О.В.КОРНІЄНКО

ПІДТРИМАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

О.В.КОРНІЄНКО

ПІДТРИМАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ

Навчальний посібник

Київ
Видавничий центр
"Київський університет"
2000

ББК 88.4
К 67

К 67 О.В.Корнієнко

Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей: Навч. посібник. – К.: Видавничий центр "Київський університет", 2000. – 126с.

Рецензент: Л.Ф.Бурлачук, *член.-кор. АПН України, д-р психол. наук, проф.*

ISBN 966-594-143-7

Посібник містить матеріали міжнародних досліджень фахівців нового напрямку психологічної науки – проблеми підтримання психосоматичного здоров'я різних вікових категорій. Виділено поняття здоров'я "практично здорової особистості", як однієї із важливих цінностей людей різних національностей, культур, віроісповідувань. Питання методології, моделей дослідження психосоматичного здоров'я можуть бути корисними для фахівців широкого профілю: психогігієни, психодіагностики, психотерапії, фізичного виховання, спорту та інших суміжних напрямків.

Рекомендовано до друку Вченою радою
факультету соціології та психології
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
16 червня 2000 року

ISBN 966-594-143-7

0303010000
К
Видавничий центр "Київський університет", 2000

ББК 88.4

© О.В.Корнієнко, 2000
© ВЦ "Київський університет", 2000

ПЕРЕДМОВА

Від Галена до Сельє описували більшу чи меншу кількість перехідних станів між здоров'ям та хворобою, які називали по-різному. Діапазон пристосувальної здатності не вимірюється альтернативою – хвороба чи здоров'я. Між ними знаходиться значна частина проміжних станів, близьких чи то до здоров'я, чи то до хвороби, але вони не є ні тим, ні іншим. Цей проміжний стан, ще не досить вивчений настільки, щоб дати відповідну наукову назву, тому ми вважаємо доцільним називати його "третім станом".

(І.Брехман)

...Жоден лікар не повинен з чистою совістю вимовляти такі слова, як "здоровий" та "хворий", – хто знає, де закінчується здоров'я та починається хвороба?

(С.Цвейг)

Представлений навчальний посібник підготовлено з метою ознайомлення та навчання з даної теми, по-перше, студентів відділення психології, спеціалізації "медична психологія", а також для аспірантів, викладачів, практичних психологів, які працюють у споріднених як класичних, так і нових напрямах психологічної науки. Мова піде про специфічний, новий зміст теоретико-методологічного, практичного (прикладного) навчально-методичного матеріалу на тему: "Програми (методи) діагностики, формування, розвитку, корекції можливих порушень (відхилень) та підтримання психосоматичного здоров'я людей різних вікових категорій". Говорячи про принципові завдання та напрямки медичної психології (альтернативна назва clinical psychology – загально прийнятий термін в індустріально розвинених країнах Заходу), то зразу ж доцільно згадати думки А.Гольдшейдера (1929) про "аутопластичну картину захворювання", яку створює сам хворий на основі сукупності своїх відчуттів, уявлень та переживань, пов'язаних з його фізичним станом. Автор виділяє два рівня картини хвороби – "сензитивний", котрий формується на відчуттях, та "інтелектуальний", котрий є результатом роздумів хворого про свій фізичний стан. Р.А.Лурія (1944) продовжив розвиток ідей А.Гольдшейдера, виділивши також проблему "внутрішньої картини хвороби". Починаючи з робіт М.Я.Мудрова (1949), Г.А.Захар'їна (1909), П.Б.Ганнушкіна (1964) означився цілісний підхід у дослідженнях хворих людей, суть якого полягає у вивченні та правильному розумінні ролі

особистості при виникненні того чи іншого захворювання, що дозволяє досягти більшої ефективності як у вивченні етіології та патогенезу захворювання, так і в організації його лікування та профілактики.

У зв'язку з появою праць з дослідження суб'єктивного боку захворювання було уведено цілу низку термінів, що означають різні аспекти та прояви хвороби в психіці людини. А.Гольдшейдером, як вже вказувалось, було запропоновано поняття "аутопластична картина хвороби", Р.А.Лурія – "внутрішня картина захворювання", Е.А.Шевальовим, В.В.Ковалевим – "переживання хвороби", Е.К.Краснушкіним – "почуття хвороби", Л.Л.Рохліним – "свідомості хвороби", "ставлення до хвороби", Д.Д.Федотовим – "реакція на хворобу", Е.А.Шевальовим, О.В.Кебріковим – "реакція адаптації", Я.П.Фрумкіним, И.А.Мізрухіним, Н.В.Івановим – "позиція відносно хвороби", В.Н.Мясищевим, С.С.Лібіхом – "концепція хвороби", "масштаб переживання хвороби" та ін.

Таким чином, вітчизняні вчені – психологи, психіатри, психофізіологи – протягом досить тривалого часу грунтовно визначали, досліджували понятійний апарат термінів "внутрішньої картини хвороби" (комплексу чинників об'єктивного та суб'єктивного характеру).

У зарубіжній літературі також знаходимо різноманіття термінів, в яких описується суб'єктивний бік хвороби. Так, Р.Конечний, М.Броухал (1982) пропонують відоме поняття "аутопластична картина хвороби"; В.Вондрасек (1969), Д.Бірн (1982) – "ставлення до хвороби"; А.Хулек (1969) –"реакція захворювання", котра залежить від характеру та прогнозу захворювання (виділяє вісім типів); З. Липовски (1983) пропонує типологію "психосоціальних реакцій на хворобу", виділяючи три компоненти; Дж.Хесцен-Клеменс (1979) уводить поняття "образ особистого захворювання"; С. Ді Міхаель (1959) – один із небагатьох авторів, котрий розглянув "ставлення людини до хвороби в динаміці".

Детально аналізуючи дані літератури, ми знову, по суті, зустрічаємо повторення ідей прихильників психосоматичного напрямку медицини, у яких зроблено спробу відповісти на це запитання з позицій психоаналізу, висуваючи теорію аутопатології (Dunbar, 1943; Alexander, 1950 та ін.).

Отже, зарубіжними та вітчизняними вченими досить добре досліджено "внутрішню картину хвороби". Але закономірно виникає питання, а чи має право на існування протилежне поняття – "внутрішня картина здоров'я", що має відбивати багаторівневий вплив оточуючого середовища на індивіда.

Запропонована ідея являє собою досить вагоме підґрунтя для робочої гіпотези, а також для принципово нової орієнтації, а саме: виділення понять

формування, розвитку, корекції можливих відхилень для підтримання психосоматичного здоров'я індивідуально-особистісними методами, починаючи з античних часів до сучасності, упродовж усього життєвого шляху індивіда – активного суб'єкта життя – особистості – індивідуальності від народження до глибокої старості. У сучасній зарубіжній та вітчизняній літературі філософсько-психологічного, релігійного, медико-біологічного, соціально-психологічного, психофізіологічного спрямування знаходимо досить грунтовні підтвердження необхідності дослідження проблеми здоров'я "практично здорової людини" з погляду її міждисциплінарності.

Аналіз цих та інших питань міститься у відповідних розділах даного навчального посібника.

Одним із принципових мотивів для створення навчального посібника була потреба включити до навчальних курсів (лекцій, практичних, семінарських занять, науково-дослідницької роботи серед студентів, аспірантів, наукових співробітників, викладачів факультету) результати досить грунтовного аналізу та особистого осмислення сучасних даних зарубіжної літератури, доступ до яких було забезпечено активною участю автора посібника в міжнародній навчально-освітній програмі "Tempus–Tacis" протягом 1996–1999 років. Хотілося б висловити щиру вдячність організаторам цієї програми, котрі змогли об'єднати продуктивну діяльність та співробітництво вчених чотирьох європейських університетів: координатор програми – професор Паулета Ван Ост, завідувачка кафедри клінічної психології Гентського університету (Бельгія), професор факультету соціальних наук Лейденського університету (Голландія) Іна Ван Берклаєр, професор кафедри психології інституту психіатрії Лондонського університету (Англія) Вільям Юл та професор, завідувач кафедри психодіагностики та медичної психології Київського університету імені Тараса Шевченка (Україна) Л.Ф.Бурлачук.

Розділ 1. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я "ПРАКТИЧНО ЗДОРОВОЇ ОСОБИСТОСТІ" РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ
(порівняльний міжкультурний аналіз)

1.1. Інтернаціональність понять: здоров'я, хвороба, проміжний стан між здоров'ям та хворобою

Відкривши перші сторінки запропонованого навчального посібника, можна зразу ж вибрати індивідуально орієнтований спосіб опрацювання матеріалу. На наш погляд, існує декілька шляхів. Прочитати той розділ, який є найбільш привабливим з позиції особистих інтересів. Наприклад, ознайомитись з обгрунтуванням цінності душевного, тілесного здоров'я для життєдіяльності особистості. Перед вами відкривається можливість проаналізувати погляди, судження фахівців різних національностей, культур, часів та епох щодо повсякденних проблем стану здоров'я людей, а також його взаємозв'язку з багатьма сторонами життєдіяльності людини: політикою, економікою, професійним спрямуванням, особистості, яка самореалізується, способом життя, ставленням до природи, людей тощо.

Виділяючи міжнаціональну цінність для багатьох народів різних країн світу відчуття та сприйняття феноменів, реальних станів здорового та хворобливого організму, необхідно звернутися до першоджерел – етнопсихології – міждисциплінарної галузі знань, що вивчає етичні особливості психіки людей, національний характер, закономірності формування і функції національної свідомості, етнічних стереотипів, механізми групової психології всередині етнічних спільнот, а також у стосунках між ними (народності, нації).

Нагальність створення спеціальної дисципліни – "психології народів" – було проголошено вже 1860 р. М.Лацарусом і Х.Штейталем, які визначили "народний дух" як особливе, замкнене утворення, що знаходить свій вияв у психологічній схожості індивідів, котрі належать до окремої нації, а водночас і як свідомість, зміст якої може бути розкрито шляхом порівняльного вивчення мови, міфології й культури.

На початку XX ст. ці ідеї набули свого розвитку і часткової реалізації у "психології народів" В.Вундта (1913).

Як показують експерти, наприклад, А.С.Скольник (1986), ставлення до цінностей здоров'я та хвороби змінювалось у представників різних культур світу протягом довгої історії людства: "Менш ніж сто років тому рівень смертності немовлят в Європі та Північній Америці був таким саме

високим, як і зараз у країнах світу, що розвиваються. Наприклад, рівень смертності немовлят в Нью-Йорку в 1900 р. становив приблизно 140 випадків на 1000 дитячого населення, так само як в Бангладеш сьогодні. Дослідження, проведене в місті Бірмінгем (Англія) 1906 року, виявило, що рівень смертності немовлят становить майже 200 на 1000 дітей – більше, ніж у будь-якій країні світу в 1980-ті роки. Ретроспективний аналіз цієї статистики також показав, що основні причини смертності немовлят в Нью-Йорку та Бірмінгемі були подібними до тих, які існують в країнах, що розвиваються, на сьогоднішній день – це хвороби розладу шлунку, неадекватне харчування, дихальні інфекції та сильний кашель.

Загальний аналіз історії країн світу з позиції культурологічних порівнянь може бути досить драматичним. Культура кожної сучасної країни відрізняється від інших та від культури, яка існувала у цій країні 200 років тому. Спосіб життя також змінювався в кожній культурі, що теж впливало на рівень захворюваності.

З цього закономірно випливає питання: "Як же на сьогоднішній день відрізняються прояви хвороби людей різних культур?". За даними С.Дж.Вільямса (1990), окремі форми раку, особливо раку шлунка, виявляються частіше в Японії, ніж у Сполучених Штатах Америки, але щодо раку грудей у жінок та простати у чоловіків спостерігається протилежна статистика. Більше того, існують значні відмінності у країнах щодо виявів специфічних форм раку навіть між регіонами однієї і тієї самої країни. Частково ми можемо пояснити відмінності в проявах хвороби між країнами та регіонами через міжкультурні особливості, такі як дієта та здоровий спосіб життя. На думку Р. Діас-Герреро (1984), хоча люди по всьому світі цінують добре здоров'я, населення в деяких країн, таких як Франція та Італія, вважає, що цінність здоров'я для них є більшою, ніж для людей в інших країнах, наприклад, таких як Ліван та Туреччина. Здається логічним припустити, що чим вище люди цінують своє здоров'я, більшою є вірогідність того, що вони будуть піклуватися про нього.

Уявлення людей про причини хвороби також змінювалися протягом історії. Згадаємо дискусію про вірування, поширені в середні віки щодо причин хвороб: люди тоді вважали, що за це були відповідальними злі духи. Сьогодні освічені люди у промислово розвинених країнах загалом відхиляють ці думки. Разом з тим можна навести і інші приклади: Л.Сноу (1981) наводить таку розповідь: "Я чув про людей зі зміями в їх тілах, та як вони туди потрапляють, я не знаю. У даній ситуації люди звертаються до знахарів, які примушують зміїв

виходять з тіл. У моєї сестри було щось подібне, у неї в руці була змія. Вона була досить молодою жінкою. Я пам'ятаю її хворою, дуже хворою, та хтось розказав їй про цілителя в іншому маленькому містечку, її відвезли туди. Ця змія просто повзла вгору по її руці, де б вона не була. Її дійсно можна було бачити".

Такий рівень мислення можна вважати типовим для людей у слаборозвинених регіонах та країнах, а, слід визнати, більшість людей живе саме у таких суспільствах. І цей погляд не є одиничним. Інша група дослідників припускає, що культурні відмінності у віруваннях про здоров'я та відповідну поведінку можуть бути в більшості випадків результатом етнічних особливостей, а саме, думки про те, що хвороба є покаранням та наслідком надприродних впливів (Landrine, Kloff, 1994). Віра в те, що хвороба – це результат впливу надприродних факторів, є загальноприйнятою серед більшості меншин, включаючи афроамериканців (Bailey, 1987), американців мексиканського, азіатського походження та навіть корінних американців. Таким чином, вважається доцільним досліджувати велику кількість факторів (змінних), які можуть бути причиною захворюваності, з метою загального розуміння поведінки людей, орієнтованої на підтримання здоров'я, та виділення їх культурних особливостей.

На прикладі Сполучених Штатів Америки можна прослідкувати динаміку зміни міжкультурних цінностей у життєдіяльності емігрантів з різних куточків світу. Емігранти привозять з собою цінності, ідеї та традиції здоров'я своїх країн. Багато китайських емігрантів вірять у те, що захворювання є результатом дисбалансу протилежних сил в тілі людини – "Інь" та "Янь" (Cambell, Chang,, 1981). Наприклад, відповідно до цього погляду занадто велика кількість "Інь" (жіноче начало) викликає простуди та гастричні порушення, надлишок "Янь" (чоловіче начало) – лихоманку та зневоднення організму. Спеціалісти традиційної китайської медицини лікують хвороби, прописуючи особливі трави та їжу, чи використовують акупунктуру – методику введення тоненьких голок у певні місця під шкіру людини. Ці методи спрямовано на корекцію балансу "Інь" та "Янь". Іммігранти в ситуації хвороби часто використовують свої національні методи лікування замість загальноприйнятих для населення Сполучених Штатів. Вони також можуть справляти тиск на своїх дітей та онуків, щоб вони дотримувались цих нетрадиційних методів. Наприклад, китайську жінку було зареєстровано медичною установою, і вона мала систематично виконувати розпорядження акушерок, але разом з тим, під тиском матері чи

свекрухи вона вживала особливі трави та їжу, що на їх думку мало забезпечити народження здорової дитини.

Релігія також являє собою певний аспект культури. Багато релігій у Сполучених Штатах Америки включають вірування, які стосуються здоров'я та хвороби. За даними Д.А.Сакса та Р.Х.Коррса (1986), Свідки Ієгови відмовляються вживати кров та продукти крові під час медичного лікування. Християнська наука відхиляє вживання ліків, віруючи в те, що хвороби лікуються тільки ментальним (розумовим) шляхом, тому хворій людині необхідні тільки молитва та порада. Ці вірування викликають легальні конфлікти між релігією та представниками служби охорони здоров'я, особливо в ситуації, коли батьки відмовляються від медичного лікування дітей у загрозливих для їх життя ситуаціях. У таких випадках лікар та медична установа мають діяти швидко в пошуках законного та правильного рішення.

Деякі релігійні напрямки включають специфічні вірування, які спонукають до здорового стилю життя. Адвентисти Сьомого Дня вірують у те, що тіло – це "храм духу святого", і вважають одним із завдань людини – догляд за своїм тілом. Адвентисти утримуються від вживання тютюну, алкоголю. Крім цього, вони пропагують серед членів своєї церкви ідею занять фізичними вправами та вживання корисної для здоров'я їжі. Зрозуміло, міжкультурні фактори відіграють значну роль у здоров'ї людини. Разом з тим, наші знання про це є неповними та потребують поглиблення шляхом більш детальних досліджень.

Контрольні запитання

1. У чому полягають основні відмінності в завданнях навчального курсу "клінічна психологія" від змісту цього посібника?
2. Дати пояснення сутності визначень: "внутрішня картина хвороби" та її протилежності – "внутрішня картина здоров'я".
3. Які вчені були фундаторами наукового напрямку "психологія народів", які основні положення їх досліджень?
4. Навести приклади динаміки ставлення до цінностей здоров'я та до хвороби у представників різних культур світу.
5. Яким є сучасний стан міжкультурного сприйняття та відчуття різних аспектів здоров'я та хвороби населенням різних країн світу.
6. Перелічити ідеалістичні чинники розуміння причин хвороб у населення слаборозвинених країн світу.

7. Пояснити на прикладі США особливості спільного існування та взаємовпливу традицій та цінностей ставлення до здоров'я та хвороби корінного та емігрантського населення.

8. Продемонструвати взаємозв'язок релігійної свідомості населення та відношення до здоров'я людини.

Орієнтовні теми рефератів

1. Сучасні альтернативні напрямки дослідження "клінічної психології".
2. Альтернативний вибір життєдіяльності особистості: "внутрішня картина хвороби" – "внутрішня картина здоров'я".
3. Етнопсихологічні аспекти дослідження здоров'я, хвороби, проміжного стану між здоров'ям та хворобою.
4. Цінність здоров'я та ставлення до хвороби серед представників різних культур та народів світу.
5. Сучасні тенденції сприйняття здоров'я та хвороби населенням різних країн світу.
6. Дослідження чинників ідеалістичного ставлення до причин хвороб у слаборозвинених країнах світу.
7. Сполучені Штати Америки як приклад існування різних підходів до здоров'я та хвороби серед корінного та емігрантського населення.
8. Взаємозв'язок релігійної свідомості та здоров'я людини.

1.2. Соціокультурні фактори, поведінка здоров'я та статеві особливості

За даними відділу здоров'я Сполучених Штатів Америки та послуг для людей (1990) (USDHHS), на прохання оцінити стан свого здоров'я більшість представників населення із загальноамериканської вибірки дають відповідь, що стан їх здоров'я є добрим. Так, у дослідженні було опитано більше 200 тис. осіб різного віку та соціального походження та встановлено при цьому, що 90% чоловіків та жінок характеризували своє здоров'я від "позитивного" до "відмінного". Але не для всіх прошарків населення оцінка здоров'я може бути такою. Говорячи про населення в цілому, можна зазначити, що більшість людей оцінюють своє здоров'я, як "задовільне" чи "погане", якщо їм за 45 років або вони є представниками малозабезпечених соціальних класів, а також національних меншин. Виявляється, що такі низькі оцінки відбивають реальний стан здоров'я індивідуумів даної популяції. У цьому підрозділі ми розглянемо поняття здо-

ров'я загалом та поведінку здоров'я людей, пов'язані з двома соціально-культурними факторами: соціальним та національним походженням (представники меншин).

Концепція соціального класу чи соціоекономічного статусу характеризує відмінності представників різних прошарків суспільства (Fitspatrick, Scambler, 1984), що відображаються в трьох основних показниках: прибуток, престиж професії та освіта.

Майже всі аспекти добробуту та здоров'я знаходяться в кореляційній залежності із соціальним походженням (Marmont, Kogevinas, Elston, 1987). Для індивідуумів з низьких соціальних класів більшою мірою, ніж для представників вищих класів, є характерними народження дітей з дуже малою вагою, смертність у ранньому дитинстві, розвиток довготривалих захворювань у зрілому віці та обмежена активність через хворобу.

Люди з нижчих класів меншою мірою дотримуються здорового способу життя порівняно з представниками вищих класів, наприклад, вони більше палять, менше займаються спортом, не усвідомлюючи, що вони самі можуть активно сприяти підтриманню власного здоров'я. Дослідження також свідчать, що люди з нижчих класів володіють меншими знаннями про фактори ризику. На думку К.Ф.Хоссака та Н.Б.Леффа (1987), люди можуть знижувати фактор ризику виникнення серцево-судинних захворювань, контролюючи кров'яний тиск, кинувши палити та вживаючи дієтичну їжу з низьким рівнем холестерину.

Представники меншин є виразним прикладом негативного ставлення до здоров'я. Так, на сьогоднішній день дитина, народжена на Кубі, має більше шансів дожити до одного року, ніж пересічний американець африканського походження. Рівень смертності серед немовлят в Америці є у два рази вищим у чорношкірого населення порівняно з білими мешканцями. Відмінності у стані здоров'я за расовими ознаками були особливо помітними на початку століття, та і на сьогодні це все ще залишається нерозв'язаною національною проблемою.

Дві меншини, для яких кількість факторів ризику для здоров'я є найбільшою, – це американці африканського та латиноамериканського походження. Загалом, показники здоров'я та фактори ризику у іспанців, португальців, латиноамериканців є проміжними, вони не можуть розглядатися ні як негативні по відношенню до афроамериканців, ні як позитивні – до білого населення. Багато людей з цих меншин проживають у місцевостях, які не є сприятливими щодо дотримання поведінки, спрямованої на захист власного здоров'я. Афроамериканці та іспаномовні жителі також частіше

зазнають травматизму, потерпають від насилля (Schnke, Scholling, Gilchrist, 1986). Вони є більше схильними до паління, зловживання спиртним та наркотиками, ніж біле населення. Те, що значно відрізняє ці дві меншини (особливо молодих чоловіків) від їх білих однолітків, – це в декілька разів більший показник смертності у результаті насильства. Ці показники є шокуючими, та розв'язання цих проблем вимагатиме багато часу, зусиль та соціальних змін.

Яким же чином суспільство може допомогти своїм громадянам жити та дотримуватися здорового стилю життя? Одним із перших кроків мають стати програми із боротьби з бідністю. У сучасному суспільстві люди відрізняються за віком, статтю, соціокультурним походженням, тому підтримання здоров'я та профілактика хвороб потребують вирішення специфічних питань щодо здоров'я людини, стилю її життя з урахуванням когнітивних (розумових) можливостей та вірувань індивіда та особливостей виконання статевої ролі певної групи населення.

Автор підручника "Психологія здоров'я" Е.П.Сарафіно (1994) бачить реальний вихід із складної ситуації через впровадження засобів та методів одного із сучасних наукових напрямків – "психології здоров'я", за допомогою якого можна було б значно інтегрувати дослідження цих питань для забезпечення більш специфічного та практичного їх застосування серед населення різних вікових категорій.

Міжкультурні дослідження також потребують особливої уваги. Фахівці володіють неоднозначною інформацією щодо культурних відмінностей у сприйнятті симптомів хвороби та використанні можливостей медичного обслуговування, але ці дані вважаються дуже застарілими та неповними. Дослідження психології здоров'я за межами Північної Америки розвиваються дуже повільно, навіть в Європі (Schmidt, Dlugosch, 1991). У країнах, що розвиваються, де інфекційні захворювання та недоїдання – досить поширені явища, більше 16 млн дітей помирає кожного року у віці до п'яти років. Кількість людей, уражених вірусом СНІДу, наприклад в Африці, є вражаючою та значними темпами зростає (Altman, 1991). Населення країн, де існує нагальна потреба у зміні поведінкових факторів ризику, усе ще не усвідомило, що принципи психології здоров'я можуть допомогти зберегти суспільне здоров'я, а це вимагає проведення досліджень для визначення шляхів адаптації даних принципів, які ефективно працюють на теренах Сполучених Штатів Америки та інших промислово розвинених країн, до умов інших культур.

У роботах Е.Блекмана (1983), К.А.Метьюза (1989) наводяться дані про те, що питання здоров'я жінок та їх статевих особливостей меншою мірою досліджувались фахівцями психології здоров'я до початку 1980-х

років, але з тих часів відбулись зміни – у дослідженнях почали порушуватися питання здоров'я, котрі є характерними саме для жінок, такі як менструальні проблеми, рак грудей, відмінності між чоловіками та жінками за різними показниками, такими як стрес, особливості поведінки типу А та Б, ризик захворювання на СНІД, регуляція ваги, паління та вживання алкоголю. На сьогоднішній день дослідження статевих особливостей посідають чільне місце в межах психології здоров'я. Ці роботи надають можливість виділити особливі та загальні аспекти здоров'я жінок та чоловіків, їх поведінку щодо захисту здоров'я та деякі спеціальні заходи для його систематичного підтримання.

Контрольні запитання

1. Навести приклади результатів дослідження Департамента здоров'я США.
2. У чому полягає, на вашу думку, взаємозв'язок соціально-культурних факторів та ставлення до стану свого здоров'я населення деяких країн світу.
3. Дати порівняльний аналіз стану здоров'я представників різних соціальних прошарків населення.
4. Перелічити можливості зниження ризику на серцево-судинні захворювання серед малозабезпечених прошарків населення.
5. На прикладі багатонаціональної держави Сполучених Штатів Америки та інших країн світу виділити найбільш уразливі для здоров'я прошарки населення з урахуванням міжнаціональних особливостей.
6. Якими є сучасні напрямки дослідження в галузі "психології здоров'я" ви знаєте?

Орієнтовані теми рефератів

1. Основні напрямки досліджень Департамента здоров'я США.
2. Роль соціально-культурних факторів у формуванні, розвитку, корекції та підтримання ставлення до свого здоров'я у населення деяких країн світу.
3. Дослідження та порівняльний аналіз стану психосоматичного здоров'я різних прошарків населення.
4. Пошук шляхів зниження ризику захворюваності серед малозабезпечених прошаків населення.
5. Соціально-демографічний аналіз стану захворюваності багатонаціонального населення Сполучених Штатів Америки (на прикладі міжнаціонального фактора).
6. Сучасні напрямки дослідження "психології здоров'я" у різних країнах світу.

1.3. Багатофакторність моделей поведінки людей (орієнтованої на хворобу чи здоров'я)

У зв'язку із збільшенням орієнтації на охорону здоров'я, а саме, на профілактику та раннє виявлення хвороб, ефективність багатьох оздоровчих програм стає більшою мірою залежною від бажання людей мати більш активну позицію щодо свого здоров'я. Незважаючи на той факт, що більшість людей хотіли б бачити позитивні наслідки від участі у оздоровчих програмах (загальних медичних оглядах, прищепленнях та інших профілактичних заходах), спостерігається низький рівень схильності до рекомендованого медичного лікування (Sackett, Snow, 1979).

Не існує простої та однозначної відповіді на питання, чому деякі люди вибирають активну позицію, доглядаючи за своїм здоров'ям, а інші ні. Існують роботи науковців біхевіоріального напрямку для визначення та пояснення чинників добровільної поведінки, орієнтованої на своє здоров'я, що загалом пов'язуються з її комплексністю та багатофакторністю. Так, Дж.Мак-Кінлі (1972) виділив шість напрямків для пояснення даної поведінки щодо здоров'я: економічний; соціодемографічний; географічний; соціопсихологічний; організаційний.

За останні двадцять років опубліковано значну кількість теоретичних концепцій з метою оцінки діяльності, пов'язаної із здоров'ям людини. Найбільш важливими з погляду "передбачуваних можливостей" та кількості посилань у науковій літературі, виявились дві моделі: про здорову та хворобливу поведінку.

Незважаючи на те, що ці моделі значно відрізняються в теоретичному плані та поясненні типів поведінки, термінів, змінних загальних груп факторів, які входять до кожної з них, загалом вони виявились і достатньо подібними. Наприклад, усі ці визначення включають одну і більше змінних, які представляють оцінку індивідуумом різного ставлення до свого здоров'я, а саме, "переваги у лікуванні", "цінності системи охорони здоров'я" та "переваги діяльності, спрямованої на здоров'я".

Розроблені моделі (табл.1) включають змінні, котрі оцінюють сприйняття індивідуумом ставлення до загрози хвороби: "перцептивна прихованість симптомів", "оцінка симптомів", "відчуття симптомів", "чуттєве сприйняття хворобливого стану".

Загалом десятьз чотирнадцяти моделей включають змінні, що відносяться до факторів забезпечення охорони здоров'я: "доступність засобів лікування", "фінансові витрати", "наявність спортивних споруд" та "відстань до місця занять спортом". Список цих змінних та коротка характеристика кожної моделі наведено у табл.1.

Таблиця 1

Відібрані моделі поведінки відносно здоров'я

Модель	Передбачувані змінні	Характеристики передбачення	Зауваження
Andersen	Використання можливостей охорони здоров'я	Структура сім'ї, вік, стать та кількість членів сім'ї. Виміри характеристик соціальної структури сім'ї на основі визначення головного годувальника, зайнятості, соціального походження, рівня освіти, професії, раси, національності. Уявлення про медичне обслуговування, лікарів та хворобу. Ресурси сім'ї, визначені її можливостями сплачувати за медичне обслуговування. Громадські можливості оцінюються через доступність медичного обслуговування та рівень медичної освіти у суспільстві. Сприйняття статусу здоров'я. Реакція на хворобу.	Суть моделі полягає у тому, що об'єм медичних послуг, що їх отримує сім'я, буде функцією від складу сім'ї, соціальної структури та уявлення про здоров'я, ресурсних можливостей на рівні сім'ї та суспільства та характеристик (статусу здоров'я) сім'ї
Andersen and Bartkus	Вибір альтернативних медичних послуг	Оцінка адекватного медичного обслуговування. Оцінка оточуючими адекватності медичного обслуговування. Сприйняття та відчуття симптомів хвороби симптомів. Потреба в медичному обслуговуванні. Можливості сплачувати за медичні послуги. Доступність медичних послуг. Постійний сімейний лікар. Соціодемографічний фактор	За цією моделлю соціопсихологічні фактори, такі як симптом чутливості до хвороб, оцінка служб охорони здоров'я, потреба в медичному обслуговуванні та можливість сплачувати за медичні послуги безпосередньо впливають на вибір медичного обслуговування. Соціодемографічні та екологічні фактори, розглядаються як такі, що опосередковано впливають на функціонуючі соціопсихологічні змінні
Antonovsky and Kats	Поведінка здоров'я	Стан здоров'я оцінюється як бажання індивідуума витрачати багато грошей та часу на підтримання здоров'я, а також на обговорення питань здоров'я з друзями та родичами. Позитивна мотивація. Знання про хвороби. Хвилювання щодо діяльності, спрямованої на підтримання здоров'я. Фінансові труднощі	Суть моделі полягає у тому, що мета поведінки має три аспекти: 1) укріплення здоров'я та уникнення хворобливого стану, 2) досягнення підтримки іншими, 3) власна підтримка. Два інші фактори стимулюють мотивацію: 1) блокування змінних, що негативно впливають на здоров'я; 2) функціонування змінних, які підтримують зв'язок між мотивуючими та блокуючими змінними
Fabrega	Хвороблива поведінка	Розпізнавання хвороби. Негативні цінності хвороби. Плани лікування. Оцінка плану лікування. Переваги	Модель включає кілька стадій отримання інформації, яка керує поведінкою: розпізнавання та оцінка сим-

		лікування. Вартість лікування. Мережа переваг та їх використання. Вибір плану лікування	ітомів, обговорення планів лікування, що ґрунтуються на медичних свідченнях пацієнта, порадах друзів фахівців-психологів здоров'я, оцінка індивідуумом планів лікування, прийняття рішення, володіння та оцінка інформації
Greeen	Прийняття поведінки здоров'я	Соціальний тиск. Частота контактів та спілкування з людьми своєї соціальної групи. Соціальна участь. Відносні переваги діяльності. Контакти та комунікації з людьми з інших соціальних класів. Порівняння з існуючими цінностями, минулим досвідом та потребами індивідуумів. Складність дій. Повторюваність. Спостере-жливість. Соціодемографічні характеристики.	Дана модель включає три категорії факторів, що впливають на прийняття рішення щодо дотримання здорової поведінки: 1) оточуюче середовище, соціоекономічний рівень та соціальна норма; 2) характеристики людини: контакти та комунікації з індивідуумами поза власної соціальної страти та участь у соціальних групах; 3) характеристики новизни та їх порівняння з існуючими цінностями, минулим досвідом та потребами індивіда
Hochbaum	Поведінка здоров'я (медичні огляди)	Острах перед інфекційними хворобами. Прихильність до здорового способу життя. Характеристика якості медичного обслуговування з погляду індивідуума. Соціальні впливи. Прояви симптомів	Поведінка розглядається як функція трьох груп факторів: 1) психологічна готовність індивідуума, що включає думки про схильність до хвороби та про переваги здорового способу життя; 2) ситуаційний вплив, який включає інтерпретацію прояву симптомів хвороб та вплив інших людей щодо здорового способу життя; 3) стан навколишнього середовища
Kar	Поведінка здоров'я (використання контрацептивів)	Соціокультурні детермінанти: соціальні норми, міжособистісний вплив та комунікація. Ситуаційні детермінанти: функціонування служб охорони здоров'я, вартість послуг, відстань до пунктів надання допомоги. Соціопсихологічні детермінанти: наміри, особисті бажання, цінності та попередній досвід звертання до служб охорони здоров'я. Соціоструктурні детермінанти: соціальний статус та демографічні показники	Модель гіпотетично стверджує, що за умови існування всіх детермінантів буде реалізуватися відповідна поведінка. За несприятливості деяких факторів бажана поведінка, можливо, не буде реалізуватися залежно від величини цих факторів
Kasl and Cobb	Поведінка здоров'я	Важливість здоров'я, хвороблива увага до стану власного здоров'я. Правдива інформація про заходи, пов'язані з здоров'ям чи	З моделі гіпотетично випливає, що поведінка реалізується за відсутності симптомів, при цьому має безпосереднє значення загроза здо-

		хворобою. Соціальні характеристики. Минулий досвід надання медичних послуг. Вартість відповідної діяльності (чи бездіяльності). Вірогідність того, що діяльність призведе до бажаного результату. Сприйняття ефективності здорового способу	ров'ю та прихильність до цінностей здорового способу життя. Соціальні характеристики та знання розглядаються як результат сприйняття загрози здоров'ю та цінності відповідних дій та поведінки. Користування медичними послугами та співвідношення цінності активної діяльності та її протилежності, а також сприйняття того, що ця діяльність вплине у бажаному напрямку, як індивідуальна віра у цінності здорового способу життя
Kasl and Cobb	Хвороблива поведінка та відповідна рольова функція	Важливість здоров'я. Хворобливе сприйняття стану власного здоров'я – причина деяких відхилень у компонентах здоров'я. Сприйняття цінності діяльності , що включає співвідношення витрат на підтримку здоров'я та на протилежну поведінку, а також вірогідності того, що активна діяльність дасть бажані результати. Симптоми болю та дискомфорту. Психологічний дистрес, соціальні характеристики, особиста толерантність до болю та неспроможність протистояти негативним станам	Ця модель розглядає поведінку людина за наявності симптомів, а також сприйняття нею загрози хвороби та віру у доцільність здорового способу життя; симптоми болі та дискомфорту – як результат сприйняття загрози хвороби. Соціальні характеристики, особистісна толерантність до болю, неспроможність протистояти хворобі виділяються як вірогідність непрямого впливу на поведінку. Компонент загрози включає сприйняту можливість здоров'я, сприйняту схильність до хвороби, гостроту наслідків. Компонент цінності включає можливість діяльності, спрямованої на досягнення бажаних результатів, та співвідношення витрат на ведення активного та неактивного способу життя
Kosa and Robertson	Поведінка здоров'я та хвороби	Оцінка симптомів. Особлива та змінна тривожність. Відповідність знань	Модель включає чотири компоненти: 1) оцінка порушень чи загрози щоденному функціонуванню організму; 2) підвищення тривожності через сприйняття симптомів; 3) використання будь-яких медичних знань; 4) виконання дій для усунення тривожності та стурбованості. Поведінка мотивується основними психологічними потребами особистості для зниження тривожності, причиною якої є загроза хвороби
Langlie	Поведінка здоров'я (індекс здорової поведінки)	Сприйнята готовність до підтримки здоров'я. Переваги здорової поведінки.	Модель об'єднує компоненти структури віри у здоров'я з змінними, які відобража-

		Витрати на здорову поведінку. Прямі чи опосередковані виміри локусу контролю здоров'я. Ставлення до людей, які пропонують послуги здоров'я. Родинні та неродинні взаємини Структура подружніх стосунків. Міжособова мобільність. Ситуаційне пригнічення почуттів	ють відношення соціальної групи.
Mechanic	Хвороблива поведінка (включає психічні хвороби)	Вираженість симптому, частота та повторюваність. Толерантність симптомів. Сприйнята гострота симптомів. Потреба в ухиленні. Боротьба потреб. Взаємодія з соціальною активністю. Доступна інформація щодо міжкультурних особливостей сприйняття симптомів. Доступність засобів лікування. Фінансові та психологічні витрати, пов'язані з лікуванням.	Модель орієнтується на способи сприйняття, оцінки індивідуумів даних симптомів та їх функціонування
Rosenstock	Рольова поведінка здоров'я, хвороби	Схильність до гостроти сприйняття стану власного здоров'я. Віра у переваги здорового способу життя та доцільність витрат на нього. Загальна мотивація здоров'я. Локус контролю	Згідно з моделлю прихильність до здорового способу життя не буде реалізовано доти, поки індивід не буде психологічно готовим до відповідних кроків з урахуванням можливої загрози для здоров'я. Готовність до діяльності визначається тим, до якої міри індивідуум відчуває схильність до неї, а можлива її вірогідність зумовлюється прихильністю індивідуума до такої поведінки, що має знизити гостроту його ставлення до стану власного здоров'я, а також упевненістю індивіда у неадекватності витрат на це
Suchman	Охорона здоров'я. Стадії хвороби: симптоми, рольова поведінка за хвороби; контакти з медичним персоналом, роль пацієнта та одужання	Індекс соціальної структури включає: етнічну визначеність, дружелюбну солідарність, орієнтації на сімейні традиції та авторитет. Науково-популярний індекс включає: обсяг знань про хвороби, скептицизм до заходів з охорони здоров'я та залежність від хвороби	За цією моделлю, поведінка медиків під час лікування є похідною від двох факторів: 1) структури соціальної групи індивідуума (широта–вузькість поглядів); 2) орієнтація на здоров'я індивідуума (наукова чи популярна). Індивідууми з широтою наукових поглядів розглядаються як особи, котрі приймають більш раціональні індивідуальні рішення перед загрозою хвороби. Поведінка осіб з обмеженим інтелектом є емоційною, залежною, консервативною, менш раціональною у ситуації хвороби

Контрольні запитання

1. У чому полягає основна ідея багатофакторного впливу на психосоматичне здоров'я людини та у чому виявляється його специфіка на прикладі досліджень зарубіжних фахівців?

2. Пояснити концепцію Мак-Кінлі) щодо впливу шести чинників на вибір людиною поведінки здоров'я.

3. Дати загальну характеристику чотирнадцяти моделей орієнтації та поведінку здоров'я та хвороби.

4. Модель Андерсена про використання можливостей охорони здоров'я.

5. Модель Андерсена та Барлкуса про вибір альтернативних медичних послуг.

6. Модель Антоновського та Каца про здорову проведінку (здоров'я зубів).

7. Модель Фабрега про хворобливу поведінку.

8. Модель Гріна про здорову поведінки.

9. Модель Хохбаума про здорову поведінку (медичні огляди).

10. Модель Кара про здорову поведінку (використання контрацептивів).

11. Модель Казла та Коба про здорову поведінку.

12. Модель Казла та Коба про хворобливу та відповідну рольову поведінку.

13. Модель Коза та Робертсона про здорову поведінку та хвороби (розділення терапевтичних та сприятливих дій).

14. Модель Ленглі про здорову поведінку (індекс здоров'я).

15. Модель Механіка про поведінку щодо хвороби (включаючи психічні хвороби).

16. Модель Розенстока про здорову, хворобливу та рольову поведінку за хвороби.

17. Модель Шухмана про використання засобів для охорони здоров'я. Особливості поведінки на п'яти стадіях хвороби.

Орієнтовні теми рефератів

1. Багатофакторність особливостей психосоматичного здоров'я в працях зарубіжних фахівців.

2. Порівняльний аналіз можливостей використання представлених моделей в організації практичних заходів для підтримання психосоматичного здоров'я.

3. Критичний аналіз однієї з авторських моделей підтримання здоров'я та можливості її впровадження в Україні (за особистим вибором студента).

4. Формувння національної концепції та моделі психосоматичного здоров'я населення України з урахуванням зарубіжних досягнень.

1.4. Дослідження та порівняльний аналіз ставлення до здоров'я та хвороби у межах соціокультурної моделі (на прикладі Японії та Голландії)

Відмінності повсякденного життя між японців та голландців відповідають особливостям їх культури – східної та західної. На думку Г.Хофстеда (1980), серед службовців багатонаціональної корпорації представники цих двох націй різняться за основними чотирма параметрами, а саме: у японців відзначаються вищі показники маскулінності (прояв чоловічих рис характеру), впевненості у собі, дотримання міжособистісної дистанції та низький показник індивідуальності порівняно з голландцями. С.Шварц (1994) в останніх дослідженнях припустив можливість підвищення впливу цих параметрів. Так, у своїй роботі він продемонстрував різні рівні значущості показників культурних цінностей: японцям більшою мірою, ніж голландцям, притаманний консерватизм, ієрархічність, панування, інтелектуальна автономія та гармонія, але більш низькими є показник дотримання рівноправ'я.

Дослідження ставлення до здоров'я, хвороби та намірів групової поведінки з урахуванням відмінностей базових культурних цінностей є темою робіт учених кафедри психології державного університету міста Лейдена (Голландія) (Bekker, Hentschel, Fujita, 1996). Так, в Японії ставлення до роботи є питанням етики і розглядається як цінність та сенс життя. У Голландії люди, навпаки, працюють для того, щоб мати можливість насолоджуватись життям: робота розглядається не як найбільш важлива мета, а як спосіб реалізації своїх гедоністичних потреб самоактуалізації. Оскільки голландська система соціального забезпечення є досить ефективною, є можливість існувати, навіть не маючи роботи. В Японії працювати необхідно не тільки через економічні причини, але й тому, що професія людини визначає її соціальний статус, тобто ким вона є. Щодо професійної характеристики, то важливою є належність до компанії як критерію соціальних взаємин з оточенням.

Спостерігається також різне ставлення до відпочинку, занять спортом тощо. Так, у Голландії спорт розглядають як хобі. Кожна людина може займатися будь-яким видом спорту, таким як теніс, їзда верхи, плавання тощо. Багато видів спорту є загальнодоступними, та розглядаються вони не як спосіб підтримання та поліпшення здоров'я, а як хобі – проведення вільного часу. Деякі види спорту можуть служити показником певного суспільного статусу людини, тобто матеріальна можливість займатися певним видом спорту (наприклад, гольф, парусний спорт, гірські лижі). В Японії фізичне тренування більшою мірою служить для

підтримання та поліпшення працездатності. У школах та на роботі фізичні вправи досить часто колективно виконуються перед початком роботи. Крім того, школи, а також і багато компаній традиційно кожного року організовують спортивні змагання.

Різним є ставлення японців та голландців до традиційної медицини. У голландському суспільстві існує протидія по відношенню до традиційної авторитарної, соматизованої медицини (дослідження стану тілесного здоров'я людини). Лікарі, особливо родинні, мають приділяти багато уваги умовам життя своїх клієнтів, їх індивідуальним побажанням. Прикладом цього може бути застосування альтернативної медицини (гомеопатія, лікування травами, акупунктура) чи, можливо, психотерапія. Серед японського суспільства все ще зберігається досить поважне ставлення до традиційної (західної) медичної моделі: населення надає перевагу ефективному медичному лікуванню над використанням таких не досить надійних засобів, як трави та психотерапія. Хвороба все ще розглядається на фізичному рівні, що психосоматична медицина кваліфікує як "ремонт зламаної машини". Слід зазначити, що для жінок обох країн існують більш високі мотивації щодо підтримання здоров'я за незначних культурних відмінностей. Також не виявлено значущих відмінностей між досліджуваними голландцями та японцями щодо психологічних факторів як основи здоров'я, але в ситуації довготривалої хвороби голландці проявили більш високі показники психологічної стабільності. Було також встановлено відмінність між представниками цих двох країн щодо соціальної підтримки. Японці є більш схильними порівняно з голландцями до твердження, що відсутність соціальної підтримки може бути причиною нездоров'я. Це зумовлено існуючими культурними цінностями, про що свідчать дослідження Г.Хофстеда (1980), С.Шварца (1994). Голландське суспільство є більшою мірою індивідуалістичним, тоді як у японців існує більша залежність від інших значущих особистостей (Strassberg, Akimoto, Kirchner, 1985). Результати досліджень (Bekker, Hentschel, Fujita, 1996) показали, що в японському суспільстві соціальне оточення також впливає на розуміння та ставлення до хвороби – меншою мірою до питань лікування, а більшою – до необхідності стати здоровим.

Результати даного дослідження можна узагальнити. Існує як схожість, так і відмінність культурно обумовлених звичок та відношень до здоров'я та хвороби. Група соціальних дослідників (Landrine, Kloff, 1994) запропонувала ідею та емпірично її підтвердила про те, що підвищення ефектив-

ності медичного лікування необхідно віднести до суб'єктивних очікувань пацієнтів. Досить значні переваги має традиційне медичне обслуговування та підтримання фізичної активності у досліджуваних японців, що знайшло своє відображення в державній медичній політиці. В Японії ставлення уряду до здоров'я та хвороби залишається медично орієнтованим, тобто проводяться профілактичні огляди з метою виявлення симптомів та подальшого лікування (Sonoda, 1988).

У 80-ті роки в політиці голландського уряду відбулися зміни у концепції суспільної охорони здоров'я, де головною метою стало підтримання здоров'я та досягнення благополуччя людей (Leew, 1989). У результаті цього з'явились нові напрямки психології здоров'я, наприклад такі, як "стиль життя". Так, у Голландії вже кожен сьомий психолог працює в цьому напрямку. Голландське суспільство зробило значний крок від традиційного (вторинного) медичного обслуговування до підтримання та укріплення здоров'я як частини первинного медичного обслуговування.

Існують добре відомі інтуїтивні допущення про те, що населення Японії більшою мірою є соціально орієнтованим до колективного способу життя, ніж західне індивідуалістичне суспільство. Ці відмінності можуть також впливати на психологію здоров'я та не бути досить помітними, але мати певні наслідки для проведення кампаній щодо підтримання та укріплення здоров'я.

Таким чином, для успішної реалізації концепції здоров'я людини важливим є факт диференційного добору відповідної системи медичного обслуговування залежно від традицій, менталітету та культури населення.

Контрольні запитання

1. Дати визначення та навести приклади особливостей стилю життя представників східної та західної культури.
2. Якими є результати дослідження групи вчених щодо особливостей базових культурних цінностей: стилю життя, ставлення до свого здоров'я – населення Голландії та Японії.
3. У чому полягають особливості сприйняття системи охорони здоров'я населенням Голландії та Японії.

Орієнтовні теми рефератів

1. Дослідження особливостей стилю життя в життєдіяльності населення східної та західної культури.

2. Порівняльний аналіз базових культурних цінностей населення різних країн світу (на прикладі Голландії та Японії). Можливі варіанти вибору досліджуваних країн.

3. Сучасний стан розвитку медицини та ставлення до неї населення Голландії та Японії.

1.5. Комплексний міждисциплінарний підхід до проблеми здоров'я, хвороби, третього проміжного стану (на прикладі порівняльного аналізу стану здоров'я населення України та Росії)

Очевидним є той факт, що наука про здоров'я має бути міждисциплінарною (рис.1). Вона народжується на стику наук: екології, медицини, психології, педагогіки, філософії, біології тощо (Брехман, 1990).

У концептуальному відношенні в основі науки про здоров'я "практично здорової людини" (Брехман, 1990; Войтенко, 1991) має знаходитися концепція здорової людини, яка живе в реальному та складному світі, насиченому стресовими впливами, які виникають за різних змін багатьох параметрів оточуючого біопсихосоціального середовища, що зумовлює втрату здоров'я людини і призводить до третього проміжного стану – між здоров'ям та хворобою (Ross, 1975; Баевский, 1979; Казначеев, Баевский, Берсенева,1980).

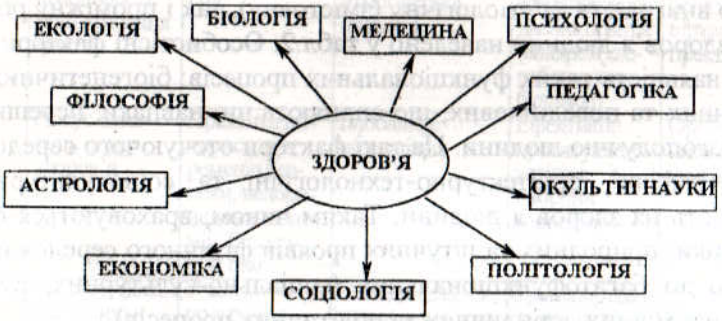


Рис. 1. Здоров'я – міждисциплінарна наука

Може виникнути питання, чи потрібна міждисциплінарна наука про здоров'я, якщо медицина історично, як вже вказувалось, проголосила збереження здоров'я своєю головною метою? Але якщо б це було дійсно так, то показники досягнень в охороні здоров'я мали б базуватися на

даних про зменшення ліжко-місць, закриття за непотребою лікарень та станцій швидкої допомоги, перекваліфікації частини лікарів на консультантів щодо здорового стилю життя. Зараз же показниками охорони здоров'я служать збільшення кількості відвідувань поліклінік, обсягів госпіталізації та викликів швидкої допомоги. Шлях виключно лікувальної медицини і поліклінічної охорони здоров'я є хибним. Задачі первинної профілактики не вкладаються у межі традиційної медицини, тому потрібна не альтернативна, а подружня медицині наука – наука про здоров'я "практично здорової людини".

Заслуговує на увагу концепція американського вченого А.Антоновського (1979), котрий використовує термін "salutogenesis" (салютогенезис) по відношенню до особливостей становлення емоційного та фізичного благополуччя людини. "Салютогенна" орієнтація відрізняється у визначенні сутності поняття здоров'я порівняно з більш традиційними моделями, що роблять акцент на понятті стану хвороби. Антоновський звертає увагу на психогенетичні фактори здоров'я, особливо індивідуальне почуття зрівноваженості людини, яке сприяє протидії потенційно негативного впливу на здоров'я стресогенного перебігу життєвих подій. У більш широкому значенні термін "салютогенезис" позначає не тільки ресурси психологічного опору, а також включає широкий спектр біологічних поведінкових та екологічних процесів, що знижують уразливість людини до хвороби та сприяють поліпшенню їх самопочуття.

Декілька категорій факторів особистості та оточуючого середовища, що відіграють як етіологічну (змістовну), так і проміжну роль для стану здоров'я людини наведено у табл.2. Особистісні фактори включають наявність таких функціональних процесів: біогенетичних, психологічних та поведінкових, що сприяють чи, навпаки, перешкоджають благополуччю людини. Це такі фактори оточуючого середовища, як географічні, архітектурно-технологічні та соціокультурні, що впливають на здоров'я людини. Таким чином, враховуються обидва показники: природних та штучних проявів фізичного середовища додатково до багатофункціональних (соціально-культурних, культурних, економічних, юридичних та політичних процесів).

Таблиця 2

Фактори особистості та середовища здоров'я / хвороби людини

БІОПСИХОБІХЕВІОРІАЛЬНІ ФАКТОРИ			СОЦІОФІЗИЧНІ ФАКТОРИ СЕРЕДОВИЩА		
Біогенетичні	Психологічні	Поведінкові	Географічні	Архітектурні та технологічні	Соціокультурні
Історія хвороби (анамнез хвороби)	Відчуття узгодженності	Дієтичний режим	Кліматичний та географічний ризики (землетруси, затоплення, урагани, торнадо, засуха, високі температури)	Архітектура протидіюча травматизму	Соціоекономічний статус індивідуумів чи груп
Розповсюдження інфекції, патогенних чинників (вірусів, бактерій)	Психологічні труднощі	Вживання алкоголю	Забруднення землі, води	Нетоксичні конструкції матеріалів у будинках	Соціальна підтримка (соціальна ізоляція) соціальний конфлікт, тяжкі втрати
Імунологічна властивість	Самоповага	Паління	Забруднення землі родоном	Ергонометричний дизайн робочих місць та інших об'єктів довкілля	Соціальний клімат у сім'ях, організаціях, установах
Прищеплення та анамнез лікування	Оптимізм	Елементи фізичних вправ	Ультрафіолетова радіація	Естетика довкілля	Моделювання процесів відповідності
Природжена непрацездатність	Песимістичні особливості повідомлення фактів	Особливості сну	Зниження атмосферної іонізації	Внутрішнє та зовнішнє забруднення повітря (синдром хвороботворних будинків)	Культурні та релігійні вірування та практика
Травми, непрацездатність	Локус контроль стану здоров'я	Практика використання ременів безпеки, велосипедних шоломів. Безпечний секс	Глобальне потепління	Ефективне проектування установ охорони здоров'я	Організаційна чи політична нестабільність
Серцево-судинна реактивність	Міжособистісні навички (уміння)	Участь у програмах підтримання здоров'я	Наслідки для здоров'я у зв'язку з зниженням біологічної різноманітності	Транспортна та пасажирська безпека	Економічні зміни (втрати роботи та відповідні стресогенні життєві події)
Хронологічний вік	Екстраверсія	Вживання рекомендованих ліків	Потенціал відновлення дикої природи та інших джерел навколишнього середовища	Шумове забруднення	Комунікації, пов'язані з питанням здоров'я та засобами масової інформації

Закінчення табл. 2.

Стадія розвитку	Схильність до коронарного типу А	Використання громадських служб охорони здоров'я та їх ресурсів		Електромагнітна радіація	Програми підтримання здоров'я в організаціях та установах (навчання здоров'ю)
Стать	Схильність до онкологічного типу С	Рішення, спрямовані на охорону здоров'я та дії від імені інших		Якість води та систем лікування	Законодавство, спрямоване на укріплення здоров'я
	Депресія / Тривожність			Профілактика забруднення землі та санітарних систем	Постанови захищаючі оточуюче середовище
	Ворожість / підозрілість				Доступність безпеки здоров'я та громадських установ здоров'я

У роботі П.Ф.Баб'юк та В.О.Гребенщикова "Здоров'я людини – важливий фактор функціонування держави" (1998) наведено результати змістовного статистичного аналізу стану здоров'я населення України різних вікових категорій. На сьогоднішній день в Україні налічується 6 млн громадян, котрі страждають на серцево-судинні захворювання, 1,2 млн – на психічні, 74 тис. – на онкологічні і майже стільки – на туберкульоз, 700 тис. – на алкоголізм, 1,5 млн людей проживають в екологічно забруднених районах. Лише 1996 р. померло 145 тис. осіб працездатного віку. В Україні проживає 14 млн пенсіонерів (28 % усього населення). Сьогодні народжуваність в Україні становить 9,6 осіб на 1 тис. населення (1913 р. цей показник у царській Росії досягав 45,5). Смертність серед населення в Україні становить 15,4 особи на 1 тис. населення. За останні шість років у нашій державі померло на 1,2 млн людей більше, ніж народилося. За прогнозами фахівців, до кінця століття ця цифра подвоїться. Середня тривалість життя жінок не перевищує 73, а чоловіків – 62 років.

Наслідком найстрашнішої техногенної катастрофи XX ст. – аварії на Чорнобильській АЕС – може бути те, що з життя піде 1 млн осіб і буде зафіксовано приблизно 120 тис. генетичних дефектів. Станом на 1 січня 1998 р. чисельність громадян, які мають статус постраждалих внаслідок катастрофи на ЧАЕС становила 3,1 млн осіб (більше 6 %). Майже 5% населення України проживає на території, що зазнала ра-

діаційного забруднення. Наприкінці 1997 р. 791 непрацездатний припадав на 1 тис. працездатних.

Держава виділяє на надання медичних послуг кожному громадянину України протягом року 19 доларів, тоді як у США на кожну людину припадає 3,5 тис. доларів на медичне обслуговування.

У результаті Чорнобильської катастрофи понад 80 % українських дітей є хворими. Через відсутність належних очисних споруд в атмосферу щороку викидається понад 12 млн тонн шкідливих речовин. Зони екологічного лиха охопили близько 30 % нашої території. У водойми України тільки в 1997 р. скинуто 1,5 тис. тонн нафтопродуктів, 18 млн тонн сульфатів, 2,2 млн тонн хлоридів, 58 тис. тонн нітратів.

За останні 10 років з'явились нові захворювання – синдром хронічної втоми і синдром дисбалансу з навколишнім світом. Симптомами хвороб є:

різка зміна настрою;
зниження працездатності;
втрата інтересу до життя;
відсутність стимулів до діяльності;
швидка втомлюваність;
розбитість;
підвищена чутливість до погодних явищ.

На певній стадії захворювання ще додаються порушення кровообігу і травлення, біль у серці та шлунку, проблеми зі сном, загальна нервозність, зниження імунітету до інфекційних захворювань. Нерідко подібний розвиток подій у фіналі викликає інфаркт міокарда.

Захворювання виникає в результаті нескінченних стресів, конфліктних ситуацій, постійного емоційного перевантаження, екстремальних умов нашої дійсності, складної криміногенної обстановки.

Результатом недосконалого способу життя є те, що понад 60 тис. наших підлітків знаходяться у в'язниці, 40 тис. виключено із школи, 2,5 тис. вживають наркотики, а це є резервом для поповнення злочинності. Кожен четвертий восьмикласник і кожен другий одинадцятикласник вживають алкоголь.

За даними Е.І.Гончарука, Ю.В.Бороненко, Р.І.Марценюка (1989), для населення України, на першому місці за останні 10–15 років знаходяться: хвороби кровообігу, на другому – злоякісні новоутворення, на третьому – нещастні випадки, отруєння і травми, на четвертому – хвороби органів дихання.

У багатьох містах зростає показник онкологічних захворювань. Особливо в місцевостях, де спостерігається надмірна забрудненість повітря, наприклад, у Дніпродзержинську. Високим залишається показник захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Так, для робітників та службовців він становить 70–80% загального рівня. У результаті аналізу визначено високий ступінь залежність рівня захворюваності від характеру виробництва і стану техніки безпеки.

Значні економічні та соціальні витрати є пов'язаними з професійними захворюваннями, які в деяких регіонах набувають масового характеру. Поглиблене вивчення поширення професійних патологій у нашій країні по галузях народного господарства свідчить, що 40–50% з них припадає на робочих вугільної промисловості, 11–15% – металургійної, 9–13% – машинобудівної, 2–4% – хімічної, 1–2% – легкої, 10–17% – на працівників сільського господарства і 2–3% – будівництва.

За регіональним показником зростання рівня захворюваності спостерігається в тих областях, де є галузі важкої промисловості (вугільна, металургійна, хімічна, машинобудівна). Самі високі показники захворюваності відмічаються у Луганській, Дніпропетровській, Донецькій та Запорізькій областях, де цей показник, наприклад, у 1990 р. був майже на третину вищим (у розрахунку на 100 працівників), ніж у Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській областях.

На сьогоднішній день актуальними є комплексні проблеми людей середнього віку життя (30–49 років), а саме: соціально-психологічні та медико-біологічні. Психофізіологічні та індивідуально-психологічні аспекти – це відчуття та сприйняття, динаміка стану психічного та фізичного здоров'я людей другої половини особистісного та професійного життя. Фундаторами цього напрямку досліджень були (Юнг, 1964; Братусь, 1981; Анциферова, 1981; Basiro, 1985). Дослідження з цієї проблеми проводилися на факультеті соціології та психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Було опубліковано методичні настанови відповідної орієнтації "Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку" (Корнієнко, 1998).

Для початку рекомендуємо познайомитись з досить сумною, але достовірною інформацією, опублікованою в "Статистичному щорічнику України" за 1993–1996 рр.(табл. 3).

Таблиця 3.

Смертність населення України в 1985, 1991, 1996 роках від нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх дій за статтю та віком (кількість померлих на 100 000 осіб, відповідної статі та віку)

Усього померлих	1985		1991				1996			
	Чол.	Жін.	Чол.	91-85р.	Жін.	91-85р.	Чол.	91-96р.	Жін.	91-96р.
	162,0	44,0	207,0	45,4	51	7	267,1	59,7	63.3	12,3
молодше 20 років	45,8	22,0	53,4	7,6	24,5	2,5	51,8	-1,6	23,1	-1,4
20-24	140,7	20,4	182,6	41,9	29,9	9,5	195,6	13	36,6	6,7
25-29	167,1	22,5	216,2	49,1	29,3	6,8	249,4	33,2	44,1	14,8
30-39	200,2	32,7	269,9	69,7	40,8	8,1	335,1	65,2	55,7	14,9
40-49	277,2	55,1	333,6	56,4	62,7	7,6	451,1	117,5	82,6	19,9
50-59	259,0	61,8	347,4	88,4	72,0	10,2	507,1	159,7	101,3	29,3
60-69	197,0	58,5	244,0	47	64,9	6,4	349,6	105,6	81,7	16,8
70 і старіше	211,4	95,0	226,4	15	97,3	2,3	258,6	32,2	104,2	6,9

Для зручності сприйняття статистичного матеріалу, наведеного в табл.3, вважаємо за доцільне виділити динаміку досліджуваних параметрів під час важливих геополітичних, соціально-економічних та психологічних етапів розвитку України, а саме: 1985, 1991, 1996 рр. Вибір років для порівняльного аналізу зумовлено, на нашу думку, вирішальними подіями, пов'язаними з отриманням Україною незалежності. Стрімкі соціально-політичні, економічні зміни, спричинені розвалом Радянського Союзу, схожі події у східноєвропейських країнах, переорієнтація суспільної свідомості на ринкові відносини, структурні, організаційні зміни усталеного життя та економічного укладу, необхідність у нових професіях, новому стилі управління в державотворенні та впровадженні новітніх технологій, поява нового прошарку безробітного населення серед різних вікових категорій населення могли бути причиною певної частини самогубств та інших показників смертності серед працездатного населення України.

Як видно з табл.3, спостерігається стійке зростання виявів суїцидальної поведінки серед людей середнього віку. Найвищі показники смертних випадків серед чоловіків та жінок 30–39 та 40–49 років знаходяться в межах відповідно 335,1–451,1 та 55,7–82,6 на 100 тис. населення. Більш виразним є лонгітюдний аналіз терміном у п'ять-шість років та виділення різниці в даних показниках, наприклад, між кількістю суїцидів серед чоловіків 30–39 років у 1985-1991 рр. У запропонованій таблиці слід знайти відповідне число, воно становить 69,7 (різниця), абсолютні показники 200,2 та 269,9. Драматична ситуація також спостерігається у двох інших вікових групах 40–49 та 50–59 років. Додаткове включення до аналізу останньої групи обумовле-

но прагненням виділення небезпечної поведінки для людей літнього вікового періоду. Вражають прогресуючі показники різниці суїцидальних випадків у трьох вікових групах на період 1991–1996 рр. на 100 тис. населення: для віку 30–39 років – 65,2 (різниця), абсолютні показники – 269,9 та 335,1; 40–49 років – 117,5 (різниця), абсолютні показники – 333,6 та 451,1 та 50–59 років – 159,7 (різниця), абсолютні показники 347,4 та 507,1. Наведемо результати порівняльного характеру лонгітюдних досліджень серед чоловіків та жінок за 1991–1996 рр. (табл.4).

Таблиця 4

Порівняльній аналіз лонгітюдних досліджень смертності серед чоловіків та жінок за 1991 та 1996 р.

Вік	Роки, стать, показники смертності				Різниця	
	1991		1996			
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
30-39	269,9	40,8	335,1	55,7	65,2	14,9
40-49	333,6	62,7	451,1	82,6	117,5	19,9
50-59	347,4	72,0	507,1	101,3	159,7	129,3

З даних таблиці можна дійти висновку щодо негативної динаміки смертності від самогубств (можливо, з інших причин) серед чоловіків та жінок працездатного середнього віку як етапу формування закономірного проміжного, психосоматичного стану в функціонуванні організму. Це означає, що паралельно із закономірними онтогенетичними, віковими, психофізіологічними змінами можуть формуватися в певних органах та системах як патологічні, так і тимчасові функціональні порушення в життєдіяльності організму. Тому питання ранньої діагностики, корекції та підтримання психосоматичного стану здоров'я на індивідуально необхідному рівні є важливою теоретичною і практичною проблемою сьогодення.

Оглядову стаття автора (1999) присвячено дослідженню "Проблем збереження психосоматичного здоров'я людей середнього віку життя", що відкриває нові перспективи для викладання навчальних курсів "Вікова психологія" і "Медична психологія". Студентам-психологам, аспірантам рекомендується загальний огляд публікацій вітчизняних та зарубіжних фахівців, що досліджують комплексні проблеми життєдіяльності людей середнього віку життя: (медико-біологічні аспекти здоров'я, хвороби та проміжного психосоматичного стану); когнітивні аспекти (стратегії переборення складних життєвих ситуацій та проблем); емоційні аспекти (здатність регулювати та контролювати депресивний стан, страх, емоційну нестабільність);

мотиваційні аспекти (особисті цінності, інтереси стосовно здорового способу життя, методів підтримання позитивної установки, спрямованої на суб'єктивний та об'єктивний стан здоров'я).

З метою формування більш повного уявлення про стан психосоматичного здоров'я населення України (відчуття та сприйняття), конкретних виявів психічного та фізичного стану людини вважаємо за необхідне навести останні наукові дані та найсучасніші розробки з питань валеологічної освіти як важливого чинника забезпечення життєдіяльності здорової у психосоматичному відношенні нації.

Так, З.П.Плохій (1998) у своїй роботі "Валеологія та екологія в змісті шкільної освіти" наводить результати порівняльного аналізу анкетування школярів у США та колишньому Радянському Союзі. Так, серед американських школярів здоров'я посідає перше місце на шкалі життєвих цінностей. У наших школярів здоров'я знаходиться на сьомому-восьмому місці. Навіть серед дорослих здоров'я посідає четверте місце в ряду основних життєвих цінностей.

На сьогоднішній день в Україні активно займаються фізкультурою та спортом 6–8%, тоді як у США – 60, а в Японії – 80% населення країни. Культ здоров'я є невід'ємною частиною життя американців. Вони вважають, що здоров'я – це найбільша цінність не лише окремої людини, а й усього суспільства.

У програмі С.С.Волкової (1993) "Основи здорового способу життя" досліджуються такі чинники, як: ріст і розвиток людини, загальні відомості про здоров'я (профілактика захворювань), основи харчування, основи гігієни, технологія здоров'я, сімейне життя і здоров'я, попередження порушень життєдіяльності людини в екстремальних умовах, вживання шкідливих речовин і зловживання, екологія та здоров'я. Для вивчення ставлення школярів до дисципліни "Основи валеології" викладачами факультету здоров'я, фізичного виховання та спорту Запорізького держуніверситету було проведено анкетування 55 учнів 10-11-х класів, із них 31 дівчина і 24 юнака. Необхідність вивчення даної дисципліни в школі позитивно сприймають 93% юнаків і всі дівчата. Зацікавлення у юнаків викликає запропонований матеріал, у дівчат – новизна дисципліни. На цінність одержаних знань вказали 75% юнаків і 94% дівчат. 88 % юнаків і 90% дівчат вважають, що одержані знання допомагають їм жити сьогодні і вчать жити завтра. Уроки валеології явно вплинули на ставлення до фізичної активності. 75 % юнаків і 65 % дівчат стали свідомо й активно відвідувати уроки фізичного виховання, 83% юнаків і 65% дівчат почали регуля-

рно займатися фізичними вправами вдома. Учні виявили цікавість до всіх запропонованих тем, не одну з них не було викреслено, найбільш необхідними, цікавими і корисними юнаки вважають такі:

основи самомасажу;

прийоми регулювання емоційного стану;

основи особистого щасливого життя;

основи контрацепції.

У доповіді О.В.Корнієнка (1998) "Етапи формування науки валеології як основи безпеки життя людей XXI століття" сформульовано теоретико-методологічні засади філософсько-психологічних, соціально-психологічних, медико-біологічних, психофізіологічних та психодіагностичних аспектів руху за "здоров'я практично здорової людини", проведено детальний аналіз науково-практичних підходів до цього питання вчених різних країн світу.

С.Д.Литвин-Кіндратюк (1998) інформує, що співробітниками науково-методичного центру "Українська етнопедагогіка і народознавство" АПН України і Прикарпатського університету імені Василя Стефаника розпочато розробку одного із варіантів проекту "Підготовка психолого-педагогічних профілактичних програм з організації здорового способу життя школярів засобами народознавства". У доповіді В.І.Докаш (1998) на тему "Християнські принципи здорового способу життя як умова формування духовності особистості" порушуються питання взаємозалежності особистості та її здоров'я. М.Е.Бауер (1995) у роботі "Формування основ християнської моралі в процесі духовного відродження України" підкреслює тенденції зростання релігійного фактора у виховному процесі. Йдеться про необхідність відновлення духовної спадщини, що історично базувалася на основі християнських норм життя та моралі. Звертаючись до витоків християнської духовності, ми нібито по-новому знаходимо шлях до очищення свого ідеалу від агресивних форм досвіду. Тим більше, що молодь виявляє зацікавленість біблійними текстами, це питання становить суттєвий бік її духовного стану. У 95% респондентів Біблія викликає найбільшу зацікавленість, 99% є знайомими з її фрагментами. Л.М.Коханенко у роботі "Проблеми валеологічної культури в психологічній спадщині І.О.Сікорського" (1998) наголошує на загостренні проблеми здоров'я вчителів та учнів, що є стимулом пошуку дієвих засобів та методів для вирішення цього складного питання, тому доцільно вводити у навчальних закладах оздоровчий режим та бережливу технологію навчання. Підкреслюючи значущість фундаментальних праць видатного представника української і російської педагогіки, пси-

хології, психіатрії, невропатології тощо, автор розглядає проблеми, які розкриває у своїх працях І.О.Сікорський (1842–1919): роль раціонального виховання, значення сну та відпочинку для нервово-психічного здоров'я, регулювання дихання та нервовопсихічна гігієна.

Першими колективними спробами видання оздоровчо-просвітницьких програм були роботи групи авторів "Концепція неперервної валеологічної освіти в Україні" (Бойченко та ін., 1994) та "Здоров'я (валеологія): Стандарт навчального українознавчого курсу ..." (Кононенко, 1995). Дві названі вище концепції, безумовно, відбивають національно орієнтовану ідею, спрямовану загалом на гасла: "Здоров'я українського генофонду", "Народні традиції, засоби лікування, профілактики тощо". У цей же період з'явилися також науково обгрунтовані реалістично детерміновані програми, авторами яких були представники природничих наук: медицини, психології, педагогіки та ін. (Апанасенко, 1993; Войченко, Горащук, Царенко, 1994; Горащук, 1994).

З нашого погляду, більш інтегрованими є концепції фундаторів науки про "здоров'я здорових" – валеології (Брехман, 1990; Войтенко, 1991; Севастьянова, Козловська, Масалтина, 1995; Гончаренко, 1995), суть яких полягає в об'єднанні філософсько-психологічних, релігійних, екологічних, медико-біологічних, соціально-психологічних, психофізіологічних, біохімічних аспектів таких понять: здоров'я, хвороба, психосоматичний стан (між здоров'ям та хворобою), формування, розвиток, корекція та підтримання "здоров'я практично здорової людини".

Становлять інтерес дані, наведені у журналі "Основи безпеки життя" про стан психосоматичного здоров'я молоді у Росії. Смертність серед підлітків за останні роки зросла більше ніж на третину, тільки у 1997 р. 2 тис. дітей покінчили життя самогубством. Такі дані наведено на прес-конференції з'їзду Союзу громадських сил "За спасіння дітей Росії". Організатори з'їзду поставили завдання консолідації всіх громадських об'єднань для виведення дітей з "зони соціального лиха", у якій опинились сучасні діти Росії. Як зазначалося на прес-конференції, за 1996 р. чисельність дітей зменшилась на 700 тис., а за останні п'ять років – на 3,7 млн людей. Дитяча смертність в Росії є в три рази вищою, ніж у Західній Європі.

Так, за даними Генеральної прокуратури Російської Федерації, МВС Росії, Госкомстату Росії та незалежних аналітичних центрів, більше двох третин російських сімей, котрі мають дітей, опинились

за межею бідності. Із 37 млн дітей країни стали безпритульними, 500 тис. дітей – сиротами чи залишились без батьківського піклування.

За даними органів внутрішніх справ Росії, на перше січня 1998 р. на обліку за систематичне вживання спиртних напоїв та наркотиків було близько 90 тис. неповнолітніх. У минулому році зафіксовано більше 1 млн правопорушень, вчинених малолітніми громадянами. Причому більше 200 тис. неповнолітніх скоїли злочини.

Як зазначалось на прес-конференції, в 1997 р. у 93 прийомника-розподільника країни потрапило більше 58 тис. підлітків.

За останній час значно погіршилось здоров'я дітей. Чверть всіх дівчат та хлопчиків Росії страждають на психічні захворювання, дві третини мають серйозні хронічні захворювання, Крім цього, за 10 останніх років у 20 разів збільшилась кількість розумово відсталих дітей.

Контрольні запитання

1. У чому полягає сутність міждисциплінарної науки про здоров'я сучасної людини?
2. Розкрити основні положення концепції про "здоров'я практично здорової людини" за працями (Брехмана, 1990; Войтенко, 1991 та ін.).
3. Охарактеризувати тенденції розвитку традиційної медицини та її альтернативного напрямку "здоров'я практично здорової людини", які очікуються у новому XXI ст.
4. Особливості концепції А.Антоновського (1979) про фактори особистості та середовища здоров'я та хвороби людини.
5. Опишіть сучасний стан психосоматичного здоров'я населення України різних вікових категорій.
6. Наведіть дані щодо професійних захворювань населення працездатного віку різних регіонів України.
7. Опишіть трагічні наслідки Чернобильської аварії в Україні та інших об'єктивних (природних), суб'єктивних (залежних від життєдіяльності людини) явищ та динаміку здоров'я населення нашої держави з 1986 по 1999 р.
8. Якими є соціально-психологічні та медико-біологічні проблеми людей середнього віку життя 30–39 та 40–49 років (за матеріалами досліджень вітчизняних та зарубіжних фахівців).
9. Проаналізувати динаміку смертності від комплексних причин серед населення України різного віку: 20–24; 25–29;30–39;40–49 за період 1985, 1991, 1996 рр.

10. Навести приклади досліджень ставлення до здоров'я та відповідного способу життя учнівської та студентської молоді різних країн світу.

11. Результати яких останніх досліджень психосоматичного здоров'я української молоді ви знаєте (навчально-освітні програми, масові заходи, профілактична діяльність) ?

12. Загальний стан психосоматичного здоров'я молоді Росії.

Орієнтовні теми рефератів

1. Проблема дослідження міждисциплінарності наукового напрямку здоров'я людини.

2. Основні положення концепції "здоров'я практично здорової людини".

3. Взаємозв'язок та взаємовплив традиційної та альтернативної медицини на початку XXI ст.

4. Концепція "салютогегезісу" як альтернатива до психосоматичного напрямку досліджень.

5. Загальний огляд психосоматичного здоров'я населення України.

6. Порівняльний аналіз професійних захворювань працездатного населення України.

7. Дослідження динаміки стану здоров'я населення України з 1986 по 1999 р.

8. Комплексні проблеми психосоматичного здоров'я людей середнього віку життя (30–39 та40–49 років).

9. Динаміка смертності на Україні за 1985, 1991, 1996 рр. від: нещасних випадків, вбивств, самогубств та інших зовнішніх дій – за статтю та віком.

10. Сучасні дослідження здорового способу життя (чи його альтернативи) учнівської та студентської молоді різних країн світу.

11. Критичний аналіз авторських програм підтримання психосоматичного здоров'я молоді.

12. Порівняльний аналіз дослідженя психосоматичного здоров'я молоді України та Росії.

Розділ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАМ ТА МЕТОДІВ ПІДТРИМАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я

2.1. Використання філософсько-психологічних, соціально-психологічних, релігійних, медико-біологічних, психофізіологічних методів та відповідних знань, умінь, навичок народної, традиційної та сучасної медицини для підтримання гармонійної життєдіяльності організму людини

Існують три різновиди медицини: народна, традиційна та сучасна (Бромлей, Воронов,1976; Брехман,1975; Яковлев,1975; Болтарович,1990; Белик,1990). Народна та традиційна медицина відрізняються за способом передачі накопичених знань: у першій це відбувається усно, у другій – письмово.

Народна медицина (усна передача) є поширеною в традиційних, в основному неписьменних суспільствах (індіанці басейну річки Амазонки, індіанці, котрі живуть на плоскогір'ях Анд, бушмени пустелі Калахарі і т.п.).

До традиційної медицини відносять системи китайської, індійської, тибетської, арабської медицини тощо. Письмова фіксація накопичених знань поєднується у них з наявністю спеціальних шкіл.

Загалом обидва ці види медицини є і традиційними, і народними, оскільки вони спираються на тисячолітню традицію та уособлюють історичний досвід народів. Через це точніше б було говорити про народну (традиційну) медицину, що доповнює сучасну медицину з її розвинутим технічним потенціалом.

На сьогоднішній день поступово зникає стереотип сприйняття народної медицини як хибної, шарлатанської, здатної привернути увагу тільки неосвічених людей. Але нерідко вона усе ще постає у формі розрізнених відомостей про лікарські рослини, різного характеру замовляння, магію, чаклунство та інші подібні речі. Це принципово невірне уявлення.

За свою багатотисячолітню історію народна медицина зібрала значний арсенал фармакологічних та інших засобів впливу на здоров'я людини. Наприклад, тільки лікарських рослин, які використовуються в народній медицині багатьох країн світу, налічується більше 10 тис.

Необхідно підкреслити унікальність народної медицини: ця складна система терапії враховує вік, стать хворої людини, природні умови (екологію) місцевості, де вона проживає, час (сезон року), навіть фази Місяця. Народна медицина включає в себе знання з анатомії та фізіології людини, уявлення про причини та діагностику хвороб, основи фармакології, хірургії та травматології, акушерства та гінеколо-

гії, педіатрії та фізіотерапії, психотерапії та, нарешті, санітарії, гігієни та косметики. У ній комплексно використовуються лікарські препарати, масаж, психофізіотерапія (тепло, холод, вода), дієтологія тощо.

Фундаментальне значення народної медицини полягає в комплексному впливі на цілісність (єдність) душі та тіла людини протягом усього життя – від народження до смерті – і не тільки тоді, коли людина хворіє, але й коли вона здорова. Річ у тім, що народна медицина є органічною частиною життя етнокультурного суспільства, призначення якої – активна дія з метою охорони здоров'я людини, що грунтується на системі цінностей та релігійних вірувань цього суспільства.

У народній медицині велике значення мають різні, поширені серед представників того чи іншого народу особисті гігієнічні прийоми. Природним є те, що санітарні норми та правила особистої гігієни відрізняються залежно від різних умов (екології) життя та традицій. Важливу роль відіграє гігієна та санітарія в народній педіатрії: це й особливості годування, сповивання, миття та загартування дитини і т.п.

Необхідно підкреслити, що норми гігієни та санітарії є обов'язковими для всіх членів етнокультурного суспільства. Як правило, вони є освяченими релігійною та ідеологічною системою, закріпленими в традиціях, віруваннях, ритуалах. Від дотримання цих норм нерідко залежить виживання того чи іншого народу, племені і т.п.

Слід зазначити, що головна особливість народної медицини – це комплекс різних засобів впливу на хворого: лікарські засоби, фізіотерапія, м'язові рухи (коли це можливо), а також психологічна дія слова, музики, танцю. Як правило, засоби народної медицини об'єднувала в цілісну систему та чи інша форма психотерапії – групової чи індивідуальної. Завдяки багатовіковому добору форм та методів, психотерапія стала тією галуззю знань, в якій народні цілителі досягли значних успіхів.

На думку Г.Райта, психоаналіз тільки по-новому відкрив та виклав у нових поняттях той підхід до лікування хвороб, який існував ще на світанку людства. Знахарі первіснообщинних племен користувались засобами психоаналізу з вражаючою майстерністю. У конкретному процесі лікування психотерапія досить часто виступає інтегративною часткою, тоді як у межах народної медицини вона несе низку інших суттєвих функцій. Розглянемо дві найважливіші.

Так, психотерапевтичні прийоми спрямовуються не тільки на лікування хворих людей, вони перш за все використовуються в ритуалах, що охоплюють усіх дорослих членів суспільства. Таким чином відбувається

й одночасна профілактика захворювань невротичного характеру, попередження можливих патологічних відхилень у поведінці.

Позитивний психотерапевтичний ефект у багатьох випадках грунтується на вірі в цілителя, на довірі до нього. Народні цілителі мають великий авторитет серед свого оточення, нерідко вони є представниками релігійного культу – специфічного соціального прошарку.

На нашу думку, заслуговує на увагу аналіз періоду формування, становлення та трансформації народної медицини як одного з напрямків досліджень у межах етнографічної науки на теренах колишнього Радянського Союзу. Свідченням актуальності цього напрямку досліджень є проведення конференцій та симпозіумів, присвячених комплексному вивченню питань народної медицини, в роботі яких брали участь спеціалісти різного профілю: медики, біологи, біохіміки, етнографи, лінгвісти. Головними темами були: розширення використання природних ресурсів лікарських рослин з урахуванням вивчення досвіду народної медицини; етнографічні аспекти вивчення народної медицини; медична ботаніка тощо.

Таке зацікавлення з боку дослідників до цієї галузі знань є складовою широкого міжнародного інтересу, який викликає дана проблема на сучасному етапі. Традиційний досвід, добутий в галузі народної медицини, вивчається в багатьох країнах (Bouquet, 1969; Densmore, 1974; Gunn, 1966; Logan,1972; MacDonald, 1974; Тілкова, 1985). Питання народної медицини постійно знаходяться в полі зору Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка підтримує прагнення до використання її ресурсів у національних системах охорони здоров'я. Так, у роботі О.Акареле (1983) йдеться про необхідність використання надбань народної медицини.

Загальний інтерес до цієї галузі народної культури є закономірним і зрозумілим. Його викликано перш за все прикладними аспектами народної медицини, можливостями багатовікового, надзвичайно багатогранного досвіду в галузі медичних знань. В останні роки значно активізувалась зацікавленість природними лікарськими засобами, їм надається перевага над синтетичними. Дедалі більш очевидною стає дієвість багатьох методів народної медицини. Сьогодні можна назвати цілу низку наукових засобів лікування, які увійшли в сучасну медицину з народної лікарської практики.

Контрольні запитання

1. Дати загальну характеристику традиційної медицини, спираючись на праці фундаторів даного напрямку.

2. Дати загальну характеристику сучасної медицини, спираючись на праці фундаторів даного напрямку.

3. У чому полягає інтерес фахівців до народної медицини та актуальність на сучасному етапі розвитку суспільства.

4. Указати на причини стереотипного сприйняття народної медицини.

5. Розкрити комплексність методів народної медицини при діагностиці, лікуванні, профілактиці та сприянні здоровому способу життя людей різних вікових категорій.

6. Яке значення у формуванні, розвитку та сучасному стані народної медицини мають особливості національного характеру

7. Які, на вашу думку, існують загальні підходи у практичній роботі з людьми між народною медициною та сучасним психоаналізом, психотерапією.

8. Підтвердити прикладні аспекти народної медицини, її авторитетність, результативність.

Орієнтовні теми рефератів

1. Народна медицина та її значення в історії людства.
2. Дослідження етнокультурних особливостей традиційної медицини.
3. Тенденції розвитку сучасної медицини.
4. Цінність народної медицини на сучасному етапі розвитку суспільства.
5. Причини стереотипного сприйняття народної мелдицини на переломному етапі розвитку пострадянського суспільства.
6. Комплексність методів народної медицини як умова гармонійного життя людей різних вікових категорій.
7. Національні чинники розвитку та сучасного становлення народної медицини.
8. Першоджерела формування народної медицини – психоаналіз та психотерапія.
9. Прикладний характер існування народної медицини у сучасній системі медичних знань.

2.2. Необхідність загальнорозвиваючих (оздоровчих), корекційно орієнтованих програм для підтримання психосоматичного здоров'я

Далі проаналізуємо причини звернення людей до таких загальнокорекційних методів підтримання здоров'я "практично здорових людей", як фізичні, дихальні вправи, масаж (класичний, східний), психологічна саморегуляція, біг підтюпцем, загартування, психотерапія, психоаналіз тощо. Серед відомих вчених-популяризаторів цих мето-

дів можна назвати К.Купера, З.Фрейд, В.К.Бальсевича, М.М.Амосова, Я.А.Бендета, Б.Д.Карвасарського, К.Серізаву, Й.Шульца.

Очевидно, що сьогодні вітчизняна та зарубіжна сучасна медицина часто не в змозі повністю допомогти хворій людині через комплекс причин, серед яких провідне місце посідають: алергізація населення, психосоматичні та поведінкові розлади, серцево-судинні, ендокринні, шлунково-кишкові хвороби, а також значне підвищення онкологічних захворювань, негативні явища, пов'язані з погіршенням екології. Через відсутність заходів, які знижують вплив патогенних явищ оточуючого середовища, а також є спрямованими на стимулювання захисних бар'єрів організму, спостерігається короткотривалий ефект від лікування, виникає залежність пацієнтів від ліків. У результаті тривалого лікування знижується опір організму, і це призводить до погіршення як соматичного, так і психічного здоров'я.

Можливо, найбільш значним проривом у розумінні етіологічних процесів за останні п'ятдесят років було визнання таких факторів ризику захворюваності, як спосіб життя та поведінки. Цим питанням присвячено фундаментальну працю Р.Долла, А.Хілла (1964) про вплив паління. Було також проведено епідеміологічні та лабораторні дослідження, у результаті яких було доведено, що паління, вживання алкоголю, відсутність фізичних навантажень є основними факторами ризику для здоров'я.

Загальноприйнятим вважається факт, що одним із компонентів здорового стилю життя є фізична активність. Відомий американський спеціаліст із оздоровлення населення К.Купер (1987) писав, що після публікації в кінці 60-х років його книги "Аеробіка" у Сполучених Штатах Америки відбулися значні зміни в здоров'ї людей. Між 1968 та 1977 р. спостерігалось зниження смертності від серцево-судинних захворювань на 23%, від інсультів – на 36%, від гіпертонії – на 48%. Крім цього, як стверджує К.Купер, за період з 1971 по 1977 р. тривалість життя американців зросла на 2,7 роки порівняно з попередніми десятиліттями. Х.Хіатт (1985) спостерігає підвищений інтерес американців до занять "спортом для всіх". Збільшення кількості прихильників здорового способу життя та зменшення кількості тих, хто палить та вживає алкоголь, за виключенням маргінальних прошарків населення (а їх нараховується до 40 млн осіб), частково викликано постійним підвищенням вартості медичного обслуговування.

У 60-ті роки масовий спорт та фізична культура в колишньому Радянському Союзі не були достатньою мірою розвинутими, тоді як у західних країнах під егідою Європейської ради виник рух "Спорт для

всіх" (Sport for all). Він став набирати силу та сьогодні являє собою один із факторів здорового способу життя.

Проблему здорового способу життя почали розробляти також вчені колишнього Радянського Союзу. Так, конкретизуючи поняття "здоровий спосіб життя" у зв'язку з проблемою психосоматичного здоров'я, А.Д.Степанов, Д.А.Ізуіткін (1981) пишуть, що вони є типовими та суттєвими для даної суспільно-економічної формації способами життєдіяльності людей, які підвищують адаптивні можливості організму людини та сприяють повноцінному виконанню нею соціальних функцій та досягненню активного довголіття. Здоровий спосіб життя має свою специфіку, суть якої полягає в такому: по-перше, головна увага приділяється психофізіологічному змісту життя індивіда чи окремих груп; по-друге, життєдіяльність людей розглядається на мікросоціальному рівні (особистість, сім'я), вивчається передусім діяльність людини, пов'язана із задоволенням природних потреб (харчування, режим праці та відпочинку і т.п.). Більшість спеціалістів у даній галузі вважає, що профілактика захворювань як один із елементів системи принципів здорового способу життя залежить безпосередньо не тільки від способу життєдіяльності окремих людей чи груп населення, але й від умов оточуючого середовища, яке впливає на здоров'я людей не прямо, а опосередковано, через спосіб їх життя (побут, поведінка під час праці, відпочинку, особливості міжкультурного спілкування в різних ситуаціях тощо).

Західні вчені також досить плідно розробляли концепцію "здорового способу життя", яка походить від дослідження провінції Аламеда, детально описаного С.Шоенборн (1993) у другому томі міжнародного огляду з психології здоров'я. Під час першого етапу дослідження, проведеного (Breslow, Enstrom, 1980), було встановлено зв'язок між показником смертності та сьома аспектами способу життя: кількістю годин сну; сніданком; другим сніданком; фізичною активністю; вживанням алкоголю; палінням сигарет; зайвою вагою.

Другий етап досліджень також підтвердив ці результати з урахуванням схожих загальних висновків незалежних дослідників.

Відомі фахівці в галузі пропаганди фізичної культури та масового спорту М.М.Амосов, Я.А.Бендет (1989) говорять про необхідність формування нової моди – моди на здоров'я, "філософії здорового способу життя". Вони вважають, що необхідно переконати людей спробувати змінити свій спосіб життя, щоб відчувати задоволення від здоров'я.

Існують також концепції вітчизняних дослідників про фізичну активність людини. Так, В.К.Бальсевич (1981) розглядає фізичну активність як філогенетично детермінований фундамент онтогенезу, широкого кола морфофункціональних характеристик та властивостей організму людини. Звідси і соціальна роль даного феномена у формуванні, удосконаленні особистості та гармонізації її розвитку. Ця концепція виходить з того, що активність за своєю суттю носить подвійний характер. "Подвійність та протиріччя досліджуваного явища визначаються передусім тим, що за своєю природою воно водночас є і соціальним, і біологічним" – такою є концепція А.А.Гужаловського (1986) про сенситивні періоди поступового розвитку фізичних властивостей біодинамічних параметрів руху. Автор пише про критичні періоди розвитку відносно інволюційної фази життя людини. Інші фахівці виходять з того, що фізкультурно-спортивна діяльність є одним із способів життєдіяльності, елементом стилю життя, культури суспільства, певного прошарку, групи, особистості.

Деякі зарубіжні вчені, вивчаючи фізичну активність у здорових чоловіків, отримали дані про те, що у 40% цих чоловіків спостерігаються більш адекватні сон та відпочинок, ніж у контрольній групі. Фізично активні чоловіки висловлювались про те, що вони є менш чутливими до стресу та до навантаження і почувають себе більш здоровими та витривалими порівняно з досліджуваними пасивної групи. Д.Дурбек з колегами (1972) у своїх дослідженнях зазначають посилення потреби у збереженні власного здоров'я та підвищення працездатності населення.

Необхідно виділити групу спеціальних праць, присвячених кількісному статистичному аналізу характеристик прихильників масової фізичної культури та спорту, проведених вітчизняними та зарубіжними фахівцями. Крім цього, також розглядалися питання економічної ефективності регулярних занять різними видами фізичної активності.

Група вчених (В.І.Вишневський, В.М.Лабекір, Б.І.Новиков) провела опитування учнівської молоді, робітників, службовців та інших груп населення. У дослідженнях взяли участь більше 10 тис. респондентів, у тому числі 4167 студентів, 945 учнів ПТУ, 1304 школярів у віці 15–17 років, а також 1376 інженерно-технічних працівників промислових підприємств. Аналіз матеріалів опитування дає змогу відповісти на деякі питання. Авторів передусім цікавили причини формування парадокса, на який вже вказували О.Жуков, В Житомирський (1987). З одного боку, більшість опитаних високо оцінили роль та значення рухової активності в реалізації здорового стилю життя і за-

няття фізичною культурою та спортом поставили на друге місце серед різних видів діяльності. З іншого – опитані у вільний час, коли у них є можливість вибору, надають перевагу не "спорту для всіх", а іншим видам діяльності. Так, тільки 12,5% студентів вказали на те, що вони у вільний час займаються різними видами фізичної діяльності (фізична культура, спорт, туризм), регулярно беруть участь у цих заняттях тільки 6% ІТП, 68,1% учнів ПТУ, що збігається з даними інших соціологів (А.Б.Скоробогатов, С.В.Молчанов, В.И.Столяров, 1989)), а серед старшокласників – 48,2% юнаків та 21,5% дівчат.

Б.І.Новиков (1983) пропонує проводити аналіз ставлення особистості до фізичної культури в онтогенезі, в межах семи вікових рівнів та чотирьох етапів: формування фізичної культури, її становлення, стабілізація та профілактика геронтологічних змін. Кульмінаційним періодом у розвитку фізичної культури особистості він розглядає життєвий цикл від 18 до 25 років, в якому закінчується становлення морфологічних та функціональних характеристик розвитку організму, формування основних рухових умінь та навиків.

М.А.Пономарьов (1983) наводить узагальнені дані про те, що 20–30% населення є залученими до фізкультурно-спортивної діяльності, з яких тільки 8–15% систематично займаються. При цьому фізкультурно-спортивна діяльність посідає сьоме місце з дев'яти пропозицій за шкалою цінностей, 11-те – з 32 на шкалі переваг, 14-те з 35 – за частотою занять та восьме з 11 – за тривалістю занять у вільний час. Дослідженнями М.А.Медведєва з колегами (1986) було встановлено, що в ситуації формування умов для занять різними видами фізичної активності, адекватними за віком та змістом праці вахтових робітників-нафтовиків, може сприяти підвищенню продуктивності праці та поліпшенню здоров'я виробничників. Усе це є важливим не тільки для здорових осіб чи людей у психосоматичному стані, але й для хворих людей. Тому М.М.Амосов (1987) стверджує, що необхідно узаконити правомірність фізичної активності як методу профілактики та лікування, уточнити показання за різних хвороб та станів, визначити "дозування" та правила безпеки при фізичному навантаженні.

Мак Персон (1984) в огляді спеціальної літератури, котра вийшла друком у Сполучених Штатів Америки та Канаді, зазначено, що фізична культура та спорт являють собою основну форму дозвілля в дитячому віці, крім того, існує модель фізичних занять і для інших вікових груп. У результаті досліджень життєвих циклів людей у більшості країн світу вчені прийшли до висновку, що тільки невели-

кий відсоток дорослих регулярно займається яким-небудь видом фізичної діяльності. Особливо знижується фізична активність на двох стадіях життя – після закінчення школи та після виходу на пенсію.

У публікації під назвою "Національні завдання для підтримання здоров'я та профілактики хвороб 2000 року" (1992) було зазначено, що основними пріоритетами при підтриманні здоров'я та профілактиці хвороб на теренах США будуть такі заходи: підвищення фізичної активності; зміни в харчуванні; зниження вживання алкоголю, тютюну, наркотиків, ліків; більш ефективне планування сім'ї.

Контрольні запитання

1. Перелічити, які ви знаєте методи для підтримання психосоматичного здоров'я та фундаторів оздоровчо-орієнтованих програм, систем, методів?
2. Розкрити сутність протистояння сучасної медицини та її альтернативних напрямків. Окреслити перспективи виходу з складної ситуації.
3. Навести основні положення фундаторської роботи з дослідження факторів ризику для здоров'я.
4. Означити напрямки суспільного руху за "здоровий спосіб життя" (на прикладі Сполучених Штатів Америки, країн Західної Європи та колишнього Радянського Союзу) за період з 1960 по 1970 р.
5. Навести дані щодо результатів широкомасштабних досліджень "здорового способу життя" у провінції Аламеда.
6. Яку концепцію "філософії здорового способу життя", "моди на здоров'я" викладено в працях М.М.Амосова, Я.А. Бендета (1989).
7. Які концепції вітчизняних вчених стосовно досліджуваної теми ви знаєте?
8. Зробити порівняльний аналіз результатів досліджень інтернаціональною групою фахівців сприйняття цінності психосоматичного здоров'я та способу життя різних вікових категорій людей.

Орієнтовні теми рефератів

1. Методи формування, розвитку, корекції та підтримання психічної сфери особистості.
2. Методи формування, розвитку, корекції та підтримання соматичної сфери особистості.
3. Комплексний підхід до навчання методам підтримання психосоматичного здоров'я студентів-психологів.

4. Особливості протистояння сучасної медицини та її альтернативних напрямків.

5. Початок дослідження проблеми факторів ризику психосоматичного здоров'я.

6. Соціально-психологічні особливості становлення руху за "здоровий спосіб життя" на прикладі різних країн світу.

7. Результати міжнародних широкомасштабних досліджень "здорового способу життя" (на прикладі окремих результатів).

8. "Філософія здорового чи альтернативного способу життя" щодо студента факультету соціології та психології.

9. "Мода на здоров'я" – право на існування та її реалізацію людьми різного віку.

10. Теоретико-практичний аналіз публікацій вітчизняних фахівців з питань психосоматичного здоров'я.

11. Міжкультурні дослідження психосоматичного здоров'я людей різного віку.

2.3.Використання аутогенного тренування для здорових осіб

Позитивний вплив аутогенного тренування на процеси поновлення психічної та фізичної працездатності, можливості регуляції емоційного стану та підвищення ефективності використання психофізіологічних резервів організму, коригувальний вплив методу на індивідуально-психологічні особливості особистості забезпечив можливість його застосування для психогігієни та профілактики. Відомо, що фундатором аутогенного тренування був німецький психіатр, психолог Й.Шульц (1966).

Професійно-прикладне та психогігієнічне застосування аутогенного тренування набули значного поширення за останні три десятиліття.

Серед багатьох виробничих факторів, що можуть сприяти розвитку психоневрологічної патології, доречно виділити три основні: підвищене нервово-емоційне напруження, гіпокінезія та сенсорна депривація, хронобіологічні фактори.

Аутогенне тренування при підвищеному нервово-емоційному напруженні. Дослідники та практики вперше звернули увагу на нервовий стан спеціалістів, діяльність яких пов'язана з підвищеним нервово-емоційним напруженням, високою відповідальністю та впливом екстремальних факторів праці та проживання: операторів, водіїв електро- та тепловозів, во-

долазів, парашутистів, льотчиків, космонавтів, працівників відповідальних державних установ та деяких інших (Карвасарський, 1985)

Дослідження М.М.Решетнікова (1981) з метою лонгітюдного застосування аутогенного тренування та спеціальних методів психогігієни та психокорекції у здорових людей дозволили виявити суттєві зміни деяких індивідуально-психологічних характеристик у осіб, що регулярно застосовують цей метод. У осіб даної групи були менш виразними роздратованість, тривожність, поліпшувалася якість сну та самопочуття. спостерігалось зниження загальної невротизації особистості та підвищення естравертованості, рішучості та впевненості у собі, що сприяло стабілізації поведінкових реакцій, поліпшенню соціальної адаптації та здатності до психофізіологічної мобілізації. Серед показників медико-фізіологічних досліджень найбільш виразний позитивний ефект відзначався у динаміці показників функціонального стану серцево-судинної системи.

Використання добровільного принципу залучення до груп занять аутогенним тренуванням дозволило з'ясувати, що у середньому до 47% здорових осіб відчувають свідому потребу у корекції свого нервово-емоційного стану та деяких особливостей особистості. Основними "суб'єктивними" мотивами для освоєння аутогенного тренування у обстежених здорових людей, як правило, були: підвищена емоційність, схильність до нестійкості настрою, тривожність, складності у професійній чи соціальній адаптації, втома чи особливості праці.

Досить цікавими є дані про відмінності виразності психоемоційних проявів та індивідуально-психологічних особливостей у здорових осіб, котрі після ввідної лекції про можливості позитивного впливу аутогенного тренування приймали рішення про його необхідність, і у тих людей, котрі проявили відносну байдужість до методу.

В.С.Лобзін, М.М.Решетніков (1986) у своїй роботі звертаються до питань "психологічної служби вузу", яке неодноразово обговорювалося на численних конференціях, симпозіумах та з'їздах. Автри вважають, що викладання основ саморегуляції як у вищій школі, так і у середній було б досить результативним.

Аналізуючи захворюваність студентів деяких вузів Б.А.Бараш (1983) пише, що від 47 до 57% академвідпусток зумовлюються функціональними розладами нервової системи та психічними захворюваннями, основними чинниками яких є чотири типи кризових ситуацій: кризи професійного вибору; кризи сексуальних відносин; кризи залежності від сім'ї; кризові ситуації у навчальній діяльності.

У наш час вже є результати відповідної науково-дослідницької та практичної діяльності у плані вирішення цих задач. Це, по-перше, кабінети психогігієни (наприклад, у Томську при місцевій студентській поліклініці (Красик и др., 1987), консультаційні прийоми в студентських поліклініках та медичних пунктах (Гройсман, 1982; Бараш, 1983)

Існують також інші організаційні форми, які можна використовувати при проведенні психогігієнічних та психопрофілактичних заходів, а саме кабінети естетотерапії; клуби колишніх пацієнтів (Конончук, Мягер, 1977; Киселев и др., 1980); "телефони довіри", ("лінії довіри", "лінії надії"). Виникнувши спочатку як форма проведення специфічної психотерапії для попередження суїцидів (Лежепекова и др., 1983), "телефони довіри" стали використовуватися головним чином особами, котрі переживають будь-які види емоційного стресу.

Включення у штати психотерапевтичних кабінетів загальносоматичних поліклінік та великих санаторних установ медичного психолога та соціального працівника дозволять цим кабінетам більш грунтовно брати участь у проведенні психогігієнічних та психопрофілактичних заходів серед населення.

Аутогенне тренування за гіпокінезії та сенсорної депривації. Гіпокінезію для деяких професіональних груп (водіїв автомобілів, тепловозів, деяких операторів, космонавтів та ін.) розглядають як один з основних "професійно шкідливих" факторів, що може викликати виражені психоневрологічні розлади.

Проведені дослідження (Лобзин, Михайленко, Панов, 1979) в умовах моделювання 60–100-добової гіпокінезії показали, що у здорових осіб під впливом довготривалого обмеження рухової активності спостерігається етапний розвиток порушень вищої нервової діяльності: спочатку розлади сну та окремі порушення в емоційній сфері, потім астенія, невротичні зриви, дискоординації рухів та виникнення "синдрому міжпівкульної пірамідальної асиметрії".

Дослідження вищезгаданих авторів ефективності аутогенного тренування з метою профілактики нервово-емоційних розладів гіпокінезогенної етіології показали, що на відміну від контрольної групи у досліджуваних, що регулярно займалися аутотренінгом, не спостерігалося якихось суттєвих порушень сну та відхилень в емоційній регуляції; неврологічні порушення, у тому числі феномен міжпівкульної пірамідальної асиметрії, чи зовсім не розвивались впродовж дослідження, чи проявлялись з меншою вираженістю. Таким чином, як

показали дослідження, цілеспрямований аутотренінг сприяє нормалізації не тільки нейро-, але також і гемодинаміці головного мозку.

Часткова "сенсорна депривація"(сенсорний голод) часто сприяє гіпокінезії та відповідним порушенням. Довготривалий вплив обмеженої кількості однотипних подразників за відсутності інших (чи цілеспрямованого "відключення" від інших) розглядається як одна із суттєвих характеристик праці операторів, що виконують функції спостереження, працівників поточних ліній та деяких інших фахівців. Систематичні експериментальні дослідження "синдрому ізоляції", гіпокінезії та їх впливу на особистість та організм людини вперше було виконано у зв'язку з вивченням питань підготовки людини до космічних польотів. Проте ці проблеми є пов'язаними також із щоденним життям звичайних людей. Спеціальні дослідження, під час яких проводилося "виключення" зорового, слухового аналізаторів та пропріорецепції, а також ізоляція досліджуваних у кабінах малого об'єму показали, що при цьому проявляються деякі специфічні зміни в стані людини: виникає апатія, невмотивована тривога, почуття страху; знижується здатність до продуктивного мислення; часто розвиваються ілюзії та псевдогалюцінації (переважно слухові).

Можливо, аналогічну природу мають і деякі психічні порушення, які можливо об'єднати до групи "хвороб самотності". Найбільш часто виникаючих у осіб похилого віку, ведучих самотній спосіб життя.

Аутогенне тренування у профілактиці десинхронозу. У зв'язку із зростанням кількості трансмеридіальних перельотів, збільшенням загальної кількості безперервних технологічних процесів у промисловості та цілодобового їх обслуговування суттєво збільшується значення заходів, спрямованих на підтримання оптимальної працездатності та профілактику змін психофізіологічного стану людини, що виникають через розбіжність з циркадними, геофізичними та біологічними, а також соціальними ритмами. У деяких наукових працях було показано взаємозв'язок між певними фазами добової активності організму та частотою захворюваності та травматизму, у тому числі нещасних випадків та аварій на виробництві; встановлено, що робота зі змінним режимом праці часто супроводжується погіршенням самопочуття, порушеннями сну, змінами у функціонуванні фізіологічних систем (Алякринский, 1975; Котик, 1981). Фізична та розумова працездатність під час роботи у нічний час знижується майже на 20%, при цьому більш виражені зміни розумової працездатності спостерігаються у осіб з високою амплітудою добового ритму. Деякі ав-

тори відмічають, що від 10 до 20% людей з урахуванням індивідуальних особливостей та зниженої стійкості ритмічних процесів організму взагалі не можуть працювати у змінному режимі.

Використання аутогенного тренування як методу, що сприяє підвищенню індивідуальної адаптації до діяльності в умовах зміненої добової циклічності було запропоновано рядом дослідників (Алякринский, 1975; Свядощ, Ромен, 1966). На думку авторів, аутогенне тренування сприяє більш ефективній синхронізації біологічних, геофізичних та соціальних ритмів за їх незбігу та компенсаторного послідовного підвищення рівня неспання та психічної активності. Суттєвого значення в механізмах компенсаторної адаптації набуває довільне поглиблення якості сну під впливом аутогенного тренування. Б.С.Алякринський вважає, що адаптація до "зміщення" добового режиму відбувається більш успішніше, якщо додатково застосовується релаксація за Джейкобсоном-Стоквісом та самомасаж. А.М.Свядощем, А.С.Роменом у спеціальних дослідженнях з корекції явищ десинхронозу було показано, що при перельотах з Москви до Караганди (різниця у три годинні пояси) швидкість реадаптації до нового циркадного ритму та зміни режимів сну та неспання при застосуванні аутогенного тренування підвищується у чотири-п'ять разів. Наведені дані дозволяють рекомендувати широке використання методу з метою профілактики професіональної патології за умов праці змінного режиму.

У статті О.В.Корнієнка (1999) "Концепція та перспективи викладання інтегративного курсу "Безпека життєдіяльності" на факультеті соціології та психології Київського національного університету Тараса Шевченка" пропонується двоетапна навчально-освітня програма, що включає як теоретичний, так і практичний розділи, зміст яких пов'язаний з комплексними питаннями психосоматичного здоров'я та методів його підтримання у людей різних вікових категорій.

Контрольні запитання

1. Перелічити основні причини застосування аутогенного тренування для здорових осіб.
2. Перерахувати напрямки професійно-прикладного застосування аутогенного тренування
3. Хто був фундатором аутогенного тренування?
4. У чому полягає важливість впровадження "психологічної служби вузу", школи, коледжу, ліцею?
5. Дати визначення понять гіпокінезія та сенсорна депривація у взаємозв'язку з особливостями результатів експериментальних досліджень.

6. Що таке явище десинхронозу у сучасному житті (причини, методи подолання)?

7. Розкрити зміст інтегративного курсу "Безпека життєдіяльності".

Орієнтовні теми рефератів

1. Аутогенне тренування як метод підтримання психосоматичного здоров'я.
2. Професійно-прикладне використання аутогенного тренування
3. Методика аутогенного тренування для здорових осіб різного віку
4. Дослідження шляхів впровадження "психологічної служби вузу" (на матеріалі огляду літератури вітчизняних та зарубіжних фахівців)
5. Гіпокінезія, сенсорна депривація як фактори ризику підтримання психосоматичного здоров'я людства.
6. Професійно орієнтована діяльність та десинхроноз.
7. "Безпека життєдіяльності" в структурі навчального процесу факультету соціології та психології

2.4. Вивчення взаємозв'язку критеріїв здоров'я людини з психофізіологічними та психологічними параметрами

Значну частину дослідницьких праць зарубіжних фахівців присвячено питанням аналізу кореляційної залежності психологічних особливостей особистості та фізичної працездатності (психофізіологічні дослідження), тоді як у вітчизняній літературі ми, на жаль, не зустрічаємо такої різноманітності публікацій. Найбільш відомими є класичні роботи Х.Данбара (1943), Ф.Александера (1950) – засновників чиказької школи психоматичного напрямку в медицині.

Ще не зовсім чітко встановлено взаємозв'язок між початком занять фізичними вправами, першими спробами їх реалізації та подальшою участю в програмах фізичної активності. Так, виявлено таку кореляцію у молоді та дорослих (Research, Forecasts,1983), проте цей взаємозв'язок стає менш помітним, коли йдеться про рекреаційний (оздоровчий) спорт (Dishman, Sallis, Orenstein, 1985).

Дослідженнями С.Роса, Д.Хейджеза (1988) встановлено, що існує взаємозв'язок між настроєм та заняттями спортом, а результатом цього є те, що підвищена активність людини сприяє зменшенню впливу негативних факторів (депресії, тривожності, песимізму).

А.Стептоу, Д.Кокс (1988) оцінювали позитивний та негативний вплив стаціонарної велоергометрії різної інтенсивності у фізично підготовлених та не підготовлених осіб. При цьому було встановлено, що підвищена інтенсивність виконання вправ велоергометрії викликала тільки зростання негативного ефекту і не справляла позитивного впливу навіть тоді, коли це навантаження супроводжувалось музикою. Р.Браун, Д.Раміpез, І.Тауб (1978) досліджували взаємозалежність між фізичною активністю та ефективністю занять у здорових досліджуваних та таких, що знаходилися у депресивному стані. Вони встановили, що біг підтюпцем (за невеликої інтенсивності) п'ять разів на тиждень впродовж 2,5 місяців зумовлював значне зниження депресії в обох групах.

Предметом тривалого вивчення психофізіологів протягом останніх 30 років є взаємодія психічних та фізичних процесів. Підтвердженням цього можуть бути роботи (Ismail,Yong, 1976; Leonardson, Gardinlo,1978; Folkins, Sime, 1981). Результати цих досліджень свідчать про те, що показники фізичної працездатності можуть виступати як критерії психологічного функціонування особистості. Проте досліджуваними виступали тільки чоловіки, і отримані результати не можна вважати досить значущими для жінок. Вивчаючи взаємозв'язок між фізичною силою м'язів та психологічними особливостями особистості Л.Тукер (1982) помітив, що сильні чоловіки є більш задоволеними фізичним станом свого тіла та самим процесом заняттями вправами, менш емоційно тривожними та більш впевненими та задоволеними собою, ніж їх більш слабкі однолітки. Слід зазначити, що у даному випадку досліджувалася сила м'язів тулуба та рук. Вплив нижніх кінцівок як критеріїв психологічних особливостей особистості ще залишається не визначеним.

Результати дослідження психологічного впливу аеробної фізичної активності є досить добре відомими. Виконання фізичних вправ пов'язано з поліпшенням різних психологічних параметрів. Щодо цього питання існують деякі фахові праці, проте звичайно вони обмежуються вивченням таких станів, як: самовпевненість Manser, Reynolds, 1977); депресія (Greist et al., 1978); когнітивні досягнення (Young, 1979); особливості сну (Baekeland, 1970); працездатність Donoghue, 1986). Загалом результати цих досліджень підтримують думку про те, що існує позитивний зв'язок між аеробними фізичними вправами та поліпшенням психологічного функціонування.

Проте, за даними групи авторів (Hayde, Allen, Camaione, 1986), кореляційна залежність між аеробними вправами та психологічним здоров'ям не є прямолінійною. Крім того, вони вважають, що не іс-

нує ні однієї фізіологічної змінної як критерію зниження тривожності (риси особистості) чи інших параметрів психічного здоров'я до та після виконання аеробної програми вправ. А.Ізмаїл, Р.Юнг (1976), зробивши грунтовний огляд літератури, помітили, що більшість досліджень було проведено з досліджуваними молодого віку. Взаємозв'язок між фізичним станом та психологічними особливостями особистості у здорових осіб середнього віку раніше не вивчався.

На думку групи вчених (Cooper, 1978; Stamford, Hambacher, Fallica, 1974); Mc.Pherson et al., 1978), із підвищенням фізичної працездатності знижуються депресія, тривожність, самоконцентрація, при цьому збільшується самооцінка та полегшується соціальна адаптація. Ці дослідження в основному підтверджують думку А.Ізмаїла, Л.Трахмана (1973) про те, що фізична активність може справляти вплив на свідомість.

Існують також й інші погляди, що спираються на дані психологічних досліджень. Так, І.Генскоу (1968) помітив, що відчуття власного достоїнства корелює позитивно з оцінкою будови тіла, а тривожність, навпаки, негативно. Тому можна стверджувати, що певна самооцінка є пов'язаною не тільки з реальним фізичним станом, а також із когнітивним (розумовим) особистісним процесом його усвідомлення.

Деякі дослідники припускають, що існує пряма фізіологічна причина існування певних психічних характеристик особистості, які в свою чергу можуть бути детермінованими когнітивною реакцією по відношенню до будови тіла людини. Так, існує когнітивно-фізіологічна теорія С.Шахтера (1964), суть якої полягає в тому, що думка людини про особистісне фізичне функціонування формується під впливом фізичних та соціальних стандартів шляхом порівняння із загальноприйнятими у суспільстві, і ця думка визначає відповідну психічну поведінку людини. Залишається, як і раніше, незрозумілою та потребує подальших досліджень взаємозалежність реальної (об'єктивної) та суб'єктивної фізичної дієздатності, що сприймається індивідом, та психічного функціонування особистості, а також впливу соціальних та фізичних стандартів на самоаналіз тілесного стану.

Проведене Р.Хіпсом (1978) дослідження є, по суті, відповіддю на поставлені питання концепції С.Шахтера (1964). Автор показав, що сприйняття досліджуваними рівня їх фізичного стану позитивно пов'язано з відчуттям самоприйняття, самооцінки та негативно – з відчуттям тривожності ($r=0,32$, $p<0,05$; $r=-0,10$, $p<0,05$).

Проте рівень об'єктивної фізичної дієздатності, за К.Купером (1978), був меншою мірою пов'язаним з визначеним через опитувальник

суб'єктивним її рівнем. Ці дані надають можливість припустити, що відчуття особистості чи ставлення до свого фізичного стану, а не об'єктивна фізична дієздатність пов'язані з деякими особливостями психічного функціонування. Очевидним є те, що незначний кореляційний зв'язок між об'єктивною та суб'єктивною фізичною дієздатністю може пояснити суперечливі дані досліджень про зв'язок психологічних особливостей особистості та фізичної її дієздатності, що підтверджують дані, що містяться у роботах Й.Мерімена (1978) та Й.Шендела (1965).

У роботах із загально-оздоровчо-корекційних методів Р.Шепарда (1988) та матеріалах департаменту служби здоров'я та досліджень людини (1980) названо дві причини зацікавленості людей оздоровчими програмами: збільшення кількості компаній, які пропонують службовцям свої оздоровчі програми, що впливає як на промисловий потенціал країни загалом, так і на суспільне здоров'я населення; сприяння уряду Сполучених Штатів розвитку оздоровчих програм.

Американські дослідники П.Дішман (1987), Й.Мартін, П.Дурбет (1982), стверджують, що "наука про фізичні вправи", "поведінкова та превентивна медицина" є важливим об'єктивним фактором, який пояснює схильність людини до занять фізичними вправами. Із зростанням вартості медичного обслуговування ще більшої ваги серед населення набула фізична активність. Підтримання здоров'я та профілактика хвороб забезпечуватимуться такими заходами: підвищення фізичної працездатності; зміни в харчуванні; зменшення вживання алкоголю, тютюну та ліків; більш ефективне планування сім'ї.

Р.Дішман, Й.Саліс, Д.Оренштайн (1985) виділили 30 різних змінних, які можуть впливати на вибір індивідуального методу та виду занять фізичними вправами. Наприклад, було підтверджено вплив соціального оточення на пріоритети у заняттях фізичними вправами пацієнтами-учасниками клінічних програм (Oldridge, 1982). Проте результати досліджень ефективності соціальної підтримки поки що не можна трактувати однозначно: якщо деякі дослідники прийшли до висновку про такий соціальний вплив учасників програм на вибір виду фізичної діяльності (як риси здорової поведінки) (Wankel, 1984), то результати інших досліджень не свідчать про подібний вплив (King, Frederiksen, 1984).

Потреба людини у фізичних вправах, на думку П.Дішмена (1987), вважається гарантією довготривалої участі в клінічних програмах. Будова тіла є найбільш стабільною "фізично-поведінковою змінною" для встановлення показників регулярних та нерегулярних занять фізичними вправами (П.Дішман, В.Ієкс, В.Морган, 1980).

Результати досліджень, проведених у різних клініках та університетах (Ward, Morgan, 1984) дозволяють зробити висновок, що за мотивацією можна класифікувати любителів фізичних вправ. Проте цей критерій не висвітлює причин припинення занять. (Sonstroem, 1978), запропонував психологічну "шкалу самооцінки фізичної привабливості" для визначення фізичної активності особистості. Автори цієї шкали вважають, що за нею для школярів чоловічої статі середніх класів школи можна прогнозувати початок занять фізичними вправами. Подібна шкала може також стати у нагоді для жінок та осіб середнього віку життя. На думку Е.Снайдера, Е.Шпрайцера (1984), психологічні особливості особистості та рівень її фізичного стану визначають потяг до фізичної активності. Так, М.Стайлз (1967) провів опитування серед дорослих людей, щоб встановити, чому вони займаються саме лижним спортом, і встановив, що основними мотивами цих занять є: 1) гарне самопочуття під час та після занять, 2) задоволення від володіння складною технікою, 3) підтримання товариських стосунків, 4) насолода природою.

П.Терасліна з колегами (1970), провівши опитування 1708 працівників сфери управління, прийшли до висновку, що основним мотивом занять в оздоровчих групах у 83% респондентів було "поліпшення здоров'я", у решти – "поліпшення фізичної дієздатності", що є особливо важливим саме для управлінців. Найважливішою причиною участі респондентів в оздоровчих програмах була близькість до місця проведення занять фізичними вправами. В.Росс (1974) досліджував 30 добровольців – атлетів чоловіків та жінок у віці від 30 до 50 років з високим ризиком коронарної хвороби серця. Бажання займатися вправами з'явилося у них у сорока-п'ятидесятилітньому віці, практично вони були готовими до добровільної участі у такій програмі. На основі даних опитування було розроблено мотиваційну структуру для занять фізичними вправами:

1. Фізичне задоволення та біль.
2. Бажання зберегти здоров'я та страх перед смертю.
3. Соціальне схвалення та несхвалення.
4. Особистісне схвалення та несхвалення.

З проблеми фізичного та психічного здоров'я проведено ряд досліджень. Так, В.Морган (1969) вважає, що досить дієвим засобом зниження тривожності та депресивних порушень є фізична активність. Але однозначно встановити взаємозалежність між фізичною активністю та психічним здоров'ям досить складно, тому немає остаточного розв'язання цієї проблеми. Існуючі розробки (Tucker, 1982;

Wilmore, 1982) свідчать, що мезоморфні чоловіки порівняно з ендоморфними виявляють більш позитивне психічне здоров'я. Мезоморфні чоловіки відрізняються кремезним тілом та сильними м'язами, тоді як ендоморфні є стрункими, слабкими, мають тонку кістку, часто їх форми є округлими, м'якими, як у повних людей.

У численних статтях (Bucola, Stone, 1975; Massie, Shephard, 1971) та інших працях наголошується на значенні фізичної активності у її взаємозалежності із психофізіологічними змінними досліджуваних чоловіків.

Аналіз відповідної літератури виявив, що дуже мало опубліковано праць про вплив фізичних вправ на психологічні особливості жінок. Першим автором, котрий почав цікавитися джонінгом (бігом підтюпцем з невеликою інтенсивністю) на психологічні особливості жінок у стані клімаксу був А.Гайтон (1971). Він вважає, що тривалість цього стану становить від кількох місяців до кількох років. Ефективність заняття джогінгом у таких жінок встановлювалася шляхом оцінки фізичної дієздатності Й.Астрандом (1960). Проте В.Морган (1970) не встановив значних відмінностей за PWC(фізична дієздатність) у жінок, які знаходилися у депресивному та недепресивному психічному стані, але він вважає, що зниження фізичної дієздатності жінок середнього віку під час менопаузи значною мірою пов'язано з депресією.

Як уже зазначалося, спостерігається наявність зв'язку між фізичними вправами та психологічними особливостями особистості (Cooper, 1969). Проте фізичні вправи можуть деякою мірою впливати на осіб, котрі займаються, без погіршення фізіологічних показників. Стан та психологічні риси особистості в основному не залежать від фізичної дієздатності. Поліпшення фізичного стану, на думку Д.Джірдано, Г.Еверлі (1979), може викликати психологічні зміни тільки тоді, коли фізіологічні показники дещо перебільшують вихідний рівень, який існував до початку фізичних тренувань

Очевидним є дотримання деякого проміжного рівня у періодичності вправ для підтримання психологічного здоров'я. Але, як і раніше, остаточно це питання не є визначеним. Так, фізичні вправи в діапазоні від екстремальних до повної пасивності та до зверхмаксимальних навантажень протягом тривалого часу можуть призвести до негативного впливу на здоров'я людини.

Контрольні запитання

1. Назвати засновників чиказького напрямку психосоматичної медицини, розкрити основні положення концепції.

2. У чому полягає відмінність результатів наукових досліджень про вплив фізичної активності для здорових осіб та тих, що займається активним спортом, на психосоматичний стан.

3. Які підходи (методи) ви знаєте щодо регуляції депресії, тривожності, негативного емоційного стану.

4. Навести результати довготривалих досліджень взаємодії психічних та фізичних процесів для оцінки та підтримання психосоматичного здоров'я особистості.

5. Розкрити особливості впливу аеробної фізичної активності на показники психологічного функціонування: самовпевненості, депресії, особливостей сну, когнітивних процесів, працездатності.

6. У чому полягає значення когнітивно-фізіологічної теорії С.Шахтера для практичної роботи з людьми?

7. Яким є співвідношення суб'єктивних та об'єктивних методів оцінки стану фізичної дієздатності?

8. Якими є основні причини схильності людей до занять фізичними вправами (на прикладі досліджень вітчизняних та зарубіжних фахівців).

9. Розкрити мотиваційну структуру занять фізичними вправами.

10. У чому полягають особливості соматотипу та схильність до відповідного способу життя.

11. Навести результати психофізіологічних досліджень з урахуванням статевих особливостей чоловіків та жінок зрілого віку.

Орієнтовні теми рефератів

1. Основоположники психосоматичного напрямку медицини.

2. Два напрямки наукових досліджень: для підтримання здоров'я та спортивної діяльності.

3. Методи регуляції депресивних, емоційних станів, тривожності.

4. Дослідження психофізичних процесів для підтримання здоров'я особистості.

5. Комплексний вплив активного способу життя на психофізіологічне функціонування людини.

6. Конгітивно-фізіологічна теорія та сучасні її модифікації у практичній роботі з людьми.

7. Методи оцінки стану фізичної дієздатності.

8. Причини потреб людей до занять фізичними вправами.

9. Мотиваційні аспекти у структурі занять фізичної активності.

10. Прояви соматотипу та особливості поведінки особистості.

11. Психофізіологічні дослідження та статеві особливості досліджуваних.

2.5. Моделі дослідження психосоматичного здоров'я людини. Загальні проблеми

Існує багато можливих дефініцій здоров'я, на думку М.Ошіма (1972). Деякі з них, найбільш розповсюджені наведено в табл.4. Як правило, під здоров'ям розуміють відсутність хвороб та болі, але його можна розглядати також як оптимальне пристосування організму до середовища проживання. При цьому мається на увазі пристосування не тільки до фізичних, але також і до психологічних та соціальних факторів. Здоров'я загалом характеризується співвідношенням усіх цих трьох компонентів благополуччя людини: фізичного, психологічного та соціального. Саме у цьому значенні автор цієї концепції М.Ошіма використовує цей термін.

Таблиця 4

Дефініції здоров'я

1.	Відсутність захворювання
2.	Хороший стан: людина не хворіє, не відчуває ні болі, ні нездужання
3.	Оптимальна пристосувальність
4.	Цілісність (відсутність пошкоджень)
5.	Стан процвітання
6.	Фізичне, психологічне та соціальне благополуччя, а не тільки відсутність хвороби та болю.
7.	Рівновага
8.	Непорушений ритм.
9.	Досконала пристосувальність організму до середовища
10.	Адаптація
11.	Баланс
12.	Загальний стан
13.	Рівень
14.	Процес взаємодії людини з середовищем
15.	Продукт придбаних благ чи предметів ужитку

До здоров'я не можна підходити як до простої дихотомії (розділення): хвороба – відсутність хвороби. Напроти, його слід розглядати як багаторівневий континуум (рис.2).

З цього випливає те, що стан здоров'я людини не є щось не змінне; воно може поліпшуватися чи погіршуватися. Як правило, поліпшення стану свідчить про розширення активності у сталому способі життя, тоді як під погіршенням стану здоров'я розуміють зниження кількості потенціальної активності. Це можна побачити, аналізуючи рис.3, який являє собою діаграму рівнів активності, ілюструє положення індивіда на континуумі здоров'я, визначає рівень його активності.

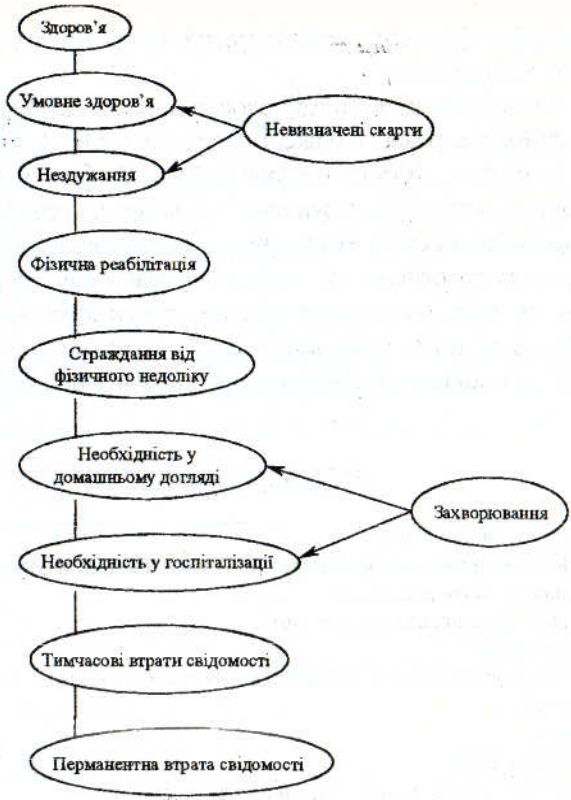


Рис. 2. Континуум можливих станів здоров'я

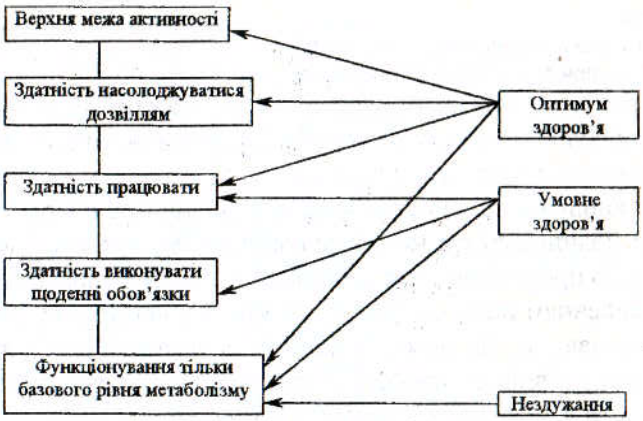


Рис. 3. Рівні активності та їх зв'язок зі здоров'м

Люди, які знаходяться на не континуумі нездоров'я можуть підтримувати тільки базисний рівень метаболічної активності, тоді як відносно здорові люди можуть бути здатними до роботи, але не можуть насолоджуватися більш високими рівнями активності підчас дозвілля.

Самооцінка здоров'я залежить від різних змінних, у тому числі від апетиту, утоми та праці. На рис. 4, 5 показано фактори, від яких залежить оцінка індивідом особистого здоров'я. Інтеграцію цих різних факторів було названо самопочуттям.



Рис. 4. Здоров'я людини з різних позицій

Складові частини (компоненти), пов'язані зі здоров'ям, може бути розподілено на фактори середовища та індивідуальності (табл.5). Фактори середовища (якість води, продуктів харчуавання, зміни погоди, зовнішні психологічні навантаження) можуть впливати на здоров'я. Індивідуальні (чи внутрішні) фактори включають: філософію життя, релігію, особистістні властивості, фізичний стан, вік та здатність насолоджуватись життям.

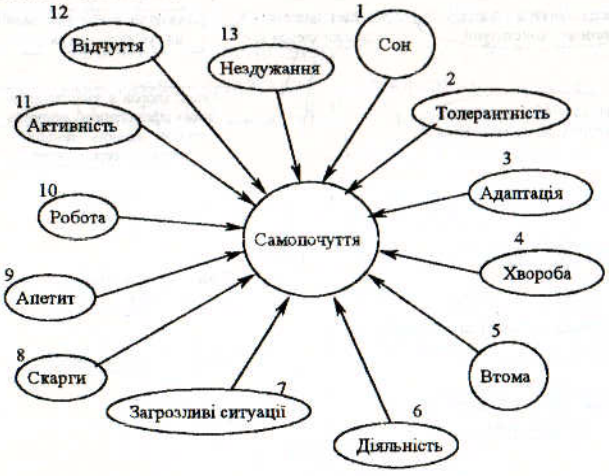


Рис. 5. Багатофакторні умови здоров'я та самопочуття

Таблиця 5

Фактори індивідуальності та середовища здоров'я людини

ІНДИВІДУАЛЬНІ	СЕРЕДОВИЩНІ
Фізична сила	Охорона здоров'я
Самопочуття	Безпека
Втома	Медичні огляди
Розвиток	Спорт
Смаки(прихильності, пристрасті)	Призначення ліків
Вік	Перетинання часових поясів
Сон	Характер суспільства
Емоційність	Взаємостосунки з оточуючими
Стать	Захоплення
Життєвідчування	Робота, мета
Харчування	Друзі
Особистість	Дозвілля
Релігія	Добробут
Енергійність	Економіка
Амбіції(прагнення, цілі)	Освіта
	Вода
	Пора року
	Погода

Стан здоров'я може бути перевірено за допомогою різних методів (рис.6). Ці методи оцінки здоров'я можуть включати як аналіз поведінки та її медичних аспектів, так і аналіз суб'єктивного ставлення пацієнта до власного здоров'я.



Рис. 6. Методи оцінки здоров'я людини

Враховуючи вищенаведені аргументи, використання методів оцінки здоров'я людини пов'язано з деякими проблемами (рис. 7).

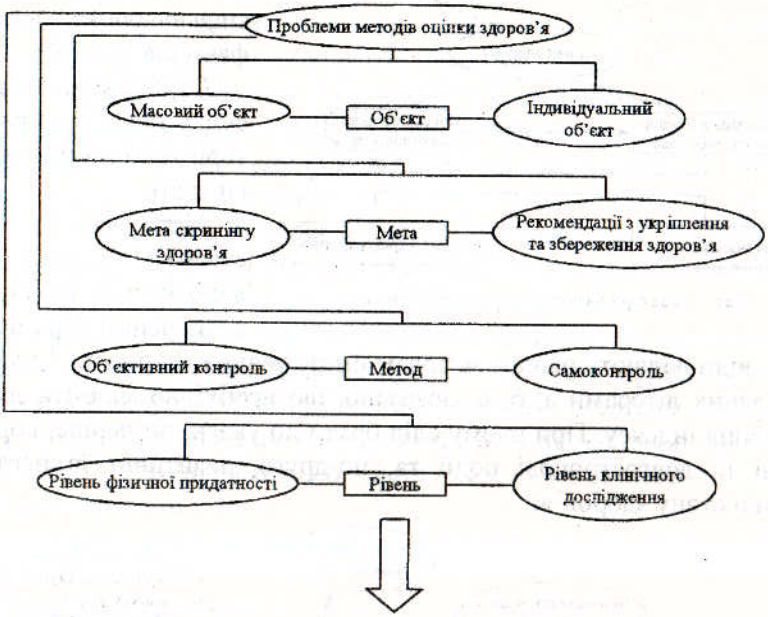


Рис. 7. Методи оцінки здоров'я людини та відповідні проблеми

Індекс здоров'я. Для оцінки здоров'я можна запропонувати деякі кількісні методи. Відповідний показник називають індексом здоров'я. Його можна обчислювати як для популяцій, так і для окремих індивідів. У даному розділі обговорюються різні типи індексів здоров'я, у тому числі показники для індексу здоров'я населення, наприклад, пропорційний показник смертності (ППС) (Propotion Mortality Indicator, PMI) та корнельський медичний індекс (KMI), (Cornel Medical Index, CMI), а також система контролю життя (Life Checker System).

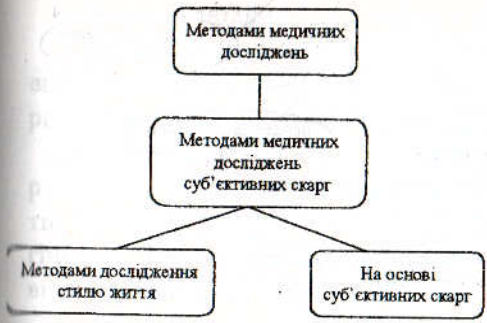


Рис. 8. Оцінка визначення індексу здоров'я

Індекс здоров'я характеризує рівень здоров'я усієї популяції чи індивіда. Інформацію стосовно здоров'я отримують, як правило, з трьох джерел: медичних досліджень, суб'єктивних скарг та стилю життя (рис.8).

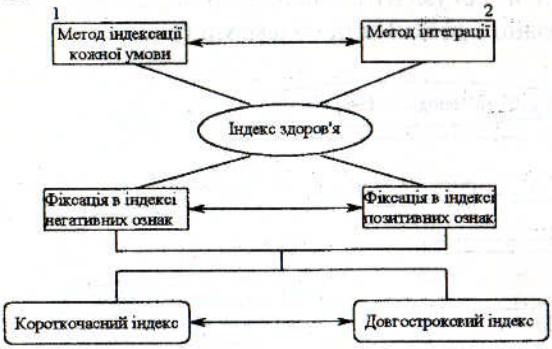


Рис. 9. Фактори визначення індексу здоров'я

При розрахунках індексу здоров'я необхідно провести одночасну та спільну оцінку декількох факторів (рис. 9).

Стрілочками на рисунку показано, які фактори мають оцінюватися спільно.

Методологію індексування здоров'я наведено на рис.10. Пункти, позначені цифрами від 1 до 8, відповідають різним методам індексування здоров'я. У пунктах, виділених літерами а, б, в, показано, що необхідно зробити для визначення індексу. При цьому слід брати до уваги, по-перше, короткочасні та довгострокові події та, по-друге, позитивні та негативні ознаки стану здоров'я.

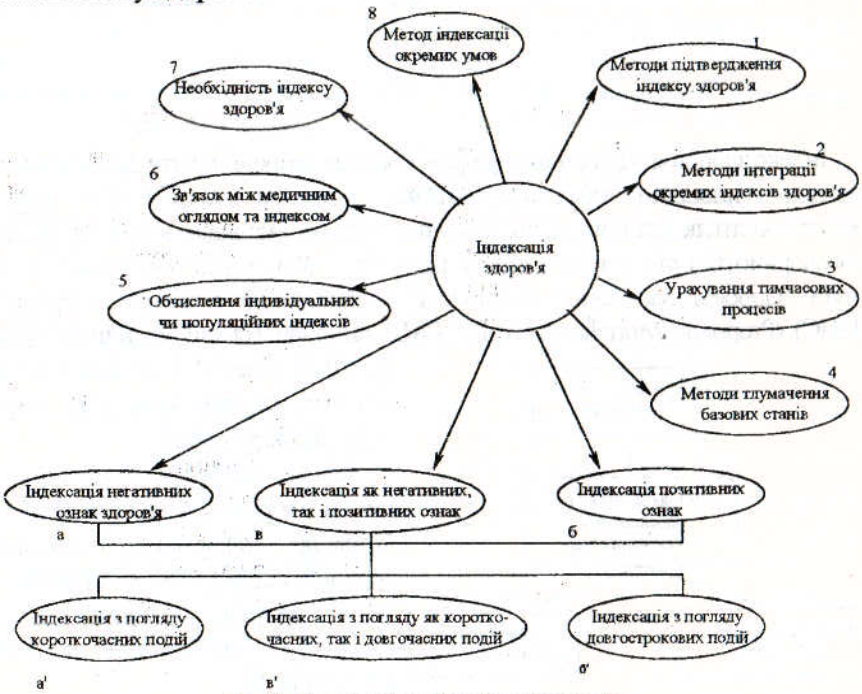


Рис. 10. Методологія оцінки індексів здоров'я

Виміри популяційного індексу здоров'я. Пропонуються п'ять методів оцінки популяційного індексу здоров'я, які відрізняються за рівнем складності. Перші два виміри базуються на загальній статистиці, а три останніх – на суб'єктивних опитувальниках. Перший показник популяційного індексу здоров'я включає в себе такі сім компонентів: 1) дитяча смертність; 2) загальний показник смертності; 3) захворюваність; 4) показник розповсюдженості; 5) показник одужання після захворювання; 6) показник одужання після нещасних випадків; 7) очікувана тривалість життя.

Ще один із запропонованих способів оцінки індексу здоров'я включає – шкалу погіршення та шкалу недієздатності, які необхідно розглядати в єдності. На рис.11 показано, як ці дві шкали використовуються для оцінки стану здоров'я.

Третій метод оцінки індексу здоров'я використовує пропорційний показник смертності (ППС). Це більш показовий індекс було розроблено Комітетом експертів з міжнародного визначення та вимірювання стандарту та рівня життя при ООН. Пропорційний показник смертності встановлює 122 компонети рівня життя і містить такі основні складові:

1) демографічні умови;
2) продукти харчування;
3) освіта;
4) умови праці;
5) зайнятість;
6) сукупне споживання та накопичення;
7) транспорт;
8) забезпеченість житлом, у тому числі благоустрій домашнього осередку;
9) одяг;
10) відпочинок та розваги;
11) соціальні контакти;
12) права людини.

Пропорційний показник смертності (ППС) обчислюється як співвідношення 50% смертності в популяції людей старіше 50 років до річного показника загальної смертності.

Четвертий метод – корнельський медичний індекс (КМІ) – використовує суб'єктивний опитувальник, який включає 195 компонентів, причому 144 з них є фізичними компонентами, а 50 – психологічними. У табл.6 наведено класифікацію тематичних напрямків, які включає опитувальник.

Таблиця 6

Показники опитувальника корнельського медичного опитувальника

Розділ	Досліджувані органи та системи	Кількість питань
A	Очі та вуха	9
B	Система дихання	18
C	Серцево-судинна система	13
D	Травна система	23
E	Кістково-м'язова система	8
F	Шкіра	7
G	Нервова система	9
H	Сечостатева система	11
I	Стомлюваність	7
J	Частота захворювань	9
K	Різні захворювання	15
L	Звички	6
M	Неадекватність	13
N	Депресія	5
O	Тривожність	9
P	Сензитивність	6
Q	Подразнення	9
R	Напруження	9
	Всього	195

П'ятий метод запропоновано лабораторією дослідження людини, він являє собою опитувальник для визначення індексу здоров'я, який включає 46 пунктів стосовно фізичного стану, стану опору організму, психічного стану та здатності до соціальної адаптації. Наведемо приклад питання:

Як Ви оцінюєте Ваш фізичний стан?

Загалом задовільно
Майже задовільно
Нормальний, прийнятий
Бажає бути кращим
Як завжди задовільний

Учасники опитування, здоров'я яких оцінювалося за допомогою індексу, розробленого у Лабораторії дослідження людини, мали відповісти на різнобічні питання (табл.7). У дослідженні, проведеному з використанням даного індексу, брали участь 1527 осіб.

Таблиця 7

Розділи попереднього опитувальника, розробленого у лабораторії дослідження людини

1.	Вік
2.	Вага (надлишкова)
3.	Жінка
4.	Дитина
5.	Онук
6.	Вік батька
7.	Вік мами
8.	Успіхи у школі
9.	Ситуація на роботі
10.	Робота у денні години чи за змінним графіком
11.	Робоче завдання
12.	Річний прибуток
13.	Час, витрачений на регулярні поїздки у транспорті
14.	Тривалість сну
15.	Хронічні захворювання
16.	Медичний анамнез
17.	Тиск крові
18.	Кількість викурених сигарет
19.	Частота вживання алкоголю
20.	Об'єм поглинутого кисню
21.	Звикання до алкоголю

Розподіл респондентів за віковими категоріями наведено у табл.8. Було отримані такі результати.

Таблиця 8

Респонденти лабораторії дослідження людини

ВІК, роки	КІЛЬКІСТЬ
20	215
30	289
40	258
50	260
60	505
Усього	1527

Фізичні сили з віком зменшуються, а соціальна адаптація підвищується. Було помічено, що для усіх вікових категорій найбільш високі коефіцієнти парціальної кореляції має така група факторів: шкільні роки, ситуація на роботі, зміст роботи, кров'яний тиск, вік, кількість алкоголю. З показниками віку найбільше корелюють такі фактори: прибуток (для людей старше 60 років), тривалість сну (для людей старше 50 років), куріння (для людей старше 40 років), частота вживання алкоголю (для людей старше 60 років) та звикання до алкоголю. Решта пунктів показали більш слабку кореляцію з індексом здоров'я.

Виміри індивідуального індексу здоров'я. Перший метод визначення індивідуального індексу здоров'я включає розрахунок 12 коефіцієнтів. Ці коефіцієнти відображають такі показники, як пропуски роботи, вживання ліків, втому, вживання алкоголю, симптоми захворювання та суб'єктивні скарги. Детальне описання цих коефіцієнтів наведено у табл.9.

Таблиця 9

Коефіцієнти для вираховування індексу здоров'я окремих індивідів

1.	Коефіцієнт суб'єктивних скарг: Кількість підтверджених скарг. 100% Загальна кількість скарг
2.	Коефіцієнт пропусків роботи: Кількість пропущених робочих днів. 100% Кількість днів зайнятості
3.	Коефіцієнт симптомів захворювання: Кількість виявлених симптомів захворювання. 100% Загальна кількість симптомів
4.	Коефіцієнт відхилень від норми тестових показників: Кількість тестових показників, що відхиляються від норми. 100% Загальна кількість тестових показників
5.	Коефіцієнт приймання ліків: Кількість днів приймання ліків. 100% 356 днів
6.	Коефіцієнт обсягу роботи: Виконаний обсяг роботи. 100% Встановлений обсяг роботи
7.	Коефіцієнт відпочинку: Дійсний відпочинок. 100% Норма відпочинку
8.	Коефіцієнт адаптації до навантаження: Дана продуктивність – Звичайна продуктивність роботи. 100 % Максимальна продуктивність
9.	Коефіцієнт оцінки втоми: Даний рівень втоми – Звичайний рівень втоми. 100% Звичайний рівень втоми
10.	Коефіцієнт сну, коефіцієнт перебування у ліжку: Дана тривалість сну – Звичайна тривалість сну. 100% Звичайна тривалість сну
11.	Коефіцієнт вживання алкоголю: Дана доза алкоголю – Звичайна доза алкоголю. 100% Звичайна доза алкоголю
12.	Коефіцієнт оцінки самопочуття: Оцінка даного рівня самопочуття– Оцінка звичайного рівня самопочуття. 100% Оцінка звичайного рівня самопочуття

Другий метод зводиться до такої системи контролю, за якої визначають майбутній стан здоров'я індивіда. У переліку досліджуваних питань – звичайне життя пацієнта, фізична активність, психічний та

емоційний стан, середовище, стан здоров'я на даний момент. Реєструється інформація, котра надходить за цими п'ятьма питаннями про стиль життя людини, та потім визначаються фактори ризику. Порівнюючи фактори ризику з інформацією стосовно стилю життя можна прогнозувати очікувану тривалість життя. Очікувана тривалість життя може збільшитися, якщо усунути фактори ризику.

Третій метод полягає у використанні опитувальника, який оцінює здоров'я з позиції втоми. Цей опитувальник розроблено Товариством індустріальної медицини (The Society of Industrial Medicine). При визначенні індексу здоров'я враховуються скарги на фізичне самопочуття, психічні симптоми та нейросенсорні системи. У табл.10 наведено 30 критеріїв, за якими проводиться опитування.

Таблиця 10

Суб'єктивні скарги на втому

	ФІЗИЧНІ СКАРГИ
1.	Почуття тяжкості у голові
2.	Головний біль
3.	Відчуття утоми у всьому тілі
4.	Відчуття утоми у якій-небудь частині тіла
5.	Болі та (чи) напруження у яких-небудь частинах тіла
6.	Задерев'яніння (ригідність)
7.	Ядуха (духота)
8.	Сухість у роті
9.	Позіхання
10.	Холодний піт
	ПСИХІЧНІ СИМПТОМИ
11.	Помутніння розуму
12.	Неможливість зібратися з думками
13.	Неможливість зконцетруватися
14.	Збудження
15.	Надмірна сонливість
16.	Легке відвертання уваги
17.	Непослідовність
18.	Нездатність пригадувати (складності з пам'яттю)
19.	Недостатня впевненість, часті помилки
20.	Напади тривоги
	НЕЙРОСЕНСОРНІ СИМПТОМИ
21.	Втома очей та неможливість фокусування
22.	Сухість в очах
23.	В'ялість, неточність рухів
24.	Зрадлива хода
25.	Перемежовуючі болі
26.	Запаморочення
27.	Сіпання повік
28.	Дзвін у вухах та зниження слуху
29.	Тремтіння у м'язах рук та ніг
30.	Неможливість сидіти прямо

Зв'язок між здоров'ям та результатами анкетування ілюструє рис.12. Шкала Y – число психічних та нейросенсорних показів .

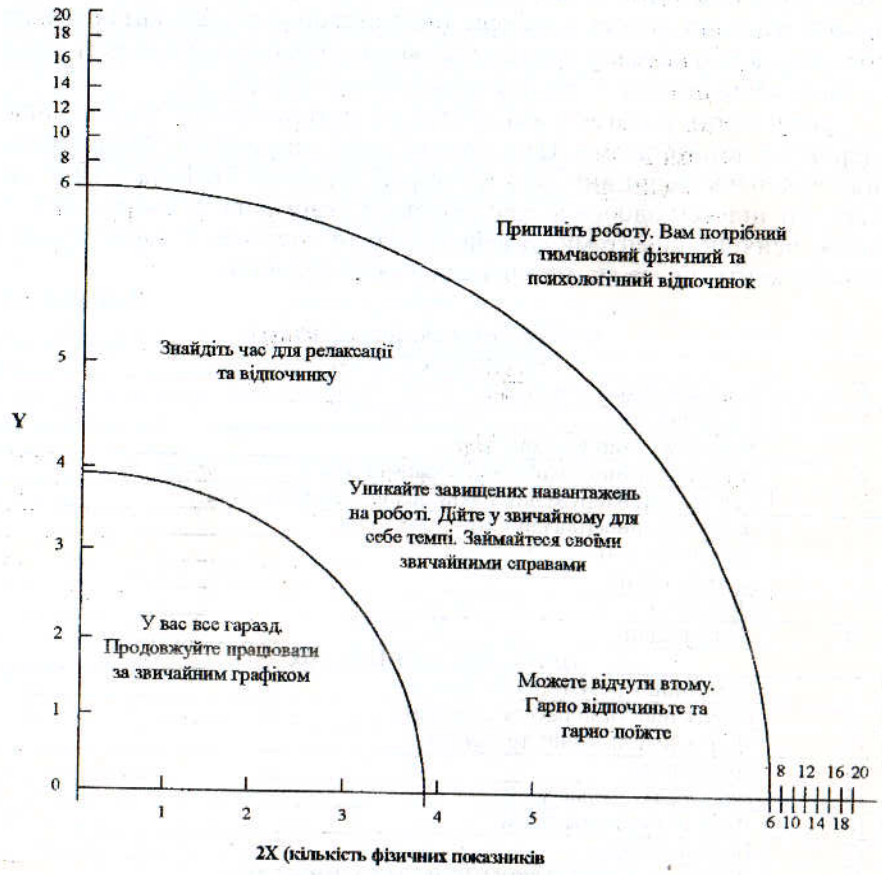


Рис. 12. Оцінка стану втоми на основі суб'єктивних скарг

Четвертий метод вимірювання індивідуального індексу здоров'я грунтується на припущенні, що здоров'я також може розглядатися як система, яка несе певними функціями. Якщо діють усі функції, то індекс здоров'я дорівнює 100%. У табл.7 перелічено критичні функції системи, які враховуються при визначенні індексу здоров'я. Для того, щоб обчислити індекс здоров'я конкретної людини, необхідно підраховувати кількість підходящих для нього пунктів (з указаного списку), відняти це число від 10 та потім визначити, який відсоток становить отриманий результат від 10. Наприклад, якщо людина повідомляє про

порушення шести функцій з указаних у табл.10, то індекс його здоров'я дорівнює 40%.

Таким чином, існують декілька підходів для визначення індексу здоров'я для індивідів чи популяцій. Незважаючи на те, що ці методи дещо відрізняються, більшість з них оцінює як фізичні, так і психологічні та соціальні аспекти. Значення індексів здоров'я полягає в можливості кількісної оцінки здоров'я. Очевидно, що удосконалені індекси можуть принести велику користь для вирішення питання підтримання психосоматичного здоров'я населення різних вікових категорій.

Контрольні запитання

1. Дати визначення поняття здоров'я за концепцією М.Ошіма (1972).
2. Що таке континуум можливих станів здоров'я. Намалювати та пояснити зміст схеми?
3. Пояснити зміст діаграми рівнів активності людини та їх зв'язок із здоров'ям.
4. Розкрити зміст малюнка: здоров'я людини з різних поглядів.
5. У чому полягають багатофакторні умови здоров'я людини?
6. Показати взаємозв'язок факторів індивідуальності особистості та середовища в здоров'ї людини.
7. Навести основну характеристику методів оцінки стану здоров'я людини.
8. Дати пояснення особливостям методів оцінки здоров'я.
9. Навести способи дослідження індексу здоров'я.
10. Розкрити особливості популяційних індексів діагностики здоров'я.
11. У чому полягає специфіка методу оцінки здоров'я "пропорційний показник смертності"?
12. У чому полягають переваги та недоліки Корнельського медичного індексу та його опитувальника?
13. Пояснити структуру та результати досліджень індексу здоров'я, запропонованого лабораторією дослідження людини.
14. Навести приклади та способи обчислення індексів здоров'я окремих індивідів.
15. Яким є зміст опитувальника оцінки стану здоров'я за суб'єктивними скаргами утоми?

Орієнтовні теми рефератів

1. Дослідження особливостей визначення поняття (дефініцій) здоров'я та хвороби у працях сучасних вітчизняних та зарубіжних фахівців.

2.Життєдіяльність людини у умовах багатофакторного впливу на стан психосоматичного здоров'я.

3. Взаємозв'язок індивідуальності особистості та опосередкованого впливу середовища проживання.

4. Порівняльний аналіз специфіки дослідження індивідуальних та популяційних індексів здоров'я сучасної людини.

5. Проблема дослідження індивідуального індексу здоров'я студентської молоді та перспективи її впровадження.

6. Особливості самооцінки стану психосоматичного здоров'я за суб'єктивними та об'єктивними критеріями на сучасному етапі розвитку людини.

Розділ 3. ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПРИ РОЗРОБЦІ ПРОГРАМ ПІДТРИМАННЯ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК
(на матеріалі кризового віку життя)

Для організації науково-дослідної роботи, проведення індивідуально-психологічної діагностики, впровадження комплексних програм підтримання психосоматичного здоров'я людей різних вікових категорій (дітей, підлітків, дорослих, пенсіонерів), безумовно, цінним та важливим є знайомство з етапами підготовки експериментальних досліджень, проведення практичної роботи з відповідним контингентом людей. Тому як одну із робочих моделей пропонуємо дослідження О.В.Корнієнка (1994), що може розглядатися як доповнення до традиційної методики експериментальних досліджень наукової спеціальності "Медична психологія". Для науково-дослідної та практичної роботи у галузі досить нового напрямку "Психосоматичне здоров'я" принциповим є питання орієнтації досліджень на проблеми "третього психосоматичного стану", норми, проміжного стану між здоров'ям та хворобою.

На етапі описання проведених експериментальних досліджень, аналізу відповідної літератури з метою підготовки курсових, дипломних, кваліфікаційних робіт рівня бакалавра, магістра, а також оформлення дисертаційних робіт студенти та аспірати факультету соціології та психології можуть орієнтуватися на зміст та структуру представленого третього розділу навчального посібника.

3.1. Загальна характеристика досліджуваних та методів дослідження

Як приклад для розгляду цієї проблеми візьмемо результати обстежень 180 жінок від 30 до 47 років (за середнього віку близько 36 років) різних національностей – представників як фізичної (14%), так і розумової праці (86%) промислового підприємства "Електронмаш", м. Київ. Характер праці досліджуваних значно відрізнявся: від простих немеханізованих операцій, які вимагали великого фізичного напруження, до складних інженерно-технічних, програмно-логічних завдань з високими психоемоційними перевантаженнями, типовими для сучасного автоматизованого виробництва.

Попередні дослідження контингенту досліджуваних виявили низьку фізичну працездатність, втомлюваність, поганий сон, головні болі, функціональні порушення психосоматичного характеру, які часто зустрічаються при діагнозі вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом (65%), та відповідні зміни в психоемоційній сфері (міжособистісні проблеми, неадекватна самооцінка у виробничих та сімейних відносинах, пошуки мотивів періоду середини життя і т.п.)

Більшість досліджуваних жінок наближаються до складної вікової межі 30–47 років – початку клімактеричних розладів, що характеризуються різними соматичними змінами та нервово-психічними відхиленнями. За своєю суттю ці порушення є тимчасовими невротичними реакціями та виявляються перш за все в симптомах афективної нестійкості (10%), підвищення збудливості та тривожної помисливості. У цей період спостерігається особливо виражена схильність до реактивно-депресивних та іпохондричних реакцій (5%), що супроводжуються значними вегето-соматичними подразненнями, різкими змінами кров'яного тиску (більшою мірою гіпертонічна реакція – 25%).

За нашими спостереженнями, досліджувані знаходилися в проміжному стані між здоров'ям та хворобою як з психологічного, так і з фізіологічного погляду. Тому ми вважаємо логічним класифікувати цей стан як "здоров'я практично здорової людини" (ще не хворих людей, але таких, що перебувають у небезпечному проміжному стані – між здоров'ям та хворобою), які для підтримання здоров'я потребують оздоровчо-корекційних методів та відповідних заходів.

Перед основними дослідженнями було виконано комплекс психодіагностичних процедур, що надало можливість вибрати інформативні засоби експрес-діагностики психоемоційних, типологічних та мотиваційних компонентів особистості за допомогою певних методик:

Опитувальник – Eysenk Personality Inventory (1964).

Методика – Manual for State-Trait Anxiety Inventory (1970).
Методика – A personality scale of manifest anxiety (1953).
Методика – The Lusher colour test (1971).
Шкали-самооцінки Спілбергера–Ханіна (1976).
Тест САН (функціонального стану) (1973).
Тест гумористичних фраз (ТГФ) (1982).

Психодіагностичні методики застосовувалися в поєднанні з спостереженням за психічним станом та його динамікою під час корекційних заходів.

3.2. Психофізіологічні критерії оцінки різних типів особистості

Дослідження індивідуально-психологічних особливостей досліджуваних виявили три групи особистостей: інтроверти, амбіверти, екстраверти. Кількість інтровертів становить 37%, амбівертів – 49 та екстравертів –14%. Встановлено цілком певні відмінності за віком між інтро- та екстравертами (39,98±1,08 – 29,96±1,92, $p<0,05$) та амбі- й екстравертами (37,43±1,07 – 29,96±1,92, $p<0,05$), що добре узгоджується з ранніми працями Г.Айзенка та його співробітників. Ці дані збігаються (із значущими відмінностями) для трьох груп досліджуваних за показниками інтро-, амбі- й екстраверсії та відповідають таким середнім оцінкам за шкалою інтро- та екстраверсії (6,33±0,25 (p1); 11,57± ±0,14(p2); 16,28±0,27(p3), де P<1-3;1-2;2-3). Отримані результати підтверджують думку про те, що спрямованість особистості на себе (інтровертизація мислення) є характерною для осіб старшого віку, та навпаки, у молодих осіб спостерігається відкритість до зовнішнього світу (екстраверсія). "Коло Айзенка" досить добре демонструє це (рис.13).

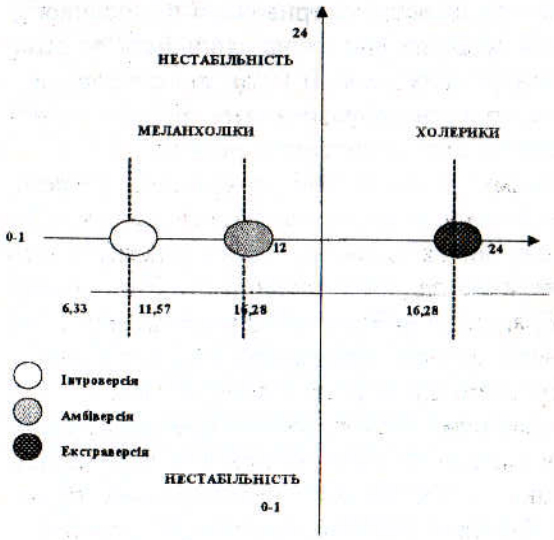


Рис 13. Показники інтроверсії-екстраверсії досліджуваних

Для проведення велоергометричних досліджень було визначено рівень фізичної працездатності (PWC 170) між трьома групами досліджуваних. У інтровертів він був самим низьким – 72,22±4,40 Вт (P1); у амбівертів – відносно середнім – 77,38±2,92 Вт(p2); а у екстравертів – високий – 100±6,15 Вт (p3), за достовірної різниці показників між інтро- та естравертами й амбі- та екстравертами (p<1-3,2-3<0,05). Було встановлено також деякі фактори фізіологічного характеру, які, можливо, й обумовили різний рівень фізичної працездатності в трьох групах. Її низький рівень у інтровертів було зумовлено послідовним виконанням п'яти рівнів навантаження – від 25 до 125 Вт.

Серед 33 досліджуваних жінок навантаження у 25 Вт виконали дві особи (6,06%); 50 Вт – 10 (30,3); 75 – 12 (36,3); 100 Вт – сім (21,1), 125 Вт – дві особи (6,06%). Як бачимо, за кількістю досліджуваних та навантаженнями, найбільш продуктивними були рівні 50–100 Вт, що становило 88% досліджуваних усієї групи та їх фізичної працездатності.

Середній рівень фізичної працездатності у амбівертів було досягнуто вже без реєстрації початкової стадії навантаження 25 Вт, та забезпечувався він більш високою потужністю роботи від 50 Вт до 125 Вт. З 42 жінок навантаження 50 Вт виконали дев'ять осіб (21,4%), 75 Вт – 21 (50%), 100 Вт – 11 (26,1%), 125 Вт – одна особа (2,3%). У сукупності потужність фізичної працездатності у амбівертів досягала 50–100 Вт, що становить 98%.

Високу фізичну працездатність у екстравертів було встановлено також без фіксації на перших двох рівнях навантаження 25–50 Вт за рахунок досягнення досліджуваними максимальної фізичної працездатності – 75–125 Вт. Показники у 12 осіб розподілилися пропорційно, а саме: 75 Вт – чотири особи (33,3%), 100 Вт – чотири (33,3), 125 Вт – чотири особи (33,3%). У сукупності це становило 100% усіх досліджуваних групи.

Було проведено порівняння динаміки фізіологічних показників (частоти серцевих скорочень – ЧСС, систолічного та діастолічного артеріального тиску – САТ, ДАТ) до початку досліджень у стані спокою, при досягненні максимального навантаження та при проходженні двох рівнів навантаження 25 та 50 Вт з урахуванням опосередкованого впливу інтроверсії, амбіверсії, екстраверсії.

У стані спокою не було виявлено вірогідних відмінностей за ЧСС між трьома групами, і вона в середньому становила 82,03±1,65; 84,88±1,69; 82,66±2,59 ударів на хвилину; САТ – 128,18±3,10;

125±2,19; 125,41±4 ,94 мм рт.ст.; ДАТ – 83,33±1,88; 85,11±1,52; 86,66±1,97 мм рт.ст.

Подібні результати було отримано при досягненні досліджуваними максимальних рівнів фізичного навантаження. Відмінності за ЧСС були незначними: 158,36±3,11; 159,16±2,10; 164,58±2,71 ударів на хвилину; САТ – 182,42±4,24; 186,07±3,29; 180±8,18 мм рт.ст.), ДАТ – 91,36±1,74; 93,45±2,02; 90±2,13 мм рт.ст. На першому рівні фізичного навантаження 25 Вт динаміка показників значно змінилась. Так, встановлено достовірні відмінності за ЧСС між інтро-екстравертами та амбі-екстравертами 125,24±3 – 110,25±4,22 ударів на хвилину, p<0,05; 120,47±2,54 – 110,25, p<0,005). Це також підтвердилось і на другому рівні фізичного навантаження 50 Вт (142,90±3,03–127,33±4,44; 138,92±2,41-127,33±4,44) ударів на хвилину, p<0,005). При порівнянні динаміки артеріального тиску за навантаження у 25 та 50 Вт суттєвих відмінностей між трьома групами не виявлено. На першому рівні 25 Вт САТ у інтро-, амбі- та екстравертів знаходився в межах 157,42±4,64; 155,64±3,37; 145±7,73 мм рт.ст, ДАТ – 78,87±1,94; 90,73± 1,59; 89,58±3,04 мм рт.ст. За навантаження 50 Вт показники САТ були ще вищими – від 173,57±4,53; 171,42±4,57 до 160±7,63 мм рт.ст.), ДАТ – 90,75± 1,91; 91,5±1,89; 93,33±2,41 мм рт.ст.). Результати порівняння трьох груп: інтровертів, амбівертів, екстравертів наведено у табл.11.

Таблиця 11.

Порівняння динаміки психофізіологічних показників у стані спокою, максимального навантаження на двох рівнях 25 та 50 Вт у групах інтро-, амбі- та екстравертів

Фізіологічні показники	Індивідуально-психологічні особливості особистості		
	Інтроверсія (1)	Амбіверсія (2)	Екстраверсія (3)
В стані спокою. ЧСС	82±1,65	84,88±1,69	82,66±2,59
Систолічний артеріальний тиск (САТ)	128,18±3,10	125±2,19	125,41±4,94
Діастолічний артеріальний тиск (ДАТ)	83,33±1,88	85,11±1,52	86,66±1,97
Максимальне навантаження ЧСС	158,36±3,11	159,16±2,10	164,58±2,71
САТ	182,42±4,24	186,07±3,29	180±8,18
ДАТ	91,36±1,74	93,45±2,02	90±2,13
За навантаження 25 Вт ЧСС	(P<1-3)* 125,24±3	(P<2-3)* 120,47±2,54	(P<0,05)* 110,25±4,22
САТ	157,4±4,64	155,64±3,37	147±7,73
ДАТ	87,87±1,94	90,73±1,59	89,58±3,04
За навантаження 50 Вт ЧСС	(P<1-3)* 142,9±3,03	(P<2-3)* 138,92±2,41	(P<0,05)* 127,33±4,44
САТ	173,57±4,53	171,42±4.57	160±7,63
ДАТ	90,75±1,91	91,5±1,89	93,33±2,41

Додаток: *достовірність відмінностей між параметрами, p<0,05.

Оскільки було встановлено цілком певні відмінності за ЧСС за фізичного навантаження 25 та 50 Вт між інтро- та екстравертами; амбіта екстравертами, було проведено кореляційний аналіз залежностей між індивідуально-психологічними особливостями досліджуваних та динамікою фізіологічних показників фізичної працездатності.

Аналіз кореляційних залежностей інтровертованих особистостей. У групі інтровертів привертала увагу від'ємна кореляційна залежність між віком та фізичною працездатністю (PWC 170), (r=-0,535, p<0,05). Проте не було встановлено достовірної кореляції між віком досліджуваних та ЧСС, САТ, ДАТ у стані спокою до початку велоергометричного тестування (r=-0,023; 0,340; 0,200). За максимального навантаження виявився достовірний від'ємний кореляційний зв'язок між цими ж показниками (r=-0,493;-0,448;0,422;p<0,05). За навантаженні 25 Вт характер взаємозв'язку дещо змінився, а саме, не було значущої залежності між віком та ЧСС, коефіцієнти кореляції з САТ та ДАТ значно різнилися (r=-0,046;0,658; 0,373; p<0,05). Результати залежностей за навантаження 50 Вт загалом були такими, як за 25 Вт (r=-0,087;0,572;0,361, p<0,05).

Не було встановлено кореляційної залежності між групою показників: інтроверсією, особистісною тривожністю (за двома опитувальниками), ситуативною тривожністю та фізичною працездатністю (PWC 170). Одержано такі результати: r=-0,127;-0,343;-0,057;-0,234). Продовжуючи пошук, ми також не помітили залежності між психологічними особливостями: інтроверсією (r=-0,028;-0,302;0,184); особистісною тривожністю за Тейлором (r=-0,078;-0,083;-0,323); Спілбергером (r=0,024;-0,071;0,107); ситуаційною тривожністю Спілбергера–Ханіна (r = 0,039; 0,271;0,165) – та ЧСС, САТ, ДАТ у стані спокою до проведення велоергометричних досліджень

При досягненні досліджуваними жінками-інтровертами максимальних рівнів навантаження за ЧСС, САТ, ДАТ не було виявлено значущого зв'язку: інтровертованість (r=-0,235;0,349;0,041), особистісна тривожність за двома опитувальниками (r=-0,059;-0,141;0,064), ситуативна тривожність (r =0,160;-0,046;-0,004). За першого рівня навантаження 25 Вт характер взаємозв'язку дещо змінився. Незважаючи не те, що спочатку інтроверсія, особистісна тривожність і цього разу не були пов'язаними з частотою серцевих скорочень (r=-0,67;-0,009;-0,000), з'явився цілком певний зв'язок між інтроверсією та САТ (r=0,367, p<0,05), а між іншими психологічними параметрами та САТ його не було (r= 0,032;0,097). За ДАТ відмінність коефіцієнтів кореляції залишилась у тих самих межах

(r=0,191;0,272;0,141;0,277). За навантаження 50 Вт не було виявлено значущих залежностей між інтроверсією, особистісною, ситуативною тривожністю та ЧСС.

Аналіз кореляційних залежностей амбівертованих особистостей. У групі жінок амбівертів з'явились ще значніші індивідуально-психологічні відмінності. Зразу ж було помітно відсутність кореляційної залежності між віком та фізичною працездатністю (PWC 170; r= -0,054) порівняно з інтровертами (r=-0,535, p<0,05). У стані спокою до початку велоергометричного дослідження встановлено значущий позитивний взаємозв'язок між віком та систолічним артеріальним тиском (r=0,474,p<0,05), а у інтровертів цього не спостерігалося. За максимального навантаження знову з'явився взаємозв'язок з САТ (r=0,321,p<0,05), а у інтровертів усі три показники ЧСС, САТ, ДАТ корелювали з віком (r=-0,493;-0,448;0,422,p<0,05). На двох рівнях навантаження 25 та 50 Вт у амбівертів подібних залежностей при порівнянні з інтровертами не встановлено.

Характер та спрямованість, навіть відсутність залежностей між амбіверсією, особистісною, ситуативною тривожністю та PWC 170 значно відрізняється від результатів, зафіксованих у групі інтровертів. У амбівертованих особистостей коефіцієнти були такими: r=-0,300;0,046; 0,0,182;0,130. У інтровертів загалом виявилась негативна кореляційна група взаємозалежностей між досліджуваними параметрами, тоді як у амбівертів це спостерігається тільки в першому випадку. При дослідженні динаміки зв'язків у стані спокою між індивідуально-психологічними особливостями та ЧСС, САТ, ДАТ також встановлено залежність в розповсюдженні коефіцієнтів кореляції. Так, в першому випадку у амбівертів усі три показники: амбіверсія r=0,031;0,132;0,293, особистістна тривожність за Тейлор r=-0,045;-0,013;0,052 та Спілбергером r=0,022;-0,115; -0,011, а також ситуативна тривожність r=-0,040;-0,124;-0,042 – були позитивними, а у інтровертів перший мав негативний знак. У другого показника виявився збіг у спрямованості знаків кореляції (два негативні) між тривожністю за Тейлор та ЧСС, САТ у групі інтро-та амбівертів. Серед решти показників зазначено частковий збіг у спрямованості кореляційних зв'язків.

За максимальних навантажень у досліджуваних жінок-амбівертів спостерігається значущий кореляційний зв'язок між амбівертованістю особистості та максимальними показниками ЧСС (r=-0,324, p<0,05). Цей зв'язок надає можливість стверджувати, що при досягненні досліджуваними максимально допустимого навантаження на серцево-судинну систему починає виявляється опосередкований взаємовплив амбіверсії на

частоту серцевих скорочень. Тоді як САТ, ДАТ не були пов'язаними з амбіверсією (r=-0,038;0,060). Між особистісною, ситуативною тривожністю та цими ж параметрами не встановлено значущих кореляційних залежностей та особливої відмінності в характері взаємозв'язків. За навантаження 25 Вт також було отримано незначущі (позитивні, негативні) коефіцієнти кореляції. Так, для усієї групи індивідуально-психологічних особливостей особистості вони були такими: r=-0,025; 0,038;-0,046;-0,106. Для порівняння у інтровертів усі чотири показники були негативними. Такий самий характер взаємозв'язку було отримано для САТ (r=0,028;0,000;-0,279;-0,067). Згадаймо, що у інтровертів виявився значущий взаємозв'язок з САТ (r=0,367, p<0,05) на цьому рівні навантаження. Аналіз коефіцієнтів кореляції за ДАТ свідчить про приблизно такі самі показники (r=0,216;0,142; 0,093; 0,123). За навантаження 50 Вт не було помічено загалом значущих коефіцієнтів кореляції досліджуваних параметрів, а у інтровертів виявилась взаємозалежність в обох випадках.

Аналіз кореляційних залежностей екстравертованих особистостей У групі екстравертів характер, спрямованість, коефіцієнти відрізняються від інтро- та амбівертів. Так, залежність між віком та фізичною працездатністю (PWC170) також є від'ємною (r=-0,601, p<0,05), але значно вищою, ніж у інтровертів. У стані спокою у екстравертів результати залежності між віком та САТ становлять r=0,625, p<0,05, як і абівертів (r=0,474), але значно перевищують їх. За максимального навантаження відбувається те саме (r=0,614, p<0,05), виявляється залежність тільки з САТ. За навантаження 25–50 Вт не виявлено суттєвих відмінностей порівняно з динамікою кореляційних залежностей амбівертів. Не було помічено кореляційних відмінностей між групою досліджуваних індивідуально-психологічних особливостей у екстравертів та PWC 170. Але знову спостерігалася від'ємна спрямованість зв'язків (r=-0,081;-0,138;-0,183;-0,210), як у інтровертів. У стані спокою до велоергометрії характер взаємозв'язку значно відрізнявся. Спочатку залежності ЧСС, САТ, ДАТ з екстраверсією не спостерігалося (r=-0,292; 0,339;0,186). Потім проявився негативний взаємозв'язок між загальним рівнем тривожності за Тейлор та ЧСС (r=-0,647, p<0,05), а для САТ та ДАТ, навпаки, такої залежності не відмічалося (r=0,059;-0,022). У подальшому відбувається зміна характеру взаємозв'язків. Так, тривожність за Спілбергером знаходилась у від'ємній кореляційній залежності з ДАТ (r=0,674, p<0,05) та коефіцієнти мали найбільше значення серед раніше описаних, але в свою чергу не було встановлено значущих залежностей між ЧСС, САТ та тривожністю за Спілбергером (r=-0,435;-0,509, p<0,05), а також ситуативною тривожністю та всіма параметрами ЧСС, САТ, ДАТ (r=0,298;0,113;0,06).

При порівнянні динаміки фізіологічних показників у стані спокою екстравертів та груп інтро- та амбівертів чітко видно вплив індивідуально-психологічних відмінностей за ЧСС, САТ, ДАТ. Значуща кореляційна залежність у групі екстравертів між тривожністю, ЧСС та ДАТ, можливо, свідчить про перевагу та психофізіологічну готовність досліджуваних до ефективного виконання наступного велоергометричного тестування, що не було встановлено в групах інтро- та амбівертів. За максимального навантаження не було виявлено суттєвих відмінностей у результатах відсутності кореляційних залежностей між трьома групами. Як у інтровертів, так і у екстравертів не встановлено можливих залежностей, але у амбівертів, нагадаємо, відмічено цей взаємозв'язок з ЧСС ($r=-0,334$, $p<0,05$). За навантаження 25 Вт у досліджуваних спочатку не було зафіксовано залежності між екстраверсією, особистісною тривожністю та ЧСС і САТ, а потім вона проявилася, але тільки між тривожністю за Спілбергером та ДАТ, що загалом становило $r=-0,645$, $p<0,05$. Для порівняння, на цьому рівні навантаження у інтровертів також виявили залежність, але тільки з САТ ($r=0,367$, $p<0,05$). За навантаження 50 Вт ці показники знов зафіксовано, але кореляційна залежність у екстравертів між тривожністю за Спілбергером та ДАТ була досить значною ($r=-0,712$, $p<0,05$) порівняно з усіма попередніми коефіцієнтами.

Після проведення багатостороннього порівняльного та кореляційного аналізу за трьома групами можна досить впевнено стверджувати, що отримані значимі відмінності параметрів, кореляційних залежностей у інтровертів (дев'ять), амбівертів (три), екстравертів (сім) між індивідуально-психологічними особливостями особистості та динамікою фізіологічних показників фізичної працездатності дозволяють говорити про певні тенденції взаємовпливу психофізіологічних параметрів досліджуваних.

Дослідження впливу вегетативної нервової системи на ЧСС, статичну координацію, стійкість та лабільність вестибулярного та нервово-м'язового апарату з урахуванням психологічних відмінностей досліджуваних. До проведення вегетативних проб порівняльний аналіз параметрів між трьома групами не показав достовірних відмінностей за шкалою стабільність–нестабільність (нейротизм) Айзенка, особистістної тривожності, дослідженої за методиками Норакідзе, Тейлор, Спілбергера, та ситуативної тривожності за методом Спілбергера–Ханіна. У результаті досліджень статичної координації (проби Ромберга), стійкості вестибулярного апарату (проби Воячека, Яроцького), лабільності нервово-м'язової системи (тепінг-тест) не було одержано достовірної відмінностей між цими парамет-

рами. Максимальний час утримання рівноваги проби Ромберга в групах інтро- та екстравертів був приблизно однаковим (7;58±6,56; 5,64±4,69; 8,25±4,09 с). За реакцією ЧСС після проби Воячека не можна впевнено говорити про суттєву відмінність у показниках між трьома групами (73,48±14,47; 77,05±15,49; 78±7,09 ударів на хвилину). Така ж ситуація повторилась при проведенні проби Яроцького (26,92±19,15; 23,20±14,90; 27,30±9,52 с). При дослідженні статичної координації (проба Ромберга), стійкості вестибулярного апарату (проба Воячека та Яроцького) встановлено тенденцію збільшення часу виконання проб та зростання ЧСС у жінок з екстравертованим особистісним типом. Інтроверти були більш успішними за показником лабільності нервово-м'язового апарату (тепінг-тест). При вивченні впливу вегетативної нервової системи на динаміку ЧСС виявлено деякі особливості у різних особистісних типів жінок. У результаті проведення ортостатичної проба спостерігалося зросання ЧСС порівняно із станом до початку проби у всіх особистісних типів, проте у амбівертів це проявилося більшою мірою (з 75,95±11,79 до 84±11,69 ударів на хвилину). Кліностатична проба, навпаки, викликала зниження ЧСС з максимальними показниками у екстравертів (з 85,19±11,63 до 70,19±8,92 ударів на хвилину. Окосерцева проба (Ашнера) не вплинула на динаміку ЧСС, проте у екстравертів виразною була перевага стійкості в брадикардії (зниження ЧСС).

На підставі достовірних відмінностей змінних Айзенка між інтро-та екстраверсією й амбі- та екстраверсією було проведено детальний кореляційний аналіз залежностей між індивідуально-психологічними особливостями особистості в групах інтро-, амбі- та екстравертів та динамікою ЧСС, вегетативних проб, статичної координації, стійкості та лабільності вестибулярного та нервово-м'язового апарату у досліджуваних жінок. При порівнянні коефіцієнтів кореляції між віком та динамікою пульсу до та після проведення ортостатичної, кліностатичної та окосерцевої проб у трьох групах значних відмінностей не виявлено. Проте у амбівертів встановлено достовірну від'ємну кореляцію між віком та ЧСС у положенні стоячи (ортостатична проба) ($r=-0,350$, $p<0,05$), а у інтро- та екстравертів такого зв'язку не зафіксовано.

Досить цікаво проявилася майже не значуща динаміка взаємозв'язку між статичною координацією (пробою Ромберга) та віком у інтровертів ($r=0,106$, $p<0,05$), амбівертів ($r=-0,257$, $p<0,05$), екстравертів ($r=-0,487$, $p<0,05$). Стійкість вестибулярного апарату, встановлена шляхом проведення проб Яроцького та Воячека, відрізнялась значною варіабельністю взаємозв'язку з віком – від повної його від-

сутності до середніх показників у екстравертів за пробою Яроцького (r=0,343, p<0,05). Таку ж спрямованість мав зв'язок з лабільністю нервово-м'язового апарату (за тепінг-тестом) у інтровертів, амбівертів, екстравертів (r=0,048; -0,109; 0,504) за відсутності достовірних показників. Наступним фактом був встановлений зв'язок між інтроверсією та ЧСС після проведення проби Воячека (r=0,448, p<0,05), у амбівертів, навпаки, не було відмічено навіть тенденції до подібної залежності, і тільки між екстраверсією та часом проведення проби Ромберга спостерігалися недостовірні кореляції показників тепінг-тесту (r=-0,472; 0,545, p<0,05).

Індивідуально-психологічні відмінності, можливо, виявляються при аналізі навіть гіпотетичних недостовірних залежностей між параметрами Айзенка, стабільністю (емоційною стійкістю), нестабільністю (нейротизмом) у трьох групах. У групах інтро-, амбі-та екстравертів за всією шкалою стабільність–нестабільність не було встановлено навіть незначної кореляції з вказаними вище показниками проб. У екстравертів ситуація дещо змінилась. Так, емоційна стійкість та нейротизм, можливо, були б пов'язані з ЧСС після підрахунку пульсу в положенні лежачи (кліностатична проба) (r=0,528;-0,351, p<0,05), ці параметри за Айзенком знаходились у взаємозв'язку після підрахунку пульсу у положенні лежачи (окосерцева проба Ашнера) (r=0,365;-0,216, p<0,05) та часом одержання проби Ромберга (r=0,364,-0,234, p<0,05). Тривожність за Норакідзе в групі інтровертів знаходилась на середньому рівні значимої кореляційної залежності з часом виконання проби Ромберга (r=-0,552, p<0,05), у амбівертів серед усіх досліджених параметрів загалом не встановлено залежностей, а у екстравертованих особистостей можна тільки прогнозувати існування зв'язків тривожності за Норакідзе з ЧСС після проби Ашнера (окосерцева проба), лабільності нервово-м'язового апарату (теппінг-тест) (r=0,400;-0,359, p<0,05). Особистісна тривожність за Тейлор у інтровертів є також досить добре взаємопов'язаною з показниками статичної координації (пробою Ромберга) (r=-0,490, p<0,05), а у амбівертів у цьому разі проявився значущий кореляційний зв'язок з часом виконання проби Яроцького (r=-0,326, p<0,05), у екстравертів спостерігалися індивідуально-психологічні відмінності – тривожність за Тейлор знаходилась у цілому ланцюгу кореляційних недостовірних залежностей з показниками ЧСС до і після проведення всіх вегетативних проб: ортостатичної (r=-0,410; -0,594, p>0,05), кліностатичної (r = -0,552; -0,390, p>0,05), окосерцевої (r=-0,402; -0,264, p>0,05). Результати взаємозалежності між тривожністю за Спілбергером та досліджуваними параметрами також є показовими. У цьому

випадку в інтро- та амбівертів не було встановлено суттєвих відмінностей у характері взаємозв'язків, проте у екстравертів особистісна тривожність за Спілбергером також, можливо, була б пов'язаною з часом виконання проб та ЧСС, тобто показниками стійкості вестибулярного апарату (пробами Яроцького, Воячека) (r=-0,357;-0,336, p<0,05).

Таким чином, можна зробити висновок, що індивідуально-психологічні особливості особистості знову проявились при аналізі взаємозалежностей між ситуативною тривожністю Спілбергега–Ханіна та динамікою результатів дослідження різних проб. У інтровертів ситуативна тривожність не була пов'язаною ні з одним із параметрів, у амбівертів встановлено кореляційний зв'язок з часом виконання проби Яроцького (r=-0,310, p<0,05), екстравертованість, можливо, цього разу вплинула б на цілу низку залежностей, незважаючи на на статистичну недостовірність, між ситуативною тривожністю та ЧСС ортостатичної проби (r=0,424; 0,436, p<0,05), кліностатичної проби (r=0,293;0,353,p<0,05), окосерцевої проби (r=0,507;0,508, p<0,05) до та після проб Яроцького та Воячека (r=0,283; 0,570, p<0,05).

3.3. Психологічні критерії різних типів особистості

З достовірністю виявляються також індивідуально-психологічні відмінності в загальному стані рівня тривожності за Тейлор, між інтро- та амбівертами (23,56±1,04 – 20,77±0,83, p<0,05), а також за показниками особистісної тривожності за Спілбергером між інтро-та екстравертами (50,26±0,98 - 45,7±21,88,p<0,05. Незважаючи на те, що подальший аналіз результатів не виявив значущих відмінностей між досліджуваними параметрами, ми звернули увагу на той факт, що в трьох групах переважає високий рівень нейротизму (18,27±0,41; 17,9±10,36; 17,33±0,78), особистісної тривожності, встановленої за двома опитувальниками Тейлор (23,56±1,04; 20,77±0,83; 22,76±1,85) та Спілбергера (50,26±0,98; 47,89±0,85; 45,72±1,88), а також високі показники ситуативної тривожності за Спілбергером–Ханіним (11,2±0,36; 11,29±0,29; 10,88±0,62). Таким чином, наші дослідження підтвердили та суттєво доповнили висновки Г.Айзенка про те, що високі показники екстраверсії та нейротизму відповідають психіатричному діагнозу істерії, та за його схемою потрапляють до холериків. Повертаючись до особистісних результатів та порівнюючи два параметри, отримуємо (екстраверсія 16,28±0,27- 17,33±0,78). А високі

показники з інтровесії та нейротизму свідчать про стан тривоги чи реактивної депресії, тобто за Г.Айзенком, це меланхоліки (інтроверсія – 6,33±0,25; нейротизм – 18,27±0,41). Г.Айзенк стверджував, що жінки зрілого віку мають більш високі показники щодо нейротизму та більш низькі щодо екстраверсії, а у молодих осіб обох статей показники екстраверсії та нейротизму є значно вищими. Як видно з результатів особистісних досліджень, екстравертованість жінок становить усього 14% від результатів загальної вибірки у середньому віці (29,96±1,92 років), а інтро- та амбівертованість – 37,3% та 49% відповідно з урахуванням віку (39,98±1,08- 37,43±1,07 років). Таким чином, через порівняння високого рівня нейротизму в трьох групах з аналогічними показниками особистісної та ситуативної тривожності дозволяють зробити висновок про те, що у досліджуваних у несприятливих ситуаціях, наприклад, стресових, може розвиватися невроз (тобто проміжний стан між здоров'ям та хворобою).

Детальний статистичний аналіз досліджуваних індивідуально-психологічних особливостей наведено в табл.12.

Таблиця 12

Індивідуально-психологічні особливості жінок

Досліджувані показники	Інтроверсія (1)	Амбіверсія (2)	Екстраверсія (3)
Вік	39,98±1,08* P<1-3	37,43±1,07* P<2-3	29,96±1,92* P<1-3
Показники за Айзенком	6,33±0,25* P<1-3	11,57±0,14* P<1-2	16,28±0,27* P<2-3
Емоційна стабільність	8±0,77	7,14±0,44	7,66±0,66
Норма	12,42±0,29	12,03±0,24	12,8±0,44
Емоційна нестабільність (нейротизм)	18,27±0,41	17,91±0,36	17,33±0,78
Загальний стан рівня тривожності за Тейлор	23,56±1,04* P<1-2	20,77±0,83*	22,76±1,85
Особистістна тривожність за Спілбергером	50,26(0,98* P<1-3	47,89(0,85	45,72(1,88* P<1-3
Ситуативна тривожність Спілбергера–Ханіна	11,27(0,36	11,29(0,29	10,88(0,62

* – достовірність відмінностей між параметрами, p<0,05.

Порівнюючи результати дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості та фізичної працездатності, ми прийшли до таких висновків. Можливо, що показники, за Айзенком, інтро- та екстраверсії детермінують не тільки індивідуально-психологічні відмінності досліджуваних (поведінкові реакції, швидкість розумових процесів, емоційно-вольову сферу і т.п.), тобто все, що відноситься до вищих психічних регуляторних та комунікативних функцій людини, але також значно впливають на формування, розвиток та прояви фізичної праце-

здатності (фізіологічні аспекти) у предметно-практичній життєдіяльності. Крім того, жінок-інтровертів з високим рівнем нейротизму (6,33±0,25--18,27±0,41) у віці (39,98±1,08 років), особистісною тривожністю за Тейлор (23,56±1,04), Спілбергером (50,26±0,98), ситуативною тривожністю чи реактивною депресією може бути віднесено до "меланхоліків" за схемою Г.Айзенка, та, можливо, з цих причин вони мають низький рівень фізичної працездатності PWC170 (72,72±4,40 Вт). У амбівертів результати дещо відрізняються від першої групи, а саме: амбіверсія, нейротизм (11,57±0,14- 17,91(0,36), тривожність за двома опитувальниками (20,77±0,83; 47,89(0,85), ситуативна тривожність (11,29±0,29), тобто з психологічного погляду цей стан та поведінка є типовими для людей, які дотримується в своєму житті загальноприйнятих норм. Ця група показала середній рівень фізичної працездатності (77,38±2,92). Психіатричний діагноз жінок-екстравертів з високим рівнем нейротизму (16,28± ±0,27; 17,33±0,78) та такими ж значними показниками особистістної (22,76±1,85;45,72±1,88) та ситуативної тривожності (10,88±0,62) відповідає, за Айзенком, істерії, це холерики. При цьому вони мають високий рівень фізичної працездатності PWC 170(100±6,15 Вт).

У психіатричній літературі існує підтвердження результатів про те, що істеричні особистості досить часто залежно від ситуації проявляють високий рівень фізичної працездатності, котрий значно превищує можливості пересічної (середньостатистичної) людини.

У процесі досліджень та виходячи з встановленого факту про достовірність відмінностей параметрів інтро- та екстраверсії, за Айзенком, та відповідного їм рівня фізичної працездатності, виникла необхідність у порівнянні та аналізі можливих кореляційних залежностей між індивідуально-психологічними особливостями особистості та динамікою фізіологічних показників (у стані спокою, за навантаження) при дослідженні фізичної працездатності на велоергометрі.

3.4. Особливості мотиваційної та емоційної сфер

Аналіз мотиваційної структури особистості у взаємозв'язку з її типологією, цілями, ціннісними орієнтаціями та труднощами за даним дослідження стану жінок, що займалися за загальнооздоровчими та корекційними методиками, дав такі результати. При проведенні порівняльного аналізу мотиваційної структури особистості між інтровертами, амбівертами та екстравертами не було виявлено

достовірних відмінностей за ранговим місцем та вираженістю більшості мотиваційних потреб (в умовних одиницях та балах).

Тільки в двох випадках було встановлено значущі відмінності мотиваційного балу "ТВОРЧІСТЬ" між інтро- та амбівертами (7,82±0,52 та 6,37±0,47, $p<0,05$). Причому спостерігаються деякі особливості у позиції даного мотиву (рангового місця) у цих групах, а саме: у інтровертів – на шостому, у амбівертів – на сьомому, а у екстравертів – на четвертому місці. Встановлено також відмінності щодо мотиву "ГРОШІ" між інтро- та екстравертами (4,75±0,51 та 3±0,43, $p<0,05$) та амбі- та екстравертами (4,37±0,39 та 3±0,43, $p<0,05$). У інтровертів ця потреба завершує шкалу мотиваційної сфери особистості та знаходиться на дев'ятому, у амбіветрів – на восьмому та у екстравертів – на сьомому ранговому місці. Слід зазначити, що мотив "ЗДОРОВ'Я" у всіх трьох групах жінок знаходиться на першій позиції за максимальних чисел вираженості цієї потреби (12,3±0,34; 11,57±0,37; 12±0,70).

Таким чином, виявляється глибинна особистісна та суб'єктивна спрямованість мотивації досліджуваних жінок до збереження та підтримання гарного самопочуття та здоров'я за допомогою різних загально-оздоровчих корекційних методів. Виявлено збіг у позиціях другого місця мотиву "МОДА" між інтро- та екстравертами, у амбівертів він змістився на четверту позицію, причому у жінок-екстравертів спостерігається тенденція до більш високих показників (8,4±0,56; 7,63±0,44; 8,81±0,80). При аналізі ставлення досліджуваних до мотиву "КАР'ЄРА" виявлено такі самі відмінності в рагнових місцях: у інтровертів – третє, амбівертів – шосте, екстравертів – п'яте. У цьому випадку інтроверти внутрішньо є більше схильними до реалізації цього мотиву в предметно-практичному житті, якщо виходити з таких результатів: 6,96±0,58; 6,85±0,43;5,5 ±0,61. При розгляді мотиву "ПИЯЦТВО" ситуація є різко відмінною. У інтровертів цей мотив знаходився на четвертому місці (9,93±0,64), амбівертів (10,34±0,45) та екстравертів – на третьому, проте в останніх цей показник був найбільшим (10,91±0,64). Мотиваційний бал цієї потреби посідає друге місце після мотиву "ЗДОРОВ'Я" у всіх трьох групах та для екстравертів, можливо, також має суттєве значення.

Спрямованість особистості жінок інтро- та амбівертів до реалізації мотиву "СІМЕЙНІ НЕГАРАЗДИ" знаходяться на п'ятому місці з різними показниками (7,85±0,61; 6,76±0,44), у екстравертів ця потреба змістилась на шосту позицію, але з більшими цифрами (8,1±0,72).

Неочікувано високою була реалізація мотиву "СЕКСУАЛЬНА ПРИВАБЛИВІСТЬ". Так, на другому ранговому місці він знаходився у амбівертів з виразністю показників 5,70±0,32, у інтровертів – тільки

на сьомому (6,28±0,50), у екстраверти – на останньому дев'ятому місці (5,87±0,54). Таким чином, для амбівертів (ці люди з буденним рівнем мотивації) є найбільш значимими, але тільки після мотиву "ЗДОРОВ'Я", задоволення у сексуальному житті, тоді як у мотиваційній сфері особистості інтро- та екстравертів ця потреба посідає сьоме та дев'яте місця відповідно.

При аналізі потреби "СОЦІАЛЬНІ НЕГАРАЗДИ" не було встановлено суттєвих відмінностей у рангу та мотиваційному балі: у інтро- та екстравертів – восьме, у амбівертів – дев'яте з відповідними показниками (5,44±0,58; 4,57±0,78; 5,12±0,37).

Результати аналізу мотиваційної сфери особистості в трьох групах наведено в табл.13.

Таблиця 13

Мотиваційно-типологічна структура особистості жінок інтровертів, амбівертів, екстравертів, що займалися за різними оздоровчо-корекційними програмами

Зміст мотивів, ранги	Інтроверти (1)	Амбіверти (2)	Екстраверти (3)
Здоров'я	1	1	1
Ранг	2,46±0,30	3,02±0,33	2,91±0,58
Мотиваційний бал	12,3±0,34	11,57±0,37	12,00±0,70
Мода	2	7	2
Ранг	3,75±0,40	3,67±0,36	3,45±0,66
Мотиваційний бал	8,40±0,56	5,70±0,32	8,81±0,80
Кар'єра	3	4	4
Ранг	3,96±0,40	3,97±0,33	3,91±0,51
Мотиваційний бал	6,96±0,58	10,34±0,45	10,91±0,64
П'янство	4	2	6
Ранг	4,00±0,36	4,13±0,32	4,50±0,76
Мотиваційний бал	9,93±0,64	7,63±0,44	8,00±1,14
Сімейні негаразди	5	5	3
Ранг	4,00±0,42	4,58±0,34	4,60±0,63
Мотиваційний бал	7,85±0,61	6,76±0,44	5,50±0,61
Творчість*	6	3	5
Ранг	4,82±0,35	4,77±0,34	4,70±0,65
Мотиваційний бал	7,82±0,52* P<1-2	6,85±0,43	8,10±0,72
Сексуальна привабливість	7	6	9
Ранг	4,88±0,45	5,05±0,40	4,85±0,98
Мотиваційний бал	6,28м0,50	6,37±0,47* P<1-2	3,00±0,43* P<1-3
Соціальні негаразди	8	9	8
Ранг	5,88±0,50	5,72±0,41	5,00±1,19
Мотиваційний бал	5,44±0,58	4,37±0,39* P<2-3	4,57±0,78
Гроші*	9	8	7
Ранг	6,20±0,35	5,83±0,47	5,12±0,78
Мотиваційний бал	4,75±0,51* P<1-3	5,12±0,37	5,87±0,54

*достовірність відмінностей між параметрами p<0,05.

При вивченні основних мотивів у жінок для занять різними загально-оздоровчими та корекційними вправами ми знову отримали підтвердження важливості мотиву "ЗДОРОВ'Я" (на першому ранговому місці та максимальні показники його вираженості у всіх трьох групах). Досліджувані за значущістю на перше місце поставили мотив "ПОЛІПШЕННЯ САМОПОЧУТТЯ". Можливо, змінні за Айзенком – інтроверсія, амбіверсія та екстраверсія – не впливають на вибір мотивації щодо підтримання здоров'я різними загально-оздоровчими, корекційними методами. Ця глибинна потреба є універсальною складовою особистості людини.

Проте індивідуально-психологічні особливості особистості значно вплинули на відмінності в проявах інших мотивів. Так, значущі відмінності було встановлено між інтро- та екстравертами щодо виділення мотиву "УКРІПЛЕННЯ М'ЯЗІВ ТІЛА". У інтровертів він знаходився на другому місці, а у екстравертів – на п'ятому (3,21±0,30 – 4,83±0,61, $p<0,05$), у амбіверти – на четвертому місці. На третє місце всі групи досліджуваних поставили "ФОРМУВАННЯ ГАРНОЇ ФІГУРИ, ОСАНКИ" (3,65±0,33; 3,85±0,27; 4,27±0,66). Четверте рангове місці знову посіли достовірні відмінності між інтровертами за мотивом "ЗНИЖЕННЯ ВАГИ" (4,21±0,33-6,09±0,81, $p<0,05$), екстраверти поставили його на восьму позицію, амбіверти ж – на п'яту. Мотив "ЕМОЦІЙНА РОЗРЯДКА" зумовив наявність цілої групи достовірних відмінностей. У інтровертів він знаходився на п'ятій позиції, а не на другій, як у амбі- та екстравертів. У результатах це відобразилось таким чином: інтро- та екстраверти – 4,34±0,32 та 2±0,38, $p<0,05$), інтро- та амбіверти – 4,34±0,32 – 3,04±0,28, $p<0,05$ та амбі- та екстраверти – 3,04±0,29 – 2±0,38, $p<0,05$.

Суттєвих відмінностей щодо мотиву "ЕСТЕТИЧНА НАСОЛОДА" між трьома групами не виявлено. У інтро- та екстравертів він знаходився на шостому місці, а у амбівертів – на сьомому з урахуванням їх рангових показників (5,52±0,38; 5,95±0,26; 4,83±0,61).

Мотив "ВІДПОЧИНОК ТА РОЗВАГИ" досліджувані інтроверти поставили на сьоме місце, а екстраверти – на четверте (і це було підтверджено достовірними відмінностями в показниках (6,09±0,27 та 4,36±0,50, $p<0,05$)), а амбіверти – на шосте.

Одним із останніх мотивів занять за різними загально-оздоровчими та корекційними методиками був "ВІДХІД ВІД ЩОДЕННИХ ТУРБОТ", і в цьому випадку було встановлено достовірні відмінності між інтро- та екстравертами. Перші поставили його

на восьме місце, другі – на сьоме (6,56±0,31; 5±0,67, p<0,05). Порівняльний аналіз трьох груп щодо мотивації занять за різними загально-оздоровчими та корекційними методиками наведено у табл.14.

Таблиця 14

Мотиви занять за різними загально-оздоровчими та корекційними методиками інтровертів, амбівертів, екстравертів

Зміст мотивів, ранги	Інтроверти (1)	Амбіверти (2)	Екстраверти (3)
Поліпшення самопочуття	1	1	1
Ранг	1,71±0,27	1,95±0,23	2,00±0,38
Укріплення* м'язів тіла	2	5	5
Ранг	3,21±0,30* P<1-3	3,04±0,29* P<1-2,2-3	2,00±0,38* P<1-3
Формування гарної фігури, осанки	3	3	3
Ранг	3,65±0,33	3,85±0,27	4,27±0,66
Зниження ваги *	4	2	7
Ранг	4,21±0,33* P<1-3	4,00±0,28	4,36±0,30* P<1-3
Емоційна* розрядка	5	4	2
Ранг	4,34±0,32* P<1-3,1-2	4,95±0,31	4,83±0,61* P<1-3
Естетична насолода	6	7	6
Ранг	5,52±0,38	5,45±0,33	4,83±0,61
Відпочинок * та розваги	7	6	8
Ранг	6,09±0,27* P<1-3	5,95±0,26	5,00±0,67* P<1-3
Відхід від* щоденних турбот	8	8	4
Ранг	6,56±0,31* P<1-3	6,16(0,29	6,09±0,81* P<1-3

*достовірність відмінностей між параметрами p<0,05.

При розгляді питання про перешкоди до занять за різними загально-оздоровчими та корекційними методиками у жінок інтровертів, амбівертів, екстравертів не було виявлено ніяких значимих відмінностей між цими групами. Перше опитування досліджуваних виявило одну з найважливіших перешкод до систематичних занять за оздоровчими методиками. Це "СІМЕЙНІ, ОСОБИСТІ ОБСТАВИНИ". Група інтровертів помістила їх на перше рангове місце, а екстраверти – тільки на шосте, така ж ситуація повторилась для амбі- та екстравертів за наявності відповідних значущих відмінностей (у першому випадку 2,6±0,29 - 4±0,60, p<0,05 та у другому – 2,61±0,27 та 4±0,60, p<0,05). На другу позицію шкали інтровертів поставили таку перешкоду, як "ОСОБИСТА НЕОРГАНІЗОВАНІСТЬ", яка у амбівертів посіла четверте місце, а у екстравертів – перше. Можливо, що питання "ОСОБИСТОЇ НЕОРГАНІЗОВАНОСТІ" є для екстравертів вагомою

перешкодою для систематичного відвідування оздоровчих занять, а у інтро-та амбіветрів таким стримуючим фактором були "СІМЕЙНІ, ОСОБИСТІ ОБСТАВИНИ".

Така ж сама проблема, як "ХВОРОБИ ДИТИНИ ТА ІНШИХ ЧЛЕНІВ СІМ'Ї", є спільною для інтро- та амбівертів, і досліджувані розташовували її на третьому місці, екстравети – на другому.

На четвертій позиції знаходяться різні мотивації, на яку інтро- та екстравертів поставили "ТИМЧАСОВЕ ПОГІРШЕННЯ САМОПОЧУТТЯ" як актуальну перешкоду в реалізації потреби в систематичних оздоровчих заняттях (у амбівертів – друга).

Щодо мотиву "ТРАВМИ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ", то досліджувані виявили різні позиції: інтроверти, амбіверти, екстраверти поставили цю першкоду на п'яте, шосте та третє місце відповідно.

"ЗАВАНТАЖЕНІСТЬ НА РОБОТІ", можливо, є спільною перешкодою для більшості досліджуваних, про що добре свідчать вибрані позиції: інтроверти – шоста, амбі- та екстраверти – п'ята.

На сьомому ранговому місці спостерігається збіг у всіх трьох групах – можливість "ВІДВІДУВАННЯ ТЕАТРІВ, КІНО".

При дослідженні ціннісних орієнтацій жінок інтро-, амбі-, та екстравертів загалом не було встановлено значущих відмінностей між параметрами, але проявилися деякі індивідуально-психологічні відмінності. У першу чергу всі досліджувані виділили мотив "УПОРЯДКОВАНЕ СІМЕЙНЕ ЖИТТЯ". Інтро- та амбіверти поставили необхідність "БУТИ ДОБРОЮ ГОСПОДАРКОЮ" на другу позицію, а екстраверти – на четверту.

Такому мотиву, як "МАТИ ГАРНУ ФІГУРУ, ОСАНКУ", інтро- та амбіверти виділили третє місце, а екстраверти – друге. Різні погляди щодо орієнтації на те, щоб "МАТИ УСПІХ У ОТОЧУЮЧИХ", було висловлено таким чином: інтроверти поставили його на четверте, амбіверти – на третє місце. Така ж ситуація повторилась відносно цінності мотиву "МОДНО ВДЯГАТИСЯ", у інтро-, амбі- та екстравертів ми знаходимо різні позиції (п'ята, четверта, сьома). Не значно відрізнявся вибір досліджуваними такого питання, як "ПІДВИЩЕННЯ ЗАРПЛАТИ У ЧОЛОВІКА, ПАРТНЕРА" (позиція інтровертів – шоста, амбівертів – сьома та екстравертів – дев'ята). На сьоме рангове місце інтроверти поставили мотив "ПОДОБАТИСЯ ЧОЛОВІКАМ", тоді як амбіверти поставили цей мотив уже на п'яту позицію. У заключній частині опитувальника мотиви практично не відрізнялися. Збігалися позиції інтро- та

амбівертів щодо мотиву "РОЗШИРЕННЯ КОЛА ЗНАЙОМИХ" (на восьмому місці), у екстравертів – на шостому.

"БАЖАННЯ ОБІЙНЯТИ БІЛЬШ ВИСОКУ ПОСАДУ" інтроверти поставили на дев'яте місці, амбі- та екстрверти – на останнє десяте, "ПРОВЕДЕННЯ ЧАСУ ПОЗА СІМ'ЄЮ" – на десяте, дев'яте та восьме відповідно.

При вивченні вибору, надання переваги досліджуваними кольорам достовірні відмінності виявлено тільки у двох випадках. По-перше, за позиціями фіолетового кольору у амбі- та екстравертів: у перших – шоста, у других – четверта (5,29±0,29- 3,83±0,60, $p<0,05$). Жовтий колір амбіверти помістили на п'яте місце, а екстраверти – на сьомс (4,70±0,29- - 6±0,40, $p<0,05$). У всіх інших випадках таких значимих відмінностей не встановлено. Незважаючи на це, є доцільним детальніше проаналізувати суттєві відмінності в значенні для жінок вибору кольорів під час занять за різними загально-оздоровчими методиками.

Перша та друга позиції, відмічені знаками "++", згідно з рекомендаціями М.Люшера, можуть свідчити про способи та методи досягнення мети, до якої прямують досліджувані. Так, групи інтро- та амбівертів надали перевагу синьому та зеленому кольору (+1 та +2). У першому випадку прогноз не є зовсім сприятливим: досліджувані хотіли б вийти із стану стресу, бажають миру, спокою, гармонії, задоволення. Потребують захисту від стресу ті, хто вибрав кольори, які йдуть після сірого (червоний, зелений Х3 та Х2), що може бути реалізовано шляхом створення спокійної обстановки. Екстраверти також потребують спокійної гармонійної обстановки, стан стресу їх також пригнічує, і вони бажають вийти з нього без зайвих втрат.

Вибір третьої та четвертої позиції "ХХ" свідчить про внутрішнє відчуття (самооцінку) ситуації, в якій знаходяться досліджувані, чи образ дії, котрий ця ситуація підказує. І в цьому випадку виявився збіг у виборі червоного та зеленого кольорів (Х3 та Х2) інровертами та амбівертами. У даній ситуації досліджувані отримують задоволення, виявляючи ініціативу в подоланні перешкод та труднощів. Вони займають чи бажають зайняти положення, за якого б вони мали владу та могли керувати перебігом подій. Вони відрізняються незалежною вдачею, твердо дотримуються своїх намірів. У екстравертів спостерігається комбінація кольорів червоного та фіолетового (Х2 та Х3), тому можна говорити, що вони захоплюються збуджуючими чуттєвість об'єктами, готові брати участь у всьому, що може збуджувати та хвилювати. Ця група за своєю орієнтацією може бути як "еротичною", так і "естетичною".

П'ята позиція "==" свідчить про те, що досліджувані не пов'язують свій стан, мотиви з певними кольорами, демонструючи байдужість до них. Але незважаючи на це, ми отримали достовірні відмінності за ранговим місцем вибору фіолетового та жовтого кольорів між амбі- та екстравертами. Можливо, на п'ятій і шостій позиціях ще раз виявився опосередкований вплив індивідуально-психологічних особливостей на вибір кольору. Як ми помітили, між інтро- та амбівертами не було значно вираженої відмінності у виборі кольору. У перших на цій позиції знаходились фіолетовий та жовтий (=5 та =4), а у других – жовтий та фіолетовий (=4 та =5) з однотипною психологічною характеристикою. Досліджувані цих груп є егоцентрично вразливими та наполягають на тому, щоб бути впевненими у реалізації своїх надій та побажань, їм потрібна підтримка. На відміну від них, у екстравертів ми знаходимо на п'ятій та шостій позиціях сірий та чорний кольори (=0 та =7). Це свідчить про те, що вони вважають себе вимушеними тимчасово йти на компроміси, щоб не втратити прихильності деяких осіб та не потрапити в ізоляцію.

Остання сьома та восьма позиції "- -" характеризують спроби стримати якусь потребу, мотив, настрій. Інтроверти обирають разом коричневий та чорний кольори (-6 та -7). Це сполучення свідчить про бажання вільно слідувати своїм намірам та принципам, розвивати свої здібності, добиватися поваги до себе як особистості, про сподівання, завдяки активності, старанності, позбутися внутрішніх протиріч. Амбіверти надали перевагу чорному над коричневий (-7 та -6), що говорить про їх опір до будь-якого тиску з боку інших та прагення незалежності. Вони волють самі шукати відповіді та приймати рішення, ненавидять одноманітність та буденність. Екстраверти виділили жовтий та коричневий кольори (-4 та -6), тобто вони відчувають самотність та невпевненість через те, що їм не вдається стати членом суспільства, яке могло б задовольнити їх потреби. Разом з тим вони бажають виділитися з групи. Відчуття ізольованості народжує невизначену потребу в контактах, йому відводиться головна роль, усе інше втрачається, звужуються коло інтересів.

Виходячи з наведеного аналізу вибору кольорів жінками, котрі займаються за різними загально-оздоровчими та корекційними методиками, можна говорити про певний вплив амбіверсії на значущі відмінності у виборі фіолетового та жовтого кольорів та особливості рангового розташування інших функціональних пар кольорів. Результати аналізу вибраних кольорів наведено у табл.15.

Таблиця 15.

Переваги у вибору кольорів жінками залежно від індивідуально-психологічних особливостей особистості

Позиція кольору	Назви кольорів, ранги	Характеристика позицій вибору	Інтроверти (1)	Амбіверти (2)	Екстраверти (3)
1	Синій	Спосіб досягнення мети "+"	1	1	1
	Ранг		2,97±0,36	2,52±0,32	3,25±0,53
2	Сірий	Мета "+"	2	2	4
	Ранг		3,30±0,34	3,43±0,26	3,75±0,65
3	Червоний	Внутрішнє відчуття самооцінки ситуації "х"	3	3	3
	Ранг		4,11±0,33	4,11±0,29	3,83±0,78
4	Зелений	"х"	4	4	5
	Ранг	4,50±0,36	4,20±0,35	3,83±0,60* P2-3<0,05	
5	Фіолетовий	Відсутність зв'язку стану, мотивів з кольором "="	5	6	2
	Ранг		4,88±0,35	4,70±0,29* P2-3<0,05	4,25±0,60
6	Жовтий	"="	6	5	8
	Ранг		5,19±0,30	5,29±0,29 * P2-3<0,05	5,08±0,78
7	Коричневий	Прагнення придушити якусь потребу, мотив, настрій "-"	7	8	6
	Ранг		5,44±0,36	5,77±0,34	6,00±0,40* P2-3<0,05
8	Чорний	"-"	8	7	7
	Ранг		5,66±0,38	5,95±0,27	6,00±0,50

*достовірність відмінностей між параметрами $p<0,05$.

На основі викладених результатів дослідження проведено аналіз можливих кореляцій між інтро-, амбі- та екстраверсією та вибором кольорів. Інтровертованість особистостей досліджуваних в основному знаходилась у стані значущої залежності від вибору кольорів. Можна говорити про тенденції до кореляційного зв'язку з вибором синього, червоного, фіолетового ($r=0,151$; -0,209; 0,163, $p>0,05$). І тільки з вибором чорного кольору було зареєстровано взаємозв'язок ($r=-0,330$, $p<0,05$). У амбівертів характер залежності був іншим – вибір синього, сірого, червоного, зеленого кольорів ($r=0,196$; -0,139; -0,141).

Екстравертованість особистості в свою чергу значно вплинула на варіабельність кореляцій – від повної відсутності до середнього рівня. Це

дуже добре видно з таких результатів взаємозв'язків, а саме: вибір синього кольору (r=0,307, p<0,05), червоного (r=-0,269, p<0,05), зеленого (r=0,683, p<0,05), фіолетового та коричневого (r=0,197;-0,100, p<0,05), чорного (r=-0,580, p<0,05). Необхідно виділити виражену кореляцію інтроверсії з вибором чорного кольору (r=-0,330, p<0,05), екстраверсії – зеленого та чорного (r=0,683;-0,580, p<0,05).

Отримані результати ще раз підтвердили припущення про вплив індивідуально-психологічних особливостей особистості на вибір деяких кольорів навіть на вербально-зоровому рівні (без демонстрації досліджуваним відповідних кольорових карток Люшера). Можна припустити, що емоційна сфера екстравертів характеризується спробами стримання негативних переживань. За несприятливих умов (конфлікти, складні ситуації і т.п.) у таких особистостей можливі прояви схильності до алкоголю. Це підтверджується дослідженнями мотивації за допомогою тесту гумористичних фраз, що вказує на присутність категорії "ПИЯТСТВО" в спектрі даних екстравертів.

Особливістю інтровертів є прагнення до активного подолання негативних переживань, їх переосмислення, що й підпорядковується одному з домінуючих мотивів – "КАР'ЄРА". Для амбівертів типовим є значна врівноваженість. Велике значення для досліджуваних мають сексуальні аспекти взаємин між людьми (один із домінуючих мотивів – "СЕКСУАЛЬНА ПРИВАБЛИВІСТЬ").

Розгляд значення мотивів, емоційної сфери, ціннісних орієнтацій, індивідуально-психологічних особливостей у плані підтримання здоров'я жінок віку кризи загально-оздоровчими, корекційними методами та засобами дозволив зробити такі попередні висновки. Очевидно, що зараз наукові керівники, практики профілактичної медицини, оздоровчої масової фізичної культури та інших суміжних галузей недостатньо уваги приділяють психодіагностиці особистості широких верств населення, і це звичайно негативно впливає на ефективність привентивних заходів щодо розповсюдження серцево-судинних захворювань, психосоматичних розладів, а також на дієвість заходів оздоровчо-фізкультурної спрямованості.

3.5. Необхідність психологічного впливу на організацію оздоровчо-корекційної діяльності

На думку Б.Г.Ананьєва (1969), психологія стає засобом зв'язку між усіма галузями пізнання та засобом об'єднання різних розділів природничих та суспільних наук. Це повною мірою відноситься і до оздоровчої масової фізичної культури, в межах якої інтегруюча роль психосоматичного підходу постійно зростає. Основи психології – це одна з головних складових педагогічної освіти. Психологія як навчальна дисципліна викладається у всіх навчальних закладах, котрі готують фахівців у галузі виховання, навчання, управління, в тому числі й оздоровчої масової фізичної культури та туризму.

Питання, пов'язані з фізичною рекреацією, мають стати предметом вивчення психологів (Ільїна, 1987). На жаль, дослідження в цій галузі майже не проводяться. Про психологію рекреаційної оздоровчої масової фізичної культури поки що можна говорити тільки в аспекті постановки питання. Автор, зі свого боку, виділяє основні шляхи залучення широких верств населення до занять масовою фізичною культурою.

Основний акцент необхідно робити на агітації та пропаганді здорового способу життя (розповідати про користь занять фізичними вправами, навчити самостійному виконанню комплексів фізичних вправ, а також самоконтролю за самопочуттям.

Суттєвим питанням є психологія загартування. Досі воно розглядалося тільки з фізіологічних позицій як реакція організму на холодові та теплові впливи. Ставлення ж особистості до процедур загартовування не враховується, що суттєво знижує ефект.

У нагоді могли б стати пропаганда існуючих форм рекреаційної оздоровчої фізичної культури серед різних верств населення і дослідження у зв'язку з цим їх психологічних характеристик. Схильність до тієї чи іншої форми занять різних контингентів населення, що відрізняються за статтю, віком, психологічними особливостями.

В.А.Плахтієнко (1989) вважає, що одним із основних напрямків досліджуваної проблеми має стати психологічне забезпечення оздоровчо-масових форм фізичного виховання, розвиток мотивів, інтересів до занять фізичними вправами. При вивченні функціонального стану перевага повинна надаватися психологічним методам дослідження (Saudrucci,1968; Доскин, Лаврентьева, Мирошников и др., 1973), оскільки саме вони дозволяють досить точно оцінити потенціальні можливості організму та діагностувати ранні зміни функціонального стану під впливом різних оздоровчо-профілактичних занять. Ось чому і сьогодні залишається важливою

думка А.А.Ухтомського (1927) про можливість дослідження суб'єктивного відчуття людини для своєчасної діагностики та корекції її фізичного та емоційного стану. Сьогодні, як і раніше, перевага надається медико-біологічному підходу до вивчення та розробки проблеми підтримання здоров'я "практично здорового населення", хоча, по суті, вона є соціально-психологічною, бо стосується фізичної активності людини. Увага дослідників, як і раніше, концентрується на дослідженні фізичних показників, антропометрії, працездатності, стану серцево-судинної та дихальної систем і т.п. Спостерігається тенденція до дублювання проведених раніше досліджень та формування навколо них ореолу новизни. Обмеженість інтелекту людини стала причиною поділу галузі біологічних досліджень на окремі напрямки, такі як анатомія, біохімія, фізіологія та психологія (Гельгорн, Луфбороу, 1966). Бар'єри ці за своєю суттю є штучними, людина сама їх сформувала. Та вони заступили фундаментальну сутність усіх функцій організму. Біологічні процеси йдуть своїм шляхом незалежно від того, чи вивчає їх дослідник з позиції фізіолога, еколога, психіатра, біохіміка чи психолога. Організм не містить у собі спеціального набору процесів та явищ для кожного дослідника окремо.

Таким чином, у більшості сучасних дослідницьких програм з медицини, проміжної психіатрії, оздоровчої масової фізичної культури порушується принцип єдності біопсихосоціального в пізнанні людини. Діяльність лікарів-психіатрів, психологів, тренерів, наукових співробітників у цій сфері носить однобічний характер, а наслідком цього є недостатня ефективність лікарських, профілактичних, діагностичних та оздоровчо-фізкультурних заходів. Це є особливо показним на прикладі оздоровчої масової фізичної культури. Об'єм, інтенсивність фізичного навантаження призначаються без урахування мотивів (потреб у заняттях), індивідуально-психологічних особливостей людей, що займаються вправами, динаміки їх емоційного стану, психологічних характеристик, міжособистісних стосунків у групі, а також методів та заходів фізкультурно-оздоровчої діяльності. Тому у цих людей обгрунтовано виникають сумніви щодо користі фізичних вправ для поліпшення самопочуття, щодо значення різних оздоровчо-корекційних методів для підтримання здоров'я "практично здорової людини". Відповідно формується й установка на залежність від лікарських препаратів, зловживання алкоголем та іншими наркотичними препаратами для зняття нервово-емоційного напруження, що часто призводить до алкоголізації мислення та відповідної поведінки,

спостерігається тенденція звернення населення по допомогу до сумнівних екстрасенсів, "хілерів" та інших некваліфікованих "цілителів".

Таким чином, перелічені вище причини призвели до кризового стану психофізіологічного здоров'я "практично здорового населення" та попередження ранішніх форм захворюваності різного характеру. На нашу думку, одним із напрямків, який зміг би забезпечити поступовий перехід від старих біологізаторських підходів до забезпечення індивідуально-психологічного підтримання здоров'я "практично здорового населення", кожної людини, є залучення психодіагностики особистості тих, хто займається фізичною культурою за загальнооздоровчими та корекційними методиками.

3.6. Можливості підтримання психосоматичного здоров'я загально-оздоровчими та корекційними методами

Наведено комплексну програму для жінок віку кризи, яка розроблялася з урахуванням психологічного та психофізіологічного стану жінок віком від 30 до 47 років перед початком клімактеричного періоду. Досліджувані пройшли двомісячний курс комплексних занять згідно із пропонованою експериментальною методикою. Основний акцент було зроблено на пошуку нефармакологічних впливів на психосоматичне здоров'я досліджуваних жінок.

Програма включала три основні частини:

1. Оздоровчо-рекреаційна: ходьба; біг підтюпцем середньої інтенсивності; аеробіка із сучасним музикальним супроводженням; група методів нетрадиційної східної медицини з її глибоким філософсько-психологічним обгрунтуванням; використання різних систем масажу, дихальних, корекційних вправ, спрямованих на гармонійний вплив індивідуально-психологічних та соматичних аспектів у життєдіяльності людини. При формуванні експериментальної програми, виборі заходів та методів ми орієнтувались на такі роботи: В.К.Бальсевича (1988), Л.Я.Іващенко, Н.П.Страпко (1988), Гаваа Лувсан (1990), Serizawa(1976), Cooper (1989), Nakamura, 1985). Заняття проходили два рази на тиждень протягом двох місяців як у спотрзалі оздоровчого комплексу промислового підприємства "Електронмаш", так і на свіжому повітрі з метою зниження психоемоційного напруження, фізичної, розумової втоми та підтримання здоров'я. Поряд із спортзалом розташувався пейзажний ландшафт із зеленими насадженнями з різним характером впливу (збу-

джуючі та стимулюючі, щадячі, малоактивні та заспокійливі), тому в весняно-літній та осінній періоди проводились заняття на свіжому повітрі. Як добре відомо, оточуюче природне середовища справляє позитивний вплив (рекреаційний вплив) на здоров'я людини (Мироненко, Твердохлебов, 1981; Нижник, 1989).

2.Школа масажу. Досліджувані пройшли також додатковий місячний курс теоретико-практичного навчання основам класичного масажу, само- та взаємомасажу за розробленою нами методикою (Корнієнко,Тихонова, 1990). З метою підвищення ефективності навчання та проведення контрольно-перевірочних занять (тестів) було підготовлено систематизовану картотеку слайдів за класичними методиками масажу А.Ф.Вербова (1966), Л.А.Кунічева (1983) та східного (точкового) масажу за К.Серізава (1976). У процесі занять демонструвався навчальний матеріал на автоматичному діапроекторі.

3. Психотерапевтичний вплив та навчання саморегуляції: навчання, самостійне використання досліджуваними у кінці кожного заняття різних психотерапевтичних, психокорекційних та психогігієнічних впливів за добре відомими методиками вітчизняних та зарубіжних фахівців (Schultz, 1964; Карвасарський, 1985; Лобзин, Решетников, 1986; Цзен, Пахомов, 1988). Як правило, психотерапевтична частина заняття закінчувалась оглядом досліджуваними різних елементів пейзажо-терапії (кольорових слайдів з демонстрацією живописних куточків гірської, степової, морської частини Криму та Кавказу) за розробленою нами тонізуючо-заспокійливою методикою.

3.7 Ефективність оздоровчо-підтримуючої програми залежно від типу особистості

Нами було проведено дослідження ефективності двомісячних комплексних оздоровчих занять у жінок з проміжною артеріальною гіпертензією та опосередкованим впливом індивідуально-психологічних особливостей. Усі групи жінок (інтроверти, амбіверти, екстраверти) були присутніми на заняттях за запропонованою програмою в середньому на 10,32±1,61 рази, що загалом відповідало двомісячному запланованому періоду оздоровчих занять. Було виявлено достовірні відмінності за кількістю відвіданих занять між інтро- та амбівертами, у перших – 13,68±3,12 раза, а у других – 6,64±1,05, $p<0,05$, екстраверти були присутніми близько 9,75±1,54 рази. Індивідуально-психологічні особливості особистості і цього разу вплинули

на мотивацію потреби в оздоровчих заняттях у цих групах. Це було помітно за загальною кількістю відвіданих занять, так, інтроверти були присутніми на 219 заняттях, амбіверти – вже на 93, а екстраверти – усього на 39.

Попередній аналіз результатів динаміки систолічного, діастолічного артеріального тиску до і після участі в програмі засвідчив суттєві достовірні зниження цих параметрів по всій групі без урахування індивідуально-психологічних особливостей (133,02±2,75 – 122,64±2,10; 86,32±1,77 – 80,08±1,79 мм рт.ст., $p<0,05$). Наведені показники тиску відповідають проміжному рівню артеріальної гіпертензії. З отриманих результатів добре видно вплив різних фізкультурно-оздоровчих, психотерапевтичних заходів та методів на зниження систолічного та діастолічного тиску – одного із найнебезпечніших факторів розвитку серцево-судинних захворювань. Двомісячні регулярні заняття зумовили стійке зниження артеріального тиску за принципом кумулятивного ефекту (поступового переходу кількісних змін в якісні). Це означає, що від першого до останнього заняття відбувалось накопичення "термінового ефекту", тобто впливу навіть одноразового заняття на ситуативне зниження артеріального тиску. На ЧСС ця програма вплинула незначно (77,17±2,09 – 75,47±1,77 ударів на хвилину, $p>0,05$).

У подальшому було проведено аналіз параметрів з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей. У стані спокою, до початку занять, не було виявлено значущих відмінностей за САТ, хоча спостерігалися деякі тенденції до їх варіабельності між інтро-, амбі- та екстравертами (129,93±3,14; 134,21±5,24; 141,25±4,26 мм рт.ст., $p>0,05$). Урахування індивідуальності особистості дозволило виділити осіб з вегето-судинною дистонією за гіпертонічним типом. За ДАТ одержано подібні результати (83,37±2,41; 88,64±2,97; 90±4,56 мм рт.ст., $p>0,05$), про достовірність відмінностей за ЧСС можна говорити тільки для інтро- та амбівертів (72,31±2,87 та 81,64±3,25 ударів на хвилину, $p<0,05$).

Після виконання досліджуваними двомісячної оздоровчої програми тільки в групі амбівертів виявлено достовірне зниження САТ (134,21±5,25-120,35±3,22 мм рт.ст., $p<0,05$ – гіпотонічна реакція), що у середньому для цієї групи відповідало зниженню тиску на 14 мм рт.ст. У інтро- та екстравертів цього не спостерігалося ні за одним із досліджуваних параметрів: САТ (129,93±3,41 – 122,5±3,02 мм рт.ст., $p>0,05$; 141,25±4,26 – 131,25±6,57 мм рт.ст., $p>0,05$); ДАТ (83,37±2,41 – 81,07±2,67 мм рт.ст., $p>0,05$; 90±4,56 – 77,5±2,5 мм рт.ст, $p>0,05$); ЧСС (72,31±2,87 – 81,07±2,67; 81(5,19 – 81,5±3,77 ударів на хвилину, $p>0,05$). У інтро- та екстравертів відмічено зниження тиску всього на

7–10 мм рт.ст. Виявилась тенденція зниження ДАТ у інтро- та амбівертів на 2–8 мм рт.ст. Результати порівняльного аналізу ефективності двомісячних оздоровчих занять усіх груп з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей наведено в табл.16.

Таблиця 16.

Порівняльний аналіз ефективності оздоровчих занять усіх груп з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей особистості

Досліджувані параметри	Результати по всіх групах	Особливості особистості		
		Інтроверсія (1)	Амбіверсія (2)	Екстраверсія (3)
До початку АТ(1)	133,02±2,75* P<1-4	129,93±3,41	134,21±5,24* P<1-4	141,25±4,26
ДАТ(2)	86,32±1,77* P<2-5	83,37±2,41	88,64±2,97	90±4,56
ЧСС(3)	77,17±2,09	72,31±2,87* P<1-2	81,64±3,25*	81±5,19
Після двох місяців САТ(4)	122,64±2,10* P<1-4	122,5±3,02	120,35±3,22* P<1-4	131,25±6,57
ДАТ(5)	80,08±1,79*	81,07±2,67	81,07±2,67	77,5±2,5
ЧСС(6)	75,47±1,77	73,43±2,29	76,07±3,23	81,5±3,77
Кількість відвіданих занять	10,32±1,61	13,68±3,12* P<1-2	6,64±1,05*	9,75±1,57

*достовірність відмінностей p<0,05.

На основі проведених досліджень було встановлено достовірні відмінності за кількістю відвіданих занять між інтро- та амбівертами, ЧСС у стані спокою до початку участі в програмі в цих же групах, а також значне зниження САТ у амбівертів після завершення програми, а також зниження як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску загалом у досліджуваних під впливом різних оздоровчих засобів та методів.

Нами було проведено аналіз кореляційних залежностей між індивідуально-психологічними особливостями особистості, кількістю відвіданих занять та динамікою фізіологічних показників до і після участі досліджуваних у комплексній оздоровчій програмі.

У результаті проведеного кореляційного аналізу не виявлено значущих залежностей між досліджуваними параметрами в трьох групах. Незважаючи на це, необхідно звернути увагу на загальну тенденцію, характерну для всіх груп, а саме: поступове збільшення навіть недостовірних коефіцієнтів кореляції між кількістю відвіданих занять інтро-, амбі- та екстравертами та майже всіма фізіологічними показниками після участі в двомісячній оздоровчій програмі. За САТ ці коефіцієнти до початку занять у інтровертів, амбівертів та екстравертів становили r=0,199; -0,141; 0,583, а

після відповідно r=0,244; -0,326; -0,808, p>0,05). Динаміка ДАТ теж дещо змінювалася. У інтро- та екстравертів спостерігалася така сама тенденція, як і для динаміки САТ. Спочатку результати були такими r=0,169; 0,648, а в кінці r=0,383; -0,915, p>0,05, у амбівертів виявились протилежні залежності (r=0,164;0,061, p>0,05). Не було встановлено достовірної кореляції при зміні ЧСС у інтровертів, в обох випадках їх не було (r=0,074; 0,059, p>0,05). У амбівертів тільки спочатку цей показник був дещо більшим (r=0,496, p>0,05), а після участі досліджуваних у програмі він став значно меншим (r=0,061, p>0,05). Для екстравертів на відміну від попередніх груп встановлено найзначніше недостовірне збільшення коефіцієнтів кореляції між кількістю занять та ЧСС (r=0,901; 0,934, p>0,05). При аналізі коефіцієнтів, пов'язаних саме з динамікою ЧСС у трьох групах, виявлено найрізноманітніші недостовірні результати – від мінімальних до максимальних показників. Це, можливо, пов'язано з достовірністю відмінностей за ЧСС у стані спокою між інтро- та амбівертами.

Характер кореляційних зв'язків іншої групи параметрів між змінними за Айзенком та фізіологічними показниками до та після виконання програми має багато спільного з отриманими раніше результатами. Спочатку динаміка САТ та її недостовірні показники були такими: r=0,065; 0,056; 0,227, p>0,05), потім ситуація змінилась: r=0,245;-0,397;0,063, p>0,05. Як бачимо, із загальної тенденції виключаються тільки екстраверти. За зростанням коефіцієнтів кореляції ДАТ можна спостерігати стійку тенденцію до збільшення показників кореляції. Для досліджуваних до того, як вони взяли участь у програмі, ми отримали такі результати: r=0,082; -0,160; 0,121, p>0,05), а після її завершення показники були іншими: r=-0,163; -0,309; 0,555, p>0,05). Зміна коефіцієнтів кореляції, пов'язаних з ЧСС, свідчить також про можливість їх збільшення. Спочатку вони у інтро-, амбі- та екстравертів становили: r=0,074; -0,063; -0,320, p>0,05). Пройшовши запланований курс оздоровчих занять, досліджувані досягли таких результатів: r=-0,080;0,296;-0,691, p>0,05.

Проведений аналіз кореляційних залежностей між індивідуально-психологічними особливостями, кількістю відвіданих занять та динамікою фізіологічних показників свідчить про обмежений вплив інтро-, амбі- та екстраверсії на оздоровчий ефект щодо серцево-судинної системи. Особливу роль при цьому відіграють психологічні прояви інтро- та амбіверсії з урахуванням отриманих раніше достовірних відмінностей за ЧСС та САТ до та після участі в програмі. Отримані результати порівняльного кореляційного аналізу наведено у табл.17.

Таблиця 17.

Кореляційні залежності між індивідуально-психологічними особливостями особистості та кількістю відвіданих занять, динамікою фізіологічних показників до і після оздоровчої програми

Фізіологічні показники	Особливості особистості					
	Інтроверти(1)		Амбіверти(2)		Екстраверти(3)	
	Кільк. зан.	Інтров.	Кільк. зан.	Амбів.	Кільк. зан.	Екстр.
До початку САТ	0,199	0,065	-0,141	0,056	0,583	0,227
ДАТ	0,169	0,082	0,164	-0,160	0,648	0,121
ЧСС	0,074	0,074	0,496	-0,063	0,901	-0,320
Після САТ	0,244	0,245	-0,326	-0,397	-0,808	-0,063
ДАТ	0,383	-0,163	0,061	-0,309	-0,915	0,555
ЧСС	0,059	-0,080	0,061	0,296	0,934	-0,691

*достовірність відмінностей $p<0,05$.

Наступним завданням дослідження було порівняння динаміки функціонального стану (самопочуття, активності, настрою) до та після одноразового заняття з аеробіки з урахуванням впливу індивідуально-психологічних особливостей особистості.

Досліджуваним жінкам було запропоновано оцінити свій стан до та після 45-хвилинного заняття за тестом "САН" (самопочуття, активності, настрою) (Доскин и др.,1973). Однократне заняття з аеробіки із сучасним музикальним супроводженням тонізуюче вплинуло на функціональний стан усіх жінок ще до початку дослідження індивідуально-психологічних відмінностей. Це дуже добре видно за достовірним збільшенням параметрів самопочуття (5,2±0,18 – 6,02±0,17, $p<0,05$), активності (5,16±0,16 – 5,97±0,17, $p<0,05$), настрою (5,04±0,21 – 6,20±0,21,$p<0,05$). Порівняльний аналіз з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей показав також закономірне зростання цих показників. Але про достовірність відмінностей параметрів самопочуття, активності, настрою можна говорити тільки стосовно амбівертів (4,99±0,22 –5,99±0,25, $p<0,05$; 5,03±0,16 – 6±0,25, $p<0,05$; 4,98±0,25 – 6,4±0,31, $p<0,05$).

У інтро- та екстравертів такої вираженої достовірності відмінностей не встановлено. Таким чином, ми знову маємо справу з феноменом впливу індивідуальності особистості на ефективність використання оздоровчого методу – аеробіки – для підтримання психосоматичного здоров'я у жінок. На основі виявлених особливостей було проведено кореляційний аналіз між індивідуально-психологічними особливостями особистості та динамікою показників самопочуття, активності, настрою до та після участі в заняттях з аеробіки. На нашу думку, слушним було б виділення суттєвої відмінності в спрямовано-

сті та величині цих показників. У інтровертів, наприклад, спочатку їх зовсім не було (r=-0,049; -0,154; 0,071), а після короткого періоду занять було визначено недостовірний негативний зв'язок середнього рівня (r=-0,503; -0,555; -0,341, p>0,05). Амбівертованість особистості сприяла їх відсутності, і тільки стан активності до початку заняття був пов'язаним з нею (r=-0,360, p>0,05). У екстравертів, на відміну від перших двох груп, в обох випадках було встановлено цілу групу недостовірних кореляційних залежностей з усіма параметрами функціонального стану. На початку вони були такими: r=-0,645; -0,329; 0,793, p>0,05 – та після занять: r=-0,548; 0,499; 0,656, p>0,05.

Заслуговують на певну увагу значущі кореляційні залежності між віком у амбівертів та показниками самопочуття, активності, настрою (r=0,514; 0,479; 0,542, p<0,05) до початку занять, після їх завершення коефіцієнти стали значно меншими та незначущими (r=0,325; 0,243; 0,349, p>0,05). Ці відмінності збіглися з попередніми висновками про достовірність підвищення всіх показників функціонального стану після заняття з аеробіки, особливо в групі амбівертів. Можливо, що для людей з буденним рівнем свідомості та найбільш характерною поведінкою (амбівертованість особистості) необхідно враховувати вік під час занять різними загально-оздоровчими та корекційними методами для підтримання психосоматичного здоров'я. За динамікою кореляційних залежностей у інтровертів у даному випадку неможна судити про вплив віку на зміни самопочуття, активності, настрою (r=-0,001; -0,101; -0,117, p>0,05) та (r=-0,326; 0,216; 0,106, p>0,05). У екстравертів на початку заняття результати були такими: r=0,167; 0,816; -0,368, p>0,05, а після одноразового заняття змінились: r=0,346; -0,113; -0,113, p>0,05.

Дослідження ефективності різних методик масажу, впливу індивідуально-психологічних особливостей особистості, реакції серцево-судинної системи та динаміки психологічного стану у осіб з нормальним та проміжним тиском дало такі результати. На початку було проведено обстеження 35 жінок за середніми показниками віку 44,45±1,11 років, серед них виявлено 14 інтровертів, 18 амбівертів та три екстраверти з незначними віковими відмінностями між трьома групами. Протягом двох тижнів досліджувані пройшли 10 сеансів класичного масажу комірцевої зони за методикою Л.А.Кунічева (1983). Для осіб з нормальним тиском проведений курс масажу не викликав значних змін ЧСС, САТ та ДАТ порівняно з відповідними параметрами до та після завершення сеансів масажу. САТ – 115±1,48 – 114,58±3,61 мм рт.ст.,113,25±2,34 – 113,33±3,27 мм рт.ст., p>0,05;

ДАТ – 77,64±1,82 –75±2,21 мм рт.ст.,75,29±1,38 – 75,83±2,28 мм рт.ст., p>0,05; ЧСС – 79,05±2,13 – 75±2,99 ударів на хвилину; 77,29±3,56 – 73±2,84 ударів на хвилину, p>0,05. Динаміку показників наведено у порівняльному аналізі від першого та десятого сеансів масажу. На відміну від групи нормотоніків у осіб з гіпертензивною реакцією артеріального тиску на фізичне навантаження встановлено як достовірне зниження систолічного та діастолічного тиску після проведення десяти сеансів масажу, так і зниження пульсу та діастолічного тиску після першого, другого, третього, восьмого сеансів. САТ – 139,72±1,64 – 122,30±3,78; 131,38±2,09 – 114,23±3,29 мм рт.ст., p<0,05. Встановлено також значимі відмінності ДАТ вже після другого та третього сеансів 82,22±0,72 – 79,16±1,16 мм рт.ст., p<0,05; 81,94±2,06 – 75,83±1,14 мм рт.ст., p<0,05, та ЧСС після першого, другого та восьмого сеансів (85,33±2,25 – 76,11±2,12 ударів на хвилину; 80±2,3 – 73,44±1,37 ударів на хвилину; 83,07±2,78 – 74,3±1,37 ударів на хвилину, p<0,05). Результати дослідження динаміки артеріального тиску, пульсу впродовж десяти сеансів масажу наведено в табл. 18-19.

Таблиця 18

Динаміка показників систолічного, діастолічного тиску, пульсу під час проведення 10 сеансів масажу комірцевої зони у осіб з нормальним артеріальним тиском

Сеанси масажу	Нормальний артеріальний тиск					
	САТ		ДАТ		ЧСС	
	до	після	до	після	до	після
1	115±1,48	113,25±2,34	77,64±1,82	75,29±1,38	79,05±2,13	77,29±3,56
2	19,7±3,07	114,41±2,42	75,58±2,13	74,70±1,79	78,70±2,29	75,52±2,18
3	119,41±3,58	115,29±2,76	77,35±2,35	75,88±1,61	78,70±2,66	77,76±2,76
4	118,12±3,05	113,75±2,52	75,93±1,83	74,73±1,81	80,25±2,89	77,62±2,15
5	116,87±3,02	112,5±2,37	77,81±1,98	76,25±1,90	79,68±2,05	76,87±2,27
6	116±2,16	116,33±2,82	74,68±1,90	75,62±1,43	80,25±2,89	77,62±2,15
7	116,33±3,29	113,66±2,94	77,33±3,54	74±2,29	80,26±3,63	77,6±2,58
8	116,66±2,77	116,25±3,54	74,16±2,02	77,08±1,89	78±2,95	76,5±2,57
9	119,61±4,43	116,53±2,96	79,23±2,70	79,61±2,29	81,15±2,56	79,84±2,57
10	114,58±3,61	113,33±3,27	75±2,21	75,83±2,28	75±2,99	73±2,84

*Відмінності недостовірні, p>0,05.

Таблиця 19

Динаміка показників систолічного, діастолічного тиску, пульсу під час проведення 10 сеансів масажу комірцевої зони у осіб з проміжним артеріальним тиском

Сеанси масажу	Проміжний артеріальний тиск					
	САТ		ДАТ		ЧСС	
	до	після	до	після	до	після
1	139,72±,64	131,38*±2,09	84,44±1,70	82,72*±1,57	85,33*±2,25	76,11±2,12
2	129,16±2,29	123,33±2,39	82,22*±0,72	79,16±1,16	80*±2,32	73,44±1,87
3	127,5±3,36	122,22±2,77	81,94*±2,06	75,83±1,41	79,66±3,35	77±2,66
4	128,75±2,64	121,87±2,77	84,37±1,57	79,37±1,87	79,5±2,59	75,37±2,44
5	129,68±2,43	126,25±2,94	82,5±2,04	80,31±2,75	83,62±2,47	76,87±2,20
6	125,33±3,17	124,33±2,96	80±2,23	79,66±2,20	77,2±2,91	74±2,39
7	123,7±4,82	120,38±3,91	83,84±2,95	79,61±2,56	78±3,53	72,30±2,64
8	123±4,51	116,42±3,03	81,25±2,76	80,76±2,52	83,07*±2,78	74,3±2,30
9	117,69±4,55	117,69±3,13	75±3,30	80,76±3,09	81±2,27	79,84±2,74
10	122,30*±3,78	114,23*±3,29	78,46±3,01	75,38*±3,02	84,46±2,19	76,92±2,42

*P1-10<0,05 *P1-10<0,05 *P1-10<0,05

*Достовірність відмінностей, p<0,05.

Індивідуально-психологічні особливості особистості вплинули на ефективність 10 сеансів масажу комірцевої зони. Це виявилось як кумулятивне накопичення позитивних змін – достовірного зниження САТ до та після сеансів масажу, але такий результат був достовірним тільки для групи інтровертів. За показниками САТ інтроверти відповідають рівню проміжного артеріального тиску, яке може бути умовно порівняно з психосоматичним станом між здоров'ям та хворобою. До та після початку сеансів масажу САТ був таким: 132±3,62 – 116,87±5,50 мм рт.ст., p<0,05; 127,5±3,04 – 115,87±5,50 мм рт.ст., p<0,05. Амбіверсія та екстраверсія також були причиною незначної недостовірної тенденції зниження САТ, ДАТ після процедур.

У подальшому було проведено дослідження впливу класичного одноразового масажу (комірцевої зони) та самомасажу (основних груп м'язів) на артеріальний тиск, загальний функціональний стан та ситуативну тривогу. З досліджуваними додатково було проведено місячний курс з навчання класичному масажу та самомасажу за авторською методикою О.В.Корнієнко, О.Я.Тихонової (1990). До та після проведення одноразової процедури масажу та самомасажу вимірювався артеріальний тиск за методикою Короткова, функціональний стан визначався з тією ж метою за методикою В.Л.Маріщука та ін. (1990) – "САН": "самопочуття" з такими суб'єктивними проявами, як сила, здоров'я, втома; "активність" (швидкість, темп проходження функцій); "настрій" (емоційний стан). Вказані компоненти змінюються навіть за короткий проміжок часу та вказують на

стан людини в даний конкретний момент. Крім цього, використовували шкалу самооцінки ситуативної тривожності Спілбергера–Ханіна. У результаті проведених досліджень було встановлено достовірне підвищення систолічного тиску після одноразового самомасажу (125±3,51 – 136±3,84 мм рт.ст., $p<0,05$), тоді як після класичного масажу подібного впливу не зафіксовано (125,8±2,76 – 121,36±2,35 мм рт.ст., $p>0,05$). Спостерігалося достовірне підвищення всіх показників "САН" після самомасажу (5,07±0,27 – 6,02±0,23, $p<0,05$; 5,14±0,24 – 5,96±0,30, $p<0,05$; 4,99±0,27 – 6,12±0,20, $p<0,05$), тоді як після класичного масажу підвищуються тільки показники "самопочуття" та "настрій" (4,8±0,18 – 5,57±0,15, $p<0,05$; 5,26±0,18 – 5,86±0,17, $p<0,05$). Ситуативна тривожність зменшується у разі застосування обох методик масажу (12,05±0,63 – 9,10±0,57, $p<0,05$; 12,76±0,66 – 8,69±0,57, $p<0,05$). Результати узагальнено в табл.20.

Таблиця 20

Порівняльний аналіз артеріального тиску, "самопочуття", "активності", "настрою", ситуативної тривожності до та після одноразового самомасажу та класичного масажу

Досліджувані параметри	Самомасаж	Класичний масаж
САТ		
До (1)	125±3,51*	125,8±2,76
Після (2)	136±3,84* P1-2<0,05	121,36±2,35
АртеріальниДАТ		
До	76,25±2,04	83,26±2,20
Після	78,25±2,74	79,96±2,01
Самопочуття		
До (3)	5,07±0,27*	4,8±0,18*
Після (4)	6,02±0,23* P3-4<0,05	5,57±0,15* P3-4<0,05
Активність		
До (5)	5,14±0,24*	5,24±0,17
Після (6)	5,96±0,30* P5-6<0,05	5,57±0,15
Настрій		
До (7)	4,99±0,27*	5,26±0,18*
Після (8)	6,12±0,20* P7-8<0,05	5,86±0,17* P7-8<0,05
Ситуативна тривожність		
До (9)	12,05±0,63*	12,76±0,66 *
Після (10)	9,10±0,57* P9-10<0,05	8,69±0,57* P9-10<0,05

*Достовірність відмінностей $p<0,05$.

У процесі дослідження виникла необхідність у вивченні ефективності впливу одноразового класичного масажу та самомасажу на психофізіологічні параметри у осіб з гіпертензивною та нормотонічною реакцією артеріального тиску. Проведені дослідження показали, що у осіб як з гіпертензивною реакцією артеріального тиску, так і з нормотонією самомасаж викликав достовірне підвищення САТ; у першому випадку 138±1,85 – 147,5±3,67 мм рт.ст., p<0,05, у другому – 112±3,34 – 124,5±4,43 мм рт.ст., p<0,05). Проте проведення класичного масажу в групі з підвищеним артеріальним тиском призводить до його достовірного зниження в середньому на 8–15 мм рт.ст., p<0,05. На нормотоніків ця процедура суттєво не впливає. Рівень діастолічного тиску достовірно не змінився в обох групах за різних методик масажу. У досліджуваних з гіпертензією однократний масаж та самомасаж не вплинув на достовірну динаміку "САН", але знизив ситуативну тривожність. У досліджуваних з нормальним тиском обидві методики масажу викликають зростання в основному всіх показників "САН", за виключенням активності, а також знижують ситуативну тривожність. При виконанні самомасажі показники самопочуття становлять 4,94±0,32 – 6,14±0,22, p<0,05); активності – 4,82±0,29 – 6,22±0,47, p<0,05; настрою – 4,91±0,40 -6,25±0,24, p<0,05. При проведенні класичного масажу показники самопочуття – 4,68±0,21 – 5,40±0,12, p<0,05); настрою – 5,12±0,22 – 5,72±0,16, p<0,05. Детальні результати наведено в табл.21.

Таблиця 21

Порівняльна динаміка артеріального тиску, самопочуття, активності, настрою, ситуативної тривожності до та після одноразового самомасажу та класичного масажу в групах з гіпертензією та нормотонією

Досліджувані параметри	Самомасаж		Класичний масаж	
	Гіпертензія	Нормотонія	Гіпертензія	Нормотонія
САТ				
До (1)	138±1,85*	112±3,34*	138,92±2,66 *	114,31±1,87
Після (2)	147,5±3,67* P1-2<0,05	124,5±4,43* P1-2<0,05	130,35±1,95* P1-2<0,05	113,5±2,88
ДАТ				
До	82,5±2,14	70±2,10	90,92±2,49	76,56±2,54
Після	86±3,78	70,5±2,03	85,07±2,03	75,5±2,94
Самопочуття				
До (3)	5,21±0,45	4,94±0,32*	4,93±0,30	4,68±0,21*
Після (4)	5,91±0,42	6,14±0,22* P3-4<0,05	5,76±0,30	5,40±0,12* P3-4<0,05
Активність				
До (5)	5,45±0,36	4,82±0,29*	5,27±0,28	5,20±0,23

Закінчення табл. 21.

Після (6)	5,70±0,39	6,22±0,47* P5-6<0,05	5,62±0,26	5,65±0,13
Настрій				
До (7)	5,08±0,40	4,91±0,40*	5,41±0,31	5,12±0,22 *
Після (8)	5,99±0,34	6,25±0,24* P7-8<0,05	5,98±0,33	5,75±0,16* P7-8<0,05
Ситуативна тривога				
До (9)	12,5±0,80 *	11,6±1,01 *	12,78±0,68 *	12,5±0,45*
Після (10)	9,60±0,77* P9-10<0,05	8,60±0,84* P9-10<0,05	9,42±0,70* P9-10<0,05	9,06±0,50* P9-10<0,05

* Відмінності достовірні, P<0,05.

Вплив таких індивідуально-психологічних особливостей особистості, як інтро- та амбіверсія, за нашими даними, не викликає значущих змін артеріального тиску за використання різних методах як одноразового самомасажу, так і класичного масажу. Разом з тим психологічні відмінності суттєво впливають на динаміку інших показників. Так, при інтроверсії самомасаж не викликає змін параметрів "САН", а класичний масаж зумовлює достовірне підвищення показників самопочуття, активності, настрою (4,5±0,20 – 5,17±0,12, p<0,05; 5,01±0,17 – 5,46±0,11, p<0,05; 5,03±0,19 – 5,55±0,11, p<0,05). Показники ситуативної тривожності зменшуються унаслідок застосування обох методик масажу. Амбіверсія справляє більш значний вплив на ефективність самомасажу – зростають показники самопочуття, настрою (4,95±0,41 – 6,4±0,43, p<0,05; 4,73±0,48 – 6,32±0,34, p<0,05), класичний одноразовий масаж не викликає змін показників "САН". Ситуативна тривожність також зменшується в разі використання обох методик масажу у інтро- та амбівертів. Можливо, для осіб, демонструючих екстраверсію, окремі компоненти оздоровчо-підтримуючої програми також вплинули б на стимульно-седативному (заспокійливому) рівні на динаміку функціонального стану "САН", тривожності, САТ, ДАТ, ЧСС та сприяли б переборенню стресових ситуацій у предметно-практичному житті. Результати дослідження наведено у табл.22.

Таблиця 22.

Порівняльний аналіз динаміки артеріального тиску, самопочуття, активності, настрою, ситуативної тривожності до та після одноразового самомасажу та класичного масажу в групах інтро- та амбівертів

Досліджувані параметри	Самомасаж		Класичний масаж	
	Інтроверсія	Амбіверсія	Інтроверсія	Амбіверсія
САТ				
До	125,62±6,15	129,37±4,47	127,92±4,40	121,06±3,36
Після	138,12±7,67	137±3,89	125,76±3,73	116,4±2,82
ДАТ				
До	76,87±3,12	78,75±3,37	81,92±2,79	83,20±3,65
Після	82,5±5,66	75,50±2,83	81,08±2,43	78,33±4,40
Самопочуття				
До (1)	5,17±0,44	4,95±0,41*	4,5±0,20*	5,07±0,25
Після (2)	5,76±0,34	6,4±0,43* P1-2<0,05	5,17±0,12* P1-2<0,05	5,78±0,35
Активність				
До (3)	4,96±0,43	5,43±0,26	5,01±0,17*	5,42±0,33
Після (4)	6,07±0,50	6,31±0,41	5,46±0,11* P3-4<0,05	5,74±0,28
Настрій				
До (5)	4,76±0,41	4,73±0,48*	5,03±0,19*	5,21±0,29
Після (6)	5,87±0,38	6,32±0,34* P5-6<0,05	5,55±0,11* P5-6<0,05	5,90±0,29
Ситуативна тривога				
До (7)	13±0,92*	13±0,53*	12,76±0,66*	12,93±0,45*
Після (8)	9,50±0,59* P7-8<0,05	9,62±1,19* P7-8<0,05	8,69±0,57* P7-8<0,05	9,80±0,66* P7-8<0,05

* Відмінності достовірні p<0,05.

ВИСНОВКИ

У групах жінок кризового періоду виявлено специфічні особливості, які дозволяють індивідуалізувати впливи з коригуванням стану психосоматичного здоров'я. Найбільш інформативним виявилось розділення на групи інтровертованих, амбівертованих та екстравертованих особистостей.

Серед обстежених жінок у віці 30–47 років було виявлено амбівертованих – 49%, інтровертованих – 37%, екстравертованих – 14%.

Встановлено специфічні типологічні особливості, характерні для виділених типів. У екстравертів зафіксовано риси ситуативної та особистісної тривожності. Для інтровертованих найбільш типовими виявились: нейротизм, схильність до депресій, інтровертизація мислення, незначна активність. Амбіверти відрізнялись наявністю проявів на проміжному рівні.

У мотиваційній структурі особистості жінок, котрі звертаються до програм підтримання психосоматичного здоров'я, основними мотивами є: "ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я", "ПОЛІПШЕННЯ САМОПОЧУТТЯ", "НАБУТТЯ ПРИВАБЛИВОСТІ". Встановлено специфічні варіанти мотивації, характерні для окремих типів: екстраверти є орієнтованими на можливість позбавлення від окремих негативних звичок, рушійним мотивом оздоровчо-підтримуючих та корекційних занять часто виступає "МОДА", інтроверти в оздоровчих заняттях більшою мірою знаходять спосіб підвищення соціального статусу, а також сексуальної привабливості.

Емоційні прояви означених типів жінок у кризовому періоді відрізняються: для інтровертів є характерною емоційна нестабільність, низька здатність до реагування на негативні переживання, екстраверти є схильними до активного переборення емоційних кризів.

У означених типів жінок кризового періоду встановлено відмінності як психофізіологічних показників, так і показників фізичної працездатності.

Для екстравертів є характерним відносно високий рівень фізичної дієздатності, стабільність ЧСС, статичної координації, схильність до брадикардії після кліностатичної та окосерцевої проб.

Інтроверти відрізняються більш низькою фізичною працездатністю, нестабільністю ЧСС.

Для амбівертів більш типовим був вияв нормотонічної реакції ЧСС за середнього рівня фізичної працездатності, деяка схильність до тахікардії після ортостатичної проби.

Для досягнення коригуючого впливу оздоровчої програми необхідно використовувати специфічні для жінок кризового періоду ре-

жими фізичних навантажень, психокорекційних впливів, спеціальних фізіотерапевтичних процедур.

Результати дослідження динаміки одноразового впливу в диференційованих групах жінок екстравертованого, інтровертованого, амбівертованого типу особистості лягли в основу розроблених практичних рекомендацій для планування індивідуальних оздоровчих програм відповідно до типологічних характеристик та особливостей емоційно-мотиваційної сфери.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для екстравертів найбільш підходящими стали деякі методи стимульно-седативної спрямованості, серед них: класичний масаж, східний метод точкового масажу ("shiatsu", "tsubo"), елементи медитації з акцентом на дихальні вправи, психом'язова релаксація, елементи аутогенного тренування. Для інтровертів найбільш ефективним виявились десять сеансів класичного масажу "комірцевої зони" для зниження систолічного артеріального тиску (артеріальної гіпертензії); одноразовий класичний масаж для підтримання "САН" з більш значною динамікою показника самопочуття (сила, здоров'я, втома).

2. Амбівертів заняття за комплексною програмою дали змогу знизити систолічний артеріальний тиск – гіпотонічний ефект, навіть однократне заняття з аеробіки поліпшило функціональний стан "САН", одноразовий самомасаж дозволив підвищити показники самопочуття та настрою.

3. Проведене дослідження підтвердило ефективність розробленої комплексної програми підтримання психосоматичного здоров'я жінок віку кризи загально-оздоровчими та корекційними методами, основними елементами якої були: оздоровчо-рекреаційний, дидактичний (навчання масажу та елементам психотерапевтичних прийомів спрямованої дії).

4. Мотиваційна сфера жінок віку кризи вимагає постійної орієнтації та спрямування уваги на своє здоров'я та здоров'я оточуючих. При цьому використовуються елементи індивідуально-психологічної, оздоровчо-корекційної програми для впливу на свідомість жінок.

5. Нервово-психічний стан таких жінок характеризується негативними явищами, які обмежують ефективність оздоровчих заходів. Це вимагає індивідуального впливу та корекції збудження, нестабільності, індивідуальної уваги та корекції збудження, нестабільності, ситуа-

тивної та особистісної тривожності, порушення сну. Найбільш ефективні оздоровчо-корекційні елементи для екстравертів – ландшафтотерапія, слайди тонізуючо-заспокійливої спрямованості у сполученні з елементами психотерапії, інтровертів – курси фізіотерапевтичних процедур, амбівертів – комплексна коригуюча програма.

Контрольні запитання

1. Яким є значення психодіагностичних досліджень в медицині, освіті, профвідборі та інших сферах діяльності.
2. Описати індивідуальність особистості людей середнього віку життя та назвіть проблеми їх психосоматичного здоров'я.
3. Які методики для контролю психічної та фізичної сфери було використано у представленому дослідженні?
4. Дати загальну характеристику результатів проведеного дослідження.
5. Розкрити зміст індивідуально-психологічних особливостей досліджуваних жінок 30–45 років.
6. Якими є результати фізичної працездатності за тестом (PWC) серед жінок: інтровертів, амбівертів, екстравертів?
7. Яким є взаємозв'язок психологічних та фізичних особливостей досліджуваних?
8. Чи є правильним ствердження: "індивідуальність особистості визначає рівень фізичної працездатності"?
9. Розкрити та порівняти індивідуально-психологічний профіль досліджуваних до та після проведення двомісячної оздоровчо-корекційної програми.
10. Описати опосередкований вплив фізичного статусу жінок "віку кризи" на індивідуально-психологічні особливості під час тестування та у повсякденному житті.
11. Якими є результати дослідження мотиваційної структури особистості досліджуваних за тестом гумористичних фраз та місце мотиву "ЗДОРОВ'Я"?
12. Якими є мотиви жінок до занять різними оздоровчо-корекційними методами та причини, що перешкоджають їх регулярності?
13. Перелічити особливості емоційної сфери досліджуваних за результатами тесту Люшера.
14. У чому полягає необхідність психологічного опосередкування позитивного впливу для організації оздоровчо-корекційної діяльності?

15. Які існують нетрадиційні методики для підтримання психосоматичного здоров'я людей зрілого віку.

16. Якими є структура та зміст експериментальної програми підтримання психосоматичного здоров'я жінок за результатами описаних досліджень?

17. Навести приклади ефективності оздоровчо-підтримуючої програми (використання елементів класичного масажу та самомасажу) з урахуванням впливу: інтроверсії, амбіверсії екстраверсії.

18. Пояснити особливості динаміки артеріального тиску, пульсу до та після участі у оздоровчих програмах.

19. У чому полягають зміни психологічних властивостей досліджуваних (особистісної та ситуативної тривожності, самопочуття, активності, настрою).

20. Навести приклади найбільш характерних кореляційних залежностей стану психічної та фізичної сфер особистості.

Орієнтовні теми рефератів

1. Порівняльний аналіз ефективності традиційних та нетрадиційних методик підтримання психосоматичного здоров'я людей середнього віку життя.

2. Дослідження особливостей сприйняття проблеми здоров'я людей середнього віку життя.

3. Психодіагностичні дослідження у клінічний медицині та суміжних галузях.

4. Психосоматична проблема та неврозоподібний стан суспільної свідомості.

5. Значення активного способу (стилю) життя для підтримання психосоматичного здоров'я людей.

6. Мотивація на установку "внутрішньої картини здоров'я" в життєдіяльності людей середнього віку життя.

7. Індивідуально-психологічні властивості особистості та стан здоров'я жінок.

8. Психофізіологічні особливості жінок середнього віку життя.

9. Дослідження сучасних систем підтримання психосоматичного здоров'я (на прикладі міжнародних досліджень).

10. Можливості поєднання традиційних та нетрадиційних систем оздоровлення (на матеріалах національних відмінностей).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Анциферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования личности. – М., 1981.

Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – Л., 1969.

Алякринський Б.С. Основы научной организации труда и отдыха космонавтов. – М., 1975

Акареле О. Каким путем пойдет народная медицина // Здоровье мира. – 1983.– №6.

Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. – К., 1989.

Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М., 1987.

Апанасенко Г.Л. Охрана здоровья здоровых: некоторые проблемы теории и практики // Валеология.– СПб., 1993.

Баб'юк П.Ф., Гребенщикова В.О. Здоров'я людини – важливий чинник функційонування держави // Міжнар. Наук.-практ. конф. "Підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в системі національної освіти: Досвід і перспективи розвитку", Чернівці, 27–30 квітня 1998, Ч.2. – Чернівці, 1998.

Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М., 1979.

Бараш Б.А. Психопрофилактическая помощь студентам вузов. // Психогигиена и психопрофилактика. – Л., 1983

Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и каждого. – М., 1988.

Бауер М.Е. Формування основ християнської моралі в процесі духовного відродження України: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – Острог, 1995.

Белик А.А. Народная медицина в фокусе психологической антропологи // Твое здоровье. – 1990. – №6.

Болтарович З.Є. Народна медицина українців. – К., 1990.

Шкільний курс "Валеологія": Збірник матеріалів / Бойченко Т., Вадзюк Н., Волкова С. та ін. – К., 1994.

Бараш Б.А. Психопрофилактическая помощь студентам вузов // Психогигиена и психопрофилактика. – Л., 1983.

Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности // Вест.Моск. ун-та.Сер.14. Психология. – 1981. – №2.

Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М., 1990.

Брехман И.И. Народная медицина в свете теории информации // Тез. Всесоюз. науч. конф. Этнографические аспекты изучения народной медицины. – Л., 1975.

Бромлей Ю.В.,Воронов А.А. Народная медицина как предмет этнографических исследований // Советская этнография – 1976. –№5.

Волков И.П.Современное состояние и перспективы развития психологических исследований в области физического воспитания и спорта //Теория и практика физической культуры. – 1986. – №1.

Волкова С.С. Вплив валеології на формування способу життя школярів // Міжнар. наук.-практ. конф. "Підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в системі національної освіти: Досвід і перспективи розвитку", Чернівці, 27-30 квітня 1998. Ч.2. – Чернівці, 1998.

Войченко І., Горащук В.,Царенко А. Шкільний курс "Валеологія"// Зб. матеріалів. – К., 1994.

Войтенко В.П. Здоровье здоровых. – К., 1991.

Вербов А.Ф.Основы лечебного массажа. – М., 1966.

Вундт В. Элементы психологии народов (основные черты психологической истории развития человечества). – СПб., 1913.

Ганнушкин П.Б. Картина психопатий, их статистика, динамика, систематика // Избр.тр. – М., 1964.

Гончаренко М.С. Фундаментально-концептуальные основы валеологии // Матеріали 2-х міжнародних психологічних читань "Актуальні проблеми сучасної психології". Секція "Медична психологія". – Х., 1995.

Гончарук Е.И., Бороненко Ю.В., Марценюк Н.И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения. – К., 1989.

Горащук В.П. Основи валеології для учнів ліцеїв, гімназій, спеціалізованих шкіл гуманітарного і біолого-медичного профілю. – Луганськ, 1994.

Гольдшейдер А. Боевые вопросы врачевания. – М.,1929.

Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. – М., 1966.

Гримак Л.П., Хачатурьянц Л.С. Проблемы управления состоянием оператора // Деятельность космонавта в полете и повышение ее ефективности. – М., 1981.

Гройсман А.Л. Психогигиена творческого труда студентов театральных вузов. – М., 1982.

Гужаловский А.А. Социально-биологические аспекты физического розвития в различные периоды жизни человека // Философско-социологическая теория физической культуры и спорта: Тез.докл. Всесоюзн.научн.-практ.конф. – М., 1986.

Доскин В.А., Лавреньева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.П. Тест диференцированной самооценки функционального состояния // Вопр. Психологии. –1973. – №6.

Докаш В.І.Християнські принципи здорового способу життя як умова формування духовності особистості // Міжнар.наук.- практ. конф. "Підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в системі національної освіти: Досвід і перспективи розвитку", Чернівці, 27-30 квітня 1998. – Ч.2. – Чернівці, 1998.

Жуков О., Житомирский В. Социальная активность и здоровье // Новое время. – 1987.– №51.

Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи. – М., 1909.

Иващенко Л.Я.,Страпко Н.П. Самостоятельные занятия физическими упражнениями. – К., 1988.

Индивидуально-психологические особенности личности при использовании различных методик массажа для профилактики артериальной гипертензии: Метод. рекомендации / Сост.А.В.Корниенко, А.Я.Тихонова. – К., 1990.

Ильин Е.П. Некоторые психологические аспекты массовой физической культуры. – 1987. – Т.8, №5.

Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М., 1985.

Казначееев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований. – Л., 1980.

Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983.

Конончук Н.В., Мягер В.К. Профилактика емоционального стресса // Емоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. – Л., 1977.

Коханенко Л.М. Проблема валеологічного виховання в психологічній спадщині І.О.Сікорського // Міжнар.наук.-практ. конф. "Підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в системі національної освіти: Досвід і перспективи розвитку", Чернівці, 27-30 квітня 1998, Ч.2. – Чернівці, 1998.

Кононенко П.П. Здоров'я (валеологія) стандарт навчального українознавчого курсу для української національної школи родини. –К., 1995.

Колпакова К. Тривожная статистика //Основы безопасности жизни. – 1998. – № 6.

Корнієнко О.В. Індивідуально-психологічна діагностика при розробці програм збереження здоров'я жінок (на матеріалі кризисного періоду життя): Автореф. дис. … канд.психол.наук. – К., 1994.

Корнієнко О.В. Етапи формування науки валеології як основи безпеки життя людей XXI століття // Міжнар. наук.-практ. конф. "Підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в

системі національної освіти: Досвід і перспективи розвитку", Чернівці, 27–30 квітня 1998, Ч.2. – Чернівці, 1998.

Корнієнко О.В. Цінність психосоматичного здоров'я підростаючого покоління // Практ. психологія та соц. робота. – 1998. – №10.

Корнієнко О.В. Проблема збереження психосоматичного здоров'я людей середнього віку життя // Вісн. Псих. здоров'я. – 1999. – №2.

Корнієнко О.В. Концепція та перспективи викладання інтегративного курсу "Безпека життєдіяльності" на факультеті соціології та психології // Вісн. Київ. ун-ту. Соціологія.Психологія. Педагогіка. – 1999. – №7

Котик М.А. Психологияи и безопасность. – Таллин, 1981.

Киселев В.А., Гарнис В.А.,Садрв О.Г. Клубные формы в системе восстановительной терапии больных с нервозными и психическими заболеваниями // 4-й Всерос. съезд невропатологов и психиатров. – М., 1980. – Т.1.

Куничев Л.А. Лечебный массаж. Практическое руководство. – К., 1983.

Купер К. Аэробика для хорошего самочувствия. – М., 1989.

Красик Е.Д., Артемьев И.А., Рахмазова Л.Д. О взаимосвязи ресурсов психиатрической помощи в реальной епидемиологии неврозов и психопатий в Сибири и на Дальнем Востоке // Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний: Тез. Докл. Всесоюз. симпозиума. – Томск,1987.

Телефон доверия в Ленинграде // Л.Н.Лежепекова, Ю.А. Строганов, Т.Л.Угарова и др. // Психогигиена и психопрофилактика. – Л., 1983.

Литвин-Кіндратюк С.Д. Народознавство та формування валеологічної культури школярів // Міжн.наук. практ. конф. "Підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в системі національної освіти: Досвід і перспективи розвитку", Чернівці, 27–30 квітня 1998, Ч.2. – Чернівці, 1998.

Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка (Справочное пособие для врачей). – Л., 1986.

Лобзин В.С., Михайленко А.А., Панов А.Г. Клиническая нейрофизиология и патология гипокинезии. – Л., 1979.

Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М., 1944.

Марищук В.Л., Блудов Ю.М., Плахтиенко В.А., Серова Л.К. Методики психодиагно-стики в спорте: Учеб.пособие. – М., 1990.

Медведев М.А., Шилько В.Г., Уразаев А.М., Гончаров В.И. Физическая культура в режиме труда и отдыха вахтенных рабочих // Бюл. СО АМН СССР. – 1986. – №2.

Мироненко М.С., Твердохлебов И.Т. Рекреационная география. – М., 1981.

Мудров М.Я. Избранные произведения. – М., 1949.

Новиков Б.И. Развитие физической культуры личности // Пути формирования активного отношения различных слоев социально-демографических групп населения к физической культуре: Тез. докл. Всесоюз. науч.-практ.конф. – Челябинск, 1983.

Нижник М.С. Лес и отдых. – К., 1989.

Основи безпеки життєдіяльності та підтримання здоров'я людей середнього віку: Методичні настанови для студентів відділення психології факультету соціології та психології/ Упорядн. О.В.Корнієнко. – К., 1998.

Пономарев Н.А. Формирование ценностных установок на физическую культуру в мировозрении различных социально-демографических групп населения. Пути формирования активного отношения различных социально-демографических групп населения к физической культуре: Тез.докл. Всесоюз.науч.-практ.конф. – Челябинск, 1983.

Плахтиенко В.А. Состояние и задачи психологии физического воспитания и спорта в СССР на 1988-1990 гг.-// Тез.докл.7-го съезда общва психологов СССР. – М., 1989.

Плохій З.П. Валеологія та екологія у змісті дошкільної освіти – // Міжнар.наук.-практ.конф. "Підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в системі національної освіти: Досвід і перспективи розвитку", Чернівці, 27–30 квітня 1998, Ч.2. – Чернівці, 1998.

Решетников М.М. Аутогенная тренировка. – Х.,1981.

Руководство по психотерапии / Под. ред. В.Е.Рожнова. – Ташкент, 1979.

Севастьянова Н.Г., Козловская В.В., Массалтина А.В. Универсальная базовая онтовалеологяческая програма "Азбука бития" как способ формирования надежной мироориентации и экозберигающего валеутверждающего поведения человека новой эпохи // Матеріали 2-х міжнародних психологічних читань "Актуальні проблеми сучасної психології". Секція "Медична психологія". – Х., 1995.

Свядощ А.М., Ромен А.С. Применение аутогенной тренировки в психотерапевтической практике. Техника самовнушений. – Караганда, 1966

Скоробогатов А.Б., Молчанов С.В., Столяров В.И. Формирование здорового образа жизни учащихся професионально-техничнских училищ. – М., Минск,1989.

Степанов А.Д., Изуиткин Д.А. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования // Сов. здравоохранение. – 1981. – №5.

Табачников С.И. Опыт организации медико-психологической службы на промышленных предприятиях // Здравоохранение РСФСР. – 1984. – №4.

Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М., 1990.

Ухтомский А.А. Физиология двигательного аппарата. – Л., 1927. – Вып.1.

Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М., 1989.

Филатов А.Т. Аутогенная тренировка. – К., 1979.

Ханин Ю.Л.Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера. – Л., 1976.

Цзен Н.В.,Пахомов Ю.В. Психотрейнинг: игры и упражнения. – М., 1988.

Шмелев А.Г., Болдырева В.С. Психосемантика юмора и диагностика мотивов // Мотивация личности. – М., 1982.

Юнг К.Г. Человек и его символы. – Нью-Йорк, 1964.

Яковлев Г.П. О народной, традиционной и научных медицинах- // Тез. Всесоюз. науч. конф. "Этнографические аспекты изучения народной медицины". – Л.,1975.

Altman L.K. W.H.O. Says 40 million will be infected with AIDS virus by 2000 // New York Times. – 1991, June 18.

Alexander F.Psychosomatic medicine. – N.Y., 1950.

Antonovsky A. Health, stress, and coping. – San Francisco, 1979.

Antonovsky J.G., Kats D. The model dental patient: An empirical study of preventive health behavior // Soc.Sci.Med. – 1970. – Vol. 4.

Andersen R. A Behavioral model of families' use of health services. – Chicago, 1968.

Andersen J.G., Bartcus D.E. Choice of medical care: A behavioral model of health and illness behavior // Health Soc. Behaav. – 1973.– Vol.14.

Astrand J. Aerobic work capacity in men and women with special reference to age // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1980.– Vol.20, №2.

Baekeland F. Exercise deprivation. // Archives of general Psychiatry. – 1970. – Vol.22.

Bailey E. Sociocultural factors and health care seeking behavioral among black americans // J. Natl. Med. Assos. – 1987. – Vol. 79.

Basiro D. Birth to old age: health in transition. – Oxford, 1985.

Bekker F. J., Hentschel U., Fujita Michico. Basic cultural values and differences in attitudes towards health, illness and treatment preferences withing a psychosomatic frame of reference // Psychother Psychosom. – 1996. – Vol.65.

Blechman E. Behavioral medicine and women's health issues: Responding to the challenges of biological events // Behavioral Medicine Update. – 1983. – Vol. 5.

Bouquet A. Feticheurs et medecines traditioneles du Congo (Brazzaville). – Paris, 1969.

Bucola V.A., Stone W.Z. Effects of jogging and cycling programs on physiological and personality variables in aged men // J. of sports medicine and physical fitness. – 1980. – Vol.20, №2.

Breslow L., Enstrom J.E. Persistence of health and their relationship to mortality // Preventive Medicine. – 1980. – Vol. 9.

Brown R.S.,Ramires D.E.,Taub T.M. The prescription of exercise for depression // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1982. – Vol.22, №3.

Brownell K.D., Stunkard A.J., Allaum J.M. Evaluation and modification of exercise patterns in the natural environment // Res. Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Byrne D.G.Psychological responses to illness and outcome after survived myocardical infarction: a long term follow-up // Psychosom. Res. – 1982. – Vol.26, №2.

Cambell T., Chang B. Health care of the Chinese in America // Transcaltural health care. – Menlo Park, 1981.

Centres for Disease Control, President's Counsil on Physical Fitness and Sports and Behavioral Epidemology and Evaluation Branch Region // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Cooper L. Athletics, activity and personality: A review of the literature // Research Quarterly for Exersise and Sport– 1969. – Vol.40 .

Cooper K.H. Aerobics // J. of sports medicine and physical fitness. – 1978. – Vol.18, №4.

Densmore F. How Indians use wild plants. – N.Y., 1974.

Department of Health and Human Services: Promoting health preventing disease: objectives for the nation // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Diaz-Guerrero R. Behavioral health across cultures. A handbook of health enhancement and disease prevention. – N.Y., 1984

Diekstra R.F.W, Jansen M. The Importence of psychological interventions in primary health care // Theoretical and Applied Aspects of Health Psychology. – Chur, 1990.

Dishman R.K. Biologic influences on exercise adherence // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol., 60, №2.

Dishman R.K. Prediction of adherence to habitural physical activity // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Dishman R.K. Exercise adherence // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Dishman R.K., Sallis T.R., Orenstein D.R. The Determinants of physical activity and exercise // Reseach Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Dishman R.K., Ickes W., Morgan W.P. Self-motivation and adhe-rence to habitual physical activity // Journal of Applied Social Psyhology. – 1980. – Vol.10.

Di Michael S.G. Psychological service in Vocational Rahabilitation. – Wachington, 1959.

Doll R., Hill A. Mortality in relation to smoking: ten years observation on male British doctors // British Med. J. – 1964. – Vol.1.

Donoghue S. The correlation between physical fitness, absentieeism and work perfomance // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1986. – Vol. 26, №1.

Dunbar H.F. Psychosomatic Diagnosis. – N.Y., 1943.

Durbeck D.C., Heinzelmann F., Schacter T., Haskel W.L. The National Aeronautics and Space Administration // J. of sports medicine and physical fitness. – 1982. –Vol.22, №3.

Eysenk H., Sybil B. Manual of the Eysenk personanity inventory. – London, 1964.

Faberge H. Toward a model of illness behavior // Med. Care. – 1973. – Vol. 11.

Fabrega H. Disease and Social Behavior // Med.Care., 1974. – Vol.11.

Fitspatrick R., Scambler G. Social class, ethnicity, and illess // The experience of illness. – London, 1984.

Folkins C.H., Sime W.E. Physical fitness trainig and mental health // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1986. – Vol.26.

Genskow I.K. Body concept and self-esteem in disabled and non-disabled groups // J. of sports medicine and physical fitness. – 1978. – Vol.18, №4.

Girdano D., Everly C. Controlling stress and tention // J. of sports medicine and physical fitness. – 1981. – Vol.21, №2.

Gunn S.W.A.Totemic medicine and shamanism among the Noth-West American Indians // J. of North-West Amer. Med. Assosiation. – 1966. – №8.

Guyton A.C. Basic human physhiology: normal functions and mechanism of disease // J. of sports medicine and physical fitness. – 1980. – Vol.20, №2.

Greist I.H., Klein M.H., Eischens R.R. Running as a treatment of depression // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1986. – Vol.26, №1.

Green, L.W. Diffusion and innovations related to cardiovascular risk behavior in the public // Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk of a Conference American Heart Assosiation. – Washington, 1975.

Hayden R.M.,Allen L.F.,Camaione D.N. Some psychological benefits and knowledgeble informants // J. of sports medicine and physical fitness. – 1986. – Vol.26, №1.

Hiatt H.H. America's health in the balance. Choice or chance? – N.Y., 1985.

Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. – Boston, 1992.

Heaps R.A. Relating physical and psychological fitness: A psychological points of view // J. of sports medicine and physical fitness. – 1978. – Vol.18, №4.

Heszen-Klemens J. Posnawcze uwarunkowania zachwania sie wobecwlasnej choroby. – Wroclaw, 1979.

Hochbaum G.M. Public Participation in Medical Screening Programs. – Washington, 1958.

Hofstede G. Cultures consequences: International differences in work-related values. – London, 1980.

Hossack, K.F., Leeff, N.B. Influence of education and work history on Patient perception of cardiovascular risk factors // J. of Cardiopulmonary Rehabilitation. – 1987. – Vol. 7.

Ismail A.H.,Yong R.T. Personality differences of adult men before and after a physical fitness program // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1986. – Vol.26, №4.

Ismail A.H., Trachtman L.E. Jogging the imagination // J. of sports medicine and physical fitness. – 1978. – Vol.18, №4.

King A.L., Frederiksen L.W. Low cost strategies for incresing exercise behavior // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol. 60, №2.

Landrine,H.,and Kloff,E.A. Cultural diversity in causal attributions for illness: The role of supernatural // J. Behav. Med. 17: 181-193.

Leew E.J. de. The Sane revolution. – Asseen,1989.

Leonardson G.R., Gardinlo R.M. Self-perseption and physical fitness // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – Vol.26, №4. – 1986.

Lipowski Z.J. Psychological reactions to physical illness // Can. Med. Assoc. J. – 1983. – Vol.128.

Logan P. Making the cure. A look at Irish folk medicine. – Dublin, 1972.

Lusher M. The Lusher Colour test. – London; Sydnney, 1971.

Manser H., Reynolds R.P. Effects of developmental physical activity on children's body coordination and self-consept // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1986. – Vol.26, №1.

Massie J.R., Shephard R.J. Physiological and psychological effects of training: A comparison of individual and gymnasium programs with a

Characterization of the exercise "droup-out"// Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol., 60, №2.

Marmont, M.G., Kogevinas, M., Elston, M.A. Social / Enomic status and diseases // Annual Review of Public Health. – 1987. – Vol.8.

Martin I.E., Dublert P.M. Exercise applications and promotion in behavioral medicine Current status and future directions // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Marriman J.B.Relationship of personality traits to motor ability // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1978. – Vol.18, №4.

Matthews, K.A. Are sociodemografic variables markers for psychological determinants of health? // Health Psychology. – 1989. Vol.8.

McDonald Cn. Medicines of the Maori. – Auckland and London, 1974.

McPherson B.D. Psychological effects of an exersise program for postifarct and normal adult men // J. of sports medicine and physical fitness. – 1978. – Vol.18, №4.

McPherson B.D. Participation across the life-cycle: a review foot the literature and suggestion for future research // Sociology of Sport J. – 1984. – May.

McKinlay, J.B.Some approaches and problems in the study of the use of srevices // J.Health Soc.Behav. – 1972. – Vol.13.

Morgan W.P. Physical working capacity in depressed and non-depressed psychiatric females // J. of sports medicine and physical fitness. 1980. –Vol.20, №2.

Morgan W.P. Physical fitness and emotional health // J. of sports medicine and physical fitness. – 1984. –Vol.24, №1.

Nakamura T. Oriental Breathing Therapy. –Tokyo, 1985.

NHK Opinion Reseach Department: (The structure of the present Japanese Consiousnes). – Tokyo, 1991.

Oldridge N.B. Compliance and exercise in primary and secondary prevention of coronary heart disease Medicine // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Oshima Masamitsu. Introduction to the health. – Tokyo, 1972.

Ross R.M. Fighting depression. – N.Y., 1975.

Adams R., Marray F.. Is low blood sugar making you a Nutritional Cripple. – N.Y., 1975.

Ross C.E., Hages D. Exercise and psychological well-being in the community //Med.Scien. Sports Exer. –1989. – Vol.21, №6.

Roth W.T. Some motivational aspects of exercise // J. of sports medicine and physical fitness. –1974. – Vol.14, №1.

Sackett D.L., Snow J.C. The magnitude of compliance and noncompliance // Compliance in Health Care. – Baltimore, 1979.

Sacks D.A., Koppes R.H. Blood transfusion and Jehova's Witnesses: medical and legal issues in obstetrics and gynecology // Amer. J. of Obstetrics and Gynecology. – 1986. – Vol.154.

Saundrucci G. Min. Pediatrica // Вопросы психологии. – 1973. №6.

Serizawa K. Tsubo Vital Points for Oriental Therapy. – Tokyo, 1976.

Sonoda K. Health and Illness in Changing Japanise Society. – Tokyo, 1988.

Sarafino E. P. Health psychology. – N.Y,1994.

Schwartz S.H. Beyond individualism/colectivism: New cultutal dimentions of values // Individualism Applications. – London, 1994.

Schultz I.H. Das autogene Training. 12 Aufl. – Stutgart, 1966.

Scolnick A.S. The psychology of human development. – San Diego, 1986.

Schachter S.The integration of cognitive and emotional state // Psychological approaches to social behavioral // J. of sports medicine and physical fitness. – 1978. – Vol.18, №4.

Schendel J. Psychological differences between athletes and nonpartisipants in three educational levels // J. of sports medicine and physical fitness. – 1978. – Vol.18, №4.

Schoenborn C.A. The Alameda Study – 25 years later. // International Review of Health Psychology. – 1993. – Vol. 2.

Schmidt L.R., Dlugosch G.E. Health psychology withing the Europien health care systems // The international development of health psychology. – Chur., 1991.

Schnke S.P., Scholling R.F., Gilchrist, L.D. Hisspanic and black adolescents? Prevention and health promotion // Behavioral Medicine Abstracts. – 1986. – Vol.7.

Shephard, R.J. (1988) Exercise adherence in corporate settings: Personel traits and program barries. // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Sonstroem R.J. Physical estimation and attraction scales // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Snow, L.F. Folk medicine belifs and their implications for care of patients: A review based on studies among black Americans // Trascultural health care. – Menlo Park, 1981.

Snyder E.E., Spreitzer E.A. Patterns of adherence to a physical conditioning program // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushenee R.E. Manual for the State-Trait. – Palo Alto, 1970

Stamford B.A., Hambacher W., Fallica A. Effects of daily physical exercises on psychiatric state of institutional geriatric mental patients // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1986. – Vol.26, №1.

Strassberg D., Akimoto S., Kirchner J. Japanese-American diffe-rences in locus of control // Cross-Cult Psychol Bull. – 1985.- Vol. 19.

Steptoe A. Acute effects of aerobic exercise on mood // Med. Scien. Sports and Exercise. – 1989. – Vol.21, №6.

Stiles M.H. Motivation for sports participation in the community. // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1974. – Vol.14.

Teraslina P., Oja P., Kostela A. Some social characteristics and living habits associated with willingnes to participate // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989, – Vol. 60, №2.

Tucker L.A. Relationship between perceivd somatotype and body cathexis of college males // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1986. – Vol. 26, №4.

Tylkowa D. Medycyna ludowa // Studia z kultury ludowej Beskidu Sadeckiego. – Wroclaw, 1985

Vondracek V., Dobias J. Lekarska psychologie. – Praha, 1969.

Wankel L.M. Decision-making and social-support strategies for increasing exercise involvement // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol.60, №2.

Ward A., Morgan W.P. Adherence patters in healthy an adult exercise program // Research Quarterly for Exercise and Sport. – 1989. – Vol. 60, №2.

Williams, C.J. Cancer biology and management: An introduction. – N. Y., 1990.

Wilmore J.H. Training for sports and activity. The physiological basis of the conditioning process // J. of Sports Medicine and Physical Fitness. – 1986. – Vol. 26, №4.

Young R.J. The effects of regular exercise on cognitive functioning and personality // British J.of Sports Medicine. – 1979. –Vol.13

ЗМІСТ

Передмова 3

Розділ 1. Дослідження психосоматичного здоров'я "практично здорової особистості" різних вікових категорій (порівняльний міжнаціональний аналіз) 6

1.1. Інтернаціональність понять: здоров'я, хвороби, проміжний стан між здоров'ям та хворобою 6

1.2. Соціокультурні фактори, поведінка здоров'я та статеві особливості 10

1.3. Багатофакторність моделей поведінки людей (орієнтованої на хворобу та здоров'я) 14

1.4. Дослідження та порівняльний аналіз ставлення до здоров'я та хвороби в межах соціокультурної моделі (на прикладі Японії та Голандії) 20

1.5. Комплексний міждисциплінарний підхід до проблеми здоров'я, хвороби, третього проміжного стану (на прикладі порівняльного аналізу стану здоров'я населення України та Росії) 23

Розділ 2. Загальна характеристика програм та методів підтримання психосоматичного здоров'я 36

2.1. Використання філософсько-психологічних, соціально-психологічних, релігійних, медико-біологічних, психофізіологічних, методів та відповідних знань, умінь, навичок народної, традиційної та сучасної медицини для підтримання гармонійної життєдіяльності організму людини 36

2.2. Необхідність загальнорозвиваючих (оздоровчих), корекційно орієнтованих програм для підтримання психосоматичного здоров'я 39

2.3. Використання аутогенного тренування для здорових осіб 45

2.4. Вивчення взаємозв'язку критеріїв здоров'я людини з психофізіологічними та психологічними параметрами 50

2.4. Моделі дослідження психосоматичного здоров'я людини. Загальні проблеми 57

Розділ 3. Індивідуально-психологічна діагностика при розробці програм підтримання здоров'я жінок (на метаріалі кризоволго віку життя) 70

3.1. Загальна характеристика досліджуваних та методів дослідження 71

3.2. Психофізіологічні критерії оцінки різних типів особистості 72

3.3. Психологічні критерії різних типів особистості 81

3.4. Особливості мотиваційної та емоційної сфер 83

3.5. Необхідність психологічного впливу на організацію оздоровчо-корекційної діяльності 93
3.6. Можливості підтримання психосоматичного здоров'я загально-оздоровчими та корекційними методами 95
3.7. Ефективність оздоровчо-підртимуючої програми залежно від типу особистості 96
Висновки 108
Практичні рекомендації 109
Список літератури 112

Навчальне видання

КОРНІЄНКО Олексій Васильович

ПІДТРИМАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ

Навчальний посібник

Редактор Н.О.Витвицька

Оригінал-макет виготовлено Видавничим центром "Київський університет"

Видавничий центр "Київський університет"
02017, Київ, бульв. Т. Шевченка, 14, кімн.43, тел. 221-32-22.

Підписано до друку 04.08.2000 Формат 60x84/16. Вид. № 211.
Друк офсетний. Наклад 500. Умовн.друк.арк. 8,0.

252017, Київ, бульвар Т.Шевченка, 14, тел.: 224-01-05
Формат 60x84/16 Тираж Зам. № 20-1522