

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
« 01 » червня 2022 року

УДК 159.942:[616.98:578.828ВІЛ

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ З КОПІНГ-ПОВЕДІНКОЮ ВІЛ-
ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Кваліфікаційна робота бакалавра
за освітньою програмою «Психологія»
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконала:

студентка 4663 групи

Кузнєцова Вікторія Володимирівна

Науковий керівник:

к.психол.н., доцент

Астремська Ірина Володимирівна

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр
Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
«03» червня 2022 року

**ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА**

Студентці **КУЗНЄЦОВІЙ Вікторії Володимирівні**

1. Тема роботи: «Взаємозв'язок емоційних станів з копінг-поведінкою ВІЛ-інфікованих осіб» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 307 від «17» листопада 2021 року.
2. Об'єкт дослідження - копінг-стратегії та емоційна сфера особистості ВІЛ-інфікованих.
3. Предмет дослідження – взаємозв'язок емоційних станів з копінг-поведінкою ВІЛ-інфікованих осіб.
4. Завдання дослідження:
 1. на основі теоретико-методологічного аналізу літератури визначити основні напрями вивчення емоційної сфери;
 2. виокремити стратегії копінг- поведінки та їх особливості;
 3. з'ясувати психологічні особливості емоційних станів ВІЛ-інфікованих осіб;
 4. вивчити специфіку копінг стратегій ВІЛ-інфікованих;
 5. дослідити особливості взаємозв'язку емоційних станів з копінг-поведінкою ВІЛ-інфікованих осіб;
 6. розробити рекомендації щодо стабілізації емоційних станів ВІЛ-інфікованих осіб.

5. Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
АСТРЕМСЬКА Ірина Володимирівна Кандидат психологічних наук, доцент	25 вересня 2021 року _____	25 травня 2022 року _____

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
1	Погодження керівником змісту КРБ	11 жовтня 2021 р.
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	30 листопада 2021 р.
3	Робота над підготовкою тексту КРБ	
3.1	Розділ 1. Вивчення емоційної сфери та копінг-поведінки ВІЛ-інфікованих осіб	20 грудня 2021 р.
3.2	Розділ 2. Дослідження та аналіз взаємодії копінг-поведінки з емоційним станом ВІЛ-інфікованих осіб	25 квітня 2022 р.
4	Висновки	16 травня 2022 р.
5	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист)	01 червня 2022р.
6	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією	24 червня 2022 р.

Студент _____ Вікторія КУЗНЄЦОВА

Науковий керівник _____ Ірина АСТРЕМСЬКА

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ	
1.1 Сучасні підходи до трактування емоційного стану в психологічній науці.....	8
1.2 Копінг-стратегії особистості.....	14
1.3 Особливості емоційної сфери ВІЛ-інфікованих осіб.....	25
Висновки до першого розділу.....	31
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ ВЗАЄМОДІЇ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ З ЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ	
2.1 Організація та методи дослідження.....	34
2.2 Результати взаємодії копінг-поведінки з емоційними станами ВІЛ-інфікованих осіб.....	42
2.3 Рекомендації щодо стабілізації емоційної сфери ВІЛ-інфікованих осіб.....	56
Висновки до другого розділу.....	67
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На сьогодні ВІЛ/СНІД має статус епідемії. Ця хвороба невиліковна і тому, вона виходить за межі тільки медичної проблеми і має такі наслідки: юридичні, морально-етичні питання, економічні, численні соціальні. Зараз ці питання постають перед суспільством.

Соціально-психологічний аспект цієї хвороби є найменш дослідженим, а тому найбільш актуальним. Розробляючи заходи психологічної підтримки ВІЛ-інфікованим, треба враховувати, що це захворювання є соціальною хворобою і торкається багатьох сфер життя, тому психологічну підтримку слід надавати не тільки для ВІЛ-інфікованих, а і їхнім близьким.

При встановленні цього діагнозу, людина отримує дуже великий стрес. Ця звістка приголомшує та не дає людині дихати. У цей момент, коли оголошують результати тестування, кожен сподівається, що його це омине. Але ось людина має позитивний результат (тобто той, що підтверджує наявність ВІЛ-інфекції) і що людина відчуває? По-перше, це страх. Страх смерті, страх розкриття статусу своєму партнеру, страх, що партнер не зрозуміє, або в нього теж буде знайдено ВІЛ-інфекцію, страх розголосу, страх звільнення з роботи, якщо довідаються, страх відмови близьких від нього, страх, що не зрозуміють, не приймуть.

Ми багато років маємо справу з цим захворюванням, але і досі є дискримінація та стигматизація. Лікарі навчились лікувати цю хворобу, але найтяжче привести до норми емоційний стан пацієнта. Людина не розуміє чому це сталося з нею. Вона не вживала наркотиків, не мала багато партнерів і все одно захворіла. Бо наше суспільство досі вішає ярлики на цих людей(наркоман, проститутка, гей). В цей момент, людина ставить на собі хрест, вважає, що життя закінчилось.

Багато пацієнтів у цей момент відчувають безвихідь, знижується самооцінка, інколи приходять думки про самогубство, відчувають розгубленість, не розуміють як жити далі, що робити. Інші мають вигляд, що проблеми не існує, йдуть від неї, починають жити так, як до хвороби. І найчастіше саме ці люди

потрапляють в складні ситуації зі здоров'ям, які можуть призвести до смерті людини.

В наших лікарнях та кабінетах «Довіри» не має належної комплектації медичного персоналу, вже не говорячи про психологів. І ця проблема дуже поширена в країні. І не всі до кінця розуміють важливість психологічної допомоги для таких людей. В край необхідно побачити емоційний стан хворої людини, допомогти їй з цим впоратися. Це може врятувати життя людині, полегшити її страждання під час встановлення діагнозу. А також допоможе близьким зрозуміти, як підтримати рідну людину.

Наукові роботи, присвячені вивченню психологічного аспекту ВІЛ-інфікованих, практично відсутні у літературі. В українській та зарубіжній психологічній науці, проблема психічного та емоційного стану ВІЛ-інфікованого, мають слабку розробку. Та сьогодні вона є актуальною на сучасному рівні культурного і духовного розвитку суспільства і всього людства.

Тому ми маємо, що ВІЛ-інфекція – це глобальна проблема світового значення і майже у всіх країнах світу зростає інтерес до цієї проблеми. Він визван наслідками ВІЛ-інфекції та аномальними соціальними явищами.

Вище було вже зазначено, що в психологічній науці, не дивлячись на наявність інтересу, майже відсутні дослідницькі роботи, присвячені питанням психічної сфери ВІЛ-інфікованих.

Я вважаю це дослідження необхідним, тому що, це допоможе краще розібратись в емоційних станах хворих на ВІЛ і тому, допоможе надати більш якісну психологічну допомогу.

Об'єкт дослідження – емоційна сфера особистості ВІЛ-інфікованих.

Предмет дослідження – взаємозв'язок емоційних станів з копінг-поведінкою ВІЛ-інфікованих осіб.

Гіпотеза – під час встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція, вибір копінг-поведінки залежить від емоційного стану пацієнта.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити наявність взаємозв'язку між емоційними станами ВІЛ-інфікованих осіб та копінг-стратегіями.

Завдання:

1. на основі теоретико-методологічного аналізу літератури визначити основні напрями вивчення емоційної сфери;
2. виокремити стратегії копінг- поведінки та їх особливості;
3. з'ясувати психологічні особливості емоційних станів ВІЛ-інфікованих осіб;
4. вивчити специфіку копінг стратегій ВІЛ-інфікованих;
5. дослідити особливості взаємозв'язку емоційних станів з копінг-поведінкою ВІЛ-інфікованих осіб;
6. розробити рекомендації щодо стабілізації емоційних станів ВІЛ-інфікованих осіб.

Методи дослідження. У роботі для розв'язання поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження були застосовані теоритичні методи: системно-структурний метод; метод теоритичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу та узагальнення даних.

Емпіричні методи: метод наукового спостереження; метод психодіагностичного обстеження; методи інтерв'ю та консультаційної бесіди; метод аналізу продуктів діяльності; метод математичної статистики.

Для досягнення цілей дослідження застосовувався комплекс тестових методик, для діагностики емоцій емоційного стану, депресій, неврозів, стресу - опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої) розроблений В.А. Доськіна, Н.А. Лаврентьевої, В.Б. Шарай і М.П. Мірошниковим (1973); методика – самооцінка рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна, яка включає шкалу особистісної тривожності, та ситуативної тривожності, а також шкала самооцінки; методика «Індикатор копінг-поведінки» Дж. Амерхана.

Метод математичної статистики (метод варіаційного аналізу, вірогідність визначалася за t-критерієм Стюдента). При математичній обробці отриманих результатів використовувався метод варіаційного аналізу. Для перевірки вірогідності різниці середніх при аналізі кількісних даних в експериментальних групах ми використовували метод t-критерію Стюдента для незалежних вибірок, що відносять до параметричних методів. Метод математичної статистики реалізовано за допомогою комп'ютерної обробки результатів дослідження (програма SPSS).

Практичне значення отриманих результатів полягає у: використанні результатів дослідження в лекційних та лабораторних курсах «Психологія», «Загальна психологія», «Основи психодіагностики».

Розробці практичних рекомендацій щодо психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих осіб.

База дослідження: Дослідницька робота виконувалась з ВІЛ-інфікованими пацієнтами на базі МЛ N 5, кабінету «Довіра» в місті Миколаїв. У дослідженні взяли участь експериментальна група – ВІЛ-інфікованих дванадцять чоловік, з яких шість жінок та шість чоловіків, та контрольна група з дванадцяти працівників лікарні, шість жінок та шість чоловіків.

Наукова новизна дослідження полягає в наступному:

Вперше:

- Встановлено залежність копінг-поведінки від емоційного стану ВІЛ-інфікованих;
- Визначено психологічні особливості емоційних станів та копінг-поведінки
- Обґрунтовано теоритичні та експерементальні підходи до залежності копінг-поведінки від емоцій;
- Уточнено зміст понять «емоційних станів» та «копінг-поведінка»;
- Здійснено науковий аналіз змісту і структури особливостей емоційного стану та копінг-поведінки ВІЛ-інфікованих осіб;
- Доповнено і розширено наукові знання про особливост емоційного стану та копінг-поведінки ВІЛ-інфікованих осіб;

- Набули подальшого розвитку дослідження взаємозв'язку емоційних станів та копінг-поведінки.

Апробація результатів дослідження. Основні ідеї та результати дослідження доповідалися та обговорювалися на Міжнародних та Всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» XXIV Всеукраїнська науково-практична конференція (8 – 12 листопада 2021 року м. Миколаїв), «Молодь і науковий прогрес у соціально-економічному та освітньому просторі суспільства» III Міжнародна наукова студентська конференція (11 – 12 листопада 2021 року м. Кам'янець-Подільський).

Публікації. Основний зміст і результати роботи висвітлено у 2 тезах та 1 публікації, опублікованої в спеціалізованому науковому журналі «Habitus» № 31, 2021 року (затверджений ВАК України як фаховий).

Структура роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, додатків, список використаних джерел включає 73 найменування українських та зарубіжних авторів. Основний зміст дипломної роботи викладено на 72 сторінках комп'ютерного набору, містить 8 таблиць і 4 рисунки. Повний обсяг роботи – 92 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ВІЛ- ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

1.1 Сучасні підходи до трактування емоційного стану в психологічній науці та копінг-стратегій

Протягом багатьох століть в центрі уваги філософів-дослідників (Р. Валетт, Л. С. Виготський, І. Кант та ін.), педагогів та психологів (Л. І. Божович, В.К. Вілюнас, В. Вундт, Б. І. Додонов, А. Маслоу, П. В. Симонов, П. М. Якобсон та ін.) були емоції.

У зарубіжній, так і у вітчизняній психології (С. Л. Рубінштейн, О.М. Леонтьєв, В. К. Вілюнас, К. Ізард, П. Фресс, Р. Лазарус та ін.) – проблемі емоцій присвячено чимало праць. Всі відомі вчені різним чином торкалися проблеми людських переживань, хвилювань, пристрастей, намагалися розібратися в їхній природі. Є великий фактичний матеріал, накопичений багатьма роками, створено багато теоретичних концепцій походження емоцій та розроблені способи їх регуляції які є ефективними.

Не має сумніву, що проблема емоцій і зараз є однією з складних у психологічній науці. І це має сенс, бо емоції займають важливе місце у житті людини. І тому, не можлива розробка загальної теорії психічного без глибокого їх вивчення.

Широкий клас процесів, які регулюють внутрішню діяльність особистості, відносять до емоційних.

Вони відтворюють той смисл, який мають об'єкти, ситуації, що впливають на суб'єкта, їх значення для здійснення його життєдіяльності.

Емоції та їх значення

Емоції – психічні стани і процеси в людини та вищих тварин; це відповідні реакції на зовнішні та внутрішні подразники, які проявляються у вигляді задоволення або незадоволення, радості, страху, гніву тощо. В емоціях

виявляється позитивне або негативне ставлення людини до навколишнього світу. Людина за рахунок емоцій переживає значення предметів, те, що було в минулому, є в теперешньому і буде в майбутньому (П. Фресс).

Людина не тільки сприймає навколишні предмети і явища – у неї формується певне ставлення до них. Спілкування з людьми, природою, творами мистецтва та науки, а також власна праця – викликає у неї різні переживання: любов, повагу, захоплення, страх радість, горе, гнів. Якщо немає емоцій, то неможлива цілеспрямована діяльність людини. Їхній психоенергетичний потенціал, на відміну від почуттів, виникаючи, може швидко збільшуватися, а потім так само легко об'єктивуватися в інше психічне.

Емоції – це реакції людини на задоволення (позитивні емоції) чи незадоволення (негативні) і мають яскраво виражене суб'єктивне забарвлення. Емоції супроводжують життєдіяльність людини і є одним з головних механізмів внутрішньої регуляції її психічної діяльності і поведінки, спрямованих на задоволення потреб.

Емоцію можна розглядати за критерієм тривалості як реакцію, і як стан. Реакція являє собою короткочасну емоційну відповідь на той чи інший ситуативний вплив. Емоційний стан пов'язаний із загальним ставленням людини до ситуації, яке відбивається через її особистісні особливості.

А. Є. Ольшаннікова, спираючись на фізіологічні данні, виділила три основні емоції: задоволення – радість, гнів та страх. Пізніше, в якості самостійної емоції до тріади додалась печаль [13].

Характеристиками емоцій є її інтенсивність та знак. До позитивних ми відносимо задоволення, захоплення, радість, милування й т.ін. До негативних – невдоволення, гнів, ненависть, обурення, тугу, роздратування, переляк й т. ін. Позитивні і негативні емоції завжди інтенсивні і від цього залежить їхня сила виявлення.

К. Ізард відмічає, що радість супроводжується переживанням задоволення собою та навколишнім світом – мабуть це і є її головна відмінна риса. Тому

можна визначити радість як сильне задоволення. Характерним для радощі є її швидкісна поява, чим вона наближується до афекту [11].

Види емоцій. Ми розрізняємо позитивні та негативні емоції.

Позитивні емоції це позитивна оцінка об'єкта, явища (радість, любов, захоплення тощо). При цьому у людини розширюються кровоносні судини, підвищується енергетичний обмін, температура тіла, розумова та фізична працездатність. Ці прояви підштовхують людину діяти, досягати результату.

Негативні емоції протилежні позитивним. Вони можуть виникнути, якщо людині бракує інформації або якщо людину спіткала невдача. Тож навіть негативні емоції стимулюють людину бути активною, спрямовуючи її на подолання перешкод. Розрізняємо первинні та вторинні негативні емоції:

Первинні: людина з народження має певний набір емоційних реакцій. До первинних належать реакції, які беруть участь у самозбереженні, це страх і тривога, як реакція задоволення від реалізації потреб це радість; як наслідок обмеження потреби в рухах, вчинках це гнів.

К. Ізард розділяє причини страху на зовнішні (зовнішні процеси та події) та внутрішні (потяг та гомеостатичні процеси, тобто потреби та уяви людини небезпеки при згадуванні або передбачені) [5].

А. С. Зобов всі загрози, що викликають страх розділив на три групи:

- 1) реальні, що об'єктивно загрожують здоров'ю та благополуччю людини;
- 2) уявні, що об'єктивно не загрожують особі, але сприймаються як загроза;
- 3) престижні, що загрожують авторитету особистості в суспільстві [11].

Вторинні: такі реакції формуються внаслідок усвідомлення власного "Я" та своєї соціальності. Тобто не пов'язані з потребами важливими для життя (образ, провина, почуття сорому, заздрість, пихатість тощо).

Прояви емоцій. Емоції поділяються на реакції, стосунки та стани.

Емоційні реакції включають посмішку, сміх, страх, лють, плач, схвильованість, імпульсивність дії або повна нерухомість. Реакції на пряму пов'язані з подіями, що їх зумовили. Якщо людина не володіє певною ситуацією,

яка сталась з нею, розвиваються афекти – особливі емоції, які супроводжуються бурхливою реакцією (наприклад страх або гнів).

Такі реакції не контролює наша свідомість, тому ними важко керувати та стримувати. Коли у такій ситуації людина змінює вид діяльності (фізична робота), то це сприяє емоційній розрядці.

Емоційні стосунки: спрямовані на певний об'єкт, процес чи особу. До них відносять любов, пристрасть, прив'язаність, ненависть, заздрість ревності. Стосунки можуть спричинити різні емоційні стани.

Також потрібно відрізнити емоційний стан від емоційності, як риси особистості. Наприклад, ситуативний стан "тривожності" являє собою зовсім інше явище, ніж «тривожність» як риса особистості.

Емоційні стани: це тривалі переживання від сильної емоційної реакції. До них відносяться тривога, страх, пригнічення (депресія), збудження. Емоційний стан є мінливим психічним явищем. Веселий настрій може змінюватися на сумний, спокійний – на тривожний, пригнічення – активністю. Від цього залежить настрій людини.

Емоційні стани можна поділити власне на емоції та емоційні почуття. Емоції природжені, базисні властивості: радість, гнів, ненависть, переляк, подив і т. ін., та надбані в індивідуальному досвіді. Емоційні почуття це голод, спрага, цікавість, любов, ненависть і т. ін., пов'язано з біологічною, соціальною чи культурною потребою і комплексом емоцій, які були пережиті у процесі їх формування і задоволення.

Людина має багато емоційних станів, які виявляються у таких формах як **настрій, стрес, фрустрація, афект, пристрасть** тощо.

Настрій – це загальний емоційний стан, на який мають вплив суто фізіологічні процеси, такі як фізична активність, бадьорість, хвороба, втома, голод тощо. Також має вплив навколишнє середовище в якому знаходиться людина, такі як бруд та чистота, дратівливі звуки чи тиша, палюча спека та холод, тощо. Важливим фактором впливу на наш настрій мають взаємовідносини та взаємодія між людьми, це уважність, байдужість, привітність, довіра тощо і власне психічні

процеси як образи, в яких відображається позитивне чи негативне ставлення до речей, предметів та явищ.

Пристрасть – це емоційний стан, який може проявлятися у сильному, стійкому і глибокому переживанні, з яскраво вираженою спрямованістю на досягнення мети, предмета чи об'єкта потягу.

Афект – на думку К. Ізард це сильне та відносно короткочасне емоційне переживання, яке супроводжується різко виразними руйнівними та вісцеральними проявами [6]. Цей стан є швидкоплинним та бурхливим і є реакцією на екстремальну ситуацію, яка повністю підкорює людину та проявляється значними змінами у свідомості та порушенням поведінки, вольового контролю. Виокремлюють декілька факторів, які викликають стан афекту, це реальна загроза, насилля та образи. У такому стані людина не здатна прорахувати результати власних вчинків і не може зосередитися, уся ситуація сприймається і запам'ятовується фрагментами, проявляється агресія, порушується увага, не може перемикається, порушується пам'ять (амнезія) і з часом людина не може відтворити усі події, відбувається порушення мовлення (порушення артикуляції, переривчастість), панічна втеча, заціпеніння, втрата свідомості. Прикладами афектів є відчай, страх, жах, сильний гнів, бурхлива радість.

Фрустрація (від лат. frustratio – обман, втрата чогось, крах планів, розчарування) – це емоційний стан людини, яка зустрічає на своєму шляху до омріяної мети, певні труднощі та перешкоди. У момент такого стану людина може кричати, виявляти гнів та агресію, сваритися, відчувати роздратування. Якщо дитина часто опинялась в стані фрустрації, то це може призвести у одних до байдужості, безініціативності та в'ялості, в інших – до агресивності, заздрості як стереотипних форм поведінки у подібних ситуаціях. Такий стан супроводжується негативними переживаннями: тривогою, відчаєм, розчаруванням, роздратованістю, апатією.

Деструктивними наслідками фрустрації є надмірне емоційне збудження, агресивні дії, часткова втрата самовладання, озлобленість, жорстокість,

порушення координації зусиль, депресивні стани, аутоагресія, інші неадекватні реакції, що спрямовані на досягнення мети.

Стрес (від англ. stress – тиск, напруженість) – це нервово-психічне перенапруження, що викликається значним за силою подразником, адекватна реакція на який раніше не була сформована.

Виникнення і переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних чинників, від особливостей самої людини в оцінюванні ситуації. Усе, що може порушити звичний перебіг життя, може стати причиною стресу або стресором.

Копінг – спосіб взаємодії із ситуацією яка індивідуальна для окремої людини, відповідає її психологічним можливостям та власній логіці [30]. Сучасний підхід до вивчення копінг-поведінки враховує наступні положення:

1) для людини притаманний інстинкт подолання будь-якої несприятливої ситуації (Е.Фромм, 1992), пошукова активність, одна із форм подолання (Аршавський, Ротенберг, 1976);

2) виходячи з індивідуальних психологічних особливостей: досвід, спрямованість характеру, установки, переживання, тип мислення, темперамент та рівень особистісної тривожності, людина вибирає той чи інший спосіб подолання проблеми. Своєю чергою, це вказує на те, що коли виникає несприятлива ситуація, вона буде мати не тільки зовнішні, але і внутрішні передумови;

3) від рівня самоактуалізації особистості залежить стратегія копінг-поведінки у складних ситуаціях. Вищий рівень розвитку особистості людини, дає можливість краще вирішувати труднощі у складних обставинах [31].

Основоположниками копінгу являються Р. Лазарус та С. Фолкман. Проаналізувавши усі прояви стресу, дали їй назву транзактної моделі. Центральним поняттям цієї моделі є те, що у людини, під час взаємодії особистості з навколишнім середовищем, виникають стрес, емоції як кінцевий етап взаємодії. І цей процес вони назвали копінг-стратегією [32].

Отже, встановлення ВІЛ статусу і стає тією причиною, що запускає появу стресу, тому що все, що було до діагнозу, рухнуло, зруйнувало звичний уклад

життя і пацієнту наново треба вчитися жити з оглядом на його хронічне захворювання. Йому треба знайти варіанти подолання проблеми, враховуючи життєвий досвід та емоційний стан і не завжди ці способи адекватні. Важливу роль відіграє суб'єктивна оцінка ситуації. І це велике випробування для людини.

1.2 Копінг-стратегії особистості

Проблему копінг-стратегій розробляли такі зарубіжні вчені, як Р. Лазарус [33], М. Перре [34], Н. Хайм [35], С. Фолкман [36], Х. Хекхаузен [37], а також вітчизняні вчені Л.І Анциферова [38], І.М. Микільська та Р. М. Грановська [39], С.К. Нартова-Бочавер [40], О.М. Поддяков, І.Г. Сізова та С. І Філіппченкова, Є.І.Расказова, Т.Л. Крюкова [41] та інші. Червоною ниткою в цих роботах проходить ідея, що головне завдання копінг-стратегій, полягає у забезпеченні та підтримці благополуччя людини, фізичного та психічного здоров'я та задоволеності соціальними відносинами. Копінг-стратегії в даному випадку розглядаються як спосіб зняття напруги, позбавлення від джерела стресу.

Актуальні питання, пов'язані з емоційним інтелектом, відбилися у працях таких зарубіжних авторів як Р. Д. Робертс і Дж. Меттьюс, Д. Гоулман, Р. Барон, Т. Бредберрі та Дж. Гривз, К. Е. Ізард [13] та таких вітчизняних учених як Д. Люсін та Д. В. Ушаков, А. І. Леонт'єв [42], А. В. Карпов та А. С. Петровська, І.М. Андрєєва, та інших. У їхніх роботах простежується думка про необхідність визнати важливу роль емоцій у когнітивних процесах, їх безпосередній вплив на перебіг наших думок та ефективність рішень. Отже, цей феномен доцільно розглядати у взаємодії з іншими аспектами психологічної діяльності.

У психології існує значне різноманіття різних підходів та концепцій до розгляду питань про копінг-поведінку [5], [9], [13], [19] та особливості, а також емоційного інтелекту [4], [6], [20], [21].

Однак у контексті емоційного інтелекту владна поведінка практично не досліджувалося, що говорить про потребу глибше вивчити дані аспекти у тому взаємозв'язку.

Встановлення взаємозв'язку компонентів емоційного інтелекту і стратегій подолання стресом може розглядатися як крок у напрямку вирішення цієї проблеми, що й доводить актуальність нашого дослідження. Отже, проблема дослідження полягає у знаходженні взаємозв'язків копінг-стратегій та емоційного інтелекту. В результаті теоретичних та експериментальних досліджень встановлено, у процесі подолання стресу кожна людина використовує власні стратегії (копінг-стратегії), що базуються на особистому досвіді та психологічних резервах (особистих ресурсах або копінг-ресурсах). Копінг-поведінка стали розглядати як результат взаємодії копінг-стратегій та копінг-ресурсів. Стратегії подолання – засоби управління фактором стресу, що виникає як реакція людини на загрозу. Теоретично копінг-поведінки виділяють базові копінг-стратегії. До яких відносяться, як до «вирішення проблеми», «пошуку соціальної підтримки» та «уникнення».

Базова копінг-стратегія «вирішення проблем». Стратегія вирішення проблеми є найважливішим компонентом копінг-поведінки, метою є відкриття широкого спектра альтернативних рішень, що сприяють спільній соціальній адаптації. Він розглядається як когнітивно-поведінковий процес, людина обирає ефективні стратегії виходу зі складних життєвих ситуацій. Копінг-стратегія передбачає активну розумову діяльність, що полягає в аналізі стресової ситуації та способи зміни. Необхідною умовою реалізації є зосередження уваги на проблемі та виявлення шляхів вирішення. Зрозуміло, більшу частину часу у стресової ситуації поведінка і дії людини носять неадекватний і неорганізований характер. Така реакція на дію стресора вимагає від людини двох дій: по-перше, оцінки ситуації та, подруге, усунення. Або зменшення джерела стресу [43].

Стратегія «вирішення проблеми» раціональна та доцільна у стресовій ситуації, що передбачає зусилля, спрямовані на осмислення складної ситуації, що склалася, аналіз, пошук найкращого рішення, аналіз можливих альтернатив, планування та подолання існуючих перешкод. Використання практичних кроків для вирішення ситуації підвищує конструктивність та ефективність подолання.

Базова копінг-стратегія «Пошук соціальної підтримки» – спрямована на подолання важкої життєвої ситуації за допомогою інших, за якої є прагнення активної співпраці з оточуючими для отримання підтримки. Полягає у пошуку емоційної підтримки у друзів, рідних та близьких у складних життєвих ситуаціях без зміни та ситуації. Вона включає методи: спілкування, звернення за підтримкою, створення мережі соціальної підтримки, консультації з фахівцями (консультант психолог, психотерапевт). Соціальну підтримку можна розділити на дві категорії. Сім'я, друзі, колеги та інші люди. З одного боку, формують ставлення та поведінку людей, з іншого, підтримують у скрутну хвилину.

Є дві можливості поведінки:

а) поведінка, спрямована на пошук емоційної підтримки, виявляється у прагненні поділитися переживаннями з близькими та отримати відповідний емоційний відгук;

б) поведінка, спрямована на пошук інформаційної та практичної допомоги у людей (родичів, друзів, знайомих і т. д.) виявляється у зверненні до знань та життєвого досвіду значущої людини (пошук інструментальної підтримки). Така поведінка вважатимуться однією з продуктивних стратегій подолання різних складних життєвих ситуацій. С. Кобб стверджує, соціальна підтримка – захист людини, що запобігає захворюванню в кризових та стресових ситуаціях і приводить суб'єкта до думки, його люблять, цінують, дбають про нього [44].

Стратегія пошуку соціальної підтримки дозволяє виявити можливі джерела соціальної підтримки для подолання стресової ситуації за допомогою відповідних когнітивних, поведінкових та емоційних реакцій. Послаблюючи вплив стресорів на організм ця копінг-стратегія, зберігає здоров'я та благополуччя людини та формує поведінку. Попередні безуспішні спроби отримати його більше пригнічують бажання шукати його. Соціальна підтримка набуває особливої ролі в критичний період підліткового та раннього дорослішання. Відзначено позитивний зв'язок соціальної підтримки сім'ї з адаптацією підлітків. Соціальне середовище може надавати як позитивний, так і негативний вплив. З одного боку, сім'я, групи однолітків, сусіди та групи однолітків можуть запобігати впливу стресорів на

людей. У випадках соціальне середовище породжує і загострює серйозні конфлікти з усіма притаманними негативними наслідками. Соціальна підтримка відіграє важливу захисну роль для людей, які переживають серйозну кризу. Або страждають тривалими проблемами.

Негативний ефект соціальної підтримки пов'язаний із надмірним та недоцільним наданням, може призвести до втрати контролю та безпорадності. В. Ялтонський у дослідженні на прикладі наркозалежних показав, що постійні конфліктні відносини з оточуючими призводять до скорочення розмірів соціальних зв'язків та можливим донорам соціальної підтримки. Внаслідок тривалих негативних пошуків соціальної підтримки у навколишньому середовищі у людини пригнічується мотивація до пошуку і вона змушена використовувати стратегію пасивного уникнення копінгу [45].

Ефективному сприйняттю соціальної підтримки сприяє впевненість особистості в усвідомленні потреби у підтримці, інформації та зворотного зв'язку, оскільки один із проявів турботи про тих, хто шукає можливість розповісти про проблеми людям, які бажають йому допомогти. Що стосується соціальної підтримки в процесі професійної діяльності, то вона розглядається у широкому та вузькому значенні; загалом – визнання у суспільстві (надзвичайної) важливості професії, втілення соціальної цінності кожного професіонала з погляду моральних, матеріальних та факторів. У вузькому значенні схвалення, позитивна оцінка професійних колег. У чиєму середовищі надається допомога та визнання заслуг порятунку. Тобто позитивне підкріплення, схвалення, приємні наслідки здійснення суб'єктом професійної діяльності спонукає людину до здійснення діяльності під час «твору».

Базова копінг-стратегія «уникнення» – фокусує поведінку людини на відновленні емоційного благополуччя, намагаючись уникнути будь-якої взаємодії із проблемою. Вона дозволяє особистості знизити емоційну напругу, емоційну складову дистресу змінити ситуацію [36]. Зазвичай проявляється у спробах не думати про проблему, не звертати на неї уваги, перенестися у фантазіях із неприємної реальності у благополучний час, забути за допомогою алкоголю,

транквілізаторів. Психологічний механізм поведінки характеризується інфантильною оцінкою того, що відбувається, і близький до механізмів психологічного захисту, отже, неконструктивного способу вирішення проблемної життєвої ситуації. Інший варіант стратегії, людина може спробувати сама впоратися із ситуацією, прийняти як неминучу, навчитися жити з новими обставинами.

У психологічній практиці така поведінка вважається продуктивною у ситуаціях важкої втрати (наприклад, смерть близької людини, втрата здоров'я). У ситуаціях зусилля людини спрямовані зміну власного ставлення до ситуації з урахуванням негативних обставин. Які вважає необоротними. Активне використання індивідом стратегії подолання «уникнення» можна як домінування мотивації уникнення невдачі над мотивацією досягнення успіху у поведінці, як сигнал про можливі внутрішньоособистісні конфлікти. Домінування мотивації досягнення успіху над мотивацією уникнення сприяє формуванню ефективної адаптивної поведінки. Як зазначає Ф. Березін, ця закономірність не універсальна [46].

У діяльності яких уникнення невдачі є значною частиною професійної компетентності, копінг-стратегія «уникнення» стає однією з основних поведінкових стратегій у формуванні адиктивної поведінки. Формується тенденція для зняття, уникнення емоційної напруги, що виявляється у стресових ситуаціях шляхом психофармакологічної редукції. Копінг-стратегія уникнення є механізм, спрямований на подолання стресу, що сприяє зниженню. Але що забезпечує функціонування та розвиток особистості на низькому рівні копінг-стратегія «уникнення» спрямована на регуляцію емоцій та підтримання афективного балансу, що знімає вплив стресорів за рахунок використання інтрапсихічних механізмів регулювання поведінки в ситуаціях, вирішення яких потребує відстрочених дій. Створює ілюзію вирішення проблеми та оманливого контролю за ситуацією. Чим менш інтенсивно використовується стратегія уникнення, тим вища конструктивна адаптація. Копінг-ресурси - особистісні ресурси копінг-поведінки. Або внутрішні психологічні фактори формування та

розвитку, які організм використовує для подолання стресу. До них відносяться характеристики особистості та соціального середовища. Які полегшують або дозволяють пристосування до життєвих стресів, сприяють виробленню засобів подолання, підвищують стійкість до стресів [47].

Структури особи, які допомагають людині впоратися з загрозовими обставинами, полегшують адаптацію. Насамперед, здоров'я та важлива складова: особистий енергетичний потенціал, необхідний для вирішення конкретного завдання. У літературі згадуються типи копінг-ресурсів: фізичні (здоров'я, витривалість та ін.), психологічні (переконання, оптимальний рівень тривожності, адекватна самооцінка, внутрішній локус контролю, моральність, оптимізм (і ін.)) та риси особистості, як стійкість, витривалість. Які роблять людину сильною. Крім того, до них відносяться соціальні ресурси (індивідуальні соціальні зв'язки та інші системи соціальної підтримки). Копінг-ресурси поділяються на 2 види: індивідуальні та середні ресурси. До особистісних копінг-ресурсів відносяться: розвиток когнітивної сфери, що дозволяє оцінити вплив середовища, образ Я (Я-концепція), здатність керувати власним життям, брати за неї відповідальність (внутрішній локус контролю), вміння спілкуватися з іншими, соціальні компетенції, готовність бути з людьми (приналежність), здатність співчувати іншим, проживати з ними певну частину життя, накопичуючи власний досвід (емпатія), позиція до життя, смерть, любов, самотність, віра, духовність людини, віра у Бога. Ціннісно-мотиваційна структура людини, її психологічні особливості роблять стресостійким.

Ш. Тейлор виділяє «додаткові» особистісні ресурси. До яких належить висока самооцінка, легкість характеру (соціальні навички, розвинені соціальні навички) та релігійність. До зовнішніх (зовнішніх) ресурсів відносяться достатні матеріальні ресурси (час, гроші та ін), наявність соціальної підтримки, рівень освіти та способу життя в цілому. Як внутрішні ресурси психологічного подолання розглядає риси особистості (риса, стійкі освіти), створюють можливість ефективно справлятися зі стресом: оптимізм, самоефективність, життєстійкість, сприймається контролю над ситуацією, «пояснювальний стиль

мислення». Позитивна самооцінка, впевненість у собі, наявність необхідних соціальних навичок, релігійність, здатність відновлювати фізичні та психічні сили після стресу сприяють психологічному подоланню проблем. Одні з факторів зупиняють дію стресора, інші зменшують дію [48],[49].

Ресурси соціального середовища визначають поведінку людини. До них належить мережа соціальної підтримки, середовище. У якій живе людина (суспільство, сім'я). Копінг-ресурс не відіграє підкріплювальної ролі, може залишатися в потенційному стані. Іншими словами, той чи інший ресурс використовуватиметься залежно від людини та обставин.

Крім того, здатність людини вирішувати проблеми, що виникли, залежить від ступеня несподіванки виникнення (походження проблеми), наявності та адекватності психологічної установки на подолання конкретної проблеми. Знання та облік факторів визначають вибір стратегій подолання, можуть передбачити ціну подолання, наскільки внутрішні та зовнішні ресурси будуть виснажені/збережені при спробі людини впоратися зі складною життєвою ситуацією.

Локус контролю – є одним із копінг-ресурсів особистості, що впливають на когнітивну оцінку стресових ситуацій, вибір та реалізацію копінг-стратегій, спрямованих на подолання стресу. Він визначає процес адаптації і належить до основних ресурсів адаптації. Під "локусом контролю" розуміється стійка інтегративна характеристика людини, що визначає здатність до внутрішнього контролю, прийняття відповідальності, схильність звинувачувати себе. Або інших у невдачах. Локус контролю є важливим адаптаційним ресурсом, на основі якого формується поведінка, яка долає стрес. Від нього залежить вибір вибору пристосування до соціального середовища та способу життя особистості.

За визначенням Д. Роттера, локус контролю – певний рівень сприйняття людьми подій. Які залежать від своєї поведінки (внутрішній локус контролю), від чужих, долі, удачі (зовнішній локус контролю)», розглядається як ступінь розуміння людиною причинно-наслідкових зв'язків між поведінкою та досягненням бажаного. Бере людина велику відповідальність за події, що

відбуваються в його житті, пояснюючи своєю поведінкою, характером. Є чотири категорії контролю: поведінковий, когнітивний, інформаційний та ретроспективний [50].

Поведінковий контроль визначається як віра у можливість того, що поведінка людини може вплинути на стресову ситуацію; когнітивний – як переконання, когнітивні стратегії дозволяють контролювати вплив стресорів.

Інформаційний контроль пов'язаний з тим, що допомога інформації із зовнішнього середовища дозволяє особистості впоратися зі стресовою подією.

Ретроспективний або атрибутивний контроль включає причинну атрибуцію стресових станів. Індивіди з інтерналом (внутрішнім) локусом контролю виявляють більшу пізнавальну активність, ефективніше долають стрес і виявляють високий рівень соціальної адаптації, ніж екстернали. Локус контролю грає роль розвитку адаптивного поведінки. Внутрішній локус контролю виступає предиктором успішного подолання, здорової поведінки, адекватних сімейних та міжособистісних відносин, забезпечує успіх та запобігає невдачам. Внутрішній локус контролю забезпечує відповідальність прийняття рішень, соціальну активність, певну домінантність, емоційну стійкість, моральну нормативність, яскраво виражену пізнавальну активність, усвідомлення професійних освітніх устремлінь, перспектив у майбутнє, почуття контролю над довкіллям.

Ряд досліджень показав, що поведінковий контроль може пом'якшити психологічний дистрес і у випадках підвищити мотивацію, задоволеність, покращити самопочуття, чим вищий особистісний контроль над ситуацією, тим нижчий рівень тривожності при стресі [51], [47], [45], [52], [32].

На думку Гілла, суб'єктивне сприйняття особистості, ефективність соціальної підтримки, пов'язане зі сприйняттям посилення контролю за довкіллям [53].

А.І.Сендлер та Б.Лейки виявили, що суб'єкти з екстернальним локусом контролю отримують більше соціальної підтримки, ніж суб'єкти із внутрішнім контролем. Але останні використовують її ефективно, отже, стрес-буферний

ефект соціальної підтримки виражений у піддослідних з внутрішнього контролю, ніж за зовнішнього. Аналогічного погляду дотримуються й інші автори [50].

На думку Р. Р. Келлі, особи, які негайно реагують на емоційно значущі стресори, використовують негайний спосіб зниження емоційної напруги (вживання алкоголю, переїдання), схильні до дезадаптивних поведінкових реакцій. У разі, якщо негайне погашення емоційної напруги стає стилем поведінки, формується самодеструктивне поведінка. Якщо людина, долаючи стрес, шукає опосередкованого когнітивного шляху, відбувається включення внутрішнього локусу контролю.

Внаслідок цього знижується ризик формування самодеструктивної поведінки [54].

У працях Р. Лазаруса та С. Фолкмана встановлено, зв'язки між особистісним контролем, стресом та варіантами подолання та адаптації тісні та складні. Особистий контроль змінює взаємодію між особистістю та навколишнім середовищем, та впливає на процеси подолання стресу. Локус контролю є одним із важливих факторів, що сприяють підтримці здоров'я та формуванню здорового способу життя. Рівень суб'єктивного контролю є суттєвою соціально-психологічною характеристикою. Але й важливою клінічною характеристикою особистості, що визначає рівень активності зусиль і готовність особистості до конструктивної взаємодії з іншими. Роль особистісного контролю у підлітковому віці, безумовно, велика й тісно пов'язані з вибором способу подолання стресу.

В останні роки дослідники та клініцисти відзначають зростання екстремальності у популяції, пов'язане з підвищенням рівня невротизму у популяції [32].

Дослідники пов'язують локус контролю з адаптивним стилем, що формується внаслідок соціального навчання. Особи із зовнішнім локусом контролю не вважають зміни у навколишньому середовищі результатом зусиль. Вони менш ефективно взаємодіють із навколишнім середовищем, ніж особи із внутрішнім контролем. І неефективно використовують інформацію та зворотний зв'язок у ситуаціях, що потребують активної поведінки, вирішення проблем.

Люди з екстернальним локусом контролю менш ефективні боротьби з життєвим стресом, ніж із внутрішнім контролем. Вони схильні до вираженої тривожності.

М. Петровський та Дж. Біркімер (M. Petrovsky, J. Birikimer), що вивчали взаємозв'язок між локусом контролю, стилем подолання стресом і тяжкістю симптомів, виявили, що низька вираженість симптомів у піддослідних пов'язана з низьким потенціалом суб'єктивно сприйманих стресових подій, сфокусованим на безпосередній проблемі, на відміну від стилів догляду та регулювання емоцій. На їхню думку, прямий стиль пов'язаний з віком, що сприймається керованістю та внутрішнім локусом контролю, набуває висхідної тенденції, свідчить про позитивну тенденцію розвитку адаптації [55].

В результаті дослідження Д. Террі (D. Terry) виявив зв'язок між внутрішнім контролем, високою самооцінкою та самоефективністю, високим рівнем стресу та значимістю заходів з активним стилем подолання стресом та кореляція уникнення стратегії із зовнішнім локусом контролю, вираженим неприйняттям та низькою. Виходячи з аналізу результатів емпіричних досліджень та літератури, механізми реалізації локусу контролю різноманітні. Але суть зводиться до регулювання взаємодії з навколишнім середовищем.

Виражений внутрішній контроль потенціює пізнавальну та соціальну активність, підвищує самооцінку та зміцнює стійкість Я-концепції, сприяє усвідомленню цілей, цілеспрямованому формуванню кар'єрних та освітніх устремлень. Із перспективою віддаленого часу.

Це сприяє встановленню адекватних міжособистісних відносин, прояву відкритості. Локус контроль, як і Я-концепція, був із розвитком особистості цілому [56].

Я-концепція важливий компонент для характеристики особистості, являє складне утворення і належить до базисних копінг-ресурсів. Через Я-концепцію проявляються не тільки вікові особливості, але індивідуальні теж.

Багато авторів вважають, що паралельно з формуванням Я-концепції також формуються механізми подолання стресу і це основний внутрішній ресурс людини у складній ситуації. Я-концепція може сформуватися позитивною або

негативною. Позитивна – підвищує рівень стресостійкості людини, зберігає рівновагу системи «Я», знижує рівень негативного впливу. Людина в змозі контролювати ситуацію і виявляє низьку стурбованість, не чутливі до думок і образ з боку інших людей, а також суспільства в цілому. При формуванні негативної Я-концепції, формуються пасивні копінг-стратегії, що чутливо знижує рівень стресостійкості людини, вони не можуть до кінця розкрити свій потенціал тому, що дуже вразливі і залежать від чужої думки [19].

Самооцінка індивіда займає центральне місце у Я-концепції, починає формуватися з дитинства в оточенні сім'ї та суспільства. Самооцінка дає змогу оцінити цінність себе та оточення, вимоги та критичне ставлення до себе. Дає можливість домагатись цілей і строїти стійкі стосунки з довкіллям та не залежати від їхньої думки. При формуванні самооцінки, особистість набуває життєвого досвіду і на основі цього досвіду формується Я-концепція. Але Я-концепція дуже скоро стає самостійною і вже сама починає впливати на ставлення до себе, оточення, оцінювати свої можливості та сили.

Можливість адекватно оцінити свої можливості й сили, а також можливості й сили оточення, є важливим індикатором поведінки у процесі адаптації особистості.

К. Роджерсом, проведено дослідження, як самооцінка пов'язана з адаптацією і зробив висновок, що самооцінка і є головною рисою адаптації. Реальна та ідеальне завжди не сходиться, але якщо різниця не велика, то це не приводить до дезорганізації під час адаптації. Якщо розбіжність велика, то це приводить до підвищеної тривожності, низької самооцінки, дезадаптації, депресії, невпевненості у собі [57].

Отже, вибір копінг – стратегій залежить від багатьох факторів, а саме: емоційний стан людини, середовище та сім'я де зростала особистість, самооцінка, здатність керувати власним життям, брати за неї відповідальність (внутрішній локус контролю), уміння спілкуватися з іншими, соціальні компетенції, готовність бути з людьми (приналежність), здатність співчувати іншим, проживати з ними

певну частину життя, накопичуючи власний досвід (емпатія), позиція до життя, смерть, любов, самотність, віра, духовність людини, віра у Бога.

1.3 Психологічні особливості ВІЛ-інфікованих осіб.

Багато дослідників вважають, що інфікування ВІЛ є важкою психологічною травмою. Пацієнти стикаються з багатьма проблемами в повсякденному житті. Це і страх смерті, стрес, стигматизація, не прийняття хвороби і багатьма іншими уявними і реальними проблемами, що призводить до дезадаптації, що, у свою чергу, може супроводжуватись девіантною поведінкою [8], [13], [14], [15], [17]. Деякі автори вважають, що стигми, пов'язані з ВІЛ/СНІДом, є перешкодою для боротьби з поширенням захворювання [18].

Тому є нагальна необхідність вивчати їхні індивідуально-психологічні особливості для надання більш якісної психологічної допомоги.

У психічному стані ВІЛ-інфікованих переважає тривожність високого рівня. Це змушує пацієнтів сприймати ситуацію як загрозливу її життю і тому реагувати тривогою, неспокоєм. Відбувається зниження цінності власної особистості а це у свою чергу пояснює високий рівень фрустраційної напруженості. При цьому відбувається порушення психічної адаптації а це у свою чергу призводить до виникнення адаптаційних розладів у пацієнтів із ВІЛ-інфекцією. Усі механізми психологічного захисту, як і механізми подолання стресу, перебувають між собою в тісному взаємозв'язку і є важливими компонентами психологічної адаптації [50].

Кожна особистість, під час стресової ситуації, формує певні копінг-стратегії, які допомагають подолати стрес. До них відносять: конфронтаційний копінг, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблем, позитивна переоцінка. Такі ж самі стратегії використовує і ВІЛ-інфікована людина, але у неї ці стратегії мають свою особливість. Частіше вони використовують дистанціювання, втеча-уникнення і конфронтаційний копінг і мають дефіцит у таких стратегіях, як планування вирішення проблем, позитивна переоцінка,

пошук соціальної підтримки, самоконтроль, прийняття відповідальності, спрямованих на пошук підтримки, регуляції своїх почуттів, визнання своєї ролі та відповідальності у вирішенні проблеми [22].

Стратегія конфронтації дає нам розуміння про наявність агресивних тенденцій. Вона може бути спрямована на те, щоб зменшити значущість та відсторонитися від ситуації, а також на те, щоб змінити її. Такий механізм подолання стресу є вкрай дезадаптовним для ВІЛ-інфікованих та передбачає наявність ворожості і готовності до ризику. Такі виражені спотворювальні захисні механізми (заперечення, фальсифікація сприйняття реальності), призводить до формування пасивних копінг-стратегій, що дезадаптують людину і змушують тікати від розв'язання проблеми.

Для того, щоб пацієнт з ВІЛ-інфекцією міг успішно функціонувати в різних соціальних сферах, треба навчити його адекватних механізмів реагування на стрес та подолання його. Це можна зробити на індивідуальних та групових тренінгових психотерапевтичних програмах, де він навчиться долати складні життєві ситуації і зможе закріпити позитивний досвід розв'язання проблем, що сприяє соціальному відновленню пацієнта.

У дослідженнях було виявлено, що чоловіки поведуться більш особливо ніж жінки. Вони більше приховують свою тривогу за майбутнє життя, свою невпевненість, нехтують рекомендаціями лікарів, байдуже ставляться до власного здоров'я та мають надмірну агресивність та пригніченість. Також чоловіки частіше приховують факт інфікування від своїх статевих партнерів. Нехтують засобами захисту від інфекцій, які передаються статевим шляхом. Така поведінка несе загрозу представникам обох статей, але жінки уразливіші внаслідок фізіологічних особливостей.

Також однією з особливостей психічного стану ВІЛ-інфікованих є порушення сексуальної реалізації в парах, де тільки один партнер має позитивний статус. У гетеросексуальної пари провідна деструктивна роль належить викривленню партнерських відносин та соматичним наслідкам інфікування ВІЛ.

У гомосексуальних парах проблеми є надскладними. Там є внутрішньо особистісний конфлікт, обумовлений стигматизованою сексуальною ідентичністю, амбівалентністю самоідентифікації та посилений фактом інфікування як наслідку особливостей психосексуальної орієнтації.

Після проведення сучасних досліджень, було з'ясовано, що у ВІЛ-інфікованих осіб частіше виникають прояви психічних захворювань, ніж в інших людей [13, 15, 16]. Це пов'язано з тим, як людина реагує на хворобу, та з тим, що усе життя необхідно приймати ліки та дотримуватись режиму лікування.

Виділяють два типи розладів: психотичні та не психотичні. Перший тип розладів пов'язують з реакцією на факт захворювання, що виникає як результат ураження головного мозку, при приєднанні супутніх захворювань (токсоплазмоз, менінгіт, енцефаліт). Не психотичний тип розладу можна поділити на три основні групи [13], [15], [16], [17]: психогенно-реактивними, екзогенно-органічними, особистісними.

Під час стресу та особистісної реакції на діагноз, людина стикається з дискримінацією та стигматизацією і все це в купі може проявитися [11], [12], [13], [14], [15]: афективними розладами: 1) депресивний синдром; 2) маніакальний синдром; невротичними розладами: 1) конверсійні розлади; 2) іпохондричний синдром; 3) сенестопатичний синдром; 4) астеноневротичний синдром; 5) тривожні розлади.

Також деякі ВІЛ-інфіковані відчувають само стигматизацію. До поведінкових проявів внутрішньої стигматизації відносять [8], [18], [20], [22], [27]: власну провину, знижену самооцінку, сором, звинувачує інших, відчуває необхідність покарання, бажання вчинити самогубство. Це приводить до депресії, що спостерігаються у 15–40 % пацієнтів.

Робимо висновок: стигма, дискримінація та само стигма психологічно впливають на свідомість людей, тому викликають депресію, відчай та знижену самооцінку.

Вірогідність розвитку депресивного розладу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів у два рази вища, ніж у загальній популяції [19], [20]. Депресивні розлади разом з

проблемами, які виникають внаслідок хвороби супроводжуються зниженою самоцінністю, безнадією, безсиллям. І в такий час людина перекладає відповідальність за своє життя на ВІЛ [20].

Також ми бачимо поведінкові порушення ускладнені патологічною тривогою, а це у свою чергу впливає на якість життя людини у всіх сферах її життя [21]. 70 % ВІЛ-інфікованих мають особистісну тривожність, що впливає на сприйняття оточення та підвищує ризик розвитку тривожних станів [22].

Привертає до себе увагу і саморуйнівна (аутоагресивна) поведінка хворої людини. Таку поведінку пов'язують із соматичною патологією [23], [24]. Також присутня і суїцидальна поведінка яка пов'язана не тільки з депресивним станом [12], [25], а із порушенням сну та тривожними розладами, опортуністичні захворювання, тяжкість соматичного стану та ВІЛ-асоціативна деменція [25], [26]. Схильність до суїциду у ВІЛ-інфікованих у 7,4 раза вище, ніж серед інших груп населення. Пік суїцидальних намірів і спроб припадає приблизно на період через 1-2 роки після постановки діагнозу ВІЛ-інфекції [16].

Важливо зауважити, що в соціально-психологічному ракурсі ВІЛ-інфекцію характеризують як патологію поведінки, оскільки у більшості випадків доведений чіткий взаємозв'язок між хворобою та поведінкою [27].

Проведені дослідження, направлені на виявлення соціально-психологічних особливостей ВІЛ-інфікованих. Були виявлені наступні особливості: соціальна пасивність, замкнутість, конфліктність, агресивність, необґрунтовані лідерські устремління, високий рівень особистісної та ситуаційної тривожності, переймання недостатньої цінності власної особистості.

Ще одну групу складають споживачі ін'єкційних наркотиків, яка все ще залишається найбільш вразливою як середовище, де активно розповсюджується ВІЛ. Це підтримує розвиток епідемії і не дозволяє взяти її під повний контроль [6].

Серед цієї групи у 35-50 % діагностують супутні психічні розлади. Перше місце посідають депресивні синдроми, які можуть бути проявом маніакально-депресивного психозу, або спричинені синдромом відміни наркотиків. На

другому місті тривожні розлади. Вони відчують тривогу, для якої начебто немає причин, фобії, obsесивні думки. На цьому тлі буває важко встановити продуктивний стосовно організації лікування контакт [30].

Ці особливості наркозалежних з ВІЛ формують специфічні поведінкові порушення, що мають деструктивні тенденції та проявляються широким спектром: вербальною та фізичною агресією, стереотипізацією, ригідністю, неадекватністю соціальних оцінок, скоєнням протиправних, кримінальних дій, саморуйнівною поведінкою, ворожістю до оточення.

Отже, інфікування ВІЛ є важкою психологічною травмою, тому, що супроводжується страхом стигматизації (вилучення особистості з широкого соціального визнання) і подальшої дискримінації (обмеження прав і обов'язків), що призводить до дезадаптації, що, у свою чергу, може супроводжуватись девіантною поведінкою.

У ВІЛ-інфікованих формуються поведінкові порушення які виникли в результаті наявності деструктивного рівня тривоги та порушення вольового процесу. Сам факт інфікування накладає відбиток на всі сфери життя людини і вчасна допомога є важливим фактором у розвитку, лікуванні та прийнятті хвороби пацієнтом.

Є певні особливості емоційного стану ВІЛ-інфікованих осіб, і це прямо залежить від багатьох чинників: ставлення до себе, ставлення до хвороби, ставлення до ситуації, яка виникла у зв'язку з хворобою, ставлення оточуючих до цієї людини.

Але ми можемо виділити основні етапи захворювання. І на кожному з цих ступенів прийняття хвороби емоційний стан змінюється і кожній ступені притаманні свої емоції. Таких **основних етапів п'ять** (Є. П. Пурик).

Перший етап – криза.

Під час встановлення діагнозу пацієнт відчуває емоційний параліч, розгубленість. Проявляється це як емоційний шок, відчай, заціпеніння, мовчання, відстороненість. Жінки найчастіше починають плакати. З'являється страх смерті, страх за своє життя, страх за життя родини, дітей, страх втратити роботу, страх

розголосу діагнозу і т. ін. Відбувається усамітнення та рвуться соціальні зв'язки. Наростає стрес та напруження. Як ніколи потрібна допомога психолога (кризове консультування).

Другий етап – заперечення:

Потім людина починає заперечувати факт інфікування, починає запитувати: «Як це могло статися зі мною», «Чому я?», «Я тільки проходив медичну комісію на роботі та нічого не виявили!». Вмикаються захисні механізми – втеча від проблеми і вигляд, що її не існує. Потім може з'явитися озлобленість у вигляді руйнівної поведінки (зловживання алкоголем, наркотиками, беззахисні полові контакти) і як слідство, з'являється бажання завдати шкоди собі чи винуватцю інфікування. Знижується оцінка сприйняття себе як особистості. Приблизно 80-90 % людей знаходять сили прийняти діагноз і розпочати лікування, 10-20 % відсотків залишаються на стадії заперечення і приймають діагноз, коли вже запізно.

Третій етап – торги:

Більша й основна частина пацієнтів минає цей етап і переходить у четвертий. Деякі починають торгуватися: «Я почну вести здоровий спосіб життя, залишу шкідливі звички, зміню раціон харчування, займусь спортом і у мене все буде добре». Або «Я добре почуваюся і може це помилка? Хочу перездати аналізи у платній лабораторії». На цьому етапі у ВІЛ-інфікованого з'являється надія на краще, поліпшується настрій. І деякі пацієнти надовго залишаються на цьому етапі та експериментують зі своїм здоров'ям (народна медицина, п'явки і т. ін.).

Четвертий етап – адаптація:

Через деякий час після отримання позитивного результату настає четвертий етап. Людина намагається адаптуватися до нового життя. Відбувається переоцінка цінностей та сенсу існування. Потрібно знайти мотивацію для життя та перебудувати соціальні зв'язки, розповісти партнеру про факт інфікування, можливо розповісти близьким. Пацієнти під час розповіді відчують сором за те, що з ними сталося (найчастіше жінки: «Я ж не повія»), переживають відчуття горя, провини. Все це супроводжується гнівом, тривожністю, депресією. Можуть

виникнути суїцидальні думки та вчинки. У деяких пацієнтів спостерігається іпохондрія – надмірна стурбованість станом свого здоров'я.

П'ятий етап – прийняття, примирення:

Під час цього періоду, пацієнт вже деякий проміжок часу живе з хворобою і володіє більшою інформацією. Він бачить, що близькі люди не відмовились від нього і це прийняття дуже важливе для пацієнта, це змінює ставлення до себе. Відновлює перервані на першому етапі соціальні зв'язки, конструктивно бере участь у діяльності, бачить, що життя не вийшло зі звичного річища, окрім візитів до лікаря та приймання АРТ-препаратів. Людина знайомиться з іншими ВІЛ-інфікованими пацієнтами й це дає насагу продовжувати лікування. У цей час людина «розморожується», починає відчувати, посміхатись, з'являється надія та бажання жити, насолоджуватись життям.

Окремо виділяємо пацієнтів, у яких на фоні імунодефіциту приєднались опортуністичні інфекції та вони мають дуже тяжкий стан захворювання. Вони поділяються на тих, хто має шанс на одужання і тих, хто ні, тобто **підготовка до смерті**. У роботах В. В. Беляєвої дано аналіз психологічних проблем у пацієнтів, які мають порушення роботи ЦНС в результаті ушкодження головного мозку. Через це вони не можуть оцінити важкість свого стану. Ця категорія пацієнтів, як правило не потребує психологічної допомоги. Такі пацієнти (особливо жінки) мають сподівання на покращення стану свого здоров'я і відмовляються обговорювати цю проблему. Невелику кількість складають люди, які відчувають болісні переживання з приводу швидкої смерті та найбільше потребують психологічної підтримки. Відчувають страх, біль, відчай, злість, безвихідь.

Висновки до першого розділу

Встановили, що діагноз ВІЛ – інфекція стає причиною, що запускає появу стресу. Виникнення і переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних чинників, від особливостей самої людини в оцінюванні

ситуації. Усе, що може порушити звичний перебіг життя, може стати причиною стресу або стресором.

Вибір копінг – стратегій залежить від багатьох факторів, а саме: емоційний стан людини, середовище та сім'я де зростала особистість, самооцінка, здатність керувати власним життям, брати за неї відповідальність (внутрішній локус контролю), уміння спілкуватися з іншими, соціальні компетенції, готовність бути з людьми (приналежність), здатність співчувати іншим, проживати з ними певну частину життя, накопичуючи власний досвід (емпатія), позиція до життя, смерть, любов, самотність, віра, духовність людини, віра у Бога.

Виділили три критичні періоди (на думку В. В. Покровського, Т. Н. Єрмак, В. В. Беляєвої і співавторів), які є найбільш небезпечними стосовно розвитку соціально-психологічної дезадаптації, пов'язані з діагнозом ВІЛ-інфекція. Перший критичний період відбувається після встановлення діагнозу, другий період, це приєднання супутніх захворювань після того, як стан був задовільний і пацієнт вже розпочав лікування ВІЛ і третій відносимо до моменту, коли захворювання переходить у термінальну стадію.

У перший період характерним є надмірно важкий стрес, тривога (розголошення діагнозу, неможливість щось змінити, необхідність розголосу інтимного життя), страх (смерті, зараження близьких), суїцидальні думки, пригніченість. Психологічна допомога у цей час має бути направлена на подолання деструктивної поведінки, пошуку мотивацій для подальшого життя у цілях запобігання самогубству.

У другий період характерні рентні установки. Людина може втратити роботу через самопочуття, бути госпіталізованою до лікарні, мати складнощі з оформленням групи інвалідності, зловживання алкоголем. Під час довготривалої госпіталізації пацієнт не має можливості самостійно приймати рішення, працювати, обмежений у спілкуванні, не отримує достатньо інформації про свій стан, має психологічні конфлікти та соціальну дезадаптацію. Все це призводить до розвитку психосоціальних розладів у вигляді так званого госпіталізму. Проявляється втратою себе, як особистості, не має ініціативи, є надмірно

покірним і піддатливим, відсутність планів на майбутнє, обезцінення індивідуальних особливостей. Тому цей період теж дуже є важливим соціально-психологічний супровід.

І третій критичний період – коли людина усвідомлює кінець життя і відчуває страх, біль, відчай, безсилля.

Вище перераховані особливості людей з ВІЛ формують специфічні поведінкові порушення, що мають деструктивні тенденції та проявляються широким спектром: стереотипізацією, вербальною та фізичною агресією, ригідністю, скоєнням протиправних, кримінальних дій, саморуйнівною поведінкою, ворожістю до оточення (Б. Любан-Площа і співавт.).

Я вважаю обов'язковим надання психологічної допомоги для ВІЛ-інфікованих на всіх стадіях захворювання спеціалістами, обізнаними у цій сфері.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ВЗАЄМОДІЇ КОПІНГ ПОВЕДІНКИ З ЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ ВІЛ ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

2.1 Організація та методи досліджень ВІЛ-інфікованих осіб

Дослідження емоційних станів ВІЛ-інфікованих проходило з 01.03.2022 по 30.05.2022 на базі Миколаївської лікарні N 5, кабінет "Довіри", який знаходиться за адресою: м. Миколаїв, вулиця Самойловича 25.

Дослідження проходило у три етапи:

1. Відбір та узгодження методик, які будуть використані під час проведення дослідження.
2. Проведення самого дослідження, опитування учасників.
3. Обробка результатів, висновки.

Оскільки у рамках цієї праці треба було дослідити емоційний стан пацієнтів та копінг – поведінку під час встановлення діагнозу, то були протестовані пацієнти, які потрапили до лікарні у цей момент.

Така людина, зразу після отримання позитивного результату, супроводжується до кабінету «Довіри». На місці є соціальний працівник, який надає соціально-психологічну підтримку. Проводить оцінку потреби, надає інформацію про ВІЛ. Дає людині змогу і час оговтатись. Після поліпшення стану, пацієнтам пропонували прийняти участь у дослідженнях. Надавались бланки опитувальників і суб'єкт заповнював їх. Було опитано всього двадцять шість пацієнтів, з яких тринадцять чоловіків та тринадцять жінок. Дослідження проходило в окремому кабінеті за ширмою, щоб пацієнт міг відчувати себе захищеним. Стіл знаходиться біля вікна, тому у кабінеті добре освітлення та затишно.

Для чистоти результату дослідження, я взяла ще одну групу, яка не є ВІЛ-інфікованими. Цю групу теж склали двадцять шість людей: тринадцять чоловіків

та тринадцять жінок, але вони працівники медичного закладу (лікарі, середній медичний персонал та молодший персонал).

З метою дослідження емоційного стану ВІЛ-Інфікованих осіб та копінг – стратегій у роботі використовувалася низка методів для забезпечення об'єктивності дослідження:

1. Метод теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження;
2. Метод наукового спостереження;
3. Метод психодіагностичного обстеження;
4. Методи інтерв'ю та бесіди з пацієнтом закладу;
5. Метод порівняльного аналізу й узагальнення отриманих результатів;
6. Метод математичної статистики.

Метод теоретичного аналізу містить в собі вивчення робіт з цієї теми, вивчення результатів дослідження, узагальнення та підсумки.

Метод наукового спостереження був використаний і включав спостереження під час консультування (1-1,5 години) за поведінкою людини, її рухами, жестами, емоціями. Далі, це телефонні консультування, обговорення тих питань, які тривожать пацієнта та висновки цього спостереження.

Метод психодіагностичного обстеження включав саме методики які були використані:

1. Методика САН розроблена В.А. Доскіним, Н.А. Лаврентьєвою, В.Б. Шарай і М. П. Мірошниковим.
2. Методика самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна.
3. Методика «Індикатор копінг-поведінки» Дж. Амерхана.

Методи інтерв'ю та бесіди з пацієнтом закладу використовувались під час бесіди та консультації людини.

Метод порівняльного аналізу й узагальнення отриманих результатів включає саме результати досліджень та їх обробку.

Метод математичної статистики (метод варіаційного аналізу, вірогідність визначалася за t-критерієм Стьюдента). При математичній обробці отриманих

результатів використовувався метод варіаційного аналізу. Для перевірки вірогідності різниці середніх при аналізі кількісних даних в експериментальних групах ми використовували метод t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок, що відносять до параметричних методів [20], [48], [69]. Для аналізу вірогідності отриманих результатів ми застосували формулу:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

де M_1 - середня першої вибірки, M_2 - середня другої вибірки; m_1 - виправлення до середньої величини для першої вибірки; m_2 - виправлення до середньої величини для другої вибірки.

Метод математичної статистики реалізовано за допомогою комп'ютерної обробки результатів дослідження (програма SPSS).

Друга група досліджуваних (без ВІЛ-інфекції) була обрана випадковим методом. Працівникам лікарні було запропоновано пройти діагностику на робочих місцях.

Психодіагностичний інструментарій дослідження. Методика САН розроблена В.А. Доскіним, Н.А. Лаврентьєвою, В.Б. Шарай і М.П. Мірошниковим.

Методика САН знайшла широке застосування при визначенні психічного стану на момент обстеження [2], [3], [9], [10], психоемоційної реакції на навантаження(у нашому випадку діагноз ВІЛ-інфекція) та розроблена на основі того, що є три основні складові функціонального психоемоційного стану – самопочуття, настрої, активність.

Ці три складові прямо пов'язані між собою. Від того, як почуває себе людина залежить і настрої, і активність. Не можливо бути активним і погано себе почувати. Також не можливо бути у піднесеному настрої, коли в тебе щось болить і це не тільки про тіло, але і про емоції, психологічний та емоційний стан людини.

САН являє собою таблицю, яка має тридцять пар протилежних значень, які відбивають психоемоційний стан (самопочуття, активність, настрої). Кожному стану відповідає десять пар слів з протилежним значенням.

Пацієнту пропонують оцінити, як він почувається зараз. Треба у кожній парі вибрати ту характеристику, яка найбільш точно описує стан людини і підкреслити цифру, яка відповідає силі проявів характеристики.

Обробка даних методики САН.

Під час розрахунку балів оцінюємо крайній ступінь вираженості негативного полюса в 1 бал, а крайній ступінь вираженості позитивного полюса в 7 балів.

Самопочуття – сума балів шкали: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність – сума балів шкали: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій - сума балів шкали: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Потім результати, що ми отримали слід поділити на 10. Середній бал шкали - 4. Оцінки, що перевищують 4 бали, свідчать, що досліджений має сприятливий стан, якщо бали нижче 4, то це говорить про несприятливий стан. Більш - менш адекватні оцінки стану розташовуються в діапазоні 5,0 - 5,5 балів. Слід враховувати, що в аналізі важливі не тільки значення окремих показників, але і те, як вони співвідносяться.

Методика самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна. Вона була розроблена для оцінки рівня тривоги та тривожності [3], [6], [9], [10]. Ч. Д. Спілбергер, згідно з його концепцією, розрізняє тривожність, як властивість особистості та тривогу, як стан. Тривога, це реакція людини на ситуацію, яка їй загрожує, будь то реальність або уявна. Тривожність, це психологічна особливість людини, яка має підвищену здатність відчувати занепокоєння навіть в тій ситуації, де їй нічого не загрожує.

З точки зору автора можна виміряти різницю між цими двома видами психічних проявів (стан тривоги A-state, тривога як риса особистості A-trait).

У теорії Ч. Д. Спілбергера розуміння тривоги має наступні положення:

1. Тривогу викликають ситуації, які несуть реальну загрозу або багато-значущі для людини. Тривога відчувається, як неприємний емоційний стан різної сили.

2. Сила тривоги напряму залежить від сили загрози людині і від цього залежить інтенсивність та час тривоги.

3. Тривога супроводжується змінами у поведінці людини або мобілізує захисні механізми. А багато раз повторювальна стресова ситуація приводить до виникнення типових захисних реакцій.

Концепція Ч. Д. Спілбергера формувалась на базі психоаналізу. Тривожність як риса, на його думку, формується на ранніх етапах розвитку дитини у відносинах з батьками, а також з ситуацій, які привели до фіксації страхів у дитячому віці.

Шкала Спілбергера-Ханіна є надійним засобом оцінки рівня тривожності на даний час (реактивна тривожність як стан або ситуативна тривожність) і особистісної тривожності (тривога як риса особистості).

Ситуативна тривожність, на думку Ч. Д. Спілбергера, виникає як реакція на різні соціально-психологічні стресори.

Для такої реакції є характерними напруга, нервозність, занепокоєння. Висока реактивна тривожність викликає порушення уваги та тонкої координації. Особистісна тривожність є характерною рисою сприйняття будь якої ситуації, як загрозна. Високий рівень особистісної тривожності відбиває невротичний конфлікт з невротичними та емоційними зривами й психосоматичними захворюваннями.

Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна складається з двох частин по двадцять тверджень. Перша, це шкала ситуативної тривожності (СТ) з 1-20 питань. Друга шкала особистісної тривожності (ОТ) з 21 – 40 питань.

Пацієнт повинен відповісти на кожне питання і підкреслити ту цифру, яка відповідає інтенсивності його відчуття. Кожне питання має чотири варіанти відповіді.

Результати оцінюються зазвичай в градаціях: до 30 балів – низький рівень тривожності; 31-45 – середній рівень тривожності; 46 і більше – високий рівень тривожності. Результати обробляються за ключем поданим у таблиці 2.2

Таблиця 2.2

Ключ до результатів дослідження за методикою Спілбергера-Ханіна

Ситуативна тривожність				Особистісна тривожність						
N питання	відповідь			N питання	відповідь					
	1	2	3 4		питання	1	2 3 4			
1	4	3	2 1	11	4	2 3 1	21	4 3 2 1	31	1 2 3 4
2	4	3	2 1	12	1	2 3 4	22	1 2 3 4	32	1 2 3 4
3	1	2	3 4	13	1	2 3 4	23	4 3 2 1	33	1 2 3 4
4	1	2	3 4	14	1	2 3 4	24	1 2 3 4	34	1 2 3 4
5	4	3	2 1	15	4	3 2 1	25	1 2 3 4	35	1 2 3 4
6	1	2	3 4	16	4	3 2 1	26	4 3 2 1	36	4 3 2 1
7	1	2	3 4	17	1	2 3 4	27	4 3 2 1	37	1 2 3 4
8	4	3	2 1	18	1	2 3 4	28	1 2 3 4	38	1 2 3 4
9	1	2	3 4	19	4	3 2 1	29	1 2 3 4	39	4 3 2 1
10	4	3	2 1	20	4	3 2 1	30	4 3 2 1	40	1 2 3 4
Сумма СТ =				Сумма ОТ =						

Отже, як видно з таблиці, іспитуємий повинен визначити свої відчуття за силою виявлення цих почуттів на даний момент і оцінити від одного до чотирьох.

3. Методика Індикатор копінг-стратегій, CSI (Амірхан)

В інституті ім. В. М. Бехтерева, в психоневрологічному науково-дослідному, ця методика була адаптована Д. Амірханом. На кожен стрес людина має копінг-відповідь. На основі цих відповідей за допомогою факторного аналізу, Д. Амірхан розробив індикатор копінг-стратегій. Було проаналізовано і виділено три основних копінг-стратегії: уникнення, пошук соціальної підтримки та вирішення проблем. Це ті стратегії, які найчастіше людина обирає у відповідь на стрес і

вирішення ситуації. У дослідженні базисних стратегій поведінки, цю методику вважають найбільш вдалою. Поведінкові стратегії формуються у людини протягом всього життя – це і є головною ідеєю цього опитувальника.

Питання методики діляться на три великі групи:

Стратегія вирішення проблем – це активна життєва позиція людини. Активний пошук ресурсів для ефективного вирішення проблеми.

Стратегія пошуку соціальної підтримки — це також активна життєва позиція, при якій людина шукає допомогу та підтримку навколо себе: близькі, родина, інші значимі, для ефективного подолання ситуації та вирішення проблеми.

Стратегія уникнення – це пасивна життєва позиція під час якої, людина намагається уникнути відповідальності за рішення, робить вигляд, що нічого не сталося, не звертається за допомогою.

Методика складається з 33 питань і пропонується три варіанта відповіді. Треба обрати ту, яка найближче описує ваш стан. На бланку представлено декілька можливих шляхів подолання проблем, неприємностей. Ознайомившись з твердженнями, Ви зможете визначити, які із запропонованих варіантів зазвичай Вами використовуються.

Оцінка результатів:

Вирішення проблем: 11-16 балів - дуже низька; 17-21 бал - низька; 22-30 балів - середнє; 31 і вище - висока.

Пошук соціальної підтримки: нижче 13 балів - дуже низький; 14-18 балів - низький; 19-28 балів - середній; 29 і більше балів - високий.

Уникання проблем: 11-15 балів - дуже низька; 16-23 бали - низька; 24-26 балів - середнє; 27 і більше балів - висока.

Ключ

Шкала «дозвіл проблем» - відповіді «так» по пунктах 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20,29,30.

Шкала «пошук соціальної підтримки» - відповіді «так» по пунктах 1, 5,7,12,14,19,23,24,25,31,32.

Шкала «уникнення проблем» - відповіді «так» по пунктах 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30.

4. Метод математичної статистики:

Метод математичної статистики (метод варіаційного аналізу, вірогідність визначалася за t-критерієм Стьюдента). При математичній обробці отриманих результатів використовувався метод варіаційного аналізу. Для перевірки вірогідності різниці середніх при аналізі кількісних даних в експериментальних групах ми використовували метод t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок, що відносять до параметричних методів [20], [99], [102]. Для аналізу вірогідності отриманих результатів ми застосували формулу:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

де M_1 - середня першої вибірки, M_2 - середня другої вибірки; m_1 - виправлення до середньої величини для першої вибірки; m_2 - виправлення до середньої величини для другої вибірки.

Метод математичної статистики реалізовано за допомогою комп'ютерної обробки результатів дослідження (програма SPSS).

Отже, за цими методиками проведено дослідження і після обробки результатів я порівняю обидві групи за наступними критеріями:

1. Різниця між емоційними станами чоловіків та жінок, які мають ВІЛ-інфекцію.
2. Різниця між емоційними станами чоловіків та жінок, які не мають ВІЛ-інфекції.
3. Різниця між емоційними станами чоловіків з першої та другої групи.
4. Різниця між емоційними станами жінок з першої та другої групи.
5. Залежність вибору копінг-поведінки від емоційного стану першої групи.
6. Залежність вибору копінг-поведінки від емоційного стану другої групи.

Отже, дані методики дозволять оцінити емоційний стан ВІЛ-інфікованих осіб, визначити копінг-поведінку, це надасть підґрунтя для дослідження взаємозв'язку копінг-поведінки від емоційних станів ВІЛ-інфікованих осіб.

2.2 Результати досліджень емоційних станів ВІЛ-інфікованих осіб

За результатами дослідження методикою САН ми отримали результати експериментальної групи, подані у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати досліджень експериментальної групи за методикою САН

N	Чоловіки	Самопочуття	Активність	Настрій
1	Миколай О.	4,9	4,7	6,1
2	Олександр П.	3,3	5,2	4,0
3	Сергій М.	4,4	4	5,2
4	Сергій А.	1,2	1	2,4
5	Сергій К.	4,3	4,1	2,4
6	Євген П.	1,6	2,9	2,7
	Середній бал	4	4,4	4,6
	Жінки			
1	Ірина Т.	3	3,9	1,9
2	Світлана Б.	2,4	2,1	3,1
3	Олена С.	4,6	4,6	3,3
4	Сюзанна А.	2,3	2,7	1,5
5	Олена К.	2,7	3,2	2,2
6	Тетяна К.	4	4,7	2,9
	Середній бал	3,2	3,5	2,5

Як видно з результатів таблиці 2.1 у чоловіків експериментальної групи активність, самопочуття та настрої в задовільній формі. У жінок за шкалами самопочуття, активність, настрої ми маємо результати нижче норми.

Наступна таблиця 2.2. містить результати дослідження за методикою САН контрольної групи:

Таблиця 2.2

Результати досліджень контрольної групи за методикою САН

N	Чоловіки	Самопочуття	Активність	Настрої
1	Олег А.	6,3	6,0	5,3
2	Олексій Б.	6,6	6,2	6
3	Генадій Д.	5,9	5,9	6,5
4	Василь Ц.	5,6	5,1	5,8
5	Валентин Ш.	6,4	6,8	6,1
6	Андрій В.	6,1	5,1	5,6
	Середній бал	6,2	5,9	5,9
	Жінки			
1	Тетяна А	6,2	5,7	6,7
2	Вікторія Я.	4,9	4	6
3	Валентина К.	5,6	4,3	5,9
4	Марина І.	6	6,3	6,4
5	Вікторія К.	5,7	6,6	6,4
6	Людмила Д.	3,5	4,7	4,3
	Середній бал	5,3	5,3	6

Як видно з результатів таблиці 2.2 чоловіки контрольної групи мають гарний настрої, активність та самопочуття. Так само і жінки контрольної групи мають гарний настрої, активність та самопочуття.

Отже, нормальні показники стану за цією методикою мають бути у діапазоні 5-5,5 балів. Середній бал шкали 4. Все, що вище 4, говорить про нормальний стан пацієнта.

Підведемо підсумки отриманих результатів. Як ми бачимо з цих двох таблиць, серед експериментальної групи пацієнтів, у жінок середній бал нижче чим у чоловіків і не дотягує до середнього балу шкали 4. Але у деяких чоловіків, якщо брати окремо кожного, є теж дуже низькі бали. Можемо пояснити це тим, що у 4 чоловіків з 6 було виявлено опортуністичне захворювання – туберкульоз і це значним чином вплинуло на самопочуття людини, а звідси й активність та настрій.

У одного пацієнта виявили ураження головного мозку і він мав дуже погане самопочуття, був загальмований, погано думав і не міг без допомоги заповнити бланк опитувальника.

Жінки виявились більш емоційними, але вони й в лікуванні більш відповідальні та більше розуміють і можуть оцінити наслідки хвороби.

У другій групі показники й чоловіків і жінок в межах норми, але у чоловіків вище. Такі результати можемо пояснити, що чоловіки, як описано вище, більш скритні й приховують свої емоції та почуття, а жінки більш емоційні та більше переймаються проблемами, які їх оточують.

Якщо порівняємо чоловіків обох груп, то побачимо, що емоційний стан не ВІЛ-інфікованих більш стабільний. Вони мають добрий настрій, активність і самопочуття. На чоловіків першої групи має вплив хвороба, що і відображається на самопочутті, активності та настрої.

Візьмемо жінок з обох груп. Жінки, які не мають ВІЛ-інфекції, мають результати у межах норми. Жінки з першої групи мають низький середній бал, що говорить про складність становища, здоров'я, невпевненості у майбутньому через хворобу і це відбивається на самопочутті, активності та настрої.

Будем враховувати, що не тільки фізичний стан має вплив, але і психологічний. Навіть маючи хворобу, людина може себе добре деякий час почувати й не мати супутніх захворювань. Та це лягає важким тягарем на

емоційне та психологічне світоприйняття, погляду на ситуацію. Під час встановлення діагнозу, людина сприймає ситуацію, як загрозу життю у всіх її сферах.

Відмінності між експериментальною та контрольною групами за методикою САН, представлені на рисунку 2.1.

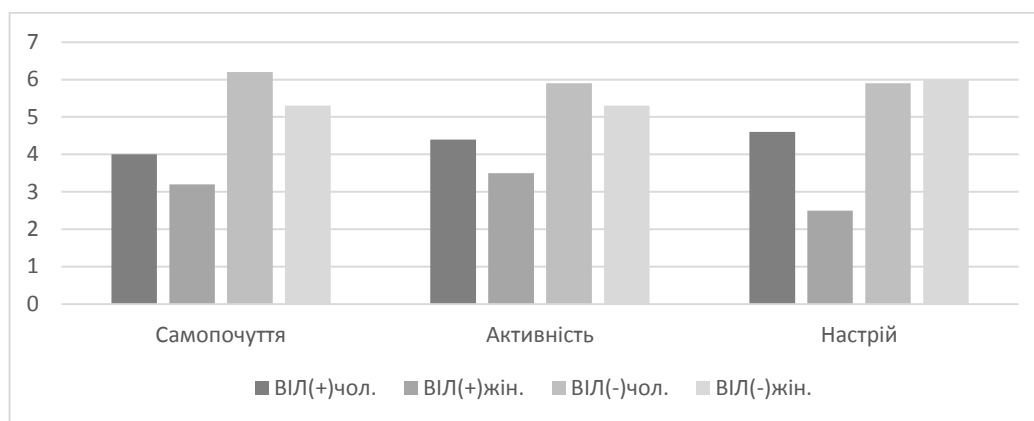


Рис. 2.1. Результати відмінностей експериментальної та контрольної групами за методикою САН.

Результати досліджень за методикою Спілберґера-Ханіна, експериментальної групи, подані у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати досліджень за методикою Спілберґера-Ханіна експериментальної групи

N	Чоловіки		Жінки			
	СТ	ОТ	СТ	ОТ		
1	Миколай О.	52	53	Ірина Т.	70	50
2	Олександр П.	71	57	Світлана Б.	56	63
3	Сергій М.	43	51	Олена С.	69	49
4	Сергій А.	69	52	Сюзанна А.	78	53

5	Сергій К.	64	40	Олена К.	68	46
6	Євген П.	66	42	Тетяна К.	69	38
	Середній бал	61	49	Середній бал	68	50

Як видно з результатів таблиці 2.3 і чоловіки, і жінки експериментальної групи мають підвищений рівень СТ (ситуативної тривожності) та підвищений рівень ОТ (особистісна тривожність).

Результати досліджень за методикою Спілбергера-Ханіна, контрольної групи, подані у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати досліджень за методикою Спілбергера-Ханіна контрольної групи

N	Чоловіки	СТ	ОТ	Жінки	СТ	ОТ
1	Олег А.	32	33	Тетяна А.	31	48
2	Олексій Б.	26	33	Вікторія Я.	40	55
3	Генадій Д.	24	27	Валентина К.	35	39
4	Василь Ц.	26	28	Марія І.	38	34
5	Валентин Ш.	34	32	Вікторія К.	30	33
6	Андрій Ц.	44	39	Людмила Д.	39	46
	Середній бал	31	32	Середній бал	36	43

Як видно з результатів таблиці 2.4 і чоловіки і жінки контрольної групи мають середній рівень тривожності за шкалою ОТ (особистісна тривожність) та шкалою СТ (ситуативна тривожність).

Інтерпретація результатів:

Шкала СТ (ситуативна тривожність)

Чоловіки експериментальної групи – середній бал 61;

Чоловіки контрольної групи – середній бал 31;

Жінки експериментальної групи – середній бал 68;

Жінки контрольної групи – середній бал 36;

Шкала ОТ (особистісна тривожність)

Чоловіки експериментальної групи – середній бал 49;

Чоловіки контрольної групи – середній бал 32;

Жінки експериментальної групи – середній бал 50;

Жінки контрольної групи - середній бал 43;

Отже, ні у чоловіків, ні у жінок з обох груп не виявлено низького рівня ситуативної тривожності.

Від 31-44 середній рівень тривожності мають чоловіки контрольної групи, а від 45 і далі ми бачимо високий рівень тривожності у чоловіків експериментальної групи. Це пояснюється тим, що у чоловіків ситуативна тривожність підвищена у момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція. Хоча чоловіки контрольної групи теж мають середній показник тривожності, але він все ж таки нижчий, чим у першої групи.

Усі досліджувані контрольної групи медичні працівники, які мають ситуації на роботі, що спричиняють тривогу.

У жінок експериментальної групи ми бачимо високий рівень тривожності, ніж у жінок контрольної групи. То теж можемо визначити, що встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція має не аби який вплив на ситуацію.

І у жінок і чоловіків з експериментальної групи СТ майже вдвічі більша ніж у жінок та чоловіків контрольної групи.

Результати відмінностей між експериментальною та контрольною групами за шкалою СТ (ситуативна тривожність), представлені на рисунку 2.2

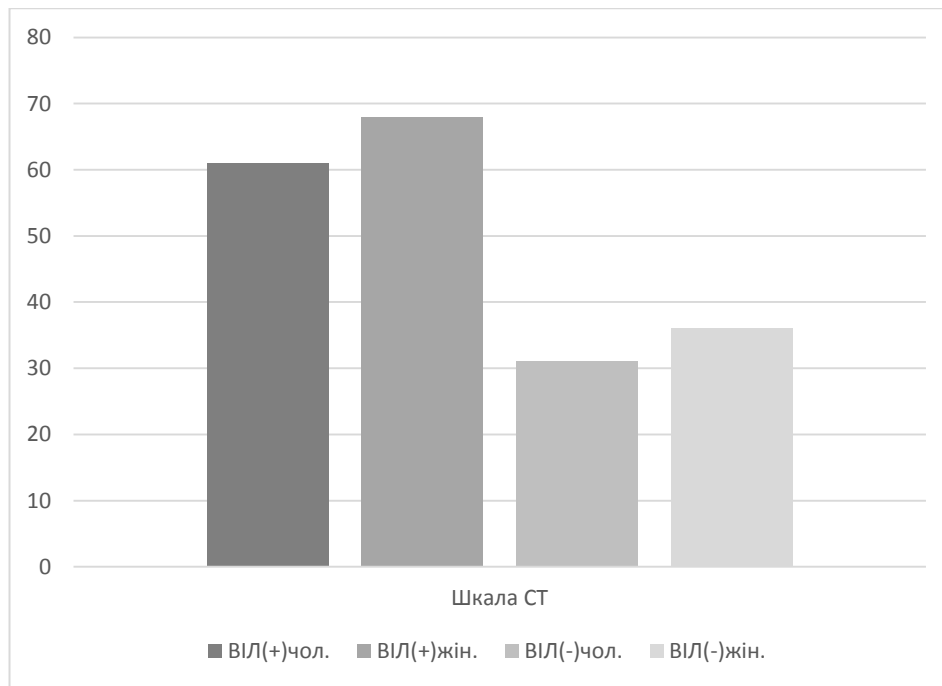


Рис. 2.2. Результати відмінностей між експериментальною та контрольною групами за методикою Спілбергера-Ханіна шкала СТ (ситуативна тривожність).

Друга шкала ОТ за результатами дослідження, теж не виявлено низького рівня тривожності. У чоловіків експериментальної групи – високий ступінь тривожності, у чоловіків контрольної групи – середній. У жінок експериментальної та контрольної групи бачимо високий рівень ОТ, хоча у жінок експериментальної групи вищі показники.

І знову ми бачимо що, у жінок і чоловіків з експериментальної групи рівень ОТ перевищує показники контрольної групи. Але цікаво те, що у жінок контрольної групи високий рівень ОТ і ми можемо роздивлятись це, як тривога індивідуальна психологічна особливість, відчуття занепокоєння у будь яких життєвих обставинах.

Для жінок експериментальної групи це не дивно, бо в момент встановлення діагнозу вони відчувають тривогу.

Результати відмінностей між експериментальною та контрольною групами за методикою ОТ (особистісна тривожність), зображені на рисунку 2.3

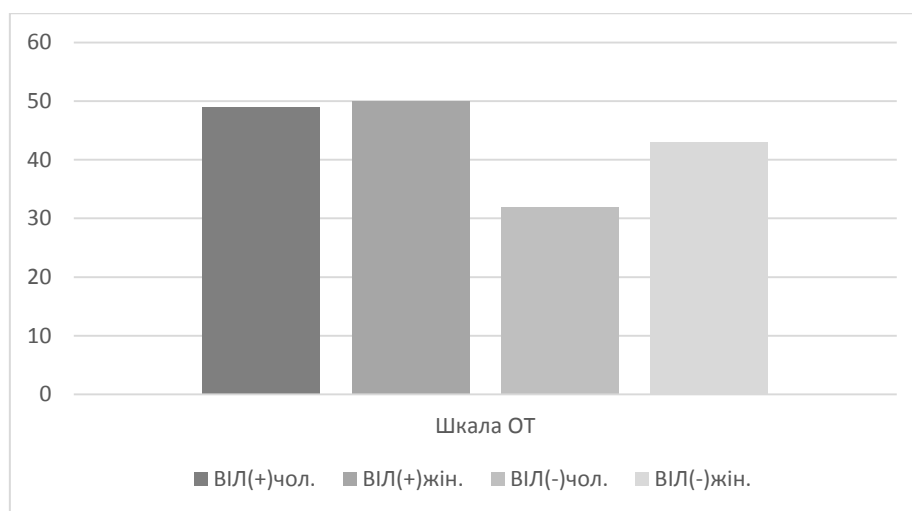


Рис. 2.3 Результати відмінностей між експериментальною та контрольною групами за шкалою ОТ(особистісна тривожність).

За результатами дослідження методикою «Індикатор копінг-поведінки» Дж. Амірхана, експериментальної групи, ми отримали результати подані у таблиці 2.5

Таблиця 2.5

Результати дослідження за методикою «Індикатор копінг-поведінки» Дж. Амірхана експериментальної групи

N	Чоловіки	Шкала вирішення проблем	Шкала пошук соціальної підтримки	Шкала уникнення проблеми
1	Миколай О.	28	13	18
2	Олександр П.	21	29	27
3	Сергій М.	31	25	19
4	Сергій А.	25	12	25
5	Сергій К.	32	19	23

Продовження таблиці 2.5

N	Чоловіки	Шкала вирішення проблем	Шкала пошук соціальної підтримки	Шкала уникнення проблеми
6	Євген П.	16	18	28
	Середній бал	22,8	19,3	23.3
№	Жінки	Шкала вирішення проблем	Шкала пошук соціальної підтримки	Шкала уникнення проблеми
1	Ірина Т.	31	22	16
2	Світлана Б.	21	29	25
3	Олена С.	28	22	23
4	Сюзанна А.	12	20	30
5	Олена К.	32	23	15
6	Тетяна К.	19	23	23
	Середній бал	23,8	23,1	22

Як видно з результатів таблиці 2.5 чоловіки експериментальної групи мають низький показник за шкалою «вирішення проблем», середній показник за шкалою «пошук соціальної підтримки» і високий показник за шкалою «уникнення проблем».

Жінки мають середній показник за шкалами «вирішення проблем» та «пошук соціальної підтримки» і низький рівень за шкалою «уникнення проблем».

За результатами дослідження методикою «Індикатор копінг-поведінки» Дж. Амірхана, контрольної групи, ми отримали результати подані у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Результати дослідження за методикою «Індикатор копінг-поведінки»

Дж. Амірхана контрольної групи

N	Чоловіки	Шкала вирішення проблем	Шкала пошук соціальної підтримки	Шкала уникнення проблеми
1	Олег А.	33	19	11
2	Олексій Б.	31	22	15
3	Генадій Д.	32	24	13
4	Василь Ц.	33	20	14
5	Валентин Ш.	30	21	14
6	Андрій Ц.	31	23	16
	Середній бал	31,6	21,5	13,8
N	Жінки	Шкала вирішення проблем	Шкала пошук соціальної підтримки	Шкала уникнення проблеми
1	Тетяна А.	32	22	14
2	Вікторія Я.	28	19	23
3	Валентина К.	31	20	17
4	Марія І.	31	21	16
5	Вікторія К.	32	23	15
6	Людмила Д.	30	24	15
	Середній бал	30,6	21,5	16,6

Як видно з результатів таблиці 2.5 чоловіки експериментальної групи мають високий показник за шкалою «вирішення проблем», середній показник за шкалою «пошук соціальної підтримки» і дуже низький показник за шкалою «уникнення проблем». Жінки мають середній показник за шкалами «вирішення проблем» та «пошук соціальної підтримки» і низький рівень за шкалою «уникнення проблем».

За результатами дослідження методикою «Індикатор копінг-поведінки» Дж. Амірхана, ми отримали наступні результати:

Шкала вирішення проблем:

Чоловіки ВІЧ (+) – середній бал 22,8;

Чоловіки ВІЧ (-) – середній бал 31,6;

Жінки ВІЧ (+) – середній бал 23,8;

Жінки ВІЧ (-) – середній бал 30,6;

За цією шкалою ми бачимо, що у чоловіків та жінок групи з ВІЧ-статусом середній рівень вирішення проблем. У другій групі високий рівень вирішення проблем і у чоловіків і у жінок.

Шкала пошук соціальної підтримки:

Чоловіки ВІЧ (+) – середній бал 19,3;

Чоловіки ВІЧ (-) – середній бал 21,5;

Жінки ВІЧ (+) – середній бал 23,1;

Жінки ВІЧ (-) – середній бал 21,5;

За цією шкалою ми бачимо, що у чоловіків та жінок групи з ВІЧ-статусом також середній рівень за шкалою пошук соціальної підтримки. У другій групі теж середній рівень за шкалою пошук соціальної підтримки і у чоловіків і у жінок.

Шкала уникнення проблем:

Чоловіки ВІЧ (+) – середній бал 23,3;

Чоловіки ВІЧ (-) – середній бал 13,8;

Жінки ВІЧ (+) – середній бал 22;

Жінки ВІЧ (-) – середній бал 16,6;

За цією шкалою ми бачимо, що у чоловіків та жінок групи з ВІЧ-статусом низький рівень, але наближається до середнього, У другій групі у чоловіків дуже низький рівень уникнення проблем, у жінок низький рівень уникнення проблем.

Результати відмінностей між експериментальною та контрольною групою за методикою Дж. Амірхана, зображені на рисунку 2.4

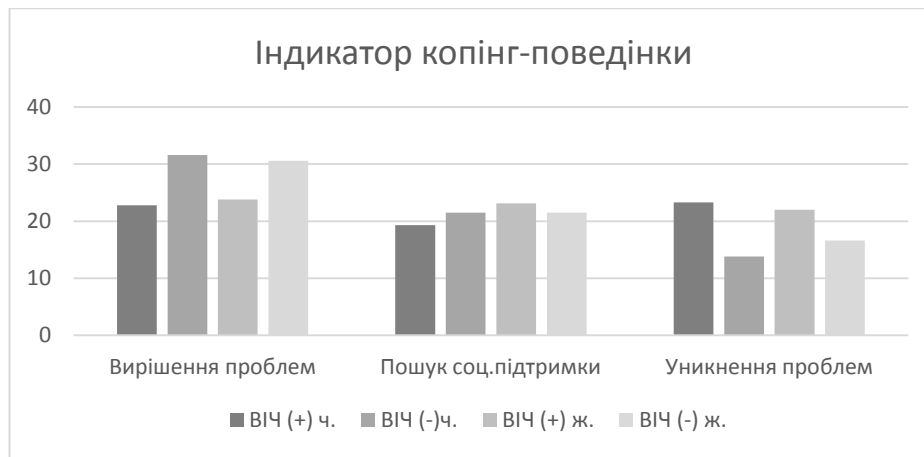


Рис. 2.4. Результати відмінностей між експериментальною та контрольною групами за методикою «Індикатор копінг-поведінки» Дж. Амерхана.

Метод математичної статистики (метод варіаційного аналізу, вірогідність визначалася за t-критерієм Стюдента). При математичній обробці отриманих результатів використовувався метод варіаційного аналізу. Для перевірки вірогідності різниці середніх при аналізі кількісних даних в експериментальних групах ми використовували метод t-критерію Стюдента для незалежних вибірок, що відносять до параметричних методів [20], [99], [102]. Для аналізу вірогідності отриманих результатів ми застосували формулу:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

де M_1 - середня першої вибірки, M_2 - середня другої вибірки; m_1 - виправлення до середньої величини для першої вибірки; m_2 - виправлення до середньої величини для другої вибірки.

Метод математичної статистики реалізовано за допомогою комп'ютерної обробки результатів дослідження (програма SPSS).

Кореляційний аналіз копінг-стратегій з емоційними станами дав можливість виявити їх статистично значущий зв'язок у групі досліджуваних з ВІЛ-інфекцією.

Проаналізуємо виявлені кореляційні зв'язки між окремими параметрами емоційних станів та показниками копінг-стратегій (див.табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Значущі взаємозв'язки між емоційними станами
та копінг-стратегіями**

Стратегії копінг-поведінки	Методика САН						Методика Спілбергера-Ханіна				
	Чоловіки			Жінки			Чоловіки		Жінки		
	Самопочуття	Активність	Настрій	Самопочуття	Активність	Настрій	СТ	ОТ	СТ	ОТ	
Вирішення проблеми		0,25***			0,28***						
Пошук соціальної підтримки			-0,24*				0,22**		0,25*		
Уникнення проблеми	-0,27*							0,28*			0,26*

Примітка: тут і далі в таблицях:

- 1) нулі і коми опущені;
- 2) умовні позначення: *** — $p < 0,001$; ** — $p < 0,01$; * — $p < 0,05$.

За отриманими даними можна зробити висновок, що статистично значущий зв'язок на високому рівні достовірності виявлений між копінг-стратегією «вирішення проблеми» та емоційним станом «активність» як у чоловіків – 0,25 ($p < 0,001$), так і у жінок 0,28 ($p < 0,001$); на середньому рівні між стратегією «пошук соціальної підтримки» та «ситуаційною тривожністю» у чоловіків – 0,22 ($p < 0,01$); на низькому між стратегією «пошук соціальної підтримки» та «ситуаційною тривожністю» у жінок – 0,25 ($p < 0,05$), між стратегією «уникання проблем» та

«ситуаційною тривожністю» у чоловіків – 0,28 ($p < 0,05$) та жінок – 0,26 ($p < 0,05$).

Тобто, емоційний стан «активність» пов'язаний з використанням поведінкової стратегії «вирішення проблем» й чим вище активність, тим більш інтенсивно використовується стратегія «вирішення проблем». В свою чергу, активне використання стратегії «вирішення проблем» пов'язане з емоційним станом «активність», що зрозуміло та підтверджується кореляційним аналізом результатів.

Таким же чином можемо прокоментувати всі позитивні кореляційні зв'язки «пошуку соціальної підтримки» з «ситуаційною тривожністю» у чоловіків, між стратегією «пошук соціальної підтримки» та «ситуаційною тривожністю» у жінок, між стратегією «уникання проблем» та «ситуаційною тривожністю» у чоловік та жінок.

Зворотній зв'язок на низькому рівні спостерігається між стратегією «пошук соціальної підтримки» та емоційним станом «настрій» – 0,24 ($p < 0,05$), стратегією «уникання проблем» та емоційним станом «самопочуття» у чоловіків – 0,27 ($p < 0,05$); тобто, чим нижчий настрій, тим вище рівень використання стратегії «пошук соціальної підтримки»; чим нижче самопочуття, тим більш активно особистість реагує стратегією «уникання проблем».

Отже, отримані наступні результати: за методикою САН у експериментальній групі у 3 чоловіків з 6 (50%) виявлено погане самопочуття (показники шкали < 4) і у тих же чоловіків спостерігається знижена активність та настрої.

Можемо зробити висновок, що чим худше самопочуття, тим нижче активність та настрої.

У жінок експериментальної групи 4 із 6 (80%) мають погане самопочуття (показники шкали < 4) та знижену активність та настрої.

Якщо порівняти між собою середній бал за шкалами самопочуття, активність настрої, то жінки експериментальної групи мають нижчі результати чим чоловіки.

У контрольній групі у 6 чоловіків з 6 (100%) спостерігається гарне самопочуття (показники шкали $> 5,5$) і відповідно маємо гарні показники активності та настрою.

У жінок контрольної групи у 6 з 6 (100%) теж гарні показники самопочуття (показники шкали > 5) і високу активність та настрій, але показники жінок контрольної групи трохи нижче чим у чоловіків, но в рамках норми.

За методикою Спілбергера-Ханіна ми отримали наступні результати: за шкалою СТ у експериментальній групі 6 із 6 (100%) чоловіків мають високий рівень тривоги (показники шкали > 45), у контрольній групі чоловіків у 6 із 6 (100%) мають середній рівень тривожності (показники шкали > 45).

Як ми бачимо чоловіки експериментальної групи мають високий рівень ситуативної тривоги, що пов'язане з встановленням діагнозу ВІЛ-інфекція.

У жінок експериментальної групи 6 із 6 (100%) мають високий рівень ситуативної тривоги (показники шкали < 44), у жінок контрольної групи у 6 з 6 (100%) бачимо середній рівень ситуативної тривоги (показники шкали > 44). Але у жінок експериментальної групи показники вище за чоловіків тієїж групи, що може бути пов'язане з підвищеною особистісною тривого жінок.

За шкалою особистісна тривожність чоловіки експериментальної групи 6 із 6 (100%) чоловіків мають високий рівень ОТ (показники шкали > 45), у контрольній групі чоловіків у 6 із 6 (100%) мають середній рівень ОТ (показники шкали > 45).

Як ми бачимо чоловіки експериментальної групи мають високий рівень ОТ, що пов'язане з встановленням діагнозу ВІЛ-інфекція.

У жінок експериментальної групи 6 із 6 (100%) мають високий рівень ОТ (показники шкали < 44), у жінок контрольної групи у 6 з 6 (100%) бачимо середній рівень ОТ (показники шкали > 44).

У жінок експериментальної групи показники вище за чоловіків тієїж групи, що може бути пов'язане з підвищеною особистісною тривого жінок.

Таким чином, що чим більша особистісна тривога у експериментальній групі, тим вище ситуативна тривога і чим нижчі показники самопочуття, тим нижчі показники активності та настрою.

2.3 Рекомендації щодо стабілізації емоційної сфери ВІЛ-інфікованих осіб

Головною потребою людей, які живуть із ВІЛ, є безпека основними лікарськими засобами, насамперед антиретровірусною терапією (АРТ). Але за такого підходу не можна ухвалити цілий діапазон медичних, емоційних, соціальних та інших проблем, тому що вони багато в чому мають психологічну основу. Перше ніж чого потребує людина, яка зіткнулася з проблемою ВІЛ, – це психологічна підтримка. Розвиток лікування та боротьби з ВІЛ/СНІДом лишень медичними засобами показує, що вирішити проблему таким способом неможливо.

Питання розповсюдження та лікування ВІЛ/СНІДу є комплексною проблемою, що включає широкі психологічні, соціальні, економічні та моральні аспекти, і того потребує комплексного підходу до її вирішення. Співтовариство зусиль фахівців-медиків із зусиллями фахівців інших областей, у першу чергу психологічної, соціальної, економічної та правової, дозволить забезпечити комплексне лікування та підтримку людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, та запобігти поширенню ВІЛ у суспільстві.

Всесвітнє товариство охорони здоров'я продовжує поліпшувати глобальну стратегію охорони здоров'я стосовно до профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу. При вирішенні цієї проблеми не можна поділяти медичні та психологічні аспекти, вони взаємозумовлені, і досягнення зусиль залежить від їхнього скоординованого підходу.

Всесвітній досвід показує, що система охорони здоров'я стикається з зростаючими проблемами в плані присвоєння медико-психологічної допомоги.

Опісля впливу епідемії ВІЛ/СНІДу намітилися певні тенденції: перевантажена система охорони здоров'я відчуває додаткову навантагу

(необхідність всебічної підтримки – психологічної, емоційної, соціальної, економічної), що дозволяє ефективно приймати рішення щодо суто медичних наказів, у комплексній спеціалізованій допомозі продовжує збільшуватися у зв'язку із збільшенням числа хворих, інфікованих ВІЛ та СНІДом; швидко збільшилася чисельність людей, які потребують стаціонарного лікування. За винятком зростаючого попиту на лікарняні ліжка, у свою чергу збільшився попит на медикаменти та медичне обладнання. Як показали численні експертизи необхідність ЛЖВ включають більше, ніж просто медичні втручання і лікування. У більшості випадків ЛЖВ потребують допомоги та психологічної підтримки, які дозволяють признавати діагноз, звикнути до життя з невиліковним захворюванням, намагаючись зберегти якість існування перспектива одержувати підтримку та психологічну допомогу на різних етапах перебігу хвороби, у захисті своїх прав на працю та у збереженні робітників місць, у збереженні конфіденційності, психологічному консультуванні та захисті дітей, що залишилися опісля смерті ВІЛ-позитивних батьків; необхідна соціальна допомога для покращення соціально-економічних умов, пов'язаних із наслідками ВІЛ (необхідність отримання нормального харчування, оплати науки [58]).

Не можна відокремити психологічні аспекти проблеми ВІЛ/СНІДу від її медичних аспектів, вони є своєрідним конгломератом узгоджених зусиль - проте тоді вони дадуть ефективні результати. Через те відповідно до існуючих стандартів ВООЗ відносно лікування хворих на ВІЛ та СНІД, ми сформуємо твердження про психологічний супровід та присудження психологічної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, виходячи з досвіду нашої психолого-консультаційної діяльності в Центрі.

Регіональний рівень. Луганськ з профілактики та боротьби зі СНІДом. Психологічне супроводження хворих на ВІЛ та СНІД спрямоване на створення можливості отримання екстреної психологічної допомоги при перших потребах людини, перспектива давання психологічної консультації та терапевтичної допомоги продовж усього хвороби (від моменту встановлення діагнозу до останніх моментів життя). Психологічна поміч спрямована на звершення кращої якості

існування пацієнтів та членів їхніх сімей.

Ключовими елементами такої допомоги є послаблення будь-яких страждань людини – фізичних, душевних, моральних, соціальних – та переорієнтація людини на зміну способу існування прагнення до гармонізації власного життєвого простору, переоцінка власної поведінки, творення прихильності до АРВТ. Психологічне сприяння – це всебічне і своєчасне виявлення та допомогу у вирішенні проблем, які несе у собі невиліковне захворювання. За винятком того, праця психолога не обмежується лишень найбільш ВІЛ-інфікованими, вона поширюється і на рідних та близьких хворого; у термінальних стадіях хвороби допомогу надають у свою чергу тим, хто доглядає хворого, надаючи паліативну підтримку. Досвід роботи психологічної служби Луганського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом показує, що психологічне оточення ЛЖВ має свою специфіку, пов'язану з перебігом та специфікою самої хвороби та індивідуально-психологічними особливостями цієї категорії хворих.

До важливих змістових аспектів, що вимагають пильної уваги та активної реалізації у процесі психологічної підтримки ЛЖВ, відносяться : ускладнення перебігу хвороби.

Перебіг ВІЛ/СНІДу достатньо різноманітне і непередбачуване, можливо супроводжуватися значною кількістю ускладнень, періодами загострень, як і при будь-якому хронічному захворюванні, у різному ступені прогресування та тривалості існування. Як зазначається у медичних дослідженнях, в одних хворих довготривалий час не виявляються тяжкі симптоми, а в інших захворювання проходить (стінку) крізь періоди загострення та ремісії чи то часті, небезпечні для життя загострення, що піддаються лікуванню утруднення у міру розвитку інфекції.

Так, лікування ВІЛ/СНІДу, на відміну від інших захворювань, це баланс поміж інтенсивним лікуванням та симптоматичним лікуванням хронічних захворювань. Хворі суттєво різняться по реакції на виявлення ВІЛ-інфекції та психоемоційного стану продовж усього захворювання, що суттєво ускладнює роботу психолога та вимагає від спеціаліста високої професійної, терплячої,

людяної та емоційної у плані надання психологічної допомоги для формування прихильності до антиретровірусної терапії.

Комплексна допомога. На даний момент медикаментів від СНІДу не існує, однак за допомогою спеціальної антиретровірусної терапії (АРВТ) можна перевести хворобу на хронічну форму і цим продовжити існування людини під контролем безперервного довічного лікування АРВТ препаратами.

Незважаючи на те, що АРТ є суто медичним заходом, але без психологічної підтримки та усвідомлення людиною необхідності проведення ДРТ найчастіше неможливо сформувати відповідальне ставлення до АРТ через набуття нового бачення свого життя. Тому формування прихильності до АРТ стає психологічним завданням.

На сьогоднішній день антиретровірусна терапія є «золотим стандартом» лікування ВІЛ-інфекції. Проте відданість АРТ який завжди легко сформувати. Одна з причин криється в самій АРВ-терапії, тому що кожен організм людини реагує на препарати зовсім по-різному, АРВТ часто викликає побічні ефекти, досить важко переноситься, що викликає у пацієнтів відчай і безвихідь і бажання припинити лікування. Саме в такі моменти психологічна допомога стає необхідною та відчутною за своїм ефектом, що зрештою спонукає хворого до продовження лікування та відповідальної поведінки.

Одним із завдань психологічної підтримки є організація консультативної роботи з хворим таким чином, щоб постійно підтримувати його відданість лікуванню та регулярному та систематичному прийому ліків, спонукати його до зміни деструктивного способу життя[60].

Психоемоційні та екзистенційні проблеми. Відразу після оголошення та підтвердження діагнозу людині повинна бути надана можливість психологічної, медичної, соціальної, юридичної підтримки. депресії до спроб рівноваги та мотивації до опору хвороби з періодами відчаю та суїцидальними тенденціями у поведінці.

Невиліковна хвороба спонукає людину задуматися про сенс і мету свого життя, про сенс страждань, хвороби, напруження і, зрештою, смерті. Це є

відповідальним етапом внутрішньої роботи людини.

Проблеми сімейних та міжособистісних відносин ВІЛ-інфікованих.

Хворого, який опинився у важкій життєвій ситуації, оточують близькі та рідні люди, друзі та колеги, знайомі та загалом коло його соціальних контактів. Після підтвердження діагнозу з усіма цими людьми ВІЛ-інфікований має будувати стосунки з урахуванням свого статусу. Залежно від того, чи хоче хворий розкрити свій статус, та ще й в умовах таємності, стосунки вже не можуть залишатися незмінними, оскільки ставлення ВІЛ-інфікованого до себе зазнало певних змін. Крім того, люди, які живуть з ВІЛ та не є девіантними, тепер відчувають відповідальність за наслідки своїх контактів з іншими людьми.

У парі або при зараженні одного з партнерів викликає образи, розпач, тривогу в іншого і призводить до конфліктів, нерідко розрив відносин або їх ускладнення. Як правило, наявність ВІЛ в одного з партнерів посилює проблеми, що вже були у відносинах між людьми. Після виявлення ВІЛ не тільки інфікованій людині, а й членам її сім'ї доведеться вчитися жити з ВІЛ. Це тривога, що постійно існує, про ризик зараження як статевого партнера і побоювання за дітей, якщо вони є в сім'ї. Але часто серед ВІЛ-інфікованих велика кількість девіантних людей, у них складні стосунки з оточуючими, дуже тісне коло родичів, якщо таке є. Як правило, люди, інфіковані ВІЛ, вживають або вживали наркотики і перебувають у ремісії, або ведуть безвідповідальне статеве життя [59].

У цьому випадку часто нема кому вислухати переживання ВІЛ-інфікованої людини; у такі критичні періоди життя актуальна психологічна допомога психологів Центрів із профілактики та боротьби зі СНІДом, здатних допомогти вийти із ситуації.

До цієї групи проблем належать і проблеми, пов'язані з перерозподілом сімейних ролей, оскільки ВІЛ-інфіковані у міру розвитку та прогресування захворювання вимагають все більшої допомоги або догляду, потрапляють під опіку літніх членів сім'ї або зовсім маленьких дітей, добровільне консультування та тестування на ВІЛ;

Це фактично відправна точка психологічної, терапевтичної та

профілактичної роботи.

Слід підкреслити, що сама собою доступність тестування недостатня: тестування має бути добровільним і анонімним, але має супроводжуватися психологічним консультуванням.

Консультування необхідне для підготовки людини до надзвичайно відповідальної ситуації з невідомим результатом, що викликає виражені, виразні симптоми тривоги, до панічних розладів. Крім того, консультування необхідне при підготовці людини до можливого результату тесту на ВІЛ, готовність психолога працювати з усіма можливими емоційними проявами клієнтів: розпачом, безвихіддю, депресією, апатією, роздратуванням, агресією щодо оточуючих, занепокоєнням, почуттям провини, фрустрацією.

Посттестовий період (у разі підтвердження діагнозу) – це пік прояву переживань, багатих переживань, про які найчастіше краще поговорити зі сторонньою людиною і добре, коли це психолог, який має навички та готовність допомогти. Після етапу розвитку почуттів перед людиною постає завдання навчитися жити з ВІЛ, а це означає нові знання, нові звички, нове мислення та інші відносини зі світом.

У цей період дуже важливою є переорієнтація ВІЛ-інфікованого на зміну звичного способу життя, часто девіантного, переважно по відношенню до себе; стимулювати пацієнта до переоцінки цінностей та пошуку нових значущих смислів, хоч би скільки років життя залишилося в людини, запобігання стигми та дискримінації;

Люди, інфіковані ВІЛ, не хочуть розкривати свого статусу іншим, навіть досить близьким людям, тому що оточуючі шоковані і часто перестають з ними контактувати. ВІЛ-інфіковані стикаються з дистанціюванням, неприйняттям з боку знайомих, друзів або інших значущих людей, що сприяє їхній власній ізоляції та відстороненості.

Розширення можливостей лікування та психологічної підтримки для людей, які страждають на ВІЛ, потребує зміни соціальних стереотипів. Фахівці, які працюють з людьми, інфікованими ВІЛ, повинні уникати їх стигматизації та

дискримінації, оскільки остання стає на заваді розвитку своєчасної медичної допомоги, загрожуючи самому існуванню належного лікування; від цього залежить успіх профілактичних заходів та запобігання подальшому поширенню інфекції [61].

Відмінною особливістю ВІЛ-інфекції з інших невиліковних захворювань є те, що поширення хвороби залежить від поведінки хворої людини. Тому емоційний стан, соціальна та психологічна адаптація ВІЛ-інфікованих мають велике значення для стабілізації епідемічної ситуації у суспільстві.

Лікарська допомога та психотерапевтична робота з ВІЛ-інфікованими.

На жаль, значна кількість ВІЛ-інфікованих є споживачами наркотиків (або перебувають у нестійкій ремісії). За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, 56,8 % всіх ВІЛ-позитивних людей становлять люди, які вживають ін'єкційні наркотики. Вживання наркотиків дуже ускладнює процес лікування ВІЛ, а наркоман психічно не пристосований для ефективної роботи з ним.

Люди, які вживають ін'єкційні наркотики, часто наражають на оточуючих ризику зараження.

Нерідко представники секс-індустрії вживають наркотики, що також призводить до поширення інфекції. Звичайно, найкращою стратегією психологічної підтримки було б спонукати людей взагалі відмовитися від наркотиків (що само по собі малоймовірно). Як мінімум, психологічна робота повинна сприяти зміні колишнього девіантного способу життя, щоб він не становив загрози для оточуючих.

Відчуття самотності, самотності зі своїм нещастям, стражданнями та страхами, а головне, втрата всякого сенсу переслідувати такий стан призводить до виникнення у невиліковно хворих людей суїцидальних думок та намірів. Часто лише відсутність рішучості утримує людину у світі.

У такій ситуації надзвичайно важливим етапом психологічної допомоги буде допомога в пошуку сенсу життя, скільки б не залишилося у когось із нас, у переоцінці ситуацій і цінностей, які раніше вважалися значущими, але насправді

перетворилися на саморуйнування. Нерідко усвідомлення можливості швидкої смерті спонукає людину до переосмислення свого життя, сприяє духовному зростанню та бажанню гідно прожити хоча б завершальний відрізок життя.

Однією з форм роботи з ВІЛ-інфікованими може бути група «рівний-рівний». Проблема ВІЛ/СНІДу поєднує різні обставини, що спонукають людей до створення груп взаємодопомоги – невиліковне сьогодні захворювання, складний комплекс психологічних і соціальних проблем, відстоювання своїх прав у боротьбі з дискримінацією, привернення уваги суспільства і держава до цієї проблеми.

Група взаємодопомоги – це група людей, об'єднаних загальною проблемою чи ситуацією. Для психологічної підтримки люди приєднуються до груп самодопомоги, незалежно від того, чи є у них серйозні проблеми чи члени їхніх сімей.

Учасники групи діляться своїми почуттями, переживаннями, що дає кожному неповторне почуття співпереживання та взаємної підтримки, а також дозволяє зібрати практичну інформацію щодо способів подолання проблем. Для ВІЛ-інфікованого це найчастіше єдине місце, де можна слухати і бути собою.

Вплив групи взаємодопомоги заснований на психотерапевтичному ефекті – прагненні допомогти учасникам вийти з кризової ситуації та дати їм можливість брати активну участь у вирішенні власних проблем, спонукаючи до роботи над собою, підвищуючи самооцінку та впевненість у собі.

Почуття власної гідності, відповідальності за своє життя та життя інших, відчуття своєї здатності досягати мети допомагають людині долати життєві труднощі, не вдаючись до вживання психоактивних речовин. Здатність допомагати іншим стає для багатьох членів групи так само важливою, як і отримання допомоги собі. Тому учасників часто запрошують для консультування інших людей, які живуть із ВІЛ, за принципом «рівний рівному».

В основному це пацієнти, які приймають АРВ-терапію та ефективна підтримка може допомогти оточуючим як на початковому етапі після встановлення діагнозу, так і надалі, на етапі адаптації до свого стану; а також у

прийнятті такої відповіді.

У зразку паліативна допомога має поєднувати професіоналізм фахівців міждисциплінарної команди, куди входять:

- хворий та його семья;
- медичні працівники;
- соціальні працівники;
- психолог;
- юрист;
- священник (можливо);
- волонтери.

Мета паліативної допомоги – зменшення страждань та болю хворого, створення психологічного, фізичного та духовного комфорту та кращої якості життя.

Центральна теза паліативної допомоги полягає в тому, що кожен має право на повагу, лікування та на умови життя та смерті. Це означає, що навіть якщо можливості інтенсивного лікування вичерпані та одужання неможливе, люди не повинні залишатися без підтримки та допомоги.

На ранніх стадіях захворювання ВІЛ-інфікований задовольняється заходами психологічної підтримки, але, починаючи з ранніх стадій виражених симптомів невиліковного захворювання, паралельно з радикальним та інтенсивним лікуванням паліативна допомога виступає як додаткова допомога. Вид допомоги, у міру прогресування захворювання, значення паліативної допомоги зростає і стає провідною [62].

Паліативна допомога надається на наступних стадіях перебігу хвороби: активно прогресуюче захворювання (власне СНІД), періоди виражених симптомів хвороби, періоди одужання, період припинення, період занепаду.

Така допомога дозволяє людині максимально прожити із хворобою, допомагає впоратися зі страхом смерті, забезпечує медикаментозне подолання больового синдрому.

Досить складно провести межу між психологічною та духовною

підтримкою, коли йдеться про розуміння та вирішення протиріч у чуттєвому житті та роздуми про предмет. Духовна підтримка зазвичай пов'язана з вірою в Бога. Система цінностей кожної людини індивідуальна, але, очевидно, неможливо знайти людину, якій хоча б не потрібна віра, надія та любов. Виходячи з цього розуміння духовного супроводу, це не обов'язково має бути роль духовенства, це може бути будь-яка людина (лікар, соціальний працівник, волонтер), близька до пацієнта або його сім'ї та здатна прийняти та зрозуміти переживання та потреби пацієнта. Безцінне сприйняття системи цінностей пацієнта та його залежної сім'ї є принципом, на якому будуються відносини.

Безцінне ставлення не обов'язково означає, що ви поділяєте ці думки та переконання про життя, але є проявом поваги до людини, її права на вибір і не може бути причиною відмови людині у допомозі та підтримці.

Часто тривале невиліковне захворювання вносить суттєві зміни у зір людини, докорінно змінюючи його.

Духовний аспект підтримки пацієнтів та їх сімей включає:

- допомогу у постановці та вирішенні світоглядних питань;
- підтримка опікуна;
- надати можливість підтримки та відвідування священика або іншого священнослужителя, коли у пацієнта виникає така потреба.
- «ВІЛ-позитивні» діти та діти, які виростили у сім'ях хворих на СНІД.

Діти, народжені в сім'ях або матерях зі СНІДом, – це окрема тема для аналізу та вивчення, але вона все більше починає нагадувати про себе. Діти можуть бути ВІЛ-інфікованими або здоровими, але вони потребують ретельного догляду в лікарні для діагностики їх імунітету. Усі проблеми дитячого розвитку, які виникають у нормальних дітей, накладаються на додаткові проблеми, пов'язані з їхнім власним ВІЛ-позитивним статусом чи хворобою батьків.

Тому важливим завданням психологічної корекції є формування вміння не розчаровуватися в житті, знаходити приводи для радості та розвиток навичок долаття. Крім того, проблемними є ситуації розкриття свого статусу, побоювання за своє життя, болючі стани, спричинені як фізіологічними, так і психологічними

проблемами; можливість розкриття статусу, ставлення однолітків, можливість створення сім'ї та народження дітей та багато іншого.

Очевидно, що такий обсяг психологічної роботи потребує закріплення окремих співробітників за психологічними службами Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, коли психологічною підтримкою ВІЛ-позитивних дітей займається окремий психолог. Але зараз відомо, що таких відділень немає у жодному центрі України.

Боротьба з епідемією ВІЛ/СНІДу вимагає від фахівців, що працюють у цій галузі та з таким контингентом, володіння певними навичками та особистим досвідом певних необхідних методів діагностики, консультування, корекції та терапії, недоступних в рамках суто медичної сфери.

Досвід показує, що тільки медичного супроводу таких хворих недостатньо, і саме від психологічного опрацювання особистості ВІЛ-інфікованого залежить, зрештою, успіх лікування, профілактика поширення ВІЛ-інфекції. Така робота потребує великого емоційного навантаження від усього багатопрофільного колективу фахівців, вимагає психологічної витримки та вміння швидко пристосовуватися до діяльності в екстремальних умовах. Одним із аспектів психологічної підтримки та засобом підвищення ефективності роботи з ВІЛ-інфікованими є профілактика «синдрому емоційного вигорання» у медичних та психологічних працівників, розвиток кадрового потенціалу [63].

Навчання саморегуляції та правильного подолання труднощів завжди актуальне, а особливо сьогодні. Ситуація вимагатиме професіоналізму, навичок екстреної психологічної допомоги, емоційно-психологічної стійкості та стресостійкості з боку фахівців, які працюють з пацієнтами. Тому необхідна розробка конкретних стратегій управління персоналом з урахуванням впливу епідемії на нервово-психічну стійкість осіб, зайнятих у цій сфері, для підготовки достатньої кількості кваліфікованих психологічних, медичних, соціальних працівників може працювати в умовах підвищеної психологічної складності.

Психологічна підтримка ЛЖВ повинна включати три основні напрямки:

- психологічна допомога та підтримка на етапі постановки діагнозу;

- психологічна допомога та підтримка на етапі прийому АРВ-терапії;
- психологічна допомога та підтримка на термінальній стадії розвитку захворювання.

На кожному з цих етапів використовуються специфічні та необхідні заходи та психологічні методи впливу та корекції, що дозволяє ефективно вибудувати систему психологічної підтримки людини, інфікованої ВІЛ.

Отже, психологічний супровід – це певна та організована діяльність психолога, певним чином, відмінна від інших форм його роботи, спрямована на створення умов для отримання психологічної допомоги за своєчасної невідкладної допомоги, наявність у життєвому просторі людини постійна кваліфікована психологічна підтримка, що сприяє адаптації клієнта в соціумі, формуванню нового конструктивного способу життя та розвитку особистості навіть на пізніх етапах життя людини [5].

Висновки до другого розділу

Дослідження проводилось з метою дослідити взаємозв'язок копінг-поведінки від емоційного стану ВІЛ-інфікованої людини. Були використані три методики: САН, опитувальник Спілбергера-Ханіна та індикатор копінг-поведінки Дж. Амерхана.

Отримали наступні результати: за методикою САН у експериментальній групі у 3 чоловіків з 6 (50%) виявлено погане самопочуття (показники шкали < 4) і у тих же чоловіків спостерігається знижена активність та настрої. Можемо зробити висновок, що чим худше самопочуття, тим нижче активність та настрої. У жінок експериментальної групи 4 із 6 (80%) мають погане самопочуття (показники шкали < 4) та знижену активність та настрої. Якщо порівняти між собою середній бал за шкалами самопочуття, активність настрої, то жінки експериментальної групи мають нижчі результати чим чоловіки.

У контрольній групі у 6 чоловіків з 6 (100%) спостерігається гарне самопочуття (показники шкали > 5,5) і відповідно маємо гарні показники

активності та настрою. У жінок контрольної групи у 6 з 6 (100%) теж гарні показники самопочуття (показники шкали > 5) і високу активність та настрої, але показники жінок контрольної групи трохи нижче чим у чоловіків, но в рамках норми.

За методикою Спілбергера-Ханіна ми отримали наступні результати: за шкалою СТ у експериментальній групі 6 із 6 (100%) чоловіків мають високий рівень тривоги (показники шкали > 45), у контрольній групі чоловіків у 6 із 6 (100%) мають середній рівень тривожності (показники шкали > 45). Як ми бачимо чоловіки експериментальної групи мають високий рівень ситуативної тривоги, що пов'язане з встановленням діагнозу ВІЛ-інфекція.

У жінок експериментальної групи 6 із 6 (100%) мають високий рівень ситуативної тривоги (показники шкали < 44), у жінок контрольної групи у 6 з 6 (100%) бачимо середній рівень ситуативної тривоги (показники шкали > 44). Але у жінок експериментальної групи показники вище за чоловіків тієї ж групи, що може бути пов'язане з підвищеною особистісною тривогою жінок.

За шкалою особистісна тривожність чоловіки експериментальної групи 6 із 6 (100%) чоловіків мають високий рівень ОТ (показники шкали > 45), у контрольній групі чоловіків у 6 із 6 (100%) мають середній рівень ОТ (показники шкали > 45). Як ми бачимо чоловіки експериментальної групи мають високий рівень ОТ, що пов'язане з встановленням діагнозу ВІЛ-інфекція.

У жінок експериментальної групи 6 із 6 (100%) мають високий рівень ОТ (показники шкали < 44), у жінок контрольної групи у 6 з 6 (100%) бачимо середній рівень ОТ (показники шкали > 44). Але у жінок експериментальної групи показники вище за чоловіків тієї ж групи, що може бути пов'язане з підвищеною особистісною тривогою жінок.

За отриманими даними можна зробити висновок, що статистично значущий зв'язок на високому рівні достовірності виявлено між копінг-стратегією «вирішення проблеми» та емоційним саном «активність» як у чоловіків – 0,25 ($p < 0,001$), так і у жінок 0,28 ($p < 0,001$); на середньому рівні між стратегією «пошук соціальної підтримки» та «ситуаційною тривожністю» у чоловіків – 0,22 ($p <$

0,01); на низькому між стратегією «пошук соціальної підтримки» та «ситуаційною тривожністю» у жінок – 0,25 ($p < 0,05$), між стратегією «уникання проблем» та «ситуаційною тривожністю» у чоловіків – 0,28 ($p < 0,05$) та жінок – 0,26 ($p < 0,05$).

Тобто, емоційний стан «активність» пов'язаний з використанням поведінкової стратегії «вирішення проблем» й чим вище активність, тим більш інтенсивно використовується стратегія «вирішення проблем». В свою чергу, активне використання стратегії «вирішення проблем» пов'язане з емоційним станом «активність», що зрозуміло та підтверджується кореляційним аналізом результатів.

Таким же чином можемо прокоментувати всі позитивні кореляційні зв'язки «пошуку соціальної підтримки» з «ситуаційною тривожністю» у чоловіків, між стратегією «пошук соціальної підтримки» та «ситуаційною тривожністю» у жінок, між стратегією «уникання проблем» та «ситуаційною тривожністю» у чоловік та жінок.

Зворотній зв'язок на низькому рівні спостерігається між стратегією «пошук соціальної підтримки» та емоційним станом «настрій» – 0,24 ($p < 0,05$), стратегією «уникання проблем» та емоційним станом «самопочуття» у чоловіків – 0,27 ($p < 0,05$); тобто, чим нижчий настрій, тим вище рівень використання стратегії «пошук соціальної підтримки»; чим нижче самопочуття, тим більш активно особистість реагує стратегією «уникання проблем».

ВИСНОВКИ

1. На основі теоретико-методологічного аналізу визначено основні напрями вивчення емоційної сфери. Емоція напряму пов'язана з першим враженням, яке виникає у конкретній ситуації та має певний зміст. Під час встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція, емоція виступає як безпосереднє переживання, що виникло в цій ситуації і передає та виражає ставлення особистості до нього. Емоції пацієнтів під час встановлення діагнозу характеризують не тільки ставлення особистості до навколишнього світу, а є специфічною формою переживання, яка показує, силу значення цієї ситуації для суб'єкта. Емоційні реакції, це процеси, які виникають у людини через сприйняття змін, які відбуваються в організмі та потребують трансформуючої діяльності. Мета такої діяльності – відновити дисбаланс організму при прийнятті стимулів з навколишнього середовища. Звістка про хворобу є стимулом, потім маємо негативні емоції і як результат, людина починає діяти, тобто розпочинає лікування АРТ препаратами та лікування супутніх захворювань. Так, емоції виконують функцію стимулювання змін в організмі та мотивації його до дії.

2. Виокремлено стратегії копінг-поведінки та їх особливості. Копінг – спосіб взаємодії із ситуацією яка індивідуальна для окремої людини, відповідає її психологічним можливостям та власній логіці. Теоретично в копінг-поведінці виділяють базові копінг-стратегії. До яких відносяться «вирішення проблеми», «пошук соціальної підтримки» та «уникання». Стратегія «вирішення проблеми» раціональна та доцільна у стресовій ситуації, що передбачає зусилля, спрямовані на осмислення складної ситуації, що склалася, аналіз, пошук найкращого рішення, аналіз можливих альтернатив, планування та подолання існуючих перешкод. Базова копінг-стратегія «Пошук соціальної підтримки» спрямована на подолання важкої життєвої ситуації за допомогою інших, за якої є прагнення активної співпраці з оточуючими для отримання підтримки. Полягає у пошуку емоційної підтримки у друзів, рідних та близьких у складних життєвих ситуаціях без зміни та ситуації. Копінг-стратегія «уникнення» фокусує поведінку

людини на відновленні емоційного благополуччя, намагаючись уникнути будь-якої взаємодії із проблемою.

3. З'ясовано психологічні особливості емоційних станів ВІЛ-інфікованих осіб. В результаті дослідження *емоційних станів* (методика САН) у експериментальній групі у 3 чоловіків з 6 (50%) виявлено погане самопочуття (показники шкали < 4) і у тих же чоловіків спостерігається зниження активності та настроїв. Можемо зробити висновок, що чим худше самопочуття, тим нижче активність та настроїв. У жінок експериментальної групи 4 із 6 (80%) мають погане самопочуття (показники шкали < 4) та знижену активність та настроїв. Якщо порівняти між собою середній бал за шкалами самопочуття, активність настроїв, то жінки експериментальної групи мають нижчі результати чим чоловіки.

У контрольній групі у 6 чоловіків з 6 (100%) спостерігається гарне самопочуття (показники шкали $> 5,5$) і відповідно маємо гарні показники активності та настрою. У жінок контрольної групи у 6 з 6 (100%) теж гарні показники самопочуття (показники шкали > 5) і високу активність та настроїв, але показники жінок контрольної групи трохи нижче чим у чоловіків, но в рамках норми.

Досліджуючи емоційний стан тривожності (методика Спілбергера-Ханіна «Шкала самооцінки»), ми отримали наступні результати: за шкалою СТ у експериментальній групі 6 із 6 (100%) чоловіків мають високий рівень тривоги (показники шкали > 45), у контрольній групі чоловіків у 6 із 6 (100%) мають середній рівень тривожності (показники шкали > 45). Як ми бачимо чоловіки експериментальної групи мають високий рівень ситуативної тривоги, що пов'язане з встановленням діагнозу ВІЛ-інфекція.

У жінок експериментальної групи 6 із 6 (100%) мають високий рівень ситуативної тривоги (показники шкали < 44), у жінок контрольної групи у 6 з 6 (100%) бачимо середній рівень ситуативної тривоги (показники шкали > 44). Але у жінок експериментальної групи показники вище за чоловіків тієї ж групи, що може бути пов'язане з підвищеною особистісною тривогою жінок.

За шкалою особистісна тривожність чоловіки експериментальної групи 6 із 6 (100%) чоловіків мають високий рівень ОТ (показники шкали > 45), у контрольній групі чоловіків у 6 із 6 (100%) мають середній рівень ОТ (показники шкали > 45). Як ми бачимо чоловіки експериментальної групи мають високий рівень ОТ, що пов'язане з встановленням діагнозу ВІЛ-інфекція.

У жінок експериментальної групи 6 із 6 (100%) мають високий рівень ОТ (показники шкали < 44), у жінок контрольної групи у 6 з 6 (100%) бачимо середній рівень ОТ (показники шкали > 44). Але у жінок експериментальної групи показники вище за чоловіків тієїж групи, що може бути пов'язане з підвищеною особистісною тривогою жінок.

4. Вивчено специфіку копінг стратегій ВІЛ-інфікованих. В результаті психодіагностичного дослідження копінг-стратегій (методика «Індикатор копінг-поведінки» Дж. Амірхана), ми отримали наступні результати: *Шкала вирішення проблем*: чоловіки ВІЧ (+) – середній бал 22,8; жінки ВІЧ (+) – середній бал 23,8 (середній рівень вирішення проблем, тоді як у контрольної групи високий рівень вирішення проблем і у чоловіків і у жінок). *Шкала пошук соціальної підтримки*: чоловіки ВІЧ (+) – середній бал 19,3; жінки ВІЧ (+) – середній бал 23,1 (середній рівень за шкалою пошук соціальної підтримки як і у контрольної групи). *Шкала уникнення проблем*: чоловіки ВІЧ (+) – середній бал 23,3; жінки ВІЧ (+) – середній бал 22, тобто, низький рівень «уникання проблем», але на межі до середнього, тоді як у контрольній групі, у чоловіків дуже низький рівень, у жінок низький рівень уникання проблем.

5. Досліджено особливості взаємозв'язку емоційних станів з копінг-поведінкою ВІЛ-інфікованих осіб. Статистично значущий зв'язок на високому рівні достовірності виявлено між копінг-стратегією «вирішення проблеми» та емоційним станом «активність» як у чоловіків – 0,25 ($p < 0,001$), так і у жінок 0,28 ($p < 0,001$); на середньому рівні між стратегією «пошук соціальної підтримки» та «ситуаційною тривожністю» у чоловіків – 0,22 ($p < 0,01$); на низькому між стратегією «пошук соціальної підтримки» та «ситуаційною тривожністю» у жінок

– 0,25 ($p < 0,05$), між стратегією «уникання проблем» та «ситуаційною тривожністю» у чоловіків – 0,28 ($p < 0,05$) та жінок – 0,26 ($p < 0,05$).

Тобто, емоційний стан «активність» пов'язаний з використанням поведінкової стратегії «вирішення проблем» й чим вище активність, тим більш інтенсивно використовується стратегія «вирішення проблем». В свою чергу, активне використання стратегії «вирішення проблем» пов'язане з емоційним станом «активність», що зрозуміло та підтверджується кореляційним аналізом результатів.

Таким же чином можемо прокоментувати всі позитивні кореляційні зв'язки «пошуку соціальної підтримки» з «ситуаційною тривожністю» у чоловіків, між стратегією «пошук соціальної підтримки» та «ситуаційною тривожністю» у жінок, між стратегією «уникання проблем» та «ситуаційною тривожністю» у чоловік та жінок.

Зворотній зв'язок на низькому рівні спостерігається між стратегією «пошук соціальної підтримки» та емоційним станом «настрій» – 0,24 ($p < 0,05$), стратегією «уникання проблем» та емоційним станом «самопочуття» у чоловіків – 0,27 ($p < 0,05$); тобто, чим нижчий настрій, тим вище рівень використання стратегії «пошук соціальної підтримки»; чим нижче самопочуття, тим більш активно особистість реагує стратегією «уникання проблем».

6. Розроблено рекомендації щодо стабілізації емоційних станів ВІЛ-інфікованих осіб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. Казань, 1987. 340с.
2. Акажанова А. Т. Девиантное поведение и классификация их основных видов. *Вестник КазНУ. Серия психологии и социологии*. 2014. № 3. С. 14 – 27.
3. Анциферова Л. И. Личность в трудных жизненных ситуациях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анциферова // *Психологический журнал*. – 1994. – т.15, № 1. с.23
4. Аршава І.Ф. Аспекти імпліцитної діагностики емоційної стійкості. 2008. 205 с.
5. Астремська І.В. Психологічні особливості допомагаючих професій/ І.В.Астремська// Тези доповідей International scientific conference “Modernization of educational system: world trends and national peculiarities” (February 23 rd, 2018).–Kaunas, Lithuania: Izdevnieciba “Baltija Publishing”, 2018– С.17-21.
6. Баришева О.І., Муштай Н.В. Особливості психологічної допомоги ВІЛ/СНІДінфікованим особам // *Актуальні проблеми психології: Екологічна психологія: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України /За ред. С.Д.Максименка. – Т.7. – Вип. 24. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2010. – 320с. – С.5-15.*
7. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
8. Васківська С.В. Основи психологічного консультування: підручник. Київ, 2011. 240 с. <https://www.twirpx.com/file/394644/>
9. Вилюнас В.К. Основные проблемы психологической теории эмоций.
10. ВІЛ-інфекція в Україні. 2017. № 48. 39 с.
11. Волянчук Н. Ю. Психологія професійного становлення толерантності //

12. Габрель Р. Т., Маркова М. В. Особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛінфікованих осіб та їх партнерів у контексті психосоціальної орієнтації та життєдіяльності партнерської пари: *Міжнародний неврологічний журнал*. 2013. № 6 (60). С. 147 – 151.
13. Гарасимов Т. З. Девіантна поведінка особистості причини та шляхи попередження. Форум права. 2015. № 4. С. 46 – 55.
14. Гойда Н. Г., Єщенко О. Г. Гендерні аспекти у державній політиці протидії ВІЛ-інфекції /СНІДу в Україні: *Український медичний часопис*. Київ, 2016. № 4 (414). С. 29 – 32.
15. Грановская Р. М. Защита личности: психологические механизмы / Р. М. Грановская, И. М. Никольская. – СПб.: Знание, 1999. – 352с.
16. Декарт Р. К. Соч. В 2-х тт. Т. 1. Москва, 1989. С. 489-572.
17. Демченко І. Л., Артюр О. Р., Сусідко Т. І. та ін. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми : Аналітичний звіт за результатами дослідження. Київ, 2014. 95с. Додонов Б.И. В мире эмоций. Москва,1987. 256 с.
18. Жабенко Н. Ю. Суицидальное поведение и ВИЧинфекция. *Ліки України*. Київ, 2011. № 4. С. 45 – 47.
19. Журба А. Н. Аналіз понятійного конструкту «особистісні деструкції» в науковій літературі. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. Київ, 2015. № 43. С. 107 – 110.
20. Изард К. Л. Эмоции человека: Пер. с англ. Питер, 2000.310 с.
21. Каліна Н.Ф. Психотерапія : підручник. Київ, 2010. 320 с. <https://academia-ps.com.ua/product/226>
22. Кирилюк Н. П. Роль специфічних для ВІЛінфікованих пацієнтів стресорів у психогенезі депресії. *Український вісник психоневрології*. 2017. № 1. С. 123–124.
23. Ковальчук М. А., Тарханова И. Ю. Девиантное поведение: профилактика, коррекция, реабилитация: пособие. Москва, 2010. 286 с.
24. Ковальчук М. А., Тарханова И. Ю. Девиантное поведение: реабилитация, коррекция, профилактика. 2017. С. 2217.

25. Кондаков И. Экспериментальные исследования личностного контекста локуса контроля / И. Кондаков, М. Нилопец // Психологический журнал. 1995. – №1. – С.43 – 51.
26. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения: [монография] / Т. Л. Крюкова. – Кострома: КГУ им. Н. Некрасова – студия оперативной полиграфии «Авантитул», 2004.
27. Кудрич Л. А., Брызгин М. Б., Ефремова Е. Н. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных людей. Современные исследования современных проблем: журнал. Київ, 2015. № 11. С. 10 – 24.
28. Кузікова С.Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навч. посібн. Київ, 2012, 384 с. <http://repository.sspu.sumy.ua/bitstream/123456789/9286/1/>
29. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / Алексей Николаевич Леонтьев. – М.: Политиздат, 1975. – 121 с.
30. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы, эмоции: Конспект лекций. Минск, 1971. 287 с.
31. Марута Н. О., Ніканорова Ю. В. Суїцидальна поведінка у хворих на тривожні розлади. *Український вісник психоневрології*. Т. 22, 2014. № 2. С. 10 – 15.
32. Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю. Особливості діагностики тривоги при невротичних розладах. Експериментальна і клінічна медицина. Київ, 2015. № 3 (68). С. 101 – 106.
33. Москалець В.П. Психологія особистості : навч.посіб. Київ, 2013. 416 с.
34. Нартова-Бочавер С. К. „Coping behavior” в системе понятий психологии личности / С. К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал – 1997. – Т.18. – № 5. – С. 20–30.
35. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования : уч. пос. Санкт-Петербург, 2000. 464 с. <http://www.klex.ru/6c9>
36. Ольшанникова А.Е., Рабинович Л.А. Опыт исследования некоторых
37. Основные принципы лечения и помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом /ВОЗ/ООН – СПИД, 8 сентября 2000 г. /Перевод: Международная

- организация «Врачи без границ», Украина. [Электронный ресурс]: <http://www.spidcentr38.com/page/club/club2.html?lang=ru>
38. Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе. г.Тверь. Основные принципы паллиативной помощи. //Шаги - профессионал. - №3. – 2007. 7. Духовный аспект паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе. //Шаги – профессионал. - №3. – 2007.
 39. Паллиативная помощь при СПИДе. //Технический обзор ЮНЭЙДС. Август, 2001. – 24 с. (серия ЮНЭЙДС «Примеры передового опыта»).
 40. Пашина А.Х. Художественный и мыслительный типы личности. Особенности эмоциональной сферы: Психологический ж-л. 1994. №3. С.89 – 90.
 41. Психодиагностические методы: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПНУ 93. Ленінград, 1976. 580 с.
 42. Психол. перспективи. – Вип. 2. – Луцьк: РВВ – Вежа ВНУ ім. Лесі Українки, *психологический журнал*. 2014. № 3. С. 14 – 32.
 43. Психология эмоций: Тексты. Москва, 1984. С. 3–28.
 44. Пшук Н. Г., Кирилюк Н. П., Стукан Л. В. Клініко-патологічні особливості ВІЛінфікованих пацієнтів: Архів психіатрії. Т. 18, 2012. № 3. С. 29 – 33.
 45. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс; пер с англ. – М.: Прогресс, Универс, 1994. – 480 с.
 46. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. Москва, 2000. 450 с.
 47. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: дис. ... докт. мед. наук / Н.А. Сирота. – СПб., 1994. – 283 с.
 48. Спіріна І. Д. та співав. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ...Київ, 2017. С 1-4.
 49. Сыропятов О. Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А.Я. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: Учебное пособие. Київ, 2013. 354 с.
 50. Ушакова І.В. Регулятивна функція афективної сфери особистості/ І.В.Ушакова// Вісник Одеського національного університету: Збірник

наукових праць// Матеріали Другої міжнародної науково-практичної конференції «Культурно-історичний та соціально-психологічний потенціал особистості в умовах трансформаційних змін у суспільстві» 24-25 вересня 2010 року у м. Одеса – О.: ОНУ імені І.І. Мечникова, 2010. –Том 15.-Випуск 11: Психологія. - С.148-154.

51. Фіщенко Ю. І., Вієвський А. М., Мельник В. М. та ін. Епідеміологічні та організаційні аспекти надання інтегрованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, інфекційний гепатит та наркотичну залежність в Україні: Український пульмонологічний журнал. Київ, 2013. № 3. С. 34 – 46.
52. Халезова Н. Б., Незнанов Н. Г., Беляков Н. А. ВИЧ-инфекция и психические расстройства: современный взгляд на проблему. *Медицинский*
53. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность / Х. Хекхаузен. – Т.1. – М.: Педагогика, 1986, – 408 с.
54. Хомич Г.О., Ткач Р.М. Основи психологічного консультування. Навч.пос. Київ, 2004. 152 с. <https://nashaucheba.ru/v30649>
55. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: навч. посіб. Київ, 2005. 656 с. http://shron1.chtyvo.org.ua/Tsymbaliuk_Ivan/Psykholohichne_konsultuvannia_ta_korektsiia_Modulno-reitynhovy_i_kurs.pdf
56. Что такое паллиативная помощь? [Электронный ресурс]:
57. Шафранская К.Д. Эмоциональные характеристики и их структура.
58. Шингаров Г.Х. Эмоции и чувства как форма отражения действительности. Москва, 1971. 180 с.
59. Ялтонский В. М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: дис. докт. мед. наук / В. М. Ялтонский. – СПб. – 1995. – 396 с.
60. Billings A.G., Moos R.H. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events // *G. of Behavioral Medicine*. – 1981. – Vol.4. –№42. – P.139-157.
61. Cobb S. Social support as a moderator of life stress // *Psychosomatic Medicine*. 1976. V.38. P.300-314.

62. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis // J. of Personality and Social Psychology. 1984. Vol. 46.
63. Haan N.A. Coping and defending: Processes of self-environment organization, New York: Academic Press, 1977.
64. <http://helpme.com.ua/ru/article/id.288/cid.26/default.html>
65. Kelly G.A. The Psychology of Personal Constructs: New York, 1955. V.1,2.
66. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping / R. Lazarus. – NY:
67. Lazarus R.S., DeLongis A., Folkman S., Gruen R. Stress and adaptational outcomes-the problem of confounded measures // American Psychologist. 1985. 40. P.770-779. New York, 1984
68. Perry J. Chr. The qualification and the quantification of defense mechanism. M.P.D., MD., N.Y., 1990.
69. Petrovsky M., Birkimer J. The relationship among locus of control, coping, styles and psychological symptom reporting // J.Clinic.Psychol.-1991/-Vpl.47. – №3. – P.336-345.
70. Rotter J.B. Generalized expectancies for Internal versus External control of Reinforcement // Psychol. Monographs. 1966. V.80. P. 1-28.
71. Stone A.A., J.M. Neale. New measure of daily coping: Development and preliminarz results // J. of Personality and Social Psychology. – 1984. – Vol. 46. – N 4. P. 892-906
72. Taylor R.D. Casten R., Frickinger S.M. Influence of kinship social support on the parenting experience and psychosocial adjustment of African-American adolescents. // Dev.Psychol.–1993. –N2. –P.382-388.
73. Taylor, Sh.E. Health Psychology. McGraw-Hills, Inc.1995. Springer/ –1984. – 230 s.

ДОДАТКИ

Додаток А

Дослідження стану людини за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальника САН Тест "САН", назва якого складається з перших букв слів "Самопочуття", "Активність", "Настрій", був розроблений співробітниками Московського медичного інституту імені І. М. Сеченова: В. А. Доскіним, Н. А. Лаврентєвою, М. П. Мірошніковим і В. Б. Шарай і уперше опублікований в 1973 році. "САН" використовується для визначення функціонального стану людини і його змін впродовж певних інтервалів часу (наприклад, робочої зміни, етапів навчання і тренажу або різних періодів соціальної або медичної реабілітації). "САН" - це бланк (Табл. 38), на якому нанесені 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні сторони самопочуття, активності і настрою. Метод дослідження функціонального стану людини полягає у тому, що опитуваному пропонується поставити оцінку своєму стану (оцінити міру вираженості кожної ознаки). Шкала оцінок представлена сімома градаціями. Між парами слів розташовані цифри 3-2-1-0- 1-2-3. Завдання опитуваного полягає у тому, щоб вибрати і відмітити цифру, що найбільш точно відображає його стан на момент обстеження. Кожну категорію характеризують 10 пар слів. Десятиразове пред'явлення полярних слів - характеристик однієї і тієї ж категорії дозволяє отримати надійніші дані. Мета роботи: визначити рівень самопочуття, активності і настрою людини; провести тестування, аналіз результатів, зробити порівняння з нормативними даними літератури.

Устаткування: бланк опитувальника.

Хід роботи:

1. Особі, яку обстежують, дають інструкцію, в якій вказано, що вона повинна співставити свій стан зі шкалою 3 2 1 0 1 2 3 кожної пари ознак. Наприклад, між парою тверджень "САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ" і "САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ" розташовані цифри 3 2 1 0 1 2 3. Цифра "0" відповідає середньому самопочуттю, яке обстежуваний не може віднести ні до поганого, ні до хорошого. Одиниця, яка знаходиться зліва від "0" відображає

самопочуття - вище за середній, а цифра три - відповідає прекрасному самопочуттю. Ті ж цифри в цьому рядку, що стоять праворуч від цифри "0", аналогічно характеризують самопочуття досліджуваного нижче середнього. Таким чином, послідовно розглядається і оцінюється кожен рядок цього опитувальника. У кожному випадку, відносно кожної пари тверджень обстежуваний здійснює свій вибір відмічаючи необхідне значення шкали "3 2 1 0 1 2 3".

2. Під час обробки результатів усі оцінки перекодовують в ряд від 1 до 7, причому бал "3" шкал 3 2 1 0 1 2 3, що відповідає поганому самопочуттю, низькій активності і поганому настрою набуває значення 1, бал "0" оцінюється цифрою 4, бал 3, який відображає хороше самопочуття, високу активність і гарний настрій, набуває значення 7. Наприклад: 7 6 5 4 3 2 1 ПОЧУВАЮ СЕБЕ СИЛЬНИМ 3 2 1 0 1 2 3 ПОЧУВАЮ СЕБЕ СЛАБКИМ 1 2 3 4 5 6 7 ПАСИВНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 АКТИВНИЙ Підсумком аналізу результатів дослідження є сума значення балів по окремих шкалах - "самопочуття", "активність", "настрій".

Таблиця 38 Бланк тесту диференціальної самооцінки функціонального стану (САН)

1. САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ 3 2 1 0 1 2 3 САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ
2. ПОЧУВАЮ СЕБЕ СИЛЬНИМ 3 2 1 0 1 2 3 ПОЧУВАЮ СЕБЕ СЛАБКИМ
3. ПАСИВНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 АКТИВНИЙ
4. МАЛОРУХОМИЙ 3 2 1 0 1 2 3 РУХЛИВИЙ
5. ВЕСЕЛИЙ 3 2 1 0 1 2 3 СУМНИЙ
6. ГАРНИЙ НАСТРІЙ 3 2 1 0 1 2 3 ПОГАННИЙ НАСТРІЙ
7. ПРАЦЕЗДАТНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 РОЗБИТИЙ
8. ПОВНИЙ СИЛ 3 2 1 0 1 2 3 ЗНЕСИЛЕНИЙ
9. ПОВІЛЬНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ШВИДКИЙ
10. БЕЗДІЯЛЬНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ДІЯЛЬНИЙ
11. ЩАСЛИВИЙ 3 2 1 0 1 2 3 НЕЩАСНИЙ
12. ЖИТТЄРАДІСНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ПОХМУРИЙ
13. НАПРУЖЕНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 РОЗСЛАБЛЕНИЙ
14. ЗДОРОВИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ХВОРИЙ

15. БЕЗУЧАСНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ЗАХОПЛЕНИЙ
16. БАЙДУЖИЙ 3 2 1 0 1 2 3 СХВИЛЬОВАНИЙ
17. ЗАХОПЛЕНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 СУМОВИТИЙ
18. РАДІСНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ЗАСМУЧЕНИЙ
19. ВІДПОЧИВШИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ВТОМЛЕНИЙ
20. СВІЖИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ВИСНАЖЕНИЙ
21. СОНЛИВИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ЗБУДЖЕНИЙ
22. БАЖАННЯ ВІДПОЧИТИ 3 2 1 0 1 2 3 БАЖАННЯ ПРАЦЮВАТИ
23. СПОКІЙНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ЗАКЛОПОТАНИЙ
24. ОПТИМІСТИЧНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ПЕСИМІСТИЧНИЙ
25. ВИТРИВАЛИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ТАКИЙ, ЩО ШВИДКО СТОМЛЮЄТЬСЯ
26. БАДЬОРИЙ 3 2 1 0 1 2 3 В'ЯЛИЙ
27. МІРКУВАТИ ВАЖКО 3 2 1 0 1 2 3 МІРКУВАТИ ЛЕГКО
28. РОЗСІЯНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 УВАЖНИЙ
29. ПОВНИЙ НАДІЙ 3 2 1 0 1 2 3 РОЗЧАРОВАНИЙ
30. ЗАДОВОЛЕНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 НЕВДОВОЛЕНИЙ

Робиться розрахунок суми балів згідно ключа тесту.

Самопочуття сума балів за питання: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність сума балів за питання: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій сума балів за питання: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримана за кожною шкалою сума знаходиться в межах від 10 до 70 та поділити на 10. Вона дозволяє виявити функціональний стан індивіда в даний момент часу за принципом: показник нижче 4 – низька оцінка; 5 – 5,5 середня оцінка; від 5,5 балів - висока оцінка.

3. Заповнюється підсумкова таблиця, робиться висновок про поточний рівень самопочуття, активності та настроїв обстеженої особи.

Додаток Б

Дослідження тривожності (опитувач Спілбергера)

Вступні зауваження. Вимірювання тривоги як особистої якості особливо важливе, оскільки ця якість багато в чому обумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності – природна і обов'язкова особливість активної, діяльної особистості. У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана “корисна” тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї суттєвим компонентом самоконтролю та самовиховання. Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відображає здатність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати достатньо широкий спектр ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, розцінюється людиною як загроза, що пов'язана із специфічними ситуаціями, що загрожують її престижу, самооцінці, самоповазі. Ситуаційна, або реактивна, тривожність як стан характеризується емоціями, що переживаються суб'єктивно: напругою, турботою, занепокоєнням, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію та може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі. Особистості, що відносяться до категорії високо тривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у широкому діапазоні ситуацій та реагувати явно вираженим станом тривожності. Якщо психологічний тест виявить у респондента високий рівень особистісної тривожності, то це дасть підставу говорити про наявність у нього стану тривожності в різних ситуаціях, і особливо тоді, коли він стосується його компетенції та престижу. Більшість із відомих методів вимірювання тривожності дозволяє оцінювати лише або особистісну тривожність, або стан тривожності, або ще більш специфічні реакції. Єдиним методом, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну якість, і як стан, є метод, запропонований Ч.Д. Спілбергером.

Мета заняття. Оцінка рівня особистісної та ситуаційної тривожності.

Оснащення. Бланк шкали самооцінки Спілбергера, що включає інструкції та 40

питань, 20 із яких призначені для оцінки рівня ситуативної тривожності (СТ) та 20 – для оцінки рівня особистісної тривожності (ОТ) (додаток 3.2.1).

Послідовність роботи. Дослідження може бути проведено як індивідуально, так і в колективі. Експериментатор пропонує респондентам відповісти на питання відповідно до інструкції, що розміщена в опитувачі, і нагадує, що респонденти повинні працювати самостійно. На кожне питання існує 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності.

Обробка результатів: Визначення показників ситуаційної та особистісної тривожності за допомогою ключа (додаток 3.2.2). На основі оцінки рівня тривожності складання рекомендацій для корекції поведінки респондента. Визначення середньогрупових показників СТ, ОТ та їх порівняльний аналіз у залежності, наприклад, від статевої приналежності респондентів. При аналізі результатів самооцінки потрібно мати на увазі, що сукупний кінцевий результат за кожною із шкал може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий кінцевий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної). При інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності: до 30 балів – низька, 31-44 – помірна, 45 і більше – висока.

Додаток 3.2.1

Бланк шкал самооцінки Спілбергера

П.І.Б. _____ Стать _____
 Вік _____ Освіта _____

Шкала ситуаційної тривожності (СТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне із наведених нижче висловів і позначте цифру у відповідній графі справа в залежності від того, як ви себе почуваєте на даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

№	Висловлювання	Ні, це не так	Мабуть так	Правильно	Саме так
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я напружений	1	2	3	4
4	Я внутрішньо замкнутий	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я в розпачі	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю душевний спокій	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервуюся	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я роздратований	1	2	3	4
15	Я не відчуваю напруженості та замкнутості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я стурбований	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Шкала особистісної тривожності (ОТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне із наведених нижче висловів і позначте цифру у відповідній графі справа в залежності від того, як ви себе відчуваєте звичайно. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Висловлювання	Ні, це не так	Мабуть так	Правильно	Саме так
В мене буває веселий настрій	1	2	3	4
Я буваю роздратований	1	2	3	4
Я часто буваю в розпачі	1	2	3	4
Я хотів би, щоб мені таланило так, як і іншим	1	2	3	4
Я сильно хвилююсь через Неприємності і довго про них пам'ятаю	1	2	3	4
Я відчуваю приплив сил та бажання працювати	1	2	3	4
Я спокійний та холоднокровний	1	2	3	4
Мене хвилюють можливі труднощі	1	2	3	4
Мене занадто хвилюють дрібниці	1	2	3	4
Я буваю досить щасливим	1	2	3	4
Я все сприймаю близько до серця	1	2	3	4
Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
Я відчуваю себе беззахисним	1	2	3	4
Я намагаюсь уникати критичних ситуацій та труднощів	1	2	3	4

В мене буває “хандра”	1	2	3	4
Я буваю задоволеним	1	2	3	4
Будь-які дрібниці відволікають та хвилюють мене	1	2	3	4
Буває, що я почуваю себе невдахою	1	2	3	4
Я врівноважена людина	1	2	3	4
Мене охоплює хвилювання, Коли я думаю про свої турботи	1	2	3	4

Ключи:

Додаток 3.2.2

Ситуативна тривожність				Особистісна тривожність			
N питанн я	відповід ь	N питанн я	відповід ь	N питанн я	відповід ь	N Питанн я	відповід ь
	1 2 3 4		1 2 3 4		1 2 3 4		1 2 3 4
1	4 3 2 1	11	4 2 3 1	21	4 3 2 1	31	1 2 3 4
2	4 3 2 1	12	1 2 3 4	22	1 2 3 4	32	1 2 3 4
3	1 2 3 4	13	1 2 3 4	23	4 3 2 1	33	1 2 3 4
4	1 2 3 4	14	1 2 3 4	24	1 2 3 4	34	1 2 3 4
5	4 3 2 1	15	4 3 2 1	25	1 2 3 4	35	1 2 3 4
6	1 2 3 4	16	4 3 2 1	26	4 3 2 1	36	4 3 2 1
7	1 2 3 4	17	1 2 3 4	27	4 3 2 1	37	1 2 3 4
8	4 3 2 1	18	1 2 3 4	28	1 2 3 4	38	1 2 3 4
9	1 2 3 4	19	4 3 2 1	29	1 2 3 4	39	4 3 2 1
10	4 3 2 1	20	4 3 2 1	30	4 3 2 1	40	1 2 3 4
Сумма СТ =				Сумма ОТ =			

Додаток В

Індикатор копінг-поведінки Дж. Амірхана

Методика розроблена Д. Амірханом та призначена для діагностики домінуючих копінг-стратегій особистості. Дж. Амірхан на основі факторного аналізу різноманітних копінг-відповідей на стрес розробив Індикатор копінг-стратегій. Він виділив 3 групи копінг-стратегій: вирішення проблем, пошуку соціальної підтримки та уникнення (Amirkhan J., 1990).

«Індикатор копінг-стратегій» можна вважати одним із найбільш вдалих інструментів дослідження базисних стратегій поведінки людини. Ідея цього опитувальника у тому, що це поведінкові стратегії, які формуються в людини у процесі життя, можна поділити на три великі групи:

Стратегія вирішення проблем - це активна поведінкова стратегія, за якої людина намагається використати всі наявні в неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.

Стратегія пошуку соціальної підтримки - це активна поведінкова стратегія, за якої людина для ефективного вирішення проблеми звертається за допомогою та підтримкою до навколишнього середовища: сім'ї, друзям, значимим іншим.

Стратегія уникнення - це поведінкова стратегія, за якої людина намагається уникнути контакту з навколишньою дійсністю, уникнути вирішення проблем.

Людина може використовувати пасивні способи уникнення, наприклад, відхід у хворобу чи вживання алкоголю, наркотиків, може зовсім «позбавитися вирішення проблем», використавши активний спосіб уникнення - суїцид. Стратегія уникнення - одна з провідних поведінкових стратегій при формуванні дезадаптивної, псевдовладної поведінки. Вона спрямована на подолання або зниження дистресу людиною, яка перебуває на нижчому рівні розвитку. Використання цієї стратегії обумовлено недостатністю розвитку особистісно-середовищних копінг-ресурсів та навичок активного вирішення проблем. Однак

вона може мати адекватний або неадекватний характер залежно від конкретної стресової ситуації, віку та стану ресурсної системи особистості.

Найбільш ефективним є використання всіх трьох поведінкових стратегій, залежно від ситуації. У деяких випадках людина може самостійно впоратися з труднощами, в інших їй потрібна підтримка оточуючих, в третій він просто може уникнути зіткнення з проблемною ситуацією, заздалегідь подумавши про її негативні наслідки

Процедура проведення

Інструкція: на бланку запитань представлено кілька можливих шляхів подолання проблем, неприємностей. Ознайомившись із твердженнями, Ви зможете визначити, які із запропонованих варіантів зазвичай Вами використовуються.

Спробуйте згадати одну з серйозних проблем, з якою Ви зіткнулися за останній рік яка змусила вас неабияк турбуватися. Опишіть цю проблему кількома словами. Тепер, читаючи наведені нижче затвердження, виберіть один із трьох найбільш прийнятних варіантів відповідей для кожного затвердження.

Повністю згоден.

Згоден.

Не згоден.

2. Намагаюся зробити все так, щоб мати можливість найкращим чином вирішити проблему.
3. Здійснюю пошук усіх можливих рішень, перш ніж щось зробити.
4. Намагаюся відволіктися від проблеми.
5. Приймаю співчуття та розуміння когось.
6. Роблю все можливе, щоб не дати оточуючим можливість побачити, що мої погані справи.
7. Обговорюю ситуацію з людьми, тому що обговорення допомагає мені почуватися краще.
8. Ставлю собі низку цілей, що дозволяють поступово впоратися із ситуацією.
9. Дуже старанно зважую можливості вибору.

10. Мрію, фантазую про найкращі часи.
11. Намагаюся у різний спосіб вирішити проблему, доки не знайду найбільш підходящий.
12. Довіряю свої страхи родичу чи другу.
13. Більше часу, ніж зазвичай, проводжу один.
14. Розповідаю людям про ситуацію, оскільки тільки її обговорення допомагає мені дійти її вирішення.
15. Думаю, що потрібно зробити для того, щоб виправити положення.
16. Зосереджуюсь повністю на вирішенні проблеми.
17. Роздумую про себе план дій.
18. Дивлюся телевізор довше, ніж зазвичай.
19. Іду до когось (друга чи фахівця), щоб він мені допоміг почуватися краще.
20. Виявляю завзятість і борюся за те, що мені потрібне в цій ситуації.
21. Уникаю спілкування з людьми.
22. Перемикаюся на хобі або займаюся спортом, щоб уникнути проблеми.
23. Іду до друга, щоб він допоміг мені краще зрозуміти проблему.
24. Іду до друга за порадою – як виправити ситуацію.
25. Приймаю співчуття, взаємне розуміння друзів, у яких та сама проблема.
26. Сплю більше, ніж звичайно.
27. Фантазую про те, що все могло бути інакше.
28. Уявляю себе героєм книжок чи кіно.
29. Намагаюся вирішити проблему.
30. Хочу, щоб люди залишили мене одного.
31. Приймаю допомогу від друга чи родича.
32. Шукаю заспокоєння у тих, хто знає мене краще.
33. Намагаюсь ретельно планувати свої дії, а не діяти імпульсивно

Обробка та інтерпретація результатів тесту

Шкала «вирішення проблем» – відповіді «Так» за пунктами: 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 30.

Шкала «пошук соціальної підтримки» – відповіді «Так» за пунктами: 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32.

Шкала «уникнення проблем» – відповіді «Так» за пунктами: 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30.

Бали нараховуються за такою схемою:

Відповідь "Цілком згоден" оцінюється в 3 бали.

Відповідь "Згоден" у 2 бали.

Відповідь "Не згоден" в 1 бал.

Відповіді випробуваного порівнюються з ключем. Для отримання загального балу за відповідною стратегією підраховується сума балів за всіма 11 пунктами, що належать до цієї стратегії. Мінімальна оцінка за кожною шкалою – 11 балів, максимальна – 33 бали.

