструментальні ресурси. Ресурси стійкості є найбільш надійним захистом від складних життєвих обставин. Ресурси саморегуляції можуть компенсувати дефіцит ресурсів стійкості у екстремальних ситуаціях і включають ціннісно-сенсові ресурси, стійку самооцінку та внутрішнє право на активність та прийняття рішень. Наявність ціннісно-сенсових ресурсів надає особистості відчуття опору та впевненості у собі. Мотиваційні ресурси включають сенси, цінності, життєві цілі та можливості, що сприймаються, і забезпечують енергетичне забезпечення дій індивіда у подоланні стресових ситуацій. Інструментальні ресурси складаються з набутих інструментальних навичок і компетенцій, а також стереотипних тактик реагування на різні ситуації (у тому числі психологічних захистів або механізмів подолання)[цит. за 19]. Соціальні ресурси виникають у взаємодії з іншими людьми (зокрема, соціальна підтримка).

О.М. Карпінська внесла пропозиції і обгрантувала удосконалення класифікації ресурсів. Дослідниця вважає, що людина є складною системою, що самоорганізується і є комплексом взаємодіючих частин, які в своїй єдності утворюють певну цілісність. Ресурси це теж система, тому досягнення функціонування системи в цілому, на думку О.М.Карпінської, розкривається через аналіз кожного елемента. Отже класифікацію ресурсів необхідно будувати згідно фізіологічному, психологічному, соціальному та духовному рівням вивчення людини. Але чітке однозначне співвіднесення класу/виду ресурсу з індивідуально-особистісною характеристикою у більшості випадків неможливо, оскільки деякі особистісні змінні проявляють себе як ресурси різних рівнів. Наприклад, життєстійкість та оптимізм є ресурсами стійкості, а також й ресурсами саморегуляції; до особистісних ресурсів відноситься час, як невідновлюваний і обмежений ресурс (З.Кіреєва) і часова перспектива, як мотиваційний ресурс, що визначає світовідчуття, прийняття минулого, розуміння теперішнього, стан планів на майбутнє [16].

З.О.Кіреєва на основі вивчення ресурсів людей під час війни відзначила вагомість інформаційного ресурсу. Вчена зазначила, що найбільш доступними внутрішніми ресурсами людини під час війни є оптимізм, резильєнтність, віра, цілепокладання, зовнішніми – інформаційний ресурс. Останній статистично значимо збільшується у 41-55 річних досліджуваних ($p < 0,007$) протягом року. Особи різного віку на початку і через рік після повномасштабного вторгнення адаптуючись до екстремальних і небезпечних обставин теперішнього, вибудовують стратегію діяльності [39].

Таким чином, наведено визначення і різноманітні класифікації ресурсів. Зазначено, що ресурси представляють собою засоби та можливості, які допомагають індивіду адаптуватися та справлятися з викликами та стресовими ситуаціями в житті. Вони включають фізичні, психологічні, соціальні та матеріальні елементи, що сприяють збереженню та покращенню якості життя і досягненню поставлених цілей. Такий розподіл ресурсів буде використаний в емпіричній частині та в обґрунтуванні обрання психодіагностичного матеріалу.

1.2. Внутрішня картина хвороби як складова якості життя

В особистісно-ситуаційному підході ситуація є результатом активної взаємодії між людиною та умовами її існування. Поведінка індивіда відображається й зумовлена суб'єктивним сприйняттям і розумінням ситуації, а також ставленням до неї, а не обмежується лише об'єктивними аспектами самої ситуації. Захворювання можна вважати стресогенним чинником, ситуацією фрустрації (людина виявляє свої фізичні і психічні обмеження, що перешкоджають задоволенню його потреб), критичною/складною ситуацією в житті людини (змінюється система цінностей і сенс власного життя, уявлення про стан здоров'я, про себе, способи життєдіяльності. Отже, хвороба розглядується людиною як складна ситуація, що порушує всі аспекти життя (Л.Бурлачук, В.О. Ананьєв, Ф.Василюк, С.Духновський) [5]. Емоційне потрясіння може ускладнити роботу або мислення і навіть призвести до розладів настрою, таких як тривога і депресія. Така об'єктивно несприятлива для людини ситуація, заломлюючись суб'єктивно, призводить до негативних емоційних і поведінкових змін. У хворих виникають підвищені вимоги до адаптаційних ресурсів особистості, стратегій подолання цих потрясінь для реорганізації свого життя. Г.О. Поладко зазначає, що збірність компонентів, які пацієнт переживає стосовно свого стану хвороби, включає різноманітні специфічні реакції, які впливають на його важливі сфери життєдіяльності і якість життя[41]. Вчений стверджує, що поява серйозного соматичного захворювання є значущим стресором, який ставить на випробування адаптаційні ресурси організму. Т. Мілон зауважує, що адаптація до нових умов-переживання хвороби може бути навантаженням для психічного та фізичного стану особистості, що знизить якість життя.

Соціологія, соціальна антропологія, психологія та громадська охорона здоров'я сприяли вивченню досвіду переживання хвороби - теми, яка вийшла за межі академічних дисциплін. Так, в закордонних дослідженнях з 1951 року

існувала концепція Т. Парсонса щодо хвороби як соціального феномену. Підхід Парсона був заснований на взаємодії між індивідуальними особливостями людини та соціальними структурами, у яких вона існує. За концепцією Парсонса, хвороба виступає як дисфункція в системі соціальної дії, викликана порушеннями у фізіології або психології індивіда. Він виділяє дві основні функції хвороби[120]:

1. Захисна функція. Хвороба може служити як засіб адаптації до стресових ситуацій чи негативних стимулів. Вона дозволяє людині звернути увагу на свій стан і взаємодіяти з оточуючими таким чином, щоб отримати підтримку та допомогу.

2. Регулююча функція: Хвороба може виконувати роль контролю або регуляції поведінки індивіда. Наприклад, через хворобу людина може отримати певний статус хворого, що дозволить їй уникати деяких обов'язків або зобов'язань.

Згодом концепція Парсонса отримала критику за своє спрощене розуміння хвороби та ігнорування більш складних соціокультурних чинників, що впливають на здоров'я та хворобу людини. Далі з 1960-х і 1970-х років соціологи намагалися уточнити і розширити концепцію Парсонса про хворобу і роль хворого в її застосуванні до хронічних захворювань (Berkanovic, Gallagher, Gerson, Gerhardt) [61],[89],[90],[95]. У 1980-х роках проводилися дослідження поведінки, пов'язаної з хворобою, з використанням цих концепцій (Alonzo 1984), але в них враховувалися соціальні та демографічні змінні, а також такі фактори, як стрес, копінг і життєві події (Mechanic, 1995) [118]. Ці дослідження зосереджувалися на детермінантах поведінки під час хвороби та якості життя і розробляли шкали, такі як "шкала оцінки соціальної адаптації", для вимірювання поведінки. Паралельно проводилися соціологічні дослідження того, як люди живуть з такими захворюваннями, як туберкульоз (Pot, 1963), поліомієліт (Девіс, 1963), видима інвалідність (Гоффман, 1963) і як вони ставляться до цього (Глейзер і Штраус, 1965, 1968). У цій сфері переважають дослідження довготривалих хронічних станів.

О.Р. Лурія ввів термін Внутрішня картина хвороби (ВКХ)[цит за 40]. Під ВКХ вчений розумів комплекс переживань хворого, пов'язаних із захворюванням: загальне самопочуття, відчуття, сприйняття, емоції й уявлення про хворобу [цит за 40]. Суб'єктивна сторона захворювання різними авторами позначалася різним чином. А. Гольдшейдер використовує термін «аутопластична картина захворювання», В. М. Мясичев - «ставлення до хвороби», Б.Д. Карвасарський- «свідомість хвороби», Ю.Ф. Лібіх застосовував поняття «концепція хвороби», Н.Д. Лакосіна - «реакція на захворювання». Але найбільш поширеним і загальноприйнятим терміном, що позначає суб'єктивну сторону відображення у свідомості хворого патологічного процесу став термін «внутрішня картина хвороби». У структурі внутрішньої картини хвороби О.Р. Лурія виділів 4 компоненти:

- сенситивний (переживання неприємних відчуттів, локальні болі і розлади);
- емоційний (відображення емоційних переживань у вигляді страхів, тривоги, надії);
- раціональний (певний рівень інтелекту, знання про захворювання)
- мотиваційний або вольовий (включає рівень свідомих цілеспрямованих зусиль, щоб справитись із хворобою, потурбуватися про обстеження та лікування)[цит за 40].

В сучасних дослідженнях В.А.Ташликова здійснюється розгляд внутрішньої картини хвороби як системи психологічної адаптації хворого до своєї хвороби, що базується на використанні механізмів психологічного захисту та подолання. За висновками дослідника, внутрішня картина хвороби формується з метою зменшення інтенсивності негативних емоцій, пов'язаних із хворобою, компенсації почуттів провини, сорому та агресії. В рамках структури внутрішньої картини хвороби В.А.Ташликов виділяє пізнавальний, емоційний та мотиваційно-поведінковий аспекти, що взаємодіють з метою досягнення психологічної регуляції та адаптації до хвороби. Когнітивний компонент

включає знання про хворобу, усвідомлення і розуміння її впливу на життєве функціонування хворого, а також передбачуваний прогноз. Емоційний компонент відображає відчуття та переживання хвороби і всієї пов'язаної з нею ситуації. Поведінковий компонент засвідчує реакції, пов'язані з хворобою, що сприяють адаптації або дезадаптації до неї і формуванню певних стратегій поведінки в життєвих ситуаціях, пов'язаних з хворобою (прийняття або відмова від ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістична установка тощо) [цит. за 40].

Відповідно до своїх відчуттів, емоцій, психічних особливостей кожна людина по-різному ставиться до власної хвороби. Т. Мілон описав вісім стилів подолання хвороби [260, 11]. До першого стилю вчений відніс "інтровертований" стиль, який передбачає емоційну урівноваженість. До другого – включено синтез когнітивних стратегій, спрямованих на відвернення уваги, раціоналізацію, заперечення проблеми. До третього соціальна підтримка, привертання уваги інших людей до себе і своєї хвороби. До наступного стилю відноситься інтенсифікація взаємодій з іншими людьми. П'ятий стиль передбачає зневагу іншими людьми, на тлі стурбованості загрозою своєму статусу і незалежності з боку хвороби. Шостий стиль включає - стиль "сили" (агресивність, домінування, ворожість, відмова від ролі хворого), а сьомий, навпаки є стилем підпорядкування (прийняття ролі слабкого, запобігливість, конформність). Останній стиль самопожертвування, довготерпіння [116]. Таким чином, суб'єктивний компонент подолання хвороби характеризується мірою активності самої особи хворого, її спрямованості, механізмами саморегуляції, її мотиваційно-потребового рівня. В концепції нашої роботи ми ці стилі подолання хвороби можна віднести до ресурсів, внутрішніх (психологічний захист, особистісні якості, емоційний баланс) та зовнішніх (соціальна підтримка та інтенсифікація взаємодій з іншими).

Поняття якість життя (ЯЖ) все частіше розглядається як синонім суб'єктивного благополуччя. Зазвичай під психологічним благополуччям розуміється складний комплекс емоційних переживань: задоволеність життям,

відчуття цілісності, внутрішньої рівноваги. Якість життя включає в себе як афективні, так і когнітивні компоненти. ЯЖ стала більш важливою в охороні здоров'я, оскільки медичне лікування стало здатним подовжувати тривалість життя, іноді за рахунок якості життя, або покращувати якість життя без подовження тривалості життя.

Існує багато визначень щодо якості життя. Якість життя, за визначенням ВООЗ, це сприйняття людиною своєї позиції у житті, у тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту. Якість життя має наступні складові[53]:

- біологічні (фізичне і психологічне здоров'я),
- фізіологічні (задоволення основних біологічних потреб),
- емоційні (гедонія, духовна гармонія, любов, самоповага, самореалізація),
- фінансове благополуччя.

Ретростективно це поняття з'явилося у США після Другої світової війни. Спочатку воно означало "хороше життя" і це була категорія "мати". Поступово концепція еволюціонувала, включивши в себе задоволеність життям, реалізацію своїх потреб і прагнень, тобто поступово перейшла від "мати" до "бути". Зрештою, загальну ЯЖ почали визначати як оцінку індивідом власної життєвої ситуації протягом певного періоду часу (Walden-Gałuszko 1994) [149]. Якість життя, на думку Kiebert[106], є оцінкою людини фрагмента свого життя, яка відбувається між суб'єктом, з одного боку, і факторами, які впливають на нього з боку зовнішнього середовища і внутрішнього середовища (власного організму), з іншого боку. Суб'єктивна, безпосередня оцінка своєї ситуації зацікавленою стороною - сьогодні вважається найважливішим і найдостовірнішим джерелом інформації.

ЯЖ є суб'єктивною і багатовимірною. До факторів, які застосовує людина, оцінюючи якість свого життя належать зовнішні - економічна ситуація,

освіта, місце проживання, робота, сімейні стосунки та соціальні зв'язки і внутрішні – здоров'я, особистісні особливості, тип темпераменту. Найчастіше досліджуються такі чотири виміри ЯЖ:

- соматичний стан,
- психологічне благополуччя,
- соціальні стосунки
- фізичний стан.

Загальноприйнято вважати, що ці чотири виміри є достатніми для опису якості життя (Kiebert 1993) [106]. Але, на думку деяких дослідників, опитувальники насправді не відображають реального рівня ЯЖ (Leplege & Hunt 1997, Dziurawicz-Kozłowska 2002). Це пов'язано з тим, що концепції ЯЖ бракує достатньої точності та загальноприйнятого визначення. Оцінка життєвої ситуації є мінливою і залежить від особистості досліджуваного, яка формується під впливом попереднього досвіду та соціального статусу. Багато дослідників, на думку А.К Isaksson, G. Ahlstrom, L.G Gunnarsson[101], насправді вимірюють поточні здібності і обмеження, зумовлені наслідками захворювання, інші - вивчають суб'єктивне відчуття благополуччя.

О.С.Чабан зазначає, що якість життя по-різному бачиться, сприймається та оцінюється, зокрема хворим, членами його родини, медиками. Хворий бажає бути здоровим, рідні хочуть, аби член їх родини був соціально адаптованим, медики — аби він міг функціонувати з хворобою чи без неї. Якість життя це функція різниці між бажаною і фактичною ситуацією, тобто це суб'єктивне задоволення, яке відчуває людина і яке вона проектує на всі аспекти свого життя (фізичний, психологічний, соціальний і духовний). Незворотне погіршення здоров'я та обмежена мобільність призводять до порушення повсякденної життєдіяльності, а отже, до погіршення якості життя. Різниця між бажаною та фактичною ситуацією зростає, і чим вона більша, тим гірше хворий оцінює якість свого життя. Це пов'язано з тим, що всі види діяльності, які визначають ступінь незалежності, мають прямий і непрямий вплив на те, наскільки пацієнт потребує допомоги інших людей. Якість життя, що пов'язана зі здоров'ям, дає

можливість отримати глибоке розуміння благополуччя окремих пацієнтів або певної групи пацієнтів, а також оцінити переваги або недоліки конкретних медичних процедур. Оцінюючи ЯЖ, отримуємо цінну інформацію про стан здоров'я пацієнтів, включаючи його психосоціальні аспекти, а також про ефективність терапевтичних втручань [53].

Підхід до якості життя в контексті охорони здоров'я передбачає зосередження уваги на більш м'яких психосоціальних аспектах охорони здоров'я порівняно з більш жорсткими біологічними аспектами і прийняття більш цілісного підходу до пацієнта. Вона тісно пов'язана з біопсихосоціальною моделлю, а її інструменти забезпечують оперативне керівництво для психосоціальних потреб, які є важливими для адаптації надання медичної допомоги та покращення обслуговування. Хронічні захворювання, такі як рак, серцева недостатність, ниркова недостатність і ревматологічні захворювання, є найбільш типовими для питання ЯЖ, а в епоху зростання тривалості життя ЯЖ стає все більш актуальною. Нормальний зір є важливим елементом здоров'я та якості життя (ЯЖ). Порушення зору входять до десятки найпоширеніших причин інвалідності в світі і пов'язані як зі скороченням тривалості життя, так і з погіршенням ЯЖ. Більше того, люди похилого віку з вадами зору мають підвищений ризик падінь і переломів, а також депресії. Крім того, люди з порушеннями зору мають підвищений ризик дорожньо-транспортних пригод і частіше припиняють або обмежують водіння автомобіля. Таким чином, люди з порушеннями зору можуть страждати від функціонального та психосоціального тягаря в різних аспектах свого повсякденного життя. Отже, оцінка якості життя на думку C. Hirneiss, A.S Neubauer, U. Welge-Lüssen, K. Eibl, A. Kampik є важливим параметром для оцінки офтальмологічних захворювань[97].

Таким чином, аналіз літератури дає нам підставу визначити, що внутрішня картина хвороби, як комплекс переживань людини є складовою якості життя, при зростанні ступеню складності захворювання, зростають негативні переживання людини, посилюється стрес, збільшується тривога і

фрустрація і зменшується його якість життя. Ми визначаємо внутрішню картину хвороби як комплекс переживань хворого для подолання яких використовуються психологічні ресурси, що сприяє підтримці якості життя хворого.

1.3. Вплив ресурсів на перебіг хвороби та змінення якості життя.

Психологічні фактори та ресурси можуть відігравати значну роль як у сприянні одужанню після хвороби, так і у збереженні або погіршенні стану здоров'я. Ось деякі психологічні фактори та ресурси, які можуть впливати на результати здоров'я:

Резильєнтність - це здатність оговтуватися і позитивно адаптуватися до негараздів, стресу або хвороби. Люди з вищим рівнем життєстійкості мають більше шансів ефективно впоратися з проблемами зі здоров'ям і одужати від хвороб.

Соціальна підтримка: Наявність сильної системи соціальної підтримки, включаючи сім'ю, друзів і громаду, може забезпечити емоційну, практичну та інструментальну підтримку під час хвороби і допомогти в процесі одужання.

Стратегії подолання: Ефективні стратегії подолання, такі як вирішення проблем, позитивне переосмислення та прийняття, можуть допомогти людям впоратися з емоційними та фізичними труднощами, пов'язаними з хворобою, і сприяти одужанню.

Самоефективність: Самоефективність - це віра людини у свою здатність успішно виконувати завдання та долати труднощі. Вищий рівень самоефективності асоціюється з кращим дотриманням планів лікування та проактивною поведінкою щодо здоров'я.

Оптимізм і позитивний погляд на життя: Оптимістично налаштовані люди, як правило, мають кращі показники здоров'я, оскільки їхній позитивний світогляд може сприяти зниженню рівня стресу та підвищенню життєстійкості.

Емоційний добробут: Позитивне емоційне самопочуття та менша поширеність негативних емоцій, таких як депресія та тривога, пов'язані з кращим станом здоров'я та швидшим процесом одужання.

Медична грамотність: Розуміння медичної інформації та вміння орієнтуватися в системі охорони здоров'я може допомогти людям приймати обґрунтовані рішення щодо свого здоров'я та ефективно дотримуватися планів лікування.

З іншого боку, певні психологічні фактори можуть сприяти персистенції або загостренню хвороби:

Стрес: Хронічний стрес може послабити імунну систему, що робить людину більш вразливою до хвороб і перешкоджає процесу одужання.

Неадаптивне подолання: Використання нездорових механізмів подолання, таких як зловживання психоактивними речовинами або уникнення, може перешкоджати одужанню та загострювати проблеми зі здоров'ям.

Негативні переконання щодо здоров'я: Негативні переконання щодо здоров'я або песимістичний погляд на здоров'я можуть призвести до поганого дотримання планів лікування та перешкоджати одужанню.

Брак соціальної підтримки: Відсутність підтримуючих стосунків може сприяти виникненню почуття ізоляції та перешкоджати одужанню.

Психологічні розлади: Неліковані психологічні розлади, такі як депресія або тривога, можуть негативно впливати на фізичне здоров'я та здатність ефективно справлятися з хворобою.

Розглянемо деякі ресурси, що суттєво впливають на стан здоров'я, докладніше.

Резильєнтність - це фундаментальний людський ресурс, який відіграє вирішальну роль у здатності людини адаптуватися, справлятися та відновлюватися після негараздів і складних життєвих обставин. Американська психологічна асоціація (АПА) визначає резильєнтність як "процес успішної адаптації до негараздів, травм, трагедій, загроз або значних джерел стресу - таких як проблеми в сім'ї та стосунках, серйозні проблеми зі здоров'ям або стрес

на робочому місці чи фінансовий стрес"[19]. Резильєнтність є звичайним, а не надзвичайним явищем, АРА позиціонує резильєнтність як частину нормальної траєкторії людини, яка стикається з несприятливими обставинами, водночас визнаючи, що цей процес може бути пов'язаний зі значним емоційним дистресом. "У будь-якому випадку, життєстійкість - це не риса, яку люди мають або не мають. Вона включає поведінку, думки та дії, яких може навчитися та розвинути будь-хто" Як людський ресурс, резильєнтність - охоплює різні психологічні, емоційні та когнітивні процеси, які дозволяють людям долати складні ситуації та зберігати позитивний погляд на життя. Це не фіксована риса, а скоріше динамічна навичка, яку можна розвивати і зміцнювати з часом. Розвитку резильєнтності як людського ресурсу сприяють кілька факторів. Ці фактори можуть включати сприятливе середовище, міцні соціальні зв'язки, позитивні переконання та стратегії подолання труднощів, а також здатність знаходити сенс і мету в життєвих випробуваннях. Резильєнтність діє як захисний фактор, зменшуючи негативний вплив стресу та негараздів на психічне здоров'я та загальне благополуччя. Люди з вищим рівнем життєстійкості, як правило, відчують менше негативних психологічних наслідків і мають більшу здатність долати перешкоди та досягати своїх цілей. Зарубіжні вчені підкреслюють важливість психологічних втручань і терапевтичних підходів, спрямованих на підвищення резильєнтності, особливо для тих, хто зіткнувся з травмою, втратою або хронічним стресом. Розвиваючи життєстійкість, люди можуть краще справлятися зі стресом, розвивати позитивне мислення та сприяти загальному благополуччю [117],[124],[127],[129].

Багато дослідників, які працюють в різних наукових галузях, зосереджують свою увагу на вивченні резильєнтності. Це міждисциплінарне дослідження, що включає психологію, соціологію, медицину, педагогіку та інші галузі. Зокрема, такі вчені як G. Vaillant[148], A. Masten[117], M. Rutter[128], N. Garmezy[96] та E. Werner[152] досліджували роль резильєнтності в адаптації людини до стресу, травми та негативних умов. Вони зосереджувалися на

дослідженні резильєнтних якостей та процесів, які допомагають особам ефективно впоратися з викликами, що стикаються в їхньому житті. Ці дослідники робили вагомий внесок у розуміння ролі резильєнтності в забезпеченні психологічної стійкості та збереженні благополуччя людини. Вивчення резильєнтності продовжується та розширюється, щоб краще розуміти цей важливий аспект людського функціонування. Наукове дослідження резильєнтності, проведене G. A. Bonanno[63] та його колегами, зосереджується на вивченні реакцій людей на травматичні події і стресові ситуації. G. A. Bonanno називає резильєнтністю здорове функціонування після сильно несприятливих подій. Дослідження G. A. Bonanno зосереджені на посттравматичному зростанні, як люди можуть відчувати позитивні зміни та зростання після травматичних подій, які фактори сприяють посттравматичному зростанню і як це може впливати на психологічний стан людини а також на індивідуальних реакціях на стрес. G. Bonanno вивчає, чому деякі люди виявляють високу резильєнтність і вдаються до ефективних стратегій подолання стресу, тоді як інші можуть відчувати більш негативні наслідки. Він досліджує, які особистісні та соціальні фактори впливають на реакції людей на стресові ситуації. S. Bonanno досліджував вплив підтримки оточуючих та наявних ресурсів на здатність людини долати стресові ситуації. Дослідження S. Bonanno є важливими для розуміння того, як люди реагують на стрес та травматичні події і як можливо зміцнити їх резильєнтність та підтримати позитивні адаптаційні процеси[63].

До найбільш відомих моделей резильєнтності, які допомагають пояснити та зрозуміти процеси та фактори, що беруть участь у розбудові та підтримці людини відносять модель резильєнтності, що розроблена М. Селігманом[133] та його колегами яка фокусується на когнітивно-поведінкових методах підвищення резильєнтності. Вона включає стратегії боротьби з негативними думками, формування позитивних емоцій та покращення навичок вирішення проблем. Н. Хендерсон запропонував модель чотирьох "С", визначає чотири ключові компоненти: Компетентність (навички

та вміння), Впевненість (самооцінка та самоєфективність), Зв'язок (соціальна підтримка) та Характер (стратегії подолання та моральний компас). А. Hart and D. Blincow розробили модель «Колесо резильєнтності», в якій стійкість є динамічним процесом, що включає різні виміри, такі як фізичні, емоційні, когнітивні та соціальні ресурси. В моделі підкреслюється взаємодія між цими вимірами для зміцнення резильєнтності[98]. А. Masten запропонувала модель стійкості ABC, вона фокусується на трьох основних елементах: Негаразди (виклики, з якими стикаються), Адаптація (подолання та пристосування до викликів) та Активи (індивідуальні та екологічні ресурси). В цій моделі підкреслюється важливість захисних факторів і позитивної адаптації для розбудови стійкості. Динамічна модель резильєнтності (DMR): Запропонована М. Ungar, в ній надається розуміння стійкості в контексті оточення і культури людини. Вона підкреслює взаємодію між особистими ресурсами та ресурсами навколишнього середовища у формуванні життєстійкості. Існує також біопсихосоціальна модель життєстійкості: Ця модель розглядає біологічні, психологічні та соціальні фактори, які сприяють життєстійкості. Вона визнає роль генетики, особистісних рис, стратегій подолання труднощів і соціальної підтримки у підвищенні життєстійкості. До моделей резильєнтності відносять і систему захисних факторів: в ній акцентується увага на захисних факторах у різних сферах, включаючи індивідуальний, сімейний, шкільний та громадський рівні. Вона підкреслює, як ці фактори працюють разом для підтримки резильєнтності. Таким чином, ці та інші, що неперелічені нами моделі дають цінне розуміння складної та багатовимірної природи резильєнтності[117].

В Україні резильєнтність вивчали О. Хамініч[52], Г.Лазос[32], З.Кіреєва[19], О.Односталко[18], Б.Бірон[18], Л.Засекіна[12]. Г.П. Лазос аналізує становлення та розвиток концепції резильєнтності у зарубіжних вчених та узагальнює їх погляди [32]. За підсумками дослідження Г.П. Лазос, резильєнтність: представляє собою біо-психо-соціальне явище, що охоплює особистісні, міжособистісні та суспільні аспекти життя і є природним результатом різних процесів розвитку протягом певного часу; по-друге,

пов'язана зі здатністю психіки відновлюватися після негативних умов; може розглядатися як певна характеристика особистості, яка притаманна тій або іншій людині, або як динамічний процес; відіграє важливу роль у здатності та формуванні посттравматичного стресового зростання особистості [32]. Попри широкі дослідження резильєнтності конструкт ще не визначеним, а питання про те, чи слід визначати резильєнтність як стан або рису, продовжує залишатися дискусійним. Так, О. Односталко вивчала резильєнтність під час пандемії і визначила резильєнтність як вольовий психічний стан, що забезпечує зв'язаність ресурсів у складних ситуаціях життя і сприяє формуванню відповідної особистісної риси, яка сприяє ефективній адаптації і особистісному росту у подальшому житті

В Україні у 2020 році З.Кіреєва, О.Односталко, Б.Бірон адаптували та апробували психодіагностичну методику CD-RISC-10, що була розроблена Campbell-Sills і Stein на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson[18]. За допомогою цієї методики З.Кіреєва, О.Односталко дослідили рівень резильєнтності в ситуації невизначеності (перша хвиля пандемії і карантину в Україні) і встановили, що низький рівень резильєнтності (як здібності до відновлення) не представлений у групі досліджуваних віком 26-40 років, середній рівень резильєнтності виражений у 67,6 % у групі досліджуваних віком 17-25 років, 66,4 % у групі досліджуваних віком 26-40 років і у 58,5 % старше за 40 років, вище за середній рівень, представлений у 23,3 % юнаків, 19,6 % досліджуваних ранньої дорослості і у 26,8 % старше за 40 років (О. Односталко) [цит за 39, с. 19-20]. Згідно із статистичним U критерієм Манна-Вітні розбіжності існують між юнаками і досліджуваними середньої дорослості ($p < ,000$), між досліджуваними середньої дорослості і ранньої дорослості ($p < ,012$). Треба зазначити, що з віком збільшується резильєнтність жінок та існує 10-13 % осіб з низьким рівнем резильєнтності, яка утруднює процес адаптації. Регресійний аналіз у досліджуваних різного віку продемонстрував, що у юнаків та досліджуваних ранньої дорослості резильєнтність детермінується змінною оптимізм відповідно: $\beta = ,473$, $p < 0,001$,

критерій $F = 12,99$ при $p < 0,000$, константа $= 86,36$ та $\beta = 564$, $p < 0,000$, критерій $F = 32,10$ при $p < 0,000$, константа $= 82,77$. У старших за 40 наступними змінними: оптимізм ($\beta = 576$, $p < 0,000$), стан здоров'я ($\beta = 580$, $p < 0,000$), стурбованість невизначеністю ситуації ($\beta = 298$, $p < 0,007$), стан здоров'я близьких ($\beta = -271$, $p < 0,02$) [цит за 39, с. 19-20]. Отже, у старших за 40 резильєнтність не обмежується позитивними очікуваннями в майбутньому, як у юнаків («все буде добре»). Згідно з дослідженням на початку другої хвилі пандемії і карантину в регресійну модель залежної змінної «резильєнтність» входить змінна: індекс комунікаційної активності ($\beta = -440$, $p < 0,01$), модель пояснює 44 % дисперсії, критерій $F = 7,42$ при $p < 0,01$, константа $= 39,22$. З регресійної моделі видно, що резильєнтність досліджуваних на початку другої хвилі залежить від зменшення їх комунікаційної активності, тобто є усвідомлення, що уникнення/зниження зовнішньої комунікації збільшує захист себе. Такі дослідження дають підставу для наступного висновку, що ресурс резильєнтності у старших за 40 об'єднує минуле (рефлексія минулого досвіду проживання і долання складних ситуацій життя), теперішнє (усвідомлення нових обставин й свого стану здоров'я та трансформація патернів поведінки в складних умовах теперішнього) і майбутнє (наявність позитивних очікувань в майбутньому) [цит за 39, с. 19-20].

Щодо досліджень резильєнтності у людей з різними хворобами, то існують дослідження за наступними напрямками. Дослідження ролі резильєнтності в адаптації пацієнтів з онкологічними хворобами. Відомо, що кожна фаза онкологічного захворювання має глибокий вплив на життя пацієнтів. Резильєнтність та інші ресурси стають особливо важливими, коли людина стикається з серйозним стресором, таким як хвороба, що загрожує життю, наприклад, рак. Вважається, що багато соціально-контекстуальних факторів пов'язані з резильєнтністю онкологічних пацієнтів. К.Сонног говорить про характеристики, що стосуються сильних сторін і позитивних аспектів душевного стану людини [72]. На всіх етапах розвитку онкологічного захворювання резильєнтність формується на основі попередніх базових характеристик, таких як соціально-демографічні та особистісні ресурси

(наприклад, соціальна підтримка, надія, оптимізм); механізмів адаптації, таких як подолання труднощів і досвід отримання медичної допомоги (наприклад, стосунки з медичними працівниками); і психосоціальних результатів, таких як ПТГ і якість життя. Знання про те, як особистісні та соціально-контекстуальні ресурси можуть перешкоджати стійкості до раку, має клінічне значення і може дати уявлення про довгострокові результати лікування онкологічних пацієнтів. Отже резильєнтність є важливою сферою для онкохворих, оскільки вона може забезпечити захист від негативного впливу стресу, зменшуючи або поглинаючи шок від діагнозу раку, вплив несприятливих подій і пов'язаних з ними життєвих змін, і, таким чином, покращуючи психічне здоров'я та результати лікування. Зростаюча кількість літератури (W. Duan-Porter, H.J. Cohen, W. Demark-Wahnefried, R. Sloane, J.F. Pendergast, D.C Snyder) [81] переконливо пов'язує резильєнтність як у хворих на рак, так і у тих, хто вижив, з кращою адаптацією до раку, вищою якістю життя і кращим психічним здоров'ям та результатами лікування[81]. Зокрема, в дослідженні A .Schumacher, C. Sauerland, G. Silling, W.E. Berdel, M. Stelljes [140] присвяченому вивченню резильєнтності у онкологічних пацієнтів, які перенесли трансплантацію аlogenних стовбурових клітин, пацієнти з високим рівнем життєстійкості повідомили про меншу тривожність і депресію; вищий рівень фізичного, емоційного та соціального функціонування; і кращу якість життя, ніж пацієнти з низьким рівнем резильєнтності [140]. На противагу цьому, онкохворі, які повідомили про нижчий рівень резильєнтності, страждали від більшого дистресу, депресії (Z.J Ye, Z. Zhang, Y. Tang, J .Liang, Z .Sun, X.Y Zhang) [153] і пов'язаної з раком втоми (G Zou, Y .Li, R .Xu, P.Li)[156], а також демонстрували гіршу соціальну адаптацію після постановки діагнозу (W.W. Lam, Y.T Shing, G.A. Bonanno, A.D. Mancini, R.Fielding) [110]. Подібні результати спостерігалися і в тих, хто вижив після раку. Наприклад, жінки з низькою резильєнтністю, які страждали на ранніх стадіях раку молочної залози, виявляли більший дистрес і гіршу психосоціальну адаптацію через 6 років (W.W. Lam, Y.T Shing, G.A. Bonanno, A.D. Mancini, R.Fielding)[110]. В дослідженні W. Duan-Porter, H.J. Cohen, W.

Demark-Wahnefried, R. Sloane, J.F. Pendergast, D.C Snyder, в якому брали участь люди старшого віку (≥ 65 років), які пережили рак, пацієнти з високими показниками життєстійкості продемонстрували вищий рівень фізичного функціонування [81]. В більшості досліджень резильєнтність є важливим фактором захисту від психологічного дистресу і, відповідно, тісно пов'язана з психічним здоров'ям. Біологічні (ген - середовище), особистісні (наприклад, відчуття цілісності, оптимізм і надія) і, що особливо важливо, соціальні (наприклад, соціальна підтримка) фактори сприяють життєстійкості онкохворих і, отже, сприятливим психологічним і пов'язаним з лікуванням результатам.

Останніми роками концепція резильєнтності набула все більшого значення у сфері психічних захворювань як процес позитивної адаптації до такої несприятливої ситуації, як хвороба. У деяких дослідженнях вивчали роль резильєнтності в пацієнтів з різними психічними розладами, такими як депресія, тривожність та посттравматичний стресовий розлад. Вчені аналізували, які фактори резильєнтності можуть сприяти подоланню психічних проблем і збереженню психологічного благополуччя. С.Е Waugh показує, що психічні захворювання зазвичай вказують на те, що пацієнти з депресією та/або тривожними розладами можуть значно страждати через відсутність або низький рівень резильєнтності порівняно з неураженими учасниками [151]. Більше того, дослідження J. Johnson, P.A. Gooding, A.M. Wood, P.J. Taylor, D. Pratt, N.Tarrier показали, що висока життєстійкість знижує ризик самогубства в учасників з шизофренією та афективними розладами, а також позитивно впливає на довгострокове одужання при шизофренії [102]. Дослідження JW Choi, B Cha, J Jang, показало, що нижчий рівень резильєнтності пов'язаний зі збільшенням кількості депресивних епізодів і вищим рівнем імпульсивності в учасників з біполярним розладом [76].

Резильєнтність вивчається і в напрямку важливості для пацієнтів, які стикаються з проблемою хронічного захворювання. Те, як пацієнти набувають або втрачають ресурси життєстійкості під час діагностики, лікування і,

зрештою, виживання хронічного захворювання, привертає все більшу увагу в біо-психо-соціальній медицині. Цікаво, що існує багато різних концепцій резильєнтності, включаючи фізіологічну, психологічну, соціальну та духовну, які включають різноманітні фактори, від поведінкових конструктів, таких як захисні механізми, переконання та особистісні якості, до молекулярних рівнів нейротрофічного фактору головного мозку, нейропептиду Y та окситоцину в ділянках мозку, пов'язаних з емоціями та когнітивними процесами, що лежать в основі психологічної та соціальної стійкості. Деякі дослідження досліджують резильєнтність у пацієнтів з хронічними захворюваннями, такими як з хронічним болем (Orakro et al.), синдромом подразненого кишечника (Funaba et al.; Luo et al.), серцево-судинними захворюваннями (Qiu R. et al.), трансплантації нирки (Hu et al.), ревматоїдного артриту (Shen et al.), та підтримуючим гемодіалізом (Qiu, Huang et al.). Результати, отримані в цих дослідженнях підкреслюють важливість психологічної та соціальної резильєнтності в боротьбі з хронічними захворюваннями, як резильєнтність може впливати на керування хворобою, якість життя та загальний стан здоров'я пацієнтів.

Існує велика кількість літератури про взаємозв'язок між стресом та імунітетом (Cohen, Dantzer; Kelley; Dhabhar; Herbert; Irwin; Marsland; Segerstrom; Stefanski; Dantzer)[73],[74],[75]. В неї продемонстровано, що стрес може впливати на різні аспекти імунної функції і, таким чином, потенційно модулювати стійкість до хвороб. До особливо потужних стресових факторів належать тривалі міжособистісні конфлікти і втрати, економічні проблеми, а також негаразди і травми раннього віку (Cohen et al., 1998). Хоча накопичені дані свідчать про те, що низка психологічних факторів допомагає захистити людей від викликаного стресом дистресу, про потенціал стійкості до буферизації викликаних стресом змін у фізіології, в тому числі імунних реакцій, відомо менше. При обговоренні стійкості та імунітету часто нехтують тим, що взаємозв'язок між стресом та імунітетом не є односпрямованим, оскільки імунні

медіатори можуть впливати на фактори, які сприяють резильєнтності та наслідкам стресу[74].

Існують дослідження резильєнтності у пацієнтів з хворобами імунної системи, наприклад на резильєнтності у пацієнтів з хворобами імунної системи, такими як ВІЛ / СНІД і аутоімунні захворювання. Вони аналізують, як резильєнтність може впливати на імунну відповідь та загальний стан здоров'я пацієнтів. Ці дослідження допомагають розуміти роль резильєнтності в адаптації до різних хвороб і можуть вказати на шляхи для покращення підтримки пацієнтів і збереження їх психологічного благополуччя під час боротьби зі здоров'ям.

У наукових дослідженнях, резильєнтність часто сприймається як синонім життєстійкості. Однак, деякі вчені, такі як А. Siebert і С. Hobfoll, наголошують на їх розбіжностях. Вони вбачають резильєнтність не як особистісну рису, а як стан, що виражає здатність розумно розподіляти та використовувати ресурси у складних ситуаціях, сприяючи підтримці психологічного благополуччя. В контексті успішного подолання стресу, життєстійкість розглядається як ресурс, що допомагає зберігати існуючий рівень функціонування, тоді як резильєнтність більше пов'язана з здатністю зрости понад попередній рівень функціонування, досягаючи посттравматичного зростання.

Життєстійкість це психологічне поняття, що означає здатність ефективно справлятися зі стресом і несприятливими обставинами. Вперше його ввела американська психологиня С. Кобаса в 1970-х роках[105]. Життєстійкість характеризується трьома основними компонентами: Прихильність: Це стосується сильного почуття мети і залучення до діяльності та життєвих цілей. Люди з високим рівнем прихильності глибоко залучені в те, що вони роблять, і мають сильну віру у важливість своїх дій і прагнень. Контроль: Витривалі люди вважають, що вони контролюють власне життя і дії. Вони схильні розглядати виклики і невдачі як можливості для навчання і зростання, а не як нездоланні перешкоди. Виклик: Замість того, щоб розглядати стрес і складні ситуації як загрозу, витривалі люди сприймають їх як виклик і можливість

продемонструвати свої здібності та навички. Вони ставляться до негараздів з позитивним настроєм і більш схильні до проактивних дій, спрямованих на вирішення та подолання труднощів.

Життєстійкість широко вивчалася дослідниками в галузі психології, особливо в контексті стресу та життєстійкості. Численні дослідження вивчали взаємозв'язок між витривалістю та різними аспектами фізичного і психічного благополуччя, а також її роль у подоланні стресу і негараздів. Одним із прикладів є дослідження, проведене Мадді і Кобаса в 1984 році, в якому вивчався зв'язок між витривалістю і реакцією на стрес. Вони виявили, що люди з високим рівнем витривалості демонстрували нижчий рівень фізичних і психологічних симптомів, пов'язаних зі стресом, коли стикалися зі складними життєвими подіями, порівняно з тими, хто мав низький рівень витривалості. Це свідчить про те, що життєстійкість діє як захисний фактор від негативних наслідків стресу.

Крім того, дослідження, проведене Коннором і Девідсоном [72], вивчало роль витривалості в осіб з хронічними захворюваннями. Вони виявили, що люди з хронічними захворюваннями, які мали вищий рівень життєстійкості, повідомляли про кращу психологічну адаптацію та якість життя, незважаючи на виклики, пов'язані з їхніми захворюваннями.

Р. Т. Bartone, J. J. Valdes, A. Sandvik, & S. W. Hystad (2013) вивчали взаємозв'язок між психологічною стійкістю та успіхом кандидатів на службу в спецназ армії США [67]. Вчені вивчали вплив життєстійкості на військовослужбовців під час бойових дій. Вони виявили, що солдати з вищим рівнем витривалості демонстрували більшу стійкість і адаптивність до стресів військового життя, що призводило до кращих загальних результатів психічного здоров'я порівняно з тими, хто мав нижчі бали за шкалою витривалості. Ці дослідження, серед багатьох інших, підкреслюють важливу роль витривалості у підвищенні життєстійкості та благополуччя перед лицем стресу і несприятливих обставин. Дослідники продовжують вивчати механізми, через які життєстійкість впливає на стратегії подолання труднощів і психологічні

результати, пропонуючи цінну інформацію про фактори, що сприяють адаптації та процвітанню людини в складних обставинах.

C. J Flaherty, J. A & Richman, вивчали гендерні відмінності у сприйнятті та використанні соціальної підтримки для подолання стресу. Виявлено, що витривалість відіграє модеруючу роль у взаємозв'язку між гендером і соціальною підтримкою, вказуючи на те, що люди з високим рівнем витривалості можуть сприймати і використовувати соціальну підтримку по-різному залежно від їхньої стат.

Життєстійкість особистості, за Т.М. Титаренко, означає уміння ефективно існувати, незважаючи на життєві перешкоди і труднощі. Це здатність людини підтримувати баланс між адаптацією до нових вимог та прагненням жити гармонійно і повноцінно [50].

Життєстійкість вважається захисним фактором від негативного впливу стресу на фізичне та психічне здоров'я. Люди з високим рівнем витривалості є більш стійкими і краще підготовленими до подолання стресових ситуацій, що призводить до покращення загального благополуччя. Дослідники виявили, що виховання витривалості за допомогою різних стратегій, таких як когнітивна реструктуризація, вирішення проблем і розвиток позитивного погляду на життя, може допомогти людям підвищити свою життєстійкість і поліпшити їхню здатність долати життєві труднощі.

З життєстійкістю пов'язаний феномен сенсожиттєвих орієнтацій, центральним ядром яких виступає- "сєнс життя", який пов'язаний з життєвою метою. На думку В. Франкла, людина, її прагнення, устремління та активність завжди спрямовані на щось або когось у зовнішньому світі [86]. Тому Е.О.Помиткін розуміє смисложиттєві орієнтації як сегмент смислової психічної реальності, яка взаємозв'язана зі сферою особистісних цінностей і виконує специфічні регулятивні та життєво важливі функції. Сенсожиттєві орієнтації є ресурсом, що включають такі структурні елементи: життєві цілі, результативність життя, процес життя, локус контролю «Я», локус контролю

життя. Кожен структурний елемент сенсожиттєвих орієнтацій, його особливості та рівень розвитку є своєрідним та унікальним для особистості.

Оптимізм, I Frank, M.Seligman, S.Taylor [86] відносять до психологічних ресурсів, що пов'язаний з психічним здоров'ям. У сучасній закордонній літературі виділяють два основні підходи до вивчення оптимізму і песимізму: дослідження диспозиційного оптимізму (Ч. Карвер, М. Шейер та ін.) і дослідження оптимізму як атрибутивного стилю (М. Селігман, К. Петерсон та ін.). Диспозиційний оптимізм відображає ступінь, до якого люди мають узагальнені сприятливі очікування щодо свого майбутнього, а песимізм відображає ступінь, до якого вони мають несприятливі очікування (Carver та ін., 2010). Оптимізм постійно асоціюється з кращою психологічною адаптацією та самооцінкою фізичного здоров'я у відповідь на різноманітні життєві зміни, включаючи вступ до коледжу, вагітність, кардіохірургічні операції та догляд за хворими (див. огляд Carver and Scheier [69]). Однак дослідження біологічних наслідків дають менш чітку картину ролі оптимізму як фактора стійкості перед обличчям стресових подій (Segerstrom, 2005 [138]). Наприклад, в дослідженні Scheier було виявлено, що люди з вищим рівнем оптимізму мають значно нижчий ризик повторної госпіталізації після аортокоронарного шунтування (Scheier та ін., 1999); в іншому дослідженні не було виявлено зв'язку між оптимізмом, одужанням і тривалістю перебування в лікарні після кардіохірургічного втручання (Contrada та ін., 2004). Дослідження ВІЛ-інфікованих та онкохворих пацієнтів демонструють подібні розбіжності в результатах, (див. огляд Segerstrom)[138].

Позитивні та негативні очікування щодо майбутнього важливі для розуміння вразливості до психічних розладів, зокрема розладів настрою та тривоги, а також до фізичних захворювань. Існує значний позитивний зв'язок між оптимізмом і копінг-стратегіями, спрямованими на соціальну підтримку та акцентування уваги на позитивних аспектах стресових ситуацій. Через використання певних копінг-стратегій оптимізм опосередковано впливає і на якість життя. Існують докази того, що оптимістично налаштовані люди мають

вищу якість життя порівняно з тими, хто має низький рівень оптимізму або навіть є песимістами. Оптимізм може суттєво впливати на психічне та фізичне благополуччя через популяризацію здорового способу життя, а також через адаптивну поведінку та когнітивні реакції, пов'язані з більшою гнучкістю, здатністю вирішувати проблеми та більш ефективним опрацюванням негативної інформації. Так, незважаючи на невелику кількість досліджень, опублікованих на цю тему, зв'язок між фізичним здоров'ям і оптимізмом є важливим. Багато досліджень виявили, що оптимізм корелює з кращим фізичним самопочуттям порівняно з песимізмом. Більше того, на відміну від оптимізму, песимізм корелює з надмірними соматичними скаргами. У дослідженні популяції людей похилого віку обох статей, віком 65-85 років, Giltay та ін. відзначили, що диспозиційний оптимізм пророкує меншу ймовірність смертності в цілому та серцево-судинної смертності зокрема. Ці дані були підтвержені в подальшому лонгitudному дослідженні на популяції чоловіків у віці 64-84 років, в якому повідомлялося про зворотну кореляцію між диспозиційним оптимізмом і ризиком серцево-судинної смерті. Matthews та ін. [17] спостерігали, що протягом трьох років після менопаузи атеросклероз сонних артерій мав тенденцію прогресувати повільніше в оптимістично налаштованих жінок порівняно з їхніми песимістично налаштованими однолітками. Що стосується онкологічних пацієнтів, Шульц та ін. зазначили, що високі показники песимізму за шкалою LOT (міра диспозиційного оптимізму) достовірно передбачали передчасну смерть у молодих пацієнтів з раком молочної залози. Серед пацієнтів з раком шиї або голови оптимісти демонстрували достовірно більшу виживаність через рік після встановлення діагнозу порівняно з песимістами. Доведено, що за наявності тяжких патологічних станів оптимістично налаштовані пацієнти краще адаптуються до стресових ситуацій, ніж песимісти, що позитивно позначається на якості їхнього життя. Наприклад, у вибірці пацієнтів, які перенесли аорто-коронарне шунтування, оптимізм був достовірно і позитивно пов'язаний з якістю життя протягом шести місяців після операції. Оптимістично налаштовані пацієнти

демонстрували більш швидке клінічне покращення в період госпіталізації та більш швидке повернення до повсякденного життя після виписки зі стаціонару. Аналогічні результати отримані і у вибірках пацієнтів з іншими патологіями. У пацієнтів з епілепсією Pais-Ribeiro та ін. виявили, що оптимісти демонстрували покращене сприйняття свого фізичного та психічного стану здоров'я і повідомляли про вищу якість життя порівняно з песимістами.

Хоча прийнято вважати, що оптимізм є захисним фактором щодо благополуччя, фізичного та психічного здоров'я, деякі дослідження свідчать, що це не завжди так. Schofield та ін. [132] виявили, що оптимізм не пророкує зниження рівня смертності серед хворих на рак легенів. Дослідження, що стосуються імунної системи, також дали протилежні результати. Томаковський та ін. досліджували кореляцію між "диспозиційним" оптимізмом та "атрибутивним" оптимізмом, згаданими раніше, з клінічним та імунним станом суб'єктів, уражених СНІДом. Результати їхніх досліджень показали, що обидва типи оптимізму пов'язані з поліпшенням симптоматики СНІДу. Проте в довгостроковій перспективі високий рівень оптимізму, зокрема, атрибутивного типу, був пов'язаний зі значним погіршенням стану імунного захисту. Нещодавньому дослідженні Айронсон також показано, як диспозиційний оптимізм, менша кількість уникаючих копінг-стратегій та нижчий рівень депресії позитивно впливають на прогресування хвороби у пацієнтів, які страждають на СНІД. Нещодавнє дослідження E.J Giltay, J.M Geleijnse, F.G Zitman, B Vuijsse, D.Kromhout, в якому протягом п'ятнадцяти років спостерігали за 545 чоловіками віком від 64 до 84 років, виявило значний зворотний зв'язок між диспозиційним оптимізмом і смертністю від серцево-судинних захворювань, зі зниженням на 50% ризику серцево-судинної смерті в оптимістично налаштованих осіб [91].

3. Кіреєва, О.Односталко встановили детермінанти оптимізму у досліджуваних без урахування віку на початку першої хвилі пандемії і карантину. Статистична модель пояснює 60 % дисперсії залежної змінної «оптимізм», критерій $F = 29,96$ при $p < 0,000$. константа=15,205. У неї входять

змінні: резильєнтність ($\beta=, 462, p<0,000$), наявність глобальної мети ($\beta= -, 183 p<0,006$) та вік ($\beta=, 162, p<0,017$). З регресійної моделі видно, що очікування позитивних подій в майбутньому детерміновано досвідом відновлення себе в складних умовах, зниженням цілеспрямованості, що не кореспондує з уявленнями Ч. Карвера і М. Шейера, в яких оптимізм не дозволяє зациклюватись на невдачах, а поведінка будується навколо цілі і спрямована на її досягання. В регресійних моделях оптимізму в різних вікових категоріях входять наступні змінні: у досліджуваних 17-25 років: резильєнтність ($\beta=, 478, p<0,000$) та стурбованість невизначеною ситуацією ($\beta=, 311 p<0,01$), критерій $F =10,39$ при $p<0,000$, константа=5,209; у досліджуваних 26-40 років: резильєнтність ($\beta=, 474, p<0,000$), наявність глобальної мети ($\beta= -, 243 p<0,022$), критерій $F =19,86$ при $p<0,000$, константа=5,209; у старших за 40: резильєнтність ($\beta=, 633, p<0,000$), наявність глобальної мети ($\beta= -, 343, p<0,004$), стан здоров'я ($\beta= -, 368, p<0,007$), стурбованість невизначеністю ситуації ($\beta=, 298, p<0,007$), стан здоров'я близьких ($\beta=, 242, p<0,043$). Таким чином, з віком предикторів, що детермінують оптимізм, стає більше, людина у складній / нетиповій ситуації вирішує короткострокові цілі, ослаблення власного здоров'я збільшує позитивні очікування, що ймовірно, свідчить про феномен показного оптимізму, а це, у свою чергу, посилює відновлюваність [цит за 39].

Час і часова перспектива відіграють значну роль у структуруванні і організації життя, як зазначали Ф. Зимбардо та Дж. Бойд [154]. По-перше, часова перспектива визначається як сукупність уявлень особи про її психологічне майбутнє та психологічне минуле, що існують в даний момент, за словами К. Левіна. Подальше уточнення розділило її на "часову перспективу" (темпоральну зону, що існує у свідомості особи, коли вона думає про об'єкти і визначальні фактори своєї поведінки), "часову орієнтацію" (пріоритетну спрямованість поведінки людини на об'єкти та події минулого, теперішнього або майбутнього) і "часову установку" (позитивну або негативну налаштованість особи щодо минулого, теперішнього або майбутнього, за словами Ж. Нюттена). Часова перспектива є ситуаційно обумовленим і часто

несвідомим процесом, завдяки якому потоки особистісних і соціальних переживань призначаються певним часовим категоріям, що надає подіям порядок, зв'язність і значення (Ф. Зимбардо). Вчені виділяють п'ять основних часових орієнтацій: негативне минуле, гедоністичне теперішнє, майбутнє, позитивне минуле та фаталістичне теперішнє, які відображають характер ставлення до часових періодів життя і загальну спрямованість поведінки індивіда. Зокрема, Ф. Зимбардо та А. Гонсалес створили профіль збалансованої часової перспективи (ЗЧП) [154]. З.О.Кіреєва вважає конструкт конструкт ЗЧП близьким до динамічної взаємодії ресурсів минулого-теперішнього-майбутнього, що допомагає людині знаходити енергію й вираз сутнісним силам у теперішньому, спираючись на коріння в минулому та крила майбутнього, але узагальнення досліджень, за участю людей різного віку, різної статі, стану здоров'я та професійної діяльності *не підтверджує за даними З.О.Кіреєвої наявність ідеального профілю оптимальної перспективи у більшості респондентів*[39].

Щодо часової перспективи, то кожна часова перспектива виступає ресурсом, що дарує людині коріння, крила і енергію для буття [цит за 39]. Узагальнюючи дослідження І. Жаровської, Є. Кушнір, В. Кушнар'ова, Н. Харченко, О. Карпінської, М. Гречкосій, можна зазначити, що досліджувані різного віку, стану здоров'я та професії, що віднесли «Позитивне минуле» до провідної орієнтації вірогідно мають сформовану первинну довіру до світу, що є джерелом їх світу, є більш щасливими, успішними, доброзичливими, енергійними, креативними і менш агресивними; цілеспрямованими та спрямованими у майбутнє, здатними до асертивної поведінки та глибоких зв'язків з родиною. Орієнтація на «Негативне минуле» найчастіше є результатом реальних травматичних і неприємних подій або негативній реконструкції неоднозначних подій минулого. Як продемонструвала М. Ковальова високі бали за шкалою «Негативне минуле» приводять до слабого контролю імпульсивної поведінки, схильності до депресії та роздратування, пошуку нових відчуттів, а також має найбільший індекс кореляційних зв'язків із

показниками психологічних захистів. На думку З.О.Кіреєвої провідна орієнтація на негативне минуле супроводжується постійною мобілізацією ресурсів, що веде до порушення динамічної взаємодії ресурсів: потребує залучення в теперішньому додаткових ресурсів як для переробки травматичного досвіду минулого, так і ресурсів для життєдіяльності в сьогоденні та обмежує використання ресурсів майбутнього, що веде до виснаження ресурсів особи взагалі і до порушення її психологічного здоров'я. З досліджень Ф.Зимбардо відомо, що ті, хто обирає провідну перспективу Майбутнє, розглядають роботу як джерело особливої насолоди, для них завтрашній успіх або втрати є паливом для сьогоднішніх рішень і дій, вони живуть своїми уявленнями, ким вони можуть стати, яких нагород і перемог вони жадають, вони є амбітними, організованими, такими, що мають пізнавальну перспективу та достатньо деталізовано розробляють життєві плани й структурують життя, прагнуть досягати цілей. Але в більшості досліджень, встановлено, що орієнтація на майбутнє домінує лише у 11,2 % держслужбовців з помірним рівнем ригідності і 14,9 % з високим рівнем ригідності (І. Жаровська); 34,7 % умовно здорових вагітних жінок і 32,6 % жінок з ускладненою вагітністю (Є. Кушнір); 26,5 % призовників та 26,2 % військовослужбовців (В. Кушнар'ов); 18 % підлітків і 23 % юнаків (Н. Харченко); більшості досліджуваних похилого віку, що навчаються, (О. Карпінська); у працівників МНС не встановлено вираженої часової орієнтації на майбутнє, вони характеризуються слабким плануванням і досягненням майбутніх цілей (О. Семененя). Таким чином, попри загальне уявлення про значущість і важливість для розвитку і психологічного здоров'я майбутнього, його ресурс не є провідним для більшої кількості досліджуваних різного віку, професії та стану здоров'я [цит за 39, с.6-16]. Ресурси теперішнього можна вивчати за допомогою визначення провідної часової перспективи (методика ZTP1) і збалансованої часової перспективи. Обрання «Гедоністичного теперішнього» свідчить про пошук задоволеності своїх бажань, імпульсивність та веселість у поведінці. На прикладі випробуваних ранньої дорослості

М. Ковальова встановила наявність кореляційних зв'язків «Гедоністичного сьогодення» з психологічними захистами: регресією (позитивний зв'язок на рівні $p < 0,05$), інтелектуалізацією (негативний зв'язок на рівні $p < 0,01$), реактивним утворенням (негативний зв'язок на рівні $p < 0,01$). Гедоністичне теперішнє є вираженим у 24 % підлітків і 27 % юнаків (Н. Харченко); і у лише 7,57 % досліджуваних ранньої та середньої дорослості. Гедоністичне теперішнє є притаманним 16,9 % держслужбовців з помірним рівнем ригідності і 12,8 % з високим її рівнем (І. Жаровська); 6,9 % здоровим жінкам і 11,2 % жінкам з ускладненою вагітністю (Є. Кушнір) [цит за 39, с.6-16].

Динамічна взаємодія ресурсів проявляється у зв'язаності минулого – теперішнього – майбутнього. Ця зв'язаність виконує інтегральну функцію і впливає на осмислення минулого досвіду, на визначення цілей і побудову планів, регуляцію діяльності і життя в цілому. Вивчення відбувалося за проективною методикою «Графічний тест Коттла» за Р. Б. Браун та Р. Херінг. Встановлено, що у 20,8 % підлітків, 7,4 % юнаків, 36 % здорових досліджуваних середньої дорослості (С. Швайкін) й 24 % держслужбовців немає у свідомості зв'язаних часових перспектив (І. Жаровська); у 61 % досліджуваних з кардіозахвореннями і у 42 % досліджуваних з вираженим астматичним компонентом часові зони не зв'язані. У кардіохворих переважає теперішнє (43 %) та майбутнє (28 %), а у хворих на астму переважає майбутнє (58 %) і минуле (29 %). За критерієм U-Манна-Вітні статистична тенденція до розбіжностей між групами «Кардіо» і «Здоров'я» та «Астма» на $p < 0,05$. На основі цих даних можна припустити порушення динамічної взаємодії ресурсів людини під час хвороби, але це потребує додаткових досліджень [цит за 39, с.6-16].

R. Andresen, L. Oades, P. Caputi проаналізували розповіді людей, які описують власний шлях одужання від (і з) психічних захворювань [60]. Вони виділили такі сфери одужання, як надія, самоідентичність (включаючи теперішнє і майбутнє уявлення про себе), сенс життя (включаючи життєву мету і цілі) і здатність брати на себе особисту відповідальність за власне одужання.

Розглянемо часову перспективу як спосіб, яким люди не тільки сприймають і ставляться до минулого, сьогодення і майбутнього, ай як до аспекту, що має значний вплив на здоров'я та загальний стан особистості. Перерахуємо як часова перспектива впливає на здоров'я людини. Вважається, що особи, які схильні зосереджуватися на негативних аспектах минулого або займатися занадто багатьма переживаннями щодо майбутнього, можуть відчувати більше стресу і тривоги (А.Beck)[66]. Це може негативно позначитися на психологічному і фізичному стані. Особи з більш довгостроковою часовою перспективою, які планують і ретельно враховують майбутнє, мають тенденцію приймати більш здорові рішення, такі як правильне харчування, фізична активність і уникнення шкідливих звичок. Це сприяє поліпшенню загального стану здоров'я. Люди з гнучкою часовою перспективою краще пристосовуються до змін і труднощів, з якими може зіткнутися життя. Вони здатні більше справлятися з викликами, що допомагає знизити рівень стресу та його негативний вплив на здоров'я. Особи з довгостроковою часовою перспективою мають здатність більш усвідомлено працювати над своїм здоров'ям. Це може включати регулярні медичні огляди, дотримання рекомендацій лікарів та більш свідомий підхід до фізичного і психологічного стану.

Щодо досліджень, то С. Burgess, V. Cornelius, S. Love, J .Graham, M. Richards, A.Ramirez вивчено, що у 50% пацієток з раком молочної залози розвинулися симптоми депресії та тривоги протягом першого року після встановлення діагнозу [62]. Захворюваність на рак молочної залози свідчить про існування окремого стресогенного чинника в рамках посттравматичного стресового розладу (ПТСР), оскільки стрес, викликаний самою хворобою, викликаний внутрішньою подією, а не зовнішньою загрозою. Одним з терапевтичних підходів була здійснено терапія часової перспективи (ТЧП), яка нещодавно почала застосовуватися для лікування пацієнтів з ПТСР. ТЧП - це терапевтичний підхід, заснований на часовому вимірі, який пропонує 5 часових перспектив, зосереджуючись на сприйнятті пацієнтами свого минулого,

теперішнього і майбутнього. Згідно з теорією часової перспективи, коли часові перспективи відхиляються від балансу в бік орієнтації на негативне минуле або фаталізм теперішнього, це може викликати ПТСР, а також тривогу і депресію у пацієнтів. Таким чином, коли пацієнти проходять лікування за допомогою ТЧП, вони розпізнають ті негативні самопереконання, які піддають їх травматичному досвіду, і намагаються змінити їх, фокусуючись на минулих позитивних подіях. Таке лікування допомагає пацієнтам створити більш позитивну перспективу свого життя і з надією дивитися в майбутнє, зазначають McKay MT, Worrell FC, Zivkovic U, Temple E, Mello ZR, Musil B. [150]. Сприяючи психологічному благополуччю пацієнтів, ТЧП зменшує симптоми як ПТСР, так і тривоги та депресії, послаблюючи негативне ставлення до минулого і фаталізм теперішнього, покращуючи минулі позитивні, теперішні гедоністичні та майбутні перспективи, а також створюючи збалансовану часову перспективу.

T. Fuchs, A. Kurz, H. Lauter[88] стверджують, що подолання депресивного розладу в похилому віці ускладнюється особливими труднощами: збільшення кількості втрат, фізичні обмеження, брак соціальної підтримки та звуження перспектив на майбутнє можуть призвести до рецидиву, а також до уповільненого одужання або хронізації. Тому лікування, спрямоване на довгострокову реабілітацію, вимагає, крім медичних заходів, психотерапевтичних і соціальних втручань, які допомагають пацієнтові впоратися з минулими втратами, вирішити поточні проблеми і відкрити нові перспективи на майбутнє. Така інтеграція дозволила б подолати дихотомію, яка все ще переважає в психотерапії людей похилого віку, між ретроспекцією і переглядом життя, з одного боку, активізацією і розширенням компетенції, з іншого - або "інволюцією" проти "еволюції". Терапевтичний підхід, який таким чином інтегрує особистісні аспекти минулого, теперішнього і майбутнього, може також поєднувати різні методи, такі як терапія спогадів, міжособистісна терапія, поведінкові та соціальні втручання.

Відомо, що депресія є одним з найпоширеніших психічних розладів, а пацієнти з депресією мають незбалансовану часову перспективу. Часова

перспектива(ЧП) є відносно стабільною особистісною рисою і формується протягом тривалого часу (ХТ. Huang), а депресія проходить процес від початкового розвитку до постановки діагнозу, що ускладнює визначення причинно-наслідкових зв'язків між цими факторами. Тому існуючі дослідження були зосереджені на кореляції між депресією і ЧП або незбалансованим ЧП у пацієнтів з депресією. У дослідженнях U. Wiesmann, I. Ballas, H.J Hannich [157] повідомлялося, що пацієнти з депресією мають вищий рівень відхилення від збалансованої часової перспективи, який асоціювався з дещо вищими симптомами депресії (М.Т. McKay, JR Andretta, JC. Cole, , FC. Worrell), нижчий рівень відхилення від збалансованої часової перспективи передбачав більшу залученість у виконання завдань, нижчий рівень тривоги, дистресу і депресії. Найбільш послідовні результати представлені для зв'язку між більшим відхиленням від збалансованої часової перспективи і дистресом, а також симптомами проблем з настроєм, на думку M Stolarski, M. Zajenkowski, KS. Jankowski, K.Szymaniak.

З точки зору п'яти часових вимірів ЧП, найбільш помітною особливістю пацієнтів з депресією з точки зору ЧП є негативне минуле; вони мають серйозне песимістичне ставлення до минулого, фокусуються на минулому негативному досвіді і не здатні звільнитися від минулого. Емпіричні дослідження показали, що негативне минуле більше корелює з депресією, ніж інші часові виміри. У порівнянні з комбінованими показниками ЧП (наприклад, відхилення від негативної оцінки або збалансовані показники ЗЧП), минулий негатив сильніше корелює з депресією. Неуявне майбутнє є другою найважливішою особливістю часової перспективи у пацієнтів з депресією.

Таким чином, розглянуто вплив ресурсів на перебіг хвороби та зміцнення здоров'я. Розглянуто вплив ресурсів (резильєнтність, життєстійкість, оптимізм, часової перспективи, сенсожиттєві орієнтації) на перебіг хвороби та внутрішню картину хвороби.

Висновки до першого розділу

1. Показано, що різноманітні життєві ситуації в тому числі і хвороби, що проживаються людиною, викликають у неї потребу в адаптації та стимулюють активізацію фізичних та психологічних ресурсів організму.

Продемонстрований міждисциплінарний підхід до ресурсів і наведено їх визначення і різноманітні класифікації. Зазначено, що ресурси представляють собою засоби та можливості, які допомагають індивіду адаптуватися та справлятися з викликами та стресовими ситуаціями в житті. Вони включають фізичні, психологічні, соціальні та матеріальні елементи, що сприяють збереженню та покращенню якості життя і досягненню поставлених цілей.

2. Захворювання розглядається як стресогенний чинник, що обмежує не тільки фізичні і психічні потреби, а таке, що порушує всі аспекти життя і знижує якість життя. Зазначено, що у хворих виникають підвищені вимоги до адаптаційних ресурсів особистості, стратегій подолання цих потрясінь для реорганізації життєдіяльності. Простежено досвід ставлення до хвороби в науці. Продемонстровано, що у структурі внутрішньої картини хвороби виділяють чотири компоненти: сенситивний, емоційний; раціональний і мотиваційний. Зазначено, що визначено різні стилі подолання хвороби, які в дослідженні можна віднести до ресурсів, внутрішніх (психологічний захист, особистісні якості, емоційний баланс) та зовнішніх (соціальна підтримка та інтенсифікація взаємодій з іншими). Надано визначення внутрішньої картини хвороби, як комплексу переживань хворого для подолання яких використовуються психологічні ресурси, що сприяє підтримці якості життя хворого.

3. Розглянуто поняття якості життя, як оцінку індивідом власної життєвої ситуації протягом певного періоду часу та його складових (соматичний стан, психологічне благополуччя, соціальні стосунки, фізичний стан). Зазначено, що суб'єктивна, безпосередня оцінка своєї ситуації зацікавленою стороною вважається найважливішим і найдостовірнішим джерелом інформації. Продемонстровано, що якість життя по-різному

бачиться, сприймається та оцінюється, зокрема хворим, членами його родини, медиками. Зауважено, що нормальний зір є важливим елементом здоров'я та якості життя. Порушення зіру входять до десятки найпоширеніших причин погіршення якості життя.

4. Розглянуто вплив ресурсів на перебіг хвороби та зміцнення здоров'я. Розглянуто резильєнтність, як ресурс захисту від психологічного дистресу, що тісно пов'язаний з психічним здоров'ям; життєстійкість як здатність ефективно справлятися зі стресом і несприятливими обставинами; оптимізм, як ресурс налаштованості на вищу якість життя і позитивні очікування щодо майбутнього; часову перспективу, що структурує життя та надає людині коріння, крила і енергію буття, сенсожиттєві орієнтації.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОСНОВНІ ЕТАПИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕСУРСНОЇ СФЕРИ УМОВНО ЗДОРОВИХ І ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

2.1. Особливості хворих на глаукому

Глаукома - хронічне прогресуюче захворювання очей, яке характеризується ушкодженням зорового нерва та втратою поля зору [36]. Пацієнти з первинною відкритокутовою глаукомою рідко мають зорові симптоми, принаймні на початку захворювання. Далі початкова втрата зору викликає стрес, який у свою чергу прискорює втрату зору, створюючи, таким чином, ще більший стрес - такого висновку дійшли вчені Німеччини, Індії, США у спільному дослідженні [104]. Втрата зорових функцій у пацієнтів з глаукомою може впливати на ходьбу, вихід з дому, читання, зір вночі, пристосування до різних рівнів освітлення, оцінку відстаней і бачення об'єктів, що наближаються збоку [36]. Коли пацієнтів з глаукомою попросили вибрати, які види діяльності є найбільш важливими серед гіпотетичних сценаріїв, в яких вони мали різні рівні складності з різними завданнями, найбільше значення було надано завданням, пов'язаним з центральним і ближнім зором (наприклад, читання), з високими балами також для мобільності поза домом (наприклад, водіння автомобіля і ходьба на вулиці) [104]. Такі проблеми, як відблиски, натикання на предмети та домашні справи, вважалися незначними [36]. Взагалі труднощі з центральним і ближнім зором загалом, і з читанням зокрема, є найчастішою скаргою серед людей із захворюваннями очей. Завдання ближнього зору, такі як читання, також є найбільш цінною зоровою функцією у людей з глаукомою. Хоча читання чітко залежить від гостроти зору, скарги на труднощі з читанням є поширеним явищем і відзначаються у понад 40% пацієнтів з глаукомою [36].

Страх потенційної втрати зору призводить до ширшої поширеності депресії та тривоги серед пацієнтів із глаукомою порівняно із загальною

популяцією. Депресія - частий коморбідний стан, що спостерігається при хронічних захворюваннях. Так, продемонстровано, що пацієнти з глаукомою мають значно більший ризик розвитку депресії, ніж особи без глаукоми. Згідно з даними факторами ризику розвитку депресії у пацієнтів з глаукомою є: вік, стать (частіше у жінок), низький дохід, самотність, токсикоманія. Під час дослідження було встановлено, що застосування бета-адреноблокаторів або інших гіпотензивних крапель, а також їхня кількість не були значущими факторами ризику розвитку депресії.

Багато досліджень вивчали зв'язок між глаукомою та тривогою [цит за 121]. Вчені обґрунтовано припускають вищу поширеність психологічних розладів у пацієнтів з глаукомою. Внаслідок безсимптомного, хронічного перебігу та потенційної загрози сліпоти, глаукома часто створює психологічний тягар. Обмеження життєвого простору через різноманітні фактори, такі як обмеження водіння, страх падіння та погіршення рівноваги, також сприяють взаємозв'язку між глаукомою та депресією [158].

Поширеність тривоги і депресії у пацієнтів з глаукомою оцінювали в дослідженні "випадок-контроль" за допомогою опитувальника "Госпітальна шкала тривоги і депресії" (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Поширеність пацієнтів з тривогою (13,0%) і депресією (10,9%) була значно вищою, ніж у контрольній групі (7,0% і 5,2% відповідно, $p < 0,05$). Коли глаукому оцінювали як потенційний фактор ризику розвитку тривоги і депресії, було виявлено негативну кореляцію між віком і субшкалою HADS-Тривога після поправки на демографічні та клінічні змінні ($p < 0,01$) [81]. Цікаво, що молодші пацієнти з глаукомою мали тенденцію до більшої тривожності порівняно з пацієнтами старшого віку, як це було продемонстровано в дослідженнях інших хронічних захворювань [92, 93]. Як і очікувалося, старший вік і зниження ВОТ, визначене за допомогою комп'ютерної периметрії на кращому оці, були пов'язані з депресією.

Кілька досліджень вивчали взаємозв'язок між різними захворюваннями очей та ЯЖ [123]. Незважаючи на суттєві відмінності в методологічному

підході, всі вони дійшли висновку, що порушення зору суттєво впливають на ЯЖ. На думку N.K. Janz, P.A. Wren, P.R. Lichter психологічні проблеми пацієнтів з глаукомою обумовлені взаємодією двох компонентів [103]:— структур ока і певних зон головного мозку, які відповідають за зір; — інших структур головного мозку, які оцінюють: «що я відчуваю у відповідь на те, що я бачу», «якими будуть мої подальші кроки», «якими будуть наслідки моїх дій». Л. Хей розглядає глаукому не лише як підвищення внутрішньоочного тиску, нервову деструкцію тощо, а й як стан, пов'язаний з емоційними розладами.

Раннє виявлення глаукоми є одним із завдань, на якому наголошують глаукомні товариства для збереження зорових функцій та якості життя пацієнтів [103]. Пацієнти з ранньою глаукомою часто залишаються недіагностованими до тих пір, поки вона не прогресує до пізніх стадій, коли уражається центральний зір. Кінцевою метою лікування глаукоми є збереження зорових функцій та якості життя (ЯЖ) пацієнтів. Сама хвороба, а також медикаментозне або хірургічне лікування можуть мати величезний вплив на ЯЖ пацієнта. Навіть сам діагноз хронічного, незворотного, потенційно сліпого розладу може негативно вплинути на самопочуття пацієнта та його ЯЖ, викликаючи значну тривогу.

Майже половина пацієнтів залишалися хоча б трохи стурбованими через 5 років після встановлення діагнозу глаукоми. У багатофакторному аналізі молодший вік, біла етнічна приналежність, освіта нижчого рівня та низький дохід були достовірно пов'язані зі збільшенням страху сліпоти ($p = 0,006$). Зменшення страху сліпоти з часом, ймовірно, було пов'язано із заспокоєнням, пов'язаним з отриманням лікування, регулярним клінічним спостереженням, адаптацією до діагнозу або поєднанням цих факторів.

Лікарі звикли стверджувати, що успіх лікування глаукоми залежить від таких параметрів, як поля зору та прогресування ураження. Однак, з точки зору пацієнтів, інші проблеми можуть бути набагато важливішими [103]. Найчастішими проблемами, пов'язаними зі зниженням зору, були читання,

ходьба по сходах і розпізнавання людей. Про труднощі з цими видами діяльності частіше повідомляли старші пацієнти, ніж молодші. Це не дивно і, ймовірно, більше пов'язано з віком, ніж з глаукоматозним ураженням.

Оцінка ЯЖ за допомогою опитувальника має ряд обмежень. Оцінка ЯЖ є суб'єктивною: пацієнти з однаковою інвалідністю можуть по-різному оцінювати свою ЯЖ. Невід'ємним обмеженням оцінки ЯЖ є те, що самооцінка зорових здібностей за допомогою будь-якого опитувальника може бути порушена, принаймні в деякій мірі, іншими зоровими і системними захворюваннями або психосоціальними обмеженнями. Можна припустити, що навіть коли периметричні показники, такі як МД, є порівнянними, різні детермінанти, такі як просторовий розподіл і глибина скотом ДЗН або швидкість погіршення периметричних показників, можуть впливати на пацієнтів з різними стилями життя і очікуваннями [36].

Раннє виявлення глаукоми є життєво важливим завданням клінічного менеджменту для збереження зорових функцій та ЯЖ. Пацієнти з ранньою глаукомою часто залишаються недіагностованими до тих пір, поки хвороба не прогресує до пізніх стадій. Цей огляд підкреслює важливість своєчасної діагностики глаукоми для збереження ЯЖ, пов'язаної із зором. Однак помилковий діагноз глаукоми у пацієнтів може значно знизити їхню ЯЖ та благополуччя.

Таким чином, глаукома характеризується ушкодженням зорового нерва та втратою поля зору. Втрата зорових функцій у пацієнтів з глаукомою впливає на життєдіяльність особи. Продемонстровано, що страх потенційної втрати зору призводить до завищеної тривожності, ризику розвиненості депресії та суттєво впливає на якість життя.

2.2. Етапи дослідження і обґрунтування методик для вивчення ресурсної сфери офтольмологічних хворих

Емпіричне дослідження здійснювалося у три етапи: підготовчий,

діагностичний і аналітико-інтерпретаційний. На першому було проведено:

- теоретичний аналіз уявлень щодо ресурсної сфери, класифікації ресурсів та з'ясувано вплив психологічних ресурсів на ставлення та подолання хвороб за допомогою таких загальнонаукових теоретичних методів, як: аналіз, синтез, індукція, дедукція, порівняння, формалізація, абстрагування, моделювання; - сформовано дослідницькі задачі; - проведено підбір репрезентативної вибірки відповідно мети та завдань дослідження, розроблено стратегію діагностичної процедури та підбір методів математичної обробки матеріалу.

На другому - діагностичному проводилося збір даних відповідно до мети і завдань дослідження. Дослідження відбувалося в трьох групах респондентів, які були розподілені на основі офтальмологічного діагнозу: респонденти без глаукоми (n=72) склали групу Норма, респонденти з початковою глаукомою (n=90) та респонденти з другою стадією глаукоми (n=76).

На третьому- аналітико-інтерпретаційному етапі було проведено математико-статистичний аналіз результатів дослідження та їх психологічну інтерпретацію. Математико-статистичний аналіз включав: описову статистику, кореляційний аналіз, факторний аналіз (для мінімізації кількості змінних та концентрації інформації у формі невеликого масиву даних); непараметричний критерій U Манна – Вітні.

Оскільки у першому розділі зазначено, що ресурси представлені у особи на фізичному, психологічному, соціальному рівнях, що сприяють збереженню та покращенню якості життя то відбір психодіагностичного матеріалу відповідав цим рівням. Особливості фізичного і психічного здоров'я респондентів вивчалися за методиками: SF-36 (The Medical Outcomes Study Short Form-36), що є найпоширенішим неспецифічним засобом вивчення якості життя у хворих, який дозволяє оцінити різні складові життя пацієнта в умовах хвороби та VF-14, що є зороспецифічним опитувальником. На психологічному рівні діагностувалися: рівень стресу за допомогою відповідної методики В. Ю. Щербатих, особливості депресивних станів за опитувальником

"Шкала депресії" (В.Зунг), рівень реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера, особливості психічних станів фрустрації і агресивності за методикою «Діагностика психічних станів» (автор Г.Айзенк), для дослідження стану ригідності був використаний метод Test Stroop Effect; для дослідження ресурса резильєнтності адаптована З. Кіреєвою, О. Односталко, Б. Біроном методика CD-RISC-10, розроблена CampbellSills і Stein на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson, для вивчення оптимізму опитувальник Life Orientation Test – LOT), розроблений С.Carver та М.Scheier, для ресурсу часової перспективи методика ZTPІ Ф. Зімбардо, для вивчення ресурсу сенсу життя методика Сенсножиттєві орієнтації (СЖО) (автор Д. А. Леонт'єв). На соціальному рівні вивчався ресурс соціальної підтримки вивчався за допомогою авторської анкети.

Коротко надамо характеристику методикам. Опитувальник SF-36 (The Medical Outcomes Study Short Form-36) для багатофакторного дослідження стану здоров'я. Він складається з 36 пунктів (SF-36), що був розроблений на основі більш складного опитування, що охоплює 40 аспектів здоров'я в рамках дослідження медичних результатів (MOS) [17]. Вісім концепцій здоров'я в опитувальнику SF-36 були обрані як такі, що представляють найбільш часто вимірювані аспекти в дослідженнях здоров'я, а також ті, на які найбільше впливають захворювання та лікування. До них відносяться наступні шкали: фізичної активності; •ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; •болю; •соціальної активності; •загального здоров'я; •життєздатності; •психічного здоров'я; •ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності. Опитувальник SF-36 має три рівні: (1) пункти; (2) вісім шкал, кожна з яких містить від 2 до 10 пунктів; (3) два підсумкові бали, що об'єднують шкали. Усі 36 пунктів, окрім одного, використовуються для оцінки восьми шкал. Три шкали (фізичне функціонування, рольовий фізичний та тілесний біль) пов'язані з фізичним компонентом ЯЖ і вносять найбільший внесок в оцінку сумарного показника фізичного компонента. Шкали психічного здоров'я, емоційно-рольового та соціального функціонування корелюють з психологічним

статусом пацієнта і мають свій внесок у підрахунок балів за сумарною оцінкою психічного компонента. Методика SF-36 дозволяє відокремити симптомних і безсимптомних пацієнтів, розрізнити стадії і ступінь тяжкості захворювання, а також класифікувати ефекти лікування [18-22]. Міжнародна адаптація була здійснена шляхом прямого та зворотного перекладу, перегляду репрезентативними фокус-групами та формальної оцінки адаптованих форм. У 1996 році була представлена друга версія SF-36 для виправлення недоліків, виявлених в оригінальній версії. Час заповнення 10 хвилин. Складність виконання кожного виду діяльності оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта: (0) неможливо; (1) дуже складно; (2) трохи складно; (3) трохи складно; і (4) зовсім не складно, для всіх питань, окрім 13 та 14, які оцінюються за чотирибальною шкалою (категорії: 1, уже складно; 2, трохи складно; 3, трохи складно; і 4, зовсім не складно/зовсім не складно).

Найбільш відомим із зороспецифічних опитувальників вважають VF-14. Опитувальник VF-14 базується на видах діяльності, що залежать від зорових функцій. Ці дії виконуються у повсякденному житті: читання (дрібного шрифту; шрифту звичайної величини, газети або книги), впізнавання (людей, дорожніх знаків і покажчиків), бачення кроків, виконання дрібної ручної роботи (шиття), письмо (заповнення квитанції), ігри, заняття спортом, приготування їжі, перегляд телевізора та керування автомобілем VF-14 складається з 14 питань, на підставі відповідей на них розраховується сумарний рейтинг, що відображає задоволеність хворого станом своїх зорових функцій. Анкета є стислою, простою для розуміння і зручною для заповнення, тому була прийнята за основу при створенні низки вузькоспеціалізованих опитувальників. VF-14 може бути застосована для пацієнтів із глаукомою (в аспекті питань, що характеризують гостроту зору). Оскільки одна з груп не має порушень зору дана методика використовувалась як загальний оціночний базис для виявлення впливу особливостей роботи зорових функцій на якість життя респондентів.

Зір і бачення допомагають людині пов'язати себе з навколишнім світом,

який наповнений надзвичайним розмаїттям кольорів, форм і візерунків. Зір і бачення важливі, тому що вони дозволяють зв'язуватися з навколишнім середовищем, забезпечують безпеку і допомагають підтримувати гостроту розуму. У більшості сучасних культур люди ставлять зір понад усіма іншими органами чуття. Втрата зору, яка починається в очах зазвичай визиває стрес у людини. Відомо, що в адаптаційному синдромі Г. Сельє виділив три стадії: тривоги; резистентності (адаптації); виснаження. На першій стадії організм стикається з деякими подразнюючими чинниками середовища та намагається пристосуватися до них. На другій стадії відбувається адаптація до нових процесів. Але якщо стресор продовжує діяти довгий час, то відбувається виснаження гормональних ресурсів (третья стадія) і зрив систем адаптації, в результаті чого процес набуває патологічного характеру. Отже, для виявлення інтелектуальних, поведінкових, емоційних та фізіологічних ознак стресу була використана методика на визначення рівня стресу (автор В. Ю. Щербатих). За результатами опитання показник від 0 до 5 балів демонструє відсутність в даний момент життя вагомого стресу, показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася, показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорний фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу. Показник вище за 25 балів вказує на стан сильного стресу, на те що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу. Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу - виснаження запасів адаптаційної енергії.

Відомо, що функцію адаптації, врівноваження суб'єкта з навколишнім середовищем виконує психічний стан. Взагалі психічні стани інтегрують психічні процеси різної модальності та різних рівнів у функціонально єдину систему, що забезпечує адекватність дій індивіда в певній ситуації. Вони є

сполучною ланкою між психічними процесами та властивостями особистості, забезпечуючи цілісність психічної організації. Так, з одного боку психічний стан є загальним функціональним рівнем психічної діяльності, на тлі якого розвиваються психічні процеси. З іншого - внаслідок взаємодії особистості із ситуаціями життєдіяльності та суб'єктивного відображення особою цих ситуацій у людини виникає психічний стан, що об'єктивується через діяльність, спілкування, поведінку особистості та впливає на формування психічної властивості особистості. Якість стану забезпечує достатню інтенсивність або домінантність будь-якого компонента психічного стану (емоційного, вольового, інтелектуального тощо) відносно інших компонентів і сприяє формуванню відповідної властивості в структурі особистості. Своєю чергою, включеність стану в систему особистісної організації породжує залежність стану від індивідуальних особливостей особистості, від її цілей, стосунків до явищ дійсності, цінностей і смислів (К. О. Абульханова-Славська) та зумовлює своєрідність реалізації актуального стану в цієї людини [цит. по, 18]. У разі офтальмологічного захворювання може відбувається зміна домінантної складової стану. Отже, для диференціальної діагностики депресивних станів використаний опитувальник "Шкала депресії" В.Зунга в адаптації Т.І. Балашової. Ця методика використовується в скринінг-діагностиці при масовому дослідженні в цілях долікарняної діагностики. Методика була розроблена на виявлення рівня депресії та стану, який наближається до депресії. Тестування займає 20 хвилин. Респондент оцінює власний стан у даний момент, спираючись на наступні твердження: • ніколи або зрідка; • іноді; • часто; • майже завжди або постійно. Рівень депресії розраховується за формулою, яка складається з двох значень. Для кожного значення характерні свої номери завдань і своя послідовність виставлення балів. Результати дослідження коливаються від 20 до 80 балів. Менше 50 балів – стан характеризується як стан без депресії. Від 50–59 балів – легка депресія, яка носить ситуативний характер. Від 60–69 балів – стан маскування депресії. Більше 70 балів – істинний прояв депресії.

Для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності виходячи із шкали самооцінки у трьох групах досліджуваних була використана методика суб'єктивної оцінки Ч.Д. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Ця методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Шкала Спілбергера через свою відносну простоту й ефективність широко застосовується у клінічній практиці з метою – для визначення вираженості тривожних переживань, оцінки стану пацієнта в динаміці та ін. Методика була адаптована Ю. Л. Ханіним. При аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності.

Для виявлення деяких неадаптивних станів (тривога, фрустрація, агресія) і властивостей особистості була використана методика "Діагностика психічних станів" (автор Г.Айзенк). Самооцінка психічного стану сприяє визначенню рівня психологічного здоров'я та якості життя. Методика має 40 питань, що розподілені за 4 групами тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність.

Оскільки ригідність або низька гнучкість пов'язані з декількома типами психопатології, то рівень гнучкості/ригідності відповідно до здобутків когнітивної нейропсихології використано Test Stroop Effect. Відомо, чим нижче когнітивна гнучкість, тим важче перехід від вербальних функцій до сенсорно-перцептивних у зв'язку з низьким ступенем їх автоматизації і більше виражена ригідність (вужкість, жорсткість) пізнавального контролю.

Часову перспективу, як ресурс вивчали за методикою Ф. Зімбардо (ZTPI) Методика була розроблена у 1997 році у соавторстві з А. Гонзалесом. Авторами було обстежено 12 тис. респондентів та виведено спочатку 7 факторів, які після статистичного аналізу було скорочено до 5. Оригінальна версія складається з 56 питань, відповіді на які розподіляються за 5-бальною шкалою Ліккерта. Виділяються такі орієнтації: Майбутнє, що виражає

наявність у особистості цілей та планів; Позитивне минуле, що проявляється в прийнятті власного минулого; Негативне минуле, яке виражає негативну реконструкцію подій минулого, що викликає відразу та розчарування; Гедоністичне теперішнє, в якому панує насолода і Фаталістичне теперішнє, яке бачиться незалежним від волі особистості, зумовленим, а особистість підпорядковується долі;

Для дослідження резильєнтності та оптимізму були використані адаптовані методики відповідно: CD-RISC-10, розроблена CampbellSills і Stein на основі CD-RISC К. Conner, J. Davidson й опитувальник Life Orientation Test – LOT), розроблений С.Carver та М.Scheier. Методика резильєнтності має 9 питань, на які надаються відповіді: 0 - ніколи, 1- рідко , 2- іноді, 3 - часто, 4 – завжди. Низькі значення резильєнтності до 24,32, середні від 24,32 до 34,4 та високій рівень стійкості, при якому респонденти долають будь-яку складну ситуацію, є активними, винахідливими, наполегливими та гнучкими в поведінці мають від 34,4 бала.

Опитувальник СЖО, що вивчає сенсову сферу особистості. Тест смисложиттєвих орієнтацій Д.О.Леонтьєва є адаптованою версією тесту «Ціль у житті» (Purpose-in-Life Test, PIL) Дж.Крамбо і Л.Махоліка

Ресурс соціальної підтримки діє як захист від стресових життєвих подій, може мати значний позитивний вплив на відновлення та сприяє зміцненню психічного здоров'я (Dollete & Phillips, 2004). Соціальна підтримка складається з емоційної, оцінної, інформаційної та інструментальної складових (В. Москаленко).

Оскільки аналітико-інтерпретаційному етап дослідження припускає збір і обробку емпіричних даних, то ми використали наступні методи математичної статистики: описову статистику, кореляційний аналіз, факторний аналіз (для мінімізації кількості змінних та концентрації інформації у формі невеликого масиву даних); непараметричний критерій U Манна – Уїтні (для визначення міжгрупових відмінностей у офтальмологічних хворих і умовно здорових).

1. Кореляційний аналіз. За допомогою цього методу аналізу визначається міра, з якою значення двох змінних "пропорційні" один одному. Аналіз використовується для вивчення статистичних зв'язків між явищами, що вивчаються. Кореляційний аналіз є одним з найбільш зручних способів зниження розмірності завдання обробки даних. Матрицю коефіцієнтів кореляції використовують для зниження розмірності завдання обробки даних і, як основу для проведення факторного аналізу. Нами використовувався коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона[111].

2. Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). При однофакторному дисперсійному аналізі порівнюються середні значення кожної вибірки один з одним і обчислюється загальний рівень значущості відмінностей (критерій Фішера). Для порівняння середніх значень аналізуються компоненти дисперсії ознаки, що вивчається. Однофакторний дисперсійний аналіз використовується в тих випадках, коли є в розпорядженні три або більші незалежні вибірки, отримані з однієї генеральної сукупності шляхом зміни якого-небудь незалежного чинника. Чинником є незалежна змінна що є певною (номінативною) ознакою. Як залежні змінні використовуються показники типологічних властивостей і особистісних особливостей, що вивчаються. Обертання факторів – математична процедура, що дозволяє пояснити змістовний сенс виділених на попередньому етапі головних компонент, що пояснюють більшу частину загальної дисперсії змінних. Варімакс обертання є найбільш поширеним методом обертання, при якому фактори залишаються незалежними або ортогональними по відношенню один до одного, таким чином, бали випробовуваних по одному фактору не корелюють з балами за іншими факторами [100].

3. U- критерій Манна – Вітні на випадок k незв'язаних вибірок ($k > 2$) і призначений для оцінки відмінностей одночасно між трьома, чотирма і так далі вибірками по рівню якої-небудь ознаки.

Висновки до другого розділу

1. Надано характеристику хронічному прогресуючому захворюванню очей - глаукомі, яке характеризується ушкодженням зорового нерва та втратою поля зору. Зазначено, що втрата зорових функцій у пацієнтів з глаукомою може впливати на ходьбу, вихід з дому, читання, зір вночі, пристосування до різних рівнів освітлення, оцінку відстаней і бачення об'єктів, що наближаються збоку. Продемонстровано, що страх потенційної втрати зору призводить до завищеної тривожності, ризику розвиненості депресії та суттєво впливає на якість життя. стверджується, що раннє виявлення глаукоми є життєво важливим завданням клінічного менеджменту для збереження зорових функцій та благополуччя людини.

2. Продемонстровано етапи дослідження і обґрунтування методик для вивчення ресурсної сфери офтальмологічних хворих. Дослідження проводилося у три етапи (підготовчий, діагностичний, аналітико-інтерпретаційний).

3. Зазначено що в дослідженні прийняло участь 238 досліджуваних. Надано розподіл осіб на групи: респонденти без глаукоми, умовно здорові (n=72) склали групу Норма, респонденти з початковою глаукомою (n=90) та респонденти з другою стадією глаукоми (n=76).

4. Обґрунтовано вибір методик з опрою на класифікацію ресурсів людини (біологічних, психологічних та соціальних). Зазначено, що в роботі застосовувалися методики: SF-36 (The Medical Outcomes Study Short Form-36); VF-14, що є зороспецифічним опитувальником; рівень стресу (методика В. Ю. Щербатих); "Шкала депресії" (В.Зунг); рівень реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера; «Діагностика психічних станів» (Г.Айзенк), Test Stroop Effect; CD-RISC-10 (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірона); Life Orientation Test – LOT(С.Carver та М.Scheier); ZTPІ (Ф. Зімбардо); Сенсножиттєві орієнтації (адапована версія тесту «Ціль у житті» (Purpose-in-Life Test, Дж.Крамбо і Л.Махолік) та авторська анкета.

5. Математико-статистичний аналіз включав: описову статистику, кореляційний аналіз, факторний аналіз (для мінімізації кількості змінних та концентрації інформації у формі невеликого масиву даних); непараметричний критерій U Манна – Уїтні.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕСУРСНОЇ СФЕРИ ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ РІЗНИХ ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ

3.1. Особливості якості життя і роботи зорових функцій у різних групах респондентів

Для дослідження якості життя респондентів за показником фізичної активності та психічного здоров'я у трьох групах досліджуваних використовувався неспецифічний опитувальник SF-36. Результати дослідження у групі Норма представлено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Показники рівня якості життя у групі Норма

| Шкали якості життя | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|--------------------|-------------------|-------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Фізична активність | 3,54±0,07 | 3 | 17,69% | 0,72 | -0,43 |
| Психічне здоров'я | 6,65±0,11 | 7 | 8,80% | 0,24 | -0,65 |

Отримані дані в таблиці 3.1. свідчать, що ступень розвитку фізичної активності за середнім значенням (3,54±0,07) та особливо медіаною, яка дорівнює 3 знаходиться на високому рівні. Отже, фізичне здоров'я респондентів у групі НОРМА не обмежує здатність виконувати різноманітні фізичні навантаження, їх фізичний стан не заважає виконувати повсякденну рольову діяльність, загалом відсутні болі, які б впливали на якість життя респондентів.

Згідно з даними таблиці 3.1., ступень розвитку психічного здоров'я за середнім значенням (6,65±0,11) у групі Норма знаходиться на високому рівні, але за показником медіани, яка дорівнює 7 є тенденція до середнього рівня прояву. Отже, респонденти даної групи відчують себе повними сил і енергії, не обмеженні в виконанні повсякденної роботи та у соціальних контактах, тому мають достатньо високий рівень спілкування. Водночас, тривожні переживання

або відчуття психічного неблагополуччя призводять до погіршення фізичного та емоційного стану, тому можуть виникати певні обмеження (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо), що знижують рівень загального психічного здоров'я до середнього ступеню виразності.

Проте для більш детального дослідження рівня фізичної активності та психічного здоров'я респондентів в групі Норма в роботі представлено аналіз графіків розподілу показників за даними шкалами (рисунок 3.1.).

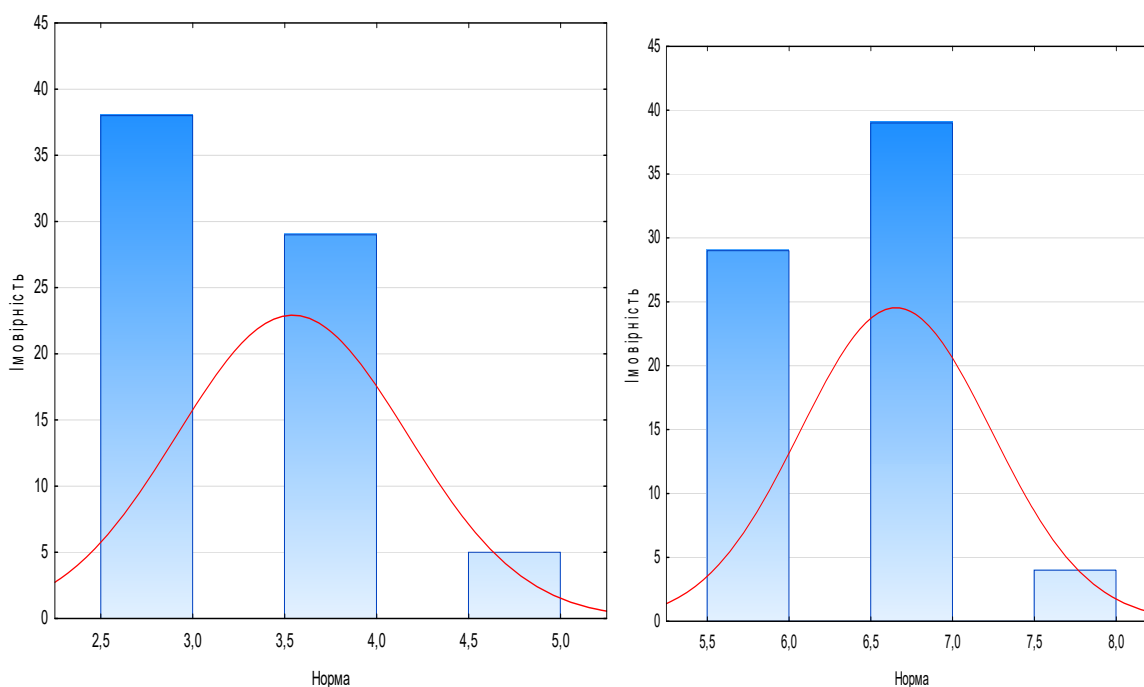


Рис.3.1. Розподіл показників за шкалами "Фізична активність" та "Психічне здоров'я" у групі Норма

На рисунку 3.1. можна побачити, що у групі Норма значно вище ймовірність зустрічі показників у зоні 2,5 до 3 балів, що відповідає високому рівню прояву фізичної активності. Найменша ймовірність прояву у респондентів показників загального фізичного функціонування низького рівня, що базується у зоні 4,5 та 5 балів. Згідно з даними графіку та показнику асиметрії можливо спостерігати зміщення показників вліво, тобто від низького рівня до високого рівня прояву фізичного здоров'я. Проте показник варіації

свідчить про середній рівень мінливості показників у середині групи. Отже, дивлячись на загалом досить згладжений розподіл можна зробити висновок, що фізичний стан кожного респондента буде залежати від їх відношення до болю та власної оцінки їх рольового функціонування.

Дані рисунку 3.1. за шкалою "Психічне здоров'я" демонструють домінування показників у зоні 6,5 до 7 балів, тобто основний пік припадає на діапазон високих балів з тенденцією до середніх показників. Як і на попередньому графіку, найменша імовірність зустрічі низьких показників за даною шкалою. Мінливість показників за шкалою "Психічне здоров'я" у середині групи незначна, а за показником асиметрії можливо спостерігати зміщення показників вліво, тобто від низького рівня виразності до високого. Отже, загальний психологічний стан здоров'я респондентів у групі Норма характеризується високим рівнем життєвої активності, соціального та рольового функціонування. Проте у даній групі зміни у емоційному стані респондентів можуть дещо обмежити діяльність у певних сферах соціального життя та вплинути на загальний психічний стан.

В таблиці 3.2. представлено дані за шкалами "Фізична активність" та "Психічне здоров'я" для респондентів з початковою стадією глаукоми (1СГ). Оскільки при наявності хвороби ступень якості життя оцінюється інакше, то за цими шкалами в процесі діагностики були змінені показники рівня їх виразності.

Таблиця 3.2.

Показники рівня якості життя у групі з початковою стадією глаукоми

| Шкали якості життя | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|--------------------|-------------------|-------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Фізична активність | 4,64±0,07 | 5 | 10,42% | -0,63 | -1,69 |
| Психічне здоров'я | 7,53±0,08 | 8 | 6,70% | -0,14 | -2,08 |

Як показано в таблиці 3.2 за середнім значенням (4,64±0,07) та особливо медіаною, що дорівнює 5, респонденти групи 1СГ мають середній рівень

фізичної активності з тенденцією до низьких показників. Отже, фізична активність респондентів в даній групі значно обмежена їх здоров'ям, що впливає на виконання повсякденних обов'язків, роботи. Респонденти оцінюють власний стан здоров'я в залежності від впливу на різноманітні сфери свого життя болю або фізичного дискомфорту, особливо впливу на діяльність в межах дому та поза нього.

В таблиці 3.2. можна побачити, що за медіаною в 8 балів та середнім значенням ($7,53 \pm 0,08$) у групі 1СГ середній рівень психічного здоров'я з тенденцією до зниження показників. Отже, респонденти даної групи відчують втому зі зниженням життєвої активності, тому можуть виникати депресії, тривоги, знижуватись загальний показник позитивних почуттів. В свою чергу, у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану проявляється значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування, а також такий емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності.

В роботі надані графіки прояву даних показників у групі 1СГ для більш глибокого аналізу якості життя респондентів. Так, розподіл показників за шкалами "Фізична активність" та "Психічне здоров'я" зображений на рисунку 3.2.

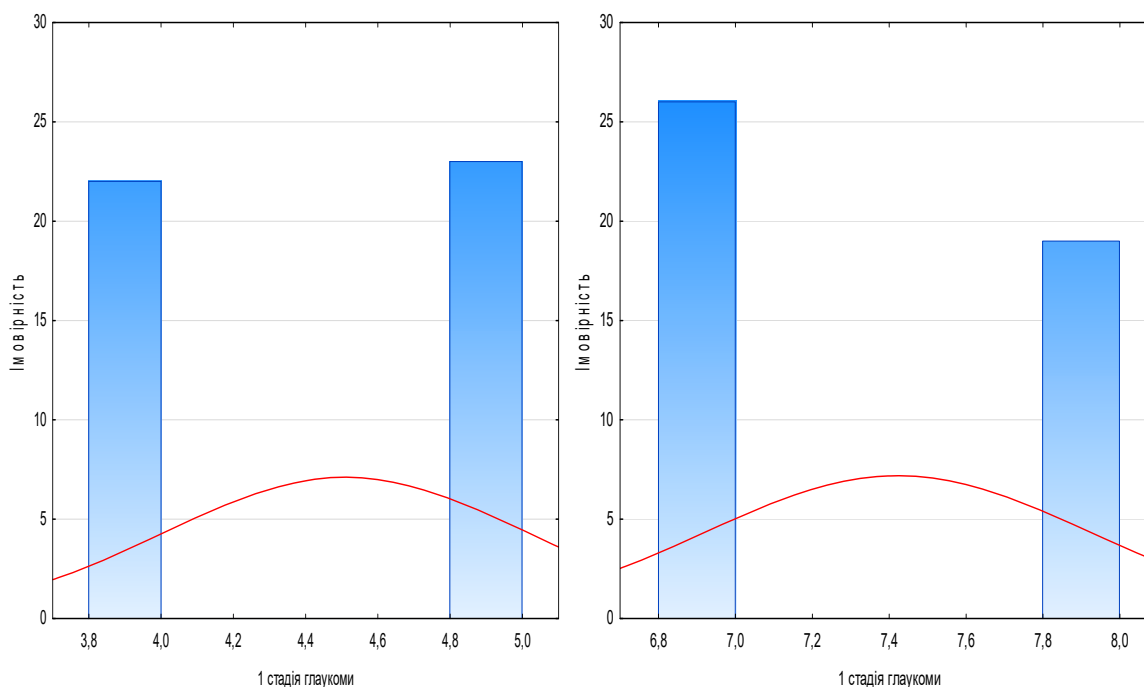


Рис.3.2. Розподіл показників за шкалами "Фізична активність" та "Психічне здоров'я" у групі 1СГ

Як можна побачити на рисунку 3.2., імовірність розподілу показників за шкалою "Фізична активність" розмежується між двома зонами від 3,8 до 4 балів та 4,8 та 5 балів з низьким процентом від'ємності між ними. Можна зробити висновок, що у групі 1СГ більше представленість респондентів з низьким рівнем фізичного та рольового функціонування, обумовлених фізичним станом здоров'я. Враховуючи коефіцієнт асиметрії, зазначимо, що існує тенденція до зміщення показників вправо, що відповідає високому рівню фізичної активності. Тобто графічне зображення та середній коефіцієнт варіації свідчать, що в групі є респонденти, які втрачають життєву активність, а є ті, яким їх захворювання зовсім не заважає проводити активний образ життя.

Дані рисунку 3.2 за шкалою "Психічне здоров'я" можна побачити основний пік, який припадає на зону від 6,8. та 7 балів, тобто зону високих показників з тенденцією до середніх. Значно менше імовірність зустрічі показників низького рівня психологічного здоров'я у діапазоні від 7,8 та 8 балів. Завдяки графіку можливо було провести більш глибокий аналіз, який

показав, що у середні групи існують респонденти, які концентрують власну увагу на тривожних та депресивних станах, погіршеному настрої, що значно знижує ймовірність нормального спілкування та збільшує кількість затрат часу на певну роботу, тому змінюється обсяг цієї роботи та її якість. Проте певна частина респондентів у групі 1СГ вважає, що їх хвороба не заважає соціальному та рольовому функціонуванню, тому вони оцінюють власне психічне благополуччя на помірному рівні.

Особливості прояву основних показників якості життя у групі з другою стадією глаукоми (2СГ) представлено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Показники рівня якості життя у групі з другою стадією глаукоми

| Шкали якості життя | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|--------------------|-------------------|-------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Фізична активність | 3,90±0,12 | 4 | 18,68% | 0,17 | -1,03 |
| Психічне здоров'я | 6,87±0,11 | 7 | 9,68% | 0,15 | -0,64 |

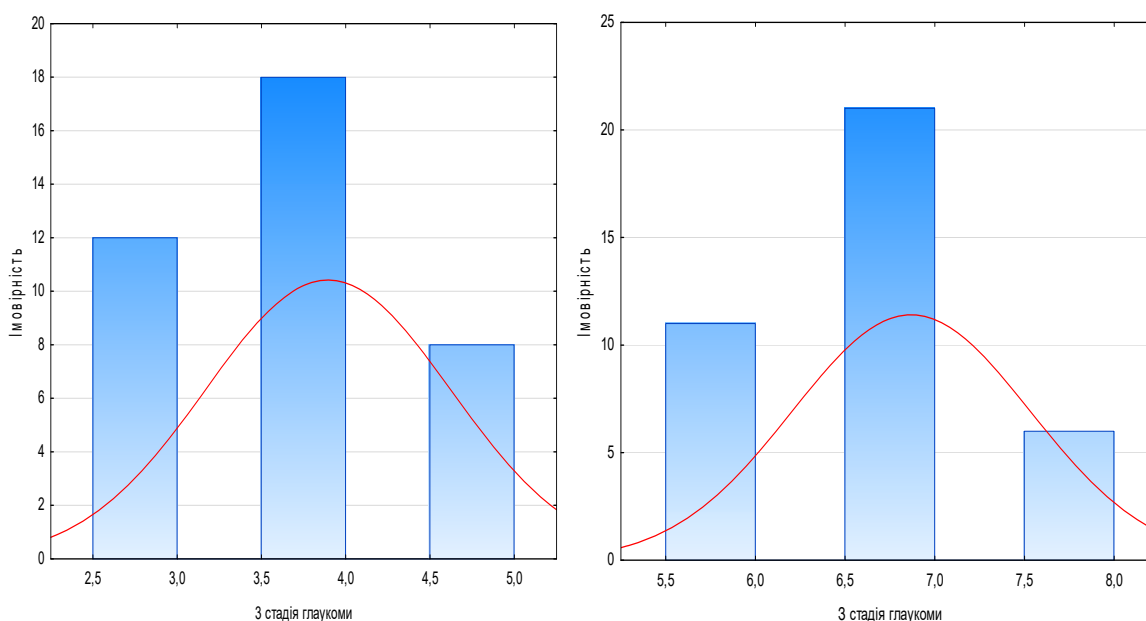
Отримані дані в таблиці 3.3. свідчать, що у групі 2СГ за середнім значенням (3,90±0,12) високий рівень фізичної активності, але показник медіани в 4 бали демонструє зниження активності до середнього рівня. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми більш фізично підготовлені до життя при наявності хвороби, тому їх фізична працездатність набагато вище ніж у групи з початковою стадією глаукоми. Але певні особливості протікання хвороби можуть впливати на загальне функціонування респондентів, чим знижують рівень оцінки загального стану здоров'я.

Згідно з даними таблиці 3.3., за середнім значенням (6,87±0,11) психічне здоров'я оцінюється респондентами групи 2СГ на високому рівні, але показник медіани в 7 балів демонструє зниження даного показника до середнього рівня. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми оцінюють себе, як особистостей повних енергії та сил, яким їх емоційний стан не заважає виконувати власні повсякденні обов'язки та спілкуватися з оточенням. Але відповідні погіршення

у фізичному стані, які пов'язані з хворобою можуть призвести до зниження соціальної активності і сформуванню відчуття психічного неблагополуччя, тим самим знижуючи рівень оцінки власного психічного здоров'я респондентами.

На рисунку 3.3. представлено розподіл даних за шкалами "Фізична активність" та "Психічне здоров'я" у групі з другою стадією глаукоми.

Дані рисунку 3.3. свідчать, що за шкалою "Фізична активність" основний пік розподілу припадає на зону 3, 5 та 4, тобто на високий рівень з тенденцією до зниження рівня активності. Найменша імовірність зустрічі в середині групи 2СГ показників в діапазоні від 4,5 до 5 балів, що відповідає середньому рівню фізичного здоров'я з імовірністю до його погіршення. Необхідно звернути увагу, що на графіку добре видно показники у зоні від 2,5 до 3, що відповідає занадто високому рівню фізичної працездатності, що може не відповідати дійсності.



Отже, у групі спостерігається вага варіативність розподілу даних з напрямком до зростання показника загального стану здоров'я (як показує коефіцієнт асиметрії). Проте, оскільки це дані суб'єктивної оцінки, це може свідчити про аогнозичне ставлення до хвороби, тобто викидання думок про тяжкість її протікання та реальний вплив на загальну фізичну активність респондентів.

Як показано на рисунку 3.3. за шкалою "Психічне здоров'я" у групі 2СГ більша імовірність зустрічі показників високого рівня виразності даного параметру з певним процентом погіршення, що відповідає діапазону від 6,5 до 7 балів. Зауважимо, що як і на попередньому графіку респондентів з низьким рівнем психічного здоров'я вагомо менше ніж з високим рівнем. Наявність показників на графіку в діапазоні надвисокого рівня психічного здоров'я, з врахуванням коефіцієнта асиметрії, дає можливість стверджувати, що респонденти з другою стадією глаукоми оцінюють власне психічне благополуччя на високому рівні, вважаючи, що їх хвороба не обмежує їх соціальні контакти та можливість займатися різними справами. Проте, така оцінка власного психічного стану респондентами може бути пов'язана з тим, що вони вважають, що емоційні порушення та соціальне дефункціонування є випадковим ваганням самопочуття, а не результатом хвороби.

Згідно з даними описової статистики за показниками фізичної активності та психічного здоров'я було виявлено достатньо розбіжностей між групами та в середині них, тому доцільним стало порівняння статистичної значущості відмінностей в трьох групах досліджуваних за рахунок непараметричного U-критерія Мана-Вітні. Результати розрахунків наведені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Порівняння середніх оцінок показника рівня фізичної активності та психічного здоров'я в трьох групах досліджуваних

| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 1СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
|--------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Фізична активність | 3,54±0,07 | 4,64±0,07 | 93,00 | 0,000*** |
| Психічне здоров'я | 6,65±0,11 | 7,53±0,08 | 108,00 | 0,002*** |
| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
| Фізична активність | 3,54±0,07 | 3,90±0,12 | 43,00 | 0,729 |
| Психічне здоров'я | 6,65±0,11 | 6,87±0,11 | 44,00 | 0,281 |

| Показник | Середнє в групі 1СГ | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
|--------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Фізична активність | 4,64±0,07 | 3,90±0,12 | 48,00 | 1,000 |
| Психічне здоров'я | 7,53±0,08 | 6,87±0,11 | 100,00 | 0,000*** |

Дані таблиці 3.4 свідчать, що існує дуже висока статистично значуща різниця між рівнем фізичної активності у групі Норма та у групі 1СГ на рівні $p < 0,000$, тобто у групі 1СГ рівень фізичного та рольового функціонування респондентів обумовлений початком глаукоми, що значно погіршує їх загальний стан здоров'я.

Згідно з даними таблиці 3.4., статистично значуща розбіжність між показниками середніх значень спостерігається у групі Норма та у групі 1СГ і за шкалою "Психічне здоров'я" на рівні $p < 0,002$. Так у групі 1СГ рівень психічного здоров'я значно гірше ніж у групі Норма, що знову ж таки обумовлене обмеженням життєвої активності у зв'язку з глаукомою, що впливає на оцінку стану психічного благополуччя.

Зауважимо, що існує статистично значуща різниця на високому рівні $p < 0,000$ за показником "Психічне здоров'я" між групою 1СГ та 2СГ. Отже, певний рівень адаптації до наявності хвороби за рахунок прийняття дійсності або навпаки відкидання тяжкості хвороби підвищує ймовірність у респондентів з другою стадією глаукоми набагато вище оцінити власний психологічний стан ніж у респондентів з початковою стадією глаукоми.

Для оцінки впливу порушення зору на якість життя з точки зору респондентів була використана німецька версія методики VF-14. Оскільки одна з груп не має порушень зору дана методика використовувалась як загальний оціночний базис для виявлення впливу особливостей роботи зорових функцій на якість життя респондентів. Результати дослідження даного впливу у трьох групах представлено у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Показники рівня впливу зорових функцій на якість життя у трьох групах досліджуваних

| Групи | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|-------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Норма | 9,96±0,02 | 10 | 2,02% | -4,69 | 20,52 |
| 1СГ | 10,31±0,08 | 10 | 4,99% | 0,31 | -0,76 |
| 2СГ | 10,42±0,09 | 10 | 5,29% | -0,18 | -0,99 |

Дані таблиці 3.5., свідчать, що за середнім значенням (9,96±0,02) у групі Норма респонденти мають високий рівень зорових функцій, але показник медіани в 10 балів демонструє існування певних незначних труднощів. Отже, загалом респонденти даної групи мають можливість виконувати всі види діяльності, що зазначені в методиці.

З таблиці 3.5. можна побачити, що за середнім значенням (10,31±0,08) та медіаною в 10 балів респонденти з початковою стадією глаукоми мають середній рівень впливу зорових порушень на їх життєдіяльність, тобто ускладнюється виконання діяльності з високим рівнем напруження. Їх частими скаргами були недостатність світла і нечіткість зору.

Нарешті, у групі 2СГ за середнім значенням (10,42±0,09) та медіаною респонденти також мають середній рівень впливу зорових порушень на якість життя і як результат на можливість виконання певних видів діяльності. Отже, респонденти даної групи на когнітивному рівні знають про симптоми, що проявляються на даній стадії глаукоми та відчувають їх вплив на виконання певних дій, що і знижує рівень оцінки респондентами власних можливостей. Їх частими скаргами були зниження якості зображення і «як би тунельний зір».

Для більш детального дослідження в роботі представлені графіки розподілу показників за даною методикою у трьох групах. Розподіл показників рівня впливу зорових функцій на якість життя у групі Норма представлено на рисунку 3.4.

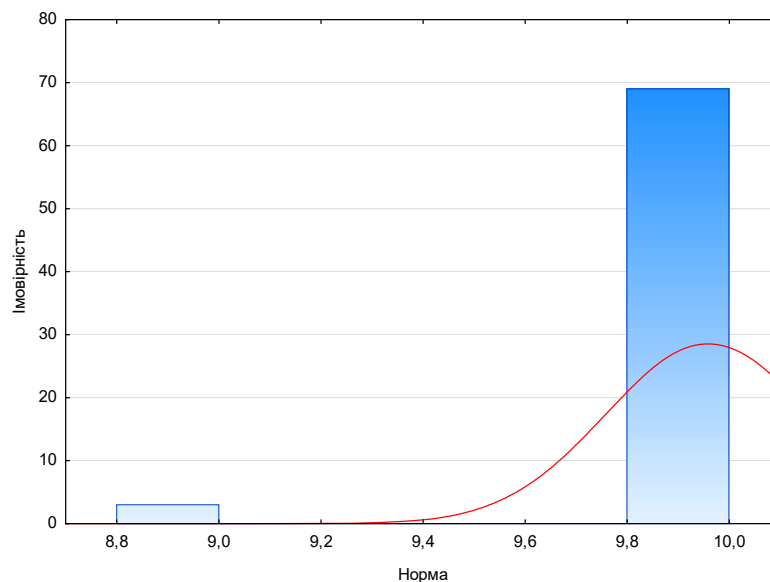


Рис. 3.4. Розподіл показників рівня впливу зорових функцій на якість життя у групі Норма

Як можна побачити на рисунку 3.4., у групі Норма загалом домінують показники у діапазоні від 9,8 до 10, тобто респонденти демонструють помірний високий рівень можливостей у виконанні певних видів діяльності. Лише невелика кількість респондентів в середині групи, які вважають, що мають завищено високий рівень розвитку зорових функцій, тому можуть виконати будь-яку діяльність. Згідно з від'ємним коефіцієнтом асиметрії у групі спостерігається лише підвищення оцінки власної спроможності у виконанні різних видів діяльності.

Розподіл показників рівня впливу зорових функцій на якість життя у групі 1СГ представлено на рисунку 3.5.

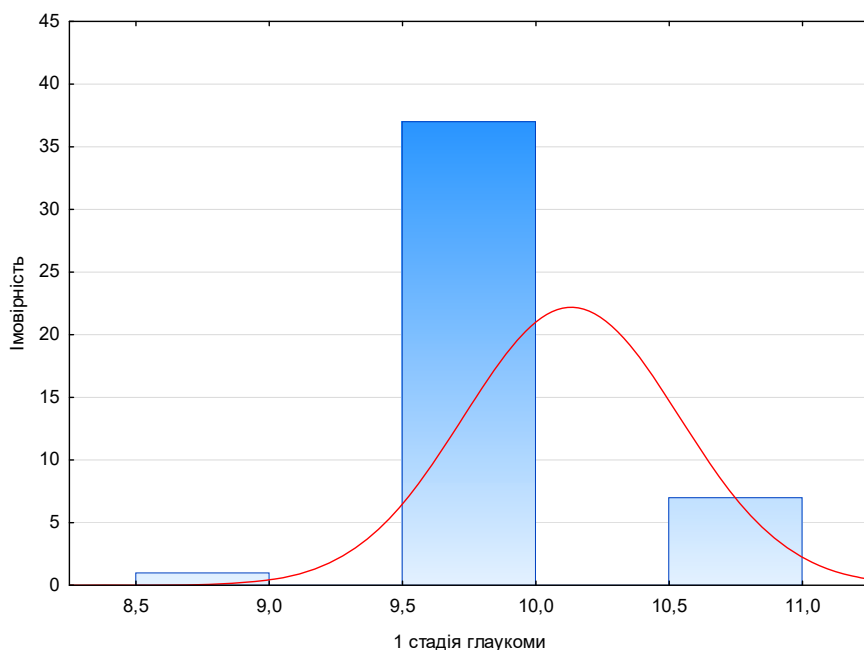


Рис. 3.5. Розподіл показників рівня впливу зорових функцій на якість життя у групі 1СГ

Дані рисунку 3.5. демонструють, що основний пік розподілу припадає на зону від 9,5 до 10 балів, тобто на високий рівень з тенденцією до середнього рівня впливу зорових порушень на виконання різноманітних видів діяльності. Найменша імовірність зустрічі показників в діапазоні від 8,5 до 9 балів, тобто лише декілька респондентів вважають, що протікання їх хвороби зовсім не дає їм можливості виконувати різну діяльність. Зауважимо, що у групі 1СГ за показником асиметрії існує спрямованість на звищення обмежень у виконанні діяльності у разі покращення дії зорових функцій.

Розподіл показників рівня впливу зорових функцій на діяльність у групі 2СГ представлено на рисунку 3.6.

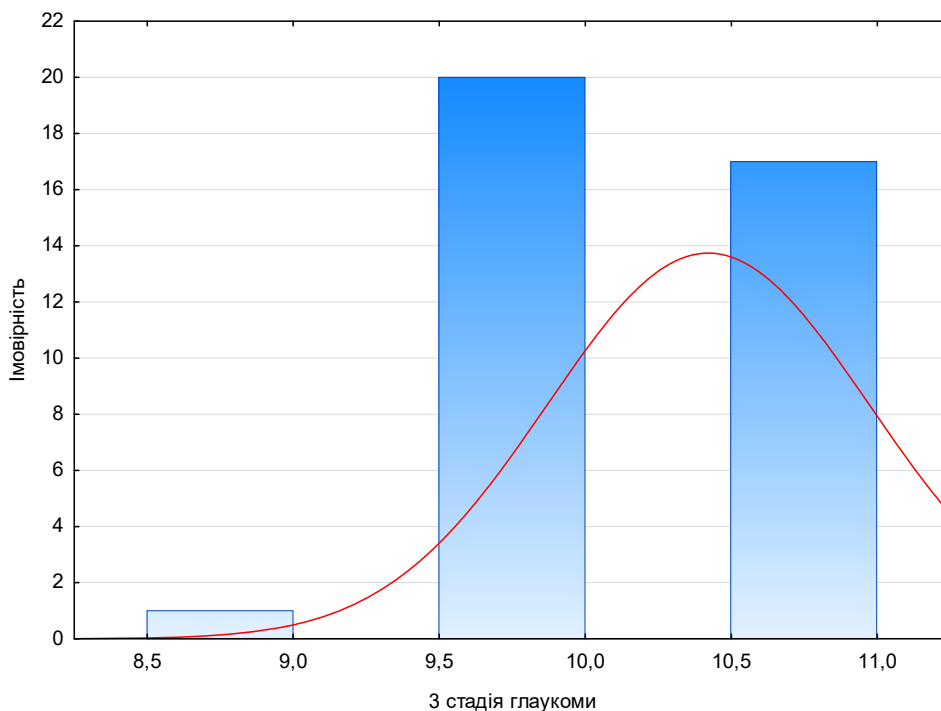


Рис. 3.6. Розподіл показників рівня впливу зорових функцій на якість життя у групі 2СГ

На рисунку 3.6 графічне зображення розподілу демонструє домінування показників у зоні від 9,5 до 10 балів і дещо менший пік у зоні 10,5 і 11, тобто у респондентів з другою стадією глаукоми спостерігається середній рівень діяльнійшої активності у зв'язку з порушенням зору і зорових функцій. І знову ж таки, як і у групі 1СГ найменша ймовірність зустрічі респондентів з занадто високим рівнем зорових порушень і повним зниженням діяльнійшої активності. Проте, від'ємний коефіцієнт асиметрії свідчить про те, що у середині групи зростає ймовірність оцінки респондентами власних зорових функцій з точки зору їх погіршення.

Для більшої ймовірності існування розбіжностей між групами у роботі представлений порівняння аналіз середніх значень у трьох групах за рахунок U-критерія Мана-Вітні. Результати розрахунків наведені у таблиці 3.6.

**Порівняння середніх показників рівня впливу зорових функцій на
якість життя в трьох групах досліджуваних**

| Показник | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
|----------|----------------------------|-------------|
| Норма | 126,00 | 0,05 |
| 1СГ | | |
| Показник | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
| Норма | 170,00 | 0,05 |
| 2СГ | | |
| Показник | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
| 1СГ | 165,50 | 0,05 |
| 2СГ | | |

Дані таблиці 3.6, засвідчують наявність статистично значущих відмінностей між трьома групами на $p < 0,05$, що обумовлене ставленням до впливу зорових порушень на якість життя. Респондентами повідомлялося про потребу в більшій кількості світла і нечіткості зору (1СГ) та зниження якості зображення у 2СГ.

Таким чином, у групі з початковою глаукомою знижений рівень фізичного та рольового функціонування відносно групи норма і групи з другою стадією розвитку хвороби. Це пов'язано з початковим рівнем адаптації до хвороби, відкиданням її тяжкості, що знижує поряд з обмеженнями у виконанні діяльності якість життя респондентів. Існують статистичні розбіжності у якості життя при різних стадіях порушення зорових функцій. Респондентами з початковою стадією глаукоми повідомляється про потребу в більшій кількості світла і нечіткості зору, а у хворих з другою стадією глаукоми додаються ще скарги на зниження якості зображення, що впливає на виконання різних видів діяльності.

3.2. Особливості внутрішньої картини хвороби у різних групах респондентів

Оскільки ми визначили, що внутрішня картина хвороби це комплекс переживань хворого для подолання яких використовуються психологічні ресурси, що сприяє підтримці якості життя хворого, то в наступних дослідженнях представлено вивчення цих переживань, що відбиваються в станах респондентів.

Для виявлення інтелектуальних, поведінкових, емоційних та фізіологічних ознак стресу в трьох групах досліджуваних була використана методика на визначення рівня стресу (автор В. Ю. Щербатих). Дані рівня стресу у трьох групах представлено в таблиці 3.7.

Таблиця 3. 7

Показник рівня стресу у трьох групах досліджуваних

| Групи | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|-------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Норма | 13,65±0,06 | 14 | 3,51% | -0,66 | -1,62 |
| 1СГ | 12,38±0,07 | 12 | 3,96% | 0,52 | -1,81 |
| 2СГ | 13,47±0,11 | 14 | 4,8% | -0,85 | -0,27 |

Згідно з даними таблиці 3.7, рівень стресу у групі Норма за середнім значенням (13,65±0,06) помірно-високий, а за медіаною в 14 балів - помірний. Отже, респонденти у групі Норма відчують помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася. Проте у випадку, коли виникають сильні стресорні фактори, можливе виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму.

Водночас, за даними таблиці 3.7, у групі 1СГ рівень стресу за середнім значенням (12,38±0,07) та медіаною - високий. Отже, організм респондентів з початковою стадією глаукоми вже майже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Отримані дані в таблиці 3.7, підкреслюють, що у групі 2СГ за середнім значенням ($13,47 \pm 0,11$) респонденти мають помірно-високий рівень стресу, тоді як за показником медіани, що дорівнює 14 балів - їх рівень стресу спрямований на зниження до помірного. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми мають досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорний фактор (їх захворювання), який не вдалося компенсувати. Проте, є можливість у деяких респондентів за допомогою раціонального використання часу та періодичного відпочинку та при використанні спеціальних заходів знизити рівень стресу.

Враховуючи вище зазначене, в роботі представлено графічний розподіл показників рівня стресу у трьох групах досліджуваних. Так, розподіл рівня стресу у групі Норма представлено на рисунку 3.7.

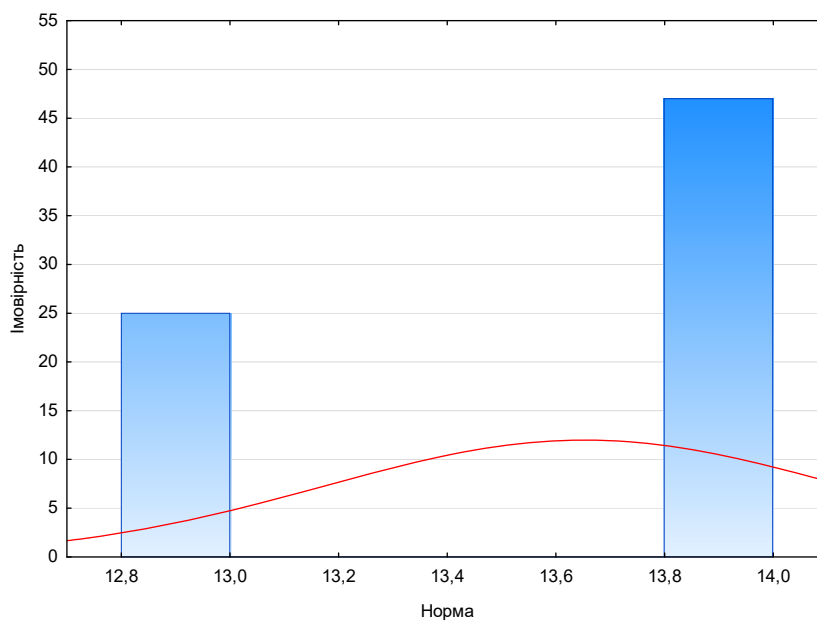


Рис. 3.7. Розподіл рівня стресу у групі Норма

Як показано на рисунку 3.7, основний пік розподілу припадає на зону помірного рівня стресу. Проте на графіку зображений також показник представленості помірно-високого рівня стресу зі значно меншим відсотком імовірності зустрічі. Необхідно зауважити, що від'ємний коефіцієнт асиметрії свідчить, що існує зміщення до менших значень, тобто до підвищення рівня стресу у групі Норма. Проте у групі спостерігається досить плавний розподіл,

що підтверджує від'ємний коефіцієнт ексцесу. Отже, респонденти у групі Норма загалом мають помірний стрес, який мобілізує резерви, змушуючи ефективніше боротися з проблемою, тобто включає в себе всі реакції організму, які забезпечують термінову адаптацію людини до нових умов. Але, є і ті респонденти у середені групи, які невзможі уникнути неприємних ситуацій, боротися або пристосуватися до них, тому їх показник стресу зростає.

Розподіл рівня стресу у групі 1СГ представлено на рисунку 3.8.

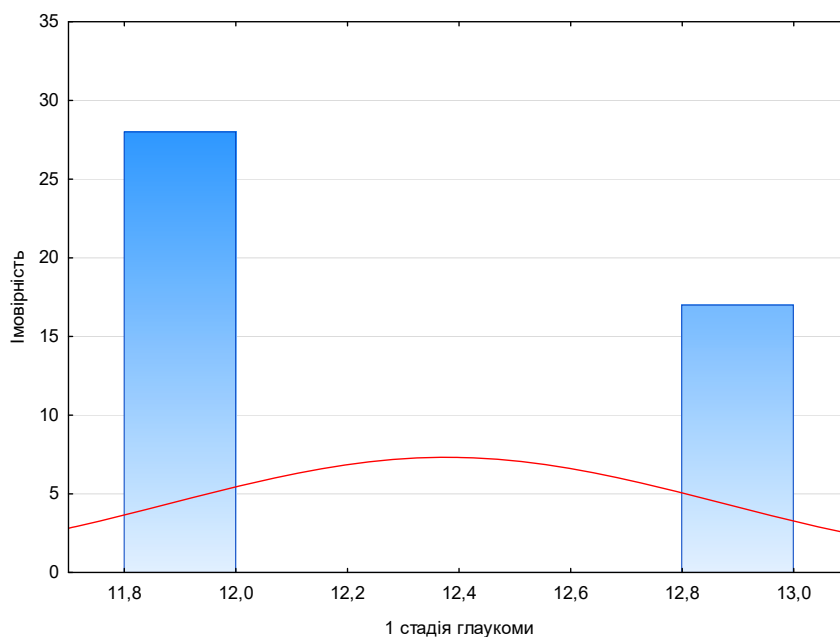


Рис. 3.8. Розподіл рівня стресу у групі 1СГ

На рис. 3.8, у групі 1СГ спостерігається середній рівень щільності розподілу даних, досить схожа картина відображається на попередньому графіку. Але відмінність полягає у тому, що у групі 1СГ основний пік припадає на високі показники рівня стресу, і значно менша імовірність зустрічі показників в зоні помірно-високого рівня стресу. Зауважимо, що додатковий коефіцієнт асиметрії свідчить, що існує зміщення у середині групи у бік зниження показників стресу. Проте від'ємний коефіцієнт ексцесу підтверджує, що у групі спостерігається досить плавний розподіл. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми загалом відчувають шкідливий деструктивний

стрес, з яким організм впоратися не в змозі, що підриває сили, заважаючи людині жити повноцінно. У деяких респондентів виявляється сильне фізичне та емоційне напруження, що викликане сильними негативними емоціями у зв'язку з хворобою, яка впливає довгий час.

Розподіл рівня стресу у групі 2СГ представлено на рисунку 3.9.

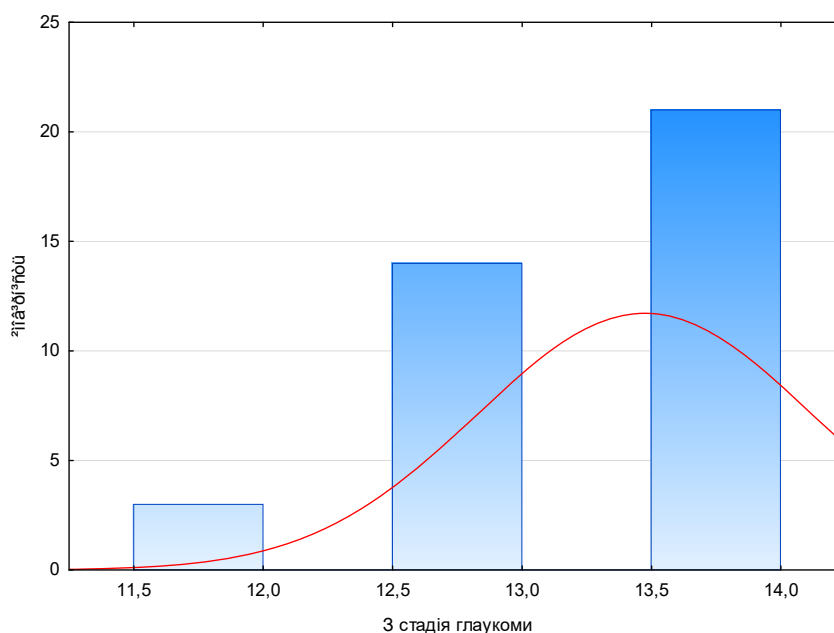


Рис. 3.9. Розподіл рівня стресу у групі 2СГ

Дані рисунку 3.9, демонструють, що у групі 2СГ щільність розподілу показників сильніше ніж у попередніх двох групах, що підтверджується найвищим коефіцієнтом варіації. Основний пік розподілу припадає на зону помірно-високих значень з тенденцією до зниження рівня стресу, тобто між 13,5 та 14 балами. Найменша ймовірність зустрічі показників в діапазоні високих показників стресу. Зазначимо, що від'ємний коефіцієнт асиметрії свідчить, що існує зміщення до менших значень, тобто до підвищення рівня стресу у групі 2СГ. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми у зв'язку з хворобою, яка впливає на їх життя досить тривалий час, мають виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, але у деяких респондентів цей стан може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, а

хтось має високий рівень стресу для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта.

Зважаючи на розбіжності в показниках стресу та його ознак у трьох групах для порівняння статистичної значущості відмінностей ми скористалися непараметричним U-критерієм Мана-Вітні. Результати розрахунків наведені у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Порівняння середніх показників рівня стресу в трьох групах досліджуваних

| Показник | Середнє $M \pm m$ | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
|----------|----------------------|----------------------------|-------------|
| Норма | 13,65±0,06 | 81,500 | 0,000*** |
| 1СГ | 12,38±0,07 | | |
| Показник | Середнє $M \pm m$ | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
| Норма | 13,65±0,06 | 35,00 | 0,000*** |
| 2СГ | 13,47±0,11 | | |
| Показник | Середнє $M \pm m$ | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
| 1СГ | 12,38±0,07 | 100,00 | 0,000*** |
| 2СГ | 13,47±0,11 | | |

Отримані дані в таблиці 3.8, демонструють, що існує статистично значуща розбіжність між показниками середніх значень за рівнем стресу між групою Норма та 1СГ, менше середнє значення у групі 1СГ на рівні $p < 0,000$, тобто початок прояву симптомів глаукоми підвищує рівень стресу і підриває сили, заважаючи людині не тільки ефективно вирішити будь-яку проблему але і жити повноцінно.

Разом з тим в таблиці 3.8 добре видно, існування статистично значущої розбіжності між показниками середніх значень за рівнем стресу між групою Норма та 2СГ, менше середнє значення у групі 2СГ на рівні $p < 0,000$, тобто респонденти з другою стадією глаукоми можуть відчувати тривогу, страх, гнів,

печаль з приводу захворювання і найчастіше саме ці переживання, а не сама ситуація викликають негативні зміни в організмі.

Дані таблиці 3.8, свідчать про наявність статистично значущої розбіжності між показниками середніх значень за рівнем стресу між групою 1СГ та 2СГ, більше середнє значення у групі 2СГ на рівні $p < 0,000$, тобто оскільки респонденти з другою стадією глаукоми знаходяться у даному стані набагато довше ніж респонденти з початковою стадією, тобто вони пройшли гостру фазу стресу і входять в період мобілізації сил, в якій відзначається підвищення мозкової та м'язової активності, за рахунок чого вони відчують загалом лише емоційну та фізіологічну напругу.

За допомогою опитувальника "Шкала депресії" В.Зунга в адаптації Т.І. Балашової була проведена диференціальна діагностика депресивних станів та станів, близьких до депресії у трьох групах досліджуваних. Результати дослідження представлено в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Показник рівня депресивних станів та станів, близьких до депресії у трьох групах досліджуваних

| Групи | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|-------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Норма | 17,54±0,06 | 18 | 2,86% | -0,17 | -2,03 |
| 1СГ | 16,56±0,08 | 17 | 3,04% | -0,23 | -2,04 |
| 2СГ | 16,84±0,09 | 17 | 3,25% | -0,11 | 0,28 |

В таблиці 3.9. можна побачити, що за середнім значенням (17,54±0,06) та особливо за показником медіани в 18 балів у респондентів групи Норма виявлено стан без депресії. Отже, респонденти у групі Норма мають позитивний емоційний фон, що супроводжується відчуттям психологічного благополуччя і загальною активністю поведінки.

Проте дані таблиці 3.9. демонструють, що у респондентів у групі 1СГ за середнім значенням (16,56±0,08) діагностується справжній депресивний стан, але за показником медіани в 17 балів можливо говорити про тенденцію до

субдепресивного стану або маскованої депресії. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми мають поганий настрій, який триває більшу частину дня, демонструють підвищену стомлюваність, апатію і небажання щонабудь робити, звуження кола інтересів; порушення уваги та апетиту. Водночас, апатія, усамітнення та зниження інтересу до життя може з'явитися лише в міру накопичення негативу та втоми.

Нарешті за даними таблиці 3.9, у групі 2СГ за середнім значенням ($16,84 \pm 0,09$) і особливо за показником медіани в 17 балів діагностується маскована депресія при якій не виражені або відсутні тріади симптомів, які виступають обов'язковими діагностичними критеріями депресивних станів. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми заперечують, що психічна сфера перебуває під контролем афективних елементів розладу, а демонстровані соматичні ознаки мають психогенне походження.

Більш детальний аналіз розподілу показників рівня прояву депресивних станів та станів, близьких до депресії у трьох групах досліджуваних представлено на графіках. Розподіл рівня даного показника у групі Норма представлено на рисунку 3.10.

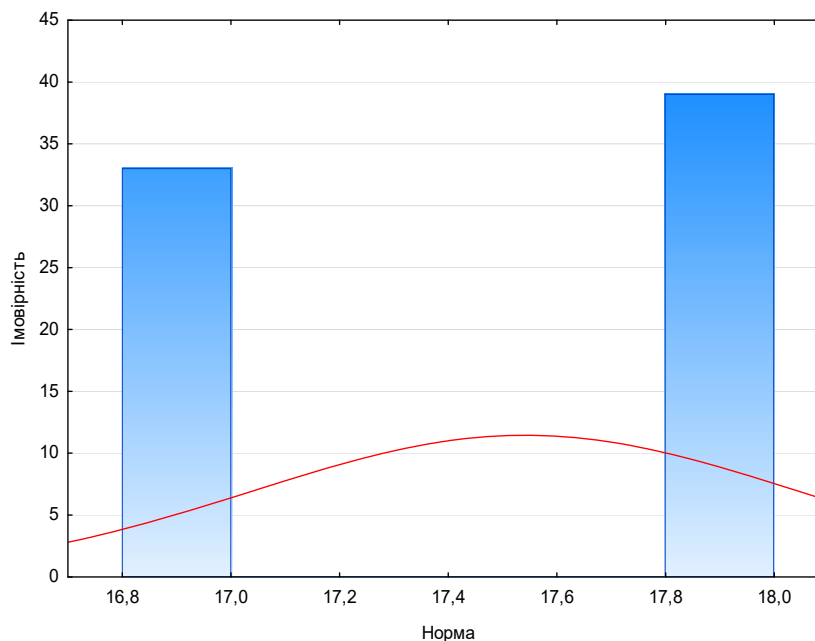


Рис. 3.10. Розподіл рівня прояву депресивних станів та станів, близьких до депресії у групі Норма

Як можна побачити на рисунку 3.10, щільність розподілу показників у даній групі досліджуваних не велика, що підтверджено найменшим коефіцієнтом варіації. ймовірність зустрічі показників в діапазоні від 17,8 до 18 балів вище ніж у зоні 16,8 до 17 балів, тобто в середині групи більше респондентів у яких відсутні ознаки депресії та депресивних станів. Але, є респонденти з ознаками легкої депресії ситуативного або невратичного генезу, що може бути обумовлене зовнішніми обставинами сучасного життя.

Розподіл рівня даного показника у групі 1СГ представлено на рисунку 3.11.

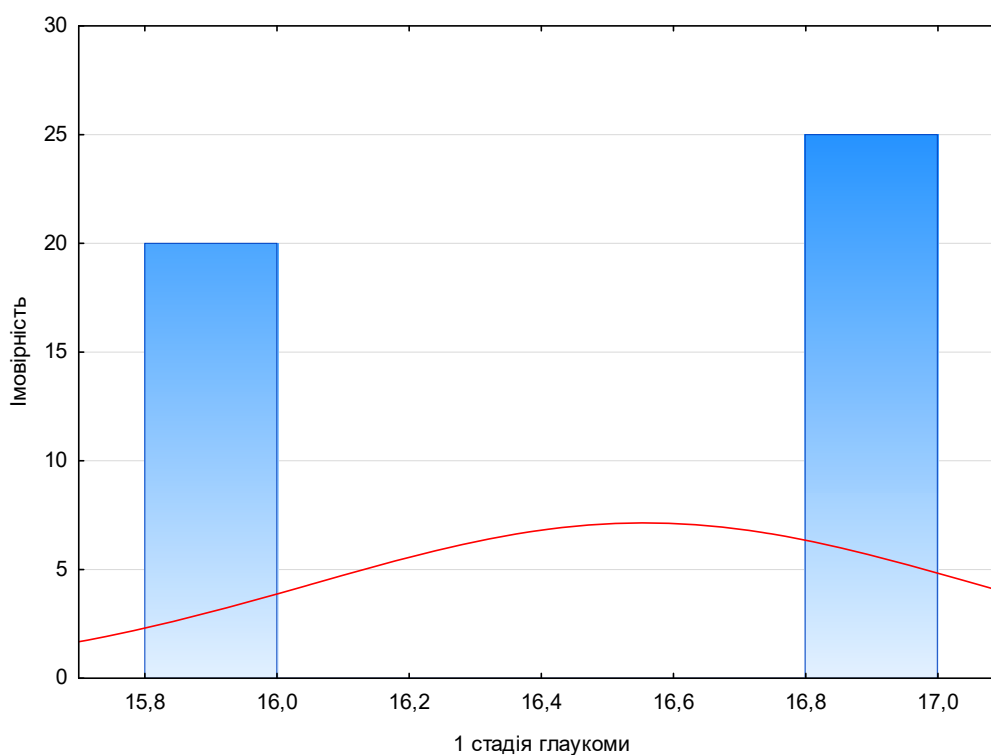


Рис. 3.11. Розподіл рівня прояву депресивних станів та станів, близьких до депресії у групі 1СГ

На рисунку 3.11. добре видно, що щільність розподілу показників у групі 1СГ не велика, як і у групі Норма, хоча варіативність показників все ж таки вище ніж у останьї групи. Основний пік припадає на зону субдепресивних станів - від 16,8 до 17 балів. Але є респонденти, які демонструють всі ознаки депресії, про що свідчать дані у зоні від 15,8 до 16 балів. Від'ємний коефіцієнт

асиметрії засвідчує тенденцію до підвищення ймовірності зустрічі показників в діапазоні істотної депресії у групі 1СГ. Отже, респонденти з початковою глаукомою чим більше заглиблюються у хворобу, тим більше шанс, що субдепресивні стани переростуть у реальну депресію з похмурих настроєм, моторною і психічною пригніченістю, самобичуванням і самозвинуваченням.

Розподіл рівня даного показника у групі 2СГ представлено на рисунку 3.12.

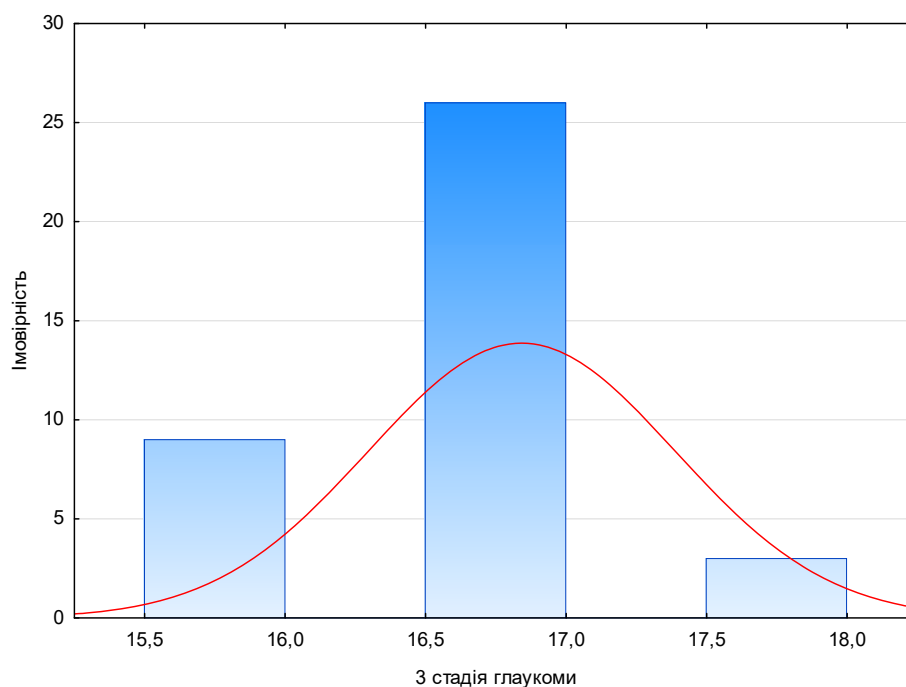


Рис. 3.12. Розподіл рівня прояву депресивних станів та станів, близьких до депресії у групі 2СГ

Згідно з даними рисунку 3.12, бачимо, що на відміну від інших двох графіків у групі 2СГ щільність розподілу показників значно вище, що підтверджує найвагомійший коефіцієнт варіації. В групі спостерігається єдиний пік, що припадає на показник маскованої депресії. Найменша ймовірність зустрічі показників, що свідчать про відсутність депресії та депресивних станів. Від'ємний коефіцієнт асиметрії засвідчує тенденцію до підвищення рівня депресії та погіршення загального емоційного стану респондентів. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми для того, щоб впоратись з наслідками хвороби і не впасти у тяжкий стан депресії, намагаються приховати всі її ознаки.

Тобто відкидають імовірність психогенного походження поганого настрою, пригніченості, зниження фізичної активності та інших симптомів афективного розладу.

Отримані дані роблять доцільним проведення більш ретельного порівняльного аналізу середніх значень у трьох групах досліджуваних за рахунок U-критерія Мана-Вітні. Результати розрахунків наведені у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Порівняння середніх показників рівня депресії та депресивних станів в трьох групах досліджуваних

| Показник | Середнє M ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
|----------|------------------|----------------------------|-------------|
| Норма | 17,54±0,06 | 175,00 | 0,05* |
| 1СГ | 16,56±0,08 | | |
| Показник | Середнє M ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
| Норма | 17,54±0,06 | 32,500 | 0,620 |
| 2СГ | 16,84±0,09 | | |
| Показник | Середнє M ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
| 1СГ | 16,56±0,08 | 6,000 | 0,05* |
| 2СГ | 16,84±0,09 | | |

Аналіз результатів за даною методикою дозволив констатувати, що досліджувані групи 1СГ більш схильні до депресії та депресивних станів порівняно із групою Норма, оскільки респонденти групи 1СГ демонструють статистично значущі менші значення, що відповідає високому рівню депресії ($p < 0,05$). Отримані результати свідчать, що респонденти групи з початковою стадією глаукоми скоріше будуть демонструвати провідні ознаки депресії: поганий настрій, пригніченість, тугу, сильну тривожність, які не відповідають реально існуючим обставинам, тому респонденти можуть втратити інтерес до повсякденних справ, професійних завдань, нездатні отримувати задоволення

від об'єктивно приємної діяльності, від зустрічей з друзями, від спілкування з близькими.

Дані таблиці 3.10 свідчать, що за U-критерієм та завдяки малій варіативності (судячи із коефіцієнтів варіації) різниця між групою Норма та 2СГ статистично не значуща. Отже, у зв'язку з усвідомленим чи несвідомим маскуванням симптомів депресії та субдепресивних станів або у зв'язку з повним їх відкидання, у респондентів з другою стадією глаукоми не має розбіжностей з групою Норма.

Як свідчить аналіз даних таблиці 3.10, за середнім значенням рівня депресії респонденти у групі 1СГ та 2СГ розташувалися наступним чином: найменше значення спостерігається в групі 1СГ ($16,56 \pm 0,08$), а далі йде група 2СГ ($16,84 \pm 0,09$). При цьому, завдяки малій варіативності (судячи із коефіцієнтів варіації) різниця між двома групами статистично значуща на $p < 0,05$. Отже, оскільки найменші значення відповідають високому рівню депресії, можна охарактеризувати респондентів з початковою стадією глаукоми, як особистостей, які знаходяться у гострій стадії депресії з більш тяжкою симптоматикою, яку неможливо замаскувати.

Для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності виходячи із шкали самооцінки у трьох групах досліджуваних була використана методика суб'єктивної оцінки Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л.Ханіна. Результати дослідження у групі Норма представлено в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Показник рівня реактивної та особистісної тривожності у групі Норма

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт експесу, γ_2 |
|----------------------------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Особистісна тривожність | $20,01 \pm 0,07$ | 20 | 2,96% | -0,00 | -0,04 |
| Реактивна тривожність | $23,53 \pm 0,06$ | 24 | 2,14% | -0,11 | -2,05 |

Дані таблиці 3.11 демонструють, що за середнім значенням ($20,01 \pm 0,07$) та медіаною респонденти групи Норма мають середній рівень особистісної

тривожності, тобто респонденти характеризуються схильністю у деяких об'єктивно загрозливих ситуаціях відчувати побоювання, страх і реагувати станом тривоги.

Згідно з даними таблиці 3.11, за шкалою "Реактивна тривожність" за середнім значенням ($23,53 \pm 0,06$) респонденти групи Норма мають середній рівень виразності цього параметру, але медіана в 24 бали свідчить про зниження рівня реактивної тривожності серед респондентів в групі Норма до низьких показників. Отже, респонденти даної групи найчастіше можуть реагувати на деякі стресори, що пов'язані з життєво важливими речами, напруженістю та занепокоєнням, але загалом ці реакції не занадто виражені та досить швидко купіруються.

Враховуючи отримані дані в таблиці 3.11 доцільно представити візуальний аналіз графіків щільності розподілу показників рівня особистісної та реактивної тривожності у групі Норма (рисунок 3.13).

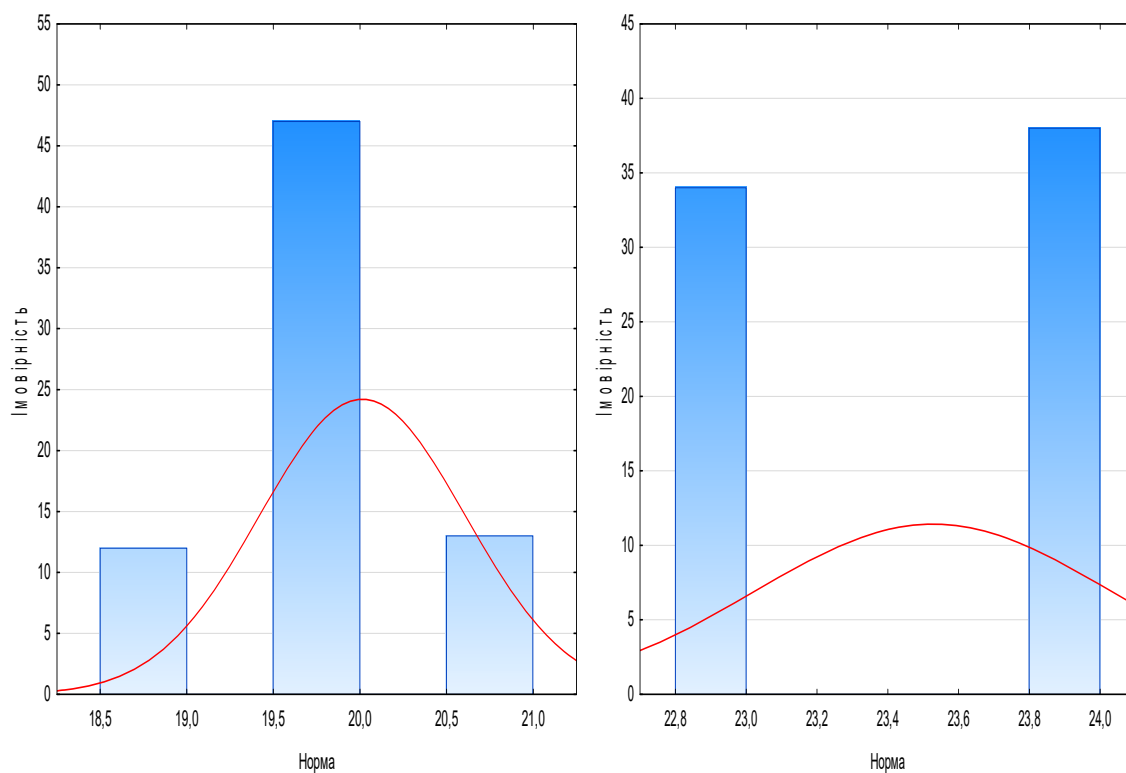


Рис. 3.13. Розподіл показників рівня реактивної та особистісної тривожності у групі Норма

З рисунка 3.13 можна побачити, що дискретна природа оцінок у групі Норма проявляється сильніше за все за шкалою "Особистісна тривожність", а ніж за шкалою "Реактивна тривожність", що підтверджує більш високий коефіцієнт варіації. Єдиний пік за шкалою "Особистісна тривожність" припадає на зону від 19,5 до 20 балів, тобто на середній рівень виразності даного виду тривожності. Отже, респонденти групи Норма через свої індивідуальні особливості не схильні до впливу тих чи інших стресорів. Водночас, за шкалою "Реактивна тривожність" розподіл базується в межах діапазону від 22,8 та 23, що відповідає середньому рівню тривожності та у діапазоні від 23,8 до 24 балів - низький рівень, з більшою імовірністю зустрічі показників. Отже, респонденти групи Норма мають загалом низький рівень інтенсивності переживань стосовно типових подій, але іноді виникають певні стресори соціально-психологічного походження, що можуть підвищити рівень реактивної тривожності.

Результати дослідження у групі 1СГ представлено в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Показник рівня реактивної та особистісної тривожності у групі 1СГ

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|----------------------------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Особистісна тривожність | 19,98±0,1 | 19 | 3,29% | 0,02 | -0,56 |
| Реактивна тривожність | 22,62±0,09 | 22 | 2,54% | 0,24 | -0,71 |

Як свідчить аналіз даних таблиці 3.12, за середнім значенням (19,98±0,1) та медіаною респонденти групи 1СГ мають високий рівень особистісної тривожності, тобто в них сильно виражена схильність сприймати практично всі ситуації, як загрозливі, і реагувати на ці ситуації станом сильної тривоги.

Зазначимо, що за даними таблиці 3.12, респонденти групи 1СГ за середнім значенням (22,62±0,09) та медіаною мають також високий рівень реактивної тривожності, тобто знаходяться у стані, що характеризується напругою, занепокоєнням, може викликати порушення уваги, зниження працездатності, підвищену стомлюваність і швидку виснаженість.

Далі на рисунку 3.14 демонструється графік щільності розподілу показників рівня особистісної та реактивної тривожності у групі 1СГ.

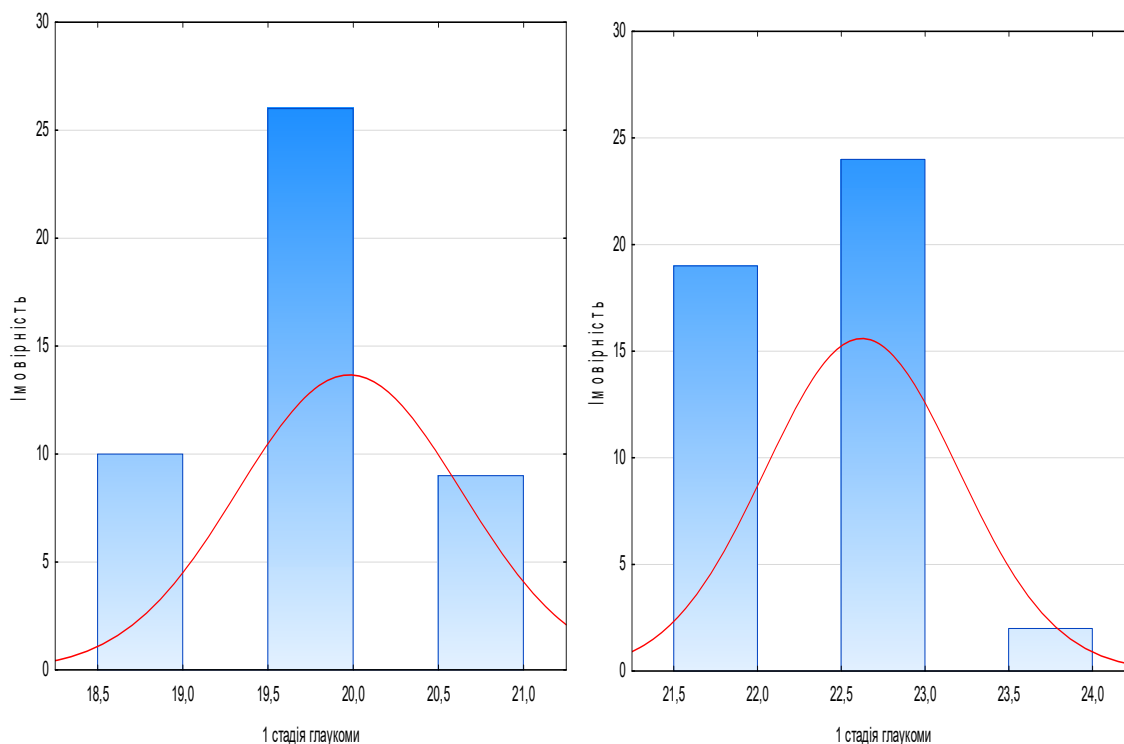


Рис. 3.14. Розподіл показників рівня реактивної та особистісної тривожності у групі 1СГ

Дані рисунку 3.14 засвідчують, що на відміну від групи Норма у групі 1СГ щільність розподілу показників за обома шкалами сильніше, що підтверджено більшим коефіцієнтом варіації. Проте, як і у групі Норма, у групі 1СГ за шкалою "Особистісна тривожність" можна побачити лише один пік, що припадає на зону середніх показників прояву рівня тривожності. Тоді, як, згідно графіку, за шкалою "Реактивна тривожність" розподіл показників виглядає наступним чином: більш за все імовірність показників зустрічі у зоні від 22,5 до 23 - середній рівень реактивної тривожності, дещо менша у зоні від 21, 5 до 22 - високий рівень і значно менша ймовірність - у зоні від 23,5 до 25, що відповідає низькому рівню реактивної тривожності. Додатний коефіцієнт асиметрії в обох випадках свідчить, що у середині групи можна побачити тенденцію до зниження рівня тривожності. Отже, респонденти групи 1СГ не всі ситуації сприймають, як загрозові, саме тому можна відкинути загрозу невротичного

конфлікту та емоційного зриву. Водночас, переживання початкової стадії глаукоми може бути причиною межування реактивної тривожності між середнім та високим рівнем, тобто підвищується рівень переживань як реакція на різноманітні зовнішні події. Така розбіжність з даними таблиці може бути пов'язана з тим, що у середині групи є респонденти у яких підвищений рівень особистісної тривожності, як особистісної якості, при наявності хвороби підвищує рівень реактивної тривожності.

Результати дослідження у групі 2СГ представлено в таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Показник рівня реактивної та особистісної тривожності у групі 2СГ

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|----------------------------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Особистісна тривожність | 20,00±0,11 | 20 | 3,29% | 0,00 | -0,54 |
| Реактивна тривожність | 22,61±0,08 | 23 | 2,19% | -0,45 | -1,90 |

В таблиці 3.13 продемонстровано, що за середнім значенням (20,00±0,11) та медіаною респонденти групи 2СГ мають середній рівень особистісної тривожності. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми мають підвищений рівень схильності відчувати занепокоєння у різноманітних життєвих ситуаціях.

Отримані дані в таблиці 3.13 свідчать, що за середнім значенням (22,61±0,08) респонденти групи 2СГ мають високий рівень реактивної тривожності, тоді як згідно з показником медіани в 23 бали є спрямованість на зниження рівня цього виду тривожності до середнього. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми реагують на зовнішні стресори напругою, занепокоєнням, нервозністю і тому є загроза порушення уваги, що у деяких випадках може призвести до невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами та з психосоматичними захворюваннями.

На рисунку 3.15 представлено графік щільності розподілу показників рівня особистісної та реактивної тривожності у групі 2СГ.

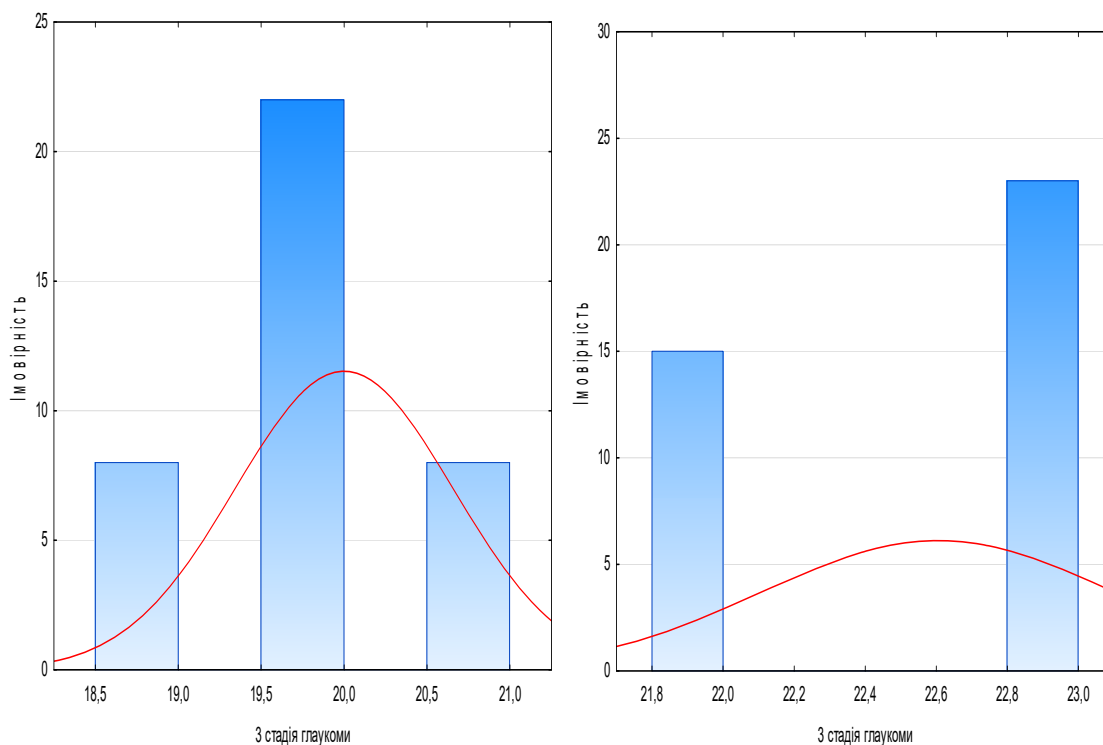


Рис. 3.15. Розподіл показників рівня реактивної та особистісної тривожності у групі 2СГ

Рисунок 3.15 за шкалою "Особистісна тривожність" демонструє схожу картину, як і у попередніх двох групах, тоді як за шкалою "Реактивна тривожність" розподіл більш схожий на розподіл групи Норма. Тобто дискретна природа оцінок у групі 2СГ проявляється сильніше за все за шкалою "Особистісна тривожність", а ніж шкалою "Реактивна тривожність", що підтверджує більш високий коефіцієнт варіації. Єдиний пік за шкалою "Особистісна тривожність" припадає на зону від 19,5 до 20 балів, тобто на середній рівень виразності даного виду тривожності. Отже, графічні дані збігаються з даними таблиці, що характеризує респондентів групи з другою стадією глаукоми, як особистостей, більш чутливих і тому при сприйнятті певних стимулів, вони будуть розрізнятися як небезпечні для самооцінки, самоповаги, що може не зовсім відповідати рівню реальної загрози.

Водночас за шкалою "Реактивна тривожність" розподіл базується в межах діапазону від 21,8 та 22, що відповідає високому рівню тривожності та у діапазоні від 22,8 до 23 балів - середній рівень, з більшою імовірністю зустрічі

показників. Отже, респонденти групи з другою стадією глаукоми у разі зниження працездатності, підвищеної стомлюваності й швидкому виснаженні, тобто зниженні показників фізичної активності у зв'язку з хворобою, можуть відчувати напругу, занепокоєння, що може викликати порушення уваги.

Попередній аналіз розбіжностей підтверджується і результатами розрахунків за U-критерієм Мана-Вітні. Відповідні дані зібрані у таблиці 3.14

Таблиця 3.14

Порівняння середніх показників рівня реактивної та особистісної тривожності в трьох групах досліджуваних

| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 1СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
|-------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Особистісна тривожність | 20,01±0,07 | 19,98±0,1 | 94,00 | 0,122 |
| Реактивна тривожність | 23,53±0,06 | 22,62±0,09 | 124,00 | 0,01** |
| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
| Особистісна тривожність | 20,01±0,07 | 20,00±0,11 | 55,00 | 0,128 |
| Реактивна тривожність | 23,53±0,06 | 22,61±0,08 | 83,00 | 0,002*** |
| Показник | Середнє в групі 1СГ | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
| Особистісна тривожність | 19,98±0,1 | 20,00±0,11 | 100,00 | 0,000*** |
| Реактивна тривожність | 22,62±0,09 | 22,61±0,08 | 54,500 | 0,000*** |

Згідно з отриманими даними таблиці 3.14, можна стверджувати, що рівень особистісної тривожності у групи з початковою стадією глаукоми вище ніж у респондентів з другою стадією глаукоми, тобто зіткнення з проблемами пов'язаними з хворобою, шок від отримання даної новини і багато інших моментів призводить до підвищення рівня особистісної тривожності. Тоді як група з другою стадією глаукоми вже пристосувалась до наявних обставин та

при схильності заперечувати наявність певних труднощів намагається опонувати прояви тривоги.

Необхідно зазначити, що за реактивною тривожністю респонденти групи Норма відрізняються від групи 1СГ на рівні $p < 0,01$. Відмінність полягає у тому, що респонденти при початковій стадії глаукоми більш чутливі до різноманітних зовнішніх стресорів-подразників, тому їх рівень реактивної тривожності значно вище.

Дані таблиці 3.14 демонструють статистично значущу різницю за рівнем реактивної тривожності між респондентами групи Норма та групи 2СГ на рівні $p < 0,002$. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми на відміну від респондентів групи Норма можуть відчувати значний рівень напруги, занепокоєння та нервозності у різних обставинах, що може не відповідати реальній ситуації.

При порівнянні середніх значень за рівнем реактивної тривожності між респондентами групи 1СГ та 2СГ було виявлено статистично значущу різницю на рівні $p < 0,000$. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми схильні нівелювати вплив хвороби на їх психічне та фізичне здоров'я, а респонденти з початковою стадією глаукоми знаходяться у гострій фазі відреагування на хворобу, що загалом і впливає на наявність різниці за рівнем реактивної тривожності у бік вищих показників у групі 1СГ.

Для дослідження ригідності був використаний метод словесно-колірної інтерференції Струпа. Результати дослідження в трьох групах представлено в таблиці 3.15.

Таблиця 3.15

Показник рівня ригідності у трьох групах досліджуваних

| Групи | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|-------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Норма | 37,44±0,06 | 38 | 1,34% | 0,23 | -2,00 |
| 1СГ | 37,27±0,07 | 37 | 1,20% | 1,09 | -0,85 |
| 2СГ | 37,39±0,10 | 37 | 1,59% | 1,25 | 0,65 |

Дані таблиці 3.15 демонструють, що за середнім значенням (37,44±0,06), а особливо медіаною в 38 балів досліджувані групи Норма мають середній рівень інтерференції, тобто існує помірний конфлікт між словесно-мовними та сенсорно-перцептивними функціями: досліджувані здатні ігнорувати певні значення і виокремлювати лише візуальні об'єкти, тобто при необхідності прийняття нових обставин респонденти здатні змінювати власне відношення, звички, принципи та мотиви.

Як можна побачити в таблиці 3.15, за середнім значенням (37,27±0,07) та медіаною в 37 балів респонденти у групі 1СГ мають середній рівень ригідності, тобто тенденцію до низької інтерференції, саме тому у зв'язку з підвищеною чутливістю із-за хвороби в стані поганого настрою, втоми, страху, стресу їм притаманні гнучкий контроль і слабка автоматизація пізнавальних функцій

Дані таблиці 3.15 свідчать, що за середнім значенням (37,39±0,10) та медіаною респонденти групи 2СГ демонструють схильність за допомогою поведінкової стереотипії та упертості компенсувати внутрішній дискомфорт, можливо, пов'язаний з перенапруженням в стресових ситуаціях, що викликані глаукомою.

Детальніша порівняльна картина щільності розподілу показника рівня ригідності у групі Норма представлена на рисунку 3.16.

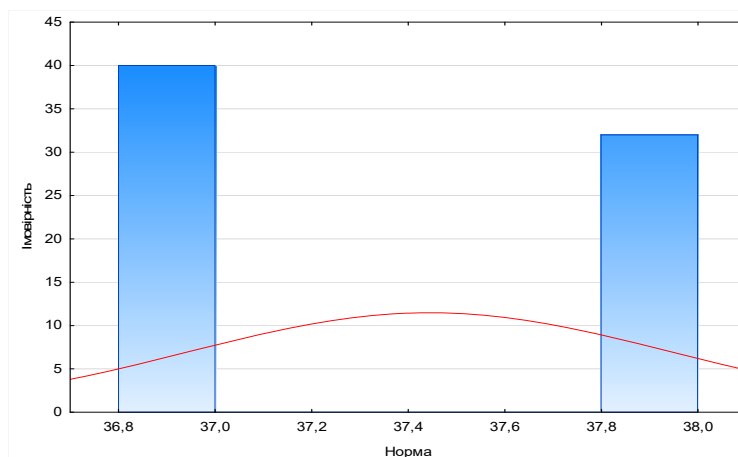


Рис. 3.16. Розподіл показників рівня ригідності у групі Норма

На рисунку 3.16 зображено, що в групі Норма спостерігається низька щільність розподілу показників, при якому дещо більше імовірність зустрічі показників в зоні від 36,8 до 37 балів, але Додатний коефіцієнт асиметрії свідчить про підвищення рівня ригідності в середині групи. Отже, дані таблиці 3.15. підтверджують дані графіку, тому можна стверджувати, що респонденти даної групи здатні гальмувати сильніші за своєю природою вербальні функції заради сприйняття чогось іншого, тобто можуть у разі необхідності контролювати перемикання психічних процесів.

Розподіл показників рівня ригідності у групі 1СГ представлено на рисунку 3.17. Як можна побачити на рисунку 3.17, в групі 1СГ спостерігається схожа картина, як і у групі Норма, тобто низька щільність розподілу показників, при якому основний пік припадає на 36,8 до 37 балів, тобто на низькі показники ригідності. Отже, можливо зробити висновок, що досліджувані даної групи демонструють помірний

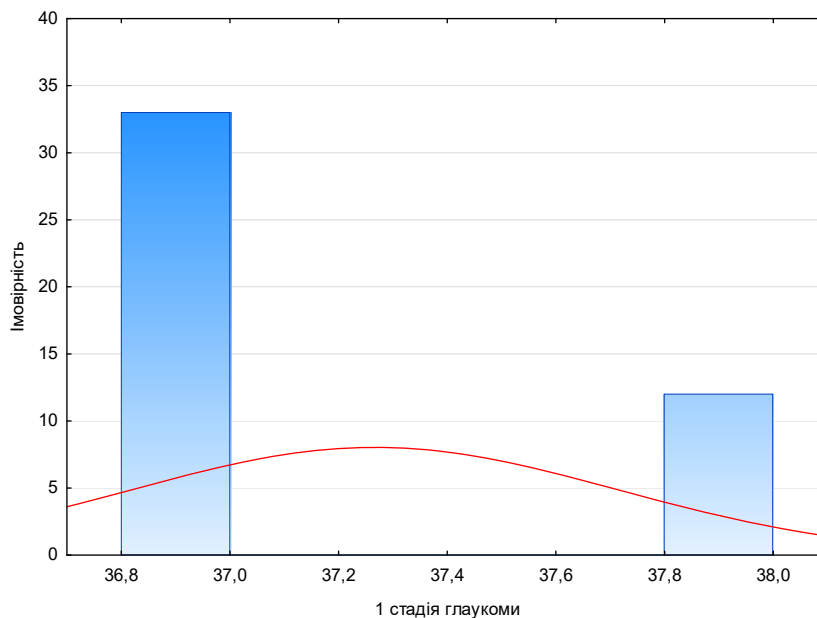


Рис. 3.17. Розподіл показників рівня ригідності у групі 1СГ

контроль і слабку автоматизацію пізнавальних функцій, тому вони мають ускладнення при переході від вербальних функцій до сенсорно-перцептивних у стані тривоги, страху та стресу.

Розподіл показників рівня ригідності у групі 2СГ представлено на рисунку 3.18.

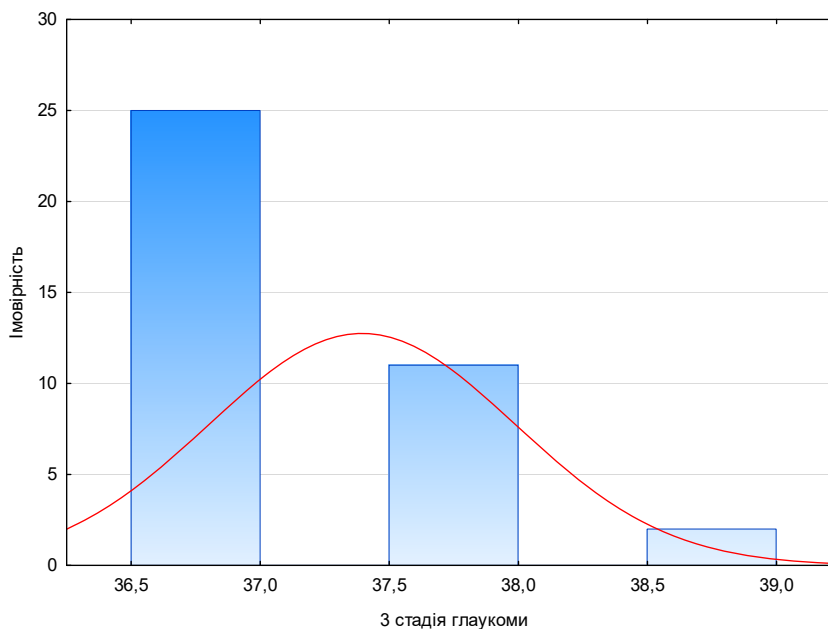


Рис. 3.18. Розподіл показників рівня ригідності у групі 2СГ

Можна побачити на рис.3.18, що у групі 2СГ більш щільний розподіл показників, ніж у попередніх двох групах, що підтверджує більший коефіцієнт варіації. В групі 2СГ вище імовірність зустрічі показників в зоні низького рівня ригідності, як когнітивного контролю, а найменший прояв продемонстровано в зоні високих показників ригідності. Але, враховуючи додатний коефіцієнт асиметрії, можливо зробити висновок, що досліджувані з другою стадією глаукоми мають більш ригідний контроль, а ніж група 1СГ, що проявляється у незалежності функціонування пізнавальних процесів, що знижує рівень ускладнень у переосмисленні та зміні дій у певних обставинах, особливо що стосується хвороби.

Зважаючи на загалом схожу картину в трьох групах, для порівняння статистичної значущості відмінностей ми скористалися непараметричним U-критерієм Мана-Вітні. Результати розрахунків наведені у таблиці 3.16.

Таблиця 3.16

Порівняння середніх показників рівня депресії та депресивних станів в трьох групах досліджуваних

| Показник | Середнє M ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
|----------|------------------|----------------------------|-------------|
| Норма | 37,44±0,06 | 117,00 | 0,01** |
| 1СГ | 37,27±0,07 | | |
| Показник | Середнє M ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
| Норма | 37,44±0,06 | 110,500 | 0,01** |
| 2СГ | 37,39±0,10 | | |
| Показник | Середнє M ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значен-ня |
| 1СГ | 37,27±0,07 | 58,00 | 0,000*** |
| 2СГ | 37,39±0,10 | | |

Згідно отриманих даних таблиці 3.16, можна стверджувати, за середнім значенням ригідності респонденти розташувалися наступним чином: менше значення спостерігається в групі 1СГ (37,27±0,07), далі йде група 2СГ

(37,39±0,10), а потім група Норма (37,44±0,06). При цьому, завдяки певній варіативності (судячи із коефіцієнтів варіації) різниця між трьома групами статистично значуща. Отже, менше за все здатні гальмувати сильніші за своєю природою вербальні функції заради сприйняття кольору респонденти з початковою глаукомою, вони мають слабку інтерференцію, тоді як у респондентів з другою стадією глаукоми вище ступень незалежності функціонування пізнавальних процесів, тому вони демонструють негнучкість мислення, що пов'язано з запереченням хвороби або її сильного впливу на життя. Нарешті у групі Норма найвищий рівень ригідності, що допомагає контролювати власні когнітивні процеси і краще впоратись з певними стресорами, а також власним емоційним станом.

Для виявлення рівня фрустрації та агресивності у трьох групах досліджуваних в роботі була використана методика "Діагностика психічних станів" (автор Г.Айзенк). Результати дослідження рівня фрустрації та агресивності у групі Норма представлено в таблиці 3.17.

Таблиця 3.17

Показники рівня фрустрації та агресивності у групі Норма

| Шкали | Середнє M ± m | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ₁ | Коефіцієнт ексцесу, γ₂ |
|--------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Фрустрація | 49,5±0,06 | 50 | 1,02% | -0,00 | -2,06 |
| Агресивність | 52,4±0,06 | 52 | 0,94% | 0,41 | -1,89 |

Згідно з даними таблиці 3.27, за середнім значенням (49,5±0,06) респонденти групи Норма мають середній рівень фрустрації, проте за показником медіани в 50 балів можливо зробити висновок про тенденцію у середині групи до зниження рівня фрустрованості. Отже, респонденти групи Норма будуть фрустровані у разі виникнення об'єктивно непереборних труднощів на шляху до досягнення мети.

Як показано в таблиці 3.27, за середнім значенням (52,4±0,06) та медіаною респонденти групи Норма мають середній рівень агресивності. Отже,

респондентів групи Норма можливо охарактеризувати, як особистостей, що прагнуть до лідерства шляхом застосування сили стосовно до інших людей.

Для виявлення розбіжностей в середині групи Норма в роботі представлено графік розподілу показників рівня фрустрації та агресивності (рисунок 3.46).

На рисунку 3.19 за шкалою "Фрустрація" можливо спостерігати досить плавний розподіл між двома зонами - від 48,8 до 49 балів та від 49,8 до 50 балів, які віддалені від центру, що підтверджено від'ємним коефіцієнтом ексцесу.

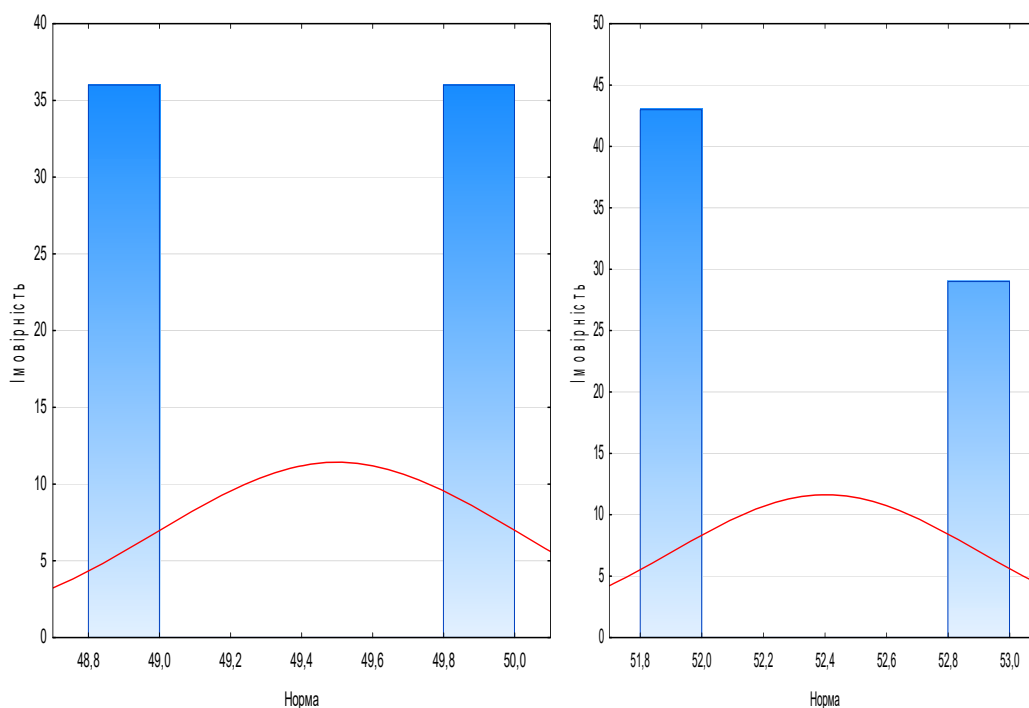


Рис. 3.19. Розподіл показників рівня фрустрації та агресивності у групі Норма

Тобто дані розподілу за показником фрустрованості співпадають з даними таблиці 3.19 і свідчать про середній рівень фрустрації з тенденцією до зниження даного показника, що підтверджено від'ємним коефіцієнтом асиметрії. Отже, одна частина респондентів групи Норма у разі, коли поставлена мета залишається незадоволеною можуть демонструвати фрустраційну поведінку; інша частина респондентів мають адекватну самооцінку, тому стійкі до невдач та не бояться труднощів.

Водночас, за шкалою "Агресивність" можна побачити не велику щільність розподілу з основним піком, що припадає на бали від 51,8 до 52-середній рівень агресивності. Значно менша імовірність зустрічі показників в зоні 52,8 до 53 балів, яка відповідає низькому рівню агресивності. Показники, як і на попередньому графіку віддалені від центру, що підтверджено від'ємним коефіцієнтом ексцесу. Тобто дані розподілу за показником агресивності також співпадають з даними таблиці 3.17. Отже, в загальній більшості респонденти групи Норма схильні до імпульсивних проявів поведінки, які спрямовані на об'єкт фрустрації, що став причиною конфлікту.

Результати дослідження рівня фрустрації та агресивності у групі 1СГ представлено в таблиці 3.18.

Таблиця 3.18

Показники рівня фрустрації та агресивності у групі 1СГ

| Шкали | Середнє M ± m | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ₁ | Коефіцієнт ексцесу, γ₂ |
|--------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Фрустрація | 48,62±0,07 | 48 | 1,01% | -0,52 | -1,81 |
| Агресивність | 51,64±0,07 | 51 | 0,94% | -0,63 | -1,69 |

За даними в таблиці 3.18, за середнім значенням (48,62±0,07) та медіаною респонденти групи 1СГ мають високий рівень фрустрації. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми фрустровані із-за хвороби, їх самооцінка значно знижена, тому вони уникають труднощів та бояться невдач.

Водночас за даними в таблиці 3.18, респонденти групи 1СГ за середнім значенням (51,64±0,07) та медіаною мають також високий рівень агресивності. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми агресивні, не витримані та мають труднощі у спілкуванні з людьми.

Детальний аналіз розподілу показників рівня фрустрації та агресивності у групі 1СГ представлено на рисунку 3.20.

Як можна побачити на рисунку 3.20, за обома графіками спостерігається досить схожа картина щільності розподілу показників. Так, на відміну від групи

Норма, у групі 1СГ існує Єдиний пік, що припадає на середній рівень фрустрації -48,8 до 49 балів відповідно. Від'ємний коефіцієнт асиметрії свідчить про підвищення рівня фрустрації у групі 1СГ.

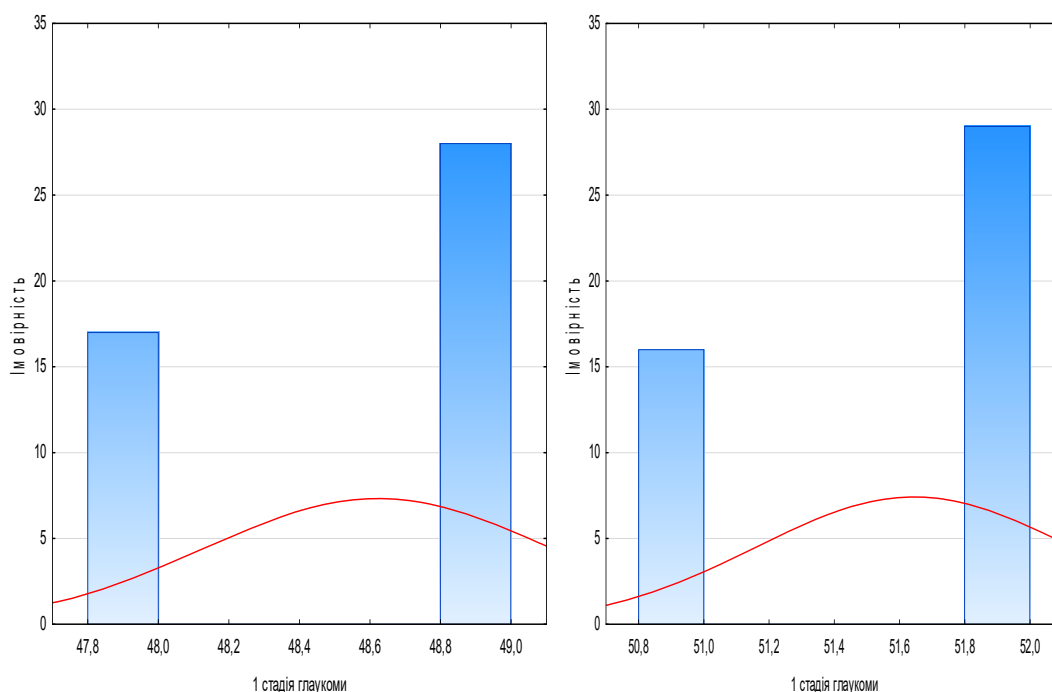


Рис. 3.20. Розподіл показників рівня фрустрації та агресивності у групі 1СГ

Проте, як і у групі Норма показники розподілу віддалені від центру, що підтверджено від'ємним коефіцієнтом ексцесу. Отже, здебільшого респонденти з початковою стадією глаукоми фрустровані хворобою, тому в стані безнадійності можуть демонструвати дезорганізованість свідомості й діяльності, втрату перспективи.

При цьому за шкалою "Агресивність" також можна побачити зміщення показників у сторону низьких показників, що підтверджує від'ємний коефіцієнт асиметрії. Основний пік у групі 1СГ за даною шкалою припадає на середній рівень агресивності - 51,8 до 52 балів відповідно, як і за шкалою "Фрустрація". Також, як і за шкалою "Фрустрація", за шкалою "Агресивність" показники розподілу віддалені від центру, що підтверджено від'ємним коефіцієнтом ексцесу. Отже, у загальній більшості респонденти з початковою стадією

глаукоми характеризуються наявністю деструктивних тенденцій у галузі суб'єтно - суб'єктних відносин і схильністю до агресивної суб'єтно - об'єктної поведінки.

Результати дослідження рівня фрустрації та агресивності у групі 2СГ представлено в таблиці 3.19.

Таблиця 3.19

Показники рівня фрустрації та агресивності у групі 2СГ

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|--------------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Фрустрація | 48,90±0,10 | 49 | 1,24% | 0,04 | -0,14 |
| Агресивність | 51,82±0,09 | 52 | 1,09% | -0,05 | 0,03 |

Дані в таблиці 3.19 свідчать, що респонденти групи 2СГ за середнім значенням (48,90±0,10) мають високий рівень фрустрації, але згідно показнику медіани в 49 балів рівень фрустрованості має тенденцію до підвищення. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми не зважаючи на загальний рівень фрустрованості, можуть дещо знизити рівень фрустраційних реакцій за рахунок уникнення труднощів та невдач, відкидання певних моментів, що можуть фруструвати, наприклад відчуття суму або відчаю.

За даними в таблиці 3.19, респонденти групи 2СГ за середнім значенням (51,82±0,09) мають високий рівень агресивності, тоді як згідно показнику медіани в 52 бали існує тенденція до зниження рівня її прояву. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми при адаптації до життя з хворобою поступово починають контролювати власну агресивну активність та імпульсивні прояви, які є наслідком виникнення певних труднощів у спілкуванні з людьми або при досягненні бажаного.

Результати розподілу показників рівня фрустрації та агресивності у групі 2СГ представлено на рисунку 3.21.

Згідно з даними рисунку 3.21 ні відміну від попередніх груп, за обома шкалами у групі 2СГ спостерігається найбільша щільність розподілу показників. Проте за обома шкалами розподіл в середині групи дуже схожий,

оскільки існує основний пік: за шкалою "Фрустрація" у зоні від 48,5 до 49 балів, а за шкалою "Агресивність" у діапазоні від 51,5 до 52 балів, що

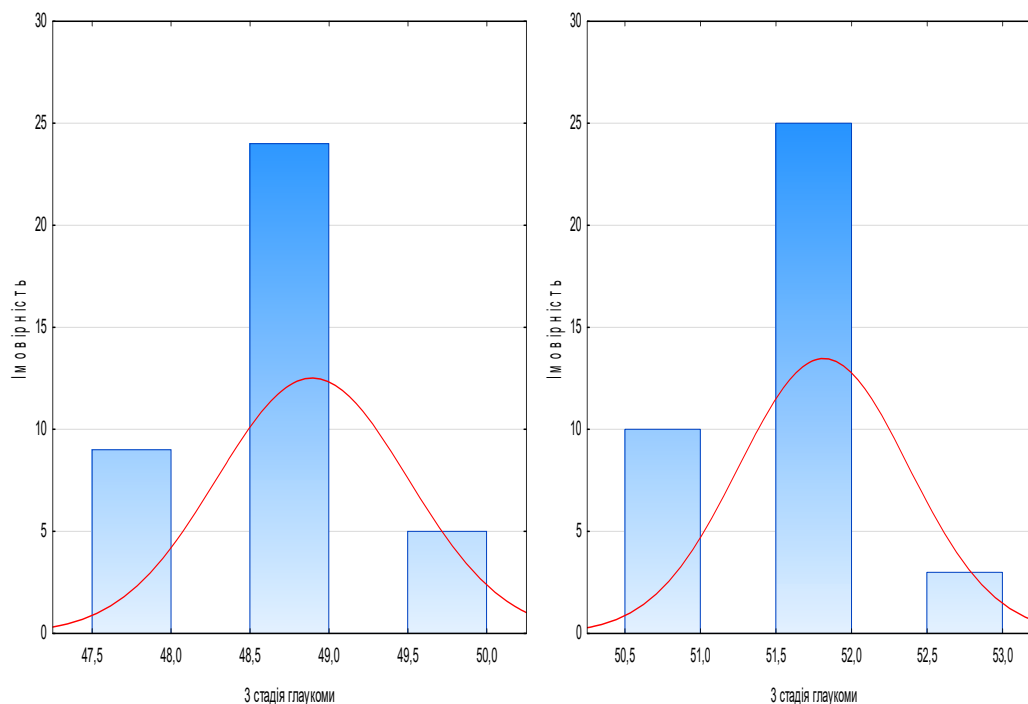


Рис. 3.21. Розподіл показників рівня фрустрації та агресивності у групі 2СГ

відповідає середньому рівню прояву фрустрації та агресивності. Але необхідно зазначити, що у групі 2СГ за додатним коефіцієнтом асиметрії існує тенденція до підвищення рівня фрустрації. Тоді як за шкалою "Агресивність" від'ємний коефіцієнт асиметрії свідчить про зниження рівня агресивності. Отже, третя стадія глаукоми, яка є реальною перешкодою, що не дає можливості отримати бажане або досягти поставлених цілей, призводить до формування загального фрустраційного стану у респондентів, але уникання, заперечення, маскування відчуття невдачі, невпевненості або безсилля призводить до зниження агресивних випадів, агресивної поведінки загалом, як фрустраційної реакції.

Після виявлених розбіжностей у прояві рівня фрустрації та агресивності в трьох групах доцільно провести порівняльний аналіз середніх значень за рахунок U-критерія Мана-Вітні. Відповідні дані зібрані у таблиці 3.20.

Таблиця 3.20

Порівняння середніх показників рівня фрустрації та агресивності в трьох групах досліджуваних

| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 1СГ | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
|--------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Фрустрація | 49,5±0,06 | 48,62±0,07 | 158,00 | 0,05* |
| Агресивність | 52,4±0,06 | 51,64±0,07 | 83,500 | 0,000*** |
| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
| Фрустрація | 49,5±0,06 | 48,90±0,10 | 61,500 | 0,05* |
| Агресивність | 52,4±0,06 | 51,82±0,09 | 20,00 | 0,000*** |
| Показник | Середнє в групі 1СГ | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
| Фрустрація | 48,62±0,07 | 48,90±0,10 | 120,00 | 0,151 |
| Агресивність | 51,64±0,07 | 51,82±0,09 | 75,00 | 0,001*** |

Дані, що представлені в таблиці 3.20 дозволили констатувати, що порівняно із групою Норма, респонденти групи 1СГ демонструють статистично значущі менші значення за шкалою "Фрустрація" на рівні $p < 0,05$ та за шкалою "Агресивність" на рівні $p < 0,000$. Отже, на відміну від групи Норма, респонденти з початковою стадією глаукоми знаходяться у фруструючому стані, що виражається у вигляді завищеного рівня агресивності, що супроводжується конфліктами з іншими, особливо в колективі, в якому людина не дістає підтримки, а також якщо щось загрожує престижу.

Як видно в таблиці 3.30, між групами Норма та 2СГ також мають місце відмінності за шкалою "Фрустрація" на рівні $p < 0,05$ та за шкалою "Агресивність" на рівні $p < 0,000$ (група Норма має більше середнє значення за даними шкалами). Отже, на відміну від респондентів групи Норма, респонденти з другою стадією глаукоми мають занижену самооцінку, оскільки

не спроможні виконувати певні види діяльності із-за хвороби, тому вони уникають труднощів та невдач, але у разі їх виникнення можуть реагувати афективними спалахами гніву чи злоби та імпульсивними проявами поведінки, спрямованими на об'єкт фрустрації, що став причиною конфлікту.

Нарешті, досліджувані з групи 2СГ порівняно із групою 1СГ демонструють більші середні значення за шкалою "Агресивність" на рівні $p < 0,001$, тоді як за шкалою "Фрустрація" статистично значущих відмінностей між цими двома групами не виявлено. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми хоча фрустровані також як респонденти з початковою стадією, але за рахунок технік уникання тяжких для себе подій та не маючи ніяких очікувань, навчилися контролювати деякі агресивні прояви.

Для виявлення особливостей прояву такого психоемоційного стану, як настрій у трьох групах досліджуваних була використана методика САН. Відповідні дані зібрані у таблиці 3.21.

Таблиця 3.21

Показник рівня настрою в трьох групах досліджуваних

| Групи | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|--------------|---|------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Норма | 57,5±0,07 | 57 | 0,97% | -0,50 | -0,82 |
| 1СГ | 58,27±0,09 | 59 | 1,06% | -0,23 | -0,53 |
| 2СГ | 58,18±0,09 | 58 | 0,97% | 0,05 | 0,03 |

Дані таблиці 3.21 демонструють, що за середнім значенням (57,5±0,07) та медіаною респонденти групи Норма мають підвищений рівень настрою. Отже, респонденти даної групи це особистості у яких найчастіше домінує підвищений емоційний фон, що виражається у вигляді позитивних емоцій які забарвлюють на певний час діяльність та формують активний життєвий тонус.

Тоді як у групі 1СГ за середнім значенням (58,27±0,09) респонденти мають середній рівень настрою, але за показником медіани в 59 балів настроїв респондентів даної групи знижується. Отже, респонденти з початковою стадією

глаукоми частіше знаходяться у пригніченому настрої, відчувають смуток, страх та інші негативні емоції, але у разі покращення фізичного стану може підвищуватись і рівень настрою.

Нарешті, у групі 2СГ за середнім значенням ($58,18 \pm 0,09$) та медіаною респонденти мають середній рівень настрою. Отже, при здатності респондентів з другою стадією глаукоми уникати шкідливих для себе відчуттів, лише в залежності від істотної причини або з певного дуже вагомого приводу їх настрої може коливатися.

Зауважимо, що для більшої детальності в роботі представлені графічні зображення щільності розподілу показників рівня настрою у трьох групах досліджуваних. Розподіл показників рівня настрою у групі Норма представлено на рисунку 3.22.

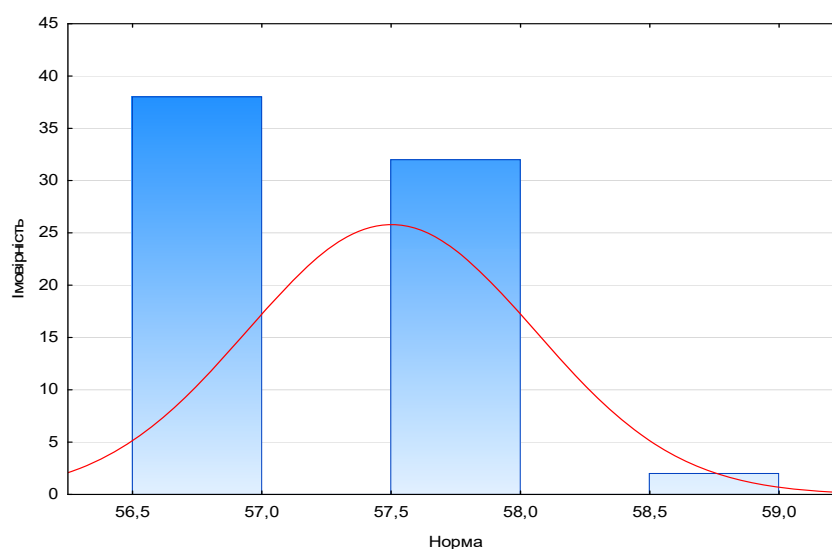


Рис. 3.22. Розподіл показників рівня настрою у групі Норма

Як можна побачити на рисунку 3.22, найбільша ймовірність зустрічі показників в зоні від 56,5 до 57 балів, що відповідає високому рівню настрою. Найменша ймовірність зустрічі показників в діапазоні від 58,5 до 59 балів – низький рівень настрою. Від'ємний коефіцієнт асиметрії свідчить про підвищення рівня настрою. Отже, респонденти групи Норма знаходяться у піднесеному стані, бадьорі, здебільшого орієнтовані на позитивні емоції.

Розподіл показників рівня настрою у групі 1СГ представлено на рисунку 3.23.

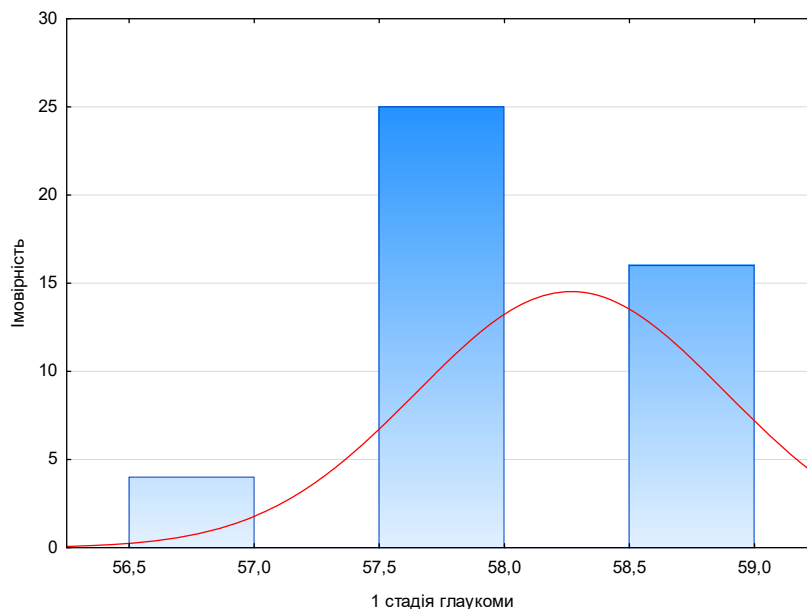


Рис. 3.23. Розподіл показників рівня настрою у групі 1СГ

На рисунку 3.23 добре видно, що на відміну від групи Норма, у групі 1СГ найменша ймовірність зустрічі показників у зоні високого рівня настрою - 56,5 до 57 балів відповідно. Тоді як на діапазон від 57,5 до 58 балів (середній рівень) припадає більшість відсотків із загальної кількості респондентів. Отже, в середині групи 1СГ у більшості респондентів настрої може коливатися в залежності від певних життєвих обставин або від прояву симптомів хвороби; є респонденти, які знаходяться у дуже пригніченому стані, охоплені негативними або токсичними відчуттями; нарешті найменша представленість респондентів з підвищеним настроєм, які скоріше схильні маскувати загальний емоційний стан або зовсім заперечувати все, що може засмутити.

Розподіл показників рівня настрою у групі 2СГ представлено на рисунку 3.24.

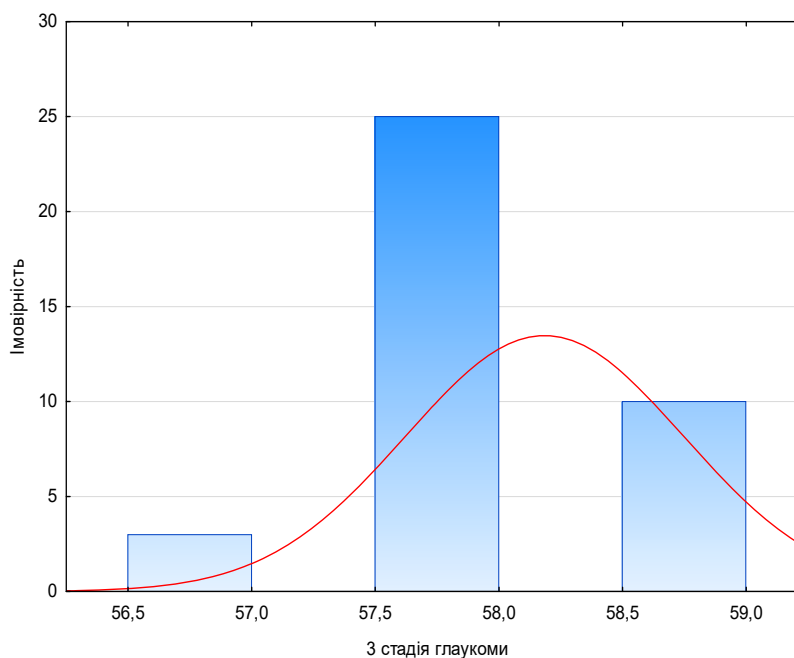


Рис. 3.24. Розподіл показників рівня настрою у групі 2СГ

Згідно з даним рисунку 3.24, у групі 2СГ за шкалою "Настрій" можна побачити схожу картину, як у групі 1СГ, тобто з єдиним піком у зоні середніх показників. Додатний коефіцієнт асиметрії свідчить про те, що рівень настрою в середині групи може підвищуватись, хоча і існує найменша імовірність зустрічі показників підвищеного настрою. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми у загальній більшості намагаються різними засобами стабілізувати рівень власного емоційного стану, покращити настрій, тому орієнтовані на позитивні емоції і можуть блокувати, уникати негативних переживань.

Отримані дані роблять доцільним проведення більш ретельного порівняльного аналізу середніх значень у трьох групах досліджуваних за рахунок U-критерія Мана-Вітні. Результати розрахунків наведені у таблиці 3.22.

Таблиця 3.22

Порівняння середніх показників рівня настрою в трьох групах досліджуваних

| Показник | Середнє $M \pm m$ | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
|----------|----------------------|----------------------------|------------|
| | | | |

| | | | |
|-----------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------|
| Норма | 57,5±0,07 | 113,00 | 0,05* |
| 1СГ | 58,27±0,09 | | |
| Показник | Середнє М ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
| Норма | 57,5±0,07 | 72,500 | 0,05* |
| 2СГ | 58,18±0,09 | | |
| Показник | Середнє М ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
| 1СГ | 58,27±0,09 | 20,000 | 0,000*** |
| 2СГ | 58,18±0,09 | | |

Згідно отриманих даних таблиці 3.22, можна стверджувати, що за середнім значенням рівня настрою респонденти розташувалися наступним чином: менше значення (яке відповідає високому рівню настрою) спостерігається в групі Норма (57,5±0,07), далі йде група 2СГ (58,18±0,09), а потім група 1СГ (58,27±0,09). При цьому, завдяки низькій варіативності (судячи із коефіцієнтів варіації) різниця між трьома групами статистично значуща. Отже, у групі Норма найвищий рівень настрою, що надає бадьорості, забарвлює діяльність та загалом життя респондентів, тоді як респонденти з другою стадією глаукоми знаходяться у стані емоційних гойдалок, тому намагаються уникати ситуацій, що призводять до виникнення почуттів, що пригнічують. Нарешті, респонденти з початковою глаукомою менше за все здатні контролювати власний настрій, тому вони здебільшого знаходяться у пригніченому, понуреному емоційному стані.

Таким чином, досліджено особливості внутрішньої картини хвороби як комплексу переживань людини, що відображується в її станах.

3.3. Особливості представленості психічних ресурсів у умовно здорових респондентів й респондентів з різним ступенем глаукоми

За ресурсним підходом, бути здоровим означає мати належну кількість ресурсів, які розширюють можливості особистості, роблять значущі життєві цілі більш досяжними та створюють перспективу для самореалізації та самоефективності. Усе це сприяє підвищенню самооцінки людини, робить її більш стійкою та продуктивною, здатною протистояти захворюванню.

Далі ми вивчали ресурсну сферу респондентів. Аналіз результатів дослідження часової перспективи у трьох групах відбувався за допомогою методики Ф. Зімбардо (ZTPI). Результати дослідження часової перспективи представлені в таблиці 3.23.

Таблиця 3.23

Показники часової перспективи у трьох групах досліджуваних

| Групи | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|----------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Норма | 40,75±0,09 | 41 | 1,92% | 1,20 | 2,71 |
| 1 стадія | 41,09±0,15 | 41 | 2,48% | 1,44 | 2,55 |
| 2 стадія | 41,74±0,26 | 41 | 3,85% | 0,46 | -1,39 |

Як свідчить аналіз даних таблиці 3.23, за середнім значенням (40,75±0,09) представленості часової перспективи досліджувані групи Норма більше сфокусовані на майбутньому, а за значенням медіани в 41 бал можна підкреслити їх цікавість до позитивного минулого, тобто поведінка респондентів групи Норма більшою мірою визначається прагненнями до цілей і винагород майбутнього завдяки тому, що респонденти схильні приймати власне минуле і вважають, що будь-який досвід сприяє їх розвитку, тобто допоможе у майбутньому.

Згідно з даними відображеними в таблиці 3.23, за шкалою "Часова перспектива" досліджувані групи ІСГ за середнім значенням (41,09±0,15) та особливо медіаною орієнтовані більше на «позитивне минуле». Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми демонструють тепле, сентиментальне ставлення до минулого, що характеризується ностальгічною,

позитивною реконструкцією минулого, воно представляється у райдужному світлі порівнянно з теперішнім (при наявності глаукоми).

Зауважимо, що в таблиці 3.23 добре видно, що за середнім значенням ($41,74 \pm 0,26$) та медіаною респонденти групи 2СГ також орієнтовані більше на «позитивне минуле». Отже, респонденти приймають власне минуле, за якого будь-який досвід є досвідом, що сприяє розвитку, проте вони розуміють, що певні обставини минулого призвели до сьогоденного стану.

Далі, на рисунку 3.25 демонструється графік щільності розподілу представленості кожного виміру часової перспективи (негативне минуле, позитивне минуле, гедоністичне теперішнє, майбутнє, фаталістичне теперішнє) в групі Норма.

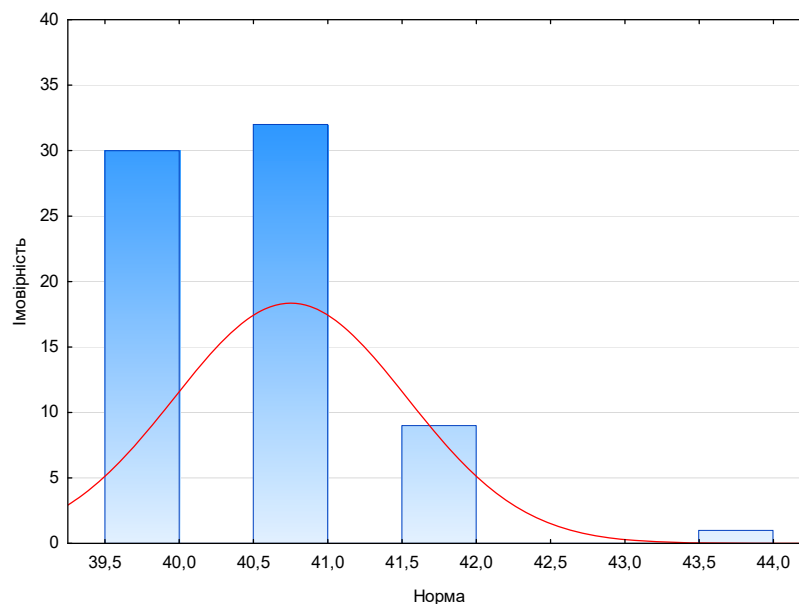


Рис.3.25. Розподіл рівня вимірів часової перспективи у групі Норма

На рисунку 3.25 добре видно окремі піки розподілу — у зоні від 40,5 до 41 балу та балів 39,5 та 40 з дещо меншою імовірністю зустрічі показників у цьому діапазоні. Тоді як найменша ймовірність припадає на зону фаталістичного теперішнього. Отже, респонденти групи Норма намагаються будь-які минулі події реконструювати з позитивним, емоційним забарвленням, що потім виражається в наявності у респондентів цілей та планів на майбутнє.

На рисунку 3.26 демонструється графік щільності розподілу представленості кожного виміру часової перспективи у групі 1СГ.

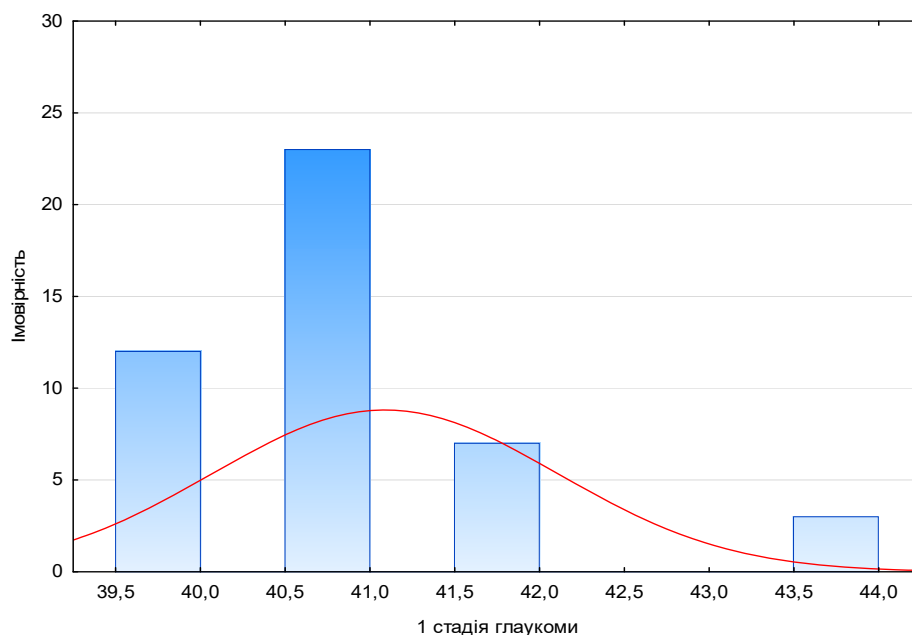


Рис.3.27. Розподіл рівня вимірів часової перспективи у групі 1СГ

Дані рисунку 3.27 свідчать, що щільність розподілу показників у групі 1СГ сильніше ніж у групі Норма, що підтверджується більш високим рівнем коефіцієнту варіації. Проте, на відміну від попередньої групи видно єдиний пік, що відповідає "Позитивному минулому". В середині групи більше імовірність зустрічі респондентів з фаталістичним баченням теперішнього, а ніж у групі Норма . Отже, у респондентів з початковою стадією глаукоми при неоднозначних подіях, які пов'язані з гіркими переживаннями у теперішньому, проявляється спрямованість на бачення минулого лише у позитивному напрямку, тобто всі минулі події реконструюють з позитивним емоційним забарвленням.

Розподіл представленості кожного виміру часової перспективи у групі 2СГ демонструється на рисунку 3.28.

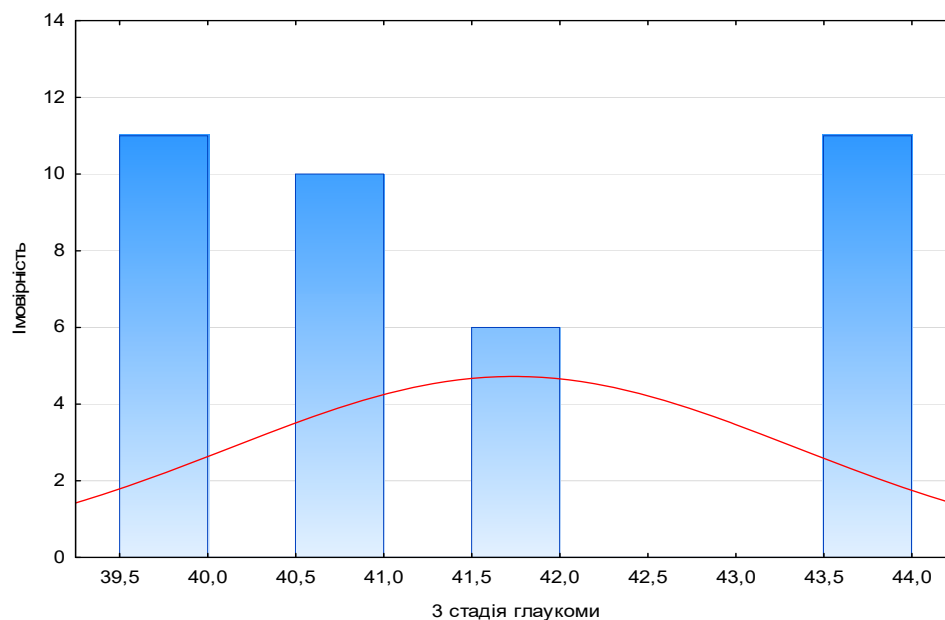


Рис.3.28. Розподіл рівня вимірів часової перспективи у групі 2СГ

Графічне зображення розподілу показників виміру часової перспективи на рисунку 3.28 надає глибоку картину, що існує у середині групи 2СГ. Так, можливо спостерігати, що найбільший пік припадає на фаталістичне теперішнє, що зовсім відрізняється від даних попередніх графіків. При цьому дещо менша імовірність зустрічі показників у зоні від 39,5 до 40, що відповідає орієнтації на майбутнє, тобто в середині групи все ж таки існують респонденти, які мають певні плани та цілі на майбутнє. Зауважимо, що такий розбіг підтверджується вищим коефіцієнтом варіації ніж у інших групах, а також додатним коефіцієнтом асиметрії, тобто зміщенням показників в право. Тобто, здебільшого у респондентів з другою стадією глаукоми відсутня провідна часова перспектива, тому немає акценту на хвилюваннях, вони переносять теперішнє з покірністю і смиренням, перебувають у владі примхливої долі.

Попередній аналіз розбіжностей доцільно підтвердити результатами розрахунків за U-критерієм Мана-Вітні. Відповідні дані зібрані у таблиці 3.24.

Таблиця 3.24

Порівняння середніх часової перспективи в трьох групах досліджуваних

| Показник | Середнє M ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
|----------|------------------|----------------------------|------------|
| Норма | 40,75±0,09 | 22,00 | 0,963 |
| 1СГ | 41,09±0,15 | | |
| Показник | Середнє M ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
| Норма | 40,75±0,09 | 53,500 | 0,944 |
| 2СГ | 41,74±0,26 | | |
| Показник | Середнє M ± m | U-статистика Мана-Вітні | p-значення |
| 1СГ | 41,09±0,15 | 45,00 | 0,504 |
| 2СГ | 41,74±0,26 | | |

Дані таблиці 3.24 демонструють той факт, що розбіжності стосовно часової орієнтації в трьох групах добре видно лише на графіках, а статистично значущих відмінностей за середнім значенням не було виявлено. Отже, в загальному обсязі у цих групах можливо спостерігати досить схожу картину за рахунок того, що респонденти групи Норма орієнтовані на майбутні перспективи, вони схильні планувати і очікують винагороду, але такий підхід до життя пов'язаний з позитивним минулим та спрямованістю бачити позитивні моменти в будь-якому досвіді, що і формує таке бачення майбутнього. Група респондентів з початковою стадією глаукоми переживає наслідки хвороби, тому зовсім орієнтована на позитивне минуле в якому було інше краще життя. Нарешті, респондентам з другою стадією глаукоми теперішнє здається фаталістичним, майбутнє безнадійним і саме тому при їх схильності відкидати наявність проблем пов'язаних з хворобою, позитивне минуле стає тим ресурсом на який вони спираються.

Для дослідження резильєнтності та ресурсів, що підвищують її рівень, а саме основних джерел підтримки та оптимістичної спрямованості були використані опитувальники CD-RISC-10 (в адаптації З.Кіреєвої, О. Односталко,

Б. Бірона), LOT(С.Carver та M.Scheier) та анкетування. Результати дослідження у групі Норма представлено в таблиці 3.25.

Таблиця 3.25

**Показник рівня резильєнтності та ресурсів, що підвищують її рівень
у групі Норма**

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|----------------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Резильєнтність | 45,71±0,07 | 46 | 1,30% | 0,18 | -0,54 |
| Підтримка | 32,85±0,20 | 32 | 5,28% | 0,86 | -0,44 |
| Оптимізм | 26,64±0,10 | 27 | 3,23% | 1,60 | 2,26 |

Згідно з даними таблиці 3.25, респонденти групи Норма за середнім значенням (45,71±0,07) мають високий рівень резильєнтності, але за показником медіани в 46 балів даний психосоціальний параметр розвинений на середньому рівні. Отже, респонденти даної групи характеризуються швидкістю відновлення функціонального стану та емоційної стійкості після стресових або шоківих подій, але з певними травматичними подіями конструктивним шляхом впоратись буде тяжко.

В таблиці 3.25 можна побачити, що за середнім значенням (32,85±0,20) та медіаною респонденти групи Норма орієнтовані на підтримку родини, яка надає відчуття безпеки та довіри і підвищує здатність протистояти різноманітним стресорам.

Необхідно зазначити, що респонденти групи Норма за середнім значенням (26,64±0,10) та особливо медіаною, що дорівнює 27 балам мають помірний рівень оптимізму. Отже, респонденти групи Норма мають відносно сталі позитивні очікування від майбутнього, які вони використовують, як механізм мотивації та для підвищення активності у діяльності, при цьому не відкидають можливості і негативних подій у житті.

Для більш детального розгляду рівня резильєнтності та ресурсів, що підвищують її рівень в групі Норма у роботі представлені графіки щільності їх

розподілу. Розподіл показника рівня резильєнтності відображено на рисунку 3.27.

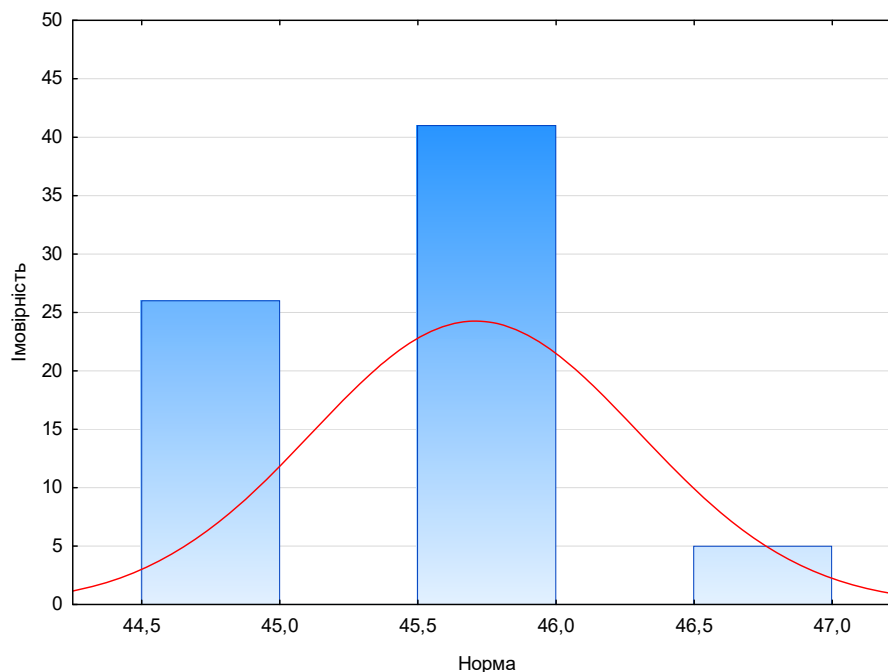


Рис. 3.27. Розподіл показника рівня резильєнтності в групі Норма

Як можна побачити на рисунку 3.22, основний пік припадає на зону від 45,5 до 46 балів, тобто на зону помірно високого рівня резильєнтності, а найменша імовірність зустрічі показників у зоні від 46,5 до 47 балів - низьких показників прояву даного параметру. Маленький коефіцієнт варіації свідчить, що загалом респонденти групи Норма здатні зберігати у несприятливих ситуаціях стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування, виходити з таких ситуацій без стійких порушень, успішно адаптуючись до несприятливих змін.

Розподіл показників джерела підтримки у групі Норма представлено на рисунку 3.28

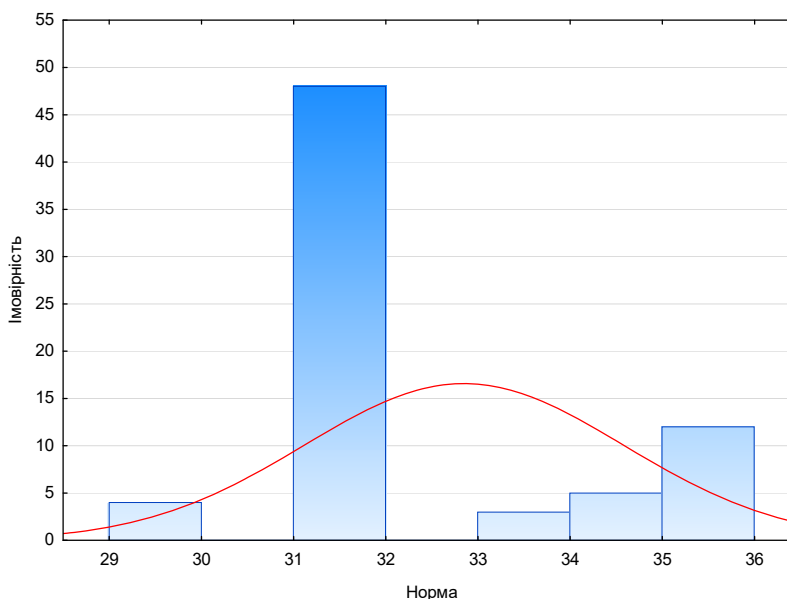


Рис. 3.28. Розподіл показника джерела підтримки в групі Норма

На рисунку 3.28 добре видно, що у групі Норма єдиний пік з найбільшою імовірністю зустрічі показників припадає на діапазон від 31 до 32 балів. Хоча щільність розподілу вагома, що підтверджується коефіцієнтом варіації, все ж таки основним ресурсним об'єктом для респондентів групи Норма є родина. Для респондентів групи Норма інші джерела є додатковими і лише родичі надають стійкості для того, щоб долати стреси та важкі періоди у житті.

Розподіл показників рівня оптимізму у групі Норма представлено на рисунку 3.29.

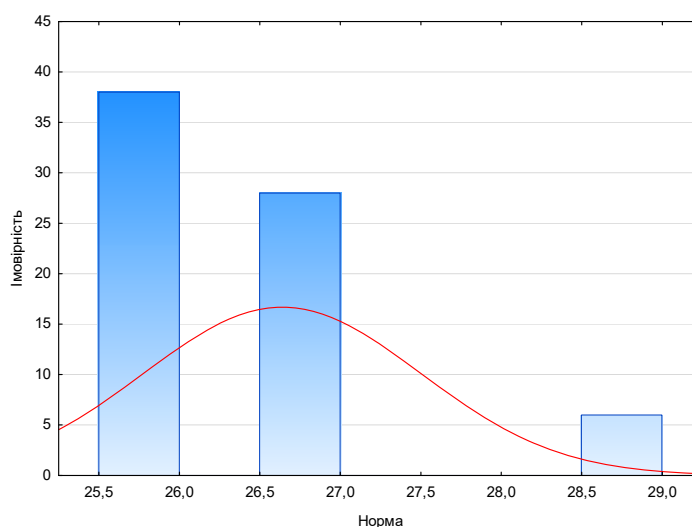


Рис. 3.29. Розподіл показника рівня оптимізму в групі Норма

Графічне зображення на рисунку 3.29 демонструє, що ймовірна зустріч показників у зоні низького рівня оптимізму, але додатний коефіцієнт асиметрії свідчить про зміщення показників у сторону помірного рівня оптимізму. Зауважимо, що найменший відсоток ймовірності наявності у групі респондентів з дуже високим рівнем оптимізму. Отже, збалансованість песимістичного бачення з оптимістичним надає можливості респондентам групи Норма побачити ситуації більш ширше, що підвищує їх рівень саморегуляції і адаптації до стресу, формує більш ефективні стратегії подолання труднощів.

Результати дослідження рівня резильєнтності та ресурсів, що підвищують її рівень у групі 1СГ представлено в таблиці 3.26.

Таблиця 3.26

Показник рівня резильєнтності та ресурсів, що підвищують її рівень у групі 1СГ

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|----------------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Резильєнтність | 45,64±0,10 | 46 | 1,49% | 0,58 | -0,67 |
| Підтримка | 33,18±0,27 | 32 | 5,54% | 0,72 | -1,19 |
| Оптимізм | 27,53±0,11 | 28 | 2,75% | -0,28 | -0,17 |

Дані таблиці 3.26 свідчать, що за середнім значенням (45,64±0,10) та медіаною в 46 балів респонденти у групі 1СГ мають високий рівень резильєнтності з тенденцією до зниження. Отже, у респондентів з початковою стадією глаукоми їх рівень здатності виходити з несприятливих ситуацій без стійких порушень, адаптуватися до змін і зберігати стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування постійно погіршується.

За середнім значенням (33,18±0,27) респонденти у групі 1СГ більше орієнтовані на підтримку близької людини, але згідно медіані в 32 бали для них важливо, щоб ця людина була частиною їх родини. Отже, при початковій стадії глаукоми респонденти потребують від певного близького родича залучення у

процес лікування, намагаються розділити усі тяготи хвороби з цією людиною, прагнуть отримати від неї любов та прийняття.

Нарешті, респонденти у групі 1СГ за середнім значенням ($27,53 \pm 0,11$), а особливо за показником медіани в 28 балів мають високий рівень песимізму. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми схильні залишати спроби досягти своїх цілей, оскільки в них дуже часто виникають серйозні сумніви у досягненні успішного результату.

Розподіл показника рівня резильєнтності у групі 1СГ відображено на рисунку 3.29.

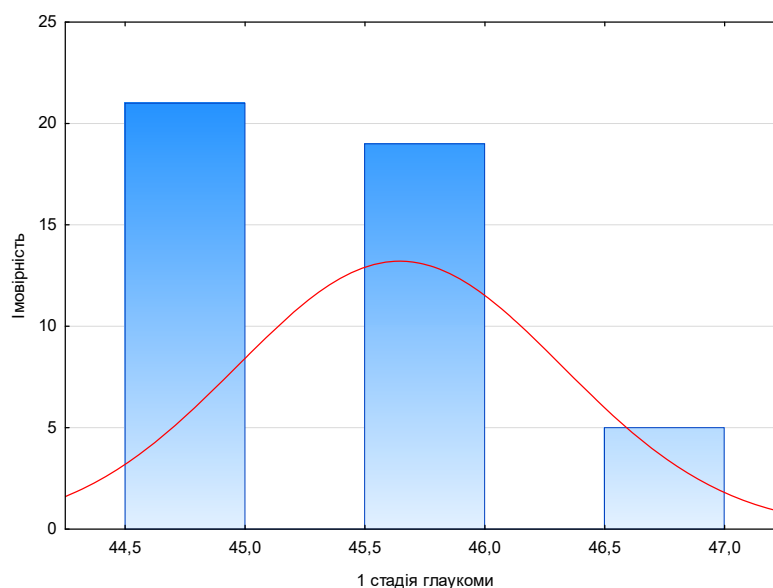


Рис. 3.29. Розподіл показника рівня резильєнтності в групі 1СГ

Як можна побачити на рисунку 3.29 у групі 1СГ основні показники розподілу припадають на 44,5 до 46 балів, тобто на високий рівень резильєнтності з тенденцією до зниження, що підтверджується додатним коефіцієнтом асиметрії. Зауважимо, що отримані графічні дані співпадають з даними таблиці 3.20. Враховуючи ці дані можливо зробити висновок, що загалом (при маленькому коефіцієнті варіації) у респондентів групи 1СГ з часу виявлення глаукоми та при загостренні симптомів все більше знижується здатність долати конструктивним шляхом стресори та тяжкі періоди життя.

Розподіл показників джерела підтримки у групі 1СГ представлено на рисунку 3.30.

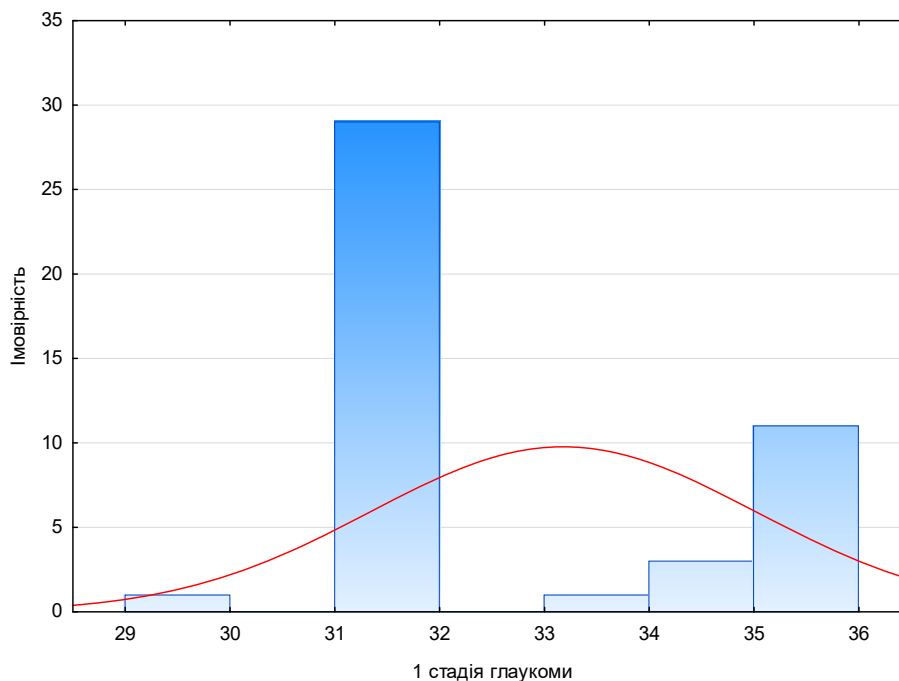


Рис. 3.30. Розподіл показника джерела підтримки в групі 1СГ

На рисунку 3.30 видно, що як і на графіку групи Норма, на графіку групи 1СГ продемонстровано єдиний вагомий пік у зоні від 31 до 32 балів, що відповідає спрямованості на підтримку близької людини, яка є членом родини. Найменша ймовірність орієнтації на отримання ресурсів через творчість. Отже, наявність глаукоми призвела до того, що тільки через контакт з близькими родичами респонденти можуть отримати необхідні ресурси для того, щоб долати різноманітні стресори. Оскільки глаукома значно впливає на їх фізичне та соціальне функціонування отримання підтримки через будь-яку діяльність та спілкування з друзями стає неможливим.

Розподіл показників рівня оптимізму у групі 1СГ представлено на рисунку 3.31.

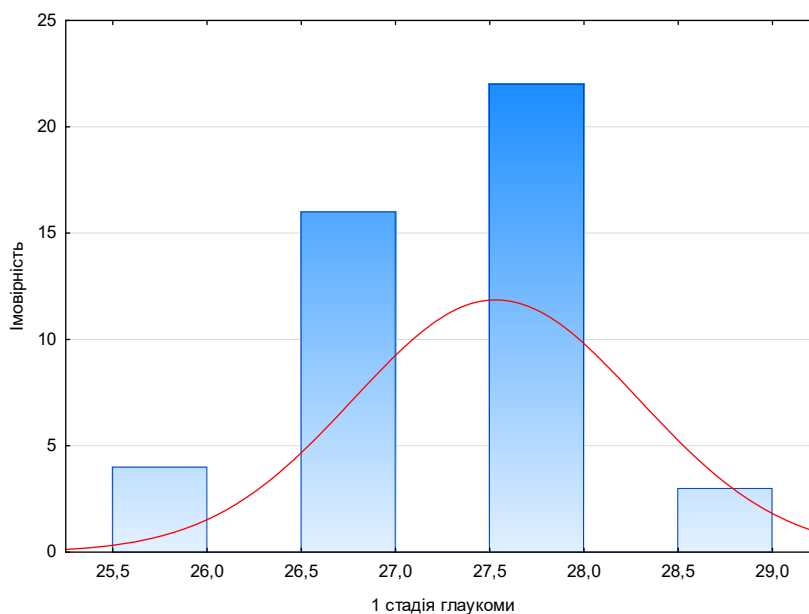


Рис. 3.31. Розподіл показника рівня оптимізму в групі 1СГ

Дані рисунку 3.31 демонструють достатню щільність розподілу показників на відміну від групи Норма, з основним піком в зоні від 27,5 до 28 балів, що відповідає високому рівню песимізму. Зустріч показників в зоні високого рівня оптимізму у даній групі дуже маленька, як і у групі Норма. Отже, негативний афект, що виникає у разі суттєвих проблем зі шляхом досягнення цілей у респондентів з початковою стадією глаукоми призводить до формування сильно виражених негативних очікувань стосовно майбутнього.

Результати дослідження рівня резильєнтності та ресурсів, що підвищують її рівень у групі 2СГ представлено в таблиці 3.31.

Таблиця 3.31

Показник рівня резильєнтності та ресурсів, що підвищують її рівень у групі 2СГ

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|----------------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Резильєнтність | 46,48±0,1 | 47 | 1,3% | -0,67 | -0,44 |
| Підтримка | 32,71±0,22 | 32 | 4,2% | 1,28 | 1,17 |
| Оптимізм | 27,50±0,14 | 28 | 3,14% | -0,40 | -0,53 |

В таблиці 3.31, респонденти групи 2СГ за середнім значенням ($46,48 \pm 0,1$) мають середній рівень резильєнтності, але за показником медіани в 47 балів даний психосоціальний параметр розвинений на низькому рівні. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми характеризуються поступовим процесом загальмованості відновлення функціонального стану та емоційної стійкості після стресових, шоківих подій, тобто кожна подія може сприйматися, як травматична.

Згідно з даними таблиці 3.31 за середнім значенням ($32,71 \pm 0,22$) та медіаною респонденти групи 2СГ орієнтовані на підтримку родини, яка надає відчуття безпеки та довіри і є китвою при зустрічі з проблемами, викликаними хворобою і не тільки.

Необхідно зазначити, що респонденти групи 2СГ за середнім значенням ($27,50 \pm 0,14$) та особливо медіаною, що дорівнює 28 балам мають високий рівень песимізму. Отже, у респондентів з другою стадією глаукоми сталі негативні очікування від майбутнього, що знижують їх рівень активності у діяльності, а у теперішньому для них можливі лише негативні події у житті.

Розподіл показника рівня резильєнтності у групі 2СГ відображено на рисунку 3.32.

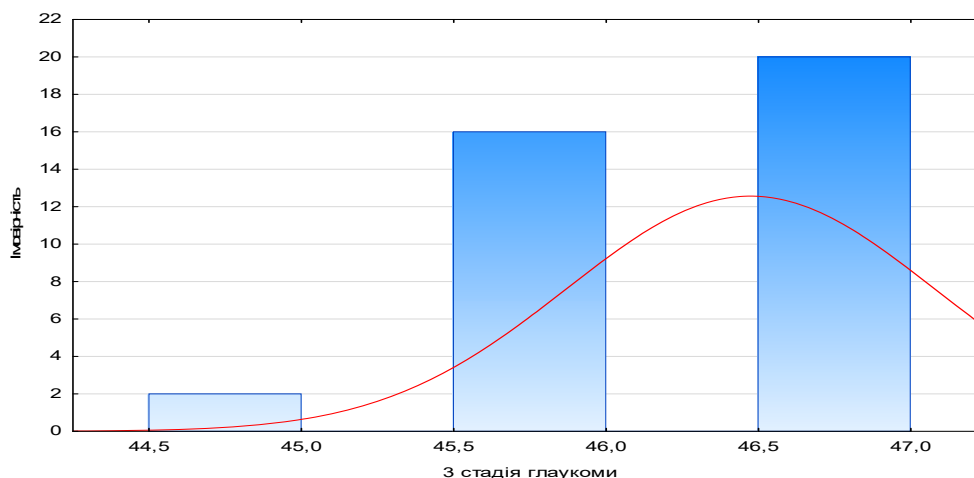


Рис. 3.32. Розподіл показника рівня резильєнтності в групі 2СГ

На рисунку 3.28 побачити, що у групі 2СГ на відміну від попередніх двох груп основний пік розподілу припадають на 46,5 до 47 балів, тобто на низький рівень резильєнтності. Зауважимо, що отримані графічні дані співпадають з

даними таблиці 3.31. Найменша імовірність наявності в середині групи респондентів з високим рівнем резильєнтності. Враховуючи ці дані можливо зробити висновок, що загалом (при маленькому коефіцієнті варіації) у респондентів наявність глаукоми третьої стадії призвела до повного нівелювання здатності вистояти у несприятливій ситуації, що знижує необхідність боротися, тобто мобілізуватися та докладати зусиль.

Розподіл показників джерела підтримки у групі 2СГ представлено на рисунку 3.33.

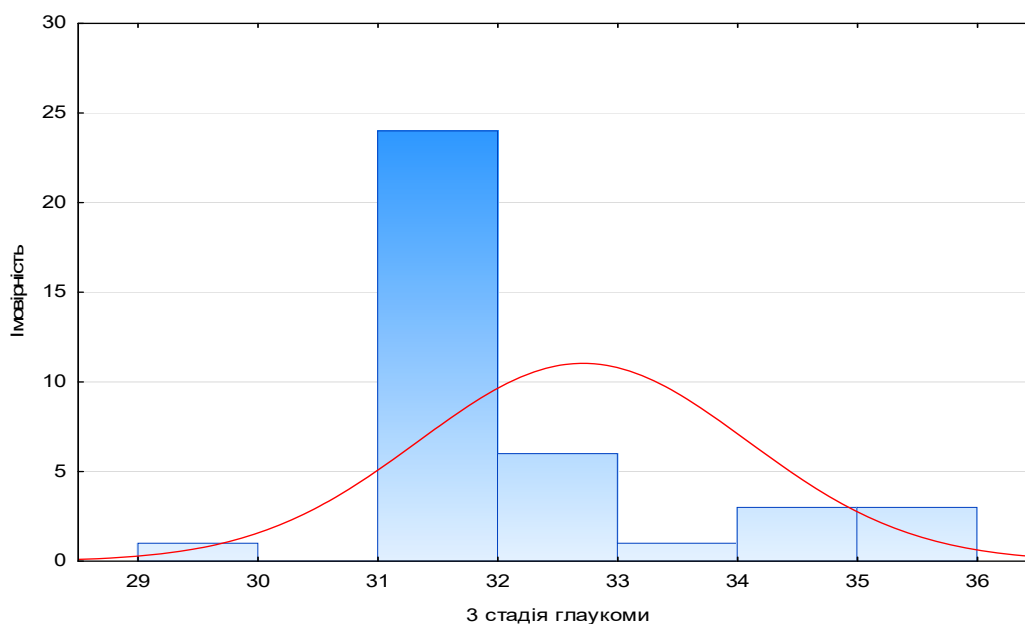


Рис. 3.33. Розподіл показника джерела підтримки в групі 2СГ

Можна побачити на рисунку 3.29, дуже схожу картину, як і на графіку у групі Норма, існує єдиний вагомий пік у зоні від 31 до 32 балів, що відповідає спрямованості на підтримку родини. Всі інші джерела підтримки знаходяться в зоні невеликої ймовірності. Отже, наявність глаукоми призвела до того, що тільки знаходження у родині та прийняття, любов з боку родичів надають респондентам необхідних сил для того, щоб долати різноманітні стресори. Зауважимо, що навіть гроші, не є ресурсом для того, щоб бути стійким перед труднощами та важкими моментами у житті, як у респондентів з початковою стадією глаукоми.

Розподіл показників рівня оптимізму у групі 2СГ представлено на рисунку 3.34.

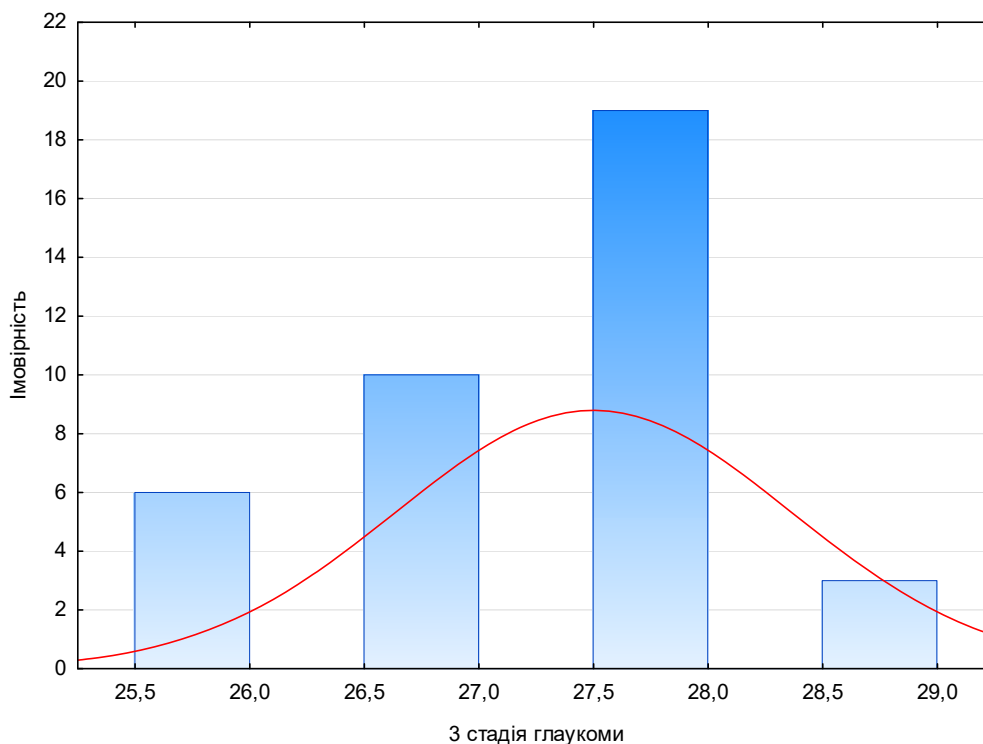


Рис. 3.34. Розподіл показника рівня оптимізму в групі 2СГ

Дані рисунку 3.34 демонструють найбільшу щільність розподілу показників на відміну від двох попередніх груп, з основним піком в зоні від 27,5 до 28 балів, що відповідає високому рівню песимізму. Зустріч показників в зоні високого рівня оптимізму від 28,5 до 29 балів у даній групі дуже незначна, як і в інших групах. Отже, сумніви у досягненні успішного результату у респондентів з другою стадією глаукоми призводять до негативних емоційних переживань, а такий негативний афект знижує їх рівень активності при досягненні цілей.

Враховуючи розбіжності між групами в прояві рівня резильєнтності та ресурсів, що підвищують її рівень доцільно провести порівняльний аналіз показників за рахунок U-критерія Мана-Вітні. Відповідні дані зібрані у таблиці 3.22.

Таблиця 3.32

**Порівняння середніх показників рівня резильєнтності та ресурсів,
що підвищують її рівень в трьох групах досліджуваних**

| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 1СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
|----------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Резильєнтність | 45,71±0,07 | 45,64±0,10 | 72,00 | 0,000*** |
| Підтримка | 32,85±0,20 | 33,18±0,27 | 7,500 | 0,01** |
| Оптимізм | 26,64±0,10 | 27,53±0,11 | 43,00 | 0,972 |
| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
| Резильєнтність | 45,71±0,07 | 46,48±0,1 | 88,00 | 0,01** |
| Підтримка | 32,85±0,20 | 32,71±0,22 | 3,00 | 0,01** |
| Оптимізм | 26,64±0,10 | 27,50±0,14 | 24,500 | 0,001*** |
| Показник | Середнє в групі 1СГ | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
| Резильєнтність | 45,64±0,10 | 46,48±0,1 | 80,00 | 0,01** |
| Підтримка | 33,18±0,27 | 32,71±0,22 | 0,00 | 0,000*** |
| Оптимізм | 27,53±0,11 | 27,50±0,14 | 0,00 | 0,000*** |

Аналіз результатів, що представлений в таблиці 3.22 дозволив констатувати, що порівняно із групою Норма, респонденти групи 1СГ демонструють статистично значущі менші значення за шкалою “Резильєнтність” на рівні $p < 0,000$ та більші значення за шкалою “Підтримка” на рівні $p < 0,01$. Отже, респонденти групи Норма мають добре розвинену здатність долати різні труднощі, можуть впоратись з власним психологічним та фізіологічним станом під час дії стресорів завдяки підтримки з боку родини.

Натомість, як видно в таблиці 3.22, досліджувані з групи 1СГ порівняно із групою 2СГ демонструють більші середні значення за шкалою “Підтримка” і “Оптимізм” на рівні $p < 0,000$ та менші значення за шкалою “Резильєнтність”

” на рівні $p < 0,01$. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми на відміну від респондентів з другою стадією глаукоми схильні фокусуватися на негативних переживаннях, що не дає можливості своєчасно залучитися до вирішення проблем конструктивним чином, вони не можуть протистояти стресорам самостійно, тому звертаються за допомогою до близької людини.

Нарешті, між групами Норма та 2СГ також мають місце відмінності за шкалами "Резильєнтність" на рівні $p < 0,01$ та "Оптимізм" на рівні $p < 0,001$ (група Норма має більше середнє значення), тоді як за шкалою "Підтримка" на рівні $p < 0,01$ група 2СГ демонструє менше середнє значення. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми на відміну від групи Норма менш стресостійкі, можуть не впоратись з шокowymi подіями, оскільки позитивні моменти теперішнього бачать в нерайдужному світлі і не очікують переваг у майбутньому, тому схильні шукати підтримки у родинному колі.

Для виявлення "джерела" сенсу життя, яке може бути знайдене респондентами або в майбутньому (мета), або в сьогодні (процес) або минулому (результат), або у всіх трьох складових життя був використаний тест "Сенсожиттєві орієнтації" (методика СЖО) (автор Д. Леонтєв). Результати дослідження у групі Норма представлено в таблиці 3.23.

Дані таблиці 3.23 свідчать, що за середнім значенням ($61,36 \pm 0,08$) та медіаною респонденти мають середній рівень спрямованості на досягнення цілей. Отже, респонденти групи Норма цілеспрямовані особистості з загальним високим рівнем самосвідомості, саме тому їх плани мають реальну опору в сьогодні і підкріплюються особистою відповідальністю за їх реалізацію.

Таблиця 3.33

Показники сенсожиттєвої орієнтації у групі Норма

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|-----------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Цілі | $61,36 \pm 0,08$ | 61 | 1,07% | -0,54 | -0,65 |
| Процес | $64,53 \pm 0,08$ | 65 | 1,07% | -1,16 | 0,04 |
| Результат | $66,97 \pm 0,09$ | 67 | 1,11% | 0,02 | -1,15 |

| Шкали | Середнє M ± m | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ ₁ | Коефіцієнт ексцесу, γ ₂ |
|-------------|------------------|----------------|---------------------------|---|---------------------------------------|
| Локус-Я | 69,82±0,09 | 70 | 1,08% | 0,36 | -1,18 |
| Локус-Життя | 72,56±0,06 | 73 | 0,69% | -0,23 | -2,00 |

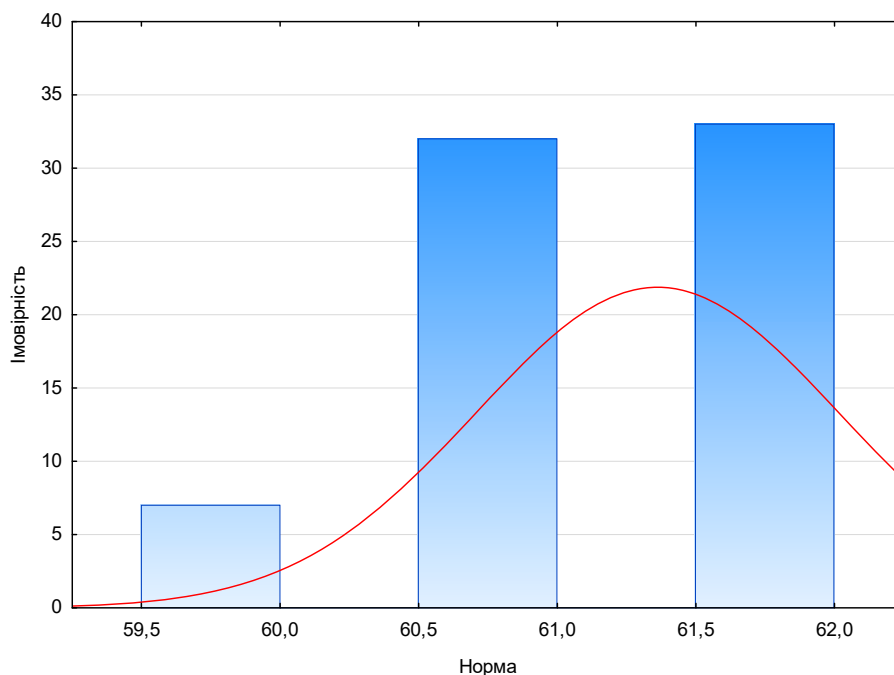
Отриманні дані в таблиці 3.33 демонструють, що за шкалою "Процес" згідно з середнім значенням (64,53±0,08) та особливо за показником медіани в 65 балів респонденти мають помірно високий рівень орієнтації на процес у будь-якій сфері життєдіяльності. Отже, респонденти групи Норма сприймають процес свого життя як цікавий, емоційно насичений і наповнений змістом, вони задоволені своїм життям у теперішньому, при цьому, надавати повноцінний сенс можуть спогади про минуле та націленість на майбутнє.

В таблиці 3.33 за середнім значенням (66,97±0,09) видно, що респонденти мають високу орієнтацію на результат, але згідно медіани в 67 балів - ця спрямованість дещо знижується. Отже, респонденти групи Норма відчують те наскільки продуктивно та осмислено була прожита певна частина життя, вони усім задоволені.

Згідно з даними таблиці 3.33, за середнім значенням (69,82±0,09) та особливо за медіаною в 70 балів, респонденти групи Норма мають помірно високий рівень локусу контролю-Я. Отже, респонденти групи Норма вважають себе сильними особистостями, які мають достатньо свободи вибору, щоб побудувати своє життя відповідно до своїх цілей і завдань, і уявлень, але розуміють, що є події у житті, які не можливо контролювати.

Нарешті, як показано в таблиці 3.33, за середнім значенням (72,56±0,06) та особливо за медіаною в 73 бали, респонденти групи Норма мають помірно високий рівень локусу контролю -життя. Отже, респонденти групи Норма вважають, що можуть вільно приймати рішення і втілювати їх у життя, загадувати щось на майбутнє, але існують випадки, які не підвладні свідомому контролю.

Для більш глибоко аналізу сенсожиттєвої орієнтації у групі Норма в роботі представлено графіки розподілу показників за кожною шкалою методики. Результати розподілу показників за шкалою "Ціль" представлено на рисунку 3.35.



**Рис. 3.35. Результати розподілу показників за шкалою "Ціль" у групі
Норма**

Як можна побачити на рисунку 3.35, у розподілі показників за шкалою "Ціль" добре видно два піки: від 61,5 до 62, що відповідає низькому рівню та другий пік від 60,5 до 61,5, що відповідає середньому рівню. Найменша ймовірність зустрічі показників в зоні від 59,5 до 60 балів, що відповідає високому рівню орієнтації на цілі. Враховуючи від'ємний коефіцієнт асиметрії зазначимо, що існує тенденція у середині групи до підвищення рівня орієнтованості на майбутні цілі. Отже, респонденти групи Норма мають здатність реалізовувати власні плани, ставити цілі, і кожного разу розвивати таку вольову якість, як цілеспрямованість.

Результати розподілу показників за шкалою "Процес" у групі Норма представлено на рисунку 3.36.

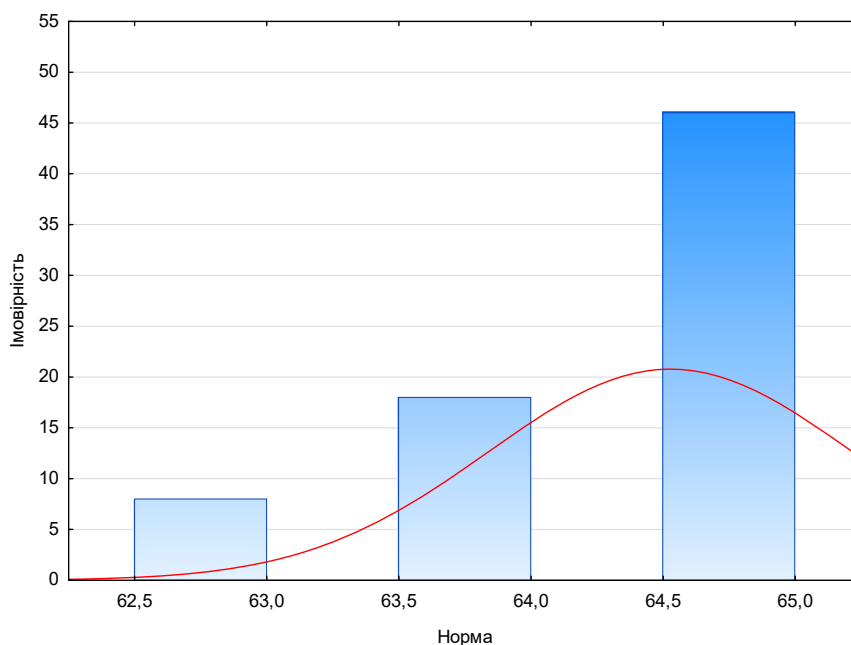


Рис. 3.36. Результати розподілу показників за шкалою "Процес" у групі Норма

Згідно з даними рисунку 3.36, за шкалою "Процес" у групі Норма спостерігається Єдиний пік, що припадає на 64,5 до 65 балів і відповідає зоні низьких показників. Найменша ймовірність зустрічі показників в зоні від 62,5 до 63 балів, що відповідає дуже високому рівню орієнтації на процес. Проте від'ємний коефіцієнт асиметрії дозволяє зробити висновок, що як і на попередньому графіку існує тенденція у середині групи до підвищення рівня орієнтованості на процес. Отже, респонденти групи Норма здебільшого спрямовані на майбутнє саме тому їх теперішнє може виглядати для них не дуже добре, але поступово вони починають розуміти, що єдиний сенс життя полягає в тому щоб просто жити.

Результати розподілу показників за шкалою "Результат" у групі Норма представлено на рисунку 3.37.

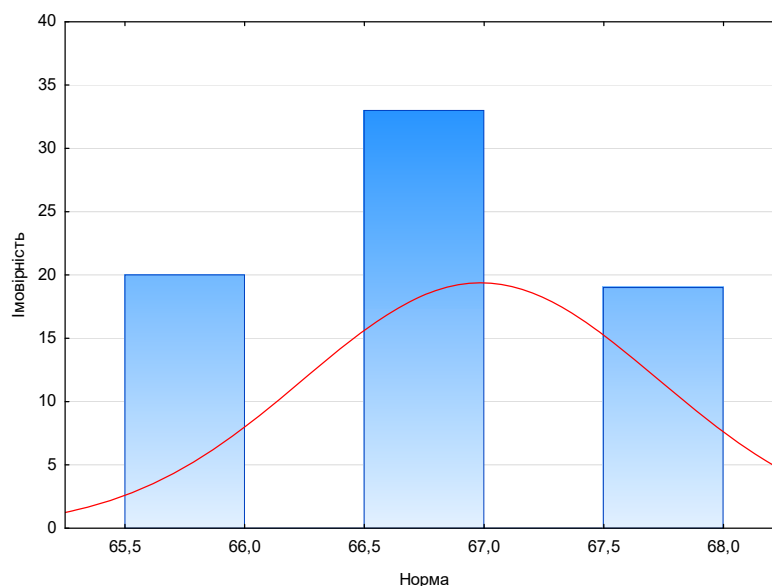


Рис. 3.37. Результати розподілу показників за шкалою "Результат" у групі Норма

На рисунку 3.37, добре видно єдиний пік, що припадає на зону від 66,5 до 67 балів - на середній рівень орієнтації на результат. Проте, загалом однакова імовірність зустрічі показників у зоні високого і низького рівня орієнтації. Проте додатний коефіцієнт асиметрії дозволяє зробити висновок, що на відміну від попередніх графік, за даною шкалою у середині групи спостерігається зниження рівня орієнтованості на результат. Отже, респонденти групи Норма при збільшенні орієнтації на цілі починають більше розуміти важливість процесу досягання бажаного, а ніж результативності, але все ж таки вважають, що прожитий відрізок життя був продуктивним.

Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Я" у групі Норма представлено на рисунку 3.38.

Як зображено на рисунку 3.38, щільність розподілу показників за шкалою "Локус-Я" дуже схожа з щільністю розподілу за іншим шкалами. Зауважимо, що найбільша імовірність зустрічі показників в зоні від 69,5 до 70 балів, що відповідає середньому рівню локусу контролю Я, та дещо менша ймовірність наявності респондентів в середині групи з високим рівнем локусу контролю Я - від 68,5 до 69 балів відповідно.

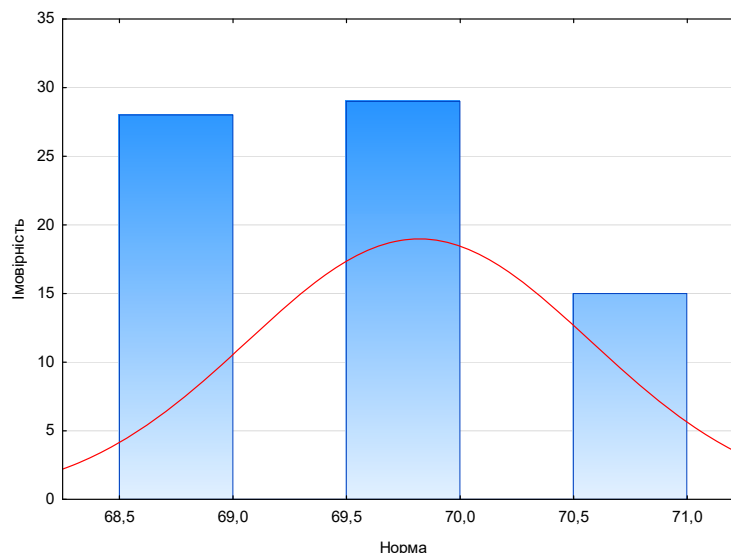


Рис. 3.38. Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Я" у групі Норма

Проте додатний коефіцієнт асиметрії дозволяє зробити висновок, що рівень контролю власного Я знижується. Отже, респонденти групи Норма хоча і вірять у вслані сили, що вони мають свободу вибору та спроможні багато чого виконати, але з певним відрізком часу починають все більше розуміти, що є обставини, які контролювати просто неможливо.

Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Життя" у групі Норма представлено на рисунку 3.39.

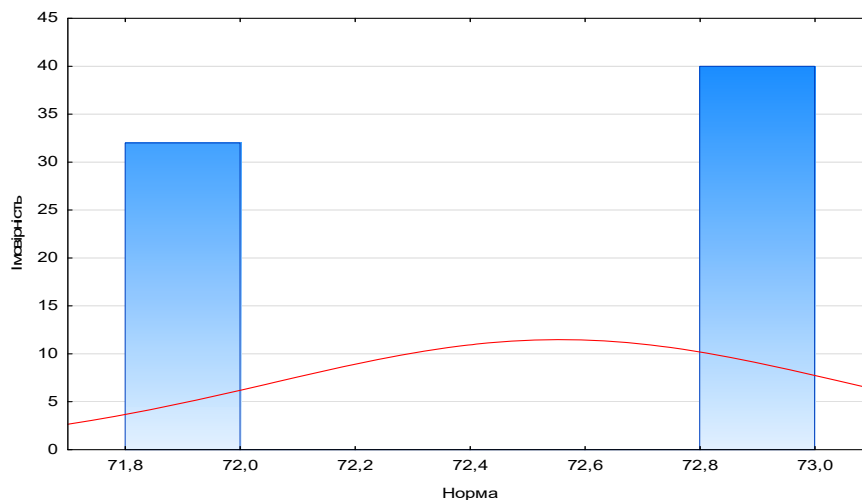


Рис. 3.39. Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Життя" у групі Норма

Дані рисунку 3.39 свідчать, що на відміну від розподілу за іншими шкалами найменша щільність спостерігається за шкалою "Локус-Життя". Можливо побачити, що найбільша імовірність зустрічі показників в діапазоні від 72,8 до 73 балів і дещо менша ймовірність від 71,8 до 72 балів, тобто у групі Норма більше респондентів з середнім рівнем локусом контролю життя, а ніж високим рівнем, що підтверджує від'ємний коефіцієнт асиметрії. Отже, респонденти групи Норма переконанні в тому, що людині дано контролювати своє життя, вони беруть відповідальність за кожне прийняте рішення та за втілення його у життя, але також вірять, що існують події, які по за нашим розумінням та контролем.

Результати дослідження сенсожиттєвої орієнтації у групі 1СГ представлено в таблиці 3.35.

Таблиця 3.35

Показники сенсожиттєвої орієнтації у групі 1СГ

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|-------------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Цілі | 61,38±0,10 | 61 | 1,11% | -0,65 | -0,63 |
| Процес | 64,31±0,11 | 64 | 1,14% | -0,57 | -0,91 |
| Результат | 67,00±0,12 | 67 | 1,15% | 0,00 | -1,28 |
| Локус-Я | 69,96±0,12 | 70 | 1,18% | 0,09 | -1,53 |
| Локус-Життя | 72,60±0,07 | 73 | 0,68% | -0,42 | -1,91 |

Згідно з даними в таблиці 3.35, за середнім значенням (61,38±0,10) та медіаною респонденти групи 1 СГ мають середній рівень спрямованості на досягнення цілей. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми навіть при загально високому рівні свідомості життя живуть учорашнім днем, але разом з тим вони цілеспрямовані й мають плани на майбутнє, хоча ці плани можуть не мати реальної опори в сьогоденні.

В таблиці 3.35 демонструється, що за шкалою "Процес" згідно з середнім значенням (64,31±0,11) та медіаною в 64 бали респонденти мають середній

рівень орієнтації на процес у будь-якій сфері життєдіяльності. Отже, респондентам з початковою стадією глаукоми повноцінний сенс надають спогади про минуле, але у зв'язку з хворобою вони розуміють, що процес життя у теперішньому повинен бути цікавим та емоційно насиченим, тому вони занурюються у пошук сенсу життя.

Дані таблиці 3.35 свідчать, що за середнім значенням ($67,00 \pm 0,12$) та медіаною респонденти групи 1СГ мають середній рівень орієнтованості на результат. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми при загальній установці на те, що саме минуле надає їх життю найбільшого сенсу, вважають, що в ньому вони були більш продуктивними і відчують задоволення стосовно власної результативності.

Отриманні дані в таблиці 3.35 демонструють, що за середнім значенням ($69,96 \pm 0,12$) та особливо за медіаною в 70 балів, респонденти групи 1СГ мають середній рівень локусу контролю-Я. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми загалом вважають, що мають свободу вибору, щоб побудувати своє життя відповідно до своїх цілей і завдань і уявлень про її сенс, але наявність хвороби привносить в їх життя певні корективи, які не залежать від їх бажань та поза їх контролем.

Нарешті, як показано в таблиці 3.35, за середнім значенням ($72,60 \pm 0,07$) та особливо за медіаною в 73 бали, респонденти групи 1СГ мають також середній рівень локусу контролю -життя. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми переконані в тому, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення та втілювати їх у життя, але виникнення хвороби та певні події, що з цим пов'язані не підвладні свідомому контролю, тому в даному випадку свобода ілюзорна, і безглуздо щось загадувати на майбутнє.

На рисунку 3.40 представлено детальний аналіз розподілу показників за шкалою "Ціль" у групі 1СГ.

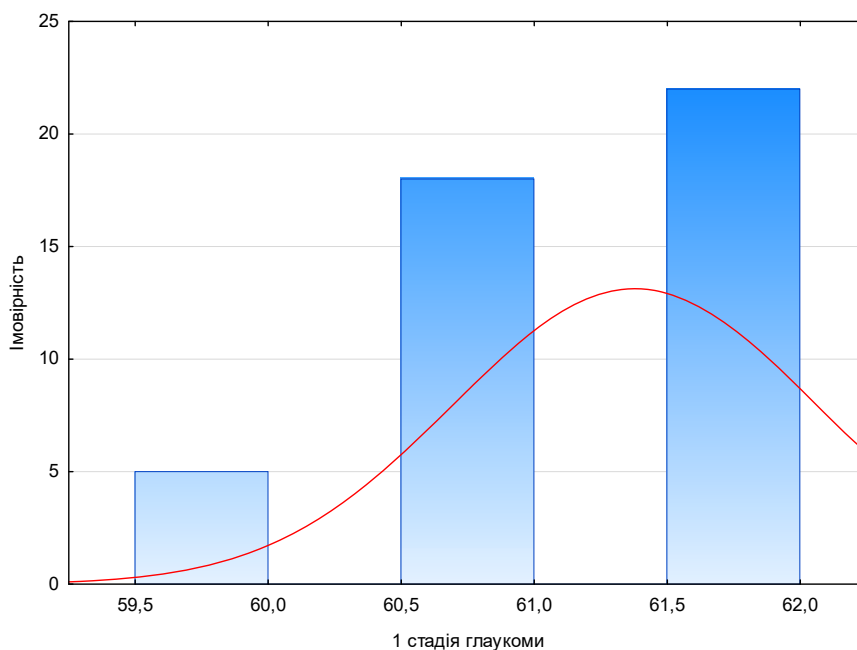


Рис. 3.40. Результати розподілу показників за шкалою "Ціль" у групі 1СГ

Як можна побачити на рисунку 3.40б, добре видно у розподілі показників за шкалою "Ціль" у групі 1СГ на відміну від групи Норма лише один пік, що припадає на 61,5 до 62 та відповідає високому рівню орієнтованості на цілі. Найменша ймовірність зустрічі показників в зоні від 59,5 до 60 балів, що відповідає низькому рівню орієнтації на цілі. Враховуючи від'ємний коефіцієнт асиметрії зазначимо, що існує тенденція у середині групи до зниження рівня орієнтованості на майбутні цілі. Отже, виникнення глаукоми значно впливає на цілеспрямованість респондентів, плани все більше не мають реальної опори, респонденти уникають відповідальності за їх реалізацію і все більше живуть спогадами про минуле.

Результати розподілу показників за шкалою "Процес" у групі 1СГ представлено на рисунку 3.41.

За даними рисунку 3.41, за шкалою "Процес" у групі 1СГ спостерігається схожа картина, як і на попередньому графіку за шкалою "Ціль". Єдиний пік, що припадає на 64,5 до 65 балів і відповідає зоні високих показників.

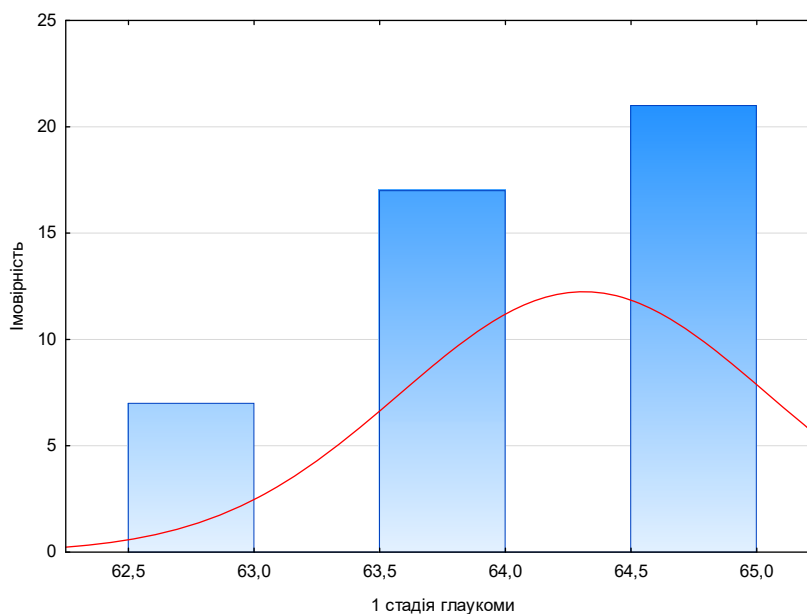


Рис. 3.41. Результати розподілу показників за шкалою "Процес" у групі 1СГ

Найменша ймовірність зустрічі показників в зоні від 62,5 до 63 балів, що відповідає низькому рівню орієнтації на процес. Проте від'ємний коефіцієнт асиметрії дозволяє зробити висновок, що як і на попередньому графіку існує тенденція у середині групи до зниження рівня орієнтованості на процес. Отже, респонденти з початком глаукоми починають вважати, що процес їх життя стає все менш цікавим, емоційно насиченим та наповненим змістом, тобто вони не задоволені власним життям у теперішньому, тому тільки спогади про минуле надають повноцінний сенс.

Результати розподілу показників за шкалою "Результат" у групі 1СГ представлено на рисунку 3.42.

На рисунку 3.42, за шкалою "Результат" у групі 1СГ дуже схожа картина, як і у групі Норма, оскільки добре видно єдиний пік, що припадає на зону від 66,5 до 67 балів - на середній рівень орієнтації на результат. Проте, зовсім однакова ймовірність зустрічі показників у зоні високого і низького рівня орієнтації, але значно менша ніж у групі Норма.

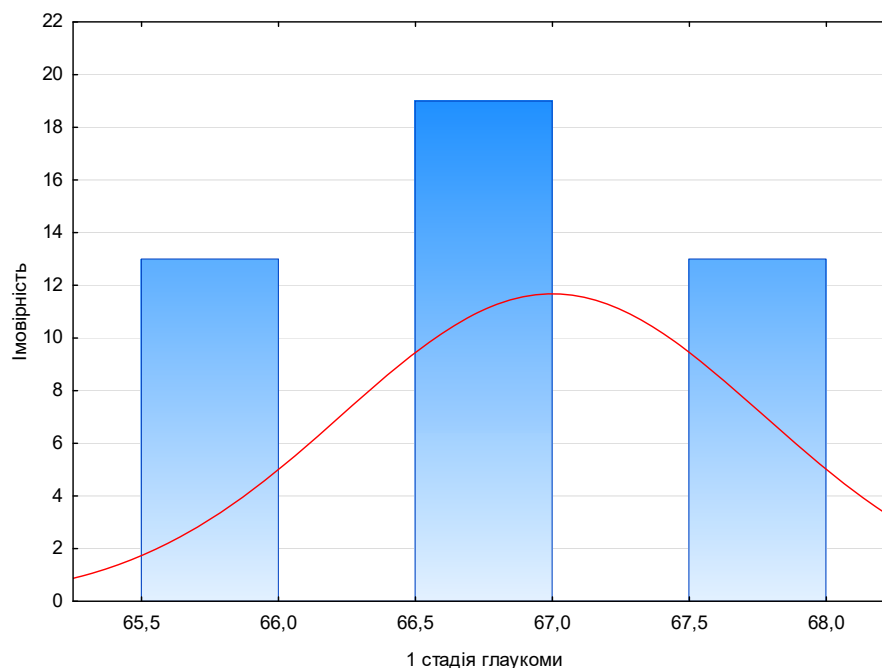


Рис. 3.42. Результати розподілу показників за шкалою "Результат" у групі 1СГ

Проте додатний коефіцієнт асиметрії дозволяє зробити висновок, що на відміну від попередніх графік, за даною шкалою у середині групи спостерігається підвищення рівня орієнтованості на результат. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми все більше вірять в те, що все в минулому, тому воно здатне надавати сенсу, тобто респонденти дуже задоволені прожитою частиною життя, а ніж теперішнім, в якому вони доживають своє життя.

Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Я" у групі 1СГ представлено на рисунку 3.43.

Як зображено на рисунку 3.43, на відміну від групи Норма, у групі 1СГ не має значної розбіжності між показниками розподілу за рівнем локусу контролю Я. Зауважимо, що дещо більша імовірність зустрічі показників все ж таки у зоні від 68,5 до 69 балів, що відповідає низькому рівню локусу контролю Я. Додатний коефіцієнт асиметрії дозволяє зробити висновок, що рівень контролю власного Я у групі 1СГ збільшується, на відміну від групи Норма.

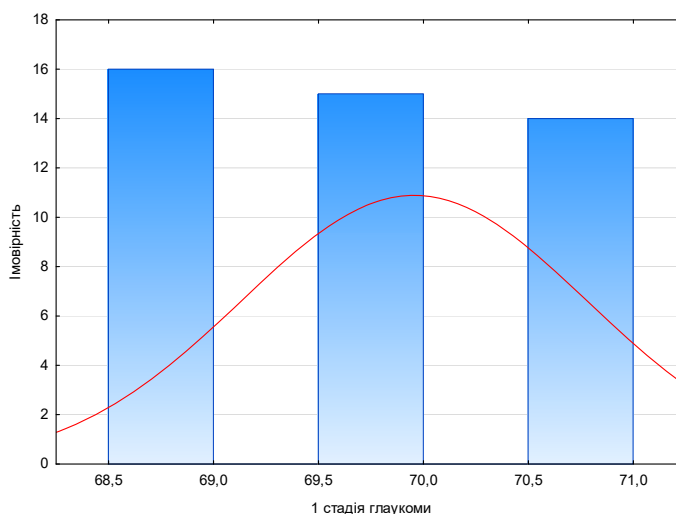


Рис. 3.43. Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Я" у групі 1СГ

Отже, з появою глаукоми респонденти хоча і намагаються побудувати життя не дивлячись на хворобу відповідно до своїх цілей і уявлень, але найчастіше зневірюються в те, що вони здатні контролювати події власного життя, що можуть орієнтуватися на власні сили.

Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Життя" у групі 1СГ представлено на рисунку 3.44.

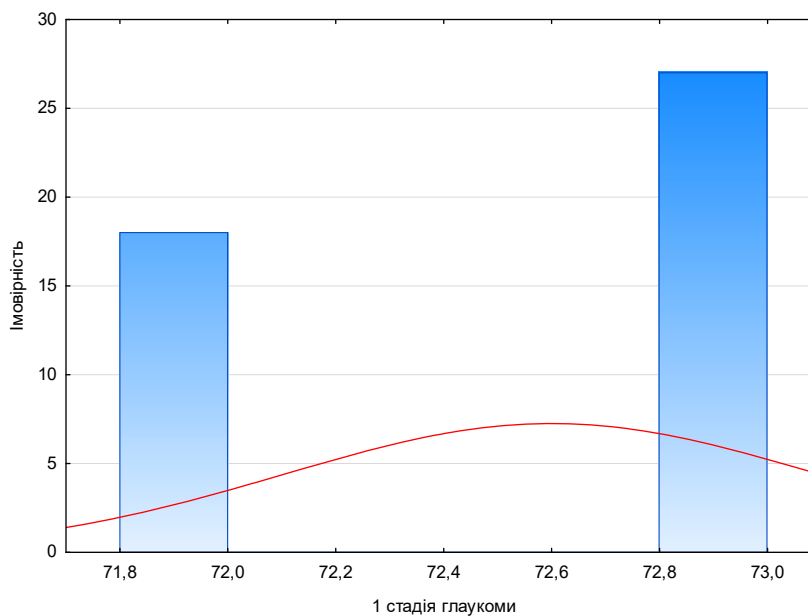


Рис. 3.44. Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Життя" у групі 1СГ

Дані рисунку 3.44 свідчать, що на відміну від розподілу за іншими шкалами найменша щільність спостерігається за шкалою "Локус-Життя", як і у групі Норма. Можливо побачити, що найбільша імовірність зустрічі показників в діапазоні від 72,8 до 73 балів, тобто, як і у групі Норма, у групі 1СГ більше респондентів з середнім рівнем локусу контролю життя. Проте, значно менша ймовірність від 71,8 до 72 балів, що відповідає низьким показникам, на відміну від групи Норма. У групі 1СГ можна спостерігати тенденцію до підвищення показників за даною шкалою, що підтверджує від'ємний коефіцієнт асиметрії. Отже, чим більше респонденти з початковою стадією глаукоми втрачають контроль над власним життям, тим більше росте переконання в тому, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення та втілювати їх у життя, але саме в їх випадку безглуздо щось загадувати на майбутнє.

Результати дослідження сенсожиттєвої орієнтації у групі 2СГ представлено в таблиці 3.36.

Таблиця 3.36

Показники сенсожиттєвої орієнтації у групі 2СГ

| Шкали | Середнє $M \pm m$ | Медіана Med | Коефіцієнт варіації, V | Коефіцієнт асиметрії, γ_1 | Коефіцієнт ексцесу, γ_2 |
|-------------|----------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Цілі | 60,87±0,13 | 61 | 1,28% | 0,24 | -1,28 |
| Процес | 63,45±0,09 | 63 | 0,88% | 0,72 | -0,55 |
| Результат | 67,00±0,13 | 67 | 1,16% | 0,00 | -1,28 |
| Локус-Я | 70,08±0,13 | 70 | 1,12% | -0,14 | -1,34 |
| Локус-Життя | 72,95±0,14 | 73 | 1,15% | 0,10 | -1,57 |

Дані в таблиці 3.36 показують, що за шкалою "Ціль" за середнім значенням (60,87±0,13) респонденти групи 2СГ мають низький рівень спрямованості на досягнення цілей, але згідно показнику медіани в 61 бал - є тенденція до підвищення. Отже, у респондентів з другою стадією глаукоми відсутні у житті цілі на майбутнє, які надають життю осмисленості, спрямованості та тимчасової перспективи, тобто респонденти живуть минулим.

В таблиці 3.36 демонструється, що за середнім значенням ($63,45 \pm 0,09$) та медіаною респонденти групи 2СГ мають низький рівень орієнтації на процес у будь-якій сфері життєдіяльності. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми незадоволені своїм життям у теперішньому, оскільки воно їм здається пустим, неповноцінним та не цікавим, тому при зневірі також і у власне майбутнє, лише спогади про минуле надають повноцінного сенсу.

Згідно з даними таблиці 3.36 за середнім значенням ($67,00 \pm 0,13$) та медіаною респонденти групи 2СГ мають середній рівень орієнтованості на результат. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми з загальною націленістю на минуле, вважають, що результати, які були досягнуті у цьому минулому були вагомими, тому вони приносять задоволення та відчуття власної продуктивності.

Отриманні дані в таблиці 3.36 демонструють, що за середнім значенням ($70,08 \pm 0,13$) та медіаною респонденти групи 2СГ мають середній рівень локусу контролю-Я. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми вважають, що вони сильні особистості, які можуть подолати будь-які перепони у житті, оскільки спроможні робити вибір, щось вирішувати самостійно, проте деякі події все ж таки не залежать від їх волі і тому їх неможливо контролювати.

Нарешті, як показано в таблиці 3.36, за середнім значенням ($72,95 \pm 0,14$) та особливо за медіаною в 73 бали, респонденти групи 2СГ мають також середній рівень локусу контролю - життя. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми вважають, що життя підвладно свідомому контролю, тому людина має можливість приймати рішення та будувати плани на майбутнє, але існують певні ситуації або події в яких свобода ілюзорна.

На рисунку 3.45 представлено детальний аналіз розподілу показників за шкалою "Ціль" у групі 2СГ.

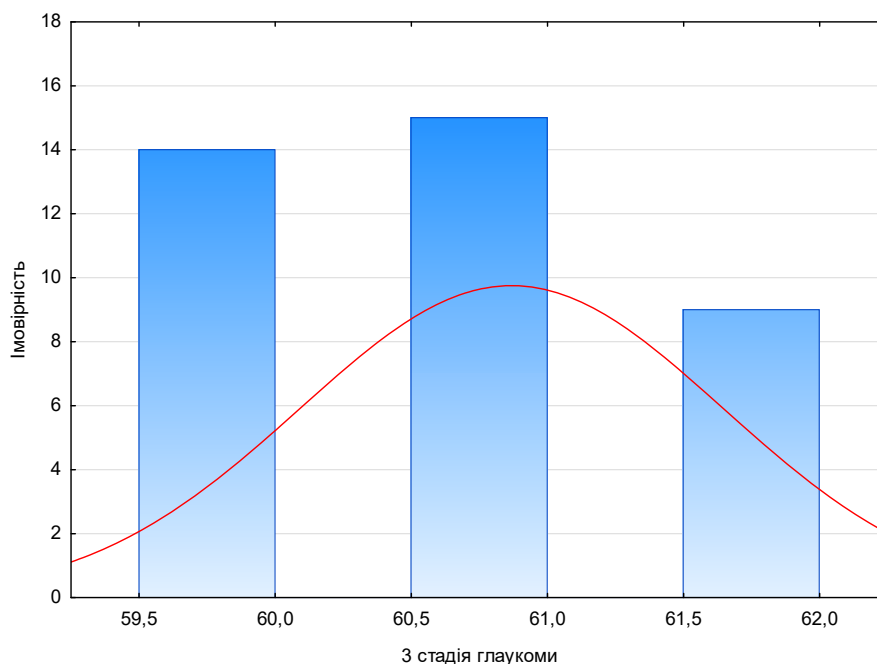


Рис. 3.45. Результати розподілу показників за шкалою "Ціль" у групі 2СГ

Добре видно на рисунку 3.45, що за шкалою "Ціль" загальна картина розподілу у групі 2СГ відрізняється від розподілу у інших двох групах. Так, у групі 2СГ дуже щільний розподіл з дещо більшою імовірністю зустрічі показників у зоні від 60,5 до 61 балу, що відповідає середньому рівню орієнтованості на цілі. Менша ймовірність, але вища ніж у інших групах, зустрічі показників в зоні від 61,5 до 62 балів, що відповідає високому рівню орієнтації на цілі. Враховуючи додатний коефіцієнт асиметрії зазначимо, що існує тенденція у середині групи до розвинення рівня цілеспрямованості. Отже, у респондентів з другою стадією глаукоми рівень орієнтованості на цілі може зростати внаслідок нівелювання або заперечення впливу хвороби на їх життя, тобто вони будуть все більше будувати різноманітні плани на майбутнє, проте ці плани не будуть мати реальної опори в теперішньому.

Результати розподілу показників за шкалою "Процес" у групі 2СГ представлено на рисунку 3.46.

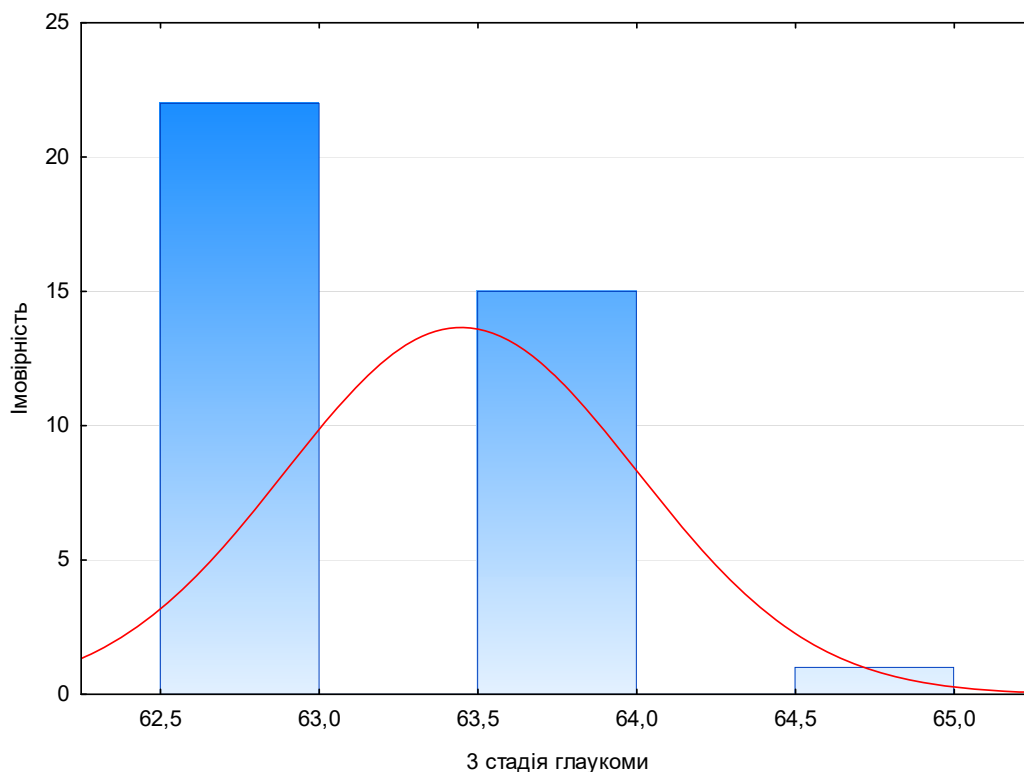


Рис. 3.46. Результати розподілу показників за шкалою "Процес" у групі 2СГ

Як можна побачити на рисунку 3.46, за шкалою "Процес" у групі 2СГ спостерігається схожа картина, як і у групі Норма: існує Єдиний вагомий пік. Даний пік припадає на 62,5 до 63 балів і відповідає зоні низьких показників, проте ці дані відрізняються від показників у групі Норма та групі 1СГ. Досить не значна ймовірність зустрічі показників в зоні від 64,5 до 65 балів, що відповідає високому рівню орієнтації на процес. Проте Додатний коефіцієнт асиметрії дозволяє зробити висновок, що як і на попередньому графіку існує тенденція у середині групи до зростання рівня орієнтованості на процес. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми знаходяться у пошуку того, що придасть емоційної насиченості, цікавості та наповнить їх життя сенсом, тому все більше починають цінити життя, яке в них було у минулому.

Результати розподілу показників за шкалою "Результат" у групі 2СГ представлено на рисунку 3.47.

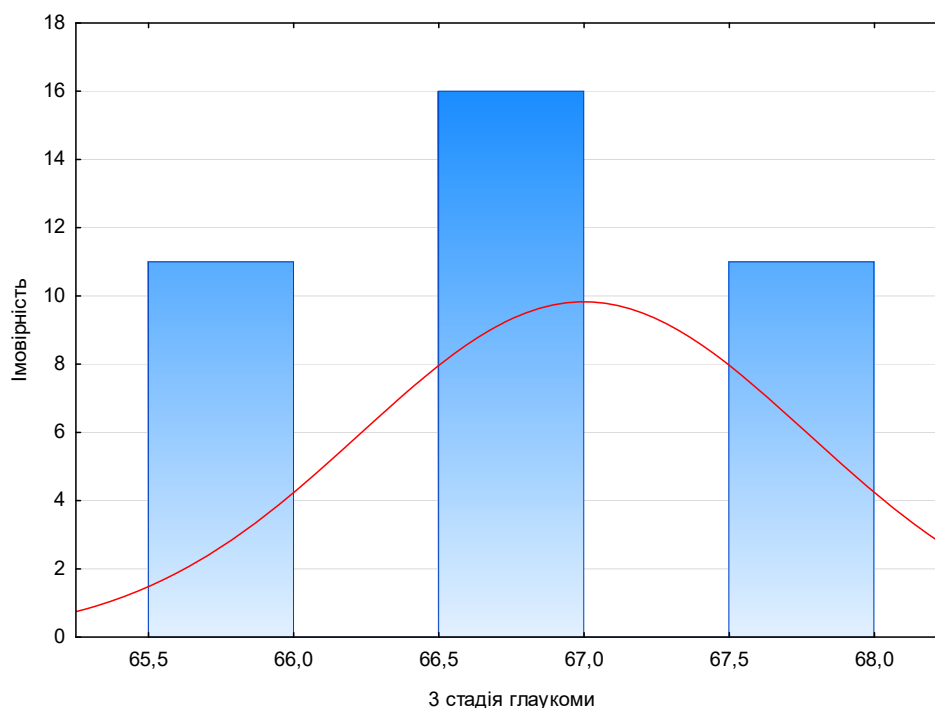


Рис. 3.47. Результати розподілу показників за шкалою "Результат" у групі 2СГ

На рисунку 3.47 видно, що у групі 2СГ за шкалою "Результат" дуже схожа картина, як і у інших двох групах: існує єдиний пік, що припадає на зону від 66,5 до 67 балів - на середній рівень орієнтації на результат. Проте, зовсім однакова імовірність зустрічі показників у зоні високого і низького рівня орієнтації, як і у групі 1СГ. Додатний коефіцієнт асиметрії свідчить про те, що в групі є тенденція до зростання рівня орієнтованості на результат. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми задоволені результатами власної самореалізації у минулому, але все більше починають розуміти які ресурси та терміни необхідні для досягнення результатів у теперішньому та особливо у майбутньому, оскільки на даний час зростає бажання уникнути відповідальності у досягненні поставленої мети, страждає ясність запланованих результатів, респонденти нездатні розставляти пріоритети.

Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Я" у групі 2СГ представлено на рисунку 3.48.

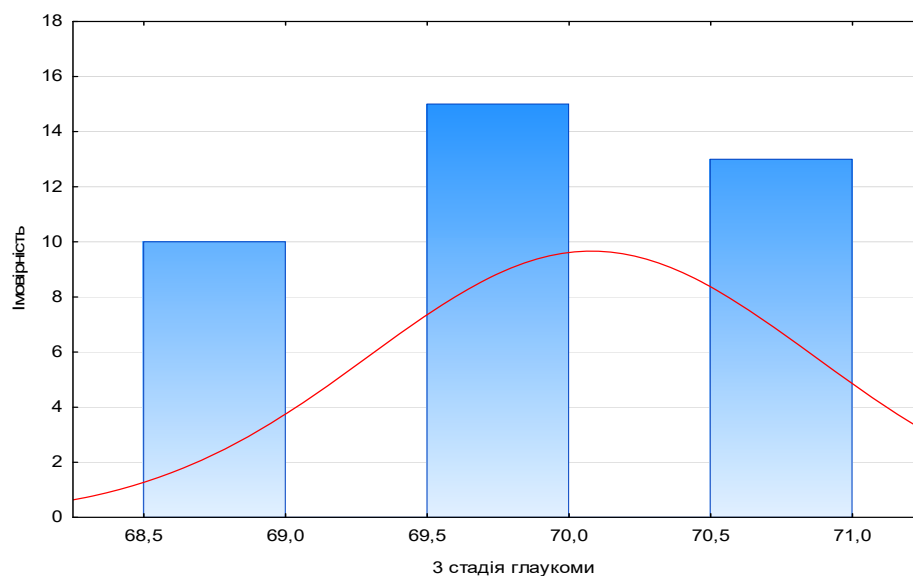


Рис. 3.48. Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Я" у групі 2СГ

Як зображено на рисунку 3.48, щільність розподілу показників за шкалою "Локус-Я" дуже схожа з щільністю розподілу у групі Норма. Зауважимо, що найбільша імовірність зустрічі показників в зоні від 69,5 до 70 балів, що відповідає середньому рівню локусу контролю Я, та дещо менша ймовірність наявності респондентів в середині групи з високим рівнем локусу контролю Я - від 70,5 до 71 балу відповідно. Найменша вираженість показників в діапазоні від 68,5 до 69 балів - зона низького рівня локусу контролю Я. Від'ємний коефіцієнт асиметрії дозволяє зробити висновок, що існує тенденція до зниження рівня локусу контролю Я. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми на відміну від групи Норма, але як і респонденти групи з початковою стадією глаукоми, все більше контролюють власне життя, тому всі вдачі приписують собі, тоді як за їх невдачі можуть бути відповідальні інші. При цьому респонденти зовсім відкидають можливість того, що невдачі пов'язані з хворобою та їх не спроможністю щось виконати.

Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Життя" у групі 2СГ представлено на рисунку 3.49.

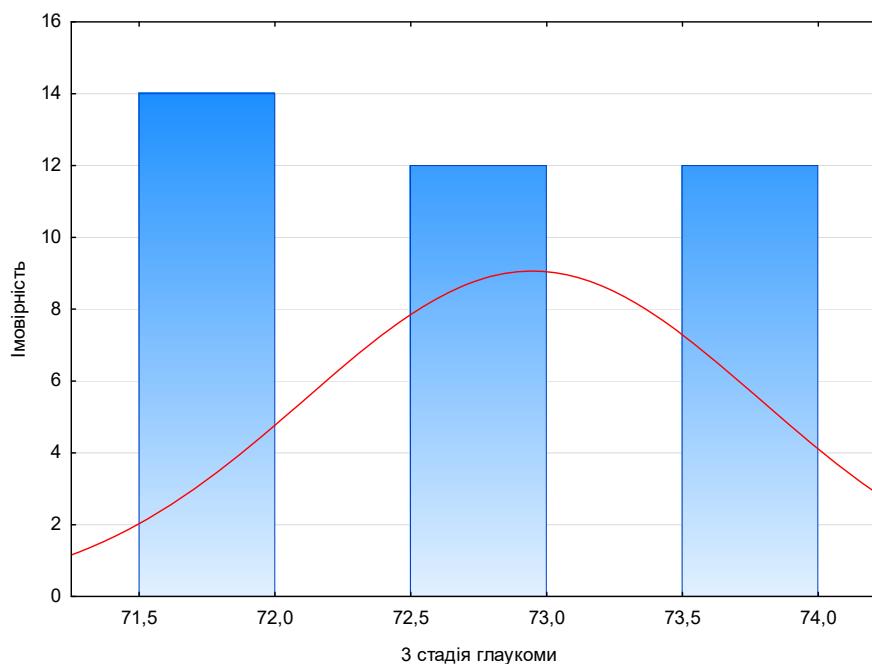


Рис. 3.49. Результати розподілу показників за шкалою "Локус-Життя" у групі 2СГ

Дані рисунку 3.49 свідчать, що за шкалою "Локус-Життя" у групі 2СГ виявлена більша щільність розподілу, на відміну від інших груп. Можливо побачити домінування показників в діапазоні від 71,5 до 72 балів - низькі показники, на відміну від двох інших груп. Зовсім однакова імовірність зустрічі показників у зоні середнього та високого рівня локусу контролю життя. Додатний коефіцієнт асиметрії демонструє збільшення рівня контролю життя. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми починають повертати собі свідомий контроль над життям, намагаються переконати себе в тому, що лише вони спроможні приймати рішення та відповідати за їх виконання, хоча насправді це маскування фаталізму і того, що свобода ілюзорна: ставити цілі на майбутнє дуже ризиковано; багато розчарувань через те, що є події, які не можливо контролювати.

Виявлені розбіжності між групами в розподілі показників та за середнім значенням роблять доцільним проведення порівняльного аналізу даних методики за рахунок U-критерія Мана-Вітні. Відповідні дані зібрані у таблиці 3.37.

Таблиця 3.37

**Порівняння середніх показників сенсожиттєвої орієнтації в трьох
групах досліджуваних**

| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 1СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
|-------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Цілі | 61,36±0,08 | 61,38±0,10 | 76,500 | 0,001*** |
| Процес | 64,53±0,08 | 64,31±0,11 | 37,500 | 0,172 |
| Результат | 66,97±0,09 | 67,00±0,12 | 62,500 | 0,01** |
| Локус-Я | 69,82±0,09 | 69,96±0,12 | 57,00 | 0,01** |
| Локус-Життя | 72,56±0,06 | 72,60±0,07 | 81,00 | 0,000*** |
| Показник | Середнє в групі НОРМА | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
| Цілі | 61,36±0,08 | 60,87±0,13 | 35,00 | 0,05* |
| Процес | 64,53±0,08 | 63,45±0,09 | 93,00 | 0,01** |
| Результат | 66,97±0,09 | 67,00±0,13 | 39,00 | 0,001*** |
| Локус-Я | 69,82±0,09 | 70,08±0,13 | 38,500 | 0,001*** |
| Локус-Життя | 72,56±0,06 | 72,95±0,14 | 66,00 | 0,751 |
| Показник | Середнє в групі 1СГ | Середнє в групі 2СГ | U-статистика Мана-Вітні | р-значення |
| Цілі | 61,38±0,10 | 60,87±0,13 | 20,500 | 0,001*** |
| Процес | 64,31±0,11 | 63,45±0,09 | 58,00 | 0,000*** |
| Результат | 67,00±0,12 | 67,00±0,13 | 0,00 | 0,000*** |
| Локус-Я | 69,96±0,12 | 70,08±0,13 | 11,00 | 0,000*** |
| Локус-Життя | 72,60±0,07 | 72,95±0,14 | 72,00 | 1,000 |

Аналіз результатів, що представлений в таблиці 3.37 дозволив констатувати, що порівняно із групою Норма, респонденти групи 1СГ демонструють статистично значущі більші значення майже за всіма шкалами методики, окрім шкали "Процес", де статистично значущих розбіжностей між групами не виявлено. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми мають ціль покращити власне життя при наявності хвороби; вони орієнтовані на минулу результативність, як ресурс для того, щоб жити; проте вони більше

зневірені у власні сили у теперішньому та особливо в реалізації планів у досягненні цілей у майбутньому, оскільки свобода ілюзорна і таке планування безглузде.

Натомість як видно в таблиці 3.37, між групами Норма та 2СГ також мають місце відмінності за майже усіма шкалами на різних рівнях значимості, окрім шкали "Локус-Життя" де статистично значущих розбіжностей між групами не виявлено. Зауважимо, що група Норма має більше середнє значення за шкалами "Цілі" на рівні $p < 0,05$ та "Процес" на рівні $p < 0,01$, тоді як за шкалами "Результат" та "Локус-Я" на рівні $p < 0,001$ менші значення. Отже, на відміну від респондентів з другою стадією глаукоми, респонденти групи Норма мають більш усвідомлені цілі у майбутньому, які надають життю сенсу, вони більше схильні отримувати насолоду від життя у даний час. При цьому на відміну від групи 2СГ, респонденти групи Норма розуміють важливість отриманих результатів у будь-якій діяльності для їх самореалізації і вважають себе набагато сильнішими, спроможними будувати власне життя відповідно до своїх бажань та уявлень.

Нарешті, досліджувані з групи 2СГ порівняно із групою 1СГ демонструють більші середні значення за шкалами "Результат" і "Локус-Я" на рівні $p < 0,000$ та менші значення за шкалами "Цілі" на рівні $p < 0,001$ та "Процес" на рівні $p < 0,000$. Отже, на відміну від респондентів з початковою стадією глаукоми, респонденти з другою стадією менш схильні будувати плани на майбутнє, більше незадоволені власним життям у теперішньому, оскільки реалізовані були у минулому, а ніж тепер, саме тому для них минуле цікавіше та продуктивніше: раніше вони були сильнішими та спроможними будувати власне життя, як бажали, але на даний час втрачають контроль над ним.

Таким чином, простежено особливості ресурсної сфери у умовно здорових респондентів та у тих, хто страждає на глаукому.

3.4. Статистичний аналіз отриманих даних

Кореляційний аналіз. Переходячи до аналізу кореляційних зв'язків між показниками різних методик, відразу зазначимо, що нами були виявлені значні відмінності між групами досліджуваних. Ми послідовно розглянемо кореляційну структуру в різних групах і почнемо з групи Норма. В додатку Б представлені значення коефіцієнтів кореляції Спірмена між різними методиками у групі Норма.

Згідно з даними в додатку Б у групі Норма між показниками фізичної активності та психічного здоров'я існує прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,480$, $p < 0,05$), тобто чим вище рівень фізичної активності тим вище рівень психічного здоров'я та навпаки. Оскільки фізичний стан респондентів у групі Норма не заважає виконувати повсякденну рольову діяльність, респонденти даної групи відчують себе повними сил і енергії, не обмежені у соціальних контактах, мають достатньо високий рівень спілкування, тому знаходяться у стані психічного благополуччя, що з іншого боку призводить до покращення фізичного та емоційного стану.

Зауважимо, що показник психічного здоров'я має зворотній кореляційні взаємозв'язок з рівнем реактивної тривожності та агресивності ($r = -0,398$ та $r = -0,367$, $p < 0,05$), а також прямий кореляційні взаємозв'язок з показником оптимізму ($r = 0,370$, $p < 0,05$). Отже, респонденти даної групи найчастіше можуть реагувати на деякі стресори, що пов'язані з життєво важливими речами, напруженістю та занепокоєнням, а такі тривожні переживання призводять до застосування сили по відношенню до цих об'єктів або суб'єктів, тому виникає відчуття психічного неблагополуччя, що знижує рівень загального психічного здоров'я. Проте загалом ці реакції досить швидко блокуються за рахунок відносно сталих позитивних очікувань від майбутнього, які використовуються, як механізм мотивації та для підвищення активності у діяльності.

Разом з тим, існує сильний зворотній кореляційний взаємозв'язок ($r = -0,733$, $p < 0,01$) між показником фізичної активності та рівнем стресу у групі Норма, тобто, чим вище рівень стресу тим менше фізичної активності

демонструють респонденти. Отже, коли на респондентів групи Норма впливають сильні стресорні фактори, можливе виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що обмежує здатність виконувати різноманітні фізичні навантаження, що також впливає на рольову повсякденну діяльність, навіть викликає певні соматичні проблеми.

Необхідно зазначити, що показник стресу також корелює зі шкалами, "Часова перспектива" ($r = -0,318, p < 0,05$), "Підтримка" ($r = -0,309, p < 0,05$) та "Ціль" ($r = -0,404, p < 0,05$) - зв'язок зворотній, тобто при підвищенні рівня стресу респонденти групи Норма будуть більше орієнтовані на минулі події чим на майбутні цілі, оскільки буде знижуватись їх рівень цілепокладання та здатність планувати щось на майбутнє, тому вони будуть звертатися до родичів за підтримкою. Водночас показник стресу має прямий кореляційний взаємозв'язок зі шкалами "Особистісна тривожність" ($r = 0,329, p < 0,05$), "Фрустрація" та "Агресивність" ($r = 0,321$ та $r = 0,421, p < 0,05$ - відповідно), тобто при сильному впливі стресових та загрозових факторів на респондентів групи Норма вони схильні відчувати побоювання, страх і реагувати станом тривоги, при цьому вони будуть фрустровані і можуть демонструвати імпульсивні агресивні прояви поведінки, які спрямовані на об'єкт фрустрації.

При цьому за даними додатку Б, шкала "Фізичної активності" має також зворотній кореляційний взаємозв'язок зі шкалою "Рівень депресії" ($r = -0,346, p < 0,05$), тобто чим вище фізична активність, тим нижче буде показник депресії та субдепресивних станів. Отже, у респондентів високий рівень фізичного функціонування, відповідний рівень зайнятості формує позитивний емоційний фон, що супроводжується відчуттям психологічного благополуччя і загальною активністю поведінки, що захищає від виникнення депресії.

Необхідно зазначити, що між шкалою "Часова перспектива" та шкалами "Фізична активність" і "Настрій" ($r = 0,359$ та $r = 0,374, p < 0,05$ -відповідно) існує прямий кореляційний взаємозв'язок, тоді як зі шкалами "Рівень депресії" ($r = -0,322, p < 0,05$), "Фрустрація" та "Агресивність" ($r = -0,350$ та $r = -0,430, p < 0,05$) - зворотній кореляційний взаємозв'язок. Зауважимо, що показники фрустрації та

агресивності також корелюють між собою ($r=0,425$, $p< 0,05$) - взаємозв'язок прямий. Отже, оскільки більшою мірою життєдіяльність респондентів групи Норма визначається прагненнями до цілей і винагород майбутнього, тому вони починають більше залучатися до певної діяльності, підвищують свій рівень фізичної активності, а у разі отримання бажаних результатів мають підвищений емоційний фон, що виражається у вигляді позитивних емоцій які забарвлюють на певний час діяльність та формують активний життєвий тонус. Проте, у фруструючому стані, підвищується рівень агресивності, що супроводжується конфліктами з іншими, тому вони починають більше спиратися на позитивне минуле, а майбутнє бачиться їм фаталістичним.

Дані в додатку Б свідчать, що існує прямий кореляційний взаємозв'язок між шкалою "Фізична активність" та шкалою "Ціль" ($r=0,358$, $p< 0,05$), тобто оскільки респонденти групи Норма цілеспрямовані особистості з планами, які мають реальну опору в сьогоденні і підкріплюються особистою відповідальністю за їх реалізацію, що потребує відповідного рівня фізичної активності та рольового функціонування. Зазначимо, що шкала "Ціль" також корелює зі шкалами "Особистісна тривожність" ($r=-0,344$, $p< 0,05$) - взаємозв'язок зворотній та "Підтримка" ($r=0,319$, $p< 0,05$) - взаємозв'язок прямий. Отже, оскільки у деяких об'єктивно або суб'єктивних загрозливих ситуаціях респонденти групи Норма можуть відчувати побоювання, страх і реагувати станом тривоги, це знижує здатність реалізовувати власні плани, ставити цілі, і впливає на розвиток цілеспрямованості. Водночас, респонденти орієнтовані на підтримку родини, що в даному випадку надає відчуття безпеки та довіри і підвищує здатність формувати власні цілі та долати перешкоди при їх досягненні.

Підкреслимо, що виявлені значні кореляційні зв'язки в середині методики СЖО. Так, шкала "Процес" має слабкий зворотній кореляційний взаємозв'язок зі шкалою "Результат" на рівні $p< 0,05$, тобто чим сильніше респонденти групи Норма орієнтовані на процес тим менш для них буде важливий результат, продуктивність їх діяльності. Також шкала "Процес" має сильний прямий

кореляційній взаємозв'язок зі шкалами "Локус-Я" та "Локус-Життя" на $p < 0,01$. При цьому, шкала "Результат" корелює зі шкалами "Локус-Я" на рівні $p < 0,05$ та "Локус-Життя" на $p < 0,01$ - взаємозв'язок прямий, а шкала "Локус-Я" також має прямий кореляційній взаємозв'язок зі шкалою "Локус-Життя" на $p < 0,05$. Отже, можна зробити висновок, що всі компоненти сенсоорієнтованості пов'язані між собою та грають важливу роль у життєдіяльності респондентів групи Норма.

Отримані дані свідчать, що існує зворотній кореляційній взаємозв'язок між фізичною активністю та рівнем фрустрації і агресивності ($r = -0,367$ та $r = 0,448$, $p < 0,05$ - відповідно), тобто фрустрованість, значно знижує рівень загального фізичного здоров'я респондентів, тому підвищується ймовірність агресивної поведінки по відношенню до об'єкту фрустрації. Зазначимо, що рівень фрустрації має прямий кореляційній взаємозв'язок з рівнем депресії ($r = 0,307$ $p < 0,05$) та зворотній кореляційній взаємозв'язок з рівнем настрою ($r = -0,367$, $p < 0,05$), тобто тривалий фрустраційний стан респондентів у разі дуже часто виникаючих об'єктивно непереборних перешкод може призвести до виникнення субдепресивних станів або навіть до депресії, тоді респонденти будуть охоплені загалом негативними або токсичними переживаннями. Разом з тим, між шкалою "Агресивність" та шкалами "Особистісна тривожність" і "Резильєнтність" ($r = 0,308$ та $r = 0,337$, $p < 0,05$ - відповідно) існує прямий кореляційній взаємозв'язок. Отже, респонденти групи Норма у разі відчуття значного рівня напруги, занепокоєння та нервозності можуть реагувати афективними спалахами гніву чи злоби та імпульсивними проявами поведінки, але це підвищує рівень здатності долати різні труднощі, тому вони можуть впоратись з власним психологічним станом під час дії стресорів.

Дані в додатку Б демонструють існування прямого кореляційного взаємозв'язку між рівнем реактивної тривожності та ригідності, і локусу контролю Я ($r = 0,379$ та $r = 0,393$, $p < 0,05$ -відповідно), тобто респонденти даної групи найчастіше можуть реагувати на деякі стресори, що пов'язані з життєво важливими речами, напруженістю та занепокоєнням, але за рахунок зниження

рівня ригідності, здатні ігнорувати певні значення і виокремлювати лише візуальні об'єкти, тобто при необхідності прийняття нових обставин респонденти здатні змінювати власне відношення, звички, принципи та мотиви. Такі обставини закріплюють думку респондентів про те, що вони мають достатньо свободи вибору, щоб побудувати своє життя відповідно до своїх цілей і уявлень, але також розуміють, що є події у житті, які не можливо контролювати.

Необхідно зазначити, що між шкалою "Підтримка" та шкалою "Процес" існує прямий кореляційний взаємозв'язок ($r=0,355$, $p < 0,05$), тоді як зі шкалою "Локус-Я" виявлений зворотній кореляційний взаємозв'язок ($r=-0,363$, $p < 0,05$). Отже, чим більше респонденти групи Норма звертаються по допомогу або знаходяться у стані пошуку ресурсів, тим більш вони можуть насолоджуватись процесом життя, але при цьому знижується їх рівень віри у власні сили та спроможність контролювати власне життя.

Нарешті, виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між рівнем оптимізму та орієнтованості на процес ($r=0,390$, $p < 0,05$), тобто респонденти групи Норма здатні зберігати у несприятливих ситуаціях стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування, успішно адаптуючись до несприятливих змін, тому сприймають процес свого життя як цікавий, емоційно насичений і наповнений змістом.

Зовсім інша картина вбачається у додатку В, де у групі ІСГ добре видно існування зворотнього кореляційного взаємозв'язку між фізичною активністю та рівнем стресу, депресії та оптимізму ($r=-0,483$; $r=-0,332$ та $r=-0,324$, $p < 0,05$). Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми відчують шкідливий деструктивний стрес, з яким організм впоратися не в змозі, що підриває сили, тому вони демонструють підвищену стомлюваність, апатію і небажання щонебудь робити, звуження кола інтересів, порушення уваги та апетиту, фокусуються на негативних переживаннях, в них виникають сумніви у досягненні успішного результату у діяльності, а все це значно обмежує їх фізичну активність.

Необхідно зазначити, що показник рівня стресу має зворотній кореляційній взаємозв'язок з показником рівня оптимізму та орієнтованістю на цілі ($r=-0,395$ та $r=-0,406$, $p< 0,05$), а також прямий кореляційній взаємозв'язок з показником рівня агресивності ($r=0,387$, $p< 0,05$). Отже, оскільки організм респондентів з початковою стадією глаукоми майже на межі можливостей чинити опір стресу, у респондентів підвищується ймовірність негативних очікування стосовно майбутнього, тому у разі суттєвих проблем зі шляхом досягнення цілей виникає негативний афект і вони стають агресивні, не витримані та демонструють труднощі у спілкуванні з людьми.

Разом з тим, показник рівня оптимізму корелює з рівнем депресії та рівнем агресивності ($r=-0,393$ та $r=-0,314$, $p< 0,05$), де виявлений зворотній взаємозв'язок. Отже, респонденти з початковою стадією глаукоми скоріше будуть демонструвати провідні ознаки депресії: поганий настрій, пригніченість, тугу, сильну тривожність, апатію, які не відповідають реально існуючим обставинам, тому вони схильні фокусуватися на негативних переживаннях. Згідно з цим, дуже часто у них виникають серйозні сумніви у досягненні успішного результату або у разі якщо щось загрожує їх престижу, все це підвищує рівень агресивності, що супроводжується конфліктами з іншими.

Як показано в додатку В, на відміну від групи Норма, у групі ІСГ існує прямий кореляційній взаємозв'язок між показником рівня впливу зорових порушень на якість життя особистості та такими показниками, як: "Часова перспектива" ($r=0,376$, $p< 0,05$), "Результат" та "Локус-Життя" ($r=0,456$ та $r=0,314$, $p< 0,05$). При цьому, показник рівня впливу зорових порушень на якість життя має зворотній кореляційній взаємозв'язок з показником рівня реактивної тривожності ($r=-0,369$, $p< 0,05$). Отже, у респондентів з першою стадією глаукоми при значному впливі зорових порушень на їх життєдіяльність, коли забороняється виконувати діяльність з певним рівнем напруження та все більше дій стають протипоказані, зростає напруга, занепокоєння, що може викликати порушення уваги, підвищену стомлюваність і швидку виснаженість. Саме тому, респонденти демонструють тепле, сентиментальне ставлення до

минулого, воно представляється у райдужному світлі порівнянно з теперішнім при наявності глаукоми, тобто вони орієнтовані на минулу результативність, як ресурс для того, щоб жити. Водночас, хоча респонденти і вірять, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення та втілювати їх у життя, але в їх випадку безглуздо щось загадувати на майбутнє.

Дані додатку В свідчать, що у групі 1СГ між показником рівня реактивної тривожності та рівня локусу контроль життя ($r=-0,369$, $p< 0,05$) існує зворотній кореляційній взаємозв'язок. Отже, респонденти при початковій стадії глаукоми більш чутливі до різноманітних зовнішніх стресорів-подразників, тому їх рівень реактивної тривожності значно вище, що призводить до зневіри у можливість реалізації планів у майбутньому, вони скоріше починають вірити, що свобода ілюзорна і тому планування безглузде.

Підкреслимо, що у групі 1СГ також виявлені значні кореляційні зв'язки в середині методики СЖО. Так, шкала "Процес" має слабкий зворотній кореляційній взаємозв'язок зі шкалою "Результат" на рівні $p< 0,05$, тобто чим сильніше респонденти з початковою стадією глаукоми орієнтовані на сам процес життя тим менш для них буде важливий результат, продуктивність їх минулої та майбутньої діяльності. Також шкала "Процес" має сильний зворотній кореляційній взаємозв'язок зі шкалами "Локус-Я" та "Локус-Життя" на $p<0,01$, тобто чим менш цікавим, емоційно насиченим та наповненим змістом стає процес життя респондентів з початковою стадією глаукоми, тим сильніше віра в те, що не дивлячись на хворобу контроль допомагає побудувати власне життя відповідно до своїх цілей і уявлень. При цьому значніше стають переконання в тому, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення та втілювати їх у життя, але саме в їх випадку безглуздо щось загадувати на майбутнє. При цьому, шкала "Результат" корелює зі шкалами "Локус-Я" та "Локус-Життя" на $p< 0,01$ - взаємозв'язок прямий, а шкала "Локус-Я" також має прямий кореляційній взаємозв'язок зі шкалою "Локус-Життя" на $p< 0,01$. Отже, можна зробити висновок, що чим більше респонденти з початковою стадією глаукоми втрачають контроль над власним життям, тим

більше вони зневірюються у власних силах та спроможності будувати свій побут відповідно до власних потреб, саме тому минуле представляється більш результативним і надає сенсу жити далі.

Нарешті, рівень фрустрації має прямий кореляційний взаємозв'язок з рівнем агресивності ($r = 0,3797$ $p < 0,05$) та зворотній кореляційний взаємозв'язок з рівнем настрою та орієнтованістю на процес ($r = -0,411$ та $r = -0,323$, $p < 0,05$), тобто якщо в житті респондентів дуже часто реальність не відповідає очікуванням, такий тривалий фрустраційний стан може призвести до агресивних імпульсів, афективної поведінки у вигляді злоби чи гніву, тоді респонденти будуть охоплені загалом негативними або токсичними переживаннями, що і не дає можливості отримувати насолоду від процесу життя у теперішньому.

Дивлячись на дані додатку Г, можна зробити висновок, що у групі 2СГ існує сильний зворотній кореляційний взаємозв'язок між показником фізичної активності та рівнем реактивної тривожності ($r = -0,563$, $p < 0,01$), і більш слабкий з показником резильєнтності ($r = -0,328$, $p < 0,05$), тобто певні особливості протікання хвороби можуть впливати на загальне функціонування респондентів з другою стадією глаукоми, чим знижують їх рівень оцінки свого стану здоров'я: в даному випадку респонденти найчастіше реагують на зовнішні стресори напругою, занепокоєнням, нервозністю, що призводить до поступової загальмованості процесу відновлення функціонального стану та емоційної стійкості після стресових, шоківих подій. Водночас виявлено прямий кореляційний взаємозв'язок між показником фізичної активності та показником ригідності і локусом контролю Я ($r = 0,338$ та $r = 0,361$, $p < 0,05$), тобто респонденти з другою стадією глаукоми компенсують внутрішній дискомфорт, покращують загальний стан фізичного здоров'я за допомогою поведінкової стереотипії та упертості, контролю власного життя, коли всі вдачі приписують собі, тоді як за невдачі можуть бути відповідальні інші, а все це формує асоціативне ставлення до хвороби.

Необхідно зазначити, що у групі 2СГ між показником психічного здоров'я та впливу зорових порушень на якість життя, а також рівнем стресу існує зворотній кореляційній взаємозв'язок ($r=-0,442$ та $r=-0,426$, $p< 0,05$). Водночас, останні дві шкали також корелюють між собою ($r=0,960$, $p< 0,01$) - взаємозв'язок сильний та прямий. Отже, респонденти з другою стадією глаукоми вважають, що існуючі симптоми, які проявляються на даній стадії, впливають на виконання певних дій, а відповідні погіршення у фізичному стані можуть призвести до зниження соціальної активності і сформувати відчуття психічного неблагополуччя, тим самим знижуючи рівень оцінки власного психічного здоров'я респондентами. Тоді у відповідь на сильний стресовий фактор (їх захворювання), який не вдалося компенсувати проявляється виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму.

Зазначимо, що у групі 2СГ існує прямий кореляційний взаємозв'язок між показником психічного здоров'я та такими шкалами методики СЖО, як: "Результат" та "Локус-Я" ($r=0,368$ та $r=0,331$, $p< 0,05$), тобто респонденти з другою стадією глаукоми починають більше вірити в те, що вони сильні особистості, які спроможні обирати і щось вирішувати, можуть подолати будь-які перепони у житті у разі орієнтації на вагомні минулі результати, що принесли задоволення та відчуття власної продуктивності. У даному випадку респонденти з другою стадією глаукоми оцінюють власне психічне здоров'я на високому рівні, вважаючи, що їх хвороба не обмежує їх соціальні контакти та можливість займатися різними справами.

Підкреслимо, що у групі 2СГ в середині методики СЖО загалом виявлені значні кореляційні зв'язки. Так, шкала "Ціль" має сильний прямий кореляційній взаємозв'язок зі шкалами "Процес", "Результат", "Локус-Я" та "Локус-Життя" на рівні $p<0,01$, тобто рівень цілеспрямованості респондентів з другою стадією глаукоми може зростати за рахунок пошуку того, що придасть емоційної насиченості, цікавості та наповнить їх життя сенсом, тому все більше починають розуміти які ресурси та терміни необхідні для досягнення результатів у теперішньому та особливо у майбутньому, починають повертати

собі свідомий контроль над життям, намагаються переконати себе в тому, що лише вони спроможні приймати рішення та відповідати за їх виконання. Також шкала "Процес" має сильний прямий кореляційний взаємозв'язок зі шкалами "Результат", "Локус-Я" та "Локус-Життя" на рівні $p < 0,01$. При цьому, шкала "Результат" корелює зі шкалами "Локус-Я" та "Локус-Життя" на рівні $p < 0,01$ -взаємозв'язок прямий, а шкала "Локус-Я" також має прямий кореляційний взаємозв'язок зі шкалою "Локус-Життя" на рівні $p < 0,01$. Отже, можна зробити висновок, що всі компоненти сенсоорієнтованості пов'язані між собою та грають важливу роль у життєдіяльності респондентів з другою стадією глаукоми.

Як показано в додатку Г, у групі 2СГ існує прямий кореляційний взаємозв'язок між показником впливу зорових порушень на якість життя та рівнем депресії ($r=0,384$, $p < 0,05$), а остання шкала корелює з рівнем стресу ($r=0,339$, $p < 0,05$) - взаємозв'язок слабкий та прямий. Отже, у зв'язку з впливом хвороби на життя респондентів досить тривалий час, тобто при високому рівні впливу зорових порушень на якість життя, підвищується рівень стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. При цьому, на основі напруження емоційних і фізіологічних систем організму із-за стресу можна засвідчити тенденцію до підвищення рівня депресії та те, що психічна сфера перебуває під контролем афективних елементів розладу.

Дані додатку Г, демонструють існування зворотнього кореляційного взаємозв'язку між рівнем реактивної тривожності та резильєнтності ($r=-0,350$, $p < 0,05$), тоді як остання шкала має зворотній кореляційний взаємозв'язок зі шкалою "Підтримка" ($r=-0,414$, $p < 0,05$). Отже, респонденти з другою стадією глаукоми чутливі особистості, ось чому певні стимули будуть розрізнятися як небезпечні для самооцінки і самоповаги, що може не відповідати реальній загрозі. Враховуючи дані особливості наявності глаукоми призвела до повного нівелювання здатності вистояти у несприятливій ситуації, мобілізуватися, тоді як підтримка родини є кінцевою при зустрічі з проблемами, викликаними хворобою і не тільки.

Отримані данні у додатку Г свідчать, що між рівнем агресивності та ригідності і настроєм існує зворотній кореляційний взаємозв'язок ($r=-0,379$ та $r=-0,396$, $p < 0,05$ відповідно), тобто респонденти з другою стадією глаукоми при адаптації до життя з хворобою поступово починають контролювати власну агресивну активність та імпульсивні прояви, тому демонструють більш ригідний контроль, що проявляється у незалежності функціонування пізнавальних процесів і допомагає стабілізувати рівень власного емоційного стану, покращити настрій. При цьому, шкала "Агресивність" корелює зі шкалою "Процес" ($r=-0,363$, $p < 0,05$) - взаємозв'язок слабкий та зворотній, тобто оскільки респонденти з другою стадією глаукоми знаходяться у пошуку того, що придасть емоційної насиченості, цікавості та наповнить їх життя сенсом, все більше починають цінити життя, яке в них було у минулому, саме тому все більше починають контролювати власні агресивні імпульси із-за яких виникають певні труднощі у спілкуванні з людьми або при досягненні бажаного у теперішньому.

Нарешті, у групі 2СГ виявлено існування зворотнього кореляційного взаємозв'язку між шкалою "Часова перспектива" та рівнем фрустрації ($r = -0,330$, $p < 0,05$), тобто оскільки при загальній фрустрованості (як фону із-за хвороби) відсутня сфокусована тимчасова перспектива, тому рівень фрустраційних реакцій знижується за рахунок уникнення труднощів та невдач, відкидання певних моментів, витиснення переживань, наприклад відчуття суму або відчаю.

Таким чином, аналіз кореляційних матриць демонструє існування відмінностей в структурі зв'язків між компонентами психофізіологічного та психосоціального стану респондентів у трьох групах. Наводяться результати відповідних розрахунків, які свідчать на підтримку гіпотези про статистичну значущість відмінностей між кореляційними матрицями трьох груп.

Факторний аналіз. Кореляційний аналіз показників у трьох групах показав, що існує досить сильна внутрішня структура взаємозв'язків показників як усередині методик, так і між ними. Маючи на меті докладніше вивчити цю

структуру та її відмінності у трьох групах, ми скористалися методом факторного аналізу, який зменшує вимірність простору показників і виявляє приховані чинники. Саме вони виявляють основні компоненти психофізіологічного та психосоціального стану респондентів у трьох групах. Результати факторного аналізу у групі Норма містяться у таблиці 3.37.

Таблиця 3.37

Результати факторного аналізу у групі Норма

| Фактор | Виділення факторів | | |
|----------|--------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | Власне число | % поясненої дисперсії | Кумулятивний % поясненої дисперсії |
| Норма-Ф1 | 2,808 | 14,04% | 14,04% |
| Норма-Ф2 | 2,439 | 12,19% | 26,23% |
| Норма-Ф3 | 1,389 | 6,95% | 33,18% |
| Норма-Ф4 | 1,329 | 6,65% | 39,82% |

Критерієм зупинки методу є поява власного числа, меншого за одиницю. Отже, факторний аналіз дозволив виділити з 20 вихідних показників 4 чинники, які разом пояснюють 39,82% усієї мінливості емпіричних даних у групі Норма. Структура виділених прихованих чинників визначається матрицею факторних навантажень, яка наведена у таблиці 3.34.

Таблиця 3.38

Матриця факторних навантажень у групі Норма

| | Фактори | | | |
|-------------------------|---------|--------|--------|--------|
| | Ф1 | Ф2 | Ф3 | Ф4 |
| Фізична активність | 0,711 | 0,445 | | |
| Психічне здоров'я | 0,357 | 0,387 | | 0,595 |
| Стрес | -0,665 | -0,443 | | |
| Рівень депресії | | | -0,425 | |
| Особистісна тривожність | | -0,453 | -0,348 | |
| Реактивна тривожність | | | | -0,463 |
| Ригідність | | | | -0,600 |

| | | | | |
|--------------------|--------|--------|--------|-------|
| Часова перспектива | 0,519 | | 0,411 | 0,377 |
| Резильєнтність | | | 0,512 | 0,359 |
| Підтримка | | -0,437 | 0,595 | |
| Ціль | | | | 0,525 |
| Процес | | | -0,464 | |
| Результат | 0,371 | -0,657 | | |
| Локус-Я | | 0,603 | | |
| Локус-Життя | | 0,709 | | |
| Фрустрація | -0,361 | -0,642 | | |
| Агресивність | -0,688 | | | |
| Настрій | 0,751 | | | |

Так, перший і найвагоміший чинник (14,04% дисперсії емпіричних даних) поєднує в собі показники методики SF-36: фізичну активність та психічне здоров'я (факторне навантаження 0,711 та 0,357 відповідно) де показник фізичної активності є вагомішим; показники рівня стресу, рівня агресивності (з від'ємним коефіцієнтом навантаження -0,688 та -0,665 відповідно) та настрою (вага 0,751) де найвагоміший показник настрою; шкали "Часова перспектива та "Результат" (з факторним навантаженням 0,519 та 0,371 відповідно), а також показник рівня фрустрації (від'ємний коефіцієнт -0,361). Зважаючи на зміст окремих показників, можна інтерпретувати чинник Норма-Ф1. Психофізична не агресивна активність як ресурс подолання стресу.

Чинник Норма- Ф2 поєднує в собі три шкали методики СЖО: "Локус-Я" та "Локус-Життя" з додатним коефіцієнтом (0,603 та 0,709 відповідно), де факторне навантаження найвагоміше у шкали "Локус-Життя", та "Результат" з від'ємним коефіцієнтом -0,657; показники методики SF-36: фізична активність та психічне здоров'я (навантаження 0,445 та 0,387 відповідно); показники рівня стресу, особистісної тривожності та фрустрації (факторне навантаження -0,443; -0,453 та -0,642 відповідно), де значно вагомішим є показник рівня фрустрації. Крім цього, до нього входить шкала "Підтримка" з факторним навантаженням -0,437. Отже, прояв другого чинника (а він пояснює 12,19% дисперсії) пов'язаний з переконанням респондентів в тому, що людині дано контролювати

своє життя, тому вони беруть відповідальність за кожне прийняте рішення та за втілення його у життя, але у разі відчуття непродуктивності та незадоволеності результатом, виникає фрустрація. На нашу думку, це дає можливість назвати другий чинник Норма - Ф2 Контроль життя без фрустрації.

Третій чинник складається із підтримки з вагомим від'ємним коефіцієнтом $-0,595$, рівня резильєнтності (факторне навантаження $0,512$), орієнтованості на процес та рівня депресії з від'ємним коефіцієнтом (навантаження $-0,464$ та $-0,425$ відповідно) і поєднує в собі шкали "Часова перспектива" та "Особистісна тривожність" (вага $0,411$ та $-0,348$ відповідно). Отже, третій чинник характеризує досліджуваних групи Норма (а він пояснює $6,95\%$ дисперсії), як особистостей з добре розвинутою здатністю долати різні труднощі, які в змозі впоратись з власним психологічним та фізіологічним станом під час дії стресорів, що також можливо завдяки підтримці з боку родини. На нашу думку, це дає можливість назвати даний чинник Родинна підтримка, як компонент ресурсу резильєнтності.

Чинник Норма-Ф4 головним чином визначається рівнем ригідності (із вагомим навантаженням $-0,600$ - коефіцієнт від'ємний), психічним здоров'ям з вагомим додатним коефіцієнтом $0,595$; шкалами "Ціль", "Часова перспектива" та рівнем резильєнтності (вага $0,525$; $0,377$ та $0,359$ відповідно), а також шкалою "Реактивна тривожність" з від'ємним коефіцієнтом навантаження $-0,463$. Отже, можна сказати, що четвертий чинник, який складає $6,65\%$ дисперсії, визначається тим, що при необхідності прийняття нових обставин респонденти здатні змінювати власне відношення, звички, принципи та мотиви, вони демонструють високий рівень психічного благополуччя, саме тому їх плани мають реальну опору в сьогоденні і підкріплюються особистою відповідальністю за їх реалізацію. Зважаючи вище зазначене, можна інтерпретувати чинник, як Ф4 - Цілеспрямованість та гнучкість як ресурс психічного здоров'я.

Таким чином, у групі Норма встановлено 4 основні фактори ресурсної сфери, що пояснюють $39,82\%$ які отримали наступні назви: 1.

Психофізична не агресивна активність як ресурс подолання стресу, 2. Контроль життя без фрустрації, 3. Родинна підтримка, як компонент ресурсу резильєнтності, 4. Цілеспрямованість та гнучкість як ресурс психічного здоров'я.

Результати факторного аналізу в групі 1СГ містяться в таблиці 3.39.

Таблиця 3.39

Результати факторного аналізу у групі 1СГ

| Фактор | Виділення факторів | | |
|--------|--------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | Власне число | % поясненої дисперсії | Кумулятивний % поясненої дисперсії |
| 1СГ-Ф1 | 2,188 | 14,69% | 14,69% |
| 1СГ-Ф2 | 2,937 | 10,94% | 25,63% |
| 1СГ-Ф3 | 1,085 | 5,42% | 31,05% |

Як свідчить аналіз отриманих даних, факторний аналіз дозволив виділити 3 основні фактори, які разом пояснюють 31,05% усієї мінливості емпіричних даних в групі 1СГ, що демонструють особливості їх ресурсної сфери. У порівнянні з групою Норма, спостерігається значно менша диспропорція у пояснювальній силі та, як можна бачити із таблиці 3.40, більш щільне поєднання показників різних методик.

Таблиця 3.40

Результати факторного аналізу у групі 1СГ

| | Фактори | | |
|-------------------------|---------|--------|--------|
| | Ф1 | Ф2 | Ф3 |
| Фізична активність | 0,535 | | 0,364 |
| Психічне здоров'я | 0,310 | | |
| VF-14 | | -0,470 | |
| Стрес | -0,566 | | |
| Рівень депресії | | | |
| Особистісна тривожність | -0,366 | | -0,473 |
| Реактивна тривожність | | -0,362 | |
| Ригідність | | | 0,491 |

| | | | |
|--------------------|--------|--------|--------|
| Часова перспектива | -0,379 | | -0,475 |
| Резильєнтність | | | |
| Підтримка | | | |
| Ціль | 0,535 | | |
| Процес | 0,345 | | |
| Результат | | -0,593 | |
| Локус-Я | 0,369 | 0,758 | |
| Локус-Життя | | 0,616 | |
| Фрустрація | | -0,868 | |
| Агресивність | -0,424 | -0,346 | |
| Настрій | 0,329 | 0,350 | 0,571 |

Перший чинник, який пояснює 14,69% мінливості показників, визначається показниками фізичної активності (ваговий коефіцієнт 0,535) та рівнем стресу (з від'ємним коефіцієнтом 0,566), де найвагоміший показник рівня стресу; шкалою "Ціль" (вага 0,535) та рівнем агресивності (навантаження -0,424). Меншою мірою зміст першого чинника пояснюють - рівень психічного здоров'я з додатним коефіцієнтом 0,310; шкали "Особистісна тривожність" (вага -0,366), "Процес" (навантаження 0,345) та "Настрій" (факторне навантаження 0,329). Чинник 1СГ-Ф1 включає також шкалу "Часова перспектива" (від'ємна вага -0,379). Зважаючи на це, можна висловити припущення, що перший чинник зображує цілеспрямованість респондентів, що потребує певного рівня активності, яка спрямована на подолання стресу та негативних емоційних станів, що його супроводжують і назвати його 1. Фізична активність, цілеспрямованість та зниження агресивності, як ресурси подолання стресу.

Другий чинник пояснює 10,94% емпіричної інформації й поєднує здебільшого показники двох методик: три шкали методики СЖО - "Локус-Я" та "Локус-Життя" з додатним коефіцієнтом (0,758 та 0,616 відповідно), де факторне навантаження найвагоміше у шкали "Локус-Я", та "Результат" з від'ємним коефіцієнтом -0,593 та показники методики Г.Азейнка (рівні фрустрації та агресивності, навантаження -0,868 та -0,346 відповідно). При цьому, даний чинник включає також шкали "Настрій" та "Реактивна тривожність" (від'ємна вага 0,350 та -0,362 відповідно), і шкалу методики VF-14 з додатним коефіцієнтом 0,470. Оскільки основні показники мають додатну

вагу, можна стверджувати, що при дії даного фактору у респондентів буде підвищуватись здатність контролювати події власного життя, тому не дивлячись на хворобу контроль буде допомагати побудувати життя відповідно до своїх цілей і уявлень, що знизить рівень віри в те, що все у минулому і респонденти доживають своє життя, що призведе до зниження рівня фрустрації. Отже, другий чинник можна назвати - Контроль життя як ресурс зниження фрустрації.

Третій чинник складається передусім з показника настрою (Додатний ваговий коефіцієнт 0,571). Крім цього, даний чинник включає рівень ригідності (вага 0,491), показник часової перспективи на позитивне минуле з фаталістичним сьогоденням та рівень особистісної тривожності (із від'ємною вагою -0,475 та -0,473 відповідно). Значно менший вклад в зміст третього чинника має показник фізичної активності (навантаження 0,364). Зважаючи на значення факторних навантажень, чинник 1СГ-Ф3 зображає дію наступного механізму: негнучкий контроль і сильна автоматизація пізнавальних функцій, може допомогти респондентам при переході від вербальних функцій до сенсорно-перцептивних, впоратись зі станами тривоги, страху та стресу і підвищити настрій за рахунок уникнення усього того, що може засмутити, що свою чергу зробить сьогодення не таким фаталістичним та підвищить рівень фізичної активності респондентів. Ми вважаємо, що його можна назвати – пригнічений емоційний стан і ригідність. Він пояснює 5,42% інформації, що міститься в емпіричних даних.

Таким чином, у групі 1СГ встановлено 3 основні фактори, що пояснюють 31,05% які отримали наступні назви: 1. Фізична активність, цілеспрямованість та зниження агресивності, як ресурси подолання стресу, 2. Контроль життя як ресурс зниження фрустрації 3 Пригнічений емоційний стан і ригідність, як антіресурси оскільки негнучкість поведінки може привести до депресивного розладу, як стверджують J.Stange, L. Alloy, D.Fresco.

Результати факторного аналізу в групі 2СГ містяться в таблиці 3.41.

Таблиця 3.41

Результати факторного аналізу у групі 2СГ

| Фактор | Виділення факторів | | |
|--------|--------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | Власне число | % поясненої дисперсії | Кумулятивний % поясненої дисперсії |
| 2СГ-Ф1 | 4,384 | 21,92% | 21,92% |
| 2СГ-Ф2 | 2,276 | 11,38% | 33,30% |
| 2СГ-Ф3 | 1,790 | 8,95% | 42,25% |
| 2СГ-Ф4 | 1,438 | 7,19% | 49,44% |

Аналіз отриманих даних свідчить, що факторний аналіз дозволив виділити 4 чинники, які разом пояснюють 49,43% усієї мінливості емпіричних даних у групі 2СГ. Структура виділених прихованих чинників визначається матрицею факторних навантажень, яка наведена у таблиці 3.42.

Таблиця 3.42

Результати факторного аналізу у групі 2СГ

| | Фактори | | | |
|-------------------------|---------|--------|--------|--------|
| | Ф1 | Ф2 | Ф3 | Ф4 |
| Фізична активність | 0,354 | | 0,459 | 0,543 |
| Психічне здоров'я | 0,402 | 0,458 | | |
| VF-14 | | -0,910 | | |
| Стрес | | -0,928 | | |
| Рівень депресії | | -0,376 | | |
| Особистісна тривожність | | | | 0,405 |
| Реактивна тривожність | | | -0,612 | |
| Ригідність | | | | 0,400 |
| Часова перспектива | | | | -0,404 |
| Резильєнтність | | | 0,707 | |
| Підтримка | | | -0,518 | |
| Ціль | 0,868 | | | |
| Процес | 0,766 | | | |
| Результат | 0,861 | | | |
| Локус-Я | 0,903 | | | |
| Локус-Життя | 0,815 | | | |
| Фрустрація | | | | -0,687 |
| Агресивність | -0,375 | | | |
| Настрій | | | 0,453 | 0,321 |

Отже, перший і найвагоміший чинник (21,92% дисперсії емпіричних даних) поєднує в собі всі шкали методики СЖО з додатним коефіцієнтом: де найвагоміше факторне навантаження має шкала "Локус-Я" (вага 0,903), "Ціль", "Результат", "Локус-Життя" та "Процес" (факторне навантаження 0,868; 0,861; 0,815 та 0,766 відповідно); шкали методики SF-36 також з додатним коефіцієнтом: "Фізична активність" та "Психічне здоров'я" (навантаження 0,354 та 0,402 відповідно), а також шкалу "Агресивність" з від'ємним факторним навантаженням -0,375. Зважаючи на зміст вагомих показників, можна інтерпретувати чинник 2СГ-Ф1 як «Сенсожиттєві орієнтації».

Другий чинник 2СГ-Ф2 пояснює 11,38% емпіричної інформації і включає шкалу методики VF-14 та показник рівня стресу (з значним від'ємним коефіцієнтом -0,910 та -0,928 відповідно). Водночас, даний чинник поєднує в собі зі значно меншим навантаження показник рівня депресії (з від'ємним коефіцієнтом -0,376) та шкалу методики SF-36 "Психічне здоров'я" (вага 0,458). Отже, більшим значенням другого чинника відповідає менший вплив зорових порушень на діяльнісну активність респондентів, тому вони починають відчувати себе повними енергії та сил, їх емоційний стан не заважає виконувати повсякденні обов'язки та спілкуватися з оточенням, відкидається імовірність психогенного походження поганого настрою, пригніченості, зниження фізичної активності та інших симптомів афективного розладу. На нашу думку, це дає можливість назвати другий чинник 2СГ- Ф2 «Стрес і незадоволеність зоровими функціями».

Третій чинник здебільшого складається із показника рівня резильєнтності (з вагомим додатним коефіцієнтом 0,707) та рівня реактивної тривожності (з вагомим від'ємним коефіцієнтом -0,612), шкали "Підтримка" (навантаження -0,518). Крім цього, даний чинник включає шкали "Фізична активність" та "Настрій" (вага 0,459 та 0,453 відповідно). Отже, більшим значенням третього чинника (а він пояснює 8,95% дисперсії) відповідає більша здатність

відновлення функціонального стану та емоційної стійкості після стресових, шоківих подій, більша фізична підготовленість та працездатність, що значно підвищує настрій респондентів, тому вони не будуть настільки потребувати підтримки родини, яка надає відчуття безпеки. Вище зазначене, дає можливість назвати третій чинник «Резильєнтність».

Нарешті, чинник 2СГ-Ф4 головним чином визначається рівнем фрустрації (із вагомим навантаженням $-0,687$ - коефіцієнт від'ємний), рівнем фізичної активності з вагомим додатним коефіцієнтом $0,543$; рівнем особистісної тривожності та показником часової перспективи на позитивне минуле (вага $-0,405$ та $-0,404$ відповідно), а також рівнем ригідності з додатним коефіцієнтом $0,400$. Отже, можна стверджувати, що четвертий чинник, який складає $7,19\%$ дисперсії, характеризує «Фізична активність як ресурс зниження фрустрації» у досліджуваних групи 2СГ.

Так, у групі 2СГ встановлено 4 основні фактори, що пояснюють $49,44\%$ які отримали наступні назви: 1. Сенсожиттєві орієнтації, 2. Стрес і незадоволеність зоровими функціями, 3. Резильєнтність, 4. Фізична активність як ресурс зниження фрустрації.

Таким чином, встановлено особливості ресурсної сфери у трьох групах респондентів. В групі Норма встановлено ресурси, що допомагають адаптуватися у середовищі, це неагресивна активність, цілеспрямованість, усвідомленість керованості життя, соціальна підтримка, що збільшує резильєнтність та здатність змінюватися або перемикатися між станами, що існують до контекстуальних вимог. В групі з початковою стадією глаукоми ресурсна сфера представлена на двох полюсах: активності, цілеспрямованості, керованості життя, що зменшують фрустрацію і налаштовують на прийняття та пристосування до хвороби й антіресурси – погана гнучкість і афективна нестабільність, що змушують "застрягати" на почутті збентеження, мати труднощі з перемиканням уваги та когнітивному відключенні, що своєю чергою може бути фактором вразливості до депресії. В групі з третьою стадією глаукоми при усвідомленості відчуття незадоволеності роботою зорових

функцій поглиблюється стрес, але хворі шукають сенс життя - спираються на сенсожиттєві орієнтації, які, як відомо мають негативний зв'язок з депресією, намагаються бути стійкими і активними.

Висновки до третього розділу

1. Встановлено, що в групі Норма загальний психологічний стан здоров'я (методика SF-36) відображається у високому рівні життєвої активності, соціального та рольового функціонування. У респондентів з початковою стадією глаукоми продемонстровано обмеження фізичної активності, що впливає на виконання повсякденних обов'язків, роботи. За шкалою "Психічне здоров'я" представлено респонденти, які концентрують власну увагу на тривожних та депресивних станах, погіршеному настрої, що значно знижує вірогідність нормального спілкування та збільшує кількість затрат часу на певну роботу. Показано особливості прояву якості життя у групі з другою стадією глаукоми, їх фізична працездатність якби вище ніж у групи з початковою стадією глаукоми, вони оцінюють себе, як особистості, що повні енергії та сил, але занадто високий рівень фізичної працездатності, не відповідає дійсності у зв'язку з погіршенням фізичного стану, що свідчить про аозгностичне ставлення до хвороби, тобто викидання думок про тяжкість її протікання та реальний вплив на загальну фізичну активність респондентів. Респонденти з другою стадією глаукоми оцінюють власне психічне благополуччя на високому рівні, вважаючи, що їх хвороба не обмежує їх соціальні контакти та можливість займатися різними справами.

2. Виявлено статистичні розбіжності за допомогою непараметричного U-критерія Мана-Вітні між групами Норма та групою з початковою стадією глаукоми за шкалою фізичної активності на рівні $p < 0,000$; за шкалою "Психічне здоров'я" на рівні $p < 0,002$; між групами з початковою стадією глаукоми та групою з другою стадією глаукоми за шкалою "Психічне здоров'я" на рівні

$p < 0,000$, респонденти з другою стадією глаукоми краще оцінюють власний психологічний стан.

3. Встановлено особливості впливу роботи зорових функцій на якість життя респондентів (методика VF-14). Продемонстровано, що респонденти групи Норма мають можливість виконувати всі види діяльності, що зазначені в методиці. Респонденти з початковою стадією глаукоми мають завищений рівень обмежень, пов'язаний із виконанням діяльності з високим рівнем напруження. Респонденти з початковою стадією глаукоми повідомляють про потребу в більшій кількості світла і нечіткості зору, а у хворих з другою стадією глаукоми додаються ще скарги на зниження якості зображення, що впливає на виконання різних видів діяльності. Встановлено наявність статистично значущих відмінностей між трьома групами на $p < 0,05$, що обумовлене ставленням до впливу зорових порушень на якість життя.

4. Простежено особливості внутрішньої картини хвороби у різних групах респондентів за допомогою діагностики переживань, як комплексних явищ, в які включені різні рівні і структури і які об'єднують внутрішній досвід, пов'язаний з внутрішніми станами – депресивними, тривожними, стресовими, ригідними, фрустраційними, агресивними.

5. Визначено помірний рівень стресу у групі Норма, респонденти з початковою стадією глаукоми близькі до межі можливостей чинити опір стресу, респонденти з другою стадією глаукоми мають досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорний фактор, який не вдалося компенсувати. Встановлено статистичні розбіжності за U-критерієм Мана-Вітні між групами на рівні $p < 0,000$.

6. Проведена диференціальна діагностика депресивних станів та станів, близьких до депресії у трьох групах досліджуваних. Респонденти групи Норма мають позитивний емоційний фон, що супроводжується відчуттям психологічного благополуччя і загальною активністю поведінки, що кореспондує з результатами методик SF-36 і VF-14. У респондентів з

початковою стадією глаукоми є імовірність при заглибленні в хворобу переростання субдепресивних станів у реальну депресію з похмурим настроєм, моторною і психічною пригніченістю, самобичуванням і самозвинуваченням. Респонденти з другою стадією глаукоми діагностовано маскована депресія, при якій психічна сфера перебуває під контролем афективних елементів розладу, в них не виражені або відсутні тріади симптомів, які виступають обов'язковими діагностичними критеріями депресивних станів. Встановлено статистичні розбіжності між групами Норма і групою з початковою глаукомою, останні демонструють значення на високому рівні депресії ($p < 0,05$); між групою з початковою глаукомою та з другою стадією глаукоми на $p < 0,05$, причому респонденти з початковою стадією глаукоми знаходяться у гострій стадії депресії з більш тяжкою симптоматикою, яку неможливо замаскувати.

7. Рівень особистісної і реактивної тривожності у групі Норма на середньому рівні. Респонденти з початковою глаукомою мають високий рівень особистісної тривожності, але сприймають не всі ситуації, як загрозливі, саме тому відкинуто загрозу невротичного конфлікту та емоційного зриву. Водночас, переживання початкової стадії глаукоми може бути причиною межування реактивної тривожності між середнім та високим рівнем, тобто підвищується рівень переживань як реакція на різноманітні зовнішні події. Респонденти з другою стадією глаукоми мають середній рівень особистісної тривожності, реагують на зовнішні стресори напружено, занепокоєнням, нервозністю і тому є загроза порушення уваги, що у деяких випадках може призвести до невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами та з психосоматичними захворюваннями. Реактивна тривожність відповідає високому та середньому рівню тривожності. Статистичні розбіжності встановлено між групою Норма і групою з другою стадією глаукоми за особистісною та реактивною тривожністю на $p < 0,000$; між групами Норма і групою з початковою глаукомою за реактивною тривожністю ($p < 0,01$); між групою Норма і групою з другою стадією глаукоми за реактивною тривожністю ($p < 0,002$).

8. Встановлено середній рівень ригідності у групи Норма, при необхідності прийняття нових обставин респонденти здатні змінювати власне відношення, звички, принципи та мотиви. Респонденти групи з початковою стадією глаукоми мають помірний рівень ригідності, у зв'язку з підвищеною чутливістю із-за хвороби в стані поганого настрою, втоми, страху, стресу їм не притаманний гнучкий контроль і є вираженою автоматизація пізнавальних функцій. Досліджувані з другою стадією глаукоми мають більш ригідний контроль, а ніж група з початковою стадією глаукоми, вони демонструють схильність за допомогою поведінкової стереотипії та упертості компенсувати внутрішній дискомфорт. Всі групи статистично відрізняються за U-критерієм Мана-Вітні.

9. Показано, що у групи Норма представлений середній рівень фрустрації і агресивності. В загальній більшості респонденти групи Норма схильні до імпульсивних проявів поведінки, які спрямовані на об'єкт фрустрації, що став причиною конфлікту. Респонденти групи з початковою стадією глаукоми мають високий рівень фрустрації та агресивності, їх самооцінка значно знижена, тому вони уникають труднощів та бояться невдач, є не витриманими та мають труднощі у спілкуванні з людьми. Респонденти групи з другою стадією глаукоми мають високий рівень фрустрації і агресивності. Вважаємо, що в них сформувався загальний фрустраційний стан, але уникання, заперечення, маскування відчуття невдачі, невпевненості або безсилля призводить до зниження агресивних випадів, агресивної поведінки загалом, як фрустраційної реакції. Встановлено статистичні розбіжності між групами за шкалою фрустрації і агресивності.

10. Встановлено, що у респондентів групи Норма домінує підвищений емоційний фон, що виражається у вигляді позитивних емоцій які забарвлюють на певний час діяльність та формують активний життєвий тонус. Респонденти групи з початковою стадією глаукоми знаходяться у пригніченому, понуреному емоційному стані і мають складнощі з контролем настрою. Респонденти групи з другою стадією глаукоми уникають шкідливих для себе відчуттів,

намагаються різними засобами стабілізувати рівень власного емоційного стану, покращити настрій, тому орієнтовані на позитивні емоції і можуть блокувати, уникати негативних переживань. Встановлено статистичні розбіжності між групами.

11. Вивчено особливості ресурсної сфери респондентів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби.

12. Продемонстровано, що досліджувані групи Норма сфокусовані на майбутньому і мають опору у позитивному минулому. Респонденти групи з початковою стадією глаукоми позитивно реконструюють минуле, воно представляється у райдужному світлі порівняно з теперішнім. Респонденти групи з другою стадією глаукоми не мають провідної часової перспективи, вони переносять теперішнє з покірністю і смиренням, перебувають у владі примхливої долі, в спогадах позитивного минулого і безнадійного майбутнього, що опосередковано є симптомами депресії на когнітивному рівні, що кореспондує з встановленою маскованою депресією.

13. Виявлено, що респонденти групи Норма мають помірний рівень оптимізму і високий рівень резильєнтності, вони здатні зберігати у несприятливих ситуаціях стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування, виходити з таких ситуацій без стійких порушень, успішно адаптуючись до несприятливих змін, спираються на психосоціальну підтримку та наявність грошей. Респонденти групи з початковою стадією глаукоми мають високий рівень песимізму і резильєнтності з тенденцією до зниження, при загостренні симптомів все більше знижується здатність долати конструктивним шляхом стресори та важкі періоди життя, адаптуватися до змін і зберігати стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування, вони розраховують на залучення у процес лікування близького родича, намагаються розділити усі тяготи хвороби з цією людиною. Респонденти групи з другою стадією глаукоми характеризуються повним нівелюванням здатності вистояти у несприятливій ситуації, що знижує необхідність мобілізуватися та докладати зусиль. Ресурсом виступають тільки знаходження у родині. Встановлено

розбіжності за резильєнтністю, соціальною підтримкою та оптимізмом майже у всіх груп, виключенням є відсутність статистичних розбіжностей за школою оптимізму у групах Норма і групи з початковою стадією глаукоми.

14. Ресурс цілепокладання у респондентів представлений на середньому рівні. Вони мають помірно високий рівень локусу контролю-Я і локусу контролю - життя, мають достатньо свободи вибору, щоб побудувати своє життя відповідно до своїх цілей і завдань, і уявлень, але розуміють, що є події у житті, які не можливо контролювати. Респонденти групи з початковою стадією глаукоми мають середній рівень спрямованості на досягнення цілей, плани все більше не мають реальної опори, повноцінний сенс надають спогади про минуле в ньому вони були більш продуктивними, процес життя стає все менш цікавим, емоційно насиченим та наповненим змістом, мають середній рівень локусу контролю-Я та середній рівень локусу контролю - життя. Респонденти групи з другою стадією глаукоми задоволені результатами власної самореалізації у минулому, мають низький рівень спрямованості на досягнення цілей, ресурс цілепокладання майже не представлений, вони незадоволені своїм життям у теперішньому, оскільки воно їм здається пустим, неповноцінним та не цікавим, спогади про минуле надають повноцінного сенсу, мають середній рівень локусу контролю-Я і локусу контролю - життя, маскують фаталізм. Виявлені статистичні розбіжності між групами за шкалами Цілі, Процес, Результат, Локус - Я, Локус – Життя.

15. Аналіз кореляційних матриць в трьох групах продемонстрував існування досить сильної внутрішньої структури взаємозв'язків між змінними. Проведено факторний аналіз, який зменшив вимірність простору показників і виявив приховані чинники. В групі Норма в моделі ресурсної сфери встановлено 4 чинники: Психофізична не агресивна активність як ресурс подолання стресу, Контроль життя без фрустрації, Родинна підтримка, як компонент ресурсу резильєнтності, Цілеспрямованість та гнучкість як ресурс психічного здоров'я. В групі з початковою стадією глаукоми встановлено в моделі ресурсної сфери три чинники: Фізична активність, цілеспрямованість та

зниження агресивності, як ресурси подолання стресу, Контроль життя як ресурс зниження фрустрації. Зазначено, що пригнічений емоційний стан і ригідність виступають антіресурсами оскільки можуть привести до депресивного розладу. В групі з другою стадією глаукоми встановлено 4 чинники в моделі ресурсної сфери: 1. Сенсожиттєві орієнтації, 2. Стрес і незадоволеність зоровими функціями, 3. Резильєнтність, 4. Фізична активність як ресурс зниження фрустрації. В цієї моделі ресурсної сфери представлено незадоволеність фізіологічним рівнем можливостей людини, що викликає стрес і незадоволеність якістю життя.

ВИСНОВКИ

1. Проведено теоретичний аналіз класифікації ресурсів людини та з'ясовано вплив психологічних ресурсів на ставлення та подолання хвороб. Наведено визначення і різноманітні класифікації ресурсів. Зазначено, що ресурси представляють собою засоби та можливості, які допомагають індивіду адаптуватися та справлятися з викликами та стресовими ситуаціями в житті. Вони включають фізичні, психологічні, соціальні та матеріальні елементи, що сприяють збереженню та покращенню якості життя і досягненню поставлених цілей.

2. Вивчено взаємозв'язок питань формування внутрішньої картини хвороби та якості життя. Зазначено, що хвороба розглядається людиною як складна ситуація, що порушує всі аспекти життя. Емоційне потрясіння може призвести до розладів настрою, таких як тривога і депресія. Така об'єктивно несприятлива для людини ситуація, заломлюючись суб'єктивно, призводить до негативних емоційних і поведінкових змін. У хворих виникають підвищені вимоги до адаптаційних ресурсів особистості, стратегій подолання цих потрясінь для реорганізації свого життя. Внутрішня картина хвороби є комплексом переживань хворого, що включає загальне самопочуття, відчуття, сприйняття, емоції й уявлення про хворобу (О.Р. Лурія). Продемонстровано, що поняття якості життя розглядається як синонім суб'єктивного благополуччя, що містить як афективні, так і когнітивні компоненти. Якість життя це функція різниці між бажаною і фактичною ситуацією, тобто це суб'єктивне задоволення, яке відчуває людина і яке вона проектує на всі аспекти свого життя (фізичний, психологічний, соціальний і духовний). Підхід до якості життя в охороні здоров'я пов'язаний з біопсихосоціальною моделлю, а її інструменти є важливими для адаптації хворого.

3. Досліджено і порівняно ресурсну сферу осіб на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби. Продемонстровано, що існують розбіжності в часовій перспективі, оптимізмі, резильєнтності, цілепокладанні,

сенсожиттєвих орієнтаціях між групами умовно здорових респондентів та респондентів з початковою та другою стадією глаукоми.

4. З'ясовано моделі ресурсної сфери здорових осіб і осіб з первинною відкритокутовою глаукомою I-II стадії без тяжкої некомпенсованої супутньої патології. В групі умовно здорових встановлено ресурси, що допомагають адаптуватися у середовищі, це неагресивна активність, цілеспрямованість, усвідомленість керованості життя, соціальна підтримка, що збільшує резильєнтність та здатність змінюватися або перемикатися між станами, що існують до контекстуальних вимог. В групі з початковою стадією глаукоми ресурсна сфера представлена на двох полюсах: активності, цілеспрямованості, керованості життя, що зменшують фрустрацію і налаштовують на прийняття та пристосування до хвороби й антиресурси – погана гнучкість і афективна нестабільність, що змушують "застрягати" на почутті збентеження, мати труднощі з перемиканням уваги та когнітивному відключенні, що своєю чергою може бути фактором вразливості до депресії. В групі з другою стадією глаукоми при усвідомленості відчуття незадоволеності роботою зорових функцій (фізіологічний ресурс) поглиблюється стрес, але хворі на психологічному рівні шукають сенс життя - спираються на сенсожиттєві орієнтації, намагаються бути стійкими і активними і маскують симптоми депресії.

Проведене дослідження не охоплює всього кола проблем щодо особливостей ресурсної сфери на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби. Перспективним є вивчення особливостей ресурсної сфери у осіб, що є хворими на офтальмологічні онкологічні захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амінева Я.Р. Емоційна стійкість особистості як одна з детермінант ефективного подолання складних життєвих ситуацій// Вісник ДНУ. Серія: Педагогіка і психологія, 2012, вип. 18, т. 20, № 9. Електроний ресурс: <file:///C:/Users/Home/Downloads/22-41-1-PB.pdf>
2. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика.— Дніпропетровськ: РВВ ДНУ, 2006.— 336 с ,
3. Аршава І. Ф. Саногенетична парадигма у дослідженні особистості / І. Ф. Аршава, О. Г. Рєпіна // Медицинская психология. – 2010. – № 2. – С. 16–21
4. Балл Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности // Вопросы психологии. - 1989. - № 1. - С. 119-122.
5. Бурлачук Л.Ф. Коржова Е.Ю. Введение в психологию жизненных ситуаций. М., 1998.
6. Ваништендаль С. «Резильентность» или оправданные надежды. Раненный, но не побежденный. Женева: Бисе, 1998. 80 с.
7. Ващенко, І. В., & Іваненко, Б. Б. (2018). Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. Проблеми сучасної психології, 40, 33-49.
8. Ващенко І., Ананова І. Особистість і життєві ситуації у концептуальному просторі психологічної науки Режим доступу: <http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/185695/185277>
9. Вікова і педагогічна психологія: Практикум / Черкаський держ. технологічний ун-т / Н. Старовойтенко (уклад.). – Черкаси, ЧДТУ, 2003. – 51с.
10. Гречкосій М.С.(Ружицька М.С.) Зв'язок часової перспективи і цілепокладання у осіб різного віку / М.С.Ружицька // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – К. Фенікс, 2014. – Т.11. – Вип.10. – С. 268–280
11. Євдокимова Н.О., Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Особистість

у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 229 с.

12. Засекіна Л.В. Глова І.В. (2022) Розвиток громадської резильєнтності як співпраця між університетом и містом у воєнний час. Університет і місто: стратегії та практики взаємодії: колективна монографія за ред.Д. Шевчук, Л. Засекіна, О. Лагоднюк С. 166-188.

13. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Спирит Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська. – Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М.; К., 2017. – 208 с.

14. Іваницький А. В. Психологічний ресурс як інтегральна характеристика особистості. Сучасні проблеми науки та освіти. 2015. № 2–3. С. 26–29.

15. Казібекова, В. Ф. (2019) Психологічні ресурси особистості в кризових ситуаціях. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди, 3.

16. Карпинская О. Н. Механизмы формирования акмеологических ресурсов представителей пожилого возраста / О. Н. Карпинская // Проблемы сучасної психології. - 2016. - Вип. 33. - С. 232-244. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2016_33_22

17. Кіреєва З. О. Осягнення часу як ресурсу / З. О. Кіреєва // Соціальна психологія. - №4 (54). – 2012. – С. 3-9.

18. Кіреєва З.О., Односталко О.С., Б.В.Бірон Психометричний аналіз адаптованої версії Шкали резильєнтності(cd-risc-10) *Габітус*, 2020 - №13. С.

19. Кіреєва З.О. Предиктори резильєнтності та оптимізму у осіб різного віку під час проживання пандемії sars-cov-2. *Вісник ХДУ Серія Психологічні науки* - №.1 - том 1. - 2022. - С.5-11
<https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/475>

20. Кобець, О., & Кузьменко, Ю. (2022). Особисті ресурси як чинники підтримання психологічного благополуччя в умовах екзистенційних загроз. *Вісник Національного університету оборони України*, 66(2), 43–49.
<https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-66-2-43-49>

21. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини:

психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія. К.: Міленіум, 2004. 265 с.

22. Кононенко О.І., Кононенко А.О., Базиленко К.П., Прокоф'єва О. О., Медянова О.В. Соціальна акомодация та життєстійкість як ресурси виживання в умовах війни Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»): журнал. 2023. №11(29) 2023. С.511-515. (фахове видання категорії "Б")

23. Кочарян А.С. Психология переживаний / А.С. Кочарян, А.М. Лисеня. – Х.: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2011. —240 с.

24. Кресан О. Д. Психологічні особливості переживання та усвідомлення особистістю життєвих подій Режим доступу: http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/disertaciya_kresan_1497813937.pdf

25. Кривоконь Н.І. Соціально-психологічна підтримка як чинник подолання скрутних життєвих ситуацій. Режим доступу: <file:///C:/Users/home/Downloads/158333-345805-1-SM.pdf>

26. Кривов'яз О.В., Кривов'яз С.О. Оцінка якості життя пацієнтів із первинною відкритокутовою глаукомою та шляхи раціональної фармакотерапії при цій патології. Раціональна фармакотерапія. 2016. No 2(39). С. 32-40.

27. Кузнецов М.А. Психологічні механізми та детермінанти підтримки здоров'я людини / М.А. Кузнецов, Л.М. Зотова // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. - 2016. - Вип. 53. - С. 102-125. - Режим доступу: <file:///C:/Users/home/Downloads/777-1530-1-SM.pdf>

28. Кузнецов, О., Платковська, О., & Савченко, І. (2020). Психологічні ресурси особистісного саморозвитку особистості. Вісник ХНПУ імені ГС Сковороди" Психологія", (62), 214-228.

29. Курова А. В. Технології збереження емоційної стійкості в структурі психологічного здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2022. No2. Том 33 (72). С. 87-91.

30. Лаад М. (Lahad, M., Leykin, D. The Integrative Model of Resiliency –The «BASIC Ph» Model, or What Do We Know about Survival? The «BASIC Ph») Model of Coping and Resiliency Theory, Research and Cross-Cultural. London, UK and Philadelphia, USA: Jessica Kingsley, 11-32 ,2013.
31. Лапіна М. Д. Психологічні ресурси особистості в професійній діяльності соціального працівника. Теорія і практика сучасної психології. 2019. № 1, т. 1. С. 62–66.
32. Лазос Г.П., Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v3/i14/4.pdf>
33. Литвиненко О.Д. Теоретичні предиктори створення моделі адаптаційного потенціалу особистості / О.Д. Литвиненко // Науковий вісник Херсонського державного університету. – Серія : Психологічні науки. – Херсон : Гельветика, 2017. – Т.1, Вип. 5. – С. 83-88.
34. Литвиненко О.Д. Адаптаційний потенціал як система адаптивностей особистості/О.Д. Литвиненко //Науковий вісник Херсонського державного університету. – Серія :Психологічні науки. – Херсон : Гельветика, 2018. – Т.1, Вип. 2.– С. 74- 81
35. Максименко С.Д. Психологія особистості : підручник. / С.Д. Максименко К.С.Максименко, М.В. Папуча. - К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296 с.
36. . Макаренко О.В, Кривов'яз, О.В, Кривов'яз С.О. Оцінка якості життя пацієнтів із первинною відкритокутовою глаукомою та шляхи раціональної фармакотерапії при цій патології.Режим доступу: https://health-ua.com/journals/j_rft/23744-zhurnal-ratconalna-farmakoterapyu--2-39--2016
37. Медянова О. В., Дворніченко Л.Л., Любіної Л.А., Шкраб'юк В. С., Кононенко О.І. на тему: Психологічна резильєнтність особистості в умовах війни. «Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»: журнал. 2023. № 10(28) (2023) (фахове видання)
38. Михайленко Л., Івашко К. Проблема суб'єктивного благополуччя особистості в позитивній психології. Щастя та сучасне суспільство: матеріали І

міжнародної наукової конференції (20–21 березня 2020 р.). Львів: СПОЛОМ, 2020. С. 172–177.

39. Особистісні ресурси людини на різних етапах життя : колективна монографія / заг. ред. З. О. Кіреєва – Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. – 256 с.

40. Основи медичної психології [Текст]: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. – 255 [3] с.

41. Поліщук С. А. Методичний довідник з психодіагностики: навчально-методичний посібник/ С. А. Поліщук. – Суми: Університетська книга, 2009. – 442 с.

42. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посібник / Уклад. І. В. Федік. — К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. — 126 с. — Бібліогр.: с. 123–125.

43. Рязанцева О. Ю., Бринза І. В. До проблеми діагностики екзистенціальних ресурсів особистості // Актуальні проблеми психології. Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка [за ред. С.Д. Максименка]. - Житомир: "Видво ЖДУ ім. І. Франка, 2010.- Т. 7. - Вип. 23. - С. 201-209.

44. Родіна Н.В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копінг-режиму Режим доступу: <C:/Users/home/Downloads/162271-354419-1-SM.PDF>

45. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання : монографія/ Н. В. Родіна. – Одеса : видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2011. – 364 с

46. Сагань І.А. Соціально-психологічні особливості відповідальності в умовах складних життєвих ситуацій : дис.... канд.. психол. наук : 19.00.05. К., 2010. 258 с.

47. Сафін О., Кузьменко Ю. Особливі умови життєдіяльності та адаптаційний потенціал особистості: психологічний аспект Режим доступу: file:///C:/Users/home/Downloads/znpnapv_pn_2016_1_18.pdf

48. Сердюк Л. З., Купрєєва О. І. Особистісний ресурс життєстійкості студентів із соматичними захворюваннями. Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2015. Том ІХ. Вип. 7. С. 311-317
49. Терлецька Л. Основи психодіагностики /Л. Терлецька. – К.: “ГЛАВНИК”, 2006. – 144 с.
50. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека / Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіна. – К. : Марич, 2009. –76 с. (Серія «Бібліотечка соціального працівника»).
51. Фламмер Й. Глаукома (пер. з англ.). Львів: Медицина світу, 2008 гл. 464 с
52. Хамініч О.М. Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або Резильєнтність / О.М. Хамініч // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія “Психологічні науки”. – Вип. 6, Т. 2, 2016. – С. 160- 165
53. Чабан О.С. Якість життя пацієнта з позиції медичної психології Режим доступу:<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.health-medix.com/articles/misteztvo/2008-06-15/40-43.pdf>
54. Штепа О.С. Особливості взаємозв'язку психологічної та персональної ресурсності особистості. Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць. Кам'янець- Подільськ : Аксіома, 2013. С. 782–791.
55. Штепа О.С. Психологічні ресурси як унікальні якості майбутніх психологів / О.С. Штепа // Гуманітарний вісник. – К. : Гнозис, 2012. – Додаток 1 до вип. 27. – Том V (38) : Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». – 2012. – С. 536–542.
56. Штепа О.С. Особливості зв'язку психологічної та персональної ресурсності особистості / О. Штепа // Проблеми сучасної психології : збірник наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН. – Вип. 21. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2013. – С. 782–791.

57. Штепа О.С. Аналіз та інтерпретація емпіричної багатофакторної моделі психологічної ресурсності особистості / О.С. Штепа // Проблеми сучасної психології : збірник наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН. – Вип. 28. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. – С. 670–682.
58. Adler N.E, Boyce T., Chesney M.A., Cohen S., Folkman S., Kahn R.L., et al. Socioeconomic status and health. *American Psychologist*. 1994;49(1):15–24.
59. Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health*. 2019 Apr 1;40:127–146. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044008. Epub 2019 Jan 2. PMID: 30601717; PMCID: PMC6684026.
60. Andresen, R., Oades, L., Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.
61. Berkanovic, E. (1972) Lay conceptions of the sick role, *Social Forces*, 51, 53–64.
62. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 2005 Mar 26;330(7493):702. doi: 10.1136/bmj.38343.670868.D3. Epub 2005 Feb 4. PMID: 15695497; PMCID: PMC555631.
63. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol* (2011) 7:511–35.
64. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147.
65. Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
66. Beck A. The past and the future of cognitive therapy / A.Beck // *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. – 1997. – Vol. 6. –P. 276–284.
67. Bartone P.T., J. Eid, S.W. Hystad Training Hardiness for Stress Resilience//*Military Psychology: Concepts, Trends and Interventions*, Edition: 1,

Chapter: 11, Publisher: Sage, Editors: N. Maheshwari & V. Kumar, pp.231-248

68. Carver CS. Resilience and thriving: issues, models, and linkages. *J Soc Issues* (1998) 54(2):245–66. doi: 10.1111/j.1540-4560.1998.tb01217.x
69. Carver C.S., Scheier M.F. Optimism // *Handbook of Positive Psychology* / ed. by C.R. Snyder, S.J. Lopez. Oxford University Press, 2002. P. 221-244.
70. Cella, D. F. (1994). Quality of Life: concepts and definition. *J. Pain and Symptom Manag*, 9(3), 186-192. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90129-5](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90129-5)
71. Csikszentmihalyi M. *Good Business: Leadership, Flow and the Making of Meaning*. N.Y.: Penguin, 2003. 450 p.
72. Connor K.M., Davidson J. R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale. // *Depression and Anxiety*. 2003. - # 18. – p.76
73. Cohen M, Baziliansky S, Beny A. The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: an exploratory cross-sectional study. *J Geriatr Oncol* (2014) 5(1):33–9. doi: 10.1016/j.jgo.2013.07.009
74. Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1940–1944
75. Cohen, S., & Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigations of psychological stress* (pp. 235–283).
76. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Lee SJ. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2015 Jan 1;170:172-7. doi: 10.1016/j.jad.2014.08.056. Epub 2014 Sep 6. PMID: 25243746.
77. Davidson JR, Payne VM, Connor KM, Foa EB, Rothbaum BO, Hertzberg MA, et al. Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol* (2005) 20(1):43–8. doi: 10.1097/00004850-200501000-00009
78. Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926–935

79. Deshields, T., Heiland, M., Kracen, A., Dua, P. (2015). Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psychooncology*, 25 (1): 11-18. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3800>.
80. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiak D, Kosieradzki M. The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006;16:196–202.
81. Duan-Porter W, Cohen HJ, Demark-Wahnefried W, Sloane R, Pendergast JF, Snyder DC, et al. Physical resilience of older cancer survivors: an emerging concept. *J Geriatr Oncol* (2016) 7(6):471–8. doi: 10.1016/j.jgo.2016.07.009
82. Fedotova, T. V. (2018). Rezilientnist yak odna iz metakompetentsii rozvytku maibutnoho fakhivtsia pochatkovykh klasiv [Resilience as one of the meta-competences of the development of the future specialist of elementary grades]. *Visnyk LNU im. Tarasa Shevchenka [Bulletin of Taras Shevchenko LNU]*, 8 (322), 159-164.
83. Feldman R. What is resilience: an affiliative neuroscience approach. *World Psychiatry*. (2020) 19:132–50.
84. Fletcher, D., Sarkar, M. (2013). Review of Psychological Resilience. *European Psychologist*, 18 (1), 12–23.
85. Folkman S., Lazarus R. An analysis of coping in middle-aged community sample / S. Folkman, R. Lazarus // *Journal of Health and Social Behavior*. – 1980. – V. 21. – P. 219–239
86. Frankl V., Seligman M., Taylor S. Psychological Resources, Positive Illusions, and Health .Режим доступу: <https://www.wisebrain.org/papers/PsyResourcesHlth.pdf>
87. Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press
88. Fuchs T, Kurz A (1993), *Psychotherapie im Alter*. In: Steinberg R (Hrsg) *Gerontopsychiatrie*. Tilia, Klagenfurt, S 86–96
89. Gallagher, E. (1976) Lines of reconstruction and extension in Parsonian sociology of illness, *Social Science and Medicine*, **10**, 207–18.
90. Gerson, E. (1976) The social character of illness: Deviance or politics?, *Social*

Science and Medicine, **10**, 219–24.

91. Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, Buijsse B, Kromhout D. Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *J Psychosom Res.* 2007 Nov;63(5):483-90. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.07.014. PMID: 17980220
92. Gouzman J, Cohen M, Ben-Zur H, Shacham-Shmueli E, Aderka D, Siegelmann-Danieli N, et al. Resilience and psychosocial adjustment in digestive system cancer. *J Clin Psychol Med Settings* (2015) 22(1):1–13
93. Goldberg I, Clement CI, Chiang TH, et al.. Assessing quality of life in patients with glaucoma using the Glaucoma Quality of Life-15 questionnaire. *J Glaucoma* 2009;18:6–12
94. Fromm E. Primary and secondary process in waking and in altered states of consciousness. *Academic Psychological Bulletin.* 1981. No. 3. P. 29–45.
95. Gerhardt, U. 1989. *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology.* London: Macmillan.
96. Garmezy, N. (1985). Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent Research in Developmental Psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book Supplement*, No. 4 (pp. 213-233). Oxford: Pergamon. Hart, A., Blincow, D., & Thomas, H. (2007). *Resilient Therapy with children and families.* London, England: Brunner Routledge
97. Hirneiss C, Neubauer AS, Welge-Lüssen U, Eibl K, Kampik A. Bestimmung der Lebensqualität des Patienten in der Augenheilkunde [Measuring patient's quality of life in ophthalmology]. *Ophthalmologe.* 2003 Dec;100(12):1091-7. German. doi: 10.1007/s00347-003-0884-1. PMID: 14704825.
98. Hart, A., & Freeman, M. (2005). Health 'care' interventions: Making health inequalities worse, not better? *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 502±512.
99. Hobfoll S. E Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress // *American Psychologist.* 1989. Vol. 44. P.513-524.
100. Hobfoll S.E. Social and psychological resources and adaptation // *Review of*

General psychology. 2002. Vol. 6, № 4. P. 307-324

101. Isaksson AK, Ahlström G, Gunnarsson LG. Quality of life and impairment in patients with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;**76**:64–69. doi: 10.1136/jnnp.2003.029660.

102. Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Taylor PJ, Pratt D, Tarrrier N. Resilience to suicidal ideation in psychosis: positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behav Res Thera*. 2010;**48**:883–889. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.013

103. Janz NK, Wren PA, Lichter PR, et al. Quality of life in newly diagnosed glaucoma patients: the collaborative initial glaucoma treatment study. *Ophthalmology*. 2001;**108**:887–897. doi: 10.1016/S0161-6420(00)00624-2..

104. Kingman S. Glaucoma is second leading cause of blindness globally / S. Kingman // *Bull World Health Organ*. – 2004. – № 82 (11).– P. 887-888.

105. Kobasa S.C. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1979. Vol 37. P. 1-11. Vol. 42. P. 168-177

106. Kiebert GM, Welvaart K, Kievit J. Psychological effects of routine follow up on cancer patients after surgery. *The European Journal of Surgery = Acta Chirurgica*. 1993 Nov-Dec;**159**(11-12):601-607. PMID: 8130301.

107. Luszczynska A., Gibbons F.X., Piko B.F., Tekozel M. Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology & Health*. 2004;**19**(5):577–593

108. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

109. Lazarus RS, Opton EM. A study of psychological stress: a summary of theoretical formulations and experimental findings. In: Spielberger CD, editor. *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press; 1966. pp. 225–62

110. Lam WW, Bonanno GA, Mancini AD, Ho S, Chan M, Hung WK, et al. Trajectories of psychological distress among Chinese women diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* (2010) **19**(10):1044–51. doi: 10.1002/pon.1658

111. Li M-Y, Yang Y-L, Liu L, Wang L. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* (2016) 14:73. doi: 10.1186/s12955-016-0481-z
112. Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). A theory of goal setting and task performance. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
113. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000;71(3):543–562.
114. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you. New York: AMACOM, 1984. 240 p
115. Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology* (2015) 24(12):1639–45
116. Masten AS. Resilience in children threatened by extreme adversity: frameworks for research, practice, and translational synergy. *Dev Psychopathol*. 2011;23:493–506. doi: 10.1017/S0954579411000198
117. Masten, A. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19 (3), 921-930. doi:10.1017/S0954579407000442
118. Mechanic, D. (1995) Sociological dimensions of illness behavior, *Social Science and Medicine*, 41, 1207–16.
119. Motolko M, Drance SM, Douglas GR. The early psychophysical disturbances in chronic open angle glaucoma: a study of visual functions with asymmetric disc cupping. *Arch Ophthalmol* 1982;100:1632–4
120. ParsonS, T. 1950. 'Psychoanalysis and the Social Structure'. *Psychoanalytic Quarterly* 19: 371-384.
121. Pacheco-Cutillas M, Edgar DF, Sahraie A. Acquired color vision defects in glaucoma—their detection and clinical significance. *Br J Ophthalmol* 1999;83:1396–402
122. Quigley H.A., Broman A.T. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br. J. Ophthalmol*. 2006. Vol. 90. No 3. P. 262-267.

123. Odberg T, Jakobsen JE, Hultgren SJ, Halseide R. The impact of glaucoma on the quality of life of patients in Norway. I. Results from a self-administered questionnaire. *Acta Ophthalmol Scand.* 2001;79:116–120. doi: 10.1034/j.1600-0420.2001.079002116.x.
124. Rice, V., Liu, B. (2016). Personal resilience and coping with implications for work. Part I: A review. *Work*, 54 (2): 325-33. doi: 10.3233/WOR-162300.
125. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78
126. Ryff C. D., Keyes C. L. M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 69, No. 4. P. 719–727.
127. Richardson, G.E. The meta-theory of resilience and resiliency // *Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 58. P. 307-321
128. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms // *American Journal of Orthopsychiatry*. 1987. Vol. 57, № 3. P. 316–33
129. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611
130. Rush M.C., Schoael W.A., Barnard S.M. Psychological resiliency in the public sector: "Hardiness" and pressure for change // *Journal of Vocational Behavior*. 1995. Vol. 46, № 1. P.17-39.
131. Sanderson, B., Brewer, M. (2017). What do we know about student resilience in health professional education? A scoping review of the literature. *Nurse Education Today*, 58: 65-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.07.018>.
132. Schofield PA, Davis BD, Hutchinson R. Snoezelen and chronic pain: developing a study to evaluate its use (Part I). *Complement Ther Nurs Midwifery*. 1998 Jun;4(3):66-72. doi: 10.1016/s1353-6117(98)80057-7. PMID: 10188418.
133. Seligman M.E.P. *Learned optimism*. New York: Pocket books, 1998. 336p.
134. Seibert, L. A., Miller, J. D., Few, L. R., Zeichner, A., & Lynam, D. R. (2011). An examination of the structure of self-report psychopathy measures and their

- relations with general traits and externalizing behaviors. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(3), 193–308. <https://doi.org/10.1037/a0019232>
135. Silk, J.S, Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D.S., Forbes, E.E., Whalen, D.J., Ryan, N.D., Dahl, R.E. (2007). Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Development and Psychopathology*, 19 (3): 841-865. doi: 10.1017/S0954579407000417.
136. Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55 (11), 745. <https://doi.org/10.3390/medicina55110745>
137. SF-36 Health Status Survey (SF-36). RAND 36-Item Health Survey 1.0 Questionnaire Items. Retrieved from : https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html.
138. Segerstrom SC. Optimism and immunity: do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain Behav Immun*. 2005;19(3):195–200
139. Shumaker S. Toward a theory of social support / S. Shumaker, A. Brownell // *Journal Social Issues*. – 1984. – V. 40 – P. 11–13
140. Schumacher A, Sauerland C, Silling G, Berdel WE, Stelljes M. Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Support Care Cancer*. 2014; 22: 487–93. 10.1007/s00520-013-2001-6
141. Spiro, R.J. & Jehng, J. (1990). Cognitive flexibility and hypertext: Theory and technology for the non-linear and multidimensional traversal of complex subject matter. In D. Nix & R. Spiro (eds.), *Режим доступа* <https://hchicoine.files.wordpress.com/2008/05/notes-de-lecture-spiro-rj-et-jehng-j-c-1990.pdf>
142. Stange JP, Alloy LB, Fresco DM. Inflexibility as a Vulnerability to Depression: A Systematic Qualitative Review. *Clin Psychol (New York)*. 2017 Sep;24(3):245-276. doi: 10.1111/cpsp.12201. Epub 2017 Jun 13. PMID: 29038622; PMCID: PMC5640320.

143. Tan S. Resilience and posttraumatic growth: Empirical evidence and clinical applications from a christian perspective / S. Tan // *Journal of Psychology and Christianity*. – 2013. – Vol. 32 (4). – P. 358–364
144. Tugade M.M., Frederickson B.L. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004. Vol. 86. P. 320–333.
145. Thoits, P.A. Stress, coping and social support processes: Where are we? (What next?) / P.A. Thoits // *Journal of Health and Behavior*. – 1995. – Vol. 36. – P. 53–79.
146. Ungar, M. (Ed.). (2012). *The Social Ecology of Resilience: A handbook of Theory and Practice*. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0586-3>
147. Ungar, M., & Liebenberg, L. (2013). A measure of resilience with contextual sensitivity—The CYRM-28: Exploring the tension between homogeneity and heterogeneity in resilience theory and research. In S. Prince-Embury & D. H. Saklofske (Eds.), *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (pp. 245–255). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3_18
148. Vaillant G, Templeton J, Ardeli M, Meyer SE. The natural history of male mental health: Health and religious involvement *Social Science and Medicine*. 66: 221-231. PMID 17997000 DOI: 10.1016/J.Socscimed.2007.09.011 ,
149. Walden-Gałaszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. PZWL, Warszawa 2011 Wang, M. C., Haertel, G. D., & Wahlberg, H. J. (1994). Educational resilience in inner cities. In M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 45-72). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
150. Worrell, F. C., Temple, E. C., McKay, M. T., Živkovič, U., Perry, J. L., Mello, Z. R., Musil, B., & Cole, J. C. (2018). A theoretical approach to resolving the psychometric problems associated with the Zimbardo Time Perspective Inventory: Results from the USA, Australia, Slovenia, and the United Kingdom. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(1), 41–51. <https://doi.org/10.1027/1015->

5759/a000313,

151. Waugh, C. E. (2020). The roles of positive emotion in the regulation of emotional responses to negative events. *Emotion*, 20(1), 54–58. <https://doi.org/10.1037/emo0000625>

152. Werner E.

153. Ye ZJ, Zhang Z, Tang Y, Liang J, Sun Z, Zhang XY, et al. Development and psychometric analysis of the 10-item resilience scale specific to cancer: a multidimensional item response theory analysis. *Eur J Oncol Nurs*. (2019) 41:64–71. doi: 10.1016/j.ejon.2019.06.005

154. Zimbardo P.G. Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric / P.G. Zimbardo, J.N. Boyd // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1999. – Vol. 77. – № 6. – P. 1271-1288.

155. Zasiakina, L., & Zhuravlova, O. (2019). Acculturating Stress, Language Anxiety and Procrastination of International Students in the Academic Settings. *Psycholinguistics*, 26(1), 126-140. <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2019-26-1-126-140>(Scopus)


156. Zou G, Li Y, Xu R, Li P. Resilience and positive affect contribute to lower cancer-related fatigue among Chinese patients with gastric cancer. *J Clin Nurs* (2018) 27(7–8):e1412–e8. doi: 10.1111/jocn.14245

157. Wiesmann U., Ballas I., Hannich H.J. Sense of Coherence, Time Perspective and Positive Aging // *Journal of Happiness Studies*. 2018. Vol. 19. № 3. P. 817—839. DOI:10.1007/s10902-017-9850-5

158. Wilson MR, Coleman AL, Yu F, et al. Functional status and well-being in patients with glaucoma as measured by the Medical Outcomes Study Short Form-36 questionnaire. *Ophthalmology*. 1998;105:2112–2116. doi: 10.1016/S0161-6420(98)91135-6

ДОДАТКИ

Додаток А


УКРАЇНА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені І.І. МЕЧНИКОВА
65082, Україна, м. Одеса, вул. Дворницька, 2 тел. (048) 723-52-54
E-mail: rector@onu.edu.ua факс (048) 723-35-15

12. 09. 2023 № 09-01-1081

нак № _____ від _____


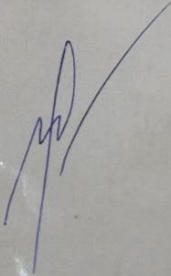
АКТ
впровадження результатів дисертаційного дослідження
«Особливості ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування
внутрішньої картини хвороби»
Булах Інни Арсенівни

Дисертаційне дослідження І.А. Булах « Особливості ресурсної сфери пацієнтів на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби », є сучасним дослідженням виконаним в рамках ресурсного підходу, що підтверджує його науково-теоретичне і практичне значення, а також сприяє розвитку цього підходу в українській психології.

Отримані результати було впроваджено у навчальний процес підготовки студентів зі спеціальності 053 «Психологія» ОНУ імені І.І.Мечникова. Вони використовуються в рамках викладання вибіркової дисципліни «Психологічні ресурси особистості», що викладається на кафедрі загальної психології і психологічного консультування. В дослідженні використана методика CD-RISC-1, що була апробована науковцями ОНУ імені І.І.Мечникова З. Кіреєвою, О. Односталко, Б. Біроном, спрямована на вивчення резильєнтності. Стійкості хворих в дослідженні І.А. Булах приділяється значна увага, як компоненту мотивації подолання в комплексі переживань хворого, що сприяє підтримці якості життя. Використання цієї методики і її результатів сприяє розширенню практичних вмінь студентів та надає змогу використовувати отриманні знання у психологічному консультуванні.

Перший проректор
ОНУ імені І.І.Мечникова

Майя Ніколаєва

Додаток Б

Матриця кореляцій показників у групі Норма

| | ФА | ПЗ | С | РД | ОТ | РТ | Р | ЧП | Ре | Підт. | О | Ціль | Проц | Рез | Л-Я | Л-Ж | Ф | А | Н |
|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|
| ФА | | 0,480 | -0,733 | -0,346 | | | | 0,359 | | | | 0,358 | | | | | -0,367 | -0,448 | |
| ПЗ | 0,480 | | | | | -0,398 | | | | | 0,370 | | | | | | | -0,367 | |
| С | -0,733 | | | | 0,329 | | | -0,318 | | -0,309 | | -0,404 | | | | | 0,321 | 0,421 | |
| РД | -0,346 | | | | | | | -0,322 | | | | | | | | | 0,307 | | |
| ОТ | | | 0,329 | | | | | | | | | 0,344 | | | | | | 0,308 | |
| РТ | | -0,398 | | | | | 0,379 | | | | | | | | 0,393 | | | | |
| Р | | | | | | 0,379 | | | | | | | | | | | | | |
| ЧП | 0,359 | | -0,318 | -0,322 | | | | | | | | | | | | | -0,350 | -0,430 | 0,374 |
| Ре | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0,337 | |
| Підт. | | | -0,309 | | | | | | | | | 0,319 | 0,355 | | -0,363 | | | | |
| О | | 0,370 | | | | | | | | | | | 0,390 | | | | | | |
| Ціль | 0,358 | | -0,404 | | 0,344 | | | | 0,319 | | | | | | | | | | |
| Проц | | | | | | | | | 0,355 | 0,390 | | | | -0,357 | 0,624 | 0,658 | | | |
| Рез | | | | | | | | | | | | | -0,357 | | 0,439 | 0,590 | | | |
| Л-Я | | | | | | 0,393 | | | | -0,363 | | | 0,624 | 0,439 | | 0,358 | | | |
| Л-Ж | | | | | | | | | | | | | 0,658 | 0,590 | 0,358 | | | | |
| Ф | -0,367 | | 0,321 | 0,307 | | | | -0,350 | | | | | | | | | | 0,425 | -0,367 |
| А | -0,448 | -0,367 | 0,421 | | 0,308 | | | -0,430 | 0,337 | | | | | | | | 0,425 | | |
| Н | | | | | | | | 0,374 | | | | | | | | | -0,367 | | |

Додаток В

Матриця кореляцій показників у групі 1СГ

| | ФК | VF-14 | С | РД | ОТ | РТ | ЧП | О | Ціль | Проц. | Рез. | Л-Я | Л-Ж | Ф | А | Н |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ФК | | | -0,483 | | -0,332 | | | -0,324 | | | | | | | | |
| VF-14 | | | | | | -0,369 | 0,376 | | | | 0,456 | | 0,314 | | | |
| С | -0,483 | | | | | | | -0,395 | -0,406 | | | | | | 0,387 | |
| РД | | | | | | | | -0,393 | | | | | | | | |
| ОТ | -0,332 | | | | | | | | | | | | | | | |
| РТ | | -0,369 | | | | | | | | | | | -0,369 | | | |
| ЧП | | 0,376 | | | | | | | | | | | | | | |
| О | -0,324 | | -0,395 | -0,393 | | | | | | | | | | | -0,314 | |
| Ціль | | | -0,406 | | | | | | | | | | | | | |
| Проц. | | | | | | | | | | | -0,390 | -0,524 | -0,587 | -0,323 | | |
| Рез. | | 0,456 | | | | | | | -0,390 | | | 0,682 | 0,656 | | | |
| Л-Я | | | | | | | | | -0,524 | 0,682 | | | 0,565 | | | |
| Л-Ж | | 0,314 | | | | -0,369 | | | -0,587 | 0,656 | 0,565 | | | | | |
| Ф | | | | | | | | | -0,323 | | | | | | 0,379 | -0,411 |
| А | | | 0,387 | | | | | -0,314 | | | | | | 0,379 | | |
| Н | | | | | | | | | | | | | | -0,411 | | |

