ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА АВТОРСЬКОЇ ПРОГРАМИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Ониськовець Богдана Іванівна¹

¹Аспірантка Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук
України, м. Київ (Україна)

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3057-4913>

UDC: 159.96

АНОТАЦІЯ

У статті викладено результати експериментальної перевірки авторської програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

Визначено основні психофізіологічні показники емоційного стану жінок літнього віку, що впливають на розвиток ішемічної хвороби серця. До них належать: алекситимія, депресивність, відкритість, тривожність, невротичність, товариш-кість, емоційна лабільність.

Використано методики: «Торонтська Алекситимічна Шкала», «Шкала Гамільтона для оцінки депресії», «Шкала Гамільтона для оцінки тривожності», «Шкали астеничного стану», «Опитувальник нервово-психічної напруги», «Опитувальник визначення стану агресії», «Опитувальник FPI», відповідно до теоретично визначених показників емоційної сфери жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця.

Встановлено, що для психофізіологічних показників депресивності, тривожності, невротичності, відкритості, емоційної лабільності зафіксовано значущість за допомогою Т-критерію Вілкоксона, що вказує на те, що зміна цих показників відбулась в результаті впровадженні нами методики із імовірністю понад 99%.

Доведено ефективність корекційної програми, що в подальшому може використовуватись психологами, як психокорекційна складова загального комплексу заходів під час амбулаторного лікування ішемічної хвороби серця та її психопровілактики.

Ключові слова: психокорекція, емоційний стан, ішемічна хвороба серця, жінки літнього віку.

Постановка проблеми.

У наш час серцево-судинні захворювання викликають майже 40% усіх випадків смерті серед населення більшості розвинутих країн Європи. В Україні хвороби системи кровообігу (ХСК) у 2017 році зумовили 63,0% усіх смертей (у містах – 61,4%, у селах – 65,5%). На цю патологію припадає понад 60% смертей осіб пенсійного віку.

У розвинутих країнах смертність від ХСК постійно знижується, в Україні ж вона з кінця 60-х років неухильно підвищується. Жінки літнього віку із симп-

томами психологічного стресу, після перенесеного інфаркту мають удвічі більшу смертність протягом 5 років, навіть якщо всі інші фактори ризику захворювання контролюються. Відповідно існує потреба у розробленні та апробації авторської програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Роль психічних факторів в патогенезі гіпертонічної хвороби була показана як кардіологами, так і психіатрами і психологами (Заїка, Зимовін, 2018; Мен-

делевич, 2005). Знання основних механізмів розвитку гіпертонічної хвороби допомагає свідоміше сприймати лікарські поради щодо впорядкування, регламентації праці і відпочинку. Ці поради засновані на тому, що для запобігання прогресу гіпертонічної хвороби очевидна необхідність зниження інтенсивності нервово-емоційної напруги, створення умов для розрядки "заряду" емоцій.

Поняття «ішемія» - визначається як зменшення кровопостачання ділянки тіла, органу або тканини - внаслідок ослаблення або припинення припливу артеріальної крові (Василук, 1984). Ішемічна хвороба серця (ІХС) - являє собою захворювання серцевого м'яза, обумовлене порушенням рівноваги між коронарним кровотоком і метаболічними потребами міокарда. Деякі вітчизняні та зарубіжні кардіологи вважають літній вік фактором ризику, що перешкоджає застосуванню інтервенційних технологій. Літні пацієнти з комплексом супутніх захворювань мають більший ризик захворювання на ІХС. (Назаров, 2018). Безсумнівно, потребує наукових розробок відповідна програма корекції та реабілітації цих хворих.

У низці досліджень відзначено значущість впливу психологічних і соціальних факторів на перебіг серцево-судинних захворювань. До факторів негативного впливу відносять психоемоційну напругу, тип особистості, шкідливі звички та інші особливості способу життя (Галецька, 2007).

Досліджено, що серцево - судинна система проявляє універсальну схильність до негативних емоцій (Страхова, 2018). Н.О. Світлична дослідила, що фактором розвитку інфаркту міокарда є дія неврогенних факторів (Світлична, 2011).

Досліджуючи проблему психологічних факторів ризику ІХС слід зазначити, що неостання роль відводиться емоційному стресу у виникненні та перебігу захворювання і психологічним властивостям особистості (Izard, 2008).

Останні дослідження підтвердили, що злоба і негативізм підвищують ризик ІХС за рахунок збільшення кардіоваскулярної реактивності. Автори Є.В. Арсланбекова, Н.О. Світлична вважають, що хворі скаргаються на відчуття тривоги і страху, що пов'язане з емоційними реакціями на несприятливі зовнішні фактори, порушення сну, підвищення емоційної лабільності,

які обумовлені емоціями болю в області серця (Арсланбекова, 2011; Світлична 2011).

За експериментальними даними Є.В. Заїки та А.І. Зимовіна, які використовували методики СМОЛ та Спілбергера-Ханіна було визначено, що виражені ознаки соціально-психологічної дезадаптації з вираженими психологічними відхиленнями з переважанням іпохондричного і тривожного синдромів, а також низька психологічна стійкість до дії стресових ситуацій погіршує перебіг та прогноз захворювання (Заїка, Зимовін 2018).

Ф.Е. Василюк описуючи картину особистості хворих на ІХС зазначав, що таким особам притаманна гіперадаптація, прагнення до соціального успіху, орієнтація на змагання та працю, постійний поспіх, нетерпіння, напруга (Василюк, 1984).

Як зазначає І.І. Галецька, при аналізі особистісних особливостей хворих на ІХС, в останні роки вважається важливою причиною виникнення ішемії, собистість - основною характеристикою якої вважається поєднання підвищеного рівня негативних емоцій з інтенсивною тенденцією пригнічувати їх вираження в соціальних контактах і міжособистісній взаємодії. (Галецька, 2007).

Л. А. Перелігіна, відзначає низьку фрустраційну толерантність хворих з ІХС, формування вираженої тривоги в ситуаціях перешкод на шляху реалізації планів. Отримані дані свідчать про те, що хворі стенокардією, що в подальшому померли від інфаркту міокарда, відрізнялися тривожністю, іпохондрією, схильністю до депресії та мали психастенічні риси (Перелігіна, 2011).

За результатами іншого дослідження, при вивченні особистісних особливостей хворих на ІХС, відзначалися циклотимні риси, а також тенденція стримувати зовнішній прояв емоційних реакцій (N. Mak-Vilyams, 2007).

Виявлено переважання шкали іпохондрії в профілі ММРІ у хворих інфарктом міокарда.

Б.Д. Карвасарській зазначає, що виникнення серцево - судинної патології пов'язане з активною участю в цьому процесі потреб і мотивів особистості. Є дані про детермінованість психологічної реакції на хворобу преморбідними властивостями особистості хворих на ІХС (Карвасарській, 2008).

Розглядаючи особистісні чинники ІХС, слід також вказати психодинамічний опис даної проблеми. Відзначається, що важливими емоційними факторами при розладах серцевої діяльності є хронічна тривога та агресивні імпульси. Агресивність може стимулювати тривогу, а тривога підсилює агресивність, утворюючи замкнене коло. В рамках популяційного скринінгу проєкту ВООЗ була обстежена випадкова репрезентативна вибірка чоловіків. Депресію вивчали за допомогою діагностичного Мінесотського опитувальника, адаптованого ВООЗ. Дослідження показало значну поширеність ІХС при наявності депресії, особистісної тривожності та відсутності ІХС (N. Mak-Vilyams, 2007).

Метою дослідження експериментальна перевірка авторської програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

Методи дослідження та їх обґрунтування.

Відповідно до теоретично обґрунтованого уявлення про особливості емоційної сфери жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця для проведення емпіричного дослідження в якості психодіагностичного інструментарію було обрано методики: «Торонтська Алекситимічна Шкала» Дж. Тейлор, «Шкала Гамільтона для оцінки депресії» М. Hamilton, «Шкала Гамільтона для оцінки тривожності» М. Гамільтон, «Шкали астеничного стану (ШАС), Л. Д. Малкова, «Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН) Т.А.Немчина, «Опитувальник визначення стану агресії» А. Басса та А. Даркі, «Опитувальник FPI» (фотма В).

У дослідженні взяли участь 52 респондентів похилого віку. Із загальної групи жінок ($n = 52$) нами були сформовані контрольна та експериментальна групи. До контрольної увійшло 18 пацієнтів, а до експериментальної, відповідно, 34 жінки, хворих на ІХС.

Задля реалізації поставленої мети, ми використовували загальнотеоретичні методи: аналіз і синтез літератури з проблеми вивчення емоційних станів в контексті психосоматичного підходу та зокрема серцевосудинних захворювань жінок літнього віку; порівняння, систематизація, узагальнення, інтерпретація наявних теоретичних підходів та емпіричних результатів. методи математичної статистики (описові статистики, кореляційний рангова кореляція Спірмена; методи по-

рівняння середніх – t-критерій Стюдента для незалежних та залежних вибірок; непараметричний T – критерій Вілкоксона). Для оцінки тісноти зв'язку – шкала Чеддока. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програм пакету IBM SPSS Statistics 22.0.00.

Виклад основного матеріалу.

Виходячи із аналізу медико-психологічної літератури були визначені компоненти емоційних станів жінок літнього віку хворих на ішемічну хворобу серця.

Результати значення основних елементів попереднього дослідження розрахованих за допомогою критерію U Манна-Уїтні: алекситимія ($U_{\text{емп}} = 502.5$); депресивність (за Шкалою Гамільтона - $U_{\text{емп}} = 732.5$, а за опитувальником FPI - $U_{\text{емп}} = 631.5$); тривожність (за Шкалою Гамільтона $U_{\text{емп}} = 568$); астения ($U_{\text{емп}} = 675$); негативізм ($U_{\text{емп}} = 638$); роздратування ($U_{\text{емп}} = 638.5$); невротичність ($U_{\text{емп}} = 324.5$); товариськість ($U_{\text{емп}} = 744$); відкритість 687); емоційна лабільність ($U_{\text{емп}} = 572.5$).

Наступним нашим кроком було розробка та впровадження авторської програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця. Програма була створена на основі проведеного нами дослідження, з урахуванням визначених компонентів психоемоційних станів пацієнтів з ІХС. Комплекс заходів психокорекції складався з 3-х блоків, що мали різні цілі та змістовне наповнення: покращення психоемоційних характеристик особистості; покращення фізичного стану, підвищення витривалості та працездатності. По закінченню формувального етапу експерименту було проведено повторне тестування жінок похилого віку, хворих на ІХС.

Порівняємо результати повторного тестування респондентів як експериментальної, так і контрольної групи на обох етапах дослідження.

Статистична значимість отриманого коефіцієнта оцінюємо за допомогою t-критерію Стюдента. Якщо розраховане значення t-критерію менше за табличне при заданому числі ступенів свободи, статистична значимість взаємозв'язку, що спостерігається у дослідженні відсутня. Якщо більше, то кореляційний зв'язок вважається статистично значущим

Таблиця 1.

«Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, алекситимія»

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	48	48	0	0	0	18	81	81	0	0	0
2	50	52	2	2	22	19	85	85	0	0	0
3	51	52	1	1	10	20	86	85	-1	1	10
4	54	55	1	1	10	21	87	89	2	2	22
5	60	60	0	0	0	22	87	88	1	1	10
6	61	63	2	2	22	23	88	87	-1	1	10
7	65	64	-1	1	10	24	89	90	1	1	10
8	66	66	0	0	0	25	95	95	0	0	0
9	66	66	0	0	0	26	95	96	1	1	10
10	69	68	-1	1	10	27	96	95	-1	1	10
11	73	73	0	0	0	28	97	98	1	1	10
12	74	76	2	2	22	29	99	99	0	0	0
13	76	75	-1	1	10	30	99	98	-1	1	10
14	77	78	1	1	10	31	101	100	-1	1	10
15	79	81	2	2	22	32	102	102	0	0	0
16	80	79	-1	1	10	33	103	102	-1	1	10
17	81	82	1	1	10	34	103	104	1	1	10
Сума рангів нетипових зсувів:											100

Першим критерієм, динаміку змін якого ми оцінили стала алекситимія (табл. 1).

За нетиповий зсув було прийнято «зменшення значення».

Значення контрольної групи $T_{емп} = 66$; критичні значення при $n = 16$: $p \leq 0,01$: $T_{кр} = 23$; $p \leq 0,05$: $T_{кр} = 35$.

Зміни для показників алекситимії виявились несуттєвими.

Наступним критерієм для порівняння розглянемо депресивність (табл. 2), обраховану за шкалою Гамільтона. Розглянемо Т-критерій Вілкоксона для експе-

риментальної групи. За нетиповий зсув було прийнято «збільшення значення». (Див. ст. 20)

Результат порівняння: $T_{емп} = 25,5$;

Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{кр} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{кр} = 200$ (рис. 1);

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень депресії запропонованою нами на етапі фомального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Для визначення ступеню цих зрушень (тісноти, сили) скористуємось коефіцієнтом кореляції Спірмена

Рис. 1. Вісь значущості Т-критерій Вілкоксона для : $T_{емп} = 25,5$, $n = 34$

Таблиця 2.

«Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, шкала Гамільтона для депресії»

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	2	2	0	0	9.5	18	4	5	1	1	25.5
2	2	2	0	0	9.5	19	5	5	0	0	9.5
3	2	2	0	0	9.5	20	5	5	0	0	9.5
4	2	2	0	0	9.5	21	7	5	-2	2	33.5
5	3	2	-1	1	25.5	22	8	6	-2	2	33.5
6	3	3	0	0	9.5	23	8	7	-1	1	25.5
7	3	3	0	0	9.5	24	8	7	-1	1	25.5
8	3	3	0	0	9.5	25	8	7	-1	1	25.5
9	3	3	0	0	9.5	26	8	8	0	0	9.5
10	3	3	0	0	9.5	27	9	8	-1	1	25.5
11	3	3	0	0	9.5	28	9	8	-1	1	25.5
12	3	3	0	0	9.5	29	9	8	-1	1	25.5
13	4	3	-1	1	25.5	30	9	8	-1	1	25.5
14	4	3	-1	1	25.5	31	9	9	0	0	9.5
15	4	3	-1	1	25.5	32	9	9	0	0	9.5
16	4	3	-1	1	25.5	33	9	9	0	0	9.5
17	4	4	0	0	9.5	34	10	9	-1	1	25.5
Сума рангів нетипових зсувів:											25.5

(р) та його інтерпретацією за допомогою дорівнює шкалу Чеддока.

Критичне значення критерію Спірмена при даному числі ступенів свободи становить 0.34.

$\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,05$).

Зв'язок між досліджуваними ознаками - прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока - дуже висока. Число ступенів свободи (f) становить 32.

Для контрольної групи за нетиповий зсув було прийнято «зменшення значення» (табл.3).

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 35$;

Критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 47$;

Таким чином, можна відзначити, що для контрольної групи явного зв'язку у вимірюваннях на обох етапах не спостерігається. Отже, ми отримали підтвердження, що зменшення депресії досягнуте не просто після формувального етапу експерименту, а ще й завдя-

Таблиця 3.

«Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для контрольної групи»

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	2	2	0	0	8.5	9	4	4	0	0	8.5
2	2	2	0	0	8.5	10	4	4	0	0	8.5
3	3	3	0	0	8.5	11	5	5	0	0	8.5
4	3	3	0	0	8.5	12	8	7	-1	1	17.5
5	3	3	0	0	8.5	13	8	8	0	0	8.5
6	3	3	0	0	8.5	14	8	8	0	0	8.5
7	4	4	0	0	8.5	15	9	8	-1	1	17.5
8	4	4	0	0	8.5	16	9	9	0	0	8.5
Сума рангів нетипових зсувів											35

Рис. 2. Вісь значущості Т-критерій Вілкоксона для : $T_{\text{емп}} = 35$, $n = 18$

ки здійсненому нами цілеспрямованому впливу, оскільки в контрольній групі таких змін не відбулось.

Розглянемо зміни в психоемоційному стані експериментальної групи, що були визначені за шкалою *тривожності* (табл. 4). За нетиповий зсув було прийнято «нульове значення».

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 10$;

Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{\text{кр}} = 200$;

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень тривожності запропонованою нами на етапі формального експерименту мето-

дикою відбулися позитивні зрушення.

Коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.981.

Зв'язок між досліджуваними ознаками – прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока – дуже висока. Число ступенів свободи (f) становить 32.

Критичне значення критерію Спірмена при даному числі ступенів свободи становить 0.34. Тобто $\rho_{\text{спост}} > \rho_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,05$), що, власне, валідуює результат, отриманий для Т-критерію Вілкоксона.

Для контрольної групи результат порівняння:

$T_{\text{емп}} = 80$;

Критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} =$

Таблиця 4.

«Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, шкала Гамільтона для тривожності»

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	15	15	0	0	2.5	18	22	20	-2	2	22.5
2	16	15	-1	1	11.5	19	23	21	-2	2	22.5
3	17	15	-2	2	22.5	20	23	22	-1	1	11.5
4	17	15	-2	2	22.5	21	23	22	-1	1	11.5
5	19	16	-3	3	29.5	22	23	22	-1	1	11.5
6	19	16	-3	3	29.5	23	23	22	-1	1	11.5
7	19	16	-3	3	29.5	24	24	22	-2	2	22.5
8	19	16	-3	3	29.5	25	25	22	-3	3	29.5
9	20	16	-4	4	33.5	26	25	24	-1	1	11.5
10	20	16	-4	4	33.5	27	25	23	-2	2	22.5
11	20	17	-3	3	29.5	28	26	25	-1	1	11.5
12	20	19	-1	1	11.5	29	26	25	-1	1	11.5
13	20	19	-1	1	11.5	30	26	25	-1	1	11.5
14	20	20	0	0	2.5	31	26	25	-1	1	11.5
15	20	20	0	0	2.5	32	27	25	-2	2	22.5
16	21	20	-1	1	11.5	33	27	26	-1	1	11.5
17	22	20	-2	2	22.5	34	27	27	0	0	2.5
Сума рангів нетипових зсувів:											10

32; $p \leq 0,05$; $T_{кр} = 47$;

Отримане емпіричне значення $T_{емп}$ знаходиться в зоні незначущості. А отже зміни тривожності жінок похилого віку, хворих на ІХС відбулися на краще, завдяки впливу розробленої нами методики, а не завдяки іншим чинникам.

Розглянемо шкалу *невротичності* для експериментальної групи (табл. 5).

За нетиповий зсув було прийнято «нульове значення».

Результат порівняння: $T_{емп} = 78$;

Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{кр} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{кр} = 200$;

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень тривожності запропонованою нами на етапі формального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.986

Зв'язок між досліджуваними ознаками прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока дуже висока.

Отримане емпіричне значення $T_{емп} = 66$ ($T_{кр} = 32$; $p \leq 0,05$; $T_{кр} = 47$). Зміни рівня невротизації особис-

тості в контрольній групі знаходиться в зоні незначущості. А отже невротичність жінок похилого віку, хворих на ІХС знизилась, завдяки впливу розробленої нами методики.

Розглянемо таку психоемоційну якість як *товариськість* (табл. 6). За нетиповий зсув було прийнято «збільшення значення». (Див. ст. 23)

Результат порівняння: $T_{емп} = 319$; критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{кр} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{кр} = 200$;

Таким чином, результат незначущий.

Для контрольної групи результат порівняння: $T_{емп} = 48$; критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{кр} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{кр} = 47$;

Отримане емпіричне значення $T_{емп}$ знаходиться в зоні незначущості.

Отже, відповідно до визначеного Т-критерію Вілкоксона, можна стверджувати, що розроблений нами комплекс вправ не спричинив суттєвої зміни такої характеристики як товариськість жінок похилого віку, що мають ішемічну хворобу серця.

Наступною характеристикою є *відкритість*, рівень якої ми тестували за шкалою ІХ опитувальника

Таблиця 5.

«Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, для шкали І (невротичність) опитувальника FPI»

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	5	5	0	0	6.5	18	10	9	-1	1	23
2	5	5	0	0	6.5	19	10	10	0	0	6.5
3	5	5	0	0	6.5	20	11	10	-1	1	23
4	6	5	-1	1	23	21	12	10	-2	2	34
5	6	6	0	0	6.5	22	12	11	-1	1	23
6	6	6	0	0	6.5	23	12	11	-1	1	23
7	7	6	-1	1	23	24	12	12	0	0	6.5
8	7	6	-1	1	23	25	13	12	-1	1	23
9	7	6	-1	1	23	26	13	13	0	0	6.5
10	7	7	0	0	6.5	27	14	13	-1	1	23
11	8	7	-1	1	23	28	14	13	-1	1	23
12	8	7	-1	1	23	29	14	13	-1	1	23
13	8	7	-1	1	23	30	14	13	-1	1	23
14	8	8	0	0	6.5	31	14	14	0	0	6.5
15	9	8	-1	1	23	32	15	14	-1	1	23
16	9	9	0	0	6.5	33	15	14	-1	1	23
17	10	9	-1	1	23	34	15	14	-1	1	23
Сума рангів нетипових зсувів:											78

FPI (табл. 7). За нетиповий зсув було прийнято
«зменшення значення».

Результат порівняння: $T_{\text{емп}} = 26$;
Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{\text{кр}} =$

Таблиця 6.
«Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, для шкали V
(товарищність) опитувальника FPI»

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	3	3	0	0	12	18	7	7	0	0	12
2	3	3	0	0	12	19	7	8	1	1	29
3	3	3	0	0	12	20	8	8	0	0	12
4	3	4	1	1	29	21	8	8	0	0	12
5	3	4	1	1	29	22	8	8	0	0	12
6	4	4	0	0	12	23	9	9	0	0	12
7	4	4	0	0	12	24	9	9	0	0	12
8	4	5	1	1	29	25	9	9	0	0	12
9	4	5	1	1	29	26	9	9	0	0	12
10	5	5	0	0	12	27	9	10	1	1	29
11	5	5	0	0	12	28	10	10	0	0	12
12	5	6	1	1	29	29	10	10	0	0	12
13	5	6	1	1	29	30	10	10	0	0	12
14	5	6	1	1	29	31	10	10	0	0	12
15	6	7	1	1	29	32	10	10	0	0	12
16	6	7	1	1	29	33	11	11	0	0	12
17	7	7	0	0	12	34	11	11	0	0	12
Сума рангів нетипових зсувів:											319

Таблиця 7.

«Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, для шкали IX (відкритість)
опитувальника FPI»

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	3	4	1	1	26	18	6	7	1	1	26
2	3	4	1	1	26	19	6	7	1	1	26
3	4	4	0	0	9.5	20	6	7	1	1	26
4	4	4	0	0	9.5	21	7	7	0	0	9.5
5	4	4	0	0	9.5	22	7	8	1	1	26
6	4	4	0	0	9.5	23	7	8	1	1	26
7	4	4	0	0	9.5	24	7	8	1	1	26
8	4	5	1	1	26	25	8	8	0	0	9.5
9	4	5	1	1	26	26	8	8	0	0	9.5
10	4	5	1	1	26	27	8	9	1	1	26
11	5	5	0	0	9.5	28	8	9	1	1	26
12	5	5	0	0	9.5	29	8	9	1	1	26
13	5	5	0	0	9.5	30	9	9	0	0	9.5
14	5	5	0	0	9.5	31	9	9	0	0	9.5
15	5	5	0	0	9.5	32	10	9	-1	1	26
16	5	5	0	0	9.5	33	10	10	0	0	9.5
17	5	7	2	2	34	34	10	10	0	0	9.5
Сума рангів нетипових зсувів:											26

162; $p \leq 0,05$; $T_{кр} = 200$;

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень відкритості запропонованою нами на етапі фомального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.988

Зв'язок між досліджуваними ознаками прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока дуже висока.

Для контрольної групи результат порівняння: $T_{емп} = 32$ (критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{кр} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{кр} = 47$;))

Отримане емпіричне значення $T_{емп}$ знаходиться в зоні невизначеності. Таким чином, можна відзначити, що для контрольної групи явного зв'язку у вимірюваннях на обох етапах не спостерігається.

Робимо висновок, що у результаті впровадження розробленої нами методики відбулися значні позитивні зміни у відкритості опитаних нами респондентів.

Останньою нами була розглянута *емоційна лабільність* (табл. 8). За нетиповий зсув було прийнято «нульове значення».

Результат порівняння: $T_{емп} = 105$;

Критичні значення при $n = 34$: $p \leq 0,01$: $T_{кр} = 162$; $p \leq 0,05$: $T_{кр} = 200$;

Таким чином було визначено, що Т-критерій Вілкоксона попадає у зону значущості, а отже у результаті проведення впливу на рівень відкритості запропонованою нами на етапі фомального експерименту методикою відбулися позитивні зрушення.

Коефіцієнт кореляції Спірмена дорівнює 0.987

Зв'язок між досліджуваними ознаками прямий, тіснота (сила) зв'язку за шкалою Чеддока дуже висока.

Для контрольної групи результат порівняння: $T_{емп} = 31$ (критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $T_{кр} = 32$; $p \leq 0,05$: $T_{кр} = 47$;))

Отримане емпіричне значення $T_{емп}$ знаходиться в зоні значущості.

Оскільки значення емоційної лабільності за Т – критерієм Вілкоксона попадають в зону значущості і для контрольної і для експериментальної груп, то виникає питання, чи однакові зміни в обох групах. Якщо зміни однакові, то необхідне додаткове дослідження стосовно їх природи. Якщо ж взаємозалежність відсутня, то високий рівень значущості експериментальної і контрольної груп зумовлений різними причинами. Порів-

Таблиця 8.

«Розрахунок суми рангів нетипових зсувів для експериментальної групи, для шкали ХІ (емоційна лабільність) опитувальника FPI»

N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву	N	До	Після	Зсув d_i	Абс. знач. зсуву	Ранговий номер зсуву
1	5	5	0	0	7.5	18	10	10	0	0	7.5
2	5	5	0	0	7.5	19	10	10	0	0	7.5
3	5	5	0	0	7.5	20	11	10	-1	1	24
4	5	5	0	0	7.5	21	11	11	0	0	7.5
5	7	6	-1	1	24	22	11	11	0	0	7.5
6	7	6	-1	1	24	23	12	11	-1	1	24
7	7	6	-1	1	24	24	12	11	-1	1	24
8	7	6	-1	1	24	25	12	11	-1	1	24
9	8	7	-1	1	24	26	13	12	-1	1	24
10	8	7	-1	1	24	27	13	13	0	0	7.5
11	9	7	-2	2	34	28	13	13	0	0	7.5
12	9	8	-1	1	24	29	14	13	-1	1	24
13	9	8	-1	1	24	30	14	13	-1	1	24
14	9	9	0	0	7.5	31	14	13	-1	1	24
15	10	9	-1	1	24	32	14	13	-1	1	24
16	10	9	-1	1	24	33	14	14	0	0	7.5
17	10	10	0	0	7.5	34	14	14	0	0	7.5
Сума рангів нетипових зсувів:											105

вняти значення вибірок, для визначення взаємозалежності, скориставшись U-критерієм Манна-Уїтні.

Результат порівняння: $U_{\text{емп}} = 278.5$;

Критичні значення при $n = 18$: $p \leq 0,01$: $U_{\text{кр}} = 184$; $p \leq 0,05$: $U_{\text{кр}} = 219$;

Отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 278.5$ знаходиться в зоні незначущості.

Таким чином, отримані вибірки не взаємопов'

вбірки жінок похилого віку з ІХС (табл. 10).

Наведені у таблиці дані свідчать про наявність ряду позитивних змін. Для п'яти із семи психофізіологічних показників зафіксовано значущість T-критерія Вілкоксона ($T < T_{\text{кр}}$, при $p \leq 0,01$), що вказує на те, що зміна цих показників відбулась в результаті впроваджені нами методики із імовірністю понад 99% (депресивність, тривожність, невротичність, відкри-

Таблиця 9.

«Розрахунок різниці значень емоційної лабільності для контрольної і експериментальної груп на обох зрізах»

	Низька			Середня			Низька		
	Було	Стало	%	Було	Стало	%	Було	Стало	%
КГ	4	3	-5,56%	8	9	5,56%	6	6	0,00%
ЕГ	8	11	8,82%	14	14	0,00%	12	9	-8,82%

язані досягли значущості незалежно одна від іншої.

Розглянемо таблицю, яка дозволить нам зробити висновок, який вплив на стан емоційної лабільності суттєвіший: традиційний (контрольна група), чи вплив, спричинений запропонованим нами комплексом вправ (експериментальна група) (табл.9).

Як бачимо, для експериментальної групи збільшилась кількість респондентів із низькою лабільністю

тість, емоційна лабільність).

Для інших двох психофізіологічних показників (алекситимія і товариськість) дослідження динаміки показало наявність незначних позитивних змін, які не потрапляють у зону 95% імовірності, тому не можуть вважатись достовірними. Слабкий вплив запропонованої методики на дані показники пояснюється об'єктивними факторами. Так корекція алекситимії повинна

Таблиця 10.

«Порівняльна динаміка діагностичних показників контрольної та експериментальної групи студентів»

№	Показник	Вибірка	N	Серія досліджень				Значущість			
				Констатувальний		Формувальний					
				Сер. знач.	С.кв. відх.	Сер. знач.	С.кв. відх.	$T_{\text{кр}}$, $p \leq 0,01$	$T_{\text{кр}}$, $p \leq 0,05$	T	p
	Алекситимія	КГ	18	79,56	17,91	79,50	17,58	23	35	66	
		ЕГ	34	80,09	16,57	80,35	16,33	69	91	100	
	Депресивність	КГ	18	5,44	2,81	5,22	2,53	32	47	35	
		ЕГ	34	5,47	2,77	5,00	2,53	162	200	25,5	0,964
	Тривожність	КГ	18	21,78	3,57	21,22	4,12	32	47	80	
		ЕГ	34	21,91	3,37	20,26	3,75	162	200	10	0,981
	Невротичність	КГ	18	9,89	3,55	9,67	3,53	32	47	66	
		ЕГ	34	10,03	3,33	9,35	3,17	162	200	78	0,986
	Товариськість	КГ	18	6,83	2,77	6,89	2,81	32	47	48	
		ЕГ	34	6,76	2,67	7,09	2,52	162	200	319	
	Відкритість	КГ	18	6,06	2,21	6,00	2,22	32	47	32	
		ЕГ	34	6,09	2,11	6,53	2,05	162	200	26	0,988
	Емоційна лабільність	КГ	18	10,06	3,00	9,94	2,67	32	47	31	
		ЕГ	34	10,06	2,94	9,44	2,95	162	200	105	0,987

(для контрольної, навпаки – зросла). Це говорить про позитивний вплив, здійснений на жінок із ІХС запропонованою нами методикою.

Результати порівняльної динаміки психофізіологічних показників контрольної та експериментальної

передбачати націленість на усвідомлення пацієнтом своїх почуттів і можливість їх висловити. Цей вплив має здійснюватись на пацієнта комплексно і протягом значного проміжку часу, та навіть у цьому випадку позитивні зрушення не гарантовані (Сидоренко, 2003).

Для значущих змін в експериментальній групі був обрахований не тільки Т-критерій Вілкоксона, який засвідчує сам факт значущості, а й коефіцієнт Спірмена. За шкалою Чеддока тіснота (сила) кореляційного зв'язку є дуже високою. Найбільш помітно із усіх досліджуваних показників знизився рівень депресивності. Як показали бесіди із респондентами, такий результат пов'язаний не тільки із застосуванням розробленої методики, а із збільшенням рівня уваги, що приділялась кожному учаснику. Рівень тривожності зазнав позитивних змін на фоні зростаючої поінформованості про саму хворобу, власний психоемоційний стан.

Проведені методики зумовили суттєве зменшення невротичності пацієнток та сприяли збільшенню відкритості та покращили емоційну лабільність.

Таким чином, впроваджена нами методика роботи із жінками похилого віку, які мають ішемічну хворобу серця підтвердила свою ефективність в 5 випадках із 7. Отриманий результат, безсумнівно, є позитивним, проте зумовлює потребу у вдосконаленні методики.

Висновки і перспективи подальших розвідок.

Отже, завдяки проведенню експериментального дослідження можна зробити висновок, що авторської програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця є ефективною, та може застосовуватись, як психокорекційна складова загального комплексу заходів під час амбулаторного лікування ішемічної хвороби серця та її психопровілактики.

Розроблена авторська програма психокорекції емоційних станів є комфортною у використанні, та допоможе знизити рівень таких елементів психоемоційного стану, як: депресивність, тривожність, невротичність, емоційна лабільність, алекситимія. Розвинути відкритість та товариськість.

Для п'яти із семи психофізіологічних показників відбулась позитивна зміна в результаті впровадженої нами методики із імовірністю понад 99% (депресивність, тривожність, невротичність, відкритість, емоційна лабільність).

Показник рівня тривожності жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця зазнав найкращих позитивних змін, що позитивно вплине на хід

лікування респондентів, адже тривале емоційне напруження призводить до поглиблення захворювань серцево – судинної системи.

Проведені методики зумовили суттєве зменшення невротичності пацієнток, сприяли збільшенню відкритості та покращили емоційну лабільність.

Перспективу подальшого дослідження вбачаємо у вдосконаленні авторської комплексної програми, розширення її корекційного спектру дії та подальшої апробації.

References :

- Galetska, I.I. (2007). Kriteriyi psihologichnogo zdorov'ya [Criteria of psychological health]. *Filosofski nauki - Philosophical sciences*, 10, pp. 317–328. [in Ukrainian].
- Izard, K. (2008) *Emoczii cheloveka [Human emotions]*. Moscow: «Direct Media» [in Russian].
- Karvasarskij, B.D. (2008) *Psikhoterapevticheskaya enciklopediya [Psychotherapeutic Encyclopedia]*. Moscow: Smysl [in Russian].
- Lazarus, R. (1970) *Teoriya stressa i psikhofiziologicheskoe issledovanie. [Stress Theory and Psychophysiological]* Moscow: Prosveshcheniye [in Russian].
- Mak-Vilyams N. (2007) *Psikhoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom procze [Psychoanalytic Diagnosis: Understanding the Structure of the Personality in a Clinical Process]*. Moscow: «Class» [in Russian].
- Mendelevich, V.D. (2005). *Klinicheskaya i meditsinskaya psihologiya [Clinical and medical psychology]*. Moskva : MEDpress [in Russian].
- Pereligina L.A., Nazarov O.O., Prihodko Yu.O., & Svitlichna N.O. (2011). *Strukturni pokazniki psihologichnogo zdorov'ya osobistost [Structural indicators of psychological health of the person]*. Harkiv: NUTsZU [in Ukrainian].
- Sidorenko Ye.V. (2003) *Metody matematicheskoi obrabotki v psihologii [Mathematical treatment methods in psychology]*. Saint Petersburg: Rech [in Russian].
- Shtrahova, A.V., & Arslanbekova, E.V. (2011). Motivacionnyj komponent vnutrennej kartiny bolezni kak faktor priverzhennosti k terapii u bol'nyh somaticheskimi zabolevaniyami s vital'noj ugrozoy [The motivational component of the internal picture of the disease as a factor of adherence to therapy in patients with somatic diseases with a vital threat]. *Suchasna psihologiya - Modern psychology*, 29, 82–89 [in Russian].
- Shherbatykh, Yu. V. (2002) *Psikhologiya strakha [Psychology of fear]*. Moscow: «EXMO-press» [in Russian].

Vasiliuk, F.E. (1984). *Psichologija perezhivaniya: analiz preodoleniya kriticheskikh situacij* [Psychology of experience: the analysis of critical situations' overcoming]. Moscow: Moskva : Smysl» [in Russian].

Zaika, E.V., & Zimovin, A.I. (2018). *Metodiki issledovaniya emotsional'noy sferyi cheloveka* [Methods of research of the human emotional sphere]: Harkov : PromArt [in Ukrainian].

Bogdana Oniskovets

Post-graduate student at G.S. Kostyuk Institute of Psychology, National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kiev (Ukraine)

EXPERIMENTAL VERIFICATION OF THE AUTHOR'S PROGRAM OF PSYCHOCORRECTION OF EMOTIONAL STATES OF ELDERLY WOMEN WITH PARTICULAR HEART DISEASE

ABSTRACT

The article presents the results of an experimental test of the author's program of psychocorrection of emotional states of elderly women with coronary heart disease.

The main psychophysiological indicators of the emotional state of elderly women, which affect the development of coronary heart disease, are determined. These include: alexithymia, depression, openness, anxiety, neuroticism, sociability, emotional lability.

The following methods of processing the obtained results were chosen, in view of the small number of respondents: Spearman's rank correlation method, Student's T-test; T - Wilcoxon test).

Methods used: "Toronto Alexithymic Scale", "Hamilton Scale for Depression", "Hamilton Scale for Anxiety", "Asthenic Scales", "Neuropsychiatric Stress Questionnaire", "Aggression Questionnaire", "FR Questionnaire", according to theoretically determined indicators of the emotional sphere of elderly women with coronary heart disease.

It was found that for psychophysiological indicators of depression, anxiety, neuroticism, openness, emotional lability, significance was recorded using Wilcoxon's T-test, which indicates that the change in these indicators occurred as a result of our method with a probability of more than 99%.

It is noted that the level of psychophysiological

indicators of alexithymia and sociability did not change significantly. We explain the weak influence of the proposed method on these indicators by objective factors. Correction of alexithymia should include a focus on the patient's awareness of their feelings and the ability to express them and should be carried out on the patient comprehensively and over a long period of time.

We have identified an important cause of coronary heart disease in elderly women, which is a combination of elevated levels of negative emotions with an intense tendency to suppress their expression in social contacts and interpersonal interaction.

The effectiveness of the correctional program has been proved, which can be further used by psychologists as a psychocorrectional component of the general set of measures during outpatient treatment of coronary heart disease and its psychoprophylaxis.

We see the prospect of further research in the improvement of the author's comprehensive program, expansion of its corrective spectrum of action and further testing.

Key words: psychocorrection, emotional state, coronary heart disease, elderly women.

Онисковец Богдана Ивановна

Аспирантка Института психологии имени Г.С. Костюка Национальной академии педагогических наук Украины, г. Киев (Украина)

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОВЕРКА АВТОРСКОЙ ПРОГРАММЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

АННОТАЦИЯ

В статье изложены результаты экспериментальной проверки авторской программы психокоррекции эмоциональных состояний женщин пожилого возраста, больных ишемической болезнью сердца.

Определены основные психофизиологические показатели эмоционального состояния женщин различного возраста, влияющие на развитие ишемической болезни сердца. К ним относятся: алекситимия, депрессивность, открытость, тревожность, невротичность, общительность, эмоциональная лабильность.

Выбрано следующие методы обработки от-

маних результатов, с точки зрения небольшое количество респондентов: метод ранговой корреляции Спирмена, Т-критерий Стьюдента; Т - критерий Вилкоксона).

Использованы методики: «в Торонто Алекситимична Шкала», «Шкала Гамильтона для оценки депрессии», «Шкала Гамильтона для оценки тревожности», «Шкалы астенического состояния», «Опросник нервно-психического напряжения», «Опросник определения состояния агрессии», «Опросник FPI» в соответствии с теоретически определенных показателей эмоциональной сферы женщин пожилого возраста с ишемической болезнью сердца.

Установлено, что для психофизиологических показателей депрессивность, тревожность, невротичность, открытость, эмоциональная лабильность зафиксировано значимость с помощью Т -критерия Вилкоксона, что указывает на то, что изменение этих показателей состоялась в результате внедренной нами методики с вероятностью более 99%.

Отмечено, что уровень психофизиологических показатели алекситимии и товарищества существенно не изменился. Слабое влияние предложенной методики на данные показатели мы объясняем объективными факторами. Коррекция алекситимии должна предусматривать нацеленность на осознание пациентом своих чувств и возможность их высказать и должно осуществляться на пациента комплексно и в течение значительного промежутка времени.

Нами выявлено важную причиной возникновения ишемической болезни у женщин пожилого возраста, состоит в сочетании повышенного уровня негативных эмоций с интенсивной тенденцией подавлять их выражения в социальных контактах и межличностном взаимодействии.

Доказана эффективность коррекционной программы, в дальнейшем может использоваться психологами, как психокоррекционная составляющая общего комплекса мероприятий во время амбулаторного лечения ишемической болезни сердца и ее психопрофилактики.

Перспективу дальнейшего исследования видим в совершенствовании авторской комплексной программы, расширение ее коррекционного спектра действия

и дальнейшей апробации.

Ключевые слова: психокоррекция, эмоциональное состояние, ишемическая болезнь сердца, женщины пожилого возраста.

How to cite (як цитувати):

Oniskovets, B. (2021). *EXPERIMENTAL VERIFICATION OF THE AUTHOR'S PROGRAM OF PSYCHOCORRECTION OF EMOTIONAL STATES OF ELDERLY WOMEN WITH PARTICULAR HEART DISEASE. PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 7 (7), 16 - 28. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.7.2> [in Ukrainian]

Дата отримання статті: 16.06.2021

Дата рекомендації до друку: 12.07.2021

Дата оприлюднення: 30.07.2021