

Олена Брежнєва, Інна Походько, Яна Куліш, Ганна Любова
Луганський національний університет імені Тараса Шевченка
Луганський державний медичний університет
Антрацитівський професійний будівельно-промисловий ліцей

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ТА ДУХОВНОЇ СФЕР ОСОБИСТОСТІ В НОРМІ ТА ПРИ РЕВМАТИЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ У КОНТЕКСТІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО САМОРЕГУЛЮВАННЯ

Сьогодні, в умовах соціально-економічної та духовної кризи, питання збереження психофізичного та духовного здоров'я набуває все більшої актуальності. Вимоги, що пред'являє сучасний соціум особистості викликають стан перенапруження нервової системи. Необхідність орієнтування у все зростаючому інформаційному потоці, забрудненість інформаційного середовища постійно додають негативної забарвленості до психофізичного стану людини, стимулюють стан стресу, а з урахуванням соціальної та економічної нестабільності і відсутності впевненості у наступному дні – створюють умови для розвитку різноманітних психоемоційних та психосоматичних порушень.

Доведено, що стан фізичного здоров'я та психологічний стан людини є взаємопов'язаними одиницями [1; 2]. Вміння особистості керувати власними психічними станами є важливим чинником збереження психофізичного здоров'я. Існують дані про те, що психічний стрес є однією з основних причин автоімунних захворювань, а стабілізація психічного стану приводить до позитивних зрушень в імунній системі (І.Серов; І.Томіліна, 1995). Досить вивчені зв'язки психологічних детермінант та деяких захворювань, зокрема, ревматологічного генезу [4; 5]. Проте, зв'язки між психоемоційним та духовним станом людини ще потребують ретельних досліджень.

Як вказує С. Добротворська, втрата людиною життєвого сенсу може стати одним з чинників виникнення психосоматичних порушень та різних адикцій [3]. Сьогодні вже розроблений психодіагностичний інструментарій, який дозволяє виміряти окремі аспекти духовного стану особистості, хоча духовність як така може бути віднесена до глибинних, сутнісних питань існування людини у світі та найвищого сенсу людського життя і не може бути повністю визначена допоміжними засобами, тому що її коріння сходять до іманентного виміру буття. В усвідомленні проблеми духовності, як у фокусі, збігаються філософські, релігійні, культурні, моральні, естетичні, екологічні, психолого-педагогічні шляхи пізнання феномену людини [6; 7; 8]. Духовна сфера, ієрархія цінностей є найвищим шаблоном саморегулювання людини як в

плані виробки провідної смисложиттєвої траєкторії, також й у повсякденному житті, збереженні духовної рівновагі та здоров'я на всіх рівнях.

Зважаючи на актуальність цієї тематики, ми зробили спробу дослідити та порівняти деякі показники психологічного та духовного стану осіб, які вважають себе здоровими, та тих, хто страждає на соматичну, зокрема, ревматологічну патологію в контексті вивчення здатності особистості до

У дослідженні взяли участь 47 респондентів: 20 осіб, хворих на ревматологічну патологію (подагра) та 27 здорових осіб, які склали контрольну групу. Нами використовувались наступні методи: спостереження, бесіда та експериментальні методики, а саме: анкета визначення рівня духовного здоров'я (М. Гончаренко, Е. Карачинська, В. Новикова, 2008); методика вивчення духовної рівноваги особистості за Г. Нікіфоровим (2008); методика експрес-діагностики емпатії за І. Юсуповим (2003); методика «Опитувальник втрат та придбань» – ОПП, для визначення індексу ресурсності опору стресу за Н. Водоп'яноюю та М.Штейном, визначення «Індексу якості життя» за Н. Водоп'яноюю, а також методика виявлення ціннісних пріоритетів «Здійснення бажань» за Е. Помиткіним (2005). Всі показники були оброблені статистично.

Нами були отримані наступні дані: в основній групі за даними методики ОПП всі показники індексу ресурсності опору стресу (100%) були низькими. За даними методики «Визначення якості життя» в групі хворих превалював середній рівень індексу якості життя – у 77 % випадків, високого рівню визначено не було; у 13 % респондентів був зареєстрований низький ІКЖ (що може відбивати суб'єктивну незадоволеність цих осіб власним життям за низкою показників, в тому числі: особистісними досягненнями, здоров'ям, колом спілкування, відчуттям підтримки, що дозволяє виміряти ця методика).

За даними експрес-діагностики емпатії було з'ясовано, що у більшості респондентів реєструвався середній її рівень (53%); високий рівень емпатії був зареєстрований у 30 % респондентів; низький – у 17%. Аналіз методики «Духовна рівновага» довів, що у 61% респондентів спостерігався її середній рівень, у 23% - високий та 16 % відрізнялися духовною невірноваженістю; щодо показників духовного здоров'я – у 61 % осіб спостерігалися його високі показники, у 31 % - середні та у 8 % - низькі.

В ієрархії цінностей в основній групі на перше місце вийшли сімейні цінності (6,4 балів), на друге – цінності індивідуальні, третє місце посіли соціальні цінності, а останнє – духовні цінності. В групі контролю отримані дані були дещо іншими.

Індекс ресурсності опору стресу у 22 % осіб був високим, що свідчить про достатню спроможність людини протистояти різноманітним негативним чинникам; у 15 % осіб він був середнього рівня і у 63 % цей показник був низьким (проти 100 % хворих). Методика визначення індексу якості життя

довела, що в цій групі превалював середній ІКЖ – у 63 % випадках (17 осіб), у 26 % респондентів цей показник знаходився у межах високих значень, а у 11 % він був низьким. Показники емпатії в більшості випадків знаходились на середньому рівні (77%), у 18% осіб вони були низькими, а у 14 % - високими. За показниками духовної рівноваги 17 респондентів, що відповідає 63% демонстрували її високий рівень, у 33 % був середній рівень духовної рівноваженості і у 4% - її низький рівень. За методикою визначення духовного здоров'я у осіб контрольної групи у 85 % випадків спостерігався його високий рівень і у 15 – середній, що відображено у таблиці.

Таблиця

| Показники | Основна група, % | | | Контроль, % | | |
|--------------------|------------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | Низький рівень | Середній рівень | Високий рівень | Низький рівень | Середній рівень | Високий рівень |
| Індекс ресурсності | 100 | - | - | 63 | 15 | 22 |
| ІКЖ | 13 | 77 | - | 11 | 63 | 26 |
| Емпатія | 17 | 53 | 30 | 18 | 77 | 14 |
| Духовна рівновага | 16 | 61 | 23 | 4 | 33 | 63 |
| Духовне здоров'я | 8 | 31 | 61 | - | 15 | 85 |

Ієрархія цінностей в контролі була такою: на першому місці опинилися сімейні цінності (також як і в основній групі); друге місце посіли цінності духовні, третє – індивідуальні і останнє – соціальні цінності.

Отже, проводячи порівняльний аналіз отриманих даних (див. таблицю), можна стверджувати, що показники здорових осіб та респондентів, хворих на ревматичну патологію, різняться. Так, розподіл даних за таким найважливішим психофізіологічним показником здатності людини до психічного саморегулювання, як індекс ресурсності опору стресу свідчить про те, що хворі майже не мають такого ресурсу; серед них відсутні також високі показники індексу якості життя, в той час, як у виборці здорових осіб 26 % мають високі показники ІКЖ; а ось стосовно емпатії виявилось, що хворі на ревматичну патологію більш емпатичні, ніж здорові люди, а отже – й більш емоційно вразливі. Показники, що характеризують особливості духовного світу людини свідчать, що в групі хворих у порівнянні з контролем, на 12 % частіше спостерігається духовна невірноваженість, а осіб з високим рівнем духовної рівноваги на 40% менше, ніж у контролі, що свідчить про те, що у хворих осіб здатність до психологічного та духовного саморегулювання значно нижча, ніж у здорових. Показники духовного здоров'я особистості теж не однакові: хоча в обох групах превалюють високі показники, однак, серед здорових осіб на 24 % частіше спостерігається високий рівень духовного здоров'я, а низький рівень

відсутній взагалі, в той час, як серед хворих у 8 % осіб був виявлений низький рівень духовного здоров'я. Цікавими здаються й розбіжності у ієрархії цінностей представників обох груп: хоча на перше місце в обох групах вийшли сімейні цінності, у групі здорових осіб друге місце зайняли цінності духовні, тоді як у хворих на ревматичну патологію духовні цінності опинились на непрестижному останньому місці, а друге місце посіли індивідуальні цінності. Отже, це може додатково свідчити на користь зрушень у цілісній системі саморегулювання хворих людей, починаючи зі сфери цінностей.

Таким чином, в результаті експериментального дослідження було встановлено, що здорові особи і ті, що хворіють на ревматичну патологію, мають низку розбіжностей як за психоемоційними показниками також й за особливостями їх духовного світу та ціннісної сфери, зокрема, за здатністю до психологічного саморегулювання. Знання цих особливостей може допомогти у створенні комплексної системи психологічного супроводу хворих людей, до якої обов'язково увійдуть засоби підвищення стресостійкості, розвиток особистісної рефлексії, психоемоційної та духовної рівноваги, навичок саморегулювання, усвідомлення та розвиток власної системи ціннісних пріоритетів та глибинних смисложиттєвих домінант.

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. — М.: Книга, 2000. — 372 с.;
2. *Александр Ф., Селесник Ш.* Психосоматический подход в медицине. Психосоматика. — Минск. — 2003. — С. 129-151;
3. *Добротворская, С.* Духовное здоровье молодежи. // Народное образование. — 2002. - №2. — с. 163-167;
4. *Кочюнас Р., Гуобис Г.* Психологические аспекты ревматоидного артрита // Ревматология. — 1983. — № 1. — С. 60-67;
5. *Крыжановская Н. С., Балабанова Р. М.* Ревматоидный артрит в свете психологических проблем // Терапевтический архив. — 2000. - № 5. — С. 79-82;
6. *Тюріна Т. Г.* Формування духовних ціннісних орієнтацій – нагальна потреба нашої доби // Вісник Львівського університету. Серія педагогічна. 2006. Вип.21. Ч. 1. — С. 104 – 112;
7. *Флоренская Т. А.* Проблема психологии катарсиса как преобразования личности // Психологические механизмы регуляции социального поведения. — М.: Наука, 1979. — С. 151-175;
8. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс. 1990. — 386 с.