

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ К. Д. УШИНСЬКОГО»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

БАЛАШЕНКО МИРОСЛАВ ІВАНОВИЧ

УДК 159.9.019.4:613.86-057.87

ДИСЕРТАЦІЯ
ЕМОЦІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ УМОВИ ЙОГО ПОКРАЩАННЯ
В ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ

053 Психологія
05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

 М. І. Балашенко

Науковий керівник: доктор психологічних наук, професор,
академік НАПН України Чебикін Олексій Якович

ОДЕСА – 2024

АНОТАЦІЯ

Балашенко М. І. Емоційне здоров'я військовослужбовців та психотерапевтичні умови його покращання в отоларингології. – Кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія. – Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», Одеса, 2024.

У дисертації запропоновано вирішення актуальної для сучасного українського суспільства проблеми емоційного здоров'я військовослужбовців та психотерапевтичні умови його покращання в отоларингології. Узагальнено теоретичні підходи щодо пізнання психологічних особливостей емоційного здоров'я. Побудовано концептуальну модель дослідження специфіки прояву емоційного здоров'я. Розроблено та апробовано методи дослідження емоційного здоров'я та вірогідних психофізіологічних і емоційних особистісних його детермінант. Досліджено особливості прояву емоційного здоров'я військовослужбовців, які мають отоларингологічні захворювання залежно від рівня його прояву, специфіки локалізації хвороби та статі. Побудовано та апробовано систему психокорекції гумором для покращання емоційного здоров'я військовослужбовців, які мають отоларингологічні захворювання в умовах стаціонарного лікування.

Визначено, що емоційне здоров'я – це специфічне оцінне суб'єктивне відображення функціонування почуттєвої сфери людини, що супроводжує зміни в організмі або в його оточенні і несе інформацію різного ступеня усвідомленості про значення їх для людини, на рівні представлених комплексних почуттів у діапазоні від позитивно комфортного до негативно дискомфортного емоційного стану. Проаналізовано прямі та осередкові психологічні характеристики. До першої групи уналежнено енергійність, гарний настрій, щастя, спокій, умиротворення, задоволення життям, стабільне почуття емоційного комфорту, оптимістичний погляд на майбутнє. До осередкових – соціальну адаптованість, емпатію, емоційну зрілість

та позитивну орієнтованість. Розглянуто концепції в межах структурного, процесуального, мультифакторного та інтегративного підходів, що дозволило визначити останній як найбільш перспективний для виявлення закономірностей змін емоційного здоров'я пацієнтів з отоларингологічними захворюваннями. Описано фактори емоційного здоров'я, які умовно поділено на групи сприятливих (ресурсів) та несприятливих, внутрішніх та зовнішніх.

Побудовано модель дослідження специфіки прояву емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, яка базується на компонентно-структурному та процесуальному підходах, принципі інтегративності, дозволяє вивчити емоційне здоров'я з урахуванням його варіативності, динамічності та суб'єктивності. Зміни в емоційному стані упорядковані за рівнями відповідно до ключових характеристик емоційного здоров'я. Цей опис становив теоретичну основу емпіричного дослідження військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, дозволив узагальнити та розширити розуміння взаємозв'язку між фізичним станом, лікуванням та емоційним здоров'ям. Розроблено методика «Самооцінка емоційного здоров'я», що передбачає суб'єктивне оцінювання почуттєвої сфери шляхом установлення відповідності між описовими характеристиками стану здоров'я та суб'єктивним відчуттям власного емоційного стану, дозволяє категоризувати стан емоційного здоров'я людини за одним з п'яти варіантів, оцінити цей стан за шкалою від 1 до 5 балів відповідно до визначеної категорії вибору. Доведено, що методика відповідає психометричним вимогам щодо дискримінативності та надійності в часі, її валідність теоретично обґрунтована та емпірично підтверджена. Надійність перевірялася за двома групами методів: методами оцінки внутрішньої узгодженості та методом оцінки стабільності результатів у часі.

Визначено, що в умовах певних ресурсних обмежень, пов'язаних із перебуванням військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями у шпиталі, система терапії сміхом є оптимально можливою формою створення позитивно комфортного стану емоційного здоров'я

військовослужбовців, що зосереджує їх на позитивних сторонах лікування, стимулює пошук ресурсів для поліпшення стану здоров'я, позитивно впливає на загальний терапевтичний ефект. Сформульовано основні методичні положення системи терапії гумором, де основними принципами її розробки є принципи відповідності культурному, соціальному, віковому, статусному, ситуаційному та індивідуальному контексту, системної дії на індивідуально-психологічні відмінності особистості, дотримання етичних норм, гнучкості та адаптивності. Протягом експерименту пацієнти отримували якісне медичне обслуговування, знаходилися в однакових умовах лікування протягом 7 днів. Учасники щоденно приблизно в однаковий час переглядали десятихвилинні ролики гумористичного змісту на електронних гаджетах. Саме ця особливість медичного обслуговування вважалася експериментальним впливом, яким ми пояснювали зміни у стані емоційного здоров'я учасників експерименту, порівнюючи оцінки до та після експерименту, а також констатуємо відмінності між експериментальними та контрольною групами після його завершення. Зміст програми, відповідно до загальної методики розроблено на основі даних попереднього обстеження, скореговано внаслідок поточного оцінювання, занесено до спеціального індивідуального протоколу учасника програми терапії сміхом. Створено колекцію відеоматеріалів, якими може користуватися психолог, який, реалізуючи цю систему, складатиме індивідуальну програму для пацієнта. Для зручності користувача відеоматеріали класифіковано за формою (скетчі, пародії, жартівливі відео-блоги, гумористичні анімації, відеопріколи та комедійні художні фільми) та тематикою (взаємодія між людьми у повсякденному житті, несподівані ситуації на роботі, сімейні відносини, розподіл ролей у родині, порівняння життя в місті та селі, захворювання та лікарні, політика, релігія, міжкультурні взаємодії, мода, реклама, сексуальність).

Крім того, щовечора під час огляду у досліджуваних фіксувалися показники ЧСС, температури, ЧД, проводилося самооцінювання за методикою

САН, що дало змогу визначити динаміку функціонального стану учасників експерименту протягом його проведення.

Підтверджено, що особи із захворюваннями носа з незначним рівнем болю відрізняються від інших військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями найбільш позитивним, спокійним емоційним станом, підвищеним, оптимістичним настроєм. Особи із захворюваннями носа, які відчувають біль високої інтенсивності, за емоційним станом є найбільш негативно, песимістично налаштованими, втомленими, в них частіше виникають відчуття безпорадності та пригнічення, ніж у решти військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями. Порівняння груп лише за критерієм локалізації захворювання без урахування рівня болю не виявило будь-яких суттєвих відмінностей між людьми із захворюваннями вуха, або горла та носа.

Деталізовано опис стану емоційного здоров'я з певним рівнем патології. Визначено, що особи із захворюваннями вуха з незначним рівнем болю характеризують відносно комфортний стан емоційного здоров'я, помірні самопочуття, активність та настрої, загальний емоційний стан більше негативний, ніж позитивний, фізіологічні прояви емоційного здоров'я в межах статево-вікових норм. Військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями з локалізацією вуха з помірним рівнем болю схарактеризовано як таких, у кого відносно дискомфортний стан емоційного здоров'я. В осіб із захворюваннями вуха з високим рівнем болю визначено негативно дискомфортний стан емоційного здоров'я, з відчуттям депресії, тривоги та роздратування. Військовослужбовцям із захворюваннями горла, що супроводжуються інтенсивним болем, притаманний негативний загальний емоційний стан, попри відносно комфортний стан емоційного здоров'я та помірне самопочуття. Військовослужбовці, які мають захворювання носа, в яких рівень болю високий, характеризують свій стан емоційного здоров'я як відносно дискомфортний. Визначено в ході порівняльного аналізу окремих вікових груп тенденцію з віком нижче оцінювати функціонування своєї

почуттєвої сфери, переважно в діапазоні від відносно дискомфортного до негативно дискомфортного стану. Установлено при порівнянні чоловічої та жіночої вибірок, що суб'єктивно стан емоційного здоров'я жінками визначався як більш комфортний, ніж чоловіками.

Експериментально доведено, що протягом семиденного лікування військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями за умови застосування системи терапії сміхом можна досягти більш стрімкого покращання самопочуття, активності та настрою, стабільно комфортного або позитивно комфортного стану емоційного здоров'я, зниження тривоги, депресії, появу оптимістичного налаштування на одужання. Проведення сеансів терапії двічі на день уможливило зростання активності та настрою до значно вищого рівня, ніж у разі, коли такі сеанси проводились тільки вранці, а отже зросла можливість здійснювати лікування в умовах кращого сприйняття та відгуку на медичні впливи, більш позитивного очікування щодо відновлення здоров'я, відповідальнішого виконання медичних рекомендацій, дотримання режиму.

З'ясовано, що система психокорекції гумором сприяла динаміці емоційного стану учасників, зросла ймовірність здійснювати лікування на тлі стабільно комфортного або позитивно комфортного стану емоційного здоров'я. Зазначено, що психотерапевтичні дії (зокрема за системою терапії сміхом) допомогли зменшити тривогу, депресію, поліпшити самопочуття та настрої, оптимістичне налаштування на одужання, побудову позитивних відносин з іншими та медичним персоналом.

Виявлено, що стан емоційного здоров'я прямо пов'язаний з комплексом психологічних проявів, до якого належать самопочуття, активність, настрої, рівень тривоги, оптимізму, впевненості у собі та загальний емоційний фон життєдіяльності. Цей комплекс від'ємно корелює з ознаками фізичного здоров'я: суб'єктивним відчуттям болю; частотою серцевих скорочень; температурою тіла; частотою дихальних рухів. Установлено, що прояви емоційного здоров'я корелюють з емоційною саморегуляцією, емоційною

зрілістю, врівноваженістю, самоконтролем, оптимізмом, життєстійкістю, вдалим використанням позитивних стратегій відволікання від стресу, зниження його значущості за рахунок порівняння своїх обставин із ще більшими негараздами інших людей, що попереджує розвиток стану психологічного виснаження та утримує емоційне здоров'я на певному рівні комфорту. Такі зв'язки доводять, що вказані якості можна уналежнити до особистісного ресурсу емоційного здоров'я людини та можуть служити орієнтиром для розробки програм підтримки та психологічного супроводу, спрямованих на зміцнення емоційного та психологічного благополуччя людей, особливо в умовах стресових ситуацій.

Ключові слова: емоційне здоров'я, психологічне благополуччя, емоції, емоційність, позитивний емоційний стан, позитивний підхід, особистісні ресурси, особистість, життєстійкість, індивідуально-психологічні відмінності, стрес, позитивна психотерапія, гумор, копінг-стратегії, лор-захворювання, військовослужбовці, воєнний досвід, соціально-психологічний супровід, посттравматичне зростання, електронна психосоціальна підтримка.

ABSTRACT

Balashenko M. Emotional health of military personnel and psychotherapeutic conditions for its improvement in otolaryngology. - Qualification scientific work based on manuscript right.

The dissertation on the obtaining of scientific degree of PhD on specialty 053 «Psychology». – The State Institution «South Ukrainian National University named after K.D. Ushinsky», Odesa, 2024.

The dissertation proposes a solution to the pressing issue of emotional health among contemporary Ukrainian society's military personnel and psychotherapeutic conditions for its enhancement in otolaryngology. The theoretical approaches to understanding the psychological peculiarities of emotional health are synthesized. A conceptual model of researching the specifics of emotional health manifestation is constructed. Methods for investigating emotional health and probable psycho-

physiological and emotional personality determinants are developed and tested. The peculiarities of emotional health manifestation among military personnel with otolaryngological diseases are studied, depending on the level of its expression, the specifics of disease localization, and gender. A system of humor-based psychocorrection is devised and tested for enhancing the emotional health of military personnel with otolaryngological diseases in the conditions of inpatient treatment.

It is determined that emotional health is a specific evaluative subjective reflection of the functioning of a person's sensory sphere, accompanying changes in the organism or its environment and carrying information of varying degrees of awareness of their significance to the individual, at the level of represented complex feelings ranging from positively comfortable to negatively discomforting emotional states. Direct and mediating psychological characteristics have been analyzed. The former group encompasses energy, good mood, happiness, tranquility, serenity, life satisfaction, stable sense of emotional comfort, and an optimistic outlook on the future. The latter includes social adaptability, empathy, emotional maturity, and positive orientation. Concepts within structural, procedural, multifactorial, and integrative approaches have been examined, allowing the identification of the latter as the most promising for identifying patterns of emotional health changes in patients with otolaryngological disorders. Factors of emotional health are described, divided into favorable (resources) and unfavorable, internal and external groups.

A model for studying the specifics of emotional health manifestation in military personnel with otolaryngological disorders has been constructed, based on component-structural and procedural approaches, the principle of integrativity, enabling the examination of emotional health considering its variability, dynamics, and subjectivity. Changes in emotional states are ordered by levels according to key characteristics of emotional health. This description formed the theoretical basis for empirical research in military personnel with otolaryngological disorders, allowing for the generalization and expansion of understanding the relationship between physical condition, treatment, and emotional health. The «Self-assessment

of Emotional Health» methodology has been developed, involving subjective assessment of the sensory sphere by establishing correspondence between descriptive health state characteristics and subjective feeling of one's emotional state, enabling the categorization of a person's emotional health state into one of five options, evaluating this state on a scale of 1 to 5 points according to the chosen category. It has been proven that the methodology meets psychometric requirements for discriminability and reliability over time, with its validity theoretically grounded and empirically confirmed. Reliability was tested using two groups of methods: methods for assessing internal consistency and methods for assessing the stability of results over time.

It has been determined that in conditions of certain resource constraints associated with the presence of military personnel with otolaryngological disorders in the hospital, humor therapy is an optimally feasible form of creating a positively comfortable state of emotional health in patients, focusing them on the positive aspects of treatment, stimulating the search for resources to improve health, and positively impacting the overall therapeutic effect. The main methodological principles of humor therapy have been formulated, where the key principles of its development include adherence to cultural, social, age-related, status-related, situational, and individual contexts, systemic action on individual-psychological personality differences, observance of ethical norms, flexibility, and adaptability. During the experiment, patients received quality medical care and were under identical treatment conditions for 7 days. Participants watched ten-minute humorous videos on electronic devices daily at approximately the same time. This particularity of medical care was considered an experimental influence, which we explained the changes in the participants' emotional health status by comparing assessments before and after the experiment, as well as noting differences between the experimental and control groups after its completion. The content of the program, according to the general methodology, was developed based on data from preliminary examination, adjusted following ongoing assessment, and entered into a special individual protocol of the humor therapy program participant. A collection

of video materials has been created for the psychologist implementing this system, who will compose an individual program for the patient. For user convenience, video materials are classified by form (sketches, parodies, humorous video blogs, comedic animations, funny clips, and comedy movies) and theme (interactions between people in everyday life, unexpected situations at work, family relationships, role distribution in the family, comparison of urban and rural life, illnesses and hospitals, politics, religion, intercultural interactions, fashion, advertising, and sexuality).

Additionally, each evening during the examination, the participants' heart rate, temperature, and respiratory rate were recorded, and self-assessment was conducted using the SAN method, allowing the determination of the dynamics of participants' functional state during the experiment.

It has been confirmed that individuals with nose disorders with a low level of pain differ from other military personnel with otolaryngological disorders by having the most positive, calm emotional state, and an elevated, optimistic mood. Military personnel with nose disorders experiencing high-intensity pain are the most negatively and pessimistically oriented emotionally, feeling tired, and experiencing feelings of helplessness and depression more frequently than the rest of the military personnel with otolaryngological disorders. Comparison of groups based solely on the localization of the disorder without considering the pain level revealed no significant differences between individuals with ear, throat, and nose disorders.

A detailed description of the emotional health status with a certain level of pathology has been provided. It has been determined that individuals with ear disorders with a low level of pain are characterized by a relatively comfortable emotional health state, moderate well-being, activity, and mood, with an overall emotional state being more negative than positive, within the bounds of sex-age norms of physiological manifestations of emotional health. Military personnel with otolaryngological disorders with ear localization and moderate pain levels are characterized as having a relatively discomforting emotional health state. Individuals with ear disorders experiencing high levels of pain have been identified to have a negatively discomforting emotional health state, with feelings

of depression, anxiety, and irritability. Individuals with throat disorders accompanied by intense pain exhibit a negative overall emotional state, despite a relatively comfortable emotional health state and moderate well-being. Military personnel with nose disorders experiencing high levels of pain characterize their emotional health state as relatively discomforting. Through comparative analysis of individual age groups, a tendency has been established for younger individuals to assess the functioning of their sensory sphere as lower, predominantly within the range from relatively discomforting to negatively discomforting states. When comparing male and female samples, it was found that women subjectively determined their emotional health state as more comfortable than men.

Experimental evidence has shown that during the seven-day treatment of military personnel with otolaryngological disorders, when the system of humor therapy is applied, a more rapid improvement in well-being, activity, and mood can be achieved, leading to a stable or positively comfortable state of emotional health, reduction in anxiety and depression, and the emergence of an optimistic attitude towards recovery. Conducting therapy sessions twice a day facilitated an increase in activity and mood to a significantly higher level than when such sessions were conducted only in the morning, thus increasing the likelihood of treatment in conditions of better perception and response to medical interventions, a more positive expectation of health restoration, more responsible adherence to medical recommendations, and regimen compliance.

It has been found that the humor-based psychocorrection system contributed to the dynamics of participants' emotional state, increasing the likelihood of treatment in the context of a stable or positively comfortable state of emotional health. It was noted that psychotherapeutic actions (particularly within the humor therapy system) helped reduce anxiety, depression, improve well-being and mood, foster an optimistic attitude towards recovery, and build positive relationships with others and medical staff.

It has been revealed that the state of emotional health is directly related to a complex of psychological manifestations, including well-being, activity, mood,

level of anxiety, optimism, self-confidence, and overall emotional background of life activities. This complex negatively correlates with indicators of physical health: subjective pain sensation; heart rate; body temperature; respiratory rate. It has been established that manifestations of emotional health correlate with emotional self-regulation, emotional maturity, balance, self-control, optimism, resilience, successful use of positive stress coping strategies, reducing its significance by comparing one's circumstances with even greater adversity experienced by others, which prevents the development of psychological burnout and maintains emotional health at a certain level of comfort. These connections demonstrate that the mentioned qualities can be attributed to the personal resources of a person's emotional health and can serve as a guideline for the development of support programs and psychological assistance aimed at strengthening the emotional and psychological well-being of individuals, especially in stressful situations.

Keywords: emotional health, psychological well-being, emotions, emotionality, positive emotional state, positive approach, personal resources, personality, resilience, individual psychological differences, stress, positive psychotherapy, humor, coping strategies, ENT disorders, military personnel, military experience, social-psychological support, post-traumatic growth, electronic psychosocial support.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях України:

1) Балашенко М.І. Вплив емоційного здоров'я на захворювання ЛОР-органів. *Науковий журнал «Габітус»*. 2022. № 41. С. 110–113.

DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208>

URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/41-2022/18.pdf>

2) Балашенко М., Чебикін О. Стан емоційного здоров'я на різних етапах лікування ЛОР-захворювань та психологічні умови його оптимізації. *Наука і освіта*. 2023. № 1. С. 35–42.

DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2023-1-6>

URL: <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/en/articles/2023-1-doc/2023-1-6-en>

3) Балашенко М., Чебикін О. Про можливість використання методики самооцінки емоційного здоров'я. *Наука і освіта*. 2023. № 3. С. 36–44.

DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2023-3-5>

URL: <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/articles/2023-3-doc/2023-3-5>

у наукових періодичних виданнях інших держав

4) Балашенко М. І. Психоемоційне здоров'я в контексті психоемоційних розладів при захворюваннях ЛОР-органів і теоретико-методичні підходи до їх вивчення та оцінки. *European Journal of Education and Applied Psychology*. 2021. № 1-2. С. 14–17.

DOI: <https://doi.org/10.29013/EJEAP-21-1.2-14-18>

у наукових виданнях, що включені до наукометричної бази

даних Web of Science та додатково відображають наукові результати дисертації:

5) Kisse, A.I., Hotynian, V.V., Balashenko, I.V., Balashenko, M.I., & Nachev, A.P. (2022). On the possibility of non-standard measurement of personality value orientations. *Amazonia Investiga*, 11(50), 27–35.

DOI: <https://doi.org/10.34069/AI/2022.50.02.3>

URL: <https://amazoniainvestiga.info/check/50/3-27-35.pdf>

Тези доповідей, круглих столів, методичних семінарів:

6) Балашенко М. І. Емоційне здоров'я при патології ЛОР органів. VII *International research & training conference 'Public health – social, educational and psychological dimensions'* (July 17, 2021). Lublin, Poland. P. 31–33.

URL: https://drive.google.com/file/d/1dCN-FtjgC-uuyOrLLYusU3WuvD1LqgGG/view?usp=share_link

7) Балашенко М. І. Емоційне здоров'я в умовах пандемії «COVID-19». *Світова самоізоляція як можливість переосмислення*. Матеріали VI науково-методичного міжнародного Круглого столу (8 червня 2021 р.). Одеса (Україна), Бенгбу (Китай): ОНПУ, 2021. С. 9–14.

URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/12464/1/Balashenko%202021.pdf>

8) Балашенко М. І. Терапія сміхом при лікуванні ЛОР-захворювань. *Міжнародна міжгалузєва конференція «Конструктивна рефлексія конфронтації і кооперації: Психологічні ризики і ресурси війни»* (Київ, 25 квітня 2023 р.). С. 66–68.

DOI <https://doi.org/10.59416/RQEI4152>

URL: https://iris-psy.org.ua/publ/CR23/CR23_015.pdf

ЗМІСТ

ВСТУП.....	17
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПІЗНАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я.....	27
1.1. Уточнення прямих та осередкових психологічних характеристик, що описують емоційне здоров'я.....	27
1.2. Концептуальні підходи до пізнання психологічних особливостей емоційного здоров'я людини.....	39
1.3. Вивчення зовнішніх та внутрішніх ознак у змісті емоційного здоров'я.....	50
1.4. Узагальнення та систематизація посттравматичних зростаючих факторів впливу на емоційне здоров'я військовослужбовців.....	54
1.5. Концептуальна модель дослідження специфіки прояву емоційного здоров'я осіб та електронних умов його підтримки.....	65
Висновки до розділу 1	68
Список використаних джерел до першого розділу.....	70
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН В ЕМОЦІЙНОМУ ЗДОРОВ'І ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	90
2.1. Мета, завдання та етапи емпіричного дослідження.....	90
2.2. Розробка та апробація психодіагностичної методики «Самооцінка емоційного здоров'я».....	92
2.3. Методи та методики дослідження.....	100
2.4. Опис специфіки вибірки досліджуваних.....	105
Висновки до розділу 2	107
Список використаних джерел до другого розділу.....	108
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН У ПРОЯВІ ЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	115
3.1. Аналіз індивідуальних та середніх даних, що характеризують особистісні властивості емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями	115

3.2. Статистично-достовірні відмінності у прояві стану емоційного здоров'я між групами військовослужбовців залежно від рівня патології, віку, статі.....	126
3.3. Взаємозв'язки між проявами стану емоційного здоров'я та психологічними якостями, що є компонентами внутрішнього особистісного ресурсу емоційного здоров'я людини	151
3.4. Динаміка стану емоційного здоров'я на різних етапах отоларингологічних захворювань.....	186
3.5. Розробка та експериментальна апробація системи соціально-психологічного супроводу терапії сміхом для покращання стану емоційного здоров'я в умовах лікування військовослужбовців.....	191
Висновки до розділу 3	221
Список використаних джерел до третього розділу.....	224
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	242
ДОДАТКИ.....	245

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема дослідження емоційного здоров'я є достатньо актуальною, як у теоретичному, так і в суто прикладному значенні. Різні дослідження (А. Кічук; І. Роровуш ; О. Чебикін та ін.) фіксують відмінні підходи до розуміння його змісту. Як наслідок, прослідковується складність у виборі методів, орієнтованих на пізнання емоційного здоров'я в різних наукових працях. У цьому разі нерідко емоційне здоров'я ототожнюється з психічним та психоемоційним (Л. Карамушка). Все це та інше ускладнює вибір специфічних ознак для пізнання саме емоційного здоров'я.

Проблема людського здоров'я є предметом дослідження різноманітних наук – філософії, антропології, соціології, біоетики, медицини, психології, дефектології, синергетики, екології, біотехнології та ін. Феномен здоров'я розглядається як у контексті ірраціонального, так і раціонального, екзистенційного і реального, індивідуального і суспільного, матеріального і духовного, позамежового і буттєвого тощо. Здоров'я взаємопов'язано із такими складниками внутрішньої структури особистості, як свідомість, самосвідомість, мислення, пам'ять, увага, уява, емоції. Воно є чинником соціальної комунікації, адаптації, реалізації особистості в освоєнні людського буттєвого світу. Інтерес наукової спільноти до проблеми здоров'я активується ще й есхатологічними викликами сучасного буття, кризою духовного і технократизацією матеріального. Тому, як зазначають сучасні вітчизняні дослідники (М. Гасюк, І. Єршова-Бабенко, Л. Журавльова, В. Ільїн, А. Кавалеров, О. Кихтюк, А. Кічук, В. Кремень, М. Михальченко, М. Романенко, М. Савченко, О. Саннікова, М. Цибра О. Чебикін та ін.), проблема здоров'я є наскрізною ідеєю при побудові здорового українського суспільства, в якому критерієм фінансового успіху, економічної стабільності, сталого розвитку, духовного зростання є здорова гармонійно розвинена особистість.

Дослідження психоемоційного здоров'я проводять як психологи (Б. Братусь, О. Васильєва, І. Дубровіна, А. Кічук, С. Мадді, О. Чебикін та ін.) так і медики (С. Бурчинський, Дж. Вілкінсон, А. Смулевич та ін.), оскільки переважання негативних емоцій, стресовий стан, різні страхи безпосередньо впливають на самопочуття та фізичне здоров'я людини. Емоційно стресові фактори є також однією з основних причин психосоматичних захворювань. Емоційне напруження, постійний стрес, ситуації, що травмують психіку, невідредаговані емоції, хвилювання за власне життя та життя близьких відбиваються, як вважав ще Ф. Александер, на захворюваннях шлунково-кишкового тракту, вуха, горла та носа, щитоподібної залози та ін. Таким чином, проблеми психоемоційного здоров'я впливають на здоров'я людини в цілому. У той же час, різні захворювання також впливають на самопочуття людини, її психічний та емоційний стан. Так, наприклад, отоларингологічні захворювання негативно впливають на самопочуття людини, обмежують її активність, що, безумовно, погіршує психоемоційний стан особистості. Тобто, як негативний психоемоційний стан може вплинути на частоту та тяжкість захворювання, так і хвороби негативно впливають на психоемоційний стан людини. Проблему впливу стресогенних чинників, у тому числі й негативних емоційних станів, на психічне здоров'я та задоволеність життям досліджували Ф. Александер, М. Боришевський, Л. Журавльова, І. Коцан, А. Ленгле, Г. Ложкін, С. Мадді, К. Мілютіна, М. Мушкевич, О. Саннікова, О. Чебикін та ін.

За останні роки у світі відбулися події, що завдали масштабних наслідків для всіх жителів планети, пандемія, а для українців – питання військового досвіду як для військовослужбовців (Т. Титаренко), так і для цивільного населення, що призвели до переміни в соціальному, економічному та професійному житті. У зв'язку зі стрімкими змінами в інформаційному, суспільно-політичному та економічному житті та ситуацій, до яких призвела пандемія та воєнний стан, спостерігаються зміни й у сфері міжособистісних

відносин, та переміна в поведінці людей, а саме – відсторонення від інших, прояви егоїзму,

Дослідження впливу емоційного здоров'я при отоларингологічних захворюваннях є надзвичайно актуальним, оскільки емоції можуть впливати на імунітет та загальний стан організму.

У сучасному світі, де різноманітні захворювання стають більш поширеними, важливо розглядати їх комплексно, залучаючи не лише медичний, а й психологічний підхід. Велика увага приділяється вивченню емоційного здоров'я та його впливу на фізичний стан людини. Зокрема, дослідження взаємозв'язку між емоційним здоров'ям та отоларингологічними захворюваннями стає актуальним завдяки ряду факторів.

По-перше, існує тенденція, що зростає, до стресового способу життя, що може впливати на загальний стан здоров'я, зокрема на органи дихання та слуху. По-друге, психосоматичні аспекти захворювань стають предметом уваги дослідників у зв'язку з розвитком інтегративних методів лікування, які об'єднують медичний та психологічний підходи. Таким чином, вивчення психологічних аспектів отоларингологічних захворювань набуває великої важливості для розуміння та оптимізації процесів лікування.

У зарубіжній літературі проблематика стресових станів розвивається у працях Г. М. Борневасер, Дж. Брайт, Дж. Віткін, Д. Грінберг, Ф. Джонс, Л. Джуел, Т. Кокс, Г. Купер, Р. Лазарус, С. Фолкман та ін. Серед вітчизняних авторів, які займалися вивченням специфіки стресу в особистості – В. Бодров, Л. Китаєв-Смик, Л. Леві, О. Саннікова, О. Чебікін, О. Шпортун.

Стрес є фактором, що може викликати або поглибити отоларингологічні захворювання. Психологічний дискомфорт, пов'язаний зі стресом, здатен призвести до порушень дихальної функції. Наприклад, гіпервентиляція, що часто супроводжує стресовий стан, може викликати сухість слизової оболонки дихальних шляхів та сприяти розвитку запальних процесів. Крім того, емоційний стрес може викликати збільшену схильність до застуд, оскільки він призводить до зниження імунітету. Це, зі свого боку, може

впливати на стан верхніх дихальних шляхів та сприяти розвитку різноманітних захворювань, таких як грип чи гострі респіраторні вірусні інфекції.

Іншим важливим аспектом є вивчення впливу емоційного стану на аудитивне сприйняття. Стрес, тривожність та депресія можуть впливати на якість слуху. Деякі дослідження свідчать про те, що постійний стрес може призводити до порушень слухового апарату, зокрема зменшення чутливості вух до звукових подразників. Також, емоційний стан може впливати на сприйняття більшістю фізичних симптомів, пов'язаних з отоларингологічними захворюваннями. Люди, які перебувають у стані стресу чи депресії, можуть сприймати більш інтенсивно та болюче різні симптоми, що може впливати на їхню якість життя та вибір методів лікування. В контексті отоларингологічних захворювань важливо розглядати психосоматичні аспекти, оскільки психічний стан може впливати на розвиток та перебіг фізичних захворювань. Психічний стрес може впливати на імунітет та сприяти розвитку запальних процесів. Також, психосоматичні механізми можуть впливати на вираженість симптомів та відчуття болю, що важливо враховувати при розробці планів лікування.

Розуміння взаємозв'язку між емоціями та отоларингологічними захворюваннями дозволить розробляти більш ефективні стратегії лікування та попередження. Одним з найбільш перспективних напрямків сучасної медицини є інтеграція психотерапії в комплексне лікування отоларингологічних розладів. Традиційні медичні підходи обмежувалися фармакотерапією та хірургічним втручанням без уваги до психічного стану пацієнта. Однак, зростає визнання того, що фізичне і психічне здоров'я взаємопов'язані, що призводить до необхідності розробки й упровадження комплексних програм лікування.

Взаємозв'язок між емоціями та отоларингологічними захворюваннями є складним і багатогранним питанням, при цьому вивчення цього взаємозв'язку важливе для повного розуміння факторів, що впливають

на здоров'я. Використання психосоматичних підходів та сучасних методів дослідження може відкрити нові можливості для лікування та профілактики та покращання як фізичного, так і психологічного комфорту, та вдосконалення якості життя.

Мета дослідження – дослідити особливості прояву емоційного здоров'я військовослужбовців та соціально-психологічні умови до його покращання.

Об'єкт дослідження – військовослужбовці, які мають отоларингологічні захворювання.

Предмет дослідження – особливості прояву емоційного здоров'я військовослужбовців та соціально-психологічні умови його покращання психотерапією сміхом з використанням електронних гаджетів.

Завдання дослідження:

1. Узагальнити теоретичні підходи щодо пізнання психологічних особливостей емоційного здоров'я.
2. Побудувати концептуальну модель дослідження специфіки прояву емоційного здоров'я.
3. Розробити та апробувати методи дослідження емоційного здоров'я та вірогідних психофізіологічних і емоційних особистісних його детермінант.
4. Дослідити особливості прояву емоційного здоров'я військовослужбовців, які мають отоларингологічні захворювання залежно від рівня його прояву, специфіки локалізації хвороби та статі.
5. Побудувати та апробувати систему психокорекції сміхом для покращання емоційного здоров'я військовослужбовців в умовах стаціонарного лікування.

Гіпотеза дослідження. Базується на припущенні, що стан емоційного здоров'я може характеризуватись різними комплексами динамічних проявів, що відображаються в емоційності та експресивності, проявах тривожності та страху, депресії, гніву чи агресивності, радості чи оптимізму, невротичності, певних емоційно-функціональних станах, саморегуляції, емпатії та інших. Саме ці та інші подібні особливості відображають

відмінності емоційного здоров'я від емоційно-комфортного до емоційно-деструктивного його стану. Визначивши такі комплекси та провідні серед них ознаки, ми зможемо більш адекватно його характеризувати та підбирати адекватні засоби профілактики та психологічної корекції.

При цьому, також можна припустити використання останніх у комплексному лікуванні пацієнтів з отоларингологічними захворюваннями, що може допомогти зменшити стрес, тривогу та депресію, тим самим покращити стан емоційного здоров'я.

Методи дослідження. Для реалізації мети дисертаційної роботи ми застосували такі методи наукового дослідження: 1) методи підготовки та організації дослідження, а саме: аналізу та синтезу, зіставлення, узагальнення теоретичних підходів та експериментальних результатів, які містяться в наукових літературних джерелах; 2) методи збору емпіричних даних: тестування, анкетування; 3) експеримент; 4) методи статистичної обробки даних дослідження: порівняння незалежних вибірок, визначення динаміки змін експериментальних показників у часі, аналіз часових рядів, кореляційний аналіз.

Для вивчення змін у стані емоційного здоров'я використано авторську методику «Самооцінка емоційного здоров'я», а також «САН», «ЛОР-симптоми», «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана, Д. Рікса, контроль ЧСС, температури, ЧД. Для виявлення психологічних якостей особистості досліджуваних застосовано методики «Діагностика емоційної зрілості» О. Чебикіна, «Фрайбурзький особистісний опитувальник (форма В)», «Подолання важких життєвих ситуацій (SVF120)» В. Янке, Г. Ердманн, «Діагностика професійного вигорання» К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Водоп'янової.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: концепції особливостей психоемоційного здоров'я (Л. Журавльова, В. Зарицька, В. Савчин та ін.); теорії психічного та психологічного здоров'я (Е. Берн, Т. Вітч, П. Деркс, Л. Журавльова, А. Кестлер, А. Кічук, Ж. Поль, М. Рюміна,

О. Саннікова, У. Фрай, З. Фрейд); емоційності (О. Саннікова, О. Тихомиров, Е. Хомська та ін.), емоційної регуляції (Е. Носенко, І. Павлова, О. Чебикін та ін.), психофізіологічного підходу (М. Брайн, С. Брюель, У. Грод, П. Деркс, Р. Карлсон, Д. Кокс, Ж. Поль, Ф. Родден, Г. Спенсер, А. Стоун, У. Фрай); психологічного підходу (Е. Берн, А. Кестлер, Р. Мартін, У. Фрай, З. Фрейд); негативних емоційних психічних станів військовослужбовців (А. Егендорф, Ч. Кдушин, П. Ліз, А. Маклауд, С. Мейерс, Т. Титаренко, Н. Фіар, Б. Шепард та інших), принципи використання сміхотерапії (А. Кардінер, М. Крістенсенс, А. Меркер, Г. Сельє, Л. Теч, К. Форд).

Експериментальна база дослідження. На різних етапах дослідження до участі залучено 238 військовослужбовців, чоловіків і жінок віком від 19-ти до 70 років, які перебували на лікуванні в Одеському військово-медичному клінічному центрі (клінічному госпіталі) ДПС України з різними отоларингологічними захворюваннями.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження: вперше побудовано концептуальну модель дослідження специфіки прояву емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, яка дозволяє його оцінити на рівні: абсолютного емоційного комфорту, відчуття емоційного комфорту, відчуття відносного емоційного комфорту, відчуття відносного емоційного дискомфорту, відчуття дискомфорту стану; враховувати специфіку захворювання, його локалізацію та особистісний ресурс, а також соціальні умови лікування.

Ключовими її компонентами слугували:

- 1) методи оцінки емоційного стану, що характеризують його від позитивно комфортного до негативно дискомфортного.
- 2) специфічні відмінності прояву емоційного здоров'я на різних етапах лікування та залежно від локалізації, де ключовими ознаками були зовнішні та внутрішні дані показників, що характеризують цей процес.
- 3) побудовано та апробовано комплексну цілеспрямовану систему електронної психосоціальної корекції незадовільного стану

та емоційного здоров'я військовослужбовців методом психотерапії гумором. Визначальними в її змісті стали різні демонстрації фрагментів гумору, нормованих за часом та повторюваністю, електронними засобами (гаджетами).

Отримали подальший розвиток теоретичні уявлення про зміст емоційного здоров'я, а також дані щодо його прояву з урахуванням специфіки отоларингологічних захворювань військовослужбовців.

Уточнено розуміння емоційного здоров'я військовослужбовців, які мають отоларингологічні захворювання, а також зміст методів його дослідження.

Узагальнення даних щодо застосування сучасних психотерапевтичних технологій показало, що відновлення емоційного здоров'я дорослих людей з отоларингологічними захворюваннями може охоплювати різні техніки: психологічну підтримку, релаксаційні техніки, спеціальну фізичну активність та ін. Однак, ураховуючи певні ресурсні обмеження, пов'язані із перебуванням пацієнтів у госпіталі (тривалість лікування, матеріальне забезпечення, брак вільного часу у медперсоналу), а також вибірку досліджуваних (їх вік, військовий статус, особливості захворювань, скорочені терміни перебування на лікуванні), було обрано терапію сміхом як допоміжний засіб лікування пацієнтів з отоларингологічними захворюваннями шляхом створення в них позитивно комфортного стану емоційного здоров'я.

Практичне значення. Розроблено експериментальну систему терапії сміхом, яка є ефективним методом для створення позитивно комфортного стану емоційного здоров'я пацієнтів з обмеженими ресурсами в госпітальних умовах. Ця система сприяє покращанню фізіологічних показників і загального самопочуття, стимулює пошук ресурсів для поліпшення стану здоров'я та позитивно впливає на загальний терапевтичний ефект. Основні методичні положення системи відповідають принципам адекватності культурному, соціальному, віковому, статусному, ситуаційному та індивідуальному контексту, системної дії на особистість, дотримання етичних норм, гнучкості та адаптивності. Система електронної психосоціальної корекції передбачає

перегляд гумористичних відео за індивідуально складеною програмою, що створюється для дорослих пацієнтів віком 19-70 років, які перебувають на стаціонарному лікуванні. Вона складається із загальної методики реалізації системи та колекції відео-матеріалів, що розділена за формою та тематикою, забезпечуючи гнучкість та адаптивність.

Експериментально доведено, що запропонована система виявляється цілеспрямованою та інноваційною практикою, спроможною покращити стан емоційного здоров'я пацієнтів, чим підтримати та посилити загальний процес лікування. Так, її застосування протягом тижня лише один раз на день суттєво поліпшує самопочуття, активність і настрій пацієнтів, призводячи до комфортного стану емоційного здоров'я. Проведення сеансів двічі на день забезпечує більш швидке покращання активності та настрою пацієнтів, порівняно з варіантом одного сеансу на день. Це важливо, оскільки підвищена активність та настрій сприяють кращому сприйняттю медичних впливів, позитивному очікуванню на відновлення здоров'я, більш відповідальному дотриманню медичних рекомендацій та режиму.

Основні результати дослідження впроваджено в освітній процес: Державного закладу «Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського» (довідка № 890/27.1 від 24.04.2024 року); у комплексному лікуванні та реабілітації військовослужбовців у ВМКЦ ДПСУ м. Одеса (акт від 23.04.2024 року № 13.7/2529/24-Вн), як компонент комплексного лікування та реабілітації військовослужбовців у клінічному санаторії «Аркадія» ДПСУ м. Одеса (акт № 15 від 01.04.24 року).

Особистий внесок автора полягає в обґрунтуванні предмета дослідження, формулюванні теоретичних передумов, що торкається пізнання природи сміху, визначення методів його дослідження, організації принципів побудови тренінгової системи сміхотерапії у профілактиці та корекції різних стресових станів та визначення її ефективного використання в формуючому експерименті, апробації та впровадженні в практичну діяльність, побудові варіативності психотерапевтичної моделі як інструмента для подолання

стресового напруження. У публікації, виконаній у співавторстві, автору належить формулювання мети, побудова методів дослідження, визначення теоретичних підходів до змісту емоційного здоров'я, побудові та апробації системи сміхотерапії у подоланні стресових станів в осіб з воєнним досвідом, узагальнення теоретико-методичних даних та формулювання висновків.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дослідження доповідались на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях: VII International research & training conference Public health – social, educational and psychological dimensions (м. Люблін, 17 липня 2021 року), VI науково-методичний міжнародний Круглий стіл «Світова самоізоляція як можливість переосмислення» (м. Одеса, 8 червня 2021 року), Міжнародна міжгалузева конференція «Конструктивна рефлексія конфронтації і кооперації: Психологічні ризики і ресурси війни» (м. Київ, 25 квітня 2023 року).

Публікації. Результати дослідження представлено в 8 публікаціях: 3 статті, які опубліковано в наукових фахових виданнях України, 2 – в інших наукометричних базах, 3 – матеріали конференцій.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (311 найменувань) та 5 додатків. Загальний обсяг роботи становить 300 сторінок. Основний зміст викладено на 229 сторінках. Робота містить 24 таблиці та 13 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПІЗНАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я

1.1 Уточнення прямих та осередкових психологічних характеристик, що описують емоційне здоров'я

Вивчення доступної психологічної літератури з проблеми дослідження емоційного здоров'я показало, що, незважаючи на неодноразові згадки про це явище [1.53, С. 60; 1.18, С.166; 1.13, С.53; 1.2, С.57; 1.43, С. 418, 1.56, С. 148 та ін.], спеціалізованих досліджень, які б його виокремлювали, недостатньо. Викладена в наявних наукових роботах інформація не охоплює загальноприйнятих обґрунтованих визначень емоційного здоров'я, а замість цього вказує на необхідність розширених, додаткових наукових досліджень та концептуального розгляду цього явища.

Водночас деякі дослідження вказують на його тісний взаємозв'язок з рештою особистих особливостей [1.13, С.53; 1.104, С.195]. Інші відносять до його компонентів психічне або психоемоційне здоров'я [1.2, С.57; 1.9; 1.115, С. 207; 1.117, С. 1875 та ін.], розглядаючи як невід'ємну складову комплексної оцінки психологічного благополуччя людини. Тобто, на цей час у науковій спільноті відсутні однозначні уявлення про емоційне здоров'я, зважаючи на його множинні взаємозв'язки з такими багатовимірними конструктами, як фізичне, психологічне та психоемоційне здоров'я.

У таких обставинах конкретизація поняття «емоційне здоров'я» має прямувати від узагальнення відомостей про явища більш високого ступеня абстракції, що емпірично дозволить уточнити прямі та осередкові психологічні його характеристики. Спираючись на останні позиції, бажано розглянути сучасні погляди на здоров'я в аспекті фізичного, психічного та соціального стану людини; психічного здоров'я (стан психіки людини);

психоемоційного здоров'я (емоційний потенціал розвитку здорової психіки) та ін.

Зміст поняття «здоров'я» розглядається у сучасній психології в контексті взаємодії фізичного, психічного і соціального благополуччя людини [1.58; 1.41, С.258; 1.20, С.15; 1.79; С.89 та ін]. Здоров'я розуміється як інтегральне поняття, яке позначає не лише відсутність захворювань, а й загальний стан фізичного та психічного благополуччя [1.98, С. 432; 1.30, С.8 та ін.]. А отже, у вивченні здоров'я увага фахівців фокусується на таких компонентах, як фізичне (фізичний стан, функції органів і систем організму) [1.138], психічне (стан психіки, емоційна стійкість, психічна стабільність, адаптивні стратегії) [1.27; 1.10; 1.23], соціальне здоров'я та психосоціальна адаптація (соціальні обставини життя, особливості взаємовідносин із соціальним середовищем, успішність взаємодії з різними життєвими викликами) [1.20; 1.35], якість життя (задоволення та комфорт у житті, якість міжособистісних відносин) [1.60, С. 44].

Якщо фізичне здоров'я визначати як стан організму, що вказує на правильне функціонування фізіологічних систем та відсутність захворювань чи патологічних станів, рівень необхідної фізичної активності, енергійності, життєвого тону, імунітету та адаптивності до різних фізичних умов (зміни температури, вологості, атмосферного тиску тощо) [1.138], відповідно, дослідження, за якими простежується зв'язок фізичного та емоційного здоров'я [1.90; 1.47] можуть надати важливі відомості про останнє. В деяких розвідках зазначається, що емоції тісно пов'язані з фізіологічними процесами в організмі [1.56; С. 149], що обумовлені виробленням різних хімічних речовин, таких як гормони і нейротрансмітери, що відбивається на фізичному здоров'ї [1.106; 1.135]. Крім того, інтенсивні емоції, такі як стрес або радість, можуть впливати на фізичне здоров'я, зокрема, довготривалий стрес негативно діє на імунну систему та призводить до різних фізичних проблем. Водночас хронічний біль чи тривале захворювання можуть викликати стрес та депресію [1.120]. З іншого боку,

заняття фізичною активністю сприяє виробленню ендорфінів, що можуть поліпшити настрій [1.114]. Оптимізм та позитивне ставлення теж сприяють процесу одужання [1.90; 1.91].

Щодо досліджень психічного здоров'я як стану, що характеризується психологічним благополуччям, адаптацією до соціального середовища, здатністю впоратися зі стресами та ефективністю функціонування в різних сферах життя, це прослідковується в дослідженнях Д. Волкова [1.8, С. 15] Н. Гоцуляк [1.12], О. Дубчак [1.17], Л. Карамушки [1.21, С. 56], С. Максименка [1.40, С.48], та інших, узагальнення цих праць дозволяє визначити, що психічне здоров'я може відображати стан, який виявляється у вміннях обробляти інформацію та застосовувати її практично, в адекватності вираження емоцій, відповідно до життєвих ситуацій. Проте, якщо йдеться не про окремі психічні механізми, а їх особистісний контекст, зокрема, емоційно-особистісні [1.58; 1.125], дозволяють говорити, що «психологічне здоров'я», в цьому вигляді ототожнюються з певним рівнем розвитку особистості, а саме –досягненням гармонії у внутрішньому світі та адаптацією у відносинах з оточенням, ефективністю діяльності та саморегуляцією відповідно до власних цілей та інтересів.

З огляду на предмет нашого дослідження, важливо сконцентруватися на вивченні в межах явища психічного здоров'я проблеми взаємодії емоцій та психічних станів, де сприйняття психічного та емоційного стану як єдиного суб'єктивного досвіду відображається в загальному психічному комфорті або дискомфорті [1.1, С. 11; 1.11, С. 125, 1.42, С. 183; 1.48, С. 22]. Останнє може досягатися завдяки розвитку емоційної стійкості, емоційного інтелекту, емоційної зрілості, емоційною стабільністю та іншим [1.29, С.2 77; 1.49, С. 725]. При цьому, сюди слід віднести формування позитивних міжособистісних відносин, що покращують стан благополуччя [1.34, С. 186; 1.73, С. 116; 1.129].

Отже, «психічне здоров'я», як ми бачимо, охоплює загальний стан психічного функціонування, включаючи когнітивні процеси, соціальні

взаємодії, поведінку, сприйняття реальності та адаптацію до навколишнього середовища. До його структури входить психічна стійкість, адаптивність, когнітивна функція, саморегуляція, сприйняття світу тощо. Орієнтоване на широкий діапазон функціонування розуму та поведінки, психічне здоров'я передбачає охоплення емоційної складової, яка фокусується на емоціях, їх вираженні та впливі на загальний стан благополуччя людини. З огляду на такі уявлення, емоційне здоров'я в проаналізованих роботах нерідко виступає синонімом благополуччя, умовою збалансованості почуттів та задоволення життям. При цьому, увага зосереджується на вираженні та регуляції емоцій, на її зв'язку з фізіологічними процесами, на наявності певного рівня опірності до стресів та здатності управляти емоційними станами. Відтак, можна стверджувати, що в сучасній психології прямо або опосередковано емоційне здоров'я є одним з компонентів психічного здоров'я.

Як зазначалось вище, існують різні погляди щодо визначення психологічного змісту здоров'я. Дослідники [1.81, С. 22; 1.1, С. 43; 1.125, С. 60 та ін.] визначають «психоемоційне здоров'я» як інтегральну властивість психіки, що розглядається як певна властивість особистості, що забезпечує ресурс, необхідний для самофункціонування в умовах комфортного життєвого шляху [1.26, С.85]. З'ясовано, що на цей час це «інтегративна особистісна властивість, котра становить основу успішної життєдіяльності через розвиток самосуб'єктної активності, спрямованої на вироблення наближеного до гармонійно-оптимального стилю саморегуляції і забезпечує здатність відрефлексовувати та контролювати власні емоції, ідентифікувати й адекватно оцінювати психоемоційний стан інших та впливати на нього» [1.26, С. 371]. Таким чином, ніби віддзеркалює перетин таких психологічних явищ, як психологічне здоров'я й емоційне здоров'я. В цьому разі можна побачити, що психоемоційне здоров'я орієнтоване на інтеграцію емоцій та психіки, при цьому охоплюючи ціннісно-мотиваційний, інформаційно-когнітивний, діяльнісно-технологічний та особистісно-рефлексивний компоненти.

Динаміка становлення психоемоційного здоров'я визначається як цілісний складний процес особистісного розвитку, а здатність особистості зберігати, відновлювати та збагачувати його, що визнається певним ключем до зменшення психологічної вразливості [1.125, С. 60]. Останнє, вочевидь, більшим чином детермінується емоційними якостями особистості. Також можна припустити, що психоемоційне здоров'я в нормі є тривало стабільним, а його позитивні зміни можна назвати розвитком. Таке розуміння психоемоційного здоров'я враховує його інтегративний характер, де емоційні, психофізіологічні, соціальні та інші його прояви можуть забезпечити на особистісному рівні можливості збереження чи відновлення емоційного здоров'я як певного специфічного прояву емоційної сфери.

Останніми десятиліттями вчені [1.105; 1.116; 1.137; 1.3 та ін.] активну увагу приділяють ментальному здоров'ю особистості як певного стану емоційного, соціального та психічного благополуччя людини. Прихильники такого підходу вважають, що ментальне здоров'я розглядається не просто як відсутність розладів або захворювань, але й наявність позитивних якостей особистості на рівні емоційної стійкості, задоволення від життя та здатність ефективно впоратися зі стресом та життєвими труднощами [1.3]. До кола проблем, що виявляються при дослідженнях, акцентується увага на емоційній та стресовій стійкості [1.132], соціальному та психічному благополуччі [1.127], самовизначенні та самореалізації [1.137]. У певних роботах з цього приводу доведено [1.146], що ментальне здоров'я характеризується здатністю встановлювати та підтримувати задовільні стосунки з іншими людьми, бути частиною спільноти, вказується на спроможності розвивати свої таланти, бути творчим у вирішенні проблем, реалізовувати власний потенціал та досягати поставлених цілей, що є важливими складовими загального благополуччя та повноцінного функціонування особистості в суспільстві.

Зважаючи на цей аналіз, на наш погляд, найближчими за змістом до явища емоційного здоров'я є емоційне благополуччя, яке вказує на психічний стан задоволення та перевагу позитивних емоцій і охоплює

радість, задоволення, вдячність, любов, спокій та інші позитивні почуття [1.18, 1.48 та ін]. У наведених з цього приводу працях вказується, що емоційне благополуччя може бути розглянуте як компонент загального благополуччя, тобто, особистість не лише задоволена своїм емоційним станом, а також цей стан впливає на її самопочуття і життєвий досвід [1.178]. Слід зазначити, що емоційне благополуччя не передбачає відсутність негативних емоцій, тут мається на увазі здатність ефективно управляти емоціями, розвивати позитивний настрій та відчувати себе емоційно задоволеним навіть перед життєвими викликами.

Тобто, спільними у сучасному розумінні психічного, психоемоційного, та ментального здоров'я є тлумачення їх у контексті благополуччя особистості. У відповідних концепціях наголошується на тому, що певні емоційні особливості є важливими складовими функціонування здорової особистості, баланс між якими має зовнішні та внутрішні ознаки прояву в емоційній сфері. Якщо говорити про те, що їх відрізняє, це: по-перше, різний психологічний зміст, покладений у визначенні та феноменологічному описі кожного з цих явищ; по-друге, домінування у структурі цих явищ одної з різних складових; по-третє, різноплановість та невизначеність ознак, які б характеризували саме це явище, а не інше.

Спираючись на таке розуміння наслідків наведених вище та інших досліджень, вважаємо важливим проаналізувати підходи, що склалися у психології, до розуміння змісту саме емоційного здоров'я.

Попередній аналіз показав, що емоційне здоров'я є предметом різних досліджень [1.43, С. 418, 1.56, С. 148; 1.53, С. 60; 1.13, С. 53; 1.2, С. 57 та ін]. Їх узагальнення дозволяє прояснити сучасне бачення цього явища, яке зазвичай розглядається в контексті загального благополуччя та функціонування особистості, а саме: а) емоційне здоров'я пов'язане із соціальною адаптацією та загальною якістю життя; б) воно залежить від балансу між позитивними та негативними емоціями та здатності

підтримувати емоційну стабільність; в) може впливати на фізичне та психічне здоров'я, охоплюючи загальний стан особистості та її життєдіяльність.

Так, Ю. Бреус, Р. Міляєва, [1.43, С.418] описують емоційне здоров'я з погляду балансу та взаємодії між позитивними та негативними емоціями. Наявність такого балансу, на їхню думку, передбачає контроль негативних емоцій та розуміння, як їхня взаємодія може впливати на загальний емоційний стан. Таке бачення містить інтелектуальний (сприйняття і розуміння) та соціальний (взаємодія з іншими, соціальні відносини) контекст емоційного здоров'я. Крім того, в роботі є посилання на певні особистісні аспекти, які виявляються в унікальному способі сприйняття та виявлення емоцій. Так О. Басенко [1.2, С. 57] розглядає емоційне здоров'я як важливий аспект загального психічного благополуччя та функціонування людини. Зміни емоційного здоров'я проявляються, за його даними, у хворобливих емоційних станах (депресія, тривога, стрес) під впливом емоційних переживань. Наслідки таких станів вбачаються у невдалій адаптації до соціального середовища через вплив хворобливих емоційних станів.

Щодо визначення емоційного здоров'я як позитивного або негативного балансу приємних до неприємних почуттів, К. Кейс [1.115, С. 207] вважає такий баланс та загальну оцінку задоволення життям найбільш точним виявленням здорової особистості. Узагальнюючи різноманітні прояви психічного здоров'я в категоріях процвітання (за наявності психічного здоров'я) або втрати (за його відсутності), він емпірично довів, що стан виснаження/депресії, який асоціювався з порушенням емоційного здоров'я, частіше виявлявся при обмеженнях повсякденної діяльності та скорочення робочих днів, в той час як процвітання або помірно емоційне здоров'я асоціювалися з кращими профілями психосоціального функціонування. Уточнюючи таке розуміння емоційного здоров'я, Є. Лангеланд [1.117, С. 1875] конкретизує приємні почуття, які розуміються як позитивні емоції. На її думку, це регулярна бадьорість, гарний настрій, щастя, спокій, умиротворення, задоволення, оптимізм та надія.

Такі дані призводять до логічного умовиводу: для збереження емоційного здоров'я необхідно формувати дбайливе ставлення до нього, з дитинства забезпечуючи особистість певними навичками, які допоможуть вберегти від порушень емоційного здоров'я. Проте, як зазначає Т. Од [1.104, С.195], зайва увага до збереження власного емоційного здоров'я є контрпродуктивною, адже явне піклування з цього приводу спрямовує особистість на пошук джерел задоволення, щастя, позитивних емоцій, а отже, формування гедоністичної мотиваційної спрямованості особистості.

Розуміння емоційного здоров'я як результату розвинутої здатності усвідомлювати, виражати та ефективно регулювати емоції належить поглядам Н. Пилипенко [1.56], Ю. Панасюк [1.53] та інших фахівців, де воно виявляється у психічній гармонії та загальному стані особистості. За цими визначеннями, емоційно здорова людина відчувається гармонійно та врівноважено, що можливо, якщо вона здатна розпізнавати, регулювати та виражати свої емоції таким чином, щоб забезпечити емоційну стабільність. При цьому, почуття гармонії не має залежати від зовнішніх обставин, що вказує на стійкість перед труднощами [1.56]. Також зазначається, що емоційне здоров'я є певним відповідним станом, який виникає як реакція на сприйняті події життя, і за яким регуляція негативних емоцій забезпечується шляхом позитивного погляду життя, підтримки з боку інших [1.53]. Як бачимо, таке тлумачення підкреслює важливість розуміння, прийняття та ефективного вираження емоцій для досягнення гармонії та психічної стійкості, що є свідченням емоційного здоров'я. Крім того, знаходимо приклад конструювання образу емоційно здорової людини, яке обумовлене не лише індивідуальним досвідом та надбаннями, але й широким соціальним контекстом [1.31, С. 636]. За цими даними, емоційне дозрівання характеризується як процес, який передбачає зростання важливості соціально-психологічних аспектів у житті людини. Зазначені критерії емоційного здоров'я, такі як входженість у взаємодію з навколишнім середовищем, осмисленість емоцій, емпатія, інтерес до справи, відчуття

приналежності до групи, підкреслюють соціальну природу емоційного здоров'я. Це означає, що емоційне здоров'я людини тісно пов'язане з її здатністю взаємодіяти з іншими, сприймати свої власні емоції та емоції інших, а також впливати на соціальне оточення. Таке розуміння показує, що формування емоційного здоров'я є результатом взаємодії із соціальним середовищем. Емоційне здоров'я є інтегрованою частиною загальної структури особистості, яка є основою успішної життєдіяльності, спрямована на вироблення гармонійного та оптимального стилю саморегуляції, розвиток емпатії та міжособистісної взаємодії, здатності ефективно адаптуватися до різних життєвих ситуацій та активно керувати своїми емоціями [1.28].

Наведені уявлення, на нашу думку, походять від тенденції ототожнювати емоційне здоров'я з певним рівнем розвитку емоційної сфери людини, який активно вивчають, рівень емоційної стійкості, емоційного інтелекту, емоційної саморегуляції, емоційної зрілості. Всі вони передбачають, що людина для збереження емоційного здоров'я має набути певний досвід, який, виконуючи роль особистісного ресурсу, допомагатиме долати життєві труднощі. Звідси, також можна вивести логічне припущення: якщо розвивати відповідні якості, в результаті отримаємо емоційно здорову особистість, яка має індивідуально- психологічні відмінності особистості та є більш стійкою до емоційних труднощів та здатною ефективно керувати своїми емоціями. Однак, зважаючи на базову функцію емоцій, ми схильні розуміти емоційне здоров'я як психоемоційний стан, який свідчить про рівень комфорту та безпеки в актуальному середовищі. А це призводить до певного протиріччя, де розвиток певних особливостей, таких як емоційна саморегуляція чи емоційний інтелект, може допомогти людині легше сприймати та адаптуватися до середовища, і, так саме, здатні порушити адекватність інтерпретації свого внутрішнього стану.

Як бачимо, розуміння емоційного здоров'я у такі способи, що схарактеризовано вище, є складним для наукового вимірювання, оскільки воно надто абстрактно описує стан людини, який суб'єктивно відображує

функціонування її почуттєвої сфери, а це ускладнює операціоналізацію. Проте, якщо визначити предмет нашого дослідження з огляду на понятійний контекст, повернемося до розуміння поняття емоційного здоров'я [1.29; 1.37; 1.38; 1.27; 1.80; та ін.], цей емоційний стан є наслідком специфічного оцінного суб'єктивного відображення функціонування почуттєвої сфери людини. Останній виникає як реакція на зміни в організмі або в його оточенні і несе інформацію різного ступеня усвідомленості про значення цих змін для людини.

З огляду на ці позиції, логічний ланцюг обґрунтування буде таким: емоції формуються в результаті оцінки ситуації людиною, враховуючи її індивідуальний досвід, цінності та погляди. Така оцінка впливає на те, як особа сприймає світ та власні емоційні реакції. Емоційний стан може бути спричинений фізіологічними реакціями або зовнішніми стимулами. Суб'єктивна оцінка реакцій на ці зміни в цьому разі визначає, як особа сприймає свій емоційний стан. Емоції несуть інформацію про значення цих змін для людини. Оцінка цього значення впливає на те, чи сприймає людина свій емоційний стан як комфортний чи дискомфортний.

Як свідчить це дослідження, проблема психологічного змісту розуміння емоційного здоров'я ще перебуває в пошуках її розкриття. В той же час, спираючись на узагальнення роздумів стосовно психічного здоров'я, психологічного здоров'я, ментального здоров'я та саме емоційного здоров'я, можна зазначити: по-перше, що емоційне здоров'я треба розглядати як певну специфічну особливість сфери психіки; по-друге – враховувати, що емоції інтегруються з усіма явищами психічної діяльності, визначаючи сприйняття та оцінку подій; по-третє – ключовими ознаками емоційного здоров'я слугують складні прояви почуттєвої сфери особистості схожих понять з психічним здоров'ям, емоційним комфортом та іншими, можна віднести «психологічне благополуччя» як інтегральне утворення, що виражається в ступені її орієнтації на реалізацію основних компонентів свого позитивного функціонування, яка суб'єктивно сприймається як задоволеність собою

та своїм життям. Встановлено, що психологічне благополуччя особистості пов'язане із ціннісно-смысловими орієнтаціями (життєвими цілями, процесом життя, результативністю життя) та життєстійкістю особистості [1.61].

Ураховуючи ці та інші підходи, в своїй роботі ми будемо дотримуватись концептуальних позицій щодо емоційного здоров'я, запропонованих О. Чебикіним [1.80; С. 25], про те, що емоційне здоров'я є специфічним внутрішнім суб'єктивним станом, що відображає функціонування почуттєвої сфери людини. Цей стан може коливатися від позитивно-комфортного до негативно-дискомфортного, залежно від індивідуальних оцінок, які особа проявляє в своїх емоціях та інших змінах, в різних ситуаціях. Таке визначення емоційного здоров'я враховує його суб'єктивний характер, що вказує на індивідуалізованість сприйняття й оцінки емоційного стану кожною конкретною особою. Воно також зумовлене взаємодією фізіологічних та емоційно-психологічних реакцій, що відповідає підходам різних теорій емоційної регуляції.

Отже, визначення емоційного здоров'я через призму теорій емоційної регуляції О. Чебикіна враховує специфіку його розуміння, яке залежить від відповідних індивідуальних оцінок, фізіологічних проявів та значень, що призводять до формування емоційного стану та рівня комфорту чи дискомфорту для конкретної особи.

Таким чином, спираючись на проведений аналіз прямих та осередкових психологічних характеристик, можна визначити емоційне здоров'я як специфічне оцінне суб'єктивне відображення функціонування почуттєвої сфери людини, яке супроводжує зміни в організмі або в його оточенні і несе інформацію різного ступеня усвідомленості про значення їх для людини, на рівні представлених комплексних почуттів у діапазоні від позитивно комфортного до негативно дискомфортного емоційного стану.

Також показано, що в систематиці родових понять, які описують широке коло явищ, призначених для опису психічно здорової людини, емоційне здоров'я вважається одним з його компонентів, де психологічне

та психоемоційне здоров'я характеризують особистісний прояв психічно здорової людини, емоційне здоров'я сконцентроване на почуттєвому його виявленні, а ментальне здоров'я визначає можливість зберігати та швидко відновлювати позитивно-комфортний емоційний стан.

Прямими характеристиками емоційного здоров'я є енергійність, гарний настрій, щастя, спокій, умиротворення, задоволення життям, стабільне почуття емоційного комфорту, оптимістичний погляд на майбутнє.

Осередкові психологічні характеристики емоційного здоров'я, з одного боку, поширюють наше розуміння цього явища, з іншого, ускладнюють диференціацію його від емоційних якостей особистості, які приписуються образу емоційно здорової особистості, що здатна ефективно керувати емоціями, сприймати себе та світ, а також взаємодіяти з іншими. Така людина налаштована на сприйняття та передачу позитивних емоцій, має розвинені соціальні навички, здатна підтримувати позитивні стосунки з різними людьми. Вона може розпізнати, розуміти та виражати свої емоції, вміє регулювати їх, уникаючи надмірного напруження. Здатна сприймати почуття інших та відповідати на них з розумінням та підтримкою. Демонструє увагу та чутливість до емоцій стосунків. Має позитивний настрій та зацікавленість у власних справах. Спроможна розглядати труднощі як стимули для особистісного зростання. Має виражене відчуття приналежності до певних соціальних груп та позитивно ставиться до них. Здатна співпрацювати та взаємодіяти з іншими для досягнення спільних цілей. Цей образ привласнює емоційному здоров'ю такі риси, як соціальна адаптованість, емпатія, емоційна зрілість та позитивна орієнтованість тощо. Останні спрямовані та можливості впоратися з життєвими викликами та підтримувати позитивний емоційний стан.

1.2. Концептуальні підходи до пізнання психологічних особливостей емоційного здоров'я людини

Відомо, що концептуальний підхід передбачає розгляд і розуміння явища через призму ідей, теорій та моделей, що визначають теоретичний фундамент, вивчення не лише результатів досліджень емоційного здоров'я, які містять певні фактичні дані, але й авторських умовиводів щодо їх пояснення, його розуміння. Відповідно обрати напрямок власного дослідження визначених цілей, в аспекті переосмислення його переваг та обмежень. Узагальнення наявних на цей час концептуальних уявлень про емоційне здоров'я людини дає підставу стверджувати, що остаточно не визначено ту модель, за якої цей феномен може бути представлений найбільш поглиблено та найточніше характеризувати свою специфіку.

Узагальнюючи аналіз концептуальних моделей [1.40; 1.50; 1.77; 1.32; 1.9; 1.6; 1.28; 1.22 та ін.] психічного здоров'я як базових надсистем, «емоційне здоров'я» показало, що найчастіше фахівцями застосовуються структурний, процесуальний, мультифакторний або інтегративний підходи.

За структурним підходом до пізнання психічного здоров'я акцент робиться на внутрішніх компонентах, їхніх взаємозв'язках та організації. При цьому увага фокусується на ідентифікації окремих частин, елементів або аспектів явища. Аналіз взаємозв'язків окремих компонентів полягає в обґрунтуванні того, як ці компоненти взаємодіють між собою. Узагальнення досліджень проведених за структурним підходом [1.39 та ін.] дозволяє визначити, що воно має складну систему, яку можна розглядати на різних рівнях. Основними компонентами структури тут зазвичай є: емоційний компонент на рівні різноманітних емоцій, їхньої інтенсивності та вираження; когнітивний, який охоплює пізнавальні процеси, способи їх переробки інформації при сприйнятті світу; поведінковий, який визначається типовими проявами, реакціями на події, рівнем адаптації. Внутрішні взаємозв'язки, при цьому, теж розкривають особливості емоційно-когнітивної взаємодії

(взаємовплив емоцій та когнітивних процесів) та когнітивно-поведінкової взаємодії (вплив переконань та думок на поведінку). Також є структури, які, без сумніву, втілюють ідею психологічного здоров'я [1.20; 1.55 та ін]. Останні враховують, що прояви особистісні, ментальні, соціальні рівні з певними варіаціями. При цьому акцентується увага на структурних аспектах (мотивації, цінностей і моральності), а саме – на комплексі характеристик у сфері пізнання життєвих мотивацій і потреб, а також на загальному стані душевного благополуччя [1.55]. Важливим в аналізі праць у межах цього підходу [1.53] є враховування факторів ризику, стресових ситуацій, а також наданих психологічних резервів збереження психічного здоров'я, на рівні позитивного сприйняття світу та подій (оптимізм), здатність адаптуватися до змін (психологічна гнучкість) та ін.

Таким чином, структурний підхід дозволяє розглядати психічне здоров'я як систему взаємопов'язаних компонентів, де їхня організація та взаємодія визначають стан психічного благополуччя людини. Як бачимо, у структурі здоров'я емоційний компонент є однією з основних складових, яка пов'язана із загальним станом душевного благополуччя та адекватним функціонуванням емоцій. Вона вміщує в собі широкий спектр емоцій, від позитивних (радість, щастя) – до негативних (стрес, тривога), а також їхню інтенсивність та тривалість. Впливаючи на когнітивні процеси, такі як увага, пам'ять та прийняття рішень, емоції можуть визначати реакцію на стрес та типові способи копіngu [1.70, С. 24]. Загалом, сутність цих зв'язків у період стресу може викликати негативні емоційні реакції, зокрема, тривогу та депресію [1.39, С.75]. Проте ефективні копінг-стратегії можуть сприяти покращанню емоційного благополуччя [1.22, С. 26]. Щодо зв'язку з психологічними резервами, зазначається, що позитивне сприйняття світу та оптимізм можуть підтримувати емоційне здоров'я [1.91]. Звідси, якщо аналізувати психічне здоров'я з позицій структурного підходу, можна визначити, що емоційне здоров'я тісно пов'язане з іншими його компонентами, взаємодія між ними визначає загальний стан психічного

благополуччя людини. Збалансоване та адекватне емоційне функціонування є важливим аспектом психічного здоров'я, яке впливає на якість життя та адаптацію до різних життєвих ситуацій.

Що стосується процесуального підходу, то в ньому акцентується увага на динаміці, змінах та розвитку в часі [1.9, С. 72]. Його сутність полягає в розгляді психічного здоров'я як динамічної системи, що змінюється в часі, де увага акцентується на тому, як особистість розвивається та адаптується до різних життєвих обставин [1.31, С. 636]. Замість фокусування на статичних станах чи характеристиках, процесуальний підхід вивчає самі процеси, враховуючи їхній контекстний характер, тобто, з урахуванням впливу зовнішніх та внутрішніх факторів розвитку та функціонування особистості. Важливим аспектом є розуміння того, як особистість саморегулюється, адаптується до змін у середовищі і вирішує життєві завдання. А отже, в такому підході психіка розглядається як динамічна система, в якій зміни в одній частині можуть призводити до каскадного ефекту в інших. Особливий акцент робиться на процесах самовизначення, саморозвитку, вирішенні конфліктів та конструюванні власної ідентичності [1.77, С. 104].

Якщо розглядати емоційне здоров'я з позицій процесуального підходу, його можна представити як динамічний і взаємопов'язаний процес, що враховує різноманітні прояви емоційної сфери. В останньому разі вочевидь важливо аналізувати специфічні фактори впливу, стресорів та внутрішніх стимулів, які відбиваються на емоційному здоров'ї (конфлікти, радісні події, думки та почуття), що викликають певну емоційну реакцію. Саме на цьому етапі відбувається сприйняття та обробка подразників, під час яких виникають емоційні реакції (радість, сум, захоплення, напруження тощо) та запускаються особистісні ресурси, процеси саморегуляції, спрямовані як на управління та модуляцію емоційних відповідей. За даними проведеного аналізу досліджень, які доводять, що внутрішні (особистісні) ресурси допомагають в боротьбі з негативними психологічними впливами та сприяють збереженню здоров'я [1.62], а саме: відчуття надії, наявність цілей, оптимізм, ефективно

підтримують рівень психологічного благополуччя. Зі свого боку, психологічне благополуччя особистості пов'язане із її ціннісно-смысловими орієнтаціями та життєстійкістю, тому високий рівень психологічного благополуччя можна вважати психологічною основою безпеки особистості, що виконує саморегулятивну функцію збереження її цілісності і стабільності як психологічної системи [1.63].

За таким підходом стає більш зрозумілим, як розвиток емоційної компетентності, навичок управління емоціями, розпізнавання власних та інших емоцій, а також адаптація до нових стресових ситуацій можуть бути особистісним ресурсом емоційного здоров'я. З іншого боку, так само, як взаємодія з оточенням, підтримка з боку інших людей, та специфіка взаємовідносин можуть вважатися його зовнішніми ресурсами. Адже, саме вони запускають емоційну саморегуляцію за рахунок зміни у цінностях, життєвих цілях та мотиваціях, які можуть впливати на сприйняття та обробку емоцій [1.9, С. 72], використання копінг-стратегій для подолання труднощів, усвідомлення власних емоцій та причин та впливу на поведінку та життя [1.28, С. 99]. Як наслідок, можна вважати, що емоційне благополуччя, за процесуальним підходом, є кінцевим результатом, що відображає загальний стан емоційного здоров'я, яке визначається гармонією, позитивністю та адаптивністю емоційної сфери [1.31].

Сутність мультифакторного підходу [1.6, С. 231, 1.28, С. 155], до вивчення психічного здоров'я полягає в тому, що він переважно спирається на аналіз впливу різноманітних факторів на психічне здоров'я людини. Замість визначення єдиного чинника або причини, мультифакторний підхід ураховує різноманіття фізичних, соціальних, психологічних, культурних та інших факторів, які можуть взаємодіяти і впливати на психічне благополуччя людини [1.20], відповідно – й емоційного здоров'я. Основні аспекти мультифакторного підходу, крім комплексності та взаємодії чинників, розкриваються через урахування індивідуальної своєрідності людей, вивчення унікальних характеристик (особистісних особливостей, життєвого досвіду,

генетичних факторів та ін.). Динаміка змін психічного здоров'я в часі під впливом різних подій передбачає аналіз соціального та культурного контексту, в якому функціонує особистість. Пошук балансу між різними факторами для досягнення психічного благополуччя [1.32, С. 85]. Виходячи з тих та інших даних, можна говорити, що мультифакторний підхід дозволяє отримати більш повне і глибоке розуміння психічного здоров'я, врахувати різноманітність чинників впливу та їх взаємодію. І водночас такий підхід ускладнює організацію та проведення спеціальних досліджень, і вимагає залучення інших більш складних методологічних підходів до інтерпретації результатів, оскільки доказова база є надто варіативною.

Розглядаючи емоційне здоров'я з позицій мультифакторного підходу, можна описати його як комплексний стан, що формується в результаті взаємодії різноманітних фізіологічних, психологічних, соціокультурних та інших чинників. Основні аспекти опису емоційного здоров'я з мультифакторного підходу охоплюють такі фактори, як емоційна регуляція, життєстійкість, характер міжособистісних відносин, соціальну підтримку, індивідуальні резерви та культурний контекст. Тобто, йдеться про здатність адаптувати і регулювати власні емоції відповідно до різних ситуацій, а також про вміння виражати, розпізнавати та ефективно використовувати свої емоції [1.52, С. 102], здатність витримувати стрес та адаптуватися до негативних ситуацій [1.6, С.231], встановлювати та підтримувати здорові взаємини з іншими людьми [1.58], розвивати емпатію та вирішувати конфлікти конструктивно [1.66, С. 76], досвід та цінності, які набули і накопичили протягом життя [1.33, С. 573], особистісні ресурси, які можуть впливати на емоційне здоров'я (такі як оптимізм, самооцінка, ставлення до себе, внутрішня мотивація та ін.). Наявність соціального оточення, яке сприяє емоційному благополуччю, а також підтримку від родини, друзів і суспільства [1.32, С. 85]. Отже, якщо враховувати різноманітність факторів, що впливають на емоційне здоров'я, мультифакторний підхід є можливим для комплексного

розуміння цього явища, якщо предметом дослідження є індивідуальні відмінності та конкретний контекст життя кожної особистості.

У цілому таке диференціювання підходів до вивчення психічного здоров'я є досить умовним, воно ґрунтується на кількох ключових критеріях: основному аспекті, який вивчається, підставах для аналізу явища, оптимального рівня абстракції та способах емпіричної перевірки (табл.1.1).

Таблиця 1.1.

Формальні відмінності між структурним, процесуальним та мультифакторним підходами до вивчення психічного здоров'я

Підходи	Основний акцент	Підстава для аналізу	Рівень абстракції	Емпірична перевірка
Структурний	Система компонентів	Елементи та їхні взаємозв'язки у системі	Деталізація, орієнтування на конкретні аспекти	У дослідження окремих аспектів психічного здоров'я, які можна виміряти чи оцінити, у кореляційних дослідженнях
Процесуальний	Динаміка розвитку, зміни у часі, процеси, які відбуваються у психіці	Зміни елементів системи у часі	Абстрагування, пошук закономірностей	У лонгітюдних дослідженнях, де доречно використовувати спостереження, тривалі біометричні вимірювання, щоденникові методи
Мультифакторний	Фактори та впливи на психічне здоров'я, їхня взаємодія	Залежність психічного здоров'я від певних факторів та їх взаємодії	Типологізація з урахуванням різноманіття та комплексності взаємодії факторів	У дифенціально-психологічних та факторних дослідженнях, де взаємодія визначається за допомогою факторного або регресійного моделювання

Як видно з таблиці, основний акцент за структурним підходом робиться на вивченні складових та умовного змісту психічного здоров'я на рівні як системи компонентів. Процесуальний підхід спрямований на пізнання динаміки та процесів, які відбуваються у психічній сфері, тобто на те, як здоров'я розвивається та змінюється з часом. Мультифакторний підхід акцентує увагу на взаємодії різноманітних факторів та впливів на психічне здоров'я, зокрема фізичні, соціальні, емоційні, індивідуальні та інші аспекти. Відповідно, основний аналіз за структурним підходом спрямований на елементи та їх взаємозв'язки у системі. У той час, як за процесуальним – на аналіз динаміки, змін, та еволюційні особливості психічного здоров'я в часі. За мультифакторним – на взаємодії різноманітних факторів. Щодо рівня абстракції, структурний підхід зазвичай більш прагматичний та деталізований, орієнтований на конкретні аспекти психічного здоров'я. Відповідно, до процесуального можуть входити аналізи абстракцій та загальних закономірностей, а мультифакторний – різноманітний, спрямований на аналіз та комплексність взаємодії факторів. Як наслідок, наявні різноманітні типи завдань, на вирішення яких спрямовуються дослідження в межах цих підходів. А отже, можна говорити, що відмінність між ними полягає в тому, як вони ставляться до структури, процесів, факторів впливу для кращого розуміння психічного здоров'я.

Стосовно умовності такого поділу поглядів фахівців, зазначимо, в психології склалася практика користуватися логікою теоретичного аналізу різних підходів [1.51, С. 40; 1.76; 1.40, 1.128, С. 926]. Для прикладу, у теорії особистісних конструктів Дж. Келлі [1.108] наведено перелік характеристик нормального функціонування людини, який можна трактувати як характеристики здорової особистості, які вказують на психологічну структуру особистості та її здатність адаптуватися до змін у соціальному оточенні. Розглянуті характеристики допомагають розкрити психологічні механізми, які забезпечують стабільність та гнучкість особистісної системи. Такі аспекти асоційовані зі структурним підходом, оскільки конструкти,

які застосовуються для інтерпретації життєвого досвіду, можуть визначати структуру й систему психічних представлень. Одночасно, характеристики, що вказують на готовність до переосмислення та розвитку, можуть також відповідати процесуальному підходу. Процес переосмислення і розвитку може бути сприйнятий як динамічний елемент в системі психічного функціонування. А отже, ці положення теорії Дж. Келлі відповідають структурному та процесуальному підходам, інтегруючи їх у цілісну систему поглядів.

Звідси стає очевидним, чому наймолодша традиція у вивченні психічного здоров'я – інтегративний підхід – стала найпоширенішою. Вона полягає у використанні різних концепцій та теорій психології, психобіологічних, соціальних, когнітивних, психодинамічних її напрямків, ці зусилля спрямовані на з'єднання різних рівнів аналізу, що дозволяє отримати комплексне уявлення про психічне здоров'я за рахунок дослідження взаємозв'язку між біологічними факторами і психічним здоров'ям, розгляд його крізь призму психодинамічної, когнітивної психології, теорії особистості тощо [1.76, С. 86], спираючись на аналіз впливу факторів взаємодії, соціокультурних впливів, психосоціальних стресорів [1.5, С.426]. Розкриваючи певні клінічні патології, що пов'язані з психічним здоров'ям, на основі яких розроблені методи діагностики та лікування, та здійснення впровадження практичних інтервенцій для підтримки та поліпшення його стану та інші. Тобто, інтегративний підхід представлений як синтез різних психологічних концепцій і методів, які об'єднуються для більш глибокого розуміння психічного здоров'я.

У межах інтегративного підходу можна представити модель емоційного здоров'я за типом сутність-зв'язок [1.92; С. 296]. Термін «сутність» вказує на основну, невід'ємну, істотну частину або ядро певного поняття [1.69, С. 72]. Це те, що визначає суть чогось, його основне значення або ідею. У контексті досліджень чи моделювання взаємозв'язків, «сутність» вказує на ключові аспекти, які є необхідними для розуміння або опису об'єкта, процесу

чи концепції. Наприклад, у моделі психічного здоров'я «сутність» вміщує в себе основні компоненти, які визначають психічне благополуччя (в різних моделях вони різні), що дозволяє розкрити основні риси та характеристики психічного здоров'я в цій моделі. Якщо «сутність» – це те, що є основоположним і важливим для обговорення або дослідження, беручи за основу «робоче» визначення емоційного здоров'я, сутністю у моделі слугує емоційне здоров'я як стан, який відображає суб'єктивне сприйняття та оцінку функціонування почуттєвої сфери особистості. Воно охоплює в собі сприйняття змін в організмі чи його оточенні, носить інформаційний характер і може бути усвідомленим.

Поняття «атрибути сутності» вказує на конкретні характеристики, які є невід'ємною частиною сутності. Ці атрибути визначають основні риси або властивості об'єкта, про який йдеться в моделі. В контексті нашого дослідження, атрибутами сутності емоційного здоров'я є: енергійність (рівень енергії, який виражається в жвавості, активності та здатності ефективно взаємодіяти з навколишнім світом); гарний настрій та почуття щастя (стан психічного комфорту, який виражається в позитивному настрої, радості та внутрішньому щасті); спокій та умиротворення (здатність знаходити внутрішню гармонію та спокій навіть у стресових ситуаціях); задоволення життям (позитивне ставлення до власного життя та задоволення його різними сферами); стабільне почуття емоційного комфорту (здатність підтримувати стійкий позитивний емоційний стан); оптимістичний погляд на майбутнє (переконавання в позитивних перспективах та можливостях майбутнього).

«Ключ сутності» вказує на основний атрибут, який є найважливішим для розуміння явища, яке представлено в моделі. В контексті емоційного здоров'я, ключ може вказувати на центральну характеристику «загальний позитивно-комфортний емоційний стан», оскільки вона пов'язана із задоволенням, радістю, енергією та іншими позитивними аспектами емоційного життя. Він допомагає встановити єдність і відмінність між різними елементами системи, щоб легше визначити, оцінювати та розуміти

їх у контексті емоційного здоров'я. Це дозволяє представити всі можливі виявлення емоційного здоров'я у вигляді умовної шкали від максимального позитивно-комфортного до негативно-дискомфортного стану, який відчувається на ситуативному або відносно стійкому рівнях.

При побудові моделі такого типу термін «зв'язок» вказує на відношення між різними елементами в системі, які показують, як вони взаємодіють один з одним, або між емоційним здоров'ям та різними аспектами життя, зокрема, фізичне, психічне та соціальне здоров'я. На цей час вони можуть бути побудовані як гіпотетичні припущення, які потребують подальшої емпіричної апробації. Найбільш очевидними є зв'язки з соціальною адаптованістю, емпатією, емоційною зрілістю, емоційним інтелектом, які свідчать про здатність ефективно управляти емоціями, сприймати себе та світ, а також взаємодіяти з іншими (особистісний ресурс). Також до цієї категорії можна віднести зв'язки із зовнішніми обставинами, які здатні вплинути на емоційне здоров'я (фактори впливу).

Цей тип моделювання дозволяє виокремити явище емоційного здоров'я від споріднених феноменів, які характеризують здорову особистість у фізичному, психічному, соціальному, психологічному, психоемоційному сенсі, вказуючи не лише на специфіку його сутності та ключових ознак. Його застосування показує, що емоційне здоров'я вирізняється динамічністю, за якою цей стан відносно швидко змінюється зі зміною внутрішніх та зовнішніх обставин, суб'єктивністю, оскільки емоційне здоров'я оцінюється з особистого погляду кожної людини і може відрізнятися від загальноприйнятих стандартів, варіативністю у різних умовах життєдіяльності від позитивного і комфортного до негативно-дискомфортного стану.

Сьогодні, з урахуванням уточнення концептуальних уявлень про емоційне здоров'я, представлено у найбільш обґрунтованій моделі дослідження психологічних основ емоційного здоров'я О. Чебикіна [1.80, С. 25-26], яку можна віднести до інтегративного підходу, який реалізується,

зокрема у компонентно-структурній моделі. У такому типі моделювання визначені конкретні компоненти або складові системи, а також зв'язки між ними. Кожен компонент представляє собою конкретний аспект, який враховується при аналізі і розумінні системи.

У цьому разі, концептуальні погляди автора окреслюють чотири основні компоненти: а) фактори впливу (стресори, які впливають на емоційне здоров'я людини в різних умовах діяльності, зовнішні чинники, які можуть впливати на емоційний стан); б) специфічні властивості та стани (психологічні особливості, що характеризують функціонування емоційної сфери людини, а також емоційно-особистісні особливості, як то емоційність, емоційну стійкість, емоційну зрілість та ін.); в) змістові характеристики (конкретні особливості емоційного здоров'я, такі як емоційні акцентуації, емоційні залежності, емоційні відхилення та ін.); г) профілактично-корекційні засоби (заходи та методи для профілактики та корекції емоційного здоров'я, такі як психологічні прийоми, соціально-психологічні тренінги та рекреаційно-відновлювальні умови). Ця модель дозволяє аналізувати різні аспекти емоційного здоров'я та розуміти їх взаємозв'язок з різними обставинами життя людини, які можуть уточнювати основні її компоненти [1.80].

Таким чином, вивчення психологічних надбань у межах структурного, процесуального, мультифакторного та інтегративного підходів показало, що останній виявляється найбільш перспективним для виявлення закономірностей змін емоційного здоров'я пацієнтів з отоларингологічними захворюваннями.

Показано, що прийняття за основу компонентно-структурної моделі емоційного здоров'я О. Чебикіна, яка вказує на необхідність прояснення факторів впливу, специфічних властивостей та станів, змістових характеристик емоційного здоров'я та профілактично-корекційних засобів його відновлення, дозволить перейти до конкретизації проблеми вивчення емоційного здоров'я, розширення специфіки емоційних станів, які його

характеризують, та дослідження його змін під час лікування отоларингологічних захворювань. Захворювання супроводжуються різними емоційними та психологічними реакціями з боку хворого, що, зі свого боку, обумовлено індивідуальними особливостями людини та тяжкістю перебігу хвороби. За умови специфіки отоларингологічних захворювань, а саме – їх безпосереднього впливу як на саме здоров'я, так і на зниження соціальної активності, або її відсутність. Основними проявами є: страх та тривога (невизначеність самопочуття, переживання за тяжкість захворювання та ефективність лікування, переживання за відновлення функцій (слуху, дихання, розмови) після лікування); невпевненість та вразливість (зміни в повсякденній діяльності та роботі); депресія та пригніченість загального стану (фізичний дискомфорт, порушення сну, порушення соціальних функцій); дратівливість та злість (за рахунок відчуття болю та дискомфорту, неспроможність виконання справ та завдань); соціальна ізоляція (відчуття самотності, втрата підтримки).

1.3. Вивчення зовнішніх та внутрішніх ознак у змісті емоційного здоров'я

Уявлення про фактори емоційного здоров'я формувалися з точки зору причинно-наслідкових зв'язків, де об'єктивні обставини та особистісний досвід є причинами відносно до емоційного здоров'я. Для того, щоб прояснити внутрішні та зовнішні фактори емоційного здоров'я, а також зовнішні та внутрішні фактори, які здатні його погіршити, наш аналіз починається з розгляду емоційного стану як універсального явища, що відтворює суб'єктивне сприйняття об'єктивних обставин на рівні почуттів у певних несприятливих умовах.

Узагальнення різних досліджень [1.35; 1.45; 1.75 та ін.] свідчать, що у психологічній традиції фактори емоційного здоров'я розглядаються через призму їх позитивного або негативного впливу. Тоді, фактори,

що сприяють емоційному здоров'ю, називаються певними ресурсами. Вони поділяються на дві групи: внутрішні та зовнішні. Внутрішні – це емоційна зрілість, висока самооцінка, адаптивність, конструктивне реагування на труднощі, емоційна виразність, вміння висловлювати свої почуття, здатність успішно уникати конфліктів та шкідливих ситуацій, мати позитивне уявлення про здоров'я, фізично необхідну активність та дотримування правил охорони здоров'я, саме завдяки цим факторам покращується та зберігається емоційне здоров'я. Як ми бачимо, всі вони є результатом особистісного досвіду, представляючи внутрішні надбання людини, сформованість яких сприяє збереженню та зміцненню емоційного здоров'я. Зовнішніми ресурсами емоційного здоров'я можна вважати такі фактори середовища: соціальну підтримку, сімейні відносини [1.15]. До них можна ще віднести певні гендерні, вікові, етнічні стереотипи, які створюють стабільне структуроване середовище через визначеність соціальних ролей та відповідних очікувань [1.71], а також ще спеціальні заходи психологічної допомоги [1.92].

Систематизація досліджень пізнання емоційної сфери людей у несприятливих умовах також показала, що останніми роками до обставин, в яких вивчалися можливі порушення емоційного здоров'я, найчастіше уналежнювали травматичні події [1.59], злочини [1.64], війни [1.72; 1.68], втрату близької людини [1.15], втрату житла, тимчасове переміщення, зміну місця роботи, фінансовий тиск та економічні труднощі, соціальну ізоляцію [1.24], хронічні захворювання та травми [1.134], особистісне ставлення до них [1.46], напруження, пов'язане з «управлінням» захворюванням [1.94], пандемію та особисту реакцію на пандемічні обставини [1.25, 1.36]. За даними дослідників, більшість цих чинників суттєво діють на емоційне здоров'я людей. Дослідження емоційного стану в цих умовах охоплювали вивчення емоційної реакції людей на стресові ситуації, психосоціальних втрат, стратегій управління стресом в умовах невизначеності, взаємодії з навколишнім середовищем, адаптації до нових умов життя, сприйняття підтримки,

наявності та використання особистісних, соціальних та емоційних ресурсів, психічної стійкості тощо.

Надзвичайні, травматичні події вириваються за межі звичного досвіду людини своєю несподіваністю та руйнівною силою. Загроза смерті та серйозного тілесного ушкодження, а також надмірне психологічне напруження призводять до невирішених негативних переживань, які людина не може подолати самотійно. Це викликає стійкі зміни, зокрема, в емоційному стані та поведінці [1.59, С. 59]. Ситуації, подібні до поширення коронавірусу та пов'язані з ним обмеження, викликали стан невизначеності, страх перед зараженням, зміни в звичайному житті, втрату звичного ритму та соціального контакту. Ці фактори викликали тривогу, пригнічення, зниження активності та настрою, іноді, порушення харчової поведінки [1.24, С. 17]. Проте, зазначається, що причини порушення емоційного здоров'я містяться й у повсякденному житті людини. Це конфлікти на роботі, проблеми у спілкуванні, незадоволеність власним зовнішнім виглядом, проблеми зі здоров'ям, різні форми невдоволеності та конфліктів у взаємовідносинах, внутрішні конфлікти, труднощі у самовираженні, проблеми в особистих відносинах, самотність, бездіяльність. У інших дослідженнях вказується [1.16; 1.67; 1.44] на перевантаження сімейними обов'язками, проблеми з дітьми, надмірну працездатність, економічні проблеми, транспортні труднощі, занепокоєння щодо родинної ситуації. Спостереження свідчать, що внутрішні конфлікти, особистісні труднощі та емоційна уразливість теж можуть мати значущий вплив на емоційне здоров'я людини. На дію означених факторів вказують певні поведінкові патерни, в яких емоційний компонент є найбільш вираженим. Йдеться про реакції емоційної нестабільності, песимістичного стану, негативної рівноваги, станів демобілізації, опозиції та розладу [1.44]. У вказаних реакціях в аспекті прояву емоційного нездоров'я взагалі можна визначити декілька спільних рис. Так, у всіх типах реакцій спостерігається виражене переживання негативних емоцій, таких як пригнічений настрій, емоційний дискомфорт, загальна незадоволеність, тривожність, песимізм.

Песимістичні ситуаційні реакції характеризуються зміною світогляду, формуванням похмурого погляду на життя, ускладнення планування майбутнього. Також вони призводять до скорочення соціальних контактів, і, навіть, до ізоляції. Ефективність спілкування та участі в суспільному житті падає, що може загострювати емоційні проблеми. Можуть виникати фізичні наслідки, такі як гіпертонія, серцево-судинні кризи, млявість і безсоння. Крім того, зазначається домінування дистимічних почуттів, нерішучості, втоми, самотності, відчуження, безпорадності, суму, депресії. А отже, фактори, що впливають негативно, можуть бути внутрішніми – дратівливість, агресивність, які призводять до конфліктів, стійка негативна реакція на труднощі, напруженість, невротичність, страхи, переконання у власному безсиллі, внутрішні конфлікти та емоційна уразливість. До зовнішніх можна віднести: надзвичайні травматичні події, епідеміологічні, соціокультурні фактори, побутові, сімейні та економічні труднощі, гострі та хронічні захворювання та інші.

Важливо звернути увагу на можливість сумачії факторів впливу. Її пояснення можна знаходити в тому, що несприятливі події оцінюються з точки зору їхнього стресу, а це призводить до негативних емоційних реакцій, які, зі свого боку, активують поведінкові (рішення щодо здоров'я) та фізіологічні шляхи (реакція симпатичної мозкової залози та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової залози), які створюють пов'язані з хворобою фізіологічні зміни, що посилюють ризики виникнення та прогресування захворювання [1.97, С.459].

Таким чином, описано фактори емоційного здоров'я, які умовно розподілено на групи сприятливих (ресурсів) та несприятливих, внутрішніх та зовнішніх. Гіпотетично визначено, що внутрішніми ресурсами емоційного здоров'я є емоційна зрілість, що проявляється в різних видах. Останнє може детермінувати високу самооцінку, соціальну адаптивність, конструктивне реагування на труднощі, неконфліктність, позитивне уявлення про здоров'я, дотримання правил його охорони. Зовнішні сприятливі фактори

характеризують дружні сімейні відносини, підтримку від колег і друзів, стабільне структуроване соціальне середовище. До внутрішніх факторів, що впливають негативно, варто уналежнити такі особливості емоційного здоров'я, як от: дратівливість, агресивність, незадовільну реакцію на труднощі, напруженість, невротичність, тривожність, надмірну емоційну вразливість, непевність, внутрішню конфліктність та інші. При цьому можливі зовнішні несприятливі фактори – це надзвичайні травматичні події, епідеміологічні, соціокультурні фактори, побутові, сімейні та економічні труднощі, гострі та хронічні захворювання. Всі ці та інші фактори можуть сумуватися, взаємодіяти і взаємодоповнюватися, створюючи складну картину впливу на емоційне здоров'я.

1.4. Узагальнення та систематизація посттравматичних зростаючих факторів впливу на емоційне здоров'я військовослужбовців

Оскільки спеціальних досліджень, у яких містяться відомості про ознаки емоційного здоров'я у військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, обмаль, для їхнього прояснення були систематизовані дослідження, в яких вивчався фактор захворювання як специфічні обставини, в яких відбуваються зміни емоційного здоров'я людини. Окремо розглянуто можливі наслідки посттравматичних стресових факторів хвороби на емоційне здоров'я. На основі такої роботи здійснено спробу описати прояв емоційного здоров'я як континуума, де воно представлено різноманітними варіаціями емоційного стану.

Якщо розглядати хворобу як особливі умови, на тлі яких ми плануємо вивчати зміни в емоційному здоров'ї людини, то специфіку цих умов ми схильні пояснювати через фізіологічні зміни, психоемоційні зміни, посттравматичні зростаючі фактори, соціальні відносини, страху, невідомості, що пов'язані із хворобою. Більшість з відомостей отримано, передусім, за даними хронічних серцево-судинних [1.126; 1.109], онкологічних [1.162],

респіраторних [1.95; 1.100], стоматологічних [1.96], офтальмологічних [1.133] та деяких інших захворювань.

Стосовно фізіологічних змін в організмі людини, пояснімо, що хвороба впливає на фізіологічні процеси в організмі, такі як зміни в роботі нервової системи, виділення гормонів, імунологічна відповідь, що впливає на хімічний баланс у мозку та, відповідно, на емоційний стан [1.118] Крім того, зазначається, що фізичні симптоми, такі як біль, дискомфорт, втома викликають додаткове напруження та погіршують цей стан [1.112; 1.113]. Зазначені фізичні симптоми (головний біль, запаморочення, шум у вухах), можуть бути спричинені як фізичними проявами хвороби, так і реакцією на стрес та тривогу [1.71, С. 157; 1.134, С. 238].

Окремо зазначимо факти, де при певних захворюваннях неприємні симптоми є додатковим психотравмувальним фактором, що призводить до зниження самооцінки та викликає фрустрацію [1.147]. Крім того, зазначається соціальна дезадаптація, втрата інтересів та різноманітні дисфункціональні реакції [1.46]. Люди можуть відчувати сором, скуту та викривлено сприймати своє тіло. Вони бояться, що інші вважають їх стан заразним. Невпевненість при спілкуванні ускладнює встановлення близьких відносин, і тому військовослужбовці схильні до самотності. При тривалому перебігу захворювання може розвиватися замкнутість, та певні патологічні прояви.

Пацієнти з частковою або повною втратою певної функції часто зазнають впливу не лише фізичних симптомів, але й емоційних, серед яких називають психологічну травму, що супроводжується тривогою, зниженням енергії, появою нав'язливих думок, невірою у сприятливий перебіг захворювання. Інформація про вірогідність смертельного випадку, інвалідизації, переживання болю та необхідність радикального лікування також здатна викликати напруження та тривогу пацієнта [1.71 С. 156].

Відносно психоемоційного ефекту також доречно проаналізувати захворювання в контексті уявлення особистості про власне захворювання,

тобто, багатокомпонентну внутрішню особисту структуру, пов'язану зі сприйняттям, уявленням і переживанням хвороби [1.88 та ін]. Аналіз цих та інших досліджень свідчать, що повідомлення, які пацієнт отримує про своє захворювання, зокрема, його тяжкість, причини та можливі наслідки, можуть суттєво впливати на особистісний сенс, який надається захворюванню [1.124], його прийняття та розуміння з боку особистісної перспективи. Такий сенс проявляється в суб'єктивних скаргах та переживаннях хворого і є важливим джерелом інформації про його емоційний стан [1.120; 1.121]. У інших дослідженнях [1.89; 1.103; 1.119; 1.121], крім того, емоційний відтінок чуттєвого образу хвороби взаємодіє з інформаційною моделлю захворювання утворюючи певні сенсорно-емоційні та логічні блоки, що впливають на утворення внутрішньої картини захворювання [1.123; 1.126], відіграють ключову роль у формуванні ставлення до нього, до прогнозу та результатів лікування, а також стратегій його подолання [1.102; 1.103].

Страх перед невідомим є одним зі значніших важелів, які в контексті захворювання впливають на емоційне здоров'я, оскільки невизначеність процесу лікування, незрозумілість прогнозів, призводить до страху перед майбутніми ускладненнями, викликає емоційний стрес [1.143]. Хірургічні втручання теж спричиняють інтенсивні зміни особистісного реагування. У період передопераційної підготовки завжди виникає емоційне напруження, яке може негативно впливати на функції організму [1.74]. Крім того, соматичні відчуття, такі як нудота при ендоскопії, біль при інших процедурах, зокрема в післяопераційному періоді, є ключовими факторами, що визначають прояви страху [1.89; 1.90].

Деякі вчені вказують [1.113, С. 157] на захворювання, що потребують стаціонарного лікування та зміни звичайного способу життя, які можуть мати значніший психогенний вплив на емоційне здоров'я пацієнтів. Відсутність можливості вести звичайний спосіб життя та обмеження в рухах можуть викликати стрес, тривогу та неспокій. При цьому зазначаються астеничні симптоми, такі як підвищена стомленість, денна сонливість, адинамія,

емоційна лабільність та роздратованість, які свідчать про негативну реакцію на захворювання.

Важливо звернути увагу на соціальний ефект захворювання, яке в багатьох випадках кардинально змінює соціальні відносини та взаємодії з суспільством, що також може викликати емоційний дискомфорт [1.139]. Якщо захворювання обмежує соціальну належність, особисте життя та трудову діяльність пацієнтів, це може призвести до відчуття відокремленості, втрати самостійності та загального зниження якості життя. Врахування соціального впливу захворювання є ключовим аспектом для повного розуміння потреб пацієнтів та розробки ефективних стратегій лікування, спрямованих не лише на фізичне відновлення, але й на поліпшення їхнього соціального та емоційного здоров'я.

Крім того, емоційний стан хворого змінюється під впливом поведінки медичного персоналу. Зазначається [1.66, С. 33], що лікар має ефективно спілкуватися зі своїми пацієнтами, оскільки потрібно забезпечувати їхню участь в ухваленні рішень стосовно ведення та медичної допомоги, покращувати мотивацію на дотримання узгодженого плану лікування, а також допомагати пом'якшити страхи та стурбованість. Щоб впливати на відчуття страху, треба описувати соматичні відчуття чітко та ясно, визначаючи їх як доброякісні та незагрозливі, на формулювальний план медичних заходів у поєднанні з конкретним описом відчуттів [1.113]. У таких умовах, якщо репрезентація хвороби є адекватною, це виявляється у прихильності до режиму лікування та, як наслідок, впливає на його ефективність [1.126].

Отже, захворювання є специфічними умовами, що суттєво впливають на емоційне здоров'я людини. Ця динаміка може пояснюватися фізіологічними змінами, психоемоційним ефектом, страхом перед невідомим і соціальними відносинами, пов'язаними з хворобливим станом. Психофізіологічні зміни містять у собі вплив на нервову систему, гормональний баланс та імунітет, що безпосередньо впливає на емоційний стан людини. При цьому фізичні симптоми, такі як біль, дискомфорт та втома,

можуть погіршувати емоційний стан, а деякі неприємні симптоми можуть стати додатковим психотравмувальним фактором. З огляду на предмет нашого дослідження та аналіз даних, психоемоційний ефект захворювань виявляється у формуванні сприйняття та уявлення його особистістю, що може впливати на емоційний стан. Страх перед невідомим, зумовлений невизначеністю лікування та його наслідків, також може стати додатковим чинником емоційного стресу. Соціальний ефект захворювання полягає у кардинальних змінах у соціальних відносинах та взаємодії з навколишнім середовищем. При цьому, обмеження соціальної належності, особистого життя та трудової діяльності пацієнтів може викликати відчуття відокремленості та втрати самостійності. Урахування цих факторів стає важливим для розуміння повного обсягу впливу захворювань на психічне та емоційне здоров'я пацієнтів.

Важливо враховувати емоційні особливості військовослужбовців, що мають отоларингологічні захворювання. Серед них – дослідження пацієнтів з ринітами [1.136], хронічними риносинуситами [1.93], з поліпами в носі [1.85], викривленнями носової перегородки [1.177], захворювання гортані [1.178], хронічними гнійними отитами [1.87] та іншими захворюваннями. Майже у всіх працях зазначається прояв симптомів емоційного стресу, тривоги, депресії, гніву. Ці симптоми поширюються у випадках, коли пацієнти чекають на операцію [1.85]. Менш часто згадуються безсоння, головний біль, втома, зниження лібідо, роздратованість, зміни ваги та труднощі когнітивного характеру [1.85]. У деяких працях описуються такі прояви, як поганий настрій та сон, навіть, суїцидальні думки [1.131], гострий страх, підвищене збудження [1.142], зниження мотивації звертатися за медичною допомогою або дотримуватися планів лікування [1.145; 1.143]. Украв нечасто виявлялися почуття неадекватності та невпевненості в собі, ускладнення вербалізації почуттів, надмірне дотримання соціальних умовностей [1.139].

В цілому, пояснення подібних змін у емоційному здоров'ї таке: оскільки ці захворювання тривають протягом певного періоду, супроводжуються

помітними неприємними симптомами, часто дискомфортом, а іноді больовими відчуттями, вони, залежно від важкості та тривалості захворювання, викликають негативні зміни, що можуть відобразитись у роздратуванні. Постійний дискомфорт призводить до тривожних станів та викликає невпевненість, адже їхній стан впливає на повсякденне життя та соціальні відносини. В цих умовах може порушуватись психосоціальна дезадаптація, особливо, якщо симптоми обмежують здатність до участі в звичайних діяльностях та спілкуванні з іншими. Також неприємності, пов'язані з захворюванням, можуть викликати фрустрацію та призводити до втрати інтересу до звичайних задовольень і розваг. Постійні негативні симптоми можуть погіршувати загальний настрій і задоволення від життя. Як вже зазначалося вище, військовослужбовці можуть відчувати себе обмеженими у своїх можливостях, що проявляється їх незадоволенням. Зміни у фізичному стані пацієнта можуть негативно впливати на їхні близькі відносини, соціальну взаємодію, що спричиняє відчуття відокремленості й самотності. Дані різних досліджень [1.85; 1.93; 1.131; 1.142 та ін.] визначають, що хоча емоційний стан військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями є комплексним і варіює в залежності від індивідуальних особливостей та конкретних обставин, проте стійкі симптоми через обмеження в повсякденному житті помітно впливають на їх якість та психічне здоров'я пацієнта.

Вищезазначені дослідження в певних випадках дають підставу характеризувати таку людину, яку за певних обставин можна вважати емоційно нездоровою. Ознаки прояву такого нездоров'я не є повною альтернативою опису здорової з точки зору прояву емоцій людиною. На те, що людина переживає емоційні труднощі або є емоційно нездоровою, вказує той факт, що вона постійно переживає інтенсивні негативні емоції, такі як тривога, депресія, гнів чи пригнічення, має труднощі із саморегуляцією та контролем своїх емоцій, що призводить до проблем у взаємодії з іншими та повсякденному функціонуванні. Люди в такому стані відчують,

що їм бракує енергії, на фоні втоми та втрати інтересу до різних аспектів життя. Виникає відчуття відокремлення від інших, зникає бажання спілкуватися та з'являється відчуття самотності. Такі зміни в емоційному стані можуть впливати на якість сну, спричиняючи проблеми із засинанням, прокиданням уночі або неспокоєм під час сну.

Як ми бачимо з вищенаведеного, з одного боку, емоційне здоров'я особистості ґрунтується на ознаках, серед яких – гнучкість управління емоціями, позитивний настрій, стійкість до стресу, розуміння власних емоцій, реалістичне сприйняття себе та інших, соціальна компетентність та задоволення життям, та інше. З іншого боку, емоційне нездоров'я характеризується частотою та інтенсивністю негативних емоцій, неспроможністю ефективно їх регулювати, падінням енергії та інтересу до життя, соціальною ізоляцією, проблемами зі сном, втратою апетиту.

Оскільки наша задача полягає в тому, щоб представити варіабельність проявів емоційного здоров'я на основі однакових ознак, треба здійснити синтез цих критеріїв таким чином, щоб вони були відображені в обох протилежних станах. Як наслідок, це баланс між позитивними та негативними емоціями, самопочуття, настрої, спроможність упоратися з викликами життя, відчувати, виражати та регулювати власні емоції, підтримувати задоволення та гармонію в стосунках з іншими людьми, успішно адаптуватися до змін у навколишній дійсності.

Проведений аналіз свідчить, що розгляд певних емоцій як активаторів фізіологічних та поведінкових систем, спрямованих на оптимальне вирішення конкретних труднощів у взаємодії з навколишнім середовищем, дозволяє побачити їхню різноманітну дію, яка залежить від обставин та супутніх поведінкових і біологічних реакцій [1.118, С. 724]. У цій ситуації важливо замість того, щоб узагальнювати всі негативні емоції, які пов'язані з однією широкою адаптаційною стратегією, краще очевидно розглядати різні емоції в певному контексті. Наприклад, як то емоція страху в умовах загрози життя,

гніву – при появі певних перешкод у досягненні цілей, смуток – при втраті об'єкта прихильності, огиди – при зіткненні з забрудненням.

Також цей підхід дозволяє більш точно аналізувати реакції на різноманітні сценарії та розуміти причини змін у емоційному здоров'ї. Якщо прямувати за ним, можна отримати низку діапазонів проявів емоційного здоров'я.

Це – «радість – сум», які окреслюють діапазон від позитивного до негативного реагування на життєві події. І якщо в альтернативі «радість-сум» акцент робиться на емоціях, пов'язаних із загальною насиченістю позитивними чи негативними переживаннями життя, то друга пара емоцій «піднесення-пригнічення» відображає більше поведінкові аспекти, описуючи стани, коли людина може бути емоційно піднятою чи емоційно пригніченою без прив'язки до певних подій.

Діапазон від спокою до напруження відображає реакції на стрес. Проте у психологічній літературі загальноприйнятим є протиставлення емоцій спокою та тривоги. Пояснимо, що спокій, у нашому випадку буде розумітися як почуття внутрішньої гармонії, рівноваги, комфортності або як відсутність суттєвого напруження, тривоги або страху, яке характерно для задоволення особистими або зовнішніми умовами. Тривога розумітиметься як неспокій, невпевненість, наявний ступінь страху або відчуття небезпеки. Вона сигналізує про наявність почуття загрози, оскільки є станом підвищеної чутливості та готовності до взаємодії з потенційно небезпечними умовами.

Наступна пара – «гнів – терпіння» – відображає інші аспекти емоційного досвіду. Гнів виражає активну реакцію на перешкоди, непогодження, обурення, почуття несправедливості або образи. Терпіння розуміється нами як певна емоційна стійкість протистояти певним перешкодам, вона є вираженням самоконтролю та вмінням утримуватися від негативних реакцій у важливих або неприємних ситуаціях.

Протилежність «прихильність – ворожість» у контексті емоцій відображає відносини з іншими. Прихильність вказує на позитивне емоційне

ставлення, виявлення доброзичливості, любові чи підтримки, тоді як ворожість означає прояви гніву у ставленні. Тут зазначимо, що емоційно здорова людина в змозі ефективно виражати та регулювати свої емоції відповідно до конкретної ситуації, уникати агресії та конфліктів, а також будувати позитивні стосунки з іншими. Відповідно для неї властиві виявлення прихильності, любові та порозуміння. Емоційно нещаслива людина може виявляти ворожість, негативізм у відносинах з іншими, що призводить її до конфліктів та неприязні.

«Упевненість – невпевненість» є виявленням ставлення до себе. Упевненість в собі, відображає наявний емоційно-вольовий потенціал, спираючись на власні здібності та відчуття цінності та позитивне емоційне здоров'я. Саме це допомагає людині упоратися з викликами, підтримувати емоційну активність. Невпевненість характеризується емоційно тривожними проявами, сумом, що може призводити до невдачі та погіршення емоційного здоров'я.

Протиставлення «оптимізму – песимізму» також буде важливим аспектом аналізу емоційного здоров'я. Оптимізм вказує на позитивне домінування таких емоцій, як радість, при сприйнятті світу та майбутнього, на віру та можливість досягнення позитивних результатів, навіть у важкі часи. Він характеризується домінуванням складних почуттів, які проявляються в низькому рівні здивувань зацікавленістю інтересів, що веде до емоційно пригніченого стану при сприйнятті та подоланні життєвих ситуацій, пов'язаних зі станом здоров'я. Оскільки у контексті емоційного здоров'я оптимізм сприяє емоційній стійкості, підвищенню настрою та здатності до адаптації, а песимізм призводить до емоційно-депресивного стану, тому у деяких дослідженнях рівень оптимізму-песимізму визначається як особистісний фактор підтримання емоційного здоров'я. Проте, у нашому дослідженні він буде розглядатися як свідчення емоційного здоров'я, оскільки відображає знак емоцій, який переважає у внутрішній картині світу особистості.

Спектр емоцій від ентузіазму до апатії виражає рівень енергійності в опануванні оточення. Ентузіазм характеризує мотивацію емоційної реакції, що відображається в сильному бажанні займатися певною справою, досягати мети. Як наслідок, відчувати від цього процесу досягнення радості, захоплення, енергійності, позитивного налаштування та виявлення інтересу до дії. Апатія, протилежна емоція, мотиваційний стоп, що характеризується низьким рівнем енергії, що призводить до втоми, виснаження, втрати бажання залучатися в процес покращання емоційного здоров'я.

Загальний позитивно комфортний та негативно дискомфортний емоційні стани визначено нами як ключова характеристика емоційного здоров'я з трьох причин. По-перше, позитивно комфортний емоційний стан характеризується загальною позитивною настановою, високим рівнем комфорту та задоволенням від життя, відчуттям радості, ентузіазму, спокою та внутрішньою гармонією, а також передбачає відсутність значущого дискомфорту чи стресу. По-друге, негативно дискомфортний емоційний стан, протилежно до позитивного, відзначається загальним негативним настроєм, відчуттям дискомфорту та невпевненістю, тривогою, сумнівами, роздратуванням, які супроводжуються фізичним та емоційним напруженням. По-третє, оскільки спроможність до розуміння, визначення та самопису власної палітри емоційних проявів інваріантна та залежить від багатьох культурних, демографічних, соціальних та особистісних чинників [1.14], умовне її позначення в доступних термінах є рекомендованою практикою серед спеціалістів з психометрії [1.116].

Спираючись на ці та інші результати нашого дослідження, ми представили екстремуми ознак емоційного здоров'я (рис. 1.1), які у максимально узагальненому вигляді можуть бути ідентифіковані як позитивні або негативні проявами емоційного досвіду, а також як комфортні або дискомфортні відчуття.

Рисунок 1.1 демонструє, що до ознак емоційного здоров'я віднесено й фізіологічні прояви (сон, апетит, відчуття болю, наявність неприємних

симптомів, температура, ЧСС, ЧД). З одного боку, як показано вище, фізіологічні симптоми, пов'язані з отоларингологічними захворюваннями, впливають на емоційний стан військового, викликаючи напруження, тривогу чи невпевненість щодо свого стану здоров'я. З іншого боку, сам емоційний стан також діє на сприйняття фізіологічних симптомів, підсилюючи відчуття болю чи дискомфорту, навіть якщо саме захворювання залишилось незмінним. Так, тривожний стан змінює якість сну, викликає проблеми із засинанням або нічними прокиданнями. Недиференційований страх часто призводить до змін у харчових звичках, як то переїдання або, навпаки, втрата апетиту. Знервованість здатна спричиняти відчуття болю або дискомфорт у різних частинах тіла, навіть без дії патологічних чинників. Під дією стресу змінюється терморегуляція організму, що може призводити до змін температури тіла, а вплив на автономну нервову систему, яка регулює серцевий ритм та дихання, призводить до збільшення частоти серцевих скорочень та швидкості дихання. Крім того, фізичні симптоми, такі як головний біль, м'язова напруга, як свідчать наведені вище дані, загалом можуть бути наслідком гострої реакції на стрес.

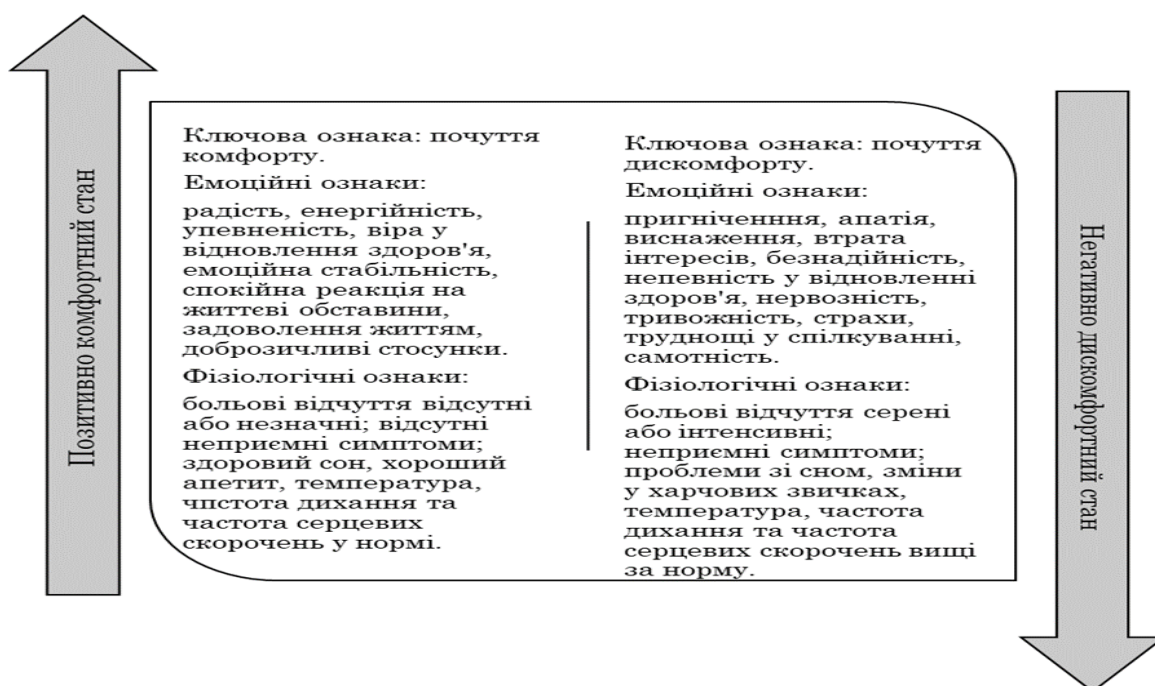


Рис.1.1. Ознаки емоційного здоров'я осіб з отоларингологічними захворюваннями

Таким чином, вивчення доступних даних, присвячених змінам емоційного стану пацієнтів з отоларингологічними захворюваннями, а також уточнення відомостей про такі зміни у осіб з іншими хворобами, показало, що під час захворювання особистість потрапляє в особливі обставини, коли фізіологічні зміни, психоемоційна реакція на хворобу, страх невідомого та обмеження в повсякденному житті, накладені цим станом, призводять до змін у емоційному здоров'ї, які полягають у збільшенні частоти та інтенсивності негативних емоцій, погіршенні емоційної саморегуляції, зниженні енергійності та інтересу до життя, у соціальній ізоляції та ін.

1.5. Концептуальна модель дослідження специфіки прояву емоційного здоров'я осіб з отоларингологічними захворюваннями

При створенні концептуальної моделі дослідження специфіки прояву емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями (див. рис. 1.2) ми спиралися на основні положення компонентно-структурного та процесуального підходів, використовуючи принцип інтегративності з метою визначення не лише структури ознак цього явища, але й взаємозв'язків компонентів, урахувавши їх варіативність, динамічність та суб'єктивність, які водночас проявляються в єдиній сутності в об'єктивних умовах життєдіяльності.

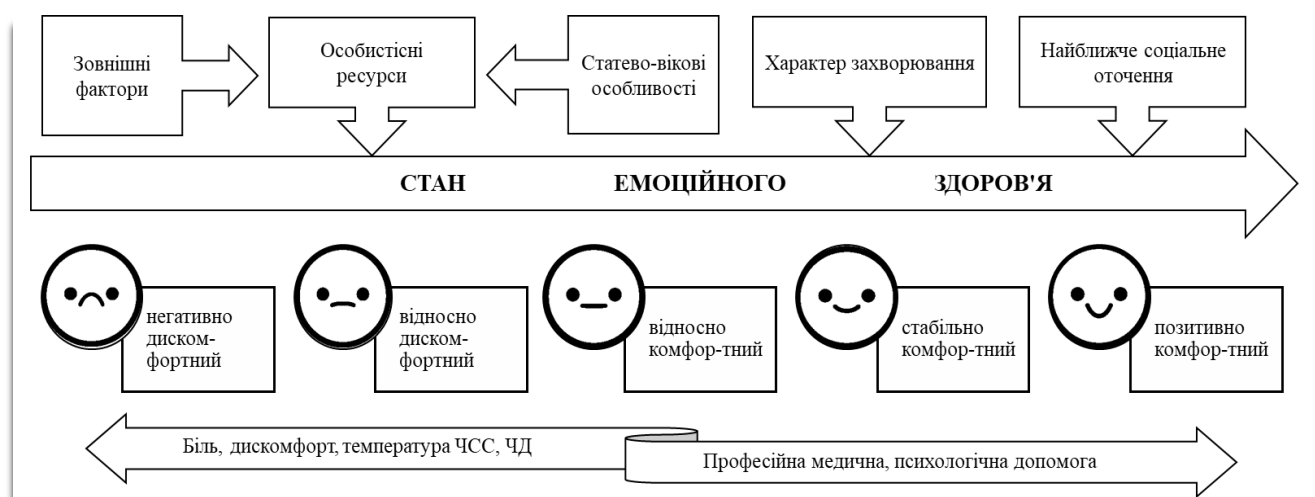


Рис.1.2. Концептуальна модель дослідження специфіки прояву емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями

Побудована модель відтворює динаміку емоційного здоров'я, де зміни у стані є результатом дії особистісної опірності-уразливості несприятливим факторам, зокрема, симптомам захворювання, та спеціально організованого медичного та психотерапевтичного впливу. Осереддя моделі виступає ключова характеристика емоційного здоров'я, яка є узагальненим маркером його стану в діапазоні між позитивними та негативними проявами емоційного досвіду, а також між комфортним та дискомфортним відчуттям.

Ступінь стабільності та загальної якості емоційного стану втілюється у понятті «рівень емоційного здоров'я», які бути визначені таким чином. Високий рівень емоційного здоров'я характеризується позитивно комфортним емоційним станом, оптимістичним налаштуванням на життя, високим рівнем енергії, позитивним настроєм, емоційною стабільністю, здатністю радіти життю, позитивними стосунками з іншими. Стабільно комфортний рівень передбачає відповідний емоційний стан, де переважання позитивних емоцій з можливими легкими відхиленнями у бік неприємних переживань, здатність ефективно керувати стресом, підтримувати стабільні стосунки з іншими. Для відносно комфортного рівня характерні емоційна стабільність з періодичними коливаннями залежно від обставин, дещо знижений настрій, підвищена втомлюваність, певні труднощі в управлінні стресом, звуження кола спілкування. Відносно дискомфортний рівень вказує на песимістичне налаштування, погіршений настрій, виражену емоційну нестабільність та непевність, переважання негативних емоцій, труднощі управління стресом та адаптацію до змін, погіршені стосунки з іншими. Низький рівень характеризується негативно дискомфортним станом, пригніченим настроєм, безнадійності, частим проявом негативних

емоцій (тривога, страх, роздратування), втратою інтересів, бажанням усувати контактів з людьми.

Припущення, які є логічними факторами з моделі, такі, що мають впливати на емоційне здоров'я. Економічні, політичні, події, що травмують, та пересічно-побутові аспекти життя (зовнішні фактори) розглядаються як фон, на тлі якого відбувається взаємодія основних важелів емоційного здоров'я. Ці фактори діють на загальну стресову уразливість-опірність як внутрішнього ресурсу емоційного здоров'я. Основними важелями, при цьому, є особистісні ресурси, характер та фізіологічні прояви захворювання, ефективність лікарської допомоги та підтримка з боку найближчого оточення. Саме вони визначають емоційний стан пацієнта, а отже, рівень його емоційного здоров'я. Найбільш значущі особистісні ресурси емоційного здоров'я охоплюють емоційну стійкість, емоційну зрілість, урівноваженість, життєстійкість та ефективні стратегії подолання життєвих труднощів. Просування за рівнями емоційного здоров'я відбувається переважно через нормалізацію соматичного стану пацієнта. Зниження фізіологічних проявів захворювання, а також підвищення ефективності медичної та психологічної допомоги з боку оточення, сприяють просуванню на шкалі емоційного здоров'я.

Втілюючи елементи мультифакторного підходу, вважаємо за доцільне з точки зору індивідуалізації та оптимізації медичної та психологічної допомоги вивчити особливості емоційного здоров'я військовослужбовців з урахуванням їхньої статі, віку та характеру отоларингологічних захворювань. Оскільки динамічність, суб'єктивність та варіативність прояву ознак є відмінними властивостями емоційного здоров'я, специфіка симптомів впливає на фізичний та емоційні стани пацієнтів, урахування цих факторів дозволяє підбирати оптимальні лікувальні стратегії, забезпечити психологічну підтримку для кожного військовослужбовця, сприяючи збереженню та покращанню їхнього емоційного здоров'я.

Отже, побудована модель дослідження специфіки прояву емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, яка базується на компонентно-структурному та процесуальному підходах, використовуючи принцип інтегративності, дозволяє вивчити емоційне здоров'я з урахуванням його варіативності, динамічності та суб'єктивності. Зміни в емоційному стані упорядковані за рівнями відповідно до ключових характеристик емоційного здоров'я. Цей опис становить теоретичну основу для подальшого емпіричного дослідження військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, дозволяючи узагальнити та розширити розуміння взаємозв'язку між фізичним станом, лікуванням та емоційним здоров'ям.

Висновки до першого розділу

1. Показано, що в систематиці родових понять, які описують психічне здоров'я людини, емоційне здоров'я розглядається як його складова частина. Психологічне та психоемоційне здоров'я характеризують особистісний прояв психічно здорової людини, а емоційне здоров'я зосереджене на почуттєвому виявленні цього прояву. Емоційне здоров'я в цьому дослідженні розглядається як специфічне суб'єктивне оцінне відображення функціонування почуттєвої сфери людини, яке інформує про значення умов життєдіяльності для особистості, виражене комплексним почуттям від позитивно комфортного до негативно дискомфортного емоційного стану.

2. Обґрунтовано, що інтегративний підхід є найбільш перспективним для виявлення закономірностей змін емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями. Взявши за основу компонентно-структурну модель О. Чебикіна та розвинувши її в контексті сутності та ключових ознак, визначено, що специфіка явища емоційного здоров'я вирізняється не лише за змістом, але й за основними властивостями: за динамічністю (відносно швидкою змінюваністю зі зміною

внутрішніх та зовнішніх обставин); за суб'єктивністю (яка є проявом особистого тлумачення емоцій); за варіативністю залежно від умов життєдіяльності.

3. Виявлено фактори емоційного здоров'я, які умовно розподілено на групи сприятливих (ресурсів) та несприятливих, внутрішніх та зовнішніх. Гіпотетично визначено, що внутрішніми ресурсами емоційного здоров'я є емоційна зрілість, висока самооцінка, соціальна адаптивність, конструктивне реагування на труднощі, неконфліктність, позитивне уявлення про здоров'я, дотримання правил його охорони. Зовнішні сприятливі фактори описують дружні сімейні відносини, підтримку від колег і друзів, стабільне структуроване соціальне середовище. До внутрішніх факторів, що впливають негативно, віднесено дратівливість, агресивність, негативну реакцію на труднощі, напруженість, невротичність, тривожність, надмірну емоційну вразливість, непевність, внутрішню конфліктність. Можливі зовнішні несприятливі фактори – це надзвичайні травматичні події, епідеміологічні, соціокультурні фактори, побутові, сімейні та економічні труднощі, гострі та хронічні захворювання.

Показано, що під час захворювання особистість, коли потрапляє в особливі обставини, її фізіологічні зміни, психоемоційна реакція на хворобу, страх невідомого та обмеження в повсякденному житті, накладені цим станом, призводять до змін в емоційному здоров'ї, внаслідок чого може простежуватися збільшення частоти та інтенсивності негативних емоцій, погіршення емоційної саморегуляції, зниження енергійності та інтересу до життя, соціальна ізоляція та ін.

4. В основу дослідження емоційного здоров'я покладено компонентно-структурний та процесуальний підходи, використання яких дозволяє комплексно розкрити змістовну сторону його динаміки.

Структурними компонентами емоційного здоров'я є емоційні стани та фізіологічні прояви, які у свідомості позначаються узагальненим маркером стану емоційного здоров'я в діапазоні між позитивним та негативним, а також

між комфортним та дискомфортним відчуттям. Описано п'ять рівнів емоційного здоров'я, які диференціюються за ступенем стабільності та загальної якості емоційного стану: позитивно комфортний, стабільно комфортний, відносно комфортний, відносно дискомфортний та негативно дискомфортний рівні.

Зовнішні фактори розглядаються в моделі як фон, на тлі якого відбувається взаємодія основних важелів емоційного здоров'я, з чого робимо попереднє припущення: прогрес в емоційному здоров'ї відбувається через нормалізацію соматичного стану, зниження фізіологічних проявів захворювань та підвищення ефективності психосоціальної підтримки та лікарської допомоги. Також важливими особистісними ресурсами емоційного здоров'я є емоційна стійкість, емоційна зрілість, урівноваженість, стресова опірність та ефективні стратегії подолання труднощів.

Список використаних джерел до першого розділу

- 1.1 Акімова Л., Кіршо С. Суб'єктивне економічне благополуччя студентської молоді. *Організаційна психологія Економічна психологія*. 2020. Т. 2-3, № 20. С. 7–16. DOI: 10.31108/2.2020.2.20.1.
- 1.2 Басенко О. М. Дослідження психоемоційного стану підлітків в умовах воєнного конфлікту на Сході України. *Психологічний часопис*. 2020. Т. 5, № 6. С. 56–65. DOI: 10.31108/1.2020.6.5.5.
- 1.3 Березюк М., Діхтяренко С. Трансформації базових компонентів стресостійкості здобувачів вищої освіти під час війни. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. С. 41–47. DOI: 10.33099/2617-6858-2023-71-1-41-47.
- 1.4 Бойчука Ю.Д. Загальна теорія здоров'язбереження /за заг. ред... Харків: нац. пед. ун-т ім. Г. Сковороди. 2017. 488 с.

- 1.5 Боковець О. Наслідки впливу психологічного насилля на психічне здоров'я особистості. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 1 (6). DOI: 10.52058/2786-4952-2022-1(6)-417-428.
- 1.6 Бугайова Н., Андрющенко І. Подолання дистресу як складової психологічного здоров'я особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2022. № 2(58). С. 225–233. DOI: 10.33216/2219-2654-2022-58-2-225-233.
- 1.7 Вишпольська А.О. Гендерні особливості прояву емоційної сфери людини. *Політ. Сучасні проблеми науки. Гуманітарні науки: тези доповідей XIX Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених і студентів*. Т. 1 (м. Київ, 1-5 квітня 2019 р.); Національний авіаційний університет. Київ: НАУ, 2019. С. 278–280
- 1.8 Волков Д.С., Черних О.А. Особливості психічного здоров'я та особистісних властивостей студентів-психологів. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2021. № 1. С. 14–20. DOI: 10.32838/2709-3093/2021.1/03.
- 1.9 Володарська Н. Д. Гештальт-технології у відновленні психологічного здоров'я особистості. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. № 1. С. 68–73. DOI: 10.51547/ppp.dp.ua/2022.1.10.
- 1.10 Гаркавенко Н.В., Собкова С.І. Компоненти психічного і психологічного здоров'я підлітка як чинники його особистісного здоров'я. *Теорія і практика сучасної психології* : зб. наук. праць. 2019. Т. 2, № 6. С. 27–31. DOI: 10.32840/2663-6026.2019.6-2.5.
- 1.11 Гасюк М. Б. Роль внутрішньої картини здоров'я в лікуванні та реабілітації соматичного хворого. *Теорія і практика сучасної психології*. URL: http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/1_2019/part_1/27.pdf. Дата звернення 26.07.2020.

- 1.12 Гоцуляк Н. Психологічний аналіз емоційно-вольової сфери бійців-учасників операції Об'єднаних сил. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки*. 2019. № 2. С. 81–93.
- 1.13 Грицюк І. М. Біохімічна специфіка центральних механізмів емоцій та їх вплив на здоров'я особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 31. С. 48–57. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2016_31_6 (дата звернення: 11.12.2023).
- 1.14 Демиденко Г. Г. Емоційна семантика паралінгвальних фразем на позначення негативних психічних станів мовця. *Філологічні студії: Науковий вісник Криворізького державного педагогічного університету*. 2011. Т. 6, № 2. С. 38–43. DOI: 10.31812/filstd.v6i2.730.
- 1.15 Дідик Н. Ф. Соціально-психологічна підтримка членів родин військовослужбовців як чинник впливу на морально-психологічний стан бійця під час виконання завдань у зоні АТО. *Український психологічний журнал: зб. наук. пр.* 2018. №1(7) С. 41–56. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/711671/1/СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА%20ПІДТРИМКА%20ЧЛЕНІВ%20РОДИН%20ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ%20%20ПІД%20ЧАС%20%20АТО,%2041-57.pdf>(дата звернення: 13.12.2023).
- 1.16 Доній В. М. , Несен Г. М. , Сохань Л. В. , Єрмаков І. Г. та ін Життєві кризи особистості: наук. – метод. посіб.: У 2 ч. К.: ІЗМН, 1998. – Ч. 1: Психологія життєвих криз особистості. 354 с.
- 1.17 Дубчак О., Караульшук Л. Особливості емоційних станів військовослужбовців нового призову у період адаптації. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр.* Київ: Національний авіаційний університет, 2019. Вип. 2(15). С. 118–123.

- 1.18 Жизномірська О. Емоційне благополуччя особистості соціального працівника. *Social Work and Education*. 2020. Vol. 7, No. 2. Ternopil-Aberdeen, 2020. P. 163–169. DOI: 10.25128/2520-6230.20.2.1.
- 1.19 Зарицька В. Усвідомлення власних емоцій як чинник розумної поведінки. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2022. № 66. С. 95–108. DOI: 10.34142/23129387.2022.66.06.
- 1.20 Іванов О. О. Здоров'я у дискурсі соціального буття людини [Текст] : дис. ... канд. філос. наук : 09.00.03 / Іванов Олексій Олександрович ; Держ. закл. «Південноукр. нац. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського». Одеса, 2013. 213 арк.
- 1.21 Карамушка Л. М., Андрос М. Є. Психічне здоров'я особистості як вагомий чинник демографічної ситуації. *Демографічна ситуація в Карпатському регіоні: реальність, проблеми, прогнози на XXI століття: тези Міжнародної науково-практичної конференції*. Чернівці-Київ: Чернівецький держуніверситет ім. Ю. Федьковича, 1996. С. 370–372.
- 1.22 Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2020. Том I : *Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. Вип. 55. С. 23–30. URL: http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v1/i55/APP_V1_I55.pdf (дата звернення: 11.12.2023).
- 1.23 Карамушка Л., Карамушка Т. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія Економічна психологія*. 2022. Т. 2, № 26. С. 48–59. DOI: 10.31108/2.2022.2.26.6.
- 1.24 Карвацька Н. С. та ін. Вплив вимушеної соціальної ізоляції внаслідок пандемії COVID-19 на психоемоційний стан та харчову

- поведінку студентської молоді. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2023. Т.22, №1 (83). С. 15–19. DOI: 10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.03.
- 1.25 Кашпур Ю., Вінс В., Кузьменко Т. Переживання відчуття вимушеної соціальної ізоляції учасниками реабілітаційного процесу в період пандемії COVID-19. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2022. С. 36–46. DOI: 10.31392/NPU-nc.series12.2022.17(62).04.
- 1.26 Кічук А. В. Основи психоемоційного здоров'я студентів : дис. ... док. псих. наук : 19.00.07.Одеса, 2021. 437 с. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/12509> (дата звернення: 12.12.2023).
- 1.27 Кічук А. В. Особистісні особливості психоемоційного здоров'я студентів: монографія. Ізмаїл: ІДГУ. 2020. 406с.
- 1.28 Кічук А. Феноменологія психологічного здоров'я особистості: деякі теоретичні аспекти дослідження. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*. 2020. Т. 12, № 1. С. 147–158. DOI: 10.32453/5.v12i1.143.
- 1.29 Кічук А.В. До характеристики емоційних ознак психологічного здоров'я особистості. *Science Progress in European Countries: new concept sand modern solutions*. 2018. С. 275–279.
- 1.30 Коляда Н. В., Король С. М. , Король. С. А. Методики формування здорового способу життя : конспект лекцій / Сумський державний університет, 2021. 183 с. URL: https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/32165/1/Коляда_Metodyky.pdf_конспект%20лекц_2021.pdf (дата звернення 06.12.2023).

- 1.31 Кондратьєва І., Азаркіна О. Проблеми вивчення емоційної сфери особистості. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 13(18). DOI: 10.52058/2786-4952-2022-13(18)-627-638.
- 1.32 Кондратюк С. М. Активізація ресурсів особистості – запорука збереження психологічного здоров'я. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. № 2. С. 81–85. DOI: 10.51547/ppp.dp.ua/2022.2.13.
- 1.33 Кононенко О. та ін. Життєстійкість та ціннісні орієнтації особистості як психологічні ресурси її психологічного здоров'я. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*. 2023. № 9(39). DOI: 10.52058/2708-7530-2023-9(39)-565-575.
- 1.34 Кордунова Н.О., Дмитріюк Н.С. Роль емоційного фактора в міжособистісній взаємодії студентів. *Актуальні проблеми психології : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Т. VI : Психологія обдарованості. Київ ; Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2019. Вип. 15. С. 181–188. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/17563/1/РОЛЬ%20ЕМОЦІЙНОГО%20ФАКТОРУ%20.pdf> (дата звернення: 06.12.2023).
- 1.35 Корольчук М. С., Крайнюк В. М., Косенко А. Ф., Кочергіна Т. І., Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я: навч. посібн.: К.: Фірма «ІНКОС», 2002. 272 с.
- 1.36 Кухар І. Ю., Проскурня А. С. Патопсихологічні характеристики осіб, які перенесли коронавірусну інфекцію COVID-19. *Габітус*. 2022. Вип. 38. С. 89–96. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2022_38_17 (дата звернення: 13.12.2023).
- 1.37 Лазуренко О. О. Проблема емоційності в психології. *Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. Київ, 2014. Т. VI, вип. 4. С. 170–176.
- 1.38 Лисенкова І.П. Когнітивний підхід у дослідженні емоційної сфери. *Психологія і особистість*. 2018. № 2 (14). С. 59–69.

- 1.39 Лялюк Ю. Р. Теоретичний аналіз основних підходів до вивчення емоційної стійкості особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологія*. 2023. № 1. С. 70–77. DOI: 10.32782/2311-8458/2023-1-10.
- 1.40 Максименко С.Д., Руденко Я.В., Кушнерьова А.М., Невмержицький В.М.. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / Київ: «Видавництво Людмила», 2021. 438 с.
- 1.41 Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С. Медична психологія. 2-ге вид. Київ: Вид. дім «Слово». 2014. 520 с.
- 1.42 Михайлишин У.Б. Теоретико-методологічні основи визначення емоційних станів у сучасній психології. *Pedagogical and psychological sciences: regularities and development trends: Collective monograph*. Riga, Latvia. С. 170–187. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/36358/3/94-Chapter%20Manuscript5080-1-10-20210302.pdf> (дата звернення: 06.12.2023).
- 1.43 Міляєва В. Р., Бреус Ю. В. Емоційне здоров'я як складова професійної успішності майбутніх фахівців соціономічних професій. *Актуальні проблеми психології*. 2012. Вип. 10 (23). С. 414–422. URI: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/1071/1/V_Miliaeva_Y_Breus_PN_GPMP_IPSP.pdf (дата звернення 06.05.2023).
- 1.44 Москальця В. П. . Психологія суїциду: посібн. Академвидав, 2004. 288 с.
- 1.45 Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. К. 1994. 191 с.
- 1.46 Мурзіна Е., Рохлецова Ю. Оцінка впливу дерматологічного захворювання на якість життя в дітей. *Збірник наукових праць ЛОГОС*. 2021. С.95–98. DOI: 0.36074/logos-09.04.2021.v2.29.
- 1.47 Невоєнна О. А. Особливості емоційної сфери осіб, що проживають у «гарячих точках світу». *Вісник Харківського національного*

- університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія. 2014. № 1110, Вип. 55. С. 37–42.
- 1.48 Нікітчук У. І., Федун В. П. Операціоналізація поняття «психоемоційне благополуччя особистості». *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія.* 2022. № 3. С. 20–25. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2022.3.4.
- 1.49 Ніколаєв Л., Харченко С. Емоційна зрілість як детермінанта соціальної успішності особистості. *Перспективи та інновації науки.* 2023. № 14(32). С.724–736. DOI: 10.52058/2786-4952-2023-14(32)-724-735.
- 1.50 Олефір В.О., Боснюк В.Ф. Моделювання структурними рівняннями у психологічних дослідженнях. *Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія.* Том II : монографія / ред. В. П. Садковий, О. В. Тімченко; НУЦЗУ. Харків: ФОП Панов Л.М, 2022. С. 385–404. URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/16508/1/Олефір_Боснюк.pdf (дата звернення: 11.12.2023)
- 1.51 Павлик Н. Концептуальна модель гармонізації психологічного здоров'я особистості. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я.* 2022. Вип. 1(8). С. 40–51. DOI: 10.32689/2663-0672-2022-1-5.
- 1.52 Паловські Ю. Значущі кореляти позитивного психічного здоров'я у структурі психологічного благополуччя особистості. *Вісник Національного університету оборони України.* 2023. С. 96–105. DOI: 10.33099/2617-6858-2023-74-4-96-105.
- 1.53 Панасюк Ю. Вплив негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань людини. *Український науково-медичний молодіжний журнал.* 2013. №2(73). С. 59–61. URL: <https://mmj.nmuofficial.com/index.php/journal/article/view/633> (дата звернення: 11.12.2023).

- 1.54 Панок В. , Титаренко Т. , Чепелєва Н. Основи практичної психології: підручник. К.: Либідь, 1999. 536 с.
- 1.55 Поташнюк Р. З. Психогігієна: навч. посібн. / Волин. Держ. ун-т ім. Л. Українка. Луцьк: Надстир'я, 2000. 62 с.
- 1.56 Пилипенко Н. В. Вплив емоційного здоров'я на фізичний стан. *Дошкільна освіта у сучасному соціокультурному просторі* : зб. наук. праць / за ред. О. А. Гнізділової, відпов. ред. Н. В. Ковалевська. Полтава: ФОП Цьома С.П., 2021. Вип. 5. С. 148–152. URI: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/18759> (дата звернення 12.05.2023).
- 1.57 Пустовий О. Дослідження емоційного стану учасників бойових дій на Сході України. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. №4(11), 2019. С. 86–92.
- 1.58 Савчин М. Здоров'я людини: духовний, особистісний і тілесний виміри: монографія. Дрогобич: ПП «Посвіт», 2019. 232 с.
- 1.59 Сандал О. С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. 2021. № 2. С. 49–62. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2021-2-6.
- 1.60 Санько К. О. Психологічне благополуччя як основа повноцінного та психологічно здорового функціонування особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія Психологія*. 2016. № 59. С. 42–45. URL: <https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/6034> (дата звернення: 09.12.2023).
- 1.61 Сердюк Л.З. Структура та функція психологічного благополуччя особистості. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Том V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Вип. 17. Київ, 2017. С. 124–133.

- 1.62 Сердюк Л. Вісбаденський опитувальник позитивної терапії і сімейної терапії (WIPPF 2.0) Н. Пезешкіана для діагностики внутрішніх ресурсів особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія.* №3(27). 2022. С.130–141. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.13>
- 1.63 Сердюк Л. (2021). Внутрішні ресурси психологічного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія.* №2-3 (23). 2021. С. 91–99. <https://doi.org/10.31108/2.2021.2.23.10>
- 1.64 Сингаївська І.В. Визначення та вплив емоційного стану особи на кримінальну відповідальність під час учинення вбивства та завдання тяжких тілесних ушкоджень. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: юридичні науки.* 2021. № 6. С. 93–98. DOI: 10.32838/TNU-2707-0581/2021.6/15.
- 1.65 Синдром сухого ока. Клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2019_10_02_kn_syndrom_soka.pdf (дата звернення: 12.12.2023).
- 1.66 Ситнік С. Емпатія як регулятор міжособистісної взаємодії. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія.* 2022. № 4 (53). С. 70–78. DOI: 10.32689/maup.psych.2021.4.12.
- 1.67 Словник-довідник термінів з конфліктології. Київ- Чернівці: Черн. Держуніверситет, 1995. 318 с.
- 1.68 Смірнова Т. Емоційне вигорання військовослужбовців Збройних Сил України як виклик до проблем психічного здоров'я в умовах війни. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки.* 2022. №1 (49). С. 48–53. DOI: 10.17721/1728-2217.2022.49.48-53.
- 1.69 Солодухова О. Г., Резнікова О. А. Теоретико-методологічні проблеми психології: лекційний курс та інструктивно методичні

- матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія». Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2016. 138 с URL: <https://ddpu.edu.ua/images/stories/news/2016/NMR/posibniki/PSH/Teoretiko%20metodologichni%20problemi%20psihologii.pdf> (дата звернення: 11.12.2023).
- 1.70 Соломка Е. Т., Хома Т. В., Хлопек А. Б. Опанувальна поведінка особистості у психологічних дослідженнях та деякі методи управління стресом. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія.* 2021. № 2. С. 23–27. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2021.2.5.
- 1.71 Спіріна І. Д. Медична психологія : підручник. Дніпро : ЛПА, 2022. 300 с. URL: <http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/629/1/Підручник%20Медична%20психологія%202022.pdf> (дата звернення: 13.12.2023).
- 1.72 Терещук А.Д. Психоемоційний стан і поведінка військовослужбовців, що повернулися із зони АТО. *Актуальні проблеми психології*: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ: Інстит психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2017. Т. 11. *Психологія особистості. Психологічна допомога особистості.* Вип.15. С. 526–534. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/712659>(дата звернення: 13.12.2023).
- 1.73 Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. *Психологія: теорія і практика.* 2018. №1. (1). С. 112–119. DOI: 10.31339/2617-9598-2018-1(1)-112-119.
- 1.74 Тімченко О. В. Професійний стрес працівників органів Внутрішніх справ України (концептуалізація, прогнозування, діагностика та корекція). Автороф. дис... докт. психол. наук: 19.00.06. Харків: Національний ун-т внутрішніх справ МВС України, 2003. 35 с.

- 1.75 Тімченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. – Харків: Вид-во Ун-ту внутр. Справ, 2000. 268 с.
- 1.76 Толкунова І., Терещенко Л. Самоактуалізація особистості як чинник збереження її психологічного здоров'я. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2022. № 4. С. 81–86. DOI: 10.32652/tmfvs.2021.4.81-86.
- 1.77 Фомич М. Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості в психологічній науці. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. Т. 49, № 1. С. 103–109. DOI: 10.33099/2617-6858-2018-49-1-103-109.
- 1.78 Целюк Т.Л. Західні підходи до визначення психологічного благополуччя. *Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології* : матеріали II Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (18 трав. 2015 р.) / за заг. ред. Л. В. Засекіної, А. В. Кульчицької. Луцьк : ПП Іванюк В. П, 2015. С. 29–32. URL: <https://www.inforum.in.ua/conferences/15/18/114> (дата звернення: 12.12.2023).
- 1.79 Цимбалюк С. Сучасні підходи до характеристики терміна «здоров'я». *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2016. № 4. С. 88–94. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs_2016_4_14 (дата звернення 06.12.2023).
- 1.80 Чебикін О. Концептуальні підходи можливостей дослідження основ емоційного здоров'я учасників навчальної діяльності в умовах коронавірусної пандемії. *Наука і освіта*. 2021. №4. С. 23–29. DOI: 10.24195/2414-4665-2021-4-3.
- 1.81 Чебикін О. Я., Кічук А. В. Дослідження взаємозв'язку особливостей психоемоційного здоров'я з даними життєдіяльності у молоді. *Наука і освіта*. 2022. №1. С. 22–29.

- 1.82 Чебикін О. Я. Становлення емоційної зрілості особистості: монографія. Одеса: СВД Черкасов. 2019. 230 с.
- 1.83 Черкашин А. И. Формирование эмоциональной устойчивости специалиста пожарной охраны к воздействию стресс-факторов повышенной интенсивности. Дис... канд. психол. наук: 19.00.01. Харьков: Университет внутренних дел МВД Украины, 1995. 168 с.
- 1.84 Шпалінський В. В., Помазан К. А. Психологія управління: Навчальний посібник для керівників навчальних закладів, практичних психологів, вчителів та вихователів. Харків: Видавництво «Ранок», 2002. 128 с.
- 1.85 A glimpse into the psychological status of E.N.T inpatients in China: A cross-sectional survey of three hospitals in different regions / J. Tian et al. *World Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2019. Vol. 5. No. 2. P. 95–104. DOI: 10.1016/j.wjorl.2018.11.002.
- 1.86 Association of Anxiety and Depression with Reported Disease Severity in Patients Undergoing Evaluation for Chronic Rhinosinusitis / A. Wasan et al. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*. 2007. Vol. 116. No. 7. P. 491–497. DOI: 10.1177/000348940711600703.
- 1.87 Association of nasal septal deviation with the incidence of anxiety, depression, and migraine: A national population-based study / K.-I. Lee et al. *PLOS ONE*. 2021. Vol. 16. No. 11. DOI: 10.1371/journal.pone.0259468.
- 1.88 Bergmann, V. Psychophysische Vorgänge im Bereiche der Klinik [Text] / V. Bergmann. - «Dtsch. med. Wschr.». 1930. No. 40.
- 1.89 Bishop, G.D. Illness representations: A prototype approach / G.D. Bishop, S.A. Converse. *Health Psychology*, 1986. No.5. P. 95–114.
- 1.90 Boehm J. K., & Kubzansky L. D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological bulletin*. No. 138(4), P. 655–691.
- 1.91 Carver C. S., & Scheier M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in cognitive sciences*. No.18(6), P. 293–299.

- 1.92 Chen P. Entity-Relationship Modeling: Historical Events, Future Trends, and Lessons Learned. *Software Pioneers*. Berlin, Heidelberg, 2002. P. 296–310. DOI: 10.1007/978-3-642-59412-0_17.
- 1.93 Chronic rhinosinusitis and mood disturbance / S. E. Erskine et al. *Rhinology journal*. 2017. Vol. 55. No. 2. P. 113–119. DOI: 10.4193/rhin16.111.
- 1.94 Ciuluvica C, Amerio P, Fulcheri M. Emotion Regulation Strategies and Quality of Life in Dermatologic Patients. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2014. No.127 (1). P. 661–665. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.03.331.
- 1.95 Clinical management of emotions in patients with cancer: introducing the approach “emotional support and case finding” / J. Dekker et al. *Translational Behavioral Medicine*. 2020. No.10(6). P. 1399–1405. DOI: 10.1093/tbm/ibaa115.
- 1.96 Clinical Psychology of Oral Health: The Link Between Teeth and Emotions / S. Settineri et al. *SAGE Open*. 2017. Vol. 7. No. 3. 215824401772831. DOI: 10.1177/2158244017728319.
- 1.97 Cohen S., Gianaros P. J., Manuck S. B. A Stage Model of Stress and Disease. *Perspectives on Psychological Science*. 2016. Vol. 11. No. 4. P. 456–463. DOI: 10.1177/1745691616646305.
- 1.98 Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society / A. L. Svalastog et al. *Croatian Medical Journal*. 2017. Vol. 58. No. 6. P. 431–435. DOI: 10.3325/cmj.2017.58.431.
- 1.99 Deci E.L., Ryan R.M. Intrinsic motivation and self-de-termination in human behavior. N.Y.: Plenum, 1985. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- 1.100 Depression, anxi  t   et stratégies de "coping" chez les adultes atteints de mucoviscidose / E. Wargnies et al. *Revue des maladies respiratoires*. 2002. Vol. 19 (1). P.39–43.

- 1.101 Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys / S. Moussavi et al. *The Lancet*. 2007. Vol. 370. No. 9590. P. 851–858. DOI: 10.1016/s0140-6736(07)61415-9.
- 1.102 Diefenbach, M.A. The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations / M.A. Diefenbach, H. Leventhal. *The Journal of Social Distress and the Homeless*. 1996. No.5. P. 11–38.
- 1.103 Eade T. Happiness, emotional well-being and mental health – what has children’s spirituality to offer?. *International Journal of Children’s Spirituality*. 2009. Vol. 14. No. 3. P. 185–196. DOI: 10.1080/13644360903086455.
- 1.104 Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF) / S. M. A. Lamers et al. *Journal of Clinical Psychology*. 2010. Vol. 67. No. 1. P. 99–110. DOI: 10.1002/jclp.20741.
- 1.105 G. Šimić et al. Understanding Emotions: Origins and Roles of the Amygdala. *Biomolecules*. 2021. Vol. 11. No. 6. P. 823. DOI: 10.3390/biom11060823.
- 1.106 Hagger, M.S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations / M.S. Hagger, S. Orbell. *Psychology and Health*. 2003. No 2. P. 141–184.
- 1.107 Hjelle LA, Ziegler DJ. *Personality Theories : Basic Assumptions, Research, and Applications*. 3rd ed. McGraw-Hill; 1992. p.603
- 1.108 Human Emotions on the Onset of Cardiovascular and Small Vessel Related Diseases / C. Vlachakis et al. *In Vivo*. 2018. No 32(4): P.859–870. DOI: 10.21873/invivo.11320.
- 1.109 J. N. Morey et al. Current directions in stress and human immune function. *Current Opinion in Psychology*. 2015. Vol. 5. P. 13–17. DOI: 10.1016/j.copsyc.2015.03.007.
- 1.110 Janis I.I. *Stress, attitudes and decisions*. N. Y.: Praeger, 1982. p. 352.

- 1.111 Johnson, J.E. Stress reduction through sensation information / J.E. Johnson // In Sarason I.G., Speilberger C.D. Stress and anxiety. Washington, DC: Hemisphere Publishing., 1975. P. 361–373.
- 1.112 Johnson, J.E. The effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination / J.E. Johnson, H. Leventhal. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1974. No 29. P. 710–718.
- 1.113 K. Mikkelsen et al. Maturitas Exercise and mental health / Vol. 106. P. 48–56. DOI: 10.1016/j.maturitas.2017.09.003.
- 1.114 Keyes C. L. M. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002. Vol. 43, no. 2. P. 207. DOI: 10.2307/3090197.
- 1.115 Kline P. A Handbook of Test Construction (Psychology Revivals). Routledge, 2015. DOI: 10.4324/9781315695990.
- 1.116 Langeland E. Emotional Well-Being. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Dordrecht, 2014. P. 1874–1876. DOI: 10.1007/978-94-007-0753-5_859.
- 1.117 Levenson R. W. Stress and Illness. *Psychosomatic Medicine*. 2019. Vol. 81, no. 8. P. 720–730. DOI: 10.1097/psy.0000000000000736.
- 1.118 Leventhal, H. Illness Representation: Theoretical foundations / H. Leventhal, Y. Benyamini, S. Brownlee, M. Diefenbach, E.A. Leventhal, L. Patrick-Miller, C. Robitaille // In K.J. Petrie, J.A. Weinman, Perceptions of health and illness. Amsterdam: Harwood, 1997. P. 19–45.
- 1.119 Leventhal, H. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model / H. Leventhal, E.A. Leventhal, L. Cameron // In A. Baum, T.A. Revenson, J.E. Singer , Handbook of health psychology. Mahwah: Erlbaum., 2001. P. 19–47.
- 1.120 Leventhal, H. procedures, and affect in illness self- H. Leventhal, D. Meyer, D. Nerenz // In S. Rachman Medical psychology. New York: Pergamon, 1980. P. 7–30.

- 1.121 Leventhal, H. The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions, and behavior / H. Leventhal, M.A. Safer, D.M. Panagis. *Health Education Quarterly*. 1983. No 10. P. 3–29.
- 1.122 Linz, D. Cognitive organisation of disease among laypersons / D. Linz, S. Penrod, H. Leventhal. *Paper presented at the 20th International Congress of Applied Psychology*. Edinburgh: Scotland. 1982.
- 1.123 Lipowski, Z.J. Psychosocial reactions to physical illness processes / Z.J. Lipowski. *Canadian Medical Association Journal*. 1983. No 128. P. 1069–1072.
- 1.124 M. Y. Kichula et al. Psycho-emotional health of medical student at the stage of choosing the future direction of professional activity. *Медицина оcvima*. 2022. No 4. P. 57–64. DOI: 10.11603/m.2414-5998.2022.4.13632.
- 1.125 Meyer, D. Common-sense model of illness: The example of hypertension / D. Meyer, H. Leventhal, M. Gutmann // *Health Psychology*. 1985. No 4. P.115–135.
- 1.126 Nonaka S., Sakai M. Comparing perceived reasons for initiating and maintaining hikikomori (prolonged social withdrawal): Quantitative text analysis. *International Journal of Mental Health*. 2023. P. 1–12. DOI: 10.1080/00207411.2023.2234802.
- 1.127 Pathak S., Goltz S. An emotional intelligence model of entrepreneurial coping strategies. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*. 2021. Vol. 27. No. 4. pp. 911–943. DOI: 10.1108/IJEER-01-2020-0017.
- 1.128 Peterson T. What Is Emotional Health? And How To Improve it? *HealthyPlace. Mental Health Support, Resources & Information* URL: <https://www.healthyplace.com/other-info/mental-illness-overview/what-is-emotional-health-and-how-to-improve-it> (date of access: 09.12.2023).
- 1.129 Proshukalo I. Basic approaches to the study of the perspective of psychological health of the person in the scientific literature. *Bulletin of*

- Postgraduate Education. Series: Social and behavioural sciences.* 2019. № 38. С. 55–72. DOI: 10.32405/2522-9931-9(38)-55-72.
- 1.130 Psychiatric distress amplifies symptoms after surgery for chronic rhinosinusitis / G. E. Davis et al. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2005. Vol. 132, no. 2. P. 189–196. DOI: 10.1016/j.otohns.2004.09.135.
- 1.131 Psychological conditions for the development of stress resistance in specialists of different age categories. / O. Kravchenko et al. *13th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics (AHFE 2022)*. 2022. DOI: 10.54941/ahfe1002604.
- 1.132 Psychological Effects of Eye Diseases: A Tertiary Eye Center Study. /M. C Okosa et al. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*. 2021. №5. P.128–139. URL: <https://www.fortunejournals.com/articles/psychological-effects-of-eye-diseases-a-tertiary-eye-center-study.html> (дата звернення: 13.12.2023).
- 1.133 Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. / T. Ritz et al. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2013. Vol. 81, no. 2. P. 231–250. DOI: 10.1037/a0030187.
- 1.134 R. Schnepfer et al. Fight, Flight, – Or Grab a Bite! Trait Emotional and Restrained Eating Style Predicts Food Cue Responding Under Negative Emotions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2020. Vol. 14. DOI: 10.3389/fnbeh.2020.00091.
- 1.135 Ryden O., Andersson B., Andersson M. Disease perception and social behaviour in persistent rhinitis: a comparison between patients with allergic and nonallergic rhinitis. *Allergy*. 2004. Vol. 59, no. 4. P. 461–464. DOI: 10.1046/j.1398-9995.2003.00331.x.
- 1.136 Ryff C. D. Self-realisation and meaning making in the face of adversity: a eudaimonic approach to human resilience. *Journal of Psychology in Africa*. 2014. Vol. 24, no. 1. P. 1–12. DOI: 10.1080/14330237.2014.904098.

- 1.137 Schramme T. Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond. *Public Health Ethics*. 2023. P. 210–218. DOI: 10.1093/phe/phad017.
- 1.138 Seifert E. Stress and distress in non-organic voice disorder. *Swiss Medical Weekly*. 2005. DOI: 10.4414/smw.2005.10346.
- 1.139 Shared goals for mental health research: what, why and when for the 2020s / T. Wykes et al. *Journal of Mental Health*. 2021. P. 1–9. DOI: 10.1080/09638237.2021.1898552.
- 1.140 Solomka E. T., Khoma T. V., Khlopek A. B. Coping behaviour of a personality in psychological research and some methods of stress management. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Psychology*. 2021. № 2. C. 23–27. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2021.2.5.
- 1.141 State and trait anxiety in women affected by allergic and vasomotor rhinitis / G. Addolorato et al. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999. Vol. 46, no. 3. P. 283–289. DOI: 10.1016/s0022-3999(98)00109-3.
- 1.142 Symptoms of depression, anxiety and stress in patients with chronic otitis media / A. D. Jotic et al. *PLOS ONE*. 2022. Vol. 17, no. 7. P. e0270793. DOI: 10.1371/journal.pone.0270793.
- 1.143 The impact of emotion on respiratory-related evoked potentials / A. Von Leupoldt et al. *Psychophysiology*. 2010. Vol. 47, no. 3. P. 579–586. DOI: 10.1111/j.1469-8986.2009.00956.x.
- 1.144 Turner J. Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*. 2000. Vol. 172, no. 2. P. 124–128. DOI: 10.1136/ewj.172.2.124.
- 1.145 Varga A. W., Mullins A. E., Kam K. Obstructive Sleep Apnea in Emotional Memory: Importance of Rapid Eye Movement Sleep and Window into Mental Health. *Annals of the American Thoracic Society*. 2023. Vol. 20, no. 2. P. 204–205. DOI: 10.1513/annalsats.202211-933ed.
- 1.146 Y. Song et al. Regulating emotion to improve physical health through the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2014. Vol. 10, no. 4. P. 523–530. DOI: 10.1093/scan/nsu083.

- 1.147 Zhytova O., Butuzova L. Psychoemotional health of students in distance learning conditions. *European Humanities Studies: State and Society*. 2023. No. 1. P. 41–55. DOI: 10.38014/ehs-ss.2023.1.03.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН В ЕМОЦІЙНОМУ ЗДОРОВ'І ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

2.1. Мета, завдання та етапи емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження є вивчення змін у стані емоційного здоров'я на різних етапах хвороби, психологічних умов покращання цього стану.

Відповідно до мети, емпіричне дослідження мало вирішити такі завдання:

1. Розробити та апробувати психодіагностичний інструмент з визначення стану емоційного здоров'я військового.
2. Створити комплекс методик, спрямованих на діагностику психологічних якостей, які ймовірно впливають на зміни у стані емоційного здоров'я військового.
3. Визначити фізіологічні та психологічні прояви показників, які свідчать про стан емоційного здоров'я.
4. Установити характер кореляційних зв'язків між проявами стану емоційного здоров'я та психологічними якостями, які складають внутрішній особистісний ресурс емоційного здоров'я військового
5. Охарактеризувати відмінності у прояві стану емоційного здоров'я між групами військовослужбовців залежно від рівня патології, віку, статі.
6. Розробити та експериментально апробувати методику психотерапії сміхом для оптимізації стану емоційного здоров'я на різних етапах хвороби.

Поставлені задачі вирішувалися протягом трьох етапів емпіричного дослідження: підготовчого; етапу збору, аналізу та інтерпретації первинних даних; експериментального.

На першому етапі здійснювалася розробка психодіагностичних методик, готувалися матеріали, забезпечувалися умови для збору емпіричного матеріалу (підготовка інструкцій, бланків, уточнення та узгодження умов проведення дослідження тощо), створювалася вибірка досліджуваних.

На другому етапі проходив безпосередній збір первинних даних та їх обробка. До участі в дослідженні залучено особи з певними отоларингологічними захворюваннями. Для кожного досліджуваного знімаються анамнестичні дані, а саме: вік, стать, діагноз, тривалість захворювання, додаткові дані про порушення стану здоров'я. На цьому ж етапі здійснювався аналіз первинних даних, визначався характер кореляційних зв'язків визначених показників, перевірялася наявність достовірних розбіжностей між значеннями показників, діагностованих в умовно виділених групах досліджуваних з урахуванням їхнього віку, статі та рівня патології.

Третій етап – власне експеримент, метою якого є апробація методики терапії сміхом як умови створення позитивно-комфортного стану емоційного здоров'я на різних етапах хвороби. Тривалість експерименту – 7 днів. Протягом експерименту військовослужбовці брали участь в експериментальних сесіях, зміст яких полягає в перегляді десятихвилинних гумористичних роликів один раз на день приблизно об одинадцятій ранку або два рази на день об одинадцятій та шістнадцятій годині. Самому експерименту передувало обстеження, тестування, оформлення досліджуваних до групи учасників експерименту. Щоденно ввечері під час огляду у досліджуваних фіксувалися фізіологічні та психологічні показники, які засвідчували стан їх здоров'я. По завершенні експерименту був проведений контрольний зріз, за допомогою якого фіксувалися зміни, що відбулись у стані емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями.

2.2. Розробка та апробація психодіагностичної методики «Самооцінки емоційного здоров'я»

Аналіз наявних на цей час методів дослідження показав, що в доступній нам літературі не знайдено спеціальних методів, які б дозволили безпосередньо дослідити стан емоційного здоров'я. Практика застосування деяких методик як інструментів вимірювання психологічного, зокрема емоційного, здоров'я людини, показує, що вони здатні лише опосередковано вказувати на окремі ознаки емоційного стану людьми та не відповідають тлумаченню емоційного здоров'я в контексті представленої нами теоретико-методологічної моделі. Деякі з них вимагають активної участі досліджуваного, тоді як інші базуються на спостереженнях та вимірюваннях. Так, застосування біометричних методів передбачає вимірювання фізіологічних показників, які пов'язані з емоціями. Йдеться про електрокардіограму (ECG) для вимірювання серцевої діяльності, оцінку електродермальної активності (EDA) для вимірювання потової реакції, електроенцефалографію (EEG) для вимірювання активності різних частин мозку, пов'язаних з емоційними процесами [2.8]. Крім того, поширена практика клінічних спостережень та інтерв'ю для оцінки емоційного стану, які охоплюють вивчення симптомів та емоційних реакцій досліджуваних [2.24].

Найбільш популярним серед дослідників є використання методів, які потребують певної активності при заповненні досліджуваними різних опитувальників та шкал самооцінки для визначення емоційних [2.3; 2.28; 2.35; 2.36 та ін.], психофізіологічних станів [2.16], переживання стресу [2.38], психоемоційної напруги [2.11], ментального здоров'я, суб'єктивного благополуччя [2.10] тощо. За деякими з них учасникам дослідження пропонуються запитання, за якими вони оцінюють свої емоційні стани. За іншими необхідно вести щоденник, записуючи свої емоційні стани,

переживання та стресові події. Також є інструменти, які дозволяють визначати емоційні стани за допомогою графічних шкал.

Незважаючи на те, що ці та інші методики мають свої переваги та обмеження, вони можуть використовуватися в комбінації для більш повного розуміння емоційного стану людини, але жодна з них не дозволяє ідентифікувати рівень емоційного здоров'я. Саме тому нами на попередньому етапі здійснено розробку психодіагностичної методики, спрямованої на вивчення емоційного здоров'я як специфічного оцінного суб'єктивного відображення функціонування почуттєвої сфери людини, яке в різних умовах життєдіяльності може відчуватися в діапазоні від позитивно-комфортного до негативно-дискомфортного стану. Внаслідок проведення відповідної роботи, нами було розроблено власну методику «Самооцінка емоційного здоров'я».

Вона засновується на суб'єктивному оцінюванні почуттєвої сфери, шляхом установлення відповідності між описовими характеристиками стану здоров'я та суб'єктивним відчуттям власного емоційного стану досліджуваного, що дозволяє категоризувати стан емоційного здоров'я людини за одним з п'яти варіантів, а також оцінити цей стан за шкалою від 1 до 5 балів відповідно до визначеної категорії вибору.

Для створення змісту описових характеристик проаналізовано наукові джерела останніх років [2.4; 2.13; 2.21; 2.22; 2.23; 2.25; 2.26 та ін.], що дозволило виділити головні ознаки стану емоційного здоров'я, а саме: баланс між позитивними та негативними емоціями, позитивне самопочуття, гарний настрій, спроможність упоратися з викликами життя, відчувати, виражати та регулювати власні емоції, підтримувати задоволення та гармонію в стосунках з іншими людьми, успішно адаптуватися до змін у навколишній дійсності. На основі цих самих досліджень, за якими виокремлювалися зазначені ознаки, було детально описано п'ять варіантів психологічних профілів стану емоційного здоров'я.

Перший (Варіант «А») відповідає позитивно комфортному стану емоційного здоров'я (5 балів). Він передбачає оптимістичне налаштування на одужання, піднесений настрій, енергійність, упевненість у своїх силах успішно долати будь-які життєві труднощі, емоційну стабільність, незмінну реакцію на звичні життєві ситуації, здатність керувати своїми емоціями, почувати радість від життя, доброзичливі стосунки з іншими, відсутність проявів тривоги, напруженості, пригнічення або роздратування, здоровий, спокійний сон, хороший апетит, в цілому відчуття абсолютного емоційного комфорту.

Другий (Варіант «Б») відображає стабільно комфортний стан емоційного здоров'я (4 бали), при якому досліджуваним визнається емоційна стабільність, спокій, незмінна реакція на звичні життєві ситуації, яка залишилася такою самою, як до захворювання, здатність упоратися зі змінами та невизначеністю в житті, наявність сил для повноцінного життя, здатність відчувати, виражати та керувати своїми емоціями, стримувати бурхливі прояви. Незначні прояви тривоги, напруженості, пригнічення або роздратування, які спричинені тимчасовими проблемами через захворювання, проте не заважають доброзичливо ставитись до людей, спілкуватися з ними так, як раніше. Водночас відзначається здоровий, спокійний сон, хороший апетит, і, в цілому, відчуття емоційного комфорту.

Третій (Варіант «В») описує відносно комфортний стан емоційного здоров'я (3 бали). Його обирають досліджувані, які відчують відносно спокійний стан з незначними проявами тривоги, напруженості або роздратування, пов'язаними із лікуванням. Ставлення до навколишнього світу, до людей таке саме, як до захворювання. Незважаючи на знижений настрій, є здатність упоратися зі змінами в житті. Підвищена емоційна втомлюваність, яка не проходить після відпочинку, що потребує зберігати сили для одужання. Звуження кола спілкування. Відносно спокійний сон, хороший апетит. В цілому визнається відчуття відносного емоційного комфорту.

Варіант «Г» характеризує відносно дискомфортний стан емоційного здоров'я (2 бали), за яким передбачено песимістичне, пасивне налаштування на одужання, погіршений настрій, нестача сил долати життєві труднощі, складності при спробі зосередитися на звичних життєвих ситуаціях, важкість утримувати самоконтроль, деяка тривожність, підвищена імпульсивність та напруженість. Погіршення стосунків з оточенням. Неспокійний сон, погіршення апетиту. В цілому відчуття відносного емоційного дискомфорту.

Варіант «Д» відповідає негативно дискомфортному стану емоційного здоров'я (1 бал). Люди, які обирають цей варіант, мають певні сумніви у покращанні стану здоров'я, помітно пригнічений настрій, певну втрату інтересу. В них з'являються відчуття безнадійності, безрадісності, виникає збудливість та прояви страху. Вони помічають складнощі у взаємодії з оточенням, бажання усунути зайвих контактів з людьми, відчуття виснаження, порушення сну, апетиту, і, в цілому, відчуття дискомфортного стану.

Апробація методики передбачала перевірку її за критеріями надійності, дискримінативності та валідності в методичному дослідженні, де взяли участь 186 респондентів на різних етапах лікування отоларингологічних захворювань (див. Додаток Б, табл. Б.1). Вибірка охоплювала 96,7 % чоловіків та 3,3 % жінок віком від 19 до 70 років, які належать до різних соціальних сфер. Обробка результатів здійснювалась за допомогою комп'ютерного пакету статистичних програм IBM SPSS Statistics 21. Дослідження проводилось у січні-травні 2023 року.

Перевірка отриманих результатів за критеріями нормальності показала, що розподіл може вважатися таким, для якого застосовування параметричних критеріїв аналізу є недоречним (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Результати перевірки розподілу даних за методикою «Самооцінка емоційного здоров'я» на нормальність

Показник	n	Критерії узгодженості			
		Колмогорова - Смирнова виправленням Лілієфорса		Шاپіро - Уїлка	
		λ	p	W	p
Рівень емоційного здоров'я	186	0,281	0,0001	0,751	0,0001

Примітки: n – кількість досліджуваних; p – рівень достовірності відмінностей розподілу від нормального.

Представлена в таблиці інформація вказує на те, що характер розподілу оцінок за розробленою методикою демонструє варіювання даних, яке суттєво відрізняється від нормального. Це пов'язано передусім з характером вибірки випробуваних, оскільки перебування усіх досліджуваних у певному стані захворювання призводить до зміщення частотного розподілу самооцінок емоційного здоров'я у бік низьких значень (рис. 2.1).

Зображені на рисунку дані показують, що близько 50 % респондентів під час апробації визнавали в себе негативно дискомфортний стан емоційного здоров'я, 23 % вважали, що їхній стан здоров'я відносно дискомфортний, 16 % оцінювали його як відносно комфортний, 2 % відчували стабільно комфортний і 9 % – позитивно комфортний стан. Отже, очевидно, що характер вибірки суттєво вплинув на розподіл результатів. З іншого боку, вибірка апробації максимально точно відповідає меті та предмету цього дослідження, що мало забезпечити зовнішню валідність дослідження.

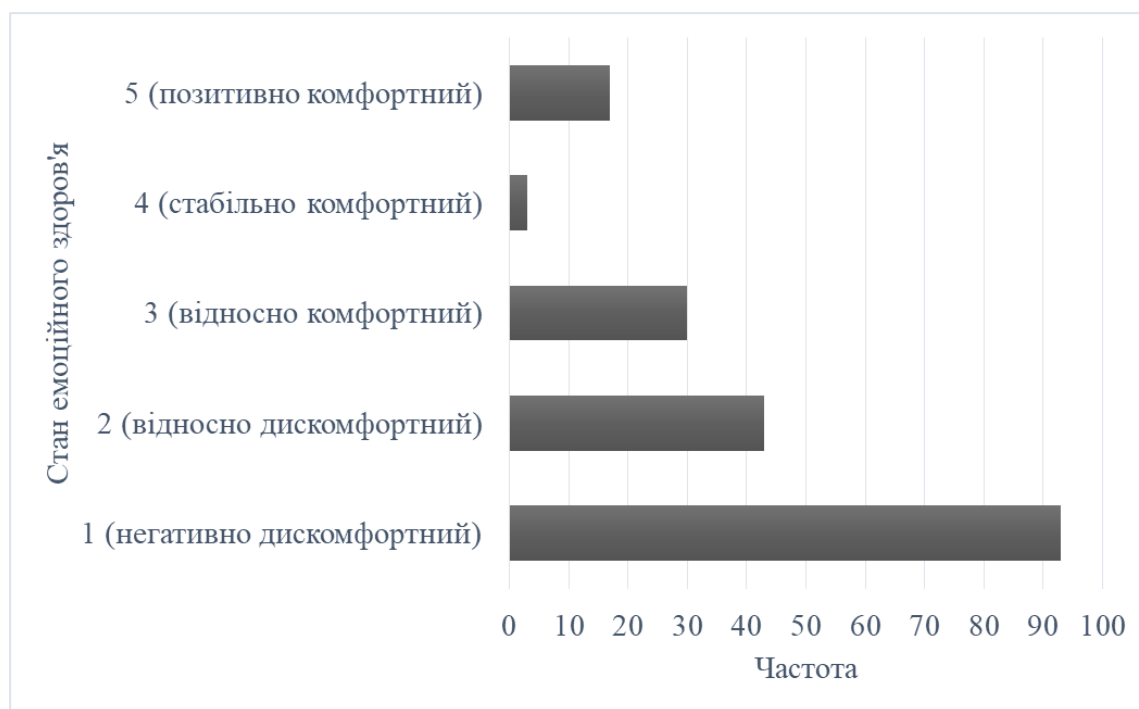


Рис. 2.1. Частотний розподіл результатів за методикою «Самооцінка емоційного здоров'я» (n=186)

Дані невідповідності розподілу критерію нормальності варто брати до уваги, обираючи статистичні показники для математичної обробки.

Надійність перевірялася за двома групами методів: методами оцінки внутрішньої узгодженості та методом оцінки стабільності результатів у часі. Для першої групи методів застосовувався коефіцієнт конкордації Кендела [2.7], який застосований для визначення ступеня узгодженості експертних оцінок емоційного здоров'я досліджуваних за допомогою стимульного матеріалу методики. Стабільність результатів у часі перевірялася шляхом повторного тестування та подальшого визначення коефіцієнту рангової кореляції Спірмена.

Ступінь узгодженості експертних відповідей визначався на вибірці 39 досліджуваних віком 22-46 років, емоційний стан яких оцінювався п'ятьма експертами-лікарями, які протягом певного часу взаємодіяли з досліджуваними (див. Додаток Б, табл. Б.2). Розрахункове значення коефіцієнтом конкордації ($W=0,736$) перевищує очікуване для методики, яка апробується ($W>0,7$), а відповідне значення розподілу χ^2 Пірсона

($\chi^2=139,82$) значно вище критичного ($\chi^2_{кр}=73,40$) для рівня $p<0,001$. Отже, відомості, отримані в результаті експертного оцінювання, є узгодженими.

Стабільність результатів у часі перевірялася шляхом повторного тестування через два дні на вибірці 186 досліджуваних. Значення коефіцієнту рангової кореляції між двома зрізами підтверджують задовільну ретестову надійність методики ($\rho=0,864$; $p<0,001$), оскільки перевищує очікуване для нового інструмента, який апробується ($\rho>0,7$).

Дискримінативність (розрізняльна здатність) методики визначалася за коефіцієнтом δ Фергюсона, який розраховувався за допомогою електронних таблиць Excel for Windows. Результати його обчислення показали, що шкала має достатню чутливість, оскільки отримане значення ($\delta=0,64$) перевищувало мінімально допустиме ($\delta_{кр}=0,5$).

Валідність розробленої методики встановлювалася через низку методів. По-перше, шляхом теоретичної валідизації, яка проводилася під час накопичення інформації про емоційне здоров'я, що дозволило розкрити психологічний зміст цього стану [2.4; 2.6; 2.13; 2.21; 2.22; 2.23; 2.25; 2.26; 2.27; 2.32; 2.37 та ін.]. По-друге, через неможливість довести конкурентну валідність, оскільки важко знайти аналогічні методики з раніше доведеною валідністю, нами встановлювалася відповідність результатів апробації авторської методики з результатами близьких за змістом інструментів вимірювання. Йдеться про методики «САН» [2.9, С. 136-138], «Самооцінка емоційних станів» Уессмана-Рікса [2.17, С. 94-97], «Шкала позитивного ментального здоров'я» [2.10, С. 93], «Візуальна аналогова шкала оцінки інтенсивності болю» [2.15, С. 23], контроль ЧСС, температури, ЧД (табл.2.2).

Дані, наведені в таблиці, аргументовано демонструють достатній зв'язок результатів тестування респондентів за більшістю показників з їхніми виборами описів емоційного здоров'я, про що свідчать значення коефіцієнтів кореляції Спірмена, які переважно відповідають 0,1 %-му рівню значущості. Виняток складає лише показник температури тіла, значення коефіцієнта рангової кореляції за яким, хоча і має очікуване нами від'ємне спрямування,

проте не наближається до критичного навіть на рівні $p \leq 0.05$. А отже, відповідність гіпотетичному конструкту валідності тесту за вісьмома показниками дає підставу констатувати задовільний рівень валідності цих методик.

Таблиця 2.2

Результати встановлення конструктної валідності методики «Самооцінка емоційного здоров'я»

Назва методики	Показник	Кількість досліджуваних	Значення коефіцієнта рангової кореляції Спірмена
САН	Самопочуття	186	0,633*
	Активність	186	0,443*
	Настрій	186	0,554*
Самооцінка емоційних станів	Спокій – тривога	136	0,425*
	Енергійність – втома	136	0,412*
	Піднесення – пригніченість	136	0,432*
	Впевненість у собі – безпорадність	136	0,335*
	Сумарна оцінка емоційного стану	136	0,458*
Шкала позитивного ментального здоров'я	Позитивна спрямованість ментального здоров'я	159	0,629*
Візуальна аналогова шкала оцінки інтенсивності болю	Рівень болю	186	-0,722*
Фізіологічні показники тілесного здоров'я	Частота серцевих скорочень	117	-0,527*
	Температура	117	-0,150
	Частота дихання	117	-0,521*

Примітки: *- кореляції статистично достовірні на рівні $p < 0,001$.

Вищезазначені дані дозволили стверджувати, що розроблена методика «Самооцінка емоційного здоров'я» відповідає психометричним вимогам щодо дискримінативності та стабільності в часі, її змістовна валідність теоретично обґрунтована, а конструктна валідність емпірично підтверджена.

2.3. Методи та методики дослідження

Для вирішення мети дисертаційного дослідження нами було застосовано такі методи наукового дослідження: 1) методи підготовки та організації дослідження, а саме: аналізу та синтезу, зіставлення, узагальнення теоретичних підходів та експериментальних результатів, які містяться в наукових літературних джерелах; 2) методи збору емпіричних даних: тестування, анкетування; 3) експеримент; 4) методи статистичної обробки даних дослідження: порівняння незалежних вибірок, визначення динаміки змін експериментальних показників у часі, аналіз часових рядів, кореляційний аналіз.

Перша група методів була спрямована на уточнення й теоретичне обґрунтування методології, мети та завдань дослідження, з'ясування, що розробка проблеми емоційного здоров'я на сучасному етапі є адекватною тенденціям розвитку психологічного знання, формулювання робочої гіпотези, корегування шляхів вирішення завдань роботи.

Зміст другої групи методів, спрямованих на збір емпіричної інформації, представлений трьома блоками інструментів.

Перший блок – це методики для визначення емоційного стану досліджуваних. Він складався з розробленої нами методики «Самооцінка емоційного здоров'я», спрямованої на вивчення стану емоційного здоров'я досліджуваних, шкали «САН», яка складається з індексів, розташованих між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображають силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), а також характеристики емоційного стану (настрій)

[2.17, С. 91]. До цього блоку також належить методика «Самооцінка емоційних станів» Уессмана-Рікса, яка складається з 4 блоків тверджень, обираючи з яких лише одне, досліджуваний отримує оцінку за відповідним показником спокою – тривоги, енергійності – втоми, піднесення – пригніченості, впевненості в собі – безпорадності. Сума балів за чотирима показниками надає відомості про загальний позитивний – негативний емоційний фон, який привносить у життя оптимістичний або песимістичний настрій [2.17, С. 94].

Другий блок методик спрямований на дослідження якостей, які визначають внутрішній особистісний ресурс емоційного здоров'я. За гіпотетичним припущенням, це емоційна зрілість, емоційна врівноваженість, життєстійкість, використання конструктивних стратегій подолання труднощів тощо. До блоку увійшли методики «Діагностика емоційної зрілості» О. Чебикіна, «Фрайбурзький особистісний опитувальник (форма В)», «Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації» Т. Холмса, Р. Раге, «Визначення емоційності» В. Суворова, «Подолання важких життєвих ситуацій (SVF120)» В. Янке, Г. Ердманн, «Діагностика професійного вигорання» К. Маслач, С. Джексон.

Опитувальник «Діагностика емоційної зрілості» О. Чебикіна дозволяє оцінити «ступінь розвиненості емоційної сфери на рівні адекватності емоційного реагування в певних соціокультурних умовах» [2.33, С. 232-235]. Тест складається з 42 питань, які згруповані у три шкали: емоційної експресивності, емоційної саморегуляції, емпатії. Загальний рівень емоційної зрілості визначається за сумою балів всіх шкал.

«Фрайбурзький особистісний опитувальник» – це багатофакторний інструмент, спрямований на вимірювання властивостей особистості. Норми шкал опитувальника уточнено на вибірці українців [2.19, С. 51]. Стимульний матеріал складається зі 114 тверджень, відповіді на які дозволяють охарактеризувати досліджуваних за дванадцятьма показниками: невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість,

товариськість, урівноваженість, реактивна агресивність, сором'язливість, відвертість, екстраверсія – інтроверсія, емоційна лабільність, маскулізм – фемінізм.

Методика «Визначення стресостійкості й соціальної адаптації» Т. Холмса й Р. Раге розроблена для з'ясування ступеня опірності стресу. Вона складається з 43 подій, кожна з яких оцінена різною кількістю балів залежно від ступеня її стресогенності. Досліджуваний має підкреслити життєві події, які з ним трапилися протягом останнього року. Далі підраховується загальна сума балів, яка відображає кількісно рівень стресової завантаженості досліджуваного [2.14, С. 15-17].

Шкала «Визначення емоційності» В. Суворова, яка дає можливість аналізувати рівень емоційності за інтегральним показником. [2.31, С. 58-64]. За допомогою 15 запитань, на які досліджувані повинні були відповісти позитивно або негативно, визначалася потенційна інтенсивність емоційних реакцій.

Тест «Подолання важких життєвих ситуацій (SVF120)» В. Янке, Г. Ердманн [2.39, С. 207] призначений для діагностики типових засобів подолання стресових ситуацій. Ці способи визначені 20 шкалами, кожна з яких містить 6 тверджень. Відповіді досліджуваних дозволяють проаналізувати властиві їм способи виходу зі складної ситуації або подолання негативних емоцій: зниження значення стресової ситуації, самосхвалення, самовиправдання, відволікання, заміщення, самоствердження, психом'язова релаксація, контроль ситуації, самоконтроль, позитивна самомотивація, пошук соціальної підтримки, антиципаційне ухилення, втеча від стресової ситуації, соціальна замкнутість (відлюдність), «заїжджена платівка», безпорадність, жалість до себе, самозвинувачення, агресія, вживання ліків.

Методика «Діагностика професійного вигорання» К. Маслач, С. Джексон обрана для дослідження синдрому фізичного й емоційного виснаження, який супроводжується зниженням самооцінки, появою негативного вставлення до роботи, втратою розуміння та співчуття до іншої

людини [2.20, С. 107]. Вона містить 22 пункти, пов'язані з почуттями і переживаннями у процесі робочої діяльності і дозволила визначити прояв трьох основних факторів вигорання – емоційного виснаження, деперсоналізації, редукції професійних досягнень, які, відповідно, є шкалами опитувальника.

Третій блок методик повинен був визначати показники, які вказували б на стан фізичного здоров'я досліджуваних. Він складався з анкети «ЛОР-симптоми», процедури фіксації частоти серцевих скорочень (ЧСС), контролю температури тіла та частоти дихання (ЧД). Ці дані поширювали розуміння об'єктивних факторів, які спричиняли зміни в стані емоційного здоров'я досліджуваних.

Анкета «ЛОР-симптоми» спрямована на визначення інтенсивності болісного відчуття, уточнення змісту та локалізації симптоматики, що супроводжує ЛОР-захворювання. До її складу входять «Візуальна аналогова шкала оцінки інтенсивності болю» [2.15, С. 23] та низка питань, за допомогою яких отримано відомості про вухо, горло та ніс, які викликають болісну симптоматику, а також про наявні порушення здоров'я військовослужбовців. Сама шкала складається з 11 смайлів, кожен з яких схематично передає силу больового синдрому. Розташовані вони по наростанню болю на картках, кольори яких додатково пояснюють зростання інтенсивності відчуття. Крім того, кожна картка позначена цифрою – від 0 до 10 балів. Досліджувані повинні оцінити інтенсивність болю та позначити відповіді про її локалізацію.

Показники ЧСС, температури тіла та ЧД фіксувалися медичним персоналом. Контроль ЧСС здійснювався за методикою пальпаторної пульсометрії, щоденно один раз на добу увечері перед сном в положенні сидячи. Температура тіла визначалася у той самий час методом аксилярного вимірювання під пахвою. ЧД вимірювалося шляхом прикладання долоні так, щоб вона захопила нижню частину грудної клітки й верхню частину живота, потім підраховувалася кількість дихальних рухів за хвилину.

Третя група методів забезпечувала надійність та валідність експериментальної процедури. Для визначення ефективності впровадження терапії сміхом як умови створення позитивно-комфортного стану емоційного здоров'я здійснено експериментальне дослідження за планом для контрольної та двох експериментальних груп із попереднім та підсумковим тестуванням [2.5, С. 42].

У відповідності з планом, до початку експерименту всі досліджувані, які виявили бажання стати учасниками апробації, були протестовані за методиками «Самооцінка емоційного здоров'я», «САН», «ЛОР – симптоми», визначено показники ЧСС, температури, ЧД. Далі сформовану вибірку розділено за методом попарного відбору, сутність якого полягає у знаходженні пар випробуваних, максимально подібних за значущими для експерименту критеріями та спрямуванні їх до експериментальних та контрольної груп. Такий спосіб створення еквівалентних груп, за умовою підтвердження їх еквівалентності, допомагає уникнути можливої помилкової варіативності, що притаманна рандомізованому розподіленню або залученню реальних груп, а отже, цей спосіб здатний підвищити надійність результатів експерименту [2.18, С. 160].

Також зазначимо, що протягом експерименту пацієнти кожної із груп отримували якісне медичне обслуговування, знаходилися в однакових умовах лікування протягом 7 днів, а отже, за цими параметрами процедура експериментування була також еквівалентною. Проте досліджувані експериментальних груп щоденно приблизно в однаковий час переглядали десятихвилинні ролики гумористичного змісту на електронних гаджетах. Саме ця особливість медичного обслуговування вважалася експериментальним впливом, яким ми пояснювали зміни у стані емоційного здоров'я учасників експерименту, порівнюючи оцінки до та після експерименту, а також констатуємо відмінності між експериментальними та контрольною групами після завершення експерименту. Крім того, щовечора під час огляду у досліджуваних фіксувалися показники ЧСС,

температури, ЧД, проводилося самооцінювання за методикою САН, що дало змогу визначити динаміку функціонального стану учасників експерименту протягом його проведення.

Четверта група методів призначена для статистичної обробки даних дослідження, під час якої обчислювали такі статистичні характеристики: для визначення відповідності розроблених психодіагностичних методик психометричним нормам – коефіцієнт конкордації Кендела, коефіцієнт рангової кореляції ρ Спірмена, коефіцієнт дискримінативності δ Фергюсона; для опису первинних статистик – середнє арифметичне значення (M), стандартне відхилення (σ), медіана (M_e), мода (M_o), квантили розподілу (P_{25} , P_{75}), коефіцієнт варіації (CV у %); для перевірки розподілу результатів на нормальність – критерії узгодження Колмогорова – Смирнова (λ) з виправленням Лілієфорса, Шапіро – Уїлка (W); для кореляційного аналізу – коефіцієнт рангової кореляції ρ Спірмена, для дисперсійного аналізу – критерій Крускала-Уоллеса, для порівняння незалежних вибірок та визначення динаміки змін експериментальних показників у часі – U -критерій Манна-Уїтні. Статистичне опрацювання результатів дослідження відбувалося за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 21, графічний матеріал підготований у пакеті Microsoft Excel.

2.4. Опис специфіки вибірки досліджуваних

На різних етапах дослідження до участі залучено 238 військовослужбовців, чоловіків та жінок віком від 19-ти до 70 років, які перебували на лікуванні в Одеському військово-медичному клінічному центрі (клінічному госпіталі) ДПС України з різними отоларингологічними захворюваннями (див. Додаток В., табл.В.1). На час початку дослідження у 43,8 % військовослужбовців визначено підвищену температуру (від 37 °С до 39 °С). У 45 % показник ЧСС перевищував вікову норму, проте не був вищим, ніж 105 ударів за хвилину. Також у 43,8 % досліджуваних частота

дихання перевищувала нормативні значення і сягала 25-28 дихальних рухів за хвилину.

Специфіка вибірки полягає також у тому, що через гострі отоларингологічні захворювання (риносинусити, ларингіти, отити, новоутворення носової порожнини, переломи кісток носа, акубаротравму) більшість досліджуваних (93,8 % вибірки) зазнавали болісні відчуття різного ступеня тяжкості (за суб'єктивною оцінкою від 4 балів до 8 балів за одинадцятибальною шкалою) у ділянці носа (у 36,1 %), вуха (у 62,2 %) або горла (у 4,2 %).

Серед симптомів, які зафіксовано у досліджуваних, є такі: суттєвий фізичний дискомфорт (6,7 %), шум (61,3 %), запаморочення (61,3 %), зниження слуху (61,8 %), порушення носового дихання (36,1 %), виділення з носової порожнини (23,5 %), сухість слизової оболонки (0,8 %), кровотеча (1,7 %), утруднення вживання їжі та споживання напоїв (2,5 %).

Як показано у попередніх дослідженнях [2.24, С. 121; 2.34, С. 335 та ін.], саме такі симптоми викликають тривогу, страх, боязнь, пригніченість, сум, роздратування, гнів. Нерідко вони призводять до відчуття безпорадності, безнадії, зневіри та нездатності насолоджуватися життям, досягти душевного комфорту. Наслідком може стати ізоляція, відчуття відчуження, погіршення якості життя та взаємин з близькими. Акумуляція негативних емоцій закономірно знижує самооцінку та спричиняє почуття непевності в собі, викликає проблеми зі сном, зокрема безсоння та поверховий сон.

Крім того, опитування досліджуваних за методикою Т. Холмса й Р. Раге показало, що досить велика частина військовослужбовців перебувала під впливом таких стрес-факторів, як зміна умов життя (94,1 %), місця проживання (86,1 %), кількості членів родини, що живуть разом (72,3 %), погіршення фінансового становища (60,9 %), стану здоров'я членів родини (30,7 %), посилення конфліктності в сім'ї (24,8 %). Також часто зазначалися зміни умов або графіка роботи (83,2 %), професії або місця роботи (83,2 %), конфліктні стосунки з керівництвом (36,1 %), підвищення службової

відповідальності (36,1 %), звільнення з роботи (8,4 %). У багатьох випадках зазначалася необхідність змінити соціальну активність (80,3 %), інакше проводити дозвілля або відпустки (69,3 %), відмовлятися від індивідуальних поведінкових стереотипів (88,7 %), а також звичок, пов'язаних зі сном (74,8 %), харчуванням (86,1 %) тощо. Наведені дані показують, що учасники дослідження перебували під системною дією стрес-факторів повсякденного життя, що за даними дослідників [2.1, С.193; 2.2; 2.12, С. 104; 2.30, С. 55 та ін.] само собою змінює емоційне здоров'я людини, впливає на загальний настрій та психологічний стан, робить її більш уразливою, знижує продуктивність, погіршує комунікативні навички та призводить до конфліктів.

Висновки до другого розділу

1. Показано, що для обрання методів дослідження змін емоційного здоров'я на різних етапах лікування отоларингологічних захворювань важливою була їх надійність, валідність, доступність, а також можливість отримання якісних та кількісних показників, що могли б характеризувати психологічний зміст цього стану.

2. З'ясовано шляхом узагальнення прямих та опосередкованих методів дослідження незначну їх кількість, яка б дозволяла комплексно та цілісно оцінювати різні ознаки емоційного стану військового з отоларингологічним захворюванням. Водночас з цього комплексу було обрані ті, які відповідали завданням та меті нашого дослідження, зважаючи на вищенаведені принципи. До останніх уналежнили: методика «САН» В. Доскіна та «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана, Д. Рікса, за якими визначався емоційний стан досліджуваних; анкета «ЛОР-симптоми», фіксація ЧСС, температури тіла та частоти дихання, які вказували б на стан фізичного здоров'я досліджуваних; «Діагностика емоційної зрілості» О. Чебикіна, «Фрайбурзький особистісний опитувальник (форма В)», «Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації» Т. Холмса, Р. Раге,

«Визначення емоційності» В. Суворова, «Подолання важких життєвих ситуацій (SVF120)» В. Янке, Г. Ердманн, «Діагностика професійного вигорання» К. Маслач, С. Джексон, спрямовані на дослідження якостей, які визначають внутрішній особистісний ресурс емоційного здоров'я.

3. Обґрунтовано доцільність створення спеціальної методики «Самооцінка емоційного здоров'я», яка засновується на суб'єктивному оцінюванні почуттєвої сфери шляхом установлення відповідності між описовими характеристиками стану здоров'я та суб'єктивним відчуттям власного емоційного стану досліджуваного. Доведено під час апробації, що методика відповідає психометричним вимогам щодо дискримінативності та надійності в часі, її валідність теоретично обґрунтована та емпірично підтверджена.

4. Виявлено, що специфіка вибірки досліджуваних полягала в тому, що внаслідок отоларингологічних захворювань більшість досліджуваних зазнавали болісних відчуттів різного ступеня тяжкості, що разом з дискомфортною симптоматикою зазвичай викликало тривогу, пригніченість, роздратування, відчуття безпорадності, відчуження, погіршення якості життя та взаємин з близькими, проблеми зі сном. Також встановлено, що більшість учасників дослідження знаходилися під системною дією стрес-факторів повсякденного життя, що само собою змінює емоційне здоров'я, впливає на загальний настрій та психологічний стан, знижує продуктивність, погіршує комунікативні навички та призводить до конфліктів.

Список використаних джерел до другого розділу

2.1. Александров Ю.В. Зв'язок копінг-стратегій зі стресом у працівників поліції. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України: тези доп. наук.-практ. конф.* (м.Харків, 27 березня 2020 р.) Харків: ХНУВС, 2020. С.191–194.

URI: https://univd.edu.ua/general/publishing/konf/27_03_2020/pdf/57.pdf (дата звернення 06.06.2023).

2.2. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Вип.6, №2. e0602295. DOI: 10.26766/pmgrp.v6i2.295.

2.3. Бойчук А. В., Шадрина В. С., Верещагіна Т. В. Діагностика та корекція психо-емоційних станів та розладів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія. *Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України*. 2018. Вип. 1 (41). С. 31–34. DOI: [10.35278/2664-0767.1\(41\).2018](https://doi.org/10.35278/2664-0767.1(41).2018).

2.4. Боковець О. І. Емоційний інтелект як ресурс психічного здоров'я. *Габітус*. 2022. Вип. 37. С. 68–75. URI: <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/47957> (дата звернення 18.07.2023).

2.5. Большакова А.М. Експериментальна психологія: конспект лекцій. Харків : ХДАК, 2019. С.42-43. URI: <http://195.20.96.242:5028/khkda-khtmlui/bitstream/handle/123456789/979/Експериментальна%20психологія.%20Конспект%20лекцій.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 06.06.2023).

2.6. Завгородня О. В., Макіна Л. Б., Сущинська Т. С. Експресивні практики як чинник емоційного благополуччя дошкільника. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 6, Т. 2. С.54–59. DOI: 10.32840/2663-6026.2019.6-2.10.

2.7. Застело О. В. Аналіз методів визначення узгодженості думки групи експертів під час оцінювання рівня сформованості іншомовної комунікативної компетентності слухачів. *Комп'ютер у школі та сім'ї*. 2015. №8. С.18–22. URI: http://nbuv.gov.ua/UJRN/komp_2015_8_5 (дата звернення 12.05.2023).

2.8. Злепко С. М., Тимчик С. В., Криворучко І. О., Паламарчук М. І. Вибір інформативних фізіологічних показників для оцінювання функціонального стану операторів: аналіз ситуації. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: технічні науки*. 2019. Том 30 (69), № 3, Ч.1. С. 102–106. DOI: 10.32838/2663-5941/2019.3-1/18.

2.9. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

URI: <https://lib.iitta.gov.ua/704775/1/Психодіагностика%20особистості%20у%20кризових%20життєвих%20ситуаціях.pdf> (дата звернення 12.05.2023).

2.10. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. №3-4 (27). С.85–94. DOI: 10.31108/2.2022.3.27.8.

2.11. Каргіна Н. В., Цибух Л. М., Мельничук І. В. Специфіка факторної структури особистості з високим і низьким рівнем задоволеності життям. *Габітус*. 2020. Вип. 16. С.140–144. 159.923 DOI: 10.32843/2663-5208.2020.16.22.

2.12. Каськов І. Теоретичні аспекти формування стресостійкості студентів ВНЗ до негативних чинників навколишнього середовища. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. Вип. 54, №1. С.104–113. DOI: 10.33099/2617-6858-2020-54-1-104-113.

2.13. Кічук А. В. Емоційно-особистісні особливості психологічного здоров'я студента у психологічному дискурсі. *Наука і освіта*. 2019. №1. С. 45–51. DOI: 10.24195/2414-4665-2019-1-6.

2.14. Кляпець О. Я., Лазоренко Б. П., Лепіхова Л. А., Савінов В. В. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / За ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум, 2009. С. 15–17. URI: [https://lib.iitta.gov.ua/707742/1/Методики%20вивчення%20повсякденного%20стресу-\(посібник\)-2009.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/707742/1/Методики%20вивчення%20повсякденного%20стресу-(посібник)-2009.pdf) (дата звернення 03.06.2023).

2.15. Козловська А. Менеджмент хронічного тазового болю в жінок: короткий довідник лікаря на основі настанов ЕАУ. *Здоров'я України* : мед. газета. Київ : Здоров'я України. 2019. № 22. С. 23. URI: <https://health->

ua.com/multimedia/userfiles/files/2019/ZU_22_2019/ZU_22_2019_str_23.pdf

(дата звернення 30.05.2023).

2.16. Кокурн О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Збірник наукових праць. Вип. 19. Харків.: НУЦЗУ, 2016. С. 146–152. URI: https://lib.iitta.gov.ua/704979/1/Kokun_16.pdf (дата звернення 12.05.2023).

2.17. Кокурн О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. С.94–97. URI: <https://core.ac.uk/download/pdf/32309843.pdf> (дата звернення 04.05.2023).

2.18. Комова М. В. Блогери новинного інтернет-порталу Цензор.НЕТ: склад і публікаційна активність. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. 2020. Т. 31 (70), № 4. С. 156–163. DOI: 10.32838/2663-6069/2020.4-4/26.

2.19. Луценко О. Л. Фрайбурзький особистісний опитувальник FPI – перевірка валідності та локальна стандартизація. *Вісник Харк. нац. ун-ту імені В.Н. Каразіна*. Сер. психологія. 2016. Вип. 61. С. 49–54. URI: <http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/12576> (дата звернення 03.06.2023).

2.20. Льошенко О., Кондратьєва В. Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання». *Вісник Львівського університету*. Серія: психологічні науки. 2021. Вип. 10. С. 105–112. DOI: 10.30970/PS.2021.10.15.

2.21. Маркіна Н. В. Емоційне здоров'я особистості. *Фізичне виховання та спорт в закладах вищої освіти: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф.* (Харків, 18 груд. 2020 р.) Харків, 2020. С. 188–192.

URI: <https://dspace.hnpu.edu.ua/handle/123456789/7382> (дата звернення 23.11.2022).

2.22. Микитюк О., Зачепа А., Кулинич М., Пасічник М., Берест І. Проблематика емоційного здоров'я студентів у контексті дослідження емоційної зрілості. *Молодь і ринок*. 2021. № 3 (189). С. 34–40. DOI: 10.24919/2308-4634.2021.228961.

2.23. Міляєва В. Р., Бреус Ю. В. Емоційне здоров'я як складова професійної успішності майбутніх фахівців соціономічних професій. *Актуальні проблеми психології*. 2012. Вип. 10 (23). С. 414–422. URI: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/1071/1/V_Miliaeva_Y_Breus_PNGPM_P_IPSP.pdf (дата звернення 06.05.2023).

2.24. Осадча Т. М., Руденко Л. М., Гавриленко Ю. В. Емоційний стан у підлітків з органічною патологією гортані. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Вип. 42. Київ: Вид-во НПУ імені М.П.Драгоманова, 2022. С. 111–124. DOI: 10.31392/NPU-ps.series19.2022.42.10.

2.25. Пасічніченко А. В. Психологічне здоров'я як умова успішної професійної діяльності педагога. *Інноваційні педагогічні технології в цифровій школі*: матеріали II наук.-практ. конф. молодих учених (14-15 травня 2020 р.). Харків: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2020. С. 172–174. URI: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/15898> (дата звернення 06.05.2023).

2.26. Пилипенко Н. В. Вплив емоційного здоров'я на фізичний стан. *Дошкільна освіта у сучасному соціокультурному просторі*: зб. наук. праць / за ред. О. А. Гнізділової, відпов. ред. Н. В. Ковалевська. Полтава: ФОП Цьома С.П., 2021. Вип. 5. С. 148–152. URI: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/18759> (дата звернення 12.05.2023).

2.27. Потоцька І. С., Рисинець Т. П., Лойко Л. С., Лойко Є. Є. Вплив карантинних заходів на емоційне благополуччя студентської молоді. *Sciences*

of Europe. 2021. No.70, Vol. 3. С. 63–68. DOI: 10.24412/3162-2364-2021-70-3-63-68.

2.28. Сандал О. С. Комплекс методик для дослідження особливостей емоційних стилів у осіб з травматичним досвідом.. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: психологія*. 2021 №4. С.12–16. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2021.4.2.

2.30. Смолинець І. Б., Гірняк К. М. Емоційні стреси менеджерів в управлінні: актуалізація та дослідження. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2020. Вип. 1(2). С. 52–57. URI: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/PSPE_print_2020_1\(2\)__10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/PSPE_print_2020_1(2)__10) (дата звернення 06.06.2023).

2.31. Степаненко Л.В. Проблема діагностики емоційних властивостей та копінг-стратегій переселенців. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Сер. психологія*. 2020. Т.31 (70), № 4. С.58–64. DOI: 10.32838/2709-3093/2020.4/08.

2.32. Чебикін О. Концептуальні підходи можливостей дослідження основ емоційного здоров'я учасників навчальної діяльності в умовах коронавірусної пандемії. *Наука і освіта*. 2021. №4. С. 23–29. DOI: 10.24195/2414-4665-2021-4-3.

2.33. Чебикін О. Я., Павлова І. Г. Становлення емоційної зрілості особистості: монографія. Одеса: СВД Черкасов, 2009. С. 232–235. URI: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/103/1/Становлення%20емоц%20зр.%2c%20Павлова.pdf> (дата звернення 01.06.2023).

2.34. Швець А. В., Подолян Ю. В., Голінько М. І. Особливості відновлення функціонального стану військовослужбовців після черепно-мозкової травми, що поєднана з акубаротравмою. *Запорізький медичний журнал*. 2020. Т. 22, № 3(120). С. 329–337. DOI: 10.14739/2310-1210.2020.3.204905.

2.35. Шпак М. М. Психоемоційний стан студентів в умовах дистанційного навчання. *Науковий вісник ХДУ. Сер. психологічні науки*. 2021. №4. С. 115–121. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2021-4-15.

2.36. Aluoja A., Shlik J., Vasar V., Luuk K., Leinsalu M. Development and psychometric properties of Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1999. Vol. 53. No. 6. P.443–449. DOI: 10.1080/080394899427692.

2.37. Krupskyi O. P., Stasiuk Y. M., Hromtseva O. V., Lubenets N. V. The Influence of Emotional Labor of Family Doctors on their Well-Being and Job Satisfaction. *European Journal of Management Issues*, 2022. Vol.30. No. 4. P.215-223. DOI:10.15421/192218.

2.38. Ogwuche C.H., Caleb O., Relajo-Howell D. Perceived stress and social support as predictors of subjective well-being among university students in Nigeria. *Психологія і суспільство*. 2020. № 1. С. 120–125. DOI: [10.35774/pis2020.01.120](https://doi.org/10.35774/pis2020.01.120).

2.39. Weyers P., Ising M., Reuter M., Janke W. Comparing Two Approaches for the Assessment of Coping: Part 1. Psychometric Properties and Intercorrelations. *Journal of Individual Differences*. 2005. Vol.26. No. 4. P.207–212. DOI: 10.1027/1614-0001.26.4.207.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН У ПРОЯВІ ЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

3.1. Аналіз первинних емпіричних даних, що характеризують особливості емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями

Першим кроком аналізу результатів дослідження була перевірка отриманих показників емоційного здоров'я, відповідних фізіологічних та психологічних проявів, за критеріями узгодженості Колмогорова-Смирнова та Шапіро-Уїлка (див. Додаток В, табл. В.2). Вона показала, що розподіл показників не відповідає очікуваним параметрам узгодженості з нормальним. У такому разі точніше схарактеризувати отримані дані можна за рівнями прояву показників, а центр коректувати з урахуванням квантилів розподілу.

Аналіз індивідуальних даних за показниками, що характеризують особливості емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, продемонстрував досить широкий діапазон значень (див. Додаток В, табл. В.3). У табл. 3.1 викладено первинні статистики цих показників, що вказують на високу варіативність показників емоційного здоров'я та самопочуття, помірну варіативність показників активності, настрою, відчуття болю, емоційних станів спокою – тривожності, енергійності – втомленості, піднесення – пригніченості, впевненості в собі – безпорадності. Щодо варіювання фізіологічних показників, використаних у дослідженні, воно було значно нижчим, порівняно з психологічними проявами стану емоційного здоров'я досліджуваних.

Отже, аналізовані психологічні параметри виявилися мінливими, проте розмах варіювання більшості з них такий, що дозволив достовірно опиратися на центр розподілу. Значення медіани та середнього вибіркового майже

співпадали за показниками емоційного здоров'я, активності, емоційних станів спокою – тривожності, енергійності – втомленості, піднесення – пригніченості, впевненості в собі – безпорадності, відчуття болю та частоти серцевих скорочень. За рештою показників відзначався зсув середніх значень у бік високих оцінок.

Межі розмаху показника емоційного здоров'я (від 1 балу до 5 балів) свідчили про наявність осіб не тільки з низькими та помірними, але й з високими значеннями за ним. У гострій стадії захворювання більшість досліджуваних (46,6 %) відчували негативно дискомфортний стан емоційного здоров'я, мали певні сумніви щодо його покращання. Вони характеризувалися помітно пригніченим настроєм, відчуттям виснаження, втратою інтересу, бажанням уникнути зайвих контактів з людьми, порушення сну, апетиту.

Багато таких осіб (26,5 %), хто наголошував на свій стан емоційного здоров'я як на відносно дискомфортний, визнаючи за собою песимістичне, пасивне налаштування на одужання, погіршений настрій, недостатність сил долати життєві труднощі, певні складності при спробі зосередитися на звичних життєвих ситуаціях. Їхня увага зосереджувалася на зниженні самоконтролю, тривожності, підвищеній імпульсивності, напруженості, погіршенні стосунків з іншими.

Також 15,1 % досліджуваних оцінювали свій стан емоційного здоров'я як відносно комфортний, який характеризувався спокоєм з незначними проявами тривоги, напруженості або роздратування, відсутністю суттєвих змін у ставленні до навколишнього світу, певною потребою зберігати сили для одужання, добрим сном, хорошим апетитом.

Разом з тим, невелика частка досліджуваних перебувала в позитивно комфортному (7,1 %) або стабільно комфортному стані емоційного здоров'я (4,6 %), були оптимістично налаштованими на одужання, спокійними, емоційно стабільними, здатними відчувати, виражати та керувати своїми емоціями. Іноді ці люди виявляли незначні прояви тривоги, напруженості, пригнічення або роздратування, які спричинені тимчасовими проблемами

через захворювання, проте не заважають доброзичливо ставитись до людей, спілкуватися з ними так, як раніше. Водночас відзначається здоровий, спокійний сон, хороший апетит.

Як бачимо, досліджуваним на стадії загострення отоларингологічних захворювань найбільш властивий дискомфортний стан емоційного здоров'я.

Таблиця 3.1

Первинні статистики показників, які характеризують особливості емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями

Методики	Показники	Первинні статистики							
		M	σ	CV	min	max	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Самооцінка емоційного здоров'я	Рівень емоційного здоров'я	1,99	1,20	60,5	1	5	1	2	3
САН	Самопочуття	32,76	15,04	45,9	16	70	21	26	44
	Активність	38,33	9,19	24,0	22	62	32	36	42
	Настрій	34,98	13,55	38,7	18	68	24	29	46
Методика самооцінки емоційних станів (А.Уессман, Д.Рікс)	Спокій – тривожність	5,30	1,46	27,5	3	8	4	5	6
	Енергійність – втомленість	4,82	1,41	29,3	2	8	4	5	6
	Піднесення – пригніченість	4,75	1,49	31,4	1	8	4	5	6
	Впевненість у собі – безпорадність	5,06	1,36	26,9	1	8	4	5	6
	Сумарна оцінка стану	19,94	4,92	24,7	9	32	16	20	24
ЛОР – симптоми	Больові відчуття	5,56	2,01	36,1	0	8	4	6	7
	ЧСС	88,60	9,41	10,6	73	105	78	90	97

Фізіологічні показники	Температура тіла	37,11	0,65	1,7	36,6	39	36,7	36,8	37,3
	ЧД	20,30	3,01	14,8	17	28	18	19	22

Примітки: М – середнє значення; σ – стандартне відхилення; CV – коефіцієнт варіації; min – мінімальне значення; max – максимальне значення; P₂₅, P₅₀, P₇₅ – кватилі розподілу; ЧСС – частота серцевих скорочень; ЧД – частота дихання.

За результатами самооцінки функціонального стану за методикою САН виявлено, що досліджувані оцінювали власне самопочуття в діапазоні від низьких до максимально високих значень (від 16 до 70 балів). Більшість з них (57,6 %) зазначали, що воно знаходиться на низькому рівні, у 26 % випадків зафіксовано середній рівень, й лише у 16,4 % – високий рівень самопочуття. Звертаючись до детального аналізу індивідуальних результатів, виявлено, що найзначнішими проявами цього стану є напруження, виснаження, втома, млявість.

Дещо вищими виявилися самооцінки за показником активності. Індивідуальні значення за ними коливалися від 22 до 62 балів, й лише у 10,5 % досліджуваних вони відповідали діапазону низьких значень, решта досліджуваних оцінювала себе як помірно активних (77,7 %) або як високоактивних (11,8 %). Найбільш показовими проявами зниженої активності були бажання відпочити, сонливість, бездіяльність та пасивність.

Також зазначимо, що самооцінки досліджуваних за показником настрою переважно знаходилися на низькому рівні. Дані розташовані в діапазоні від 18 до 68 балів. Лише у 15,2 % зафіксовано високий рівень, та у 34% – середній рівень прояву цього показника. У половини досліджуваних (50,8 %) виявлено поганий настрій, що особливо позначалося на песимістичності та стурбованості досліджуваних.

Тобто, функціональний стан досліджуваних на гострій стадії захворювання характеризувався зниженим самопочуттям та настроєм при помірній активності.

Результати опитування пацієнтів за методикою А. Уессмана й Д. Рікса показали, що за шкалою спокою – тривожності в групі визначено певну тенденцію до тривожних станів. Про це свідчили дані про центр розподілу ($M=5,3$; $P_{50}=5$), а також той факт, що оцінки 34 % досліджуваних вказували на їхню нерішучість, закомплексованість, полохливість, знервованість, напруженість, заляканість, боязкість. Досить багато військовослужбовців (37,2 %) виявили певну стурбованість, занепокоєння, невизначеність, роздратування. Й лише 28,7 % оцінили себе за цим параметром як витриманих, упевнених, урівноважених та спокійних.

За показником енергійності – втомленості індивідуальні дані більшості досліджуваних (45,2 %) свідчили про притаманну їм пасивність, байдужість, інертність, безініціативність, млявість, апатичність. Навпаки, 31,9 % оцінювали себе як активних, діяльних, енергійних, підприємливих, кмітливих. У решти досліджуваних (22,9 %) виявлено помірну втомленість. Середнє значення та медіана ($M=4,82$; $P_{50}=5$) також дозволили характеризувати досліджуваних як таких, хто в цілому виявляв незначну втому, певний брак енергії.

Вираженість показника піднесеності – пригніченості дозволяє оцінити настрої досліджуваних як сумний. Так, для 47,9 % респондентів властиві пригніченість, смуток, похмурий настрій, 38,3 % відчувають себе недостатньо енергійними та нещасливими, й лише 13,8 % військовослужбовців визнають за собою піднесений стан, який виявляється у життєрадісності, завзятості, енергійності, жвавості. Показники центру розподілу ($M=4,75$; $P_{50}=5$) підтверджують певну тенденцію до переживання суму та пригніченості.

Дані про почуття впевненості в собі або безпорадності учасників дослідження свідчать про те, що найбільшою є частка осіб (44,7 %), які мають схильність балансувати від незначної безпорадності до набуття упевненості

в собі. Також багато військовослужбовців (38,8 %), хто вважає себе слабохарактерним, несміливим, слабовільним. Решта досліджуваних (16,5 %), навпаки, відзначає, що їм притаманні рішучість, наполегливість, самостійність, відвага та працездатність. Водночас, якщо вважати на міри центральної тенденції ($M=5,06$; $P_{50}=5$), можна зафіксувати відчуття певних обмежень, які захворювання накладає на вміння та здібності досліджуваних.

Щодо сумарної оцінки за методикою, загальний емоційний стан більшості військовослужбовців (57,4 %) схилився у бік негативних почуттів з переважанням песимістичного настрою. Дещо меншим був відсоток осіб (40,4 %), у яких переважали позитивні емоції. Людей, які мали вкрай негативний, пригнічений стан (1,6 %), а також таких, хто вирізнявся яскраво позитивним настроєм, упевненістю, енергійністю та оптимізмом (0,5 %), було небагато. Узагальнена вираженість цього показника у вибірці досліджуваних ($M=19,94$; $P_{50}=20$) дозволила схарактеризувати в цілому тон їхнього емоційного стану скоріше як негативний, ніж позитивний, що супроводжується песимістичним настроєм.

Тобто, в емоційному стані досліджуваних простежувалася певна тенденція до негативних, песимістичних переживань, які супроводжують почуття втоми, пригніченості, неспроможності діяти в повну силу. А звідси – негативна налаштованість на одужання, постійна тяга до невтішних думок, увага до неприємних аспектів життя, очікування небажаних результатів і схильність до низького самооцінювання. Наслідком можуть бути невідрадні переконання щодо майбутнього, почуття безнадії та невпевненості в своїх можливостях. Людина в такому емоційному стані відчуває знижену зацікавленість, втрату задоволення від повсякдення, нездатність ухвалювати рішення та нести відповідальність. Негативні емоції, втома і пригніченість можуть призводити до загального зниження настрою, коли людина відчуває себе нещасною, засмученою і неспроможною знайти радість і задоволення в житті.

Переходячи до визначення значущих для дослідження фізичних параметрів стану здоров'я досліджуваних, зазначимо, що за методикою ЛОР-симптоми лише 4,2 % досліджуваних на гострій стадії захворювання загалом не відчували болю. Скарги цих учасників були пов'язані з неприємними відчуттями в ділянці вуха (у 1,6 % військовослужбовців) через зниження слуху та шум. Таким людям було важко сприймати звуки навколишнього середовища або розмовляти з іншими, що призводило до почуття незручності та соціальної ізольованості, і, як наслідок, до загального погіршення настрою. Також у 2,6 % цих досліджуваних зафіксовано неприємні відчуття в ділянці носа, такі як порушення носового дихання та виділення з порожнини носа. Це викликало незручність і дискомфорт, призводило до втоми через недостатню подачу кисню та загального погіршення самопочуття.

Решта респондентів зазнавали болісних відчуттів різного ступеня тяжкості. Індивідуальні значення за візуальною аналоговою шкалою у 7,6 % з них вказували на слабкий рівень болю (1-3 бали). Так, слабкий біль у ділянці вуха вказували 2,1 % досліджуваних. Він був пов'язаний зі зниженням слуху, шумом, що спричиняло втому та роздратування, проблеми при спробах зосередитися, погіршення сну, а отже, заважало нормальному функціонуванню, впливало на загальний настрій та самопочуття. У деякого (0,8 %) до цих симптомів додавалися відчуття дискомфорту та запаморочення. Останні викликали почуття тривоги, а іноді – паніки. Непередбачувані атаки головокружіння створювали страх перед втратою контролю або загрозою для життя. Військовослужбовці зазнавали обмеження у фізичній та соціальній активності, що призводило до загального зниження настрою і негативно впливало на емоційне благополуччя. Слабкий біль у ділянці носа (у 5,5 % респондентів) супроводжувався порушенням носового дихання та виділеннями з порожнини носа, що впливало на якість сну, спричиняло хропіння, переривчатий сон та недостатнє відновлення енергії протягом ночі. Відтак, військовослужбовці були сонливими, втомленими, мали погіршений настрій протягом дня.

Дещо більше осіб (21,8 %) відчували помірний біль (4-5 балів). У ділянці вуха він був пов'язаний з акубаротравмою, і супроводжувався зниженням слуху та шумом у вусі (у 5,5 % військовослужбовців). Люди з таким діагнозом відчували тривогу, страх та нездатність спокійно функціонувати в повсякденному житті. Деяко з них (1,6 %) визнав у себе пригніченість, сум та відчуття втрати, безнадії, зневіри та нездатності насолоджуватися життям. У решта осіб (15,9 %) помірний біль локалізовано у ділянці носа. Серед симптомів зазначалися порушення носового дихання (у всіх 15,9 %), виділення з порожнини носа (у 9,2 %). Крім дискомфорту, порушеного сну, неприємні виділення з носа та утруднення дихання викликали відчуття сорому та незручності, нездатність нормально спілкуватися з іншими, і, як наслідок, до певної відчуженості, самоізоляції, погіршення настрою. Також 0,8 % військовослужбовців скаржилися на сухість слизової оболонки, кровотечу, що додатково впливало на загальний комфорт і самопочуття, викликало неспокій. Нездатність контролювати ситуацію і впливати на виникнення кровотечі створювали почуття безпорадності. Крім того, у 1,2 % респондентів діагностовано загострення хронічного риносинуситу, при якому больові відчуття мають локалізацію в ділянці носа та горла, вони супроводжуються виділеннями з порожнини носа, порушенням носового дихання, стікання слизу в горлі, кашлем. Запалення слизової оболонки носа та придаткових пазух супроводжувалося загальним погіршенням самопочуття, втомою та зниженням енергії. Недостатність сну, дихальна недостатність та біль призводили в них до фізичної та емоційної втоми, втрати радості, появи тривоги.

Більше половини досліджуваних (54,2 %) оцінювали рівень болю як сильний (6-7 балів), а 12,2% – як дуже сильний, який, проте, в нашому дослідженні не перевищував 8 балів за шкалою. Це само собою спричиняло стрес і тривогу військовослужбовців щодо погіршення стану здоров'я або можливих ускладнень. Постійний інтенсивний біль посилював почуття безнадійності, роздратування, занепокоєння через тривалий дискомфорт. Біль

такої інтенсивності обмежував здатність цих осіб до нормального функціонування, викликав труднощі під час вживанні їжі, говоріння та інших повсякденних дій, що призводило до втрати самостійності, загального відчуття неспроможності діяти, уникнення соціальних взаємодій, почуття відчуження, самоізоляції. І, хоча ми погоджуємося з думкою Л. Шаттенбурга, Я. Кульчинського про суб'єктивний характер інтенсивності болісного відчуття: «„, те, як люди сприймають біль, яке значення йому надають, залежить від багатьох аспектів: особистого досвіду, віку, переконань та ін» [3.108, С.37], слід зазначити, що в більшості випадків (86,3%) для нього були підстави. Серед досліджуваних багато таких (43,7 %), у кого біль локалізовано в ділянці вуха із симптомами зниження слуху та шуму. Крім того, наявні скарги на дискомфорт у вигляді свербіжу та виділень з вуха (у 2,9 %), запаморочень (у 5 %). У 25,6 % випадків такий стан спричинено контузією, а у 11,3 % діагностовано нейросенсорну приглухуватість, що додатково ускладнювало комунікацію, посилювало почуття самотності, відлюдності та непевності в належному сприйнятті та розумінні інших людей. Також були військовослужбовці, сильний біль яких сконцентровано в ділянці носа (8,8 %) внаслідок переломів, новоутворень, гнійних процесів, які сполучалися з порушенням носового дихання, виділеннями з порожнини носа, а в деякого (0,8 %) – з кровотечею. Як наслідок, виникав стан фізичного й емоційного неблагополуччя, посилювалася тривога, обмежувалася здатність до самообслуговування, виникало незадоволення життям. Тобто, сильний біль значно погіршував якість життя пацієнтів, заважав повсякденним заняттям, викликав почуття виснаження, негативно впливав на процес одужання, помітно проявлявся у всіх аспектах їхнього життя.

Отже, більшість досліджуваних на момент тестування відчували сильний або помірний біль, що посилювало стани втоми, тривоги, пригніченості, роздратування, а разом із неприємною симптоматикою ускладнювало повсякденне функціонування, посилювало негативне

налаштування на одужання, призводило до певної соціальної ізоляції та зниження якості життя.

Щодо об'єктивних параметрів, які свідчили про стан здоров'я досліджуваних, вимірювання частоти серцевих скорочень показало, що відповідні значення розподілені в діапазоні від 73 до 105 скорочень за хвилину із центром, який знаходиться на верхній межі нормального пульсу ($M=88,6$; $P_{50}=90$). Як бачимо, серед досліджуваних відсутні особи, ЧСС яких є нижчим за вікову норму [3.37, С.11]. Більше ніж у половини осіб (55 %) на гострій стадії захворювання цей показник відповідав діапазону нормальних значень, проте в решти (45 %) ЧСС була підвищеною. Такі особи сприймали зростання ЧСС як загрозу, скаржилися на стан тривоги, почуття напруженості, невпевненості та неспокою. Вони зазначали погіршену здатність концентруватися на певній інформації, швидко втому. Через швидке серцебиття виникали некомфортні, неспокійні відчуття, наслідком чого ставала роздратованість та виснаженість. Проте, указаний взаємозв'язок не може трактуватися як причинно-наслідковий, оскільки за даними В. Федорак, «Соматичні прояви тривоги пов'язані з функціональними змінами внутрішніх органів, систем організму людини, що проявляються прискоренням серцебиття, утрудненням дихання, тремором кінцівок, скутістю, підвищенням пульсу» [3.105, С. 106].

За результатами вимірювання температури тіла досліджуваних виявлено, що на час початку лікування в різних осіб вона складала від $36,6\text{ }^{\circ}\text{C}$ до $39\text{ }^{\circ}\text{C}$, а центр розподілу відповідав позначці, яка знаходиться або дещо перевищує верхню межу норми ($M=37,1$; $P_{50}=36,8$). У більшості пацієнтів (56,2 %) цей показник відповідав діапазону нормальних значень, проте в решти (43,8 %) температура тіла була підвищеною. Останні скаржилися на відчуття жару, втому, фізичний дискомфорт, підвищення чутливості до зовнішніх подразників, зниження концентрації, погіршення пам'яті та уваги. Деяких з них обурював страх перед можливими ускладненнями, занепокоєння щодо відновлення власного здоров'я. Зазначені ефекти були

цілком спроможні вплинути на емоційне здоров'я, викликаючи роздратування, розчарування, тривогу, знижувати мотивацію до одужання та створювати настрій, у якому переважали негативні емоції.

Показник частоти дихання у вибірці на початку дослідження був розподілений у діапазоні від 17 до 28 дихальних рухів за хвилину. Середнє значення та медіана розподілу вказували на те, що лише половина досліджуваних за цим показником перебували в межах статевікової норми ($M=20,3$; $P_{50}=19$). За індивідуальними даними, 56,2 % військовослужбовців демонстрували нормальні показники ЧД. У 27,2 % цей показник був дещо підвищеними, а у 16,6 % – високим. Оскільки збільшена частота дихання може бути ознакою фізіологічного стресу або тривоги, це може викликати почуття загрози або неспокою, а у випадках зростання частоти дихання – посилює увагу до фізіологічних аспектів цього процесу, викликаючи занепокоєння та напруження, негативно впливаючи на загальний рівень емоційного благополуччя.

Отже, більше ніж третина досліджуваних з отоларингологічними захворюваннями за об'єктивними параметрами, які свідчили про стан здоров'я (ЧСС, температура тіла, ЧД) продемонстрували перевищення значень статево-вікової норми, що само собою супроводжується погіршенням емоційного стану через виснаження, зниження концентрації, занепокоєння та роздратування. Якщо додати той факт, що на момент тестування значна частина досліджуваних відчувала сильний або помірний біль, який разом із неприємною симптоматикою посилював цей стан, можна стверджувати, що все це ускладнювало повсякденне функціонування, створювало негативне налаштування на одужання, призводило до певної соціальної ізоляції та зниження якості життя.

Вищезазначене певним чином обґрунтовує вивчені закономірні результати аналізу предмета дослідження, за якими більшість військовослужбовців оцінювали власний стан емоційного здоров'я як відносно дискомфортний або негативно дискомфортний. Вони помічали

в себе знижене самопочуття, пригнічений, сумний настрій, обмежену активність, тривогу, втому, неспокійний сон, недостатність сил долати життєві труднощі, песимістичне, пасивне налаштування на одужання, погіршення стосунків з іншими. Їхній функціональний стан характеризувався зниженим самопочуттям та настроєм при помірній активності. В емоційному стані простежувалася тенденція до негативних, песимістичних переживань, які супроводжують почуття втоми, пригніченості, неспроможності діяти в повну силу.

3.2. Статистично-достовірні відмінності у прояві стану емоційного здоров'я між групами військовослужбовців залежно від рівня патології, віку, статі

Звернемося до вивчення дії об'єктивних чинників (рівень з урахуванням патології, віку, статі пацієнтів) на прояв показників емоційного здоров'я. Так, узагальнення даних В. Гаврилькевича [3.9, С, 53], С. Максименка [3.61, С.105], Д. Сафонова [3.88, С.22], J.A. Alt [3.112, С. 2364], М. Rôzanska-Kudelska [3.128, С. 230] та інших, а також наші попередні дослідження [3.3, С. 113] показали, що різнорівневі патології неоднаково впливають на емоційне здоров'я людини. Цей вплив може обумовлюватися через ряд факторів: біль, дискомфорт та інші неприємні відчуття, рівень яких є неоднаковим для різних отоларингологічних захворювань; через соціальну ізоляцію, яка є наслідком низки захворювань, особливо таких, які супроводжуються інфекційними проявами; через зміни (обмеження) у сприйнятті навколишнього середовища та взаємодії з ним (наприклад, при втраті слуху); через обмеження здатності нормально функціонувати та невпевненості щодо прогнозів одужання; через вплив на якість сну. Всі ці аспекти захворювання можуть взаємодіяти та впливати на емоційне здоров'я людини, викликаючи зміни настрою, почуття тривоги, депресії та зниження загального емоційного стану.

Вивчення наявних класифікацій отоларингологічних захворювань [3.111; 3.115; 3.131 та ін.] показало, що досить розповсюдженими є такі, що диференціюють досліджуваних, залежно від впливу на функціональність органів, на легкий ступінь (захворювання, що мають мінімальний вплив на функціональність органів), середній ступінь (ті, що помірно впливають на функціональність органів та можуть потребувати деяких обмежень і лікування) та важкий ступінь (захворювання, що значно обмежують функціональність органів і потребують інтенсивного лікування та догляду). Крім того, існує класифікація захворювань залежно від хронічності [3.113 та ін.], тобто тривалості їхньої дії на організм, і, як наслідок, на емоційне здоров'я людини. Вона поділяє захворювання на гострі та хронічні. Також виділяють такі форми патології: легка (може виникнути внаслідок фізіологічних змін або простої реакції організму на зовнішні подразники), функціональна (захворювання, пов'язані зі збоєм функціонування органів, таких як порушення слуху або незручності в диханні через носові ходи), органічна (наявність органічних ушкоджень, що можуть бути спричинені захворюваннями, травмами та ураженнями вуха, горла та носа), злоякісна форма (найважчий рівень патології, до якого належать ракові ураження отоларингологічних захворювань та інші злоякісні утворення) [3.116 та ін].

Кожна з них має свої переваги та недоліки, проте, враховуючи предмет нашого дослідження, найбільш доречним є розподіл осіб залежно від локалізації на захворювання носа, горла та вуха. Вибір саме цієї класифікації обумовлений тим, що структура і функції значно відрізняються, і ці відмінності можуть виступити орієнтирами для визначення психологічних та фізіологічних проявів емоційного здоров'я.

Кожна з цих груп характеризується симптомами, здатними вплинути на емоційне здоров'я. Якщо йшлося про захворювання вуха – це шум, зниження слуху, дискомфорт (свербіж, виділення з вуха), запаморочення, оскільки вони надають відчуття ізольованості, комунікаційних труднощів, погіршують сон, мають несприятливий прогноз щодо одужання. Щодо горла,

то до таких симптомів віднесено ускладнення через біль при прийомі їжі та вживання напоїв, порушення голосового апарату, яке призводить до дискомфорту під час розмови, стікання слизу та кашель, які погіршують сон та обмежують комунікативні можливості. Серед симптомів захворювання носа саме порушення носового дихання, сухість слизової оболонки, виділення з порожнини носа, кровотеча привертали нашу увагу через те, що вони ускладнюють виконання звичайних дій, таких як вживання їжі, спілкування та сон, спричиняють втому, погіршення настрою та самопочуття.

Спираючись на таку первинну диференціацію, далі учасників розподілено на три групи за рівнем болісного відчуття: з низьким (0-3 бали), із середнім (4-5 балів) та високим рівнем болю (6 балів і вище). Оскільки всі досліджувані із захворюванням горла відчували високий рівень болю, ми отримали можливість порівняти сім таких груп (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Розподіл досліджуваних з отоларингологічними захворюваннями на групи з різним рівнем патології за критеріями локалізації захворювання та рівня болю

Локалізація	Рівень болю		
	низький	середній	високий
вухо	група 1, n=8	група 2, n=13	група 3, n=127
горло	-	-	група 4, n=6
ніс	група 5, n=20	група 6, n=39	група 7, n=25

Раніше ми встановили, що вибіркові дані не відповідають нормальному закону розподілу, а чисельність досліджуваних у групах є неоднаковою, для порівняння груп ми спиралися на медіанні значення психологічних і фізіологічних показників, для попереднього визначення наявності статистичних відмінностей між групами замість однофакторного дисперсійного аналізу з розрахунком F-критерію Фішера нами застосовано

критерій Крускала-Уоллеса, а для попарного статистичного порівняння груп використано критерій Манна-Уїтні.

Так, якщо звернутись до визначення критерію Крускала-Уоллеса, результати якого представлено в параметрах χ^2 розподілу, ми бачимо, що групи відрізняються за всіма показниками (табл.3.3).

Таблиця 3.3

Результати однофакторного дисперсійного аналізу показників, які характеризують психологічні та фізіологічні прояви емоційного здоров'я у групах досліджуваних з різним рівнем патології (df=6)

Показники	Групи за рівнем патології; медіани							χ^2	p
	1	2	3	4	5	6	7		
Емоційне здоров'я	3	2	1	3	4	3	2	156,30	$3,6 \cdot 10^{-31}$
Самопочуття	39	27	23	30	67	44	22	105,82	$1,5 \cdot 10^{-20}$
Активність	43	31	35	33	59	39	33	83,88	$5,6 \cdot 10^{-16}$
Настрій	40	28	26	30	65	42	23	95,93	$1,8 \cdot 10^{-18}$
Спокій – тривожність	5	5	4	4	7	6	4	52,20	$1,7 \cdot 10^{-9}$
Енергійність – утомленість	5	5	4	5	7	5	4	69,95	$4,2 \cdot 10^{-13}$
Піднесення – пригніченість	5	4	4	5	7	5	4	53,67	$8,6 \cdot 10^{-10}$
Впевненість – безпорадність	5	4	5	6	7	5	4	66,43	$2,2 \cdot 10^{-12}$
Сумарна оцінка стану	20	18	17	20	28	21	16	69,44	$5,3 \cdot 10^{-13}$
Больові відчуття	2	4	7	7	1	4	7	173,40	$8,6 \cdot 10^{-35}$
ЧСС	80	80	92	100	77	88	100	69,63	$4,9 \cdot 10^{-13}$
Температура тіла	36,7	36,7	36,8	38,2	36,7	36,8	38,3	59,85	$4,8 \cdot 10^{-11}$
ЧД	18	18	21	25	17	19	25	92,39	$9,6 \cdot 10^{-18}$

Примітки: χ^2 значення критерію Крускала-Уоллеса; p – рівень достовірності, df – ступені свободи.

Дані, наведені в таблиці, показують, що між групами за психологічними та фізіологічними проявами є відмінності, і вони суттєві, з огляду на високі значення розрахованих критеріїв Крускала-Уоллеса на рівні статистичної достовірності $p < 0,0000001$.

Для якісного аналізу зафіксованих відмінностей візуалізуємо дані про вираженість показника емоційного здоров'я в цих групах у вимірах кватилів розподілу (рис.3.1).

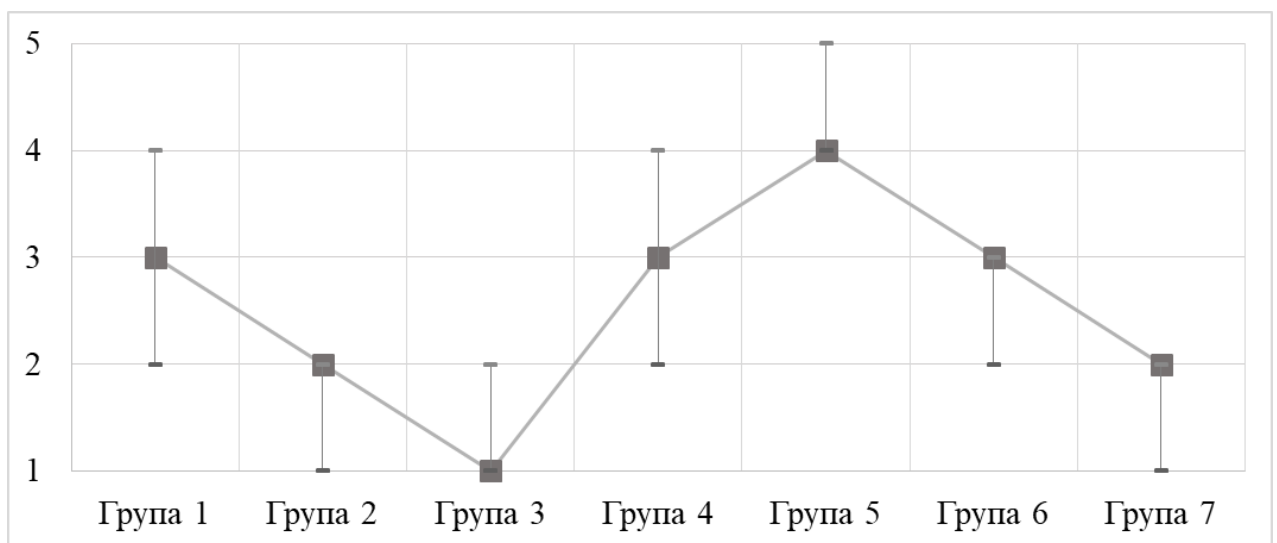


Рис. 3.1. Значення медіан (Me) та кватилів розподілу (P₂₅; P₇₅) показника стану емоційного здоров'я у групах досліджуваних з різним рівнем патології, де \square - P₂₅; \blacksquare - Me; \square - P₇₅.

Як бачимо з рисунку, центри розподілу у першій, четвертій та шостій групах не відрізняються (Me=3). Тобто, особи із захворюваннями горла з високим рівнем болю та люди із захворюваннями в ділянці носа із середнім його рівнем вважають свій стан емоційного здоров'я таким саме відносно комфортним, як і пацієнти із захворюваннями вуха, в яких біль досить слабкий. Дещо нижчими є вираженість досліджуваного показника у другій та сьомій групах (Me=2), що вказує на загальну тенденцію характеризувати своє емоційне здоров'я в термінах відносно дискомфортних станів, яка притаманна особам із захворюваннями вуха з помірним болем та хворим

на ніс, які відчують сильний біль. Найнижчі дані про емоційне здоров'я визначено в групі 3 ($Me=1$), де не менш як половина досліджуваних оцінюють стан свого емоційно здоров'я як негативно дискомфортний. Результати, що є найвищими, зафіксовано у групі 5 ($Me=4$), де в половині досліджуваних стан емоційно здоров'я оцінювався як стабільно комфортний.

Статистична перевірка за допомогою U-критерію Манна-Уїтні підтвердила достовірність відмінностей між п'ятою та третьою групами ($U=3$; $n_5+n_3=147$; $p<0,001$). Також вона показала, що п'ята група на високому рівні статистичної значущості відрізняється від першої ($U=6$; $n_5+n_1=28$; $p<0,001$), другої ($U=0$; $n_5+n_2=33$; $p<0,001$); четвертої ($U=3$; $n_5+n_4=26$; $p<0,001$), шостої ($U=0$; $n_5+n_6=59$; $p<0,001$) та сьомої ($U=0$; $n_5+n_7=45$; $p<0,001$). Так само суттєві відмінності виявлено при статистичному порівнянні третьої групи з першою ($U=76$; $n_3+n_1=135$; $p<0,001$), другою ($U=480$; $n_3+n_2=140$; $p<0,01$); четвертою ($U=44$; $n_3+n_4=133$; $p<0,001$) шостою ($U=237$; $n_3+n_6=166$; $p<0,001$) та сьомою ($U=1173$; $n_3+n_7=152$; $p<0,05$). Тобто, підтверджено, що пацієнти із захворюваннями вуха, що супроводжуються сильним болем (нейросенсорна приглухуватість, ВТ Акубаротравма, і навіть з розривом барабанної перетинки, гострий зовнішній або середній отит, тубоотит, інородне тіло вуха та ін.), суттєво відрізняються від решти ЛОР-пацієнтів тим, що вони найменш сподіваються на покращання здоров'я, прагнуть дистанціюватися від оточення, мають пригнічений настрій, відчуття безнадійності, безрадісності, страху, виснаження, сильніше за інших страждають від порушення сну та апетиту, і, в цілому, зазнають найбільш дискомфортний емоційний стан, ніж інші групи пацієнтів. Заразом, найкращий стан емоційного здоров'я (стабільно комфортний) відчують пацієнти із захворюваннями носа з низьким рівнем болю (гострий риносинусит, новоутворення носової порожнини та ін).

Водночас підтверджено відсутність значущих відмінностей між першою, четвертою та шостою групами, а також при порівнянні між собою другої та сьомої груп. Разом з тим, різниці є статистично достовірними, якщо

порівнювати другу групу з першою ($U=18$; $n_2+n_1=21$; $p<0,05$), четвертою ($U=9$; $n_2+n_4=19$; $p<0,01$) та шостою ($U=35$; $n_2+n_6=38$; $p<0,001$), так само, як при порівнянні сьомої групи з першою ($U=28$; $n_7+n_1=33$; $p<0,01$), четвертою ($U=15$; $n_7+n_4=31$; $p<0,01$) та шостою ($U=71,5$; $n_7+n_6=64$; $p<0,001$). Іншими словами, люди із захворюваннями вуха з помірним болем (ВТ Акубаротравма, гострий тубоотит) та хворі на ніс, які відчувають сильний біль (гострий гнійний або поліпозно-гнійний риносинусит, фурункул пристінка носа, перелом кісток носа та ін.) мають приблизно однаковий відносно дискомфортний стан емоційного здоров'я, песимістичне, пасивне налаштування на одужання, погіршений настрій, певну тривожність та напруженість, неспокійний сон, погіршення апетиту. І цей стан значно гірший, порівняно з пацієнтами із захворюваннями горла з високим рівнем болю (гострий ларингіт, гострий паратонзиллярний абсцес, загострення хронічного ларингіту) та людьми з захворюваннями в ділянці носа із середнім його рівнем (новоутворення носової порожнини, викривлення носової перетинки, перелом кісток черепа та носа, загострення хронічного риносинуситу, вазомоторний риніт та ін.).

Узагальнюючи ці дані, зазначимо, що стан емоційного здоров'я військовослужбовців із захворюваннями вуха з урахуванням відчуття болю або без урахування цього критерію є більш дискомфортним, ніж у досліджуваних із захворюваннями носа, та набагато гіршим, ніж в осіб з хворобами горла. Цей висновок підтверджується при статистичному порівнянні груп досліджуваних, які відрізняються лише за локалізацією захворювань (рис.3.2).

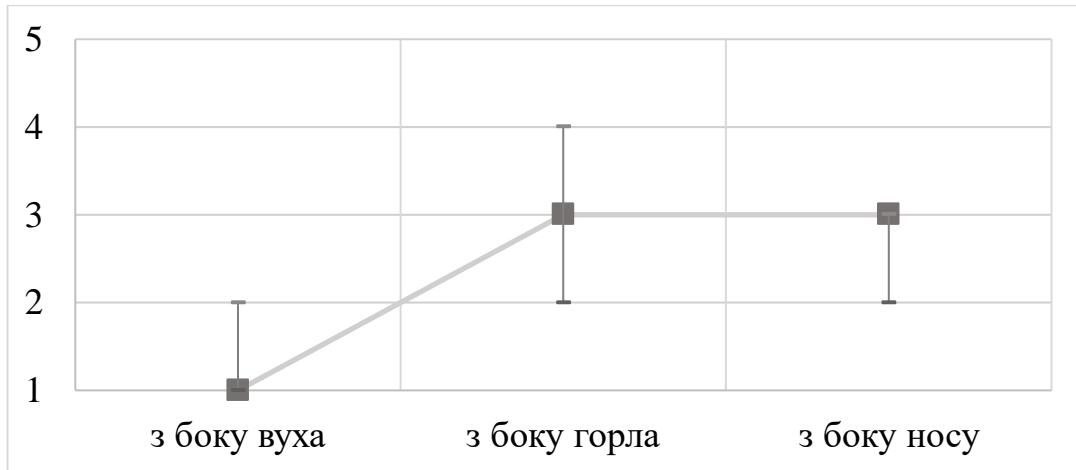


Рис. 3.2. Значення медіан (Me) та кватилів розподілу (P₂₅; P₇₅) показника стану емоційного здоров'я у групах досліджуваних з різною локалізацією отоларингологічних захворювань, де - P₂₅; —■—Me; - P₇₅.

Зображені на рисунку відомості демонструють, що емоційне здоров'я якнайменш у половини досліджуваних із захворюваннями вуха має негативно дискомфортний стан, що є нижчим за вираженість цього показника у групі осіб із захворюваннями носа (Me=3; P₂₅=2; P₇₅=3), і ця різниця є статистично достовірною (U=1985; n_V+n_H=232; p<0,01), а також за його вираженість у групі осіб із захворюваннями горла (Me=3; P₂₅=2; P₇₅=4), де U=77; n_V+n_Г=154; p<0,001.

Порівнюючи медіани розподілу показників самопочуття, активності та настрою у цих групах, виявлено, що п'ята група вирізняється найкращими показниками функціонального стану (рис.3.3)

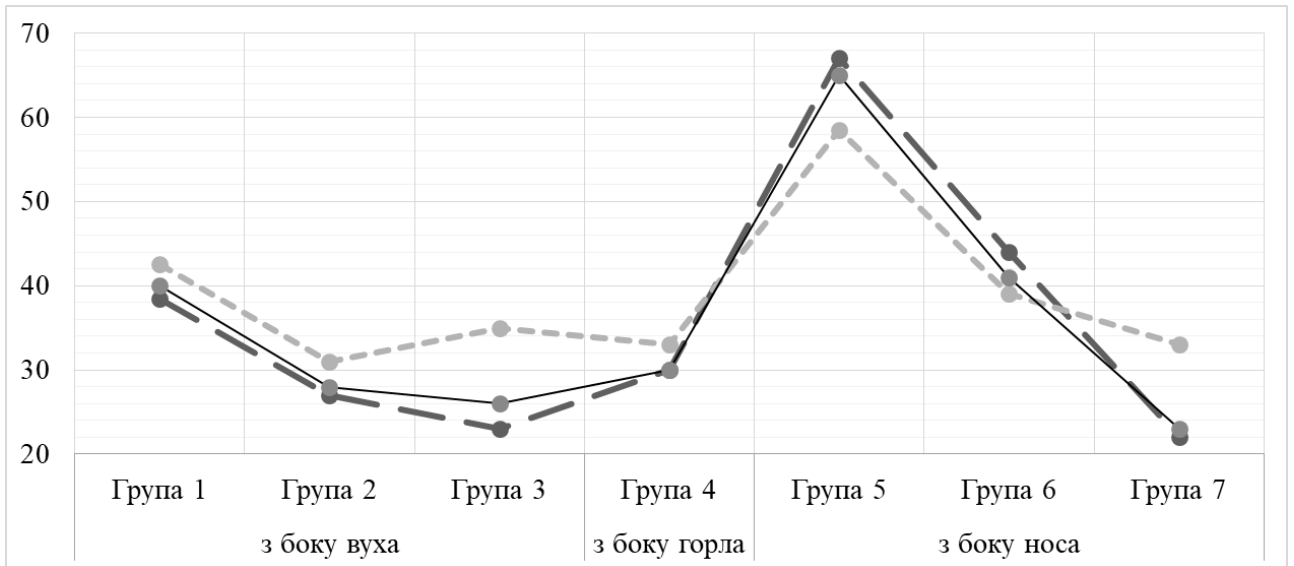


Рис. 3.3. Значення медіан розподілу показників функціонального стану у групах досліджуваних з різним рівнем патології, де —●— самопочуття; —●— активність; —●— настрій.

Представлені на рисунку дані показують, що більшість досліджуваних із захворюваннями носа з низьким рівнем болю досить високо оцінюють власне самопочуття (Me=67; P₂₅=64; P₇₅=68), активність (Me=59; P₂₅=58; P₇₅=60) та настрої (Me=65; P₂₅=62; P₇₅=67), що є набагато вищим за такі самі оцінки в решті груп (p<0,001).

Найнижчі результати за показниками самопочуття та настрою отримані в сьомій (із захворюваннями носа з високим рівнем болю) та третій (із захворюваннями вуха з високим рівнем болю) групах, де більшість досліджуваних показали низькі оцінки за самопочуттям (у групі 7: Me=22; P₂₅=20; P₇₅=22; у групі 3: Me=23; P₂₅=20; P₇₅=27) та настроєм (у групі 7: Me=23; P₂₅=23; P₇₅=26; у групі 3: Me=26; P₂₅=23; P₇₅=40). Також виявлено, що ці оцінки є значно нижчими, ніж у першій (самопочуття: Me=39; P₂₅=32; P₇₅=48; настрої: Me=40; P₂₅=27; P₇₅=53) та шостій (самопочуття: Me=44; P₂₅=32; P₇₅=48; настрої: Me=42; P₂₅=32; P₇₅=47) групах (p<0,01), проте статистична достовірність відмінностей з за цими показниками з другою та четвертою групами не була підтверджена. Тобто, всі досліджувані з високим рівнем болю, а також ті, хто визнавав помірний біль

при захворюваннях вуха, мали набагато гірше самопочуття та настрої, ніж інші групи досліджувані.

Щодо показника активності, найнижчі результати за ним виявлено у другій групі (Me=31; P₂₅=30; P₇₅=35), де за суб'єктивною оцінкою досліджувані відчувають помірний біль та дискомфорт у ділянці вуха та голови, проблеми зі слухом, зокрема, вибухання або затухання звуку. Обмеження звичайних активностей, особливо в ситуаціях, коли є ризик подальшого погіршення симптомів, може бути зумовлено необхідністю дотримуватися лікарських рекомендацій, а також через психологічний дискомфорт, що виникає через незручність і біль.

Ненабагато вищими є оцінки більшості досліджуваних у четвертій (Me=33; P₂₅=28; P₇₅=42) та сьомій (Me=33; P₂₅=30; P₇₅=33) групах, у яких обмеження активності може бути пов'язане як з високим рівнем болю, так і з підвищеними фізіологічними показниками (температурою тіла, ЧСС та ЧД), що свідчать про суттєве погіршення стану фізичного здоров'я на момент тестування. Ще вищими є значення цього показника у третій групі (Me=35; P₂₅=31; P₇₅=42), і ця різниця є статистично достовірною при порівнянні з другою (p<0.05) та сьомою (p<0.01) групами. Проте ці оцінки достовірно нижчі (p<0.05), ніж у першій (Me=42; P₂₅=35; P₇₅=53) та шостій (Me=39; P₂₅=38; P₇₅=41) групах. Ці дані показують, що відмінності в обмеженнях активності досліджуваних переважно коливаються в межах середнього та високого рівнів, причому найбільші обмеження накладаються або об'єктивним станом здоров'я військовослужбовців або лікарськими рекомендаціями. Саме тому, середньо-низька активність зафіксована саме у досліджуваних із захворюваннями вуха з помірним болем, а також у військовослужбовців із хворобами горла та носа, які відчувають сильний біль. У більшості осіб із захворюваннями носа, які відчувають незначний біль, активність висока, а в решти груп вона переважно середня.

Якщо аналізувати досліджуваних лише за локалізацією захворювання, самопочуття є найгіршим в осіб із захворюваннями вуха (Me=23; P₂₅=21;

$P_{75}=32$), дещо вищим воно є в осіб із захворюваннями горла ($Me=30$; $P_{25}=22$; $P_{75}=35$), проте ця різниця не знаходить підтвердження при статистичному порівнянні. Щодо його вираженості в групі осіб із захворюваннями носа ($Me=44$; $P_{25}=22$; $P_{75}=58$), вона є значно вищою, порівняно з військовослужбовцями з хворобами вуха ($U=3684$; $nB+nH=232$; $p<0,001$). Так саме показники активності та настрою майже не відрізняються окремо між людьми з хворобами вуха та горла, та між людьми із захворюваннями горла та носа. Проте, різниці між захворюваннями вуха та носа є значущими, як у прояві показника активності ($MeB=35$; $MeH=38$; $U=4644$; $p<0,01$), такі і за настроєм ($MeB=30$; $MeH=40$; $U=4251$; $p<0,01$).

Отже, особи із захворюваннями носа почуваються значно краще, ніж з хворобами вуха, вони активніші та мають кращий настрій. Щодо військовослужбовців із хворим горлом, вочевидь, невеликий склад вибірки не надає достатньої інформації для формулювання точних висновків щодо цього питання.

Прояв емоційних станів, наочно представлений на рис.3.4, також вказує на те, що група осіб із захворюваннями носа з незначним болем вирізняється найкращими оцінками.

Значення медіан розподілу в цій групі показують, що не менше, ніж половина досліджуваних, у ній спокійні ($Me=7$; $P_{25}=7$; $P_{75}=8$), енергійні ($Me=7$; $P_{25}=7$; $P_{75}=8$), життєрадісні ($Me=7$; $P_{25}=6$; $P_{75}=7$), упевнені в майбутньому ($Me=7$; $P_{25}=7$; $P_{75}=8$). Дещо нижчі виявилися значення за показниками емоційних станів у першій, четвертій та шостій групах, де значення медіан відповідають стану незначної стурбованості, скутості (Me у діапазоні 4-5 балів), певної втоми ($Me=5$), пригніченості ($Me=5$), деякого обмеження в реалізації можливостей (Me у діапазоні 5-6 балів).

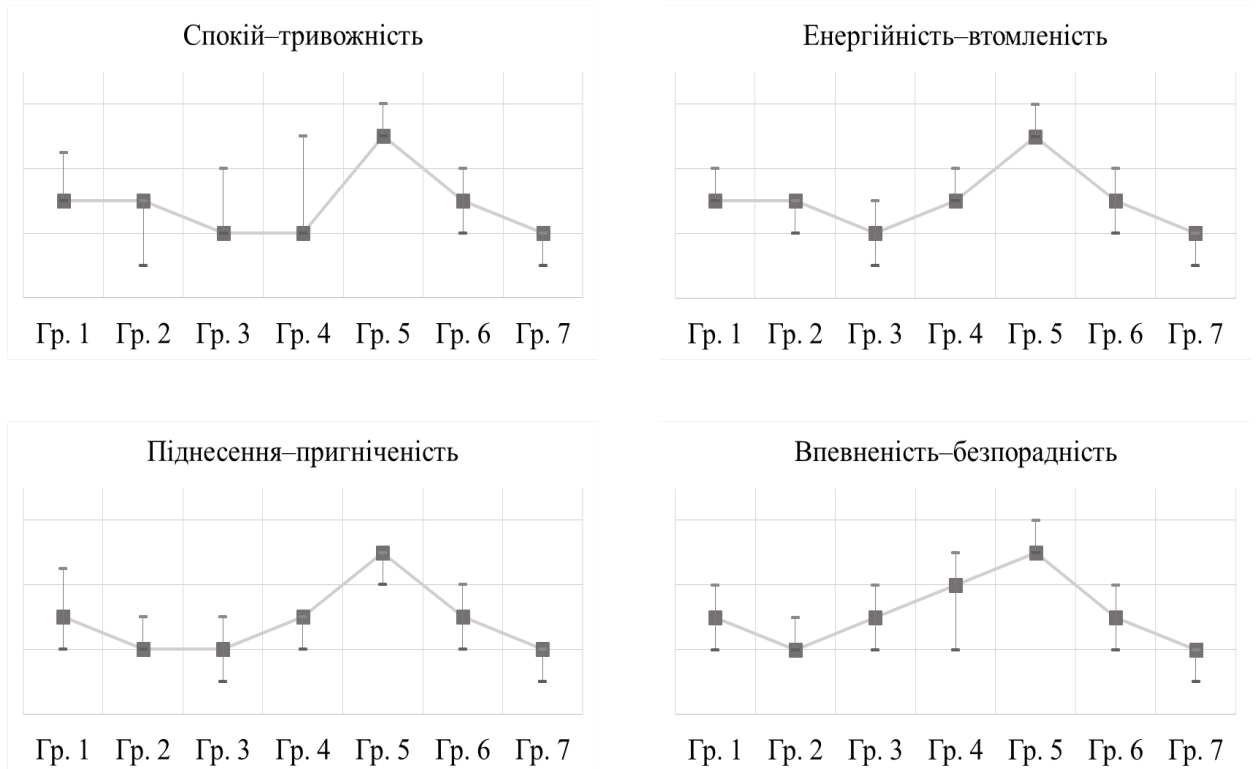


Рис. 3.4. Значення медіан (Me) та кватилів розподілу (P_{25} ; P_{75}) показників емоційних станів у групах досліджуваних з різним рівнем патології, де $- P_{25}$; $-■-$ Me; $- P_{75}$.

Найнижчі оцінки демонструють досліджувані з другої, третьої та сьомої груп, де в більшості оцінки не перевищують 4 балів ($Me=4$), що свідчить про тенденцію до знервованості, хвилювання, роздратування, помітну втому, похмурий настрій, песимістичний погляд на майбутнє.

Дані, отримані із застосуваннями критерію Манна-Уїтні, показали, різниця між п'ятою та першою групою є статистично значущою за вираженістю всіх вказаних емоційних станів на 5 %-му рівні, між п'ятою та четвертою групою – на 1 %-му рівні достовірності, між п'ятою та шостою групою – на рівні $p < 0.001$. Також на 0,1 %-му рівні значущості відрізняються всі емоційні стани у п'ятій групі від аналогічних параметрів емоційного здоров'я у другій, третій та сьомій групах.

Водночас перша, друга, четверта та шоста групи не мають будь-яких значущих відмінностей. Сьома група відрізняється від них за проявом енергійності, пригніченості та упевненості ($p < 0,05$). Тобто, особи із захворюваннями носа з високим рівнем болю, відрізняються найбільшою втомлюваністю, пригніченим настроєм, непевністю щодо одужання та загальною невірою в позитивні прогнози.

Підсумовуючи дані про вираженість емоційних станів, зауважимо, що сумарний показник емоційного стану у пацієнтів з п'ятої групи (захворювання носа зі слабким болем) є найбільш позитивним (рис.3.5).

Значення медіани розподілу в ній ($Me=28$; $P_{25}=27$; $P_{75}=29$) є вищим, ніж у першій ($Me=20$; $P_{25}=18$; $P_{75}=25$), четвертій ($Me=20$; $P_{25}=18$; $P_{75}=24$) та шостій ($Me=21$; $P_{25}=16$; $P_{75}=23$) групах, і набагато вищим, ніж у другій ($Me=18$; $P_{25}=16$; $P_{75}=20$), третій ($Me=17$; $P_{25}=16$; $P_{75}=21$) та сьомій ($Me=16$; $P_{25}=15$; $P_{75}=18$) групах.

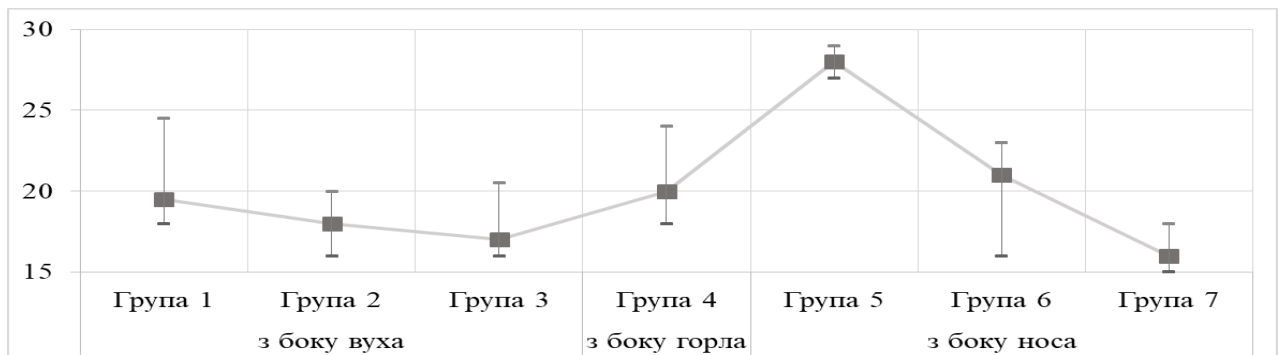


Рис. 3.5. Значення медіан (Me) та кватилів розподілу (P_{25} ; P_{75}) загального показника емоційного стану у групах досліджуваних з різним рівнем патології, де \square - P_{25} ; \blacksquare - Me; — - P_{75} .

Цей висновок підтверджується на рівні $p < 0,001$ при статистичному порівнянні п'ятої групи з рештою груп, а саме, з першою ($U=13$; $n_5+n_1=28$), другою ($U=0$; $n_5+n_2=33$), третьою ($U=19,5$; $n_5+n_3=97$), четвертою ($U=0$; $n_5+n_4=26$), шостою ($U=11,5$; $n_5+n_6=59$) та сьомою ($U=1$; $n_5+n_7=45$). Також доведено, що відмінності в загальному емоційному фоні досліджуваних першої, другої, третьої, четвертої та шостої груп є несуттєвими. Проте, сьома

група відрізняється від решти значно меншою вираженістю узагальненого показника емоційного стану, а саме, від першої ($U=6$; $n7+n1=33$; $p<0,001$), другої ($U=79$; $n7+n2=38$; $p<0,01$), третьої ($U=491$; $n7+n3=102$; $p<0,001$), четвертої ($U=6$; $n7+n4=36$; $p<0,001$) та шостої ($U=236$; $n7+n6=64$; $p<0,001$) груп.

Отже, підтверджено, що особи із захворюваннями носа з незначним рівнем болю відрізняються від інших військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями найбільш позитивним, спокійним емоційним станом, підвищеним, оптимістичним настроєм. Особи із захворюваннями носа, які відчують біль високої інтенсивності, за емоційним станом є найбільш негативно, песимістично налаштованими, втомленими, в них частіше виникають відчуття безпорадності та пригнічення, ніж у решти військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями.

Крім того, звернемо увагу на той факт, що порівняння груп лише за критерієм локалізації захворювання без урахування рівня болю не виявило будь-яких суттєвих відмінностей між людьми із захворюваннями вуха, або горла та носа.

На завершення якісного аналізу проявів емоційного здоров'я в осіб з різним рівнем патології розглянемо прояв фізіологічних показників у групах (рис. 3.6).

За даними про медіани розподілу в порівнюваних групах встановлено, що у п'ятій групі показники ЧСС ($Me=77$; $P_{25}=75$; $P_{75}=80$), температури ($Me=36,7$; $P_{25}=36,6$; $P_{75}=36,7$) та ЧД ($Me=17$; $P_{25}=17$; $P_{75}=18$) є в межах статевікових норм та мають найнижчі значення, порівняно з іншими групами досліджуваних.

Дещо вищими виявилися значення за показниками ЧСС та ЧД у першій та другій групах, де за показником ЧСС значення медіани дорівнювало 80 ударів за хвилину, за частотою дихання Me відповідало 18 дихальним рухам. Більш високими вони були в третій та шостій групах, де в шостій групі

за ЧСС $Me=88$, а за ЧД $Me=19$, а в третій групі значення 50-го перцентилля склало 92 уд.за хв. та 21 дихальний рух відповідно.

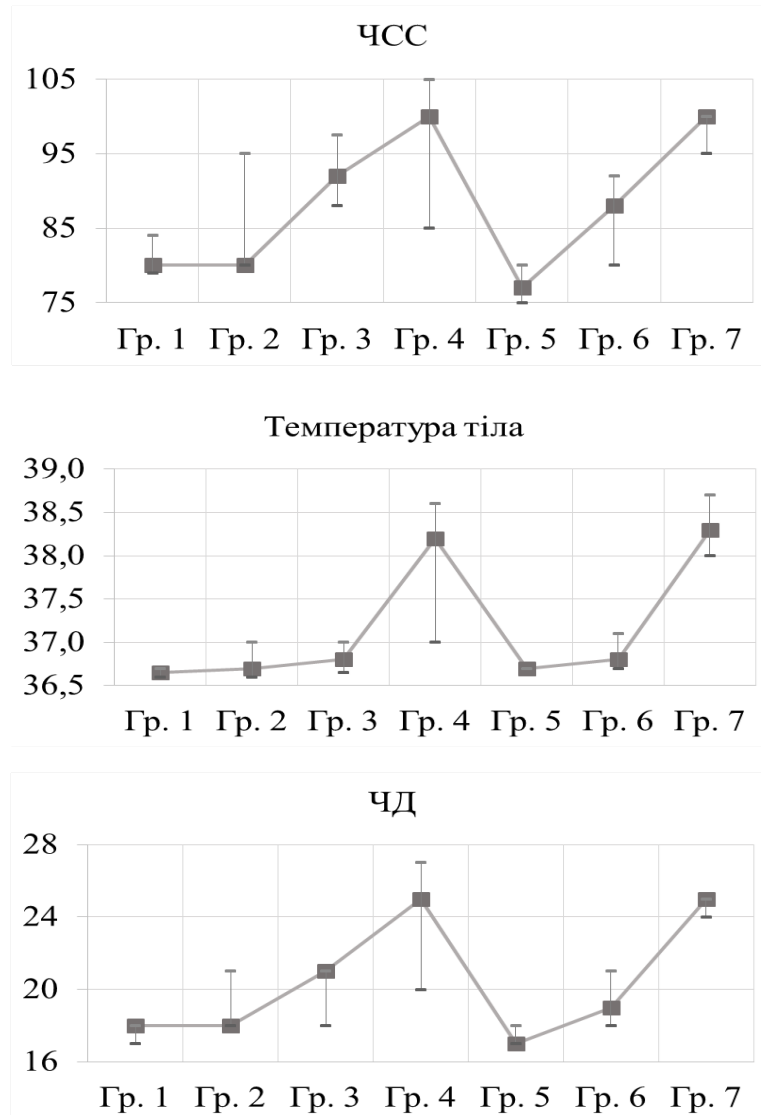


Рис. 3.6. Значення медіан (Me) та кватилів розподілу (P_{25} ; P_{75}) фізіологічних показників у групах досліджуваних з різним рівнем патології, де $- P_{25}$; $-■- Me$; $- P_{75}$.

Найвищі показники визначено в четвертій та сьомій групах, де за ЧСС значення медіани дорівнювало 100 уд.за хв., за ЧД – 25 дихальних рухів.

За показником температури тіла відмінності між групами дещо інші. Значення медіан розподілу в першій, другій ($Me=36,7$), третій та шостій ($Me=36,8$) групах так само, як і в п'ятій, є в межах норми, проте, в четвертій

та сьомій групах у більш як половини досліджуваних її значення набагато перевищують цю норму ($Me=38,2$).

Спираючись на результати застосування критерію Манна-Уїтні, можна визначити, що у вираженості показників ЧСС та ЧД відмінності п'ятої групи, порівняно з рештою груп, має 0,1 %-й рівень достовірності. За показником температури тіла статистично достовірною є лише різниця між значеннями при порівнянні п'ятої групи з першою ($U=34$; $n_5+n_1=28$; $p<0.05$), четвертою ($U=0$; $n_5+n_4=26$; $p<0.001$), шостою ($U=217$; $n_5+n_6=59$; $p<0.01$) та сьомою ($U=43$; $n_5+n_4=45$; $p<0.001$) групами.

Також встановлено, що за проявом фізіологічних показників четверта та сьома група немає значущих відмінностей, проте статистично підтверджено, що відповідні значення в них є вищими, порівняно з першою, другою на рівні $p<0,01$, з шостою на рівні $p<0,05$, а також третьою на $p<0,01$, за винятком показника ЧСС, де різниця виявилася несуттєвою.

Отже, фізіологічні прояви емоційного здоров'я пацієнтів із захворюваннями носа та вуха з незначним рівнем болю є в межах статевікових норм та мають найнижчі значення, порівняно з особами з іншими рівнями ЛОР-патології. Набагато більшими, але такими, що несуттєво перевищують норму, виявилися прояви ЧСС та ЧД в осіб з хворобами вуха з високим рівнем болю, а також хворі на ніс із помірним болем. У пацієнтів із захворюваннями горла та носа з високим рівнем болю виявлено найвищі прояви показників ЧСС, температури та ЧД, що свідчать про істотне погіршення стану фізичного здоров'я цих людей.

Якщо аналізувати досліджуваних лише за локалізацією захворювання, показники ЧСС є найвищими в осіб із захворюваннями горла ($Me=100$; $P_{25}=85$; $P_{75}=105$), він є набагато вищим, ніж у досліджуваних з локалізацією у вухах ($Me=92$; $P_{25}=80$; $P_{75}=95$), де різниця є статистично значущою ($U=114$; $n_{\Gamma}+n_{\text{В}}=86$; $p<0,05$), та набагато вищим, ніж у досліджуваних з локалізацією в носі ($Me=88$; $P_{25}=77$; $P_{75}=97$), де різниця є також статистично значущою ($U=121$; $n_{\Gamma}+n_{\text{Н}}=89$; $p<0,05$). Останні дві групи не мають суттєвих

відмінностей. Так само за показником частоти дихання найвищі значення належать групі із захворюваннями горла (Me=25; P₂₅=20; P₇₅=27), вони набагато вищі, ніж у досліджуваних з локалізацією у вухах (Me=19; P₂₅=18; P₇₅=21), де різниця є статистично значущою (U=76; nГ+nВ=86; p<0,01), та набагато вищі, ніж у досліджуваних з локалізацією в носі (Me=19; P₂₅=17; P₇₅=25), де різниця є також статистично значущою (U=108; nГ+nН=89; p<0,05). Останні дві групи суттєво не відрізняються. Щодо температури тіла, за цією величиною всі три групи мають відмінності, що є значущими якнайменш на 5 %-му рівні достовірності. Водночас найвищою вона є також в осіб з хворим горлом (Me=38,2; P₂₅=37; P₇₅=38,6), тобто всі пацієнти з цієї групи мали підвищену температуру. Серед військовослужбовців із захворюваннями вуха (Me=36,7; P₂₅=36,6; P₇₅=37) та носа (Me=36,8; P₂₅=36,7; P₇₅=38) частка досліджуваних з підвищеною температурою менш значна.

Отже, серед досліджуваних саме особи із захворюваннями горла мали найгірші показники фізичного здоров'я. Досліджувані з локалізацією захворювань вуха та носа за фізіологічними параметрами в цілому майже не відрізнялися.

Узагальнюючи результати якісного аналізу психологічних та фізіологічних проявів емоційного здоров'я в осіб з різним рівнем патології, надаємо опис кожної з таких груп (табл. 3.4).

Якщо підсумувати дані таблиці, можна побачити, що особи із захворюваннями вуха, що супроводжуються сильним болем, суттєво відрізняються від решти військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями тим, що вони зазнають найбільш дискомфортного емоційного стану, ніж інші особи. Найкращий стан емоційного здоров'я (стабільно комфортний) відчувають особи із захворюваннями носа з низьким рівнем болю. Найгірші самопочуття, активність та настрої мали військовослужбовці з високим рівнем болю незалежно від локалізації

захворювання, а також ті, хто зазнавав помірного болю при захворюваннях вуха.

Таблиця 3.4

Узагальнена характеристика стану емоційного здоров'я військовослужбовці з різним рівнем патології вуха, горла та носа

Локалізація	Рівень болю		
	низький	середній	високий
вухо	Відносно комфортний стан ЕЗ, помірні САН, ЕС більше негативний, ніж позитивний, фізіологічні прояви ЕЗ в межах статево-вікових норм	Відносно дискомфортний стан ЕЗ, помірна активність при низькому самопочутті та настрої, ЕС більше негативний, ніж позитивний, фізіологічні прояви ЕЗ в межах статево-вікових норм	Негативно дискомфортний стан ЕЗ, помірна активність при низькому самопочутті та настрої, низькі значення ЕС, який є негативним, песимістичним, температура в нормі, ЧСС та ЧД не перевищують норму
горло	-	-	Відносно комфортний стан ЕЗ, помірні САН, ЕС більше негативний, ніж позитивний, фізіологічні прояви ЕЗ набагато вищі за норму
ніс	Стабільно комфортний стан ЕЗ, високі показники САН, позитивний ЕС, фізіологічні прояви ЕЗ в межах статево-вікових норм	Відносно комфортний стан ЕЗ, помірні САН. ЕС більше позитивний, ніж негативний, показники ЧСС та ЧД не перевищують норму	Відносно дискомфортний стан ЕЗ, найнижчі показники САН та ЕС, фізіологічні прояви ЕЗ набагато перевищують норму

Примітка: ЕЗ – емоційне здоров'я; САН – самопочуття, активність, настрої; ЕС – емоційний стан; ЧСС – частота серцевих скорочень; ЧД – частота дихання.

В осіб із захворюваннями носа, які відчують незначний біль, ці прояви емоційного здоров'я були найкращими. За емоційним станом пацієнти із захворюваннями носа з незначним рівнем болю відрізняються від інших осіб з отоларингологічними захворюваннями найбільш позитивним, спокійним станом, підвищеним, оптимістичним настроєм, тоді як люди із захворюваннями носа, які відчують біль високої інтенсивності, мали найбільш негативний емоційний стан, були найбільш утомленими, безпорадними та пригніченими. Фізіологічні прояви емоційного здоров'я пацієнтів із захворюваннями носа та вуха з незначним рівнем болю є в межах статеві-вікових норм та мають найнижчі значення, порівняно з особами з іншими рівнями патології, тоді як в осіб із захворюваннями горла та носа з високим рівнем болю виявлено найвищі прояви показників ЧСС, температури та ЧД, що свідчать про істотне погіршення стану фізичного здоров'я цих людей.

Переходячи до визначення особливостей психологічних та фізіологічних проявів емоційного здоров'я у пацієнтів різного віку, зупинимось на диференціюванні вікових етапів дорослої людини. Оскільки загальноприйнятого періоду, який називається дорослістю, не існує, і, тим паче, відсутні межі певних етапів усередині цього періоду [3.81, С. 51; 3.93, С. 6 та ін.], за основу візьмемо досить традиційний у психології розподіл дорослого віку на три періоди (ранню, зрілу та пізню дорослість), межі яких умовні [3.87, С. 266-268], а також нормативний документ, який в Україні регламентує поділ дорослого віку на такі вікові групи: «...перша – до 25 років; друга – 25-29 років; третя – 30-34 роки; четверта – 35-39 років; п'ята – 40-44 роки; шоста – 45-49 років; сьома – 50-54 роки; восьма – 55-59 років; дев'ята – 60 років і старші» [3.84, Ст.1, п.12].

Об'єднавши першу та другу вікові групи за описом періоду ранньої дорослості як етапу переходу зі стадії юності до повноцінного дорослого життя [3.87, С. 307-309], до цієї вікової групи віднесено пацієнтів віком до 29 років включно (64 особи). На цьому етапі зміни емоційного здоров'я

гіпотетично пов'язані з установленням системи цінностей, самооцінки, зі стабільністю відносин та вирішенням основних життєвих завдань.

До вікової групи на етапі зрілої дорослості віднесено пацієнтів віком від 30 до 44 років включно (109 осіб). Оскільки на цьому етапі особистість зазвичай досягає певної стабільності в кар'єрі, особистому житті та сімейних відносинах [3.87, С. 319-320], ми припустили, що емоційне здоров'я може бути пов'язане зі сформованістю здатності до емоційної регуляції, з психологічною зрілістю, з успішністю взаємодії зі значимими іншими.

До пізньої дорослої групи були включені особи віком старше 45 років, тобто шоста, сьома, восьма та дев'ята вікові групи (65 осіб). На цьому етапі, на нашу думку, емоційне здоров'я може бути пов'язане зі здатністю адекватно пристосовуватися до власних вікових фізичних змін, зберігаючи самооцінку, професійні інтереси та відносини з родиною.

Якщо звернутись до визначення критерію Крускала-Уоллеса, результати якого за умови залучення указаних вікових груп, ми бачимо, що за більшістю показників, що характеризують психологічні та фізіологічні прояви емоційного здоров'я, вони не відрізняються (табл. 3.5).

Дані, наведені в таблиці, показують, що достатнього рівня достовірності ($p < 0,05$) досягають відмінності лише за показником емоційного здоров'я та частотою серцевих скорочень. Звернемося до більш ретельного аналізу саме цих показників. Так, показник емоційного здоров'я в більшості досліджуваних, які були молодші за 30 років, відповідав відносно дискомфортному або відносно комфортному його стані ($Me=2$; $P_{25}=2$; $P_{75}=3$), тоді як для чверті досліджуваних 30-44 років був також притаманний негативно дискомфортний стан ($Me=2$; $P_{25}=1$; $P_{75}=3$). Однак, таких відмінностей було недостатньо, щоб вони досягали певного рівня достовірності. Водночас різниця з групою досліджуваних 45 років і старше ($Me=1$; $P_{25}=1$; $P_{75}=2$) була значною, якщо порівнювати дані в ній з результатами, отриманими у досліджуваних раннього дорослого віку ($U=1519$; $n_{<30}+n_{>44}=129$; $p < 0,01$). Ці дані вказують на закономірність

зростання із віком схильності нижче оцінювати власне емоційне здоров'я, зокрема виражати сумніви в можливості відновитися після хвороби, що супроводжується втомуою, пригніченим настроєм, тривогою, ускладненням стосунків з людьми, погіршенням якості сну, апетиту та ін.

Таблиця 3.5

Результати однофакторного дисперсійного аналізу показників, що характеризують психологічні та фізіологічні прояви емоційного здоров'я у групах досліджуваних з урахуванням віку (df=2)

Показники	Групи за віком			χ^2	p
	молодше за 30 років	30-44 роки	45 років і старше		
Емоційне здоров'я	2	2	1	8,18	0,017
Самопочуття	26	25	26	0,10	0,950
Активність	36	36	38	1,26	0,533
Настрій	30	31	27	0,84	0,656
Спокій – тривожність	6	5	5	0,36	0,835
Енергійність – втомленість	5	5	5	2,07	0,356
Піднесення – пригніченість	5	5	5	5,43	0,066
Впевненість – безпорадність	5	5	5	0,18	0,915
Сумарна оцінка стану	21	20	20	1,12	0,572
Больові відчуття	6	5	6	1,13	0,567
ЧСС	92	89	91	6,56	0,038
Температура тіла	36,9	36,8	36,7	2,05	0,358
ЧД	20	19	19	2,28	0,319

Примітки: df – ступені свободи; χ^2 значення критерію Крускала-Уоллеса; p – рівень достовірності.

Показник ЧСС є найвищим в осіб, які були молодші за 30 років ($Me=92$; $P_{25}=80$; $P_{75}=100$), він є набагато вищим, ніж у досліджуваних 30-44 років ($Me=88$; $P_{25}=79$; $P_{75}=93$), де різниця є статистично значущою ($U=1503$; $n_{<30}+n_{30-44}=131$; $p<0,05$), та вищим, ніж у досліджуваних 45 років і старше ($Me=88$; $P_{25}=77$; $P_{75}=97$), але ця різниця не була статистично достовірною. Отже, зафіксовано, що в період від ранньої до зрілої дорослості показник ЧСС у досліджуваних знижувався, однак таке зниження є природнім, а тому пов'язувати його зі станом емоційного здоров'я ми не вважаємо за доцільне.

Відтак, проведений аналіз показав, що у військовослужбовці з отоларингологічними захворюваннями зазначається тенденція з віком нижче оцінювати функціонування своєї почуттєвої сфери, переважно в діапазоні від відносно некомфортного до негативно дискомфортного стану.

Порівняння військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями з урахуванням їхньої статі обумовлено певними міркуваннями. Так, відомо, що існують біологічні різниці між чоловіками і жінками, що можуть впливати на емоційну реакцію на стрес та загальне емоційне здоров'я [3.11, С. 92; 3.44, С. 176 та ін]. Крім того, соціокультурні стереотипи, пов'язані з роллю чоловіків і жінок, та відповідні до них соціальні очікування можуть спонукати людей приховувати свої емоції або виявляти їх інакше, ніж вони почуваються [3.46, С. 24; 3.69, С. 123; 3.39, С. 115 та ін]. У ситуації самооцінювання емоційного здоров'я, на нашу думку, це може призвести до завищення відповідей чоловіків, порівняно з їхнім об'єктивним станом.

Результати зіставлення таких даних, наведені в таблиці 3.6, дозволили з'ясувати, що лише за суб'єктивною оцінкою емоційного здоров'я та двома фізичними параметрами різниця є статистично достовірною.

Так, за показником емоційного здоров'я лише половина жінок визначили його як дискомфортний, тоді як решта визнають у себе відносно комфортний, а 25 % з них – навіть стабільно комфортний стан ($Me=2$; $P_{25}=2$; $P_{75}=4$). На відміну від них, не менше, ніж 25 % пацієнтів-чоловіків вважають,

що стан їхнього емоційно здоров'я негативно дискомфортний, більшість упізнають його як відносно дискомфортний або відносно комфортний ($Me=2$; $P_{25}=1$; $P_{75}=3$). Така різниця, підтверджена за критерієм Манна-Уїтні ($U=768$; $n_{ж}+n_{ч}=238$; $p<0,01$), дозволяє вважати суб'єктивну оцінку емоційного здоров'я жінок значно кращою, а стан комфортнішим, ніж у чоловіків.

Таблиця 3.6

Відмінності у психологічних та фізіологічних проявах емоційного здоров'я між групами чоловіків та жінок

Показники	Стать	n	Статистичні показники				
			Me	P ₂₅	P ₇₅	U	p
1	2	3	4	5	6	7	8
Емоційне здоров'я	жінки	12	2	2	4	768	0,01
	чоловіки	226	2	1	3		
Самопочуття	жінки	12	22	22	50	1343	0,96
	чоловіки	226	29	22	47		
Активність	жінки	12	33	33	50	1337	0,94
	чоловіки	226	37	32	42		
Настрій	жінки	12	26	23	58	1252	0,65
	чоловіки	226	31	26	46		
Больові відчуття	жінки	12	6	5	6	1210,5	0,52
	чоловіки	226	5	4	7		
Спокій – тривожність	жінки	12	4	4	6	858,5	0,27
	чоловіки	176	5	4	6		
Енергійність – втомленість	жінки	12	4	4	6	952	0,56
	чоловіки	176	5	4	6		
Піднесення – пригніченість	жінки	12	4	4	6	921	0,45
	чоловіки	176	5	4	6		
Впевненість у собі – безпорадність	жінки	12	4	4	7	988,5	0,70
	чоловіки	176	5	4	6		
Сумарна оцінка стану	жінки	12	16	16	24	1041	0,93
	чоловіки	176	19	16	24		
ЧСС	жінки	11	100	86	100	535	0,03
	чоловіки	158	88	78	95		
Температура тіла	жінки	11	38	36,9	38	537,5	0,03
	чоловіки	158	36,8	36,7	37,3		
ЧД	жінки	11	25	19	25	648	0,15
	чоловіки	158	19	18	22		

Примітки: Me, P₂₅, P₇₅ – медіана та кватилі розподілу; U – значення критерія Манна-Уїтні; p – рівень достовірності відмінностей; n – кількість досліджуваних.

Достовірно відмінними на рівні $p < 0,05$ виявилися також два показники, що були індикаторами стану фізичного здоров'я. Показник ЧСС в групі жінок (Me=100; P₂₅=86; P₇₅=100) суттєво перебільшував відповідні значення у чоловіків (Me=88; P₂₅=78; P₇₅=95), оскільки $U=535$ ($n_{ж}+n_{ч}=169$). Показник температури тіла на час дослідження в них (Me=38; P₂₅=36,9; P₇₅=38) також був значно вищим, ніж у чоловіків (Me=36,8; P₂₅=36,7; P₇₅=37,3), при $U=537,5$; ($n_{ж}+n_{ч}=169$). Отже, попри більш високі показники ЧСС та температури тіла, що вказують на те, що жінки за об'єктивними показниками виявляли більше ознак захворювання, суб'єктивно стан емоційного здоров'я в них визначався як більш комфортний. Такий висновок може бути критично переосмисленим через декілька аргументів. По-перше, частка жінок серед досліджуваних була набагато меншою, ніж група чоловіків, тобто за критерієм репрезентативності жіноча вибірка є слабкою. По-друге, серед них багато було таких, хто за рівнем патології належав до осіб з локалізацією в ділянці носа (риносинусити – гострий, гнійний, поліпозний тощо) з низьким або середнім рівнем болю. А, як показано вище, пацієнти таких груп навіть при підвищених фізіологічних показниках зазвичай мають відносно комфортний стан емоційного здоров'я, помірний рівень самопочуття, активності та настрою, загалом позитивний емоційний стан.

Таким чином, проведене дослідження проявів стану емоційного здоров'я у групах досліджуваних, залежно від рівня патології, віку та статі, дозволило зробити такі висновки:

По-перше, виявлено при порівнянні груп за критерієм локалізації, що емоційне здоров'я військовослужбовців із захворюваннями вуха є набагато дискомфортнішим, вони найбільш песимістично налаштовані, виснажені, в них частіше виникають тривога та депресія, ніж у решти

військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями. Вони почувуються значно гірше, ніж особи із захворюваннями носа, є менш активними, їхній настрій більш пригнічений. Проте, за параметрами фізичного здоров'я, набагато гірші показники виявилися у пацієнтів із захворюваннями горла, порівняно з хворими з локалізацією захворювань вуха та носа.

Якщо до критерію локалізації додати рівень болю, який відчувають досліджувані, можна деталізувати опис стану емоційного здоров'я з певним рівнем патології. Так, військовослужбовці із захворюваннями вуха з незначним рівнем болю характеризують відносно комфортний стан емоційного здоров'я, помірні самопочуття, активність та настрій, загальний емоційний стан більше негативний, ніж позитивний, фізіологічні прояви емоційного здоров'я в межах статево-вікових норм.

Військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями з локалізацією вуха з помірним рівнем болю можна охарактеризувати як таких, у кого відносно дискомфортний стан емоційного здоров'я. Вони можуть зберігати помірний рівень активності, але з низьким самопочуттям та настроєм. Їхній емоційний стан та фізіологічні прояви емоційного здоров'я приблизно такі ж, як у першій групі.

Досліджувані із захворюваннями вуха з високим рівнем болю проявляють негативно дискомфортний стан емоційного здоров'я, з відчуттям депресії, тривоги та роздратування. Їх активність зазвичай помірна, але самопочуття та настрій дуже низькі. Значення їх емоційного стану нижче норми, супроводжуються негативними емоціями та песимістичним поглядом на ситуацію. Однак, фізичні показники, такі як температура, частота серцевих скорочень (ЧСС) та частота дихання (ЧД), залишаються в межах норми або незначно підвищені.

Особам із захворюваннями горла, що супроводжуються інтенсивним болем, притаманні досить негативний загальний емоційний стан, температура, ЧСС та ЧД набагато вищі за норму при відносно комфортному стані емоційного здоров'я та помірних самопочутті, активності та настрою.

Хворим, які мають захворювання носа, зазнають невеликого болю, властиві стабільно комфортний стан емоційного здоров'я, високі показники самопочуття, активності та настрою, позитивний емоційний стан, фізіологічні прояви емоційного здоров'я в межах статево-вікових норм.

Досліджувані із захворюванням носа з помірним рівнем болю зазвичай мають відносно комфортний стан емоційного здоров'я, помірний рівень самопочуття, активності та настрою, загалом позитивний емоційний стан. Водночас частота серцевих скорочень та частота дихання дещо підвищені.

Особи, які мають захворювання носа, в яких рівень болю високий, характеризують свій стан емоційного здоров'я як відносно дискомфортний. Водночас у них найнижчими є показники самопочуття, активності та настрою, вони є втомленими, песимістично налаштованими, почуваються пригніченими та безпорадними. Фізіологічні показники є набагато вищими за норму.

По-друге, визначено в ході порівняльного аналізу окремих вікових груп тенденцію з віком нижче оцінювати функціонування своєї почуттєвої сфери, переважно в діапазоні від відносно дискомфортного до негативно дискомфортного стану.

По-третє, встановлено при порівнянні чоловічої та жіночої вибірок, що суб'єктивно стан емоційного здоров'я жінками визначався як більш комфортний, ніж чоловіками.

3.3 Взаємозв'язки між проявами емоційного стану здоров'я та психологічними якостями, що є компонентами внутрішнього особистісного ресурсу емоційного здоров'я людини

Важливим аспектом вивчення емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями на різних рівнях його прояву можуть бути чисельні прояви особистості як певні внутрішні важелі, що здатні вплинути на специфічне оцінне суб'єктивне відображення функціонування почуттєвої сфери людини в певних межах відхилення об'єктивного стану

здоров'я від норми. Визначення останніх має важливе значення, оскільки уможливорює підхід до розуміння найбільш адекватного підходу до пошуку умов терапевтичного впливу на емоційний стан пацієнтів при необхідності його корекції. Враховуюче наведене, у кореляційному аналізі ми зробили спробу визначити, які із діагностованих якостей можуть бути певними чинниками емоційного здоров'я.

Перш ніж підійти до розв'язання цієї задачі, нами було здійснено спробу з'ясувати, які психологічні та фізіологічні прояви найбільш тісно корелюють з емоційним здоров'ям, тобто формують комплекс показників, що свідчать про його стан. Аналіз первинних даних за діагностованими показниками вказав на індивідуальну варіативність у їхньому прояві. Проте, вивчення закономірностей такого варіювання має бути обґрунтованим наявністю статистичних зв'язків між досліджуваними показниками.

Для визначення характеру взаємозв'язків показників, що позначають психологічні та фізіологічні прояви емоційного здоров'я, було проведено кореляційний аналіз, результати якого представлено в таблицях 3.7 та 3.8.

Дані кореляційного аналізу засвідчують, що всі психологічні прояви виявляють прямі статистично значущі зв'язки між собою на 1 % рівні. Передусім, йдеться про кореляції даних про емоційне здоров'я досліджуваних з показниками самопочуття ($r=0,635$), активності ($r=0,439$), настрою ($r=0,568$), спокою ($r=0,448$), енергійності ($r=0,456$), піднесення ($r=0,475$), упевненості в собі ($r=0,383$) та сумарної оцінки емоційного стану ($r=0,502$). Крім того, всі вищезазначені показники також прямо корелюють між собою на рівні значущості $p<0,01$, що підтверджує наявність комплексу психологічних проявів емоційного здоров'я особистості, до якого входять самопочуття, активність, настрій, рівень тривоги, оптимізму, впевненості у собі та загальний емоційний фон життєдіяльності.

Таблиця 3.7

Взаємозв'язки між показниками, що характеризують психологічні прояви емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями

Психологічні прояви ЕЗ	ЕЗ	С	А	Н	СТ	ЕВ	ПП	ВБ
С	0,635**	1						
А	0,439**	0,787**	1					
Н	0,568**	0,843**	0,725**	1				
СТ	0,448**	0,371**	0,293**	0,407**	1			
ЕВ	0,456**	0,376**	0,294**	0,353**	0,626**	1		
ПП	0,475**	0,398**	0,355**	0,400**	0,585**	0,659**	1	
ВБ	0,383**	0,291**	0,312**	0,338**	0,718**	0,607**	0,662**	1
ЕС	0,502**	0,410**	0,344**	0,425**	0,868**	0,833**	0,833**	0,868**

Примітки: ЕЗ – рівень емоційного здоров'я, С – самопочуття, А – активність, Н – настрої, СТ – спокій-тривога, ЕВ – енергійність-виснаження, ПП – піднесення-пригніченість, ВБ – впевненість у собі-безпорадність, ЕС – сумарна оцінка емоційного стану; ** – кореляції статистично достовірні на рівні $p < 0,01$.

Такий висновок знаходить підтвердження, якщо звернутися до роботи І. Коцана, Г. Ложкіна, М. Мушкевича, які описують певний комплекс характеристик, пов'язаних з душевним здоров'ям. Він сформований навколо самопочуття. До комплексу віднесено: «...відсутність хвороб, настроїв, якості і кількості сну, апетит, продуктивність діяльності, міру втомлюваності, бажання спілкуватися з іншими, тривалість, частоту позитивних емоцій» [3.56, С. 48]. Серед досліджень останніх років також знайдено дані щодо існування певного комплексу емоційних та поведінкових проявів, які є свідченням погіршення емоційного здоров'я у дітей. Зокрема О. Яцина зазначила таке:

«...на те, що дитина переживає гостру стресову реакцію вказує її поведінка, емоційні переживання, порушення звичних для неї інтересів, потреб, розлади сну тощо. Наслідки стресового розладу проявляються у зниженні соціальної активності, обмеженому колі спілкування, зникненні інтересу до того, що раніше мало значення для дитини» [3.109, С. 565]. Також до комплексу характеристик душевного неблагополуччя уналежнюють пригніченість [3.1, С. 9], тривожність, вразливість і безпорадність [3.82, С. 59], напруженість [3.68, С. 158] та ін.

Оскільки загально визнаним є той факт, що рівень фізичного здоров'я виявляє міру психічного благополуччя у функціонуванні організму [3.49, С. 162; 3.50, С. 9], то його суб'єктивне відображення в емоційному стані людини повинно було виявлятися у відповідних кореляціях (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Взаємозв'язки між психологічними та фізіологічними проявами
емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними
захворюваннями**

Психологічні прояви ЕЗ	Фізіологічні прояви ЕЗ			
	РБ	ЧСС	ТТ	ЧД
ЕЗ	-0,641**	-0,454**		-0,422**
С	-0,546**	-0,567**	-0,277**	-0,515**
А	-0,400**	-0,533**	-0,299**	-0,505**
Н	-0,547**	-0,498**	-0,271**	-0,521**
СТ	-0,332**	-0,419**	-0,273**	-0,447**
ЕВ	-0,504**	-0,476**	-0,258**	-0,491**
ПП	-0,358**	-0,409**	-0,242**	-0,421**
ВБ	-0,243**	-0,383**	-0,223**	-0,448**

ЕС	-0,408**	-0,461**	-0,272**	-0,490**
----	----------	----------	----------	----------

Примітки: РБ – больові відчуття, ЧСС – частота серцевих скорочень, ТТ – температура тіла, ЧД – частота дихання; ЕЗ – рівень емоційного здоров'я, С – самопочуття, А – активність, Н – настрій, СТ – спокій-тривога, ЕВ – енергійність-виснаження, ПП – піднесення-пригніченість, ВБ – впевненість у собі-безпорадність, ЕС – сумарна оцінка емоційного стану; ** – кореляції статистично достовірні на рівні $p < 0,01$.

Кореляції, виявлені між показниками, що характеризують психологічні прояви емоційного здоров'я та ознаки фізичного здоров'я, підтверджують вищезазначене твердження, адже вони також чисельні та свідчать про інтенсивний зв'язок.

Так, показник емоційного здоров'я на 1 % рівні від'ємно корелює з суб'єктивною оцінкою власного відчуття болю ($r = -0,641$), частотою серцевих скорочень ($r = -0,454$), частотою дихання ($r = -0,422$). Показники, що діагностують окремі емоційні стани, також виявляють суттєві від'ємні кореляції із об'єктивними параметрів, які свідчили про стан здоров'я досліджуваних. Тобто, зниження рівня болю, уповільнення пульсу та нормалізація частоти дихання були ознаками зменшення тривоги, зростання спокою, розслабленості, комфорту, задоволення, підвищення позитивного настрою, енергії, отже, були спроможні позитивно впливати на загальний емоційний стан, сприяти зростанню рівня емоційного здоров'я. І, навпаки, зростання відповідних показників спроможне вплинути на емоційне здоров'я, викликаючи роздратування, тривогу, занепокоєння та напруження, створюючи настрій, у якому переважають негативні емоції.

Враховуючи специфіку вибірки досліджуваних, а також отримані від більшості з них відомості про наявний дискомфортний стан емоційного здоров'я, ці дані дозволяють уважати зниження самопочуття, активності та настрою, тривогу, втомленість, пригніченість вірогідними проявами, які його найбільшим чином характеризують. Аналогічно можна говорити,

що відчуття болю, надмірні ЧСС та ЧД характеризують фізіологічні ознаки дискомфортного стану емоційного здоров'я.

Переходячи до розгляду кореляцій психологічних проявів емоційного здоров'я та особливостей особистості, зазначимо, що особистісний ресурс в роботі розглядається, виходячи з поглядів Є. Анисимової [3.2, С. 8], О. Боковець [3.4, С. 72], І. Бринзи [3.6, С. 17], І. Грузинської [3.12, С. 99], В. Кобильченка [3.53, С. 29], як характеристика особистості, що дає можливість переборювати важкі життєві ситуації, актуалізуючись для адаптації до стресових ситуацій та незвичних життєвих подій. Саме поняття особистості можна інтерпретувати як таке, що складається з особливостей і психологічних рис, які поєднуються в її індивідуальності і відрізняють її від інших людей [3.122]. При цьому, можна відмітити, що під впливом зовнішніх змін може відбуватися зміна самої особистості, що може бути представлена як система цінностей, яка стає головним орієнтиром у виборі мети, та спонукає до дій. Ця система цінностей складається відповідно до навколишньої дійсності, з іншого боку, залежить «від соціальної сутності людини та її залежності від духовно-моральних, економічних і політичних суспільних відносин, а з третього – від зв'язку людини з надособистісними, загальносвітовими, вищими духовними цінностями, що існують трансцендентально [3.121].

Звідси, визначені нами зв'язки, які мали додатний характер, інтерпретувалися як такі, що характеризували особистісний ресурс відновлення емоційного здоров'я під час лікування отоларингологічних захворювань, тоді як від'ємні зв'язки трактуються як такі, що перешкоджають цьому процесу або ресурсом вважається протилежна за змістом властивість.

Найбільш доречним було припустити, що до такого ресурсу можна уналежнити рівень емоційності, емоційної зрілості людини, а також її емоційно-особистісні ресурси. Звернення до індивідуальних даних та первинних статистик за відповідними показниками мало на меті

переконатись, що вибірка досліджуваних забезпечувала їхнє варіювання в достатньо інформативному діапазоні (див. Додаток В, табл. В.4).

Як свідчать дані, наведені в таблиці додатку, характер розподілу за жодним з емоційних або емоційно-особистісних показників не відповідає нормальному, а, як відомо [3.5, С. 30; 3.91, С.182 ті ін.], це може мати важливі наслідки для інтерпретації даних і роботи з ними. Так, ненормальний розподіл у нашій ситуації вказує на наявність певних структурних особливостей вибірки, а саме – того факту, що більшість досліджуваних були військовослужбовцями, що мали воєнний досвід та перебували в певному стані захворювання, що могло відбиватися на характері відповідей досліджуваних та призводило до зміщення частотного розподілу. Вважається також, що ненормальний розподіл може відображати складність досліджуваного явища, нелінійність, нетиповість його характеру, що вимагає використання відповідних статистичних методів аналізу та інтерпретації результатів. Йдеться про необхідність застосування альтернативних аналітичних підходів, використання непараметричних методів математичної статистики.

У будь-якому разі, ми вважаємо, що ненормальний розподіл результатів само собою не є підставою для того, щоб вважати його недостовірним. Застосування відповідних методів аналізу та інтерпретації результатів створило можливість отримати більш повне розуміння емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями.

Вивчення індивідуальних даних (див. Додаток В, табл. В.5) та первинних статистик (табл.3.9) за показниками, що характеризують емоційні та емоційно-особистісні особливості військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, показало високу варіативність показників емоційності, невротичності, спонтанної агресивності, товаришкості, врівноваженості, маскулінізму, близьку до норми – за показниками емоційної експресивності, емоційної саморегуляції, емпатії,

реактивної агресивності, сором'язливості, відвертості, екстраверсії, емоційної лабільності, та нижче норми – за показником емоційної зрілості.

Таблиця 3.9

Первинні статистики показників, що характеризують емоційні та емоційно-особистісні особливості досліджуваних з отоларингологічними захворюваннями

Методики	Показники	Первинні статистики							
		M	σ	CV	min	max	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Визначення емоційності (В. Суворов)	Ем	8,08	4,15	51,4	1	15	4	8	12
Діагностика емоційної зрілості (О. Чебикін)	ЕЕк	7,30	2,22	30,4	2	11	6	7	9
	ЕС	7,26	2,06	28,4	2	11	6	8	9
	Емп	7,16	2,22	31,0	2	12	6	7	9
	ЕЗр	21,72	3,99	18,4	10	32	19	22	24
Фрайбурзький особистісний опитувальник	F_1	5,41	2,54	46,8	1	9	4	6	7
	F_2	5,45	2,34	43,0	1	9	4	5	8
	F_3	5,77	1,94	33,6	1	9	4	6	7
	F_4	5,70	2,17	38,1	1	9	4	6	7
	F_5	4,22	2,14	50,7	1	9	3	4	5
	F_6	5,68	2,45	43,2	1	9	4	6	8
	F_7	6,05	2,34	38,7	1	9	4	6	8
	F_8	5,94	2,43	40,9	1	9	5	6	7
	F_9	6,71	2,28	34,0	1	9	5	8	9
	F_{10}	5,52	2,13	38,5	1	9	4	6	7
	F_{11}	5,52	2,17	39,4	1	9	4	6	7
	F_{12}	5,03	2,57	51,1	1	9	3	5	8

Примітки: Ем – емоційність, ЕЕк – емоційна експресивність, ЕС – емоційна саморегуляція, Емп – емпатія, ЕЗр – емоційна зрілість, F_1 – невротичність, F_2 – спонтанна агресивність, F_3 – депресивність, F_4 – дратівливість, F_5 – товариськість, F_6 – врівноваженість, F_7 – реактивна агресивність, F_8 – сором'язливість, F_9 – відвертість, F_{10} – екстраверсія-інтроверсія, F_{11} – емоційна лабільність, F_{12} – маскулінізм-фемінізм; М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, CV – коефіцієнт варіації, min – мінімальне значення, max – максимальне значення, P_{25} , P_{50} , P_{75} – квартилі розподілу.

Отже, досліджувані психологічні параметри, що виявилися надто мінливими, більшою мірою знаходилися під впливом факторів вибірки, тоді як решта мала такий розмах варіювання, що дозволяє надійно спиратися на міри центральної тенденції.

Медіана та середнє значення майже співпадали за показниками емоційності, емоційної експресивності, емпатії, емоційної зрілості, депресивності, дратівливості, товариськості, врівноваженості, реактивної агресивності, сором'язливості, маскулінізму. За іншими показників зафіксовано зміщення середніх значень, переважно, у бік низьких оцінок.

Зокрема, показник емоційності, що характеризував властивість особистості, яка може впливати на емоційне здоров'я людини через інтенсивність емоцій, як позитивних, так і негативних, розподілений у діапазоні від низьких до максимально високих значень (від 1 до 15 балів). Більше, ніж третина досліджуваних (39,1 %) визначалася як помірно емоційні, у 29,4 % пацієнтів виявлено низький, а у 31,5 % – високий рівень інтенсивності емоцій.

З огляду на міркування, за якими висока інтенсивність емоцій може спричиняти більшу стресову вразливість, люди з високим рівнем емоційності мають меншу стійкість емоційного стану [3.100, С. 57]. Їх емоції залежать від впливу різноманітних подій і внутрішніх факторів. Вони швидше приймають емоційно забарвлені інтерпретації ситуацій, що призводить

до негативного перекручення сприйманої інформації [3.52, С. 5]. Водночас вони більш здатні відчувати радість, захват і задоволення, їхній позитивний досвід викликає більш інтенсивну реакцію. Навпаки, досліджувані з низькою емоційністю є емоційно стриманими [3.42, С. 72], мало реагують на зовнішні події або життєві ситуації, зберігають об'єктивність, спокій та врівноваженість навіть у непередбачуваних чи неприємних ситуаціях, що забезпечує стійкість емоційного стану. Разом з тим, військовослужбовці здавалися холодними, бездушними, менш чутливими до емоцій та потреб інших.

Показник емоційної експресивності, тобто здатності виражати емоції і почуття, індивідуальні значення за яким коливалися від 2 до 11 балів, лише у 21 % досліджуваних відповідали діапазону низьких оцінок, решта досліджуваних продемонструвала або середній (71,8 %) або високий рівень емоційної експресивності (7,1 %). Тобто, серед досліджуваних більше людей зі збалансованою експресією емоцій, яка дозволяє виражати емоції в адекватних ситуаціях, здатністю до самовираження, що допомагає більш глибоко розуміти себе, ефективно спілкуватися з іншими та передавати свої почуття, залучати підтримку та розуміння з боку оточення, знаходити з ними спільну мову, забезпечувати позитивну атмосферу в міжособистісних відносинах. Все це сприяє покращанню емоційного самопочуття та емоційного здоров'я в цілому [3.45, С. 56].

Саморегуляція емоцій, на нашу думку, відіграє одну з ключових ролей у підтриманні емоційного здоров'я людини. Її показник розподілений від 2 до 11 балів, й тільки у 21,8 % досліджуваних його вираженість може вважатися низькою, у більшості респондентів саморегуляція є достатньою (у 74,8 %) або високою (3,4 %). Тобто, в цілому досліджувані наділені сприятливою рисою особистості, яка забезпечує свідомий контроль та керування власними емоціями, отже, здатність ефективно впоратися з життєвими труднощами та зменшення негативних впливів стресу на організм. Завдяки здатності керувати своїми емоціями військовослужбовці

спроможні підтримувати позитивний настрій, емоційну стабільність та зберігати оптимізм навіть у складних ситуаціях, укріплювати віру у свої сили, підтримувати здорові стосунки та уникати конфліктів [3.55, С. 50; 3.56, С. 119].

Показник емпатії, тобто здатності адекватно сприймати та розуміти емоції інших людей, має розподіл, навіть ширший за два попередніх (від 2 до 12 балів). Але третина респондентів (38,7 %) виявили обмежений рівень емпатії, що через зниження якості міжособистісних відносин, відсутність підтримки, обмеженість у розумінні емоцій інших, соціальну віддаленість призводить до почуття відокремленості, незахищеності та невпевненості у власних можливостях, нездатності виразити свої почуття, емоційного виснаження, незадоволення та нещастя, збільшує ризик виникнення депресії, тривожних розладів та інших психологічних проблем і таким чином призводить до погіршення емоційного здоров'я. Водночас 55,9 % досліджуваних продемонстрували помірний рівень емпатії, а 5,5 % – навіть високий. Такі досліджувані зазвичай відчують підтримку та розуміння, спільноту з іншими людьми, здатні підтримувати здорові міжособистісні відносини, що сприяє покращенню емоційного самопочуття, розвитку емоційного інтелекту, емоційної саморегуляції психологічної стійкості.

Проте, у науковій літературі є дані, що суперечать такому висновку. Прикладами можуть стати результати дослідження О. Куліш, Л. Сіпко, у якому виявлено, «...що швидкість і тяжкість емоційного вигорання залежить від емпатійності медичного працівника» [3.57, С. 36], а також тези, висловлені Г. Пирог, Н. Шикирави, за якими емпатія загрожує емоційному здоров'ю, а саме: під час адаптації психологів «... до специфічних умов діяльності, інтенсивних соціальних контактів, частоті взаємодії з клієнтами різного віку з різними проблемами, молоді психологи можуть реагувати на «комунікативне» навантаження зростанням неприйняття іншої людини, її особливостей і проблем заради збереження власного психічного здоров'я»

[3.78, С. 96]. Отже, в різних умовах емпатія може сприяти або перешкоджати емоційному благополуччю людини.

Щодо інтегральної оцінки за методикою О. Чебикіна, емоційна зрілість більшості досліджуваних (67,6 %) має середній рівень розвитку. Меншим був відсоток осіб (27,3 %), яких можна вважати емоційно незрілими. Людей, які мали високий її рівень, було небагато (5 %). Оскільки така якість допомагає підтримувати баланс у емоційному житті, зберігати стійкість у складних ситуаціях та розвивати позитивні стосунки з іншими, помірний рівень її розвитку не повністю забезпечує вміння ефективно виявляти, розпізнавати та реагувати на свої емоції та емоції інших людей. Це слабко сприяє розвитку стійкості до негативних подій, знижує конструктивність вираження почуттів, гальмує здатність до саморефлексії та самоаналізу, ускладнює стосунки.

Для перевірки наявності взаємозв'язку показників емоційності та емоційної зрілості з психологічними та фізіологічними проявами емоційного здоров'я, проаналізовано відповідні кореляції, представлені у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Взаємозв'язки психологічних та фізіологічних показників емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями та їхніми емоційними особливостями

Показники емоційного здоров'я	Емоційні особливості пацієнтів			
	Ем	ЕЕк	ЕС	ЕЗр
Рівень емоційного здоров'я			0,569**	0,315**
Самопочуття			0,821**	0,420**
Активність		0,370**	0,711**	0,360**
Настрій			0,985**	0,480**
Спокій – тривожність			0,392**	
Енергійність – втомленість		0,370**	0,337**	

Піднесення пригніченість –	0,153*		0,402**	0,157*
Впевненість у собі – безпорадність			0,356**	0,173*
Сумарна оцінка стану			0,421**	0,169*
Больові відчуття	0,181*		-0,533**	-0,190**
ЧСС			-0,499**	-0,261**
Температура тіла			-0,264**	-0,245**
ЧД			-0,519**	-0,303**

Примітки: Ем – емоційність, ЕЕк – емоційна експресивність, ЕС – емоційна саморегуляція, Емп – емпатія, ЕЗр – емоційна зрілість, ЧСС – частота серцевих скорочень, ЧД – частота дихання; * – кореляції статистично достовірні на рівні $p < 0,05$; ** – на рівні $p < 0,01$.

Виконаний аналіз засвідчив, що переважна більшість психологічних і фізіологічних проявів емоційного здоров'я корелює на достатньо високому рівні з показниками емоційної саморегуляції та емоційної зрілості. В цьому разі ми можемо говорити, що означені якості дійсно можуть виконувати функції внутрішніх ресурсів емоційного здоров'я завдяки збереженню емоційної стійкості, оптимістичного настрою, розвитку позитивних міжособистісних зв'язків тощо.

Що стосується показників, які не мали таких зв'язків, а це – емоційність, емоційна експресивність та емпатійні здібності – то, вочевидь, вони меншою мірою можуть бути внутрішнім ресурсом, оскільки їхнє значення емоційного здоров'я менш вагоме, ніж свідомий контроль та керування власними емоціями та загальна адекватність емоційного реагування на певні соціумні умови.

Переходячи до результатів застосування Фрайбурзького особистісного опитувальника, звернемо увагу, що підхід до їхньої інтерпретації з огляду на предмет дослідження виражає значущість низки факторів опитувальника як

ресурсу емоційного здоров'я. Це товарицькість та врівноваженість. Решта емоційно-особистісних особливостей розглядаються нами як такі, що або перешкоджають стабілізації емоційного стану пацієнтів (невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість, реактивна агресивність, сором'язливість, емоційна лабільність), або можуть створити певну дію лише у сполученні з іншими факторами (екстраінтроверсія, маскулінізм-фемінізм). Таке припущення відповідає змістові попередніх праць [3.7, С. 111; 3.66, С. 103; 3.90, С.226-227 та ін].

Звертаючись до першої групи факторів, зазначимо, що показник F_5 у більшості досліджуваних виявив або низький (42,4 %), або середній рівень товарицькості (42,9 %). Лише дехто (14,7 %) продемонстрував визначне багатство, яскравість емоційних проявів, невимушеність поведінки, чуйне, уважне ставлення до людей, постійну готовність до співпраці. Оскільки товарицькість, позитивна взаємодія з оточенням, на нашу думку, сприяє покращенню настрою, зменшенню почуття самотності, отже, позитивно впливає на емоційне здоров'я хворого, то певна емоційна холодність, формальність міжособистісних відносин більшості досліджуваних, їхня тенденція уникати близькості, підтримувати лише зовнішні форми товарицьких відносин, періодичне прагнення до усамітнення, тяжіння спілкуванням створюють ризик соціальної ізоляції, унеможливають підтримку з боку інших, що посилює розвиток тривоги та депресії, погіршує емоційне самопочуття.

Індивідуальні дані за показником F_6 у більшості досліджуваних відповідали або високому (40,8 %), або середньому рівню врівноваженості (39,1 %). Лише у 20,2 % досліджуваних був виражений стан дезадаптації, іноді втрата контролю, певна дезорганізація поведінки, хронічна втома, виснаженість, безпорадність, неможливість зосередитися, розібратися у власних переживаннях тощо. Більшість респондентів виявили вміння підтримувати емоційну стабільність, внутрішню розслабленість, свободу від конфліктів, задоволеність собою, що, на нашу думку, допомагало їм легше

впоратися зі стресом та негативними подіями, зберігати спокій та стійкість навіть у складних ситуаціях.

Щодо другої групи факторів, вираженість показника F_1 у більшості досліджуваних є високою (у 42,4 %) або помірною (у 38,7 %). Лише 18,9 % досліджуваних проявляли низьку невротичність. Тобто, у вибірці є тенденція до збудливості в поєднанні зі швидкою виснажливістю, підвищеною чутливістю. У такий спосіб навіть малозначущі стимули могли викликати у досліджуваних неадекватні бурхливі спалахи, які швидко перетворюються на втому. Вищезазначене могло призводити до зростання тривоги, посилення негативних емоцій, підвищення чутливості до зовнішніх впливів.

Схожий розподіл за рівнями вираженості визначено за показником F_2 (спонтанна агресивність), за яким у більшості досліджуваних виявлено середні (у 40,3 %) або високі оцінки (у 41,2 %). Лише у 18,5 % досліджуваних спонтанна агресивність є низькою. Такі дані вказують на помітний брак соціальної конформності, послаблений самоконтроль, імпульсивність, тягу до гострих емоційних переживань більшості респондентів. Будь-які зволікання для таких людей могли відчуватися нестерпними, а поведінка мала риси спонтанності та непродуманості, що іноді спричиняло міжособистісні конфлікти, й тому погіршувало настрій та емоційний стан досліджуваних.

Таким саме чином розподілені індивідуальні дані за показником F_3 (депресивність): лише 12,2 % досліджуваних мають низький рівень його вираженості, а більшість – або середній (46,6 %), або високий (41,2 %) рівні. Для них характерний помітно пригнічений настрій, тенденція до відгородженості, до занурення у власні переживання, нерішучість та утруднення прийняття рішень. Схильність до депресивного настрою іноді посилювала почуття безнадії, втоми, втрати інтересу до будь-якої діяльності як важкої, неприємної та енерговитратної справи. Крім того, такі військовослужбовці деколи викликали роздратування з боку медперсоналу та оточення.

Досить велика частка досліджуваних відповідала так, що виявила високий (40,3 %) або середній (37,4 %) рівень за показником F_4 (дратівливість), Проте, у 22,3 % досліджуваних не було помітних проявів цього показника. Отже, більшості досліджуваних притаманні слабка здатність до вольових зусиль, незібраність, нетерпимість до невизначеності. У ситуаціях неуспіху вони мали схильність до ауто-агресії, проявляли ворожість до оточення, іноді йшли на конфлікт, що призводило до зіткнень та посилювало емоційний стрес. Тоді деякі військовослужбовці впадали в ірраціональний гнів або образу, навіть якщо події були незначні.

Ще більше серед досліджуваних було людей з високою вираженістю показника F_7 (реактивна агресивність). Це майже половина осіб (48,7 %). Багато військовослужбовців виявляли помірну реактивну агресивність (38,7 %). Загалом вона майже не характерна лише 12,6 % осіб. Тобто, більшість досліджуваних мали слабкий розвиток вищих соціальних почуттів, вони були байдужими до соціальних впливів, іноді відверто нехтували обов'язками, правилами поведінки, морально-етичними нормами. Траплялися випадки, коли дехто з них нетерпляче та вороже поводитися у відповідь на зауваження. Зазвичай пацієнти швидко втрачали інтерес до діяльності, нудьгували та виявляли роздратування. Така поведінка у певних ситуаціях спричиняла погіршення стосунків з іншими, особливо, якщо військовослужбовці в той час переживали емоційне напруження, і, як наслідок, вдавалися до агресії.

Показник F_8 (сором'язливість) представлений даними, за яким більшість пацієнтів є високо сором'язливими (43,7 %) або мали помірну сором'язливість (34,9 %). У 21,4 % випадків виявлено низьку сором'язливість. Як бачимо, певній частині досліджуваних були властиві ознаки нерішучості та невпевненості в собі, тенденція уникати ризикованих або несподіваних ситуацій, надмірно вагатися, відкладати рішення до майже останньої миті. У спілкуванні вони дещо скуті, уникають зайвих контактів, що в певних

умовах може призводити до ізоляції від соціального життя, чим погіршувати їхнє самопочуття.

Результати дослідження за показником F_{11} (емоційна лабільність) указують на те, що серед пацієнтів багато таких, хто мав високий (40,3 %) або помірний рівень вразливості (41,2 %). Лише 18,5 % осіб отримали за цим показником низькі оцінки. Це свідчить про чутливість, уразливість багатьох досліджуваних, мінливість їхніх емоційних станів від переживання радості, захоплення – до суму або роздратування. Такі зміни іноді відбувалися під впливом навіть незначних зовнішніх ситуацій, і були спроможні призвести до непередбачуваного та нестабільного емоційного стану.

Отже, аналіз індивідуальних даних за другою групою емоційно-особистісних особливостей досліджуваних підтверджує, що багатьом з них притаманні збудливість, мінливість їхніх емоційних станів, дратівливість, імпульсивність, нетерплячість, у поєднанні з швидкою виснажливістю, пригніченістю, підвищеною чутливістю, невпевненістю в собі. Усі ці характеристики можуть певним чином можуть посилювати дискомфортний стан емоційного здоров'я військовослужбовців.

Звертаючись до індивідуальних даних за двома останніми факторами методики FPI, вкажемо на те, що показник F_{10} (екстраверсія-інтроверсія) у більше ніж половини досліджуваних (52,9 %) виражений на середньому рівні. Також, у третини з них (33,2 %) значення відповідають високому, а у 13,9 % – низькому рівню. Тобто, у вибірці більше екстравертованих осіб, яким властиві соціальна активність, комунікабельність, прагнення до соціального успіху, визнання, залежність соціальних оцінок. Зазвичай, екстравертованість пов'язується зі схильністю до позитивних емоцій завдяки активному спілкуванню та соціальній активності [3.60, С. 69] Однак, надмірність соціальних імпульсів під час хвороби може також призвести до перенапруження та втоми, особливо якщо пацієнт не має можливості відпочити. Крім того, притаманна їм вразливість до критики разом з певним тиском з боку очікувань оточення щодо їхньої соціальної активності можуть

стати джерелом зниження самооцінки, появи тривоги, невпевненості в собі, погіршуючи самопочуття та емоційне здоров'я в цілому.

Аналізуючи вираженість показника F_{12} (маскулінізм-фемінізм), звернемо увагу на те, що осіб з передніми оцінками за ним небагато (29,8 %). Водночас значна частина досліджуваних мала або яскраві маскулінні риси (30,3 %), або, навпаки, виявляла фемінні (39,9 %). Перші – більш сміливі, рішучі, заповзятливі, схильні до ризику. Інші – радше проявляють чутливість, м'якість, поступливість, пасивність, уникають суперництва, легко приймають допомогу та підтримку. І хоча маскулінні риси в психології асоціюють з емоційною стійкістю [3.15, С. 170; 3.58, С. 74], яка, без сумніву, відіграє важливу роль для збереження як емоційного благополуччя, на нашу думку, прямого логічного зв'язку з емоційним здоров'ям цей фактор мати не може.

Розглядаючи зв'язки наведених вище показників з проявами емоційного здоров'я, можна побачити, що певні емоційно-особистісні особливості найтіснішим чином пов'язані з більшістю показників, які свідчать про емоційний та фізичний стан військовослужбовців (табл.3.11).

Таблиця 3.11

Взаємозв'язки психологічних та фізіологічних показників емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями з їхніми емоційно-особистісними особливостями

Показники	Емоційно-особистісні особливості пацієнтів						
	F_1	F_2	F_3	F_4	F_6	F_7	F_{11}
ЕЗ	-0,625**	-0,424**	-0,202**	-0,130*	0,483**	-0,150*	-0,165*
С	-0,989**	-0,777**	-0,163*	-0,260**	0,667**	-0,329**	-0,230**
А	-0,765**	-0,982**	-0,169**	-0,330**	0,572**	-0,363**	-0,273**
Н	-0,842**	-0,724**			0,778**	-0,205**	-0,163*
СТ	-0,370**	-0,307**			0,342**		

ЕВ	-0,369**	-0,298**			0,309**		
ПП	-0,386**	-0,353**			0,339**		
ВБ	-0,290**	-0,329**			0,266**		
ЕС	-0,404**	-0,354**			0,353**		
РБ	0,537**	0,404**	0,153*	0,132*	-0,418**		0,217**
ЧСС	0,568**	0,574**		0,181*	-0,443**		0,216**
ТТ	0,276**	0,341**		0,183*	-0,290**		0,280**
ЧД	0,513**	0,541**		0,207**	-0,456**		0,249**

Примітки: ЕЗ – рівень емоційного здоров'я, С – самопочуття, А – активність, Н – настрій, СТ – спокій-тривога, ЕВ – енергійність-виснаження, ПП – піднесення-пригніченість, ВБ – впевненість у собі-безпорадність, ЕС – сумарна оцінка емоційного стану, РБ – больові відчуття, ЧСС – частота серцевих скорочень, ТТ – температура тіла, ЧД – частота дихання; F_1 – невротичність, F_2 – спонтанна агресивність, F_3 – депресивність, F_4 – дратівливість, F_6 – врівноваженість, F_7 – реактивна агресивність, F_{11} – емоційна лабільність; * – кореляції статистично достовірні на рівні $p < 0,05$; ** – на рівні $p < 0,01$.

Це показник F_6 (урівноваженість), який на рівні $p < 0,01$ прямо корелює з показниками емоційного здоров'я, самопочуття, активності, настрою, спокою, енергійності, піднесення, упевненості, а також від'ємно – з показниками рівня болю, частоти серцевих скорочень, температури тіла та частоти дихання. І навпаки, показники F_1 (невротичність) та F_2 (спонтанна агресивність) виявляють значущі зв'язки ($p < 0,01$) протилежного напрямку з такими саме проявами емоційного здоров'я. Також привертають увагу від'ємні зв'язки, зафіксовані якнайменш на 5 %-му рівні значущості, у показників F_3 (депресивність), F_4 (дратівливість), F_{11} (емоційна лабільність) з показниками емоційного здоров'я, самопочуття, активності та додатні

кореляції з рівнем болю. Показник F_7 (реактивна агресивність) від'ємно корелює лише з показниками емоційного здоров'я та функціональних станів. Щодо решти емоційно-особистісних властивостей досліджуваних, вони або загалом не пов'язані з показниками емоційного здоров'я (товариськість, сором'язливість), або виявляють поодинокі кореляції з деякими емоційними станами (відвертість, екстраверсія, маскулінізм).

За таких обставин, до групи емоційно-особистісних властивостей, які можна вважати внутрішніми ресурсами відновлення емоційного здоров'я, можна уналежнити врівноваженість (емоційну стійкість, розслабленість, здатність підтримувати стабільність емоцій, реагувати на стресові ситуації без зайвих переживань, тривоги або негативних емоцій), самоконтроль (здатність стримувати негативні реакції, уникати неконтрольованих вибухів гніву та агресії, реагувати на негативні емоції адекватно і обґрунтовано), оптимізм (позитивне, діяльнісне ставлення до життя, віра в успіх, у прийнятний вихід навіть у складних ситуаціях), толерантність (відповідальність, морально-етична стійкість, здатність контролювати свою реактивність та залишатися розсудливим у будь-яких комунікативних обставинах), реалістичність (здатність усвідомлено ставитися до своїх сильних та слабких сторін, до того, що досягнення мети вимагає зусиль та планування, спроможність зважено оцінювати шанси на успіх).

Далі звернемося до пошуку внутрішніх ресурсів емоційного здоров'я, пов'язаних з особливостями реагування досліджуваних на стресові обставини, пов'язані з сучасними умовами в країні, безпосереднім або опосередкованим впливом цих умов на фізичне та емоційне здоров'я учасників дослідження. Як зазначено у багатьох публікаціях [3.13, С. 105; 3.16, С. 66; 3.59, С. 32; 3.65, С. 146; 3.73, С. 252 та ін.], військові дії на території України є вагомим фактором, який ми мали розглядати як стресові обставини. Вони спроможні призводити до накопичення тривоги, дратівливості, збільшувати ризик розвитку депресії, викликати гнів та розчарування, погіршувати здатність ефективно справлятися з життєвими труднощами, послаблювати активність

у соціальних взаємодіях, порушувати режим сну, проявитися у фізичній симптоматиці (головний біль, біль у животі, напруга м'язів або втома). У спробі впоратися зі стресом деякі люди можуть вдаватися до алкоголю, наркотиків, емоційного вживання їжі, самоушкодження або уникнення, що може погіршити проблеми з емоційним здоров'ям.

Водночас є дані про те, що природня резильєнтність [3.12, С. 64; 3.67, С. 199], упевненість у собі [3.54, С. 77], сформоване вміння усвідомлювати свої емоції, думки та реакції на стресові ситуації [3.64, С. 145], позитивне, саногенне мислення [3.97, С.308], емоційний інтелект загалом [3.70, С. 164], підтримка з боку оточення [3.56, С. 42], наявність звичок здоров'язбереження [3.96, С. 62], захоплення та хобі [3.72, С. 48] відіграють важливу роль у доланні стресових станів і допомагають підтримувати психологічне благополуччя, а отже, можуть уважатися внутрішніми ресурсами збереження емоційного здоров'я людини.

Відтак, аналізуючи реакцію на стрес, ми мали на увазі сам рівень емоційного стресу, який відчували досліджувані, способи, якими вони схильні впорядковувати своє мислення, емоції та поведінку, щоб зменшити негативний вплив стресових ситуацій, знайти ефективний шлях до відновлення психологічного балансу, а також ступінь емоційного виснаження, якого вони досягли в цьому процесі.

Розглянемо показники, що виражали ці прояви (див. Додаток В, табл. В.6). Як бачимо, статистична перевірка отриманих оцінок за критеріями нормальності показала, що розподіл лише деяких показників може вважатися таким, для якого варто застосовувати параметричні критерії аналізу. Так, характер розподілу результатів наближається до нормального за показниками опірності стресу, пошуку соціальної підтримки, когнітивних стратегій подолання стресу в сенсі зниження його значущості, відволікання від стресу, дій з контролю стресової ситуації, узагальненого показника групи позитивних стратегій, емоційного виснаження, редукції особистих досягнень. Разом з тим, решта показників подолання важких життєвих ситуацій, а також

деперсоналізації та емоційного вигорання, відрізняються ненормальним розподілом. Отже, для статистичного аналізу можна використовувати у певних випадках параметричні та непараметричні критерії. Проте при описі фактичних даних та в кореляційному аналізі краще обирати непараметричні методи.

Точність даних про центр розподілу а також варіативність відповідних показників оцінювалася шляхом аналізу індивідуальних даних (див. Додаток В, табл. В.7) та первинних статистик (табл.3.12) за показниками.

Наведені результати свідчать, що достатню надійність виявили міри центральної тенденції за показниками, за якими середнє значення та медіана майже співпадають, а саме: за показниками опірності стресу, стратегій самосхвалення, самовиправдання, самоствердження, психом'язової релаксації, самоконтролю, позитивної самомотивації, пошуку соціальної підтримки, втечі від стресової ситуації, безпорадності, жалості до себе, вживання ліків, за узагальненим показником групи позитивних стратегій, а також за проявами деперсоналізації й емоційного вигорання. Решта показників є менш точними з точки зору репрезентативності параметрів центральної тенденції.

Таблиця 3.12

Первинні статистики показників, які характеризують особливості реакції досліджуваних на стрес

Методики	Показники	Первинні статистики							
		М	σ	CV	min	max	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Визначення стресостійкості й соціальної адаптації (Т. Холмс, Р. Page)	ОС	306,4	78,8	25,7	168	576	244	308	357
Подолання важких життєвих	СП1	8,99	2,34	26,0	2	12	7	9	11
	СП2	8,85	2,32	26,3	5	13	7	9	10

ситуацій (В. Янке, Г. Ердманн)	СП3	10,68	2,18	20,4	6	14	9	11	12	
	СП4	10,47	2,75	26,3	2	15	8	11	13	
	СП5	11,03	3,19	28,9	2	16	9	12	13	
	СП6	11,17	2,20	19,6	8	17	9	11	13	
	СП7	10,63	2,66	25,0	6	15	8	11	13	
	СП8	14,59	2,78	19,1	10	20	13	14	17	
	СП9	12,76	2,96	23,2	8	23	10	13	15	
	СП10	11,74	2,63	22,4	6	16	10	12	14	
	СП11	13,06	3,37	25,8	7	19	11	13	15	
	СП12	13,95	2,38	17,0	9	21	12	14	16	
	СП13	8,13	1,78	21,9	4	12	7	8	9	
	СП14	6,64	1,99	30,0	4	10	5	6	8	
	СП15	11,71	3,40	29,0	6	22	9	11	15	
	СП16	7,32	2,36	32,2	0	12	6	7	9	
	СП17	6,04	1,90	31,5	3	10	5	6	8	
	СП18	8,02	2,80	34,9	3	15	6	9	10	
	СП19	6,34	2,41	38,0	0	10	4	7	8	
	СП20	2,83	1,56	55,3	0	7	2	3	4	
	Діагностика професійного вигоряння (К. Маслач, С. Джексон)	КСП	9,50	1,45	15,3	6	13	8	10	11
		ВСП	10,64	1,32	12,4	7	14	10	11	12
ДКС		12,52	1,85	14,8	6	20	11	12	14	
ПСП		10,92	1,06	9,7	6	14	10	11	12	
Діагностика професійного вигоряння (К. Маслач, С. Джексон)	НСП	8,50	1,86	21,8	4	14	7	8	9	
	В	23,55	8,76	37,2	5	39	18	23	31	
	Д	8,16	3,80	46,5	0	15	5	8	11	
	РОД	32,74	4,69	14,3	24	42	30	32	36	
Діагностика професійного вигоряння (К. Маслач, С. Джексон)	ЕВ	6,31	1,44	22,8	3	11	5	6	7	

Примітки: ОС – ступінь опірності стресу, СП1 – зниження значення стресової ситуації, СП2 – самоохвалення, СП3 – самовиправдання, СП4 – відволікання, СП5 – заміщення, СП6 – самоствердження, СП7 – психом’язова релаксація, СП8 – контроль ситуації, СП9 – самоконтроль, СП10 – позитивна самомотивація, СП11 – пошук соціальної підтримки, СП12 – антиципуюче ухилення, СП13 – втеча від стресової ситуації, СП14 – соціальна замкнутість (відлюдність), СП15 – «заїжджена платівка», СП16 – безпорадність, СП17 – жалість до себе, СП18 – самозвинувачення, СП19 – агресія, СП20 – вживання ліків, КСП – когнітивні стратегії подолання стресу в сенсі зниження його значущості, ВСП – відволікання від стресу, ДКС – дії з контролю стресової ситуації, ПСП – позитивні стратегії, НСП – негативні стратегії, В – емоційне виснаження, Д – деперсоналізація, РОД – редукція особистих досягнень, ЕВ – емоційне вигорання; М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, CV – коефіцієнт варіації, min – мінімальне значення, max – максимальне значення, P_{25} , P_{50} , P_{75} – квартилі розподілу.

Спираючись на значення даних про варіативність розподілу, зауважимо, що за низкою показників виявлена надто висока варіативність. Йдеться про показники вживання ліків, де коефіцієнт варіативності дорівнював 55,3 %, а також деперсоналізації, за яким значення CV склало 46,5 %. У частини показників дані про стандартне відхилення та коефіцієнт варіативності були нижчими за параметри нормального розподілу. Це показники самовиправдання, самоствердження, контролю ситуації, самоконтролю, позитивної самомотивації, антиципуючого ухилення, втечі від стресової ситуації, узагальнених показників когнітивних стратегій подолання стресу, відволікання від стресу, дій з контролю стресової ситуації, позитивних, негативних стратегій, а також редукції особистих досягнень та емоційного вигорання. Решта показників належать до таких, що мають достатню надійність і надмірну варіативність.

А отже, ми вважаємо, що більш поглиблений розгляд цих показників варто здійснювати на основі безпосереднього розподілу індивідуальних даних за рівнями вираженості, а визначення їхніх кореляцій з показниками емоційного здоров'я – за наслідками застосування коефіцієнта рангової кореляції Спірмена.

Якщо відтворювати обрану логіку аналізу та звернутися до розподілу фактичних даних за рівнями вираженості, передусім визначимо рівень уразливості або опірності досліджуваних щодо впливу стресових факторів. Відповідний показник розподілений у діапазоні від значень, які характеризують високу опірність стресові (низькі значення за тестом до 200 умовних балів), до значень, що вказують на високу уразливість від стресу (високі значення за методикою від 300 балів і вище). Проте, до осіб з високою опірністю стресу ми зможемо уналежнити лише 9,2 % вибірки, більше третини досліджуваних (36,6 %) визначалася як такі, які помірно відчують дію стрес-факторів різного змісту, а половина пацієнтів (54,2 %) характеризуються високою стресовою уразливістю. А якщо так, ми можемо припустити, що саме вплив численних стресових факторів пояснює велику частку досліджуваних, які показали підвищені значення за показниками їхніх емоційно-особистісних особливостей, наведеними вище. Адже уразливість до стресу підвищує інтенсивність емоційного реагування навіть на незначні подразники, робить людину чутливою до змін, схильною до тривоги, більш стомлюваною, схильною до самокритики, невпевненою в собі, образливою та ін. Проте ми погоджуємося з тим, що стресова вразливість при різному ставленні до стресу може по-різному виявлятися в емоційному стані людини залежно від життєвих обставин, досвіду та підходу до збереження свого здоров'я [3.8, С. 22; 3.83, С. 296 та ін]. Тобто, люди з високою стресовою вразливістю також можуть розвивати ефективні стратегії подолання стресу, які допомагатимуть підтримувати емоційне та психологічне благополуччя.

Щодо останнього висловлювання, важливо зазначити за показниками, що характеризують стратегії подолання важких життєвих ситуацій, відсутність тенденції до високого прояву більшості з них (рис.3.7).

Дані, наведені на рисунку, показують, що у вибірці домінує помірний рівень вираженості таких позитивних стратегій, які принципово придатні для зниження стресу, а саме: самосхвалення у 100 % досліджуваних; самовиправдання у 98,3 %; контроль ситуації у 91,6 %; заміщення у 71,4 %; відволікання у 66,8 %; психом'язова релаксація у 64,3 %. Це може свідчити про відсутність у більшості пацієнтів високої активності в будь-якій конкретній стратегії подолання, а їхня реакція на стрес є взаємодією декількох різних стратегій [3.10, С. 208], що вказує на гнучкість та різноманітність вибору різних копінг-стратегій залежно від конкретних умов та особистих потреб [3.103, С. 11]. Також можливий недостатній рівень навичок ефективного подолання стресу, проте такий, якого вистачає, щоб залишатися в зонах комфорту і уникати надмірних стресових ситуацій [3.107, С. 105]. Тобто, йдеться про рівноважне та адаптивне управління стресом.

Якщо додати факт, що близько половини досліджуваних продемонстрували низькі оцінки за позитивними стратегіями самоствердження, самоконтролю та позитивної самомотивації, а стратегією зниження значення стресової ситуації 86,1 % пацієнтів майже не користуються, це може свідчити про деякі потенційні проблеми, що ускладнюють їх здатність ефективно долати стрес.

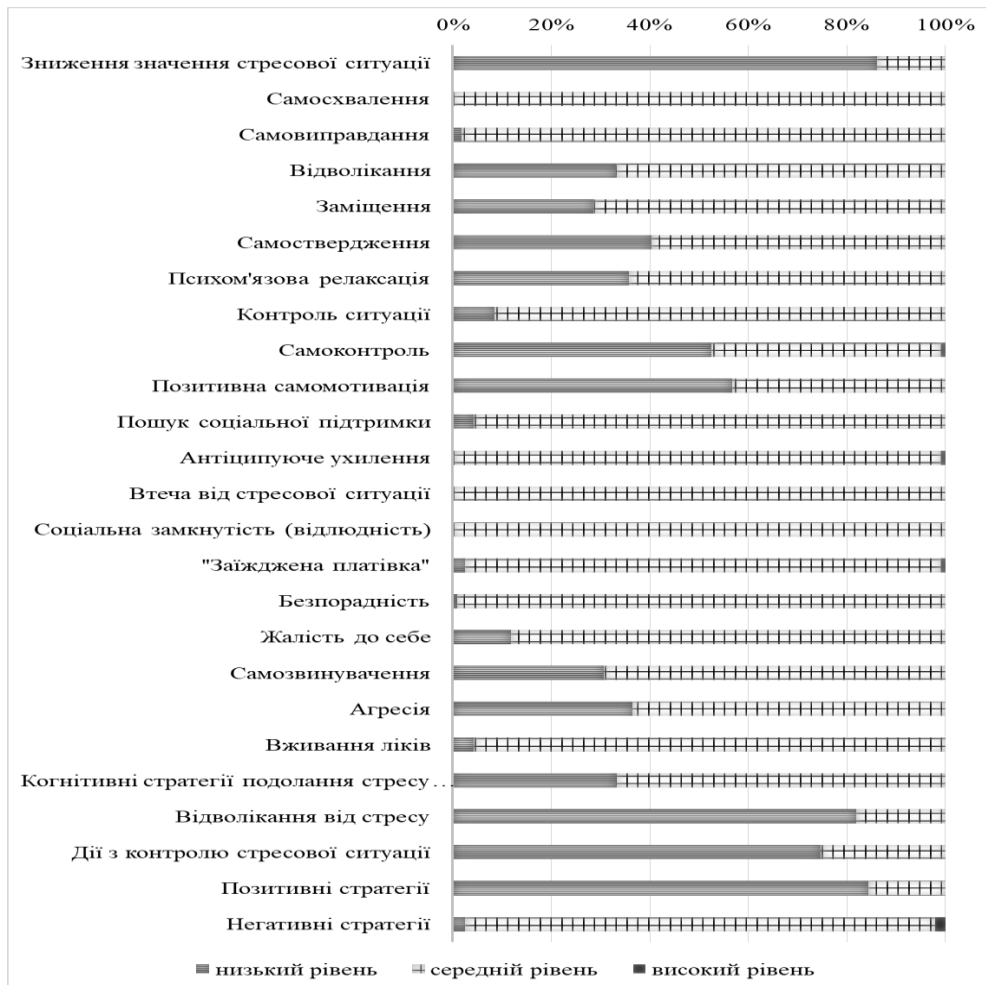


Рис. 3.7. Розподіл досліджуваних за рівнями прояву стратегій подолання важких життєвих ситуацій

Такі пацієнти погано усвідомлюють свої переваги, цінності та можливості. Їхня невпевненість заважає підтримувати емоційну стійкість у складних обставинах, обмежує здатність керувати своїми емоціями. Крім того, люди, які майже не користуються стратегією зниження значення стресової ситуації, зазвичай перебувають під впливом негативних думок, сприймають обставини як безнадійні, а отже – потребують допомоги ззовні.

Вираженість узагальнених показників позитивних стратегій вказує на те, що найбільш уживаною є група когнітивних стратегій подолання стресу в сенсі зниження його значущості, що помірно застосовуються 66,8 % респондентів, тоді як стратегіями відволікання від стресу більш-менш користуються 18,1 %, а контроль стресових ситуацій здійснюють 25,2 % з них. Тобто, пацієнтам притаманне бажання змінювати своє ставлення до стресових

ситуацій, прагнення знизити їх важливість шляхом когнітивних стратегій переоцінки ситуації, пошуку позитивних аспектів, зміни погляду на неї шляхом порівняння з іншими проблемами.

Звернемо увагу на те, що за негативними стратегіями подолання важких життєвих ситуацій у вибірці також визначено переважання помірною рівня, яке сягає 100 % за показниками втечі від стресової ситуації та соціальної замкнутості, 99,2 % за показником беспорядності, 96,6 % за показником «заїжджена платівка», 88,2 % за показником жалості до себе та 69,3 % за показником самозвинувачення. А отже, йдеться про можливість неадаптивного або неефективного реагування в стресових ситуаціях, які не допомагають вирішити проблеми, а навіть погіршують її стан. Крім того, пригнічений стан, коли людина відчуває втрату контролю та відчай, низька самооцінка, тенденція критикувати себе свідчать про неможливість упоратися зі стресом без психологічної підтримки.

Порівнюючи дані про вираженість двох показників, що узагальнено визначають позитивні та негативні стратегії подолання важких життєвих ситуацій, зазначимо, що серед досліджуваних 95,4 % таких, хто помірно застосовують негативні стратегії. З іншого боку, лише дуже невелика кількість досліджуваних (15,5%) виявили схильність використовувати позитивні стратегії подолання з помірною вираженістю. Ці дані вказують на те, що більшість людей у важких життєвих ситуаціях схильні спрямовувати зусилля на уникнення або зменшення стресу, зокрема на негативне реагування на стресові ситуації, або шукати засоби для тимчасового полегшення. Оскільки такі стратегії можуть збільшити рівень стресу та погіршити стосунки з іншими, схильність до негативних стратегій подолання може впливати на емоційне здоров'я та загальний стан як психічного, так і психологічне благополуччя.

Щодо чотирьох стратегій, які повною мірою не можуть уважатися позитивними або негативними, більшість досліджуваних також продемонстрували середній рівень застосування кожної з них. З одного боку,

досліджувані демонструють певні очікування на позитивну реакцію оточення та отримання необхідної допомоги, з іншого, замість активного стикання зі стресом, вони спрямовують зусилля на уникнення ситуації або зменшення її впливу на свої емоції та поведінку, навіть шляхом агресивної розрядки або вживання ліків.

Переходячи до аналізу психологічного ефекту застосування типових стратегій подолання важких життєвих ситуацій, що надає уявлення про те, наскільки вони є ефективними для психологічного благополуччя, здійснено вивчення індивідуальних даних щодо прояву ознак професійного вигорання. Ці дані показали, що емоційне виснаження лише у 17,6 % пацієнтів мало низький рівень прояву, помірно вираженим воно було у 40,8 % респондентів, а в решти визначався високий (у 27,3 %) або дуже високий рівень (14,3 %). Тобто, більш як третина учасників дослідження відчувала незначний рівень перевантаженості, а понад чверть переживала почуття втоми та безсилля внаслідок довготривалого стресу, надмірного навантаження або дисбалансу між роботою та особистим життям.

Показник деперсоналізації в більшості (61,3 %) досліджуваних був на середньому рівні. Водночас у вибірці були як такі, хто мав низькі значення за ним (22,3 %), так і люди з високим рівнем цинізму (13,4 %). Тобто, серед учасників дослідження були присутні особи, які мали різні підходи до сприйняття та ставлення до інших людей. Проте, для більшості була притаманна здатність реалістично сприймати себе, свою роль та взаємодію з іншими, без занадто сильного відчуття віддаленості, відчуження або невпевненості. Вони добре розуміють свої емоції та емоційні потреби, а також мають здатність підтримувати стійкі та здорові стосунки з іншими людьми.

Індивідуальні дані за показником редукції особистих досягнень у більшості респондентів відповідали або середньому (53,8 %), або низькому рівню прояву (31,9 %), і лише 14,3 % мали високі оцінки за цим показником. Ці дані доводять, що загалом досліджувані зазвичай мають позитивне

сприйняття своїх досягнень, здатні реалістично їх оцінювати, але можуть час від часу відчувати необхідність підтверджувати (підживлювати) власні успіхи.

Узагальнений показник емоційного вигорання представлений даними, більшість яких може називатися помірними (50,8 %) або високими (37,4 %). Лише дехто з досліджуваних демонстрував низькі (9,2 %) або дуже високі оцінки за ним (2,6 %). А отже, багато досліджуваних відчуває певну втому, роздратування, внаслідок тривалого або надмірного навантаження. Як зазначають М. Павлюк, Д. Журавська, Н. Клімишина [3.76, С. 237], такий стан здатний суттєво впливати на їхні емоційне здоров'я та добробут, викликати зниження продуктивності на роботі, а також впливати на якість міжособистісних стосунків. Без сумніву, ці люди перебувають у складних або високонавантажених ситуаціях та не мають ефективних стратегій подолання стресу [3.43, С. 276].

Отже, встановлено, що більше третини досліджуваних визначалася як такі, що помірно відчують дію стрес-факторів різного змісту, а половина пацієнтів були високо уразливі до стресу. У відповідь на дію численних стресорів більшість з них були схильні спрямовувати зусилля на уникнення або зменшення стресу, зокрема на негативне реагування на стресові ситуації, або шукали засоби для тимчасового полегшення. Проте, в деяких обставинах пацієнти були здатні змінити своє ставлення до стресових ситуацій, знизити їх важливість шляхом переоцінки ситуації, пошуку позитивних аспектів, змінити погляд на неї, порівнюючи з іншими проблемами. Такі дії не завжди були ефективними, адже внаслідок тривалого або надмірного навантаження багато досліджуваних відчували стан емоційного вигорання.

Вивчивши кореляційні зв'язки показників, що характеризують реакцію досліджуваних на стрес, з психологічними проявами емоційного здоров'я, можна побачити, що показник опірності стресу від'ємно пов'язаний з усіма показниками, що свідчать про емоційний стан (табл.3.13).

Взаємозв'язки психологічних проявів емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями з особливостями їхньої реакції на стрес

Реакції на стрес	Психологічні прояви емоційного здоров'я								
	ЕЗ	С	А	Н	СТ	ЕВ	ПП	ВБ	ЕС
ОС	-0,155*	-0,286**	-0,329**	-0,267**	-0,192**	-0,162*	-0,159*	-0,245**	-0,207**
СП1		-0,136*	-0,161*	-0,130*					
СП2	0,393**	0,625**	0,449**	0,520**	0,260**	0,205**	0,192**		0,217**
СП5	0,586**	0,328**	0,143*	0,242**					
СП7		-0,148*							
СП11	-0,595**	-0,350**	-0,157*	-0,273**			-0,145*		
СП12			0,140*		0,198**			0,144*	
СП13			0,171**						
СП14	-0,592**	-0,354**	-0,168**	-0,280**		-0,146*	-0,146*		
СП15	-0,463**	-0,296**	-0,187**	-0,254**		-0,172*			
КСП		-0,146*		-0,150*			-0,156*	-0,165*	-0,163*
ВСП	0,329**	0,370**	0,265**	0,316**					
ДКС			0,140*			0,145*	0,187**	0,220**	0,208**
ПСП	0,207**	0,191**	0,159*	0,135*			0,165*		0,149*
НСП	-0,294**	-0,244**	-0,182**	-0,194**					
В	-0,300**	-0,215**	-0,145*	-0,205**					
Д	-0,142*	-0,156*		-0,150*	-0,250**		-0,225**	-0,152*	-0,228**
РОД		-0,133*					-0,176*		-0,156*
ЕВ	-0,258**	-0,230**	-0,148*	-0,214**					

Примітки: ЕЗ – рівень емоційного здоров'я, С – самопочуття, А – активність, Н – настрої, СТ – спокій-тривога, ЕВ – енергійність-виснаження, ПП – піднесення-пригніченість, ВБ – впевненість у собі-безпорадність, ЕС – сумарна оцінка емоційного стану, ОС – ступінь опірності

стресу, СП1 – зниження значення стресової ситуації, СП2 – самохвалення, СП5 – заміщення, СП7 – психом'язова релаксація, СП11 – пошук соціальної підтримки, СП12 – антиципуюче ухилення, СП13 – втеча від стресової ситуації, СП14 – соціальна замкнутість (відлюдність), СП15 – «заїжджена платівка», КСП – когнітивні стратегії подолання стресу в сенсі зниження його значущості, ВСП – відволікання від стресу, ДКС – дії з контролю стресової ситуації, ПСП – позитивні стратегії, НСП – негативні стратегії, В – емоційне виснаження, Д – деперсоналізація, РОД – редукція особистих досягнень, ЕВ – емоційне вигорання; * – кореляції статистично достовірні на рівні $p < 0,05$; ** – на рівні $p < 0,01$.

Беручи до уваги особливості інтерпретаційної схеми за методикою Т. Холмса і Р. Раге, дані таблиці показують, що за умови нормальної опірності до стресу зростає емоційне здоров'я, покращується самопочуття, активність, настрої та загальний емоційний стан, як ми вважаємо, через здатність знаходити конструктивні способи подолання стресу, уникати розладу та втрати емоційного рівноваги. Водночас за умови значної стресової уразливості збільшується схильність до негативних емоцій, станів депресії або тривоги, а отже їх загальне емоційне здоров'я стає менш комфортним.

Також зазначимо, що лише деякі стратегії подолання важких життєвих ситуацій корелюють на достатньому рівні з показником емоційного здоров'я. Прямі кореляції свідчать про те, що позитивні стратегії подолання стресу (такі як самохвалення, заміщення, відволікання від стресу та загальні позитивні стратегії) пов'язані з тенденцією до комфортного стану емоційного здоров'я. Це означає, що люди, які використовують ці позитивні стратегії, можуть бути більш схильними до позитивного самопочуття, мають менше симптомів стресу, та загалом переживають більший рівень комфорту. Від'ємні кореляції показують, що деякі негативні стратегії подолання стресу (очікування щодо соціальної підтримки, соціальна замкнутість, зацикленість на негативних думках та поведінці, які не допомагають, а також негативні стратегії загалом)

співвідносяться з тенденцією до дискомфортного стану емоційного здоров'я. Це може означати, що люди, які частіше використовують ці негативні стратегії, можуть відчувати більші рівні стресу, емоційного незадоволення, депресії, тривоги та роздратування.

Крім того, є певні стратегії подолання, які прямо не пов'язані з емоційним здоров'ям, але корелюють з деякими емоційними станами (з активністю, спокоєм, енергійністю, впевненістю в собі). Такі прямі кореляції виявляють стратегії антиципуючого ухилення, втечі від стресової ситуації та дії з контролю стресової ситуації. Кореляції вказують на позитивну дію означених стратегій на покращання емоційного стану досліджуваних. Від'ємні кореляції знайдено між стратегіями зниження значення стресової ситуації, психом'язової релаксації, когнітивними стратегіями подолання стресу в сенсі зниження його значущості та показниками САН і емоційними станами. А отже, ці стратегії не сприяють нормалізації емоційного стану, який характеризується зниженим самопочуттям, пригніченим настроєм, пригніченим емоційним станом.

Щодо проявів емоційного вигорання, всі їхні кореляції з психологічними проявами емоційного здоров'я мають від'ємний характер. Безпосередньо з показником ЕЗ водночас пов'язані показники емоційного виснаження, деперсоналізації та загального показника емоційного вигорання. Також спостерігаються поодинокі від'ємні зв'язки окремих проявів професійного вигорання з іншими емоційними станами досліджуваних. Тобто, якщо людина переживає високий рівень емоційного вигорання, це може вплинути на її емоційне здоров'я, спричинити зниження самопочуття, почуття втоми та негативні емоції. З іншого боку, низький рівень емоційного вигорання може підтримувати більш високий рівень емоційного здоров'я, сприяти позитивному самопочуттю, стабільності та покращанню реакції на стресові ситуації.

Переходячи до розгляду кореляцій показників, що описують реакцію на стрес, з фізіологічними проявами емоційного здоров'я, звернемо увагу

на те, що показник опірності стресу прямо пов'язаний з усіма показниками (табл.3.14).

Таблиця 3.14

Взаємозв'язки фізіологічних проявів емоційного здоров'я військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями з особливостями їхньої реакції на стрес

Реакції на стрес	РБ	ЧСС	ТТ	ЧД
ОС	0,130*	0,338**	0,165*	0,340**
СП1		0,168*	0,154*	0,190*
СП2	-0,339**	-0,404**	-0,180*	-0,310**
СП5	-0,348**			
СП11	0,349**			
СП13		-0,172*	-0,165*	-0,156*
СП14	0,337**			
СП15	0,336**			
СП16		-0,181*		-0,155*
СП18	-0,130*			
СП20			-0,154*	-0,212**
КСП		0,157*		0,185*
ВСП	-0,230**	-0,279**		-0,178*
ДКС		-0,200**		-0,204**
НСП	0,236**			
В	0,209**			
Д	0,135*			
РОД	0,147*			
ЕВ	0,159*	0,164*		

Примітки: РБ – больові відчуття, ЧСС – частота серцевих скорочень, ТТ – температура тіла, ЧД – частота дихання, ОС – ступінь опірності стресу, СП1 – зниження значення стресової ситуації, СП2 – самохвалення, СП5 – заміщення, СП11 – пошук соціальної підтримки, СП13 – втеча від стресової ситуації, СП14 – соціальна замкнутість (відлюдність), СП15 – «заїжджена платівка», СП16 – безпорадність, СП18 – самозвинувачення, СП20 – вживання ліків, КСП – когнітивні стратегії

подолання стресу в сенсі зниження його значущості, ВСП – відволікання від стресу, ДКС – дії з контролю стресової ситуації, НСП – негативні стратегії, В – емоційне виснаження, Д – деперсоналізація, РОД – редукція особистих досягнень, ЕВ – емоційне вигорання; * – кореляції статистично достовірні на рівні $p < 0,05$; ** – на рівні $p < 0,01$.

Цей факт засвідчує, що за високою стресовою уразливістю суб'єктивне відчуття болю зростає, що посилюється збільшенням показників частоти серцевих скорочень, температури тіла та частоти дихання.

Прямі кореляції виявлено між фізіологічними проявами емоційного здоров'я та стратегіями подолання важких життєвих ситуацій, такими як зниження значення стресової ситуації, соціальна замкнутість, «заїжджена платівка», когнітивні стратегії подолання стресу в сенсі зниження його значущості та з негативними стратегіями подолання стресу. Від'ємні кореляції з фізіологічними проявами емоційного здоров'я показали стратегії самосхвалення, втечі від стресової ситуації, безпорадності, самозвинувачення, відволікання від стресу та певних дій, спрямованих на контроль стресової ситуації. Тобто, негативні стратегії більшою мірою співвідносяться з фізіологічними проявами, що вказують на дискомфортний стан емоційного здоров'я. Щодо позитивних стратегій подолання важких життєвих ситуацій, фізіологічні прояви емоційного комфорту краще в людей, які вдаються до відволікання від стресу та до дій, спрямованих на контроль стресової ситуації.

Також зафіксовано, що показники емоційного вигорання переважно пов'язані лише із суб'єктивним відчуттям болю. Цей зв'язок є прямим, і з нього випливає, що стан психологічного виснаження та втрати енергії зазвичай підвищує больові відчуття, яких зазнають військовослужбовці з отоларингологічними захворюваннями.

Отже, серед реакцій на стрес найбільш обґрунтованими як внутрішні ресурси емоційного здоров'я виявлені достатня стресова опірність,

що забезпечується вдалим використанням позитивних стратегій відволікання від стресу, а також шляхом зниження його значущості за рахунок порівняння своїх обставин з ще більшими негараздами інших людей. У таких обставинах можна попереджувати розвиток стану психологічного виснаження та утримувати емоційне здоров'я на певному рівні комфорту.

Таким чином, проведене кореляційне дослідження виявило, що стан емоційного здоров'я прямо пов'язаний з комплексом психологічних проявів, до якого належать самопочуття, активність, настрій, рівень тривоги, оптимізму, впевненості у собі та загальний емоційний фон життєдіяльності. Цей комплекс від'ємно корелює з ознаками фізичного здоров'я: суб'єктивним відчуттям болю; частотою серцевих скорочень; температурою тіла; частотою дихальних рухів.

Також встановлено, що прояви емоційного здоров'я корелюють з емоційною саморегуляцією, емоційною зрілістю, врівноваженістю, самоконтролем, оптимізмом, життєстійкістю, вдалим використанням позитивних стратегій відволікання від стресу, зниження його значущості за рахунок порівняння своїх обставин із ще більшими негараздами інших людей, що попереджує розвиток стану психологічного виснаження та утримує емоційне здоров'я на певному рівні комфорту. Такі зв'язки доводять, що вказані якості можна уналежнити до особистісного ресурсу емоційного здоров'я людини та можуть служити орієнтиром для розробки програм підтримки та психологічного супроводу, спрямованих на зміцнення емоційного та психологічного благополуччя людей, особливо в умовах стресових ситуацій.

3.4. Динаміка стану емоційного здоров'я на різних етапах отоларингологічних захворювань

Як було показано вище, досить значна частка людей, які потрапляють на лікування з отоларингологічними захворюваннями, окрім болісної

та неприємної симптоматики, яка його супроводжує, має стан емоційного здоров'я, що характеризується різного рівня психологічним дискомфортом. Залишається відкритим питання, чи нормалізується цей стан протягом лікування природним шляхом або є нагальна потреба в застосуванні спеціальної психотерапевтичної системи для його покращання. З цією метою проведено дослідження динаміки стану емоційного здоров'я на різних етапах лікування військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями протягом тижня. До участі залучено 25 осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні. Щоденно ввечері в них фіксувалися показники ЧСС, температури та ЧД, а також здійснювалася самооцінка функціонального стану за методикою САН. У перший та останній день проводилася методика «Самооцінка емоційного здоров'я» (див. Додаток Д, табл. Д.1).

Дані, представлені на рисунку 3.8, показують, що самопочуття пацієнтів вже на другий день помітно зростає, далі протягом третього, четвертого та п'ятого дня покращання самопочуття відбувається менш стрімко, а на шостий та сьомий день зміни майже не помітні.

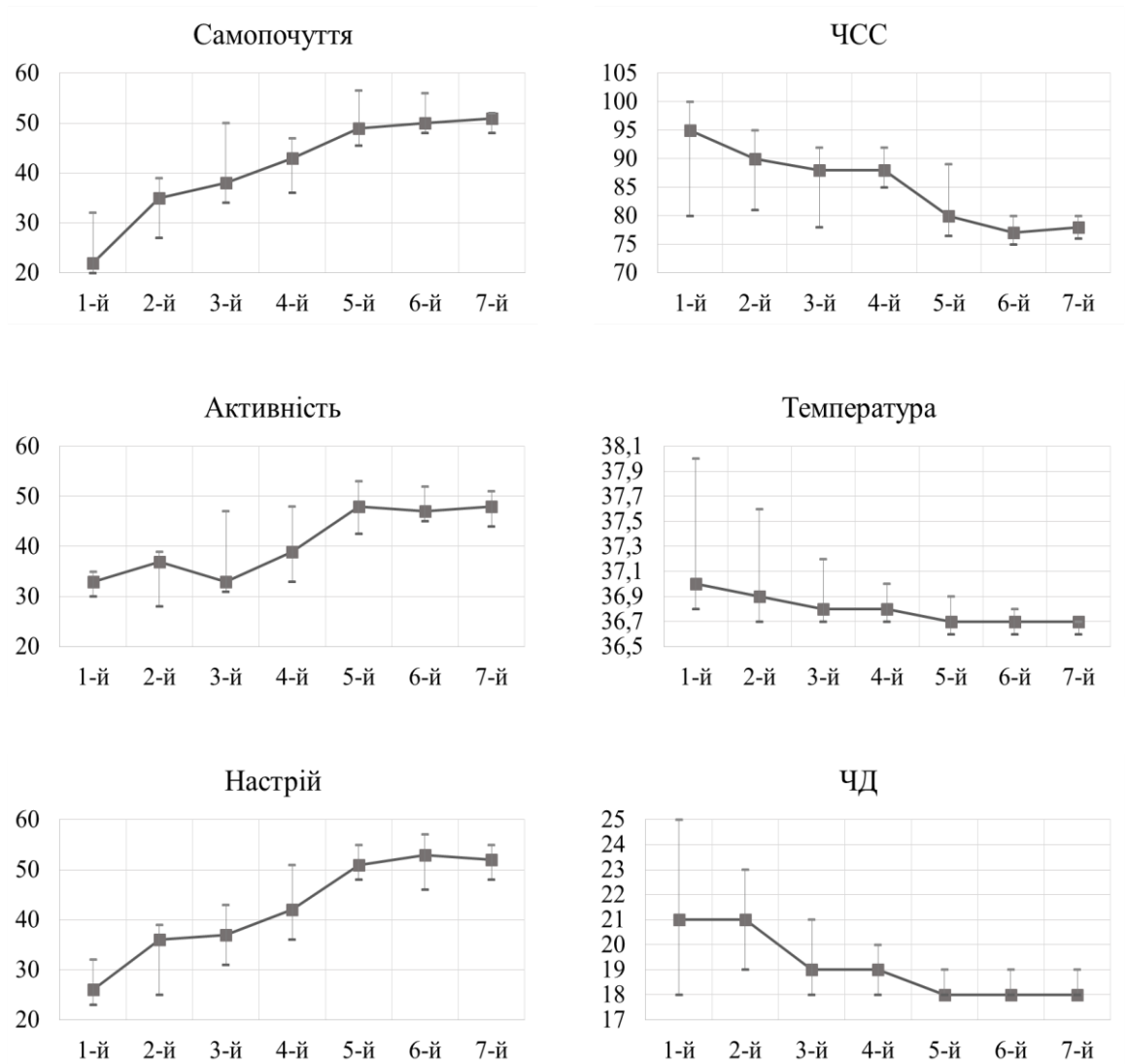


Рис.3.8. Значення медіан (Me) та кватилів розподілу (P_{25} ; P_{75}) показників емоційного здоров'я пацієнтів із захворюванням ЛОР-органів протягом лікування, де $- P_{25}$; $- \blacksquare - Me$; $- P_{75}$.

При подальшому статистичному аналізі (табл. 3.15) встановлено, що статистично достовірними виявляються зміни, що відбулися в самопочутті досліджуваних на другий ($U=195,5$; $p<0,05$), третій ($U=189,5$; $p<0,05$) та на п'ятий день лікування ($U=165$; $p<0,001$), а також при порівнянні результатів першого та останнього дня перебування в госпіталі ($U=43$; $p<0,001$).

Таблиця 3.15

Зміни у психологічних та фізіологічних проявах емоційного здоров'я досліджуваних з отоларингологічними захворюваннями протягом лікування (n=25)

Прояви ЕЗ	День	Статистичні показники						
		М	σ	P ₂₅	Me	P ₇₅	U	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Самоп очуття	1-й	27,4	9,85	20	22	32	–	–
	2-й	32,3	8,06	27	35	39	195,5	0,02*
	3-й	40,0	8,89	34	38	50	189,5	0,02*
	4-й	42,2	8,67	36	43	47	269	0,40
	5-й	48,7	7,60	46	49	57	165	0,001*
	6-й	51,0	5,95	48	50	56	262	0,33
	7-й	49,8	5,64	48	51	52	289	0,65
Актив ність	1-й	33,6	7,12	30	33	35	–	–
	2-й	35,1	7,54	28	37	39	246	0,20
	3-й	37,4	8,42	31	33	47	282	0,55
	4-й	40,8	8,29	33	39	48	223	0,08
	5-й	46,4	7,64	43	48	53	195,5	0,02*
	6-й	47,3	6,93	45	47	52	291,5	0,68
	7-й	47,4	6,21	44	48	51	311,5	0,98
Настрі й	1-й	29,0	9,44	23	26	32	–	–
	2-й	32,9	8,31	25	36	39	216	0,06
	3-й	37,4	8,25	31	37	43	225	0,09
	4-й	44,3	9,94	36	42	51	193,5	0,02*
	5-й	49,6	9,08	48	51	55	210,5	0,05*
	6-й	51,1	7,60	46	53	57	281,5	0,55
	7-й	50,8	6,65	48	52	55	289	0,65
ЧСС	1-й	92,2	10,63	80	95	100	–	–

	2-й	88,6	8,65	81	90	95	226,5	0,09
	3-й	86,3	8,23	78	88	92	253,5	0,25
	4-й	88,2	7,34	85	88	92	271	0,42
	5-й	82,4	6,26	77	80	89	163	0,01*
	6-й	78,7	4,53	75	77	80	195,5	0,06
	7-й	79,2	3,66	76	78	80	261,5	0,32
	Темпе ратура	1-й	37,3	0,73	36,8	37,0	38,0	–
2-й		37,1	0,49	36,7	36,9	37,6	253,5	0,25
3-й		36,9	0,35	36,7	36,8	37,2	250	0,22
4-й		36,9	0,28	36,7	36,8	37,0	295	0,73
5-й		36,8	0,18	36,6	36,7	36,9	212	0,11
6-й		36,7	0,16	36,6	36,7	36,8	224	0,18
7-й		36,7	0,15	36,6	36,7	36,7	294,5	0,72
ЧД	1-й	21,5	3,42	18	21	25	–	–
	2-й	20,9	2,70	19	21	23	286	0,60
	3-й	19,7	1,99	18	19	21	235	0,13
	4-й	19,5	1,87	18	19	20	299,5	0,80
	5-й	18,3	0,78	18	18	19	172	0,01*
	6-й	18,2	0,82	18	18	19	257	0,48
	7-й	18,3	0,90	18	18	19	283,5	0,55
ЕЗ	1-й	2,1	1,05	1	2	2	–	–
	7-й	4,1	0,60	4	4	4	55	0,001*

Примітки: М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, M_e – медіана, P_{25} , P_{75} – квантилі розподілу, n – кількість досліджуваних, U – значення критерію Манна-Уїтні, p – рівень достовірності; * -зміни статистично достовірні.

Звертаючись до відомостей про зміни настрою пацієнтів протягом семи днів лікування, виявлено, що його динаміка має схожі риси, де є помітне зростання на другий, четвертий та п'ятий день. Проте, статистично достовірними на рівні $p < 0,05$ є лише позитивні зміни настрою на четвертий

($U=193,5$) та на п'ятий день лікування ($U=210,5$). Аналогічно вони зафіксовані різницею у результатах першого та сьомого тестування ($U=41$; $p<0,001$).

Розглядаючи динаміку активності пацієнтів, зауважимо на її незначному коливанні протягом перших трьох днів, стійкому зростанні на четвертий та п'ятий дні лікування та подальшій стабілізації останніми двома днями перебування в госпіталі. Водночас розрахункові значення критерію Манна-Уїтні досягають п'ятивідсоткового рівня достовірності лише при порівнянні результатів четвертого та п'ятого дня ($U=195,5$). Загальна позитивна динаміка також знаходить своє статистичне підтвердження при порівнянні результатів першого та останнього днів лікування ($U=57,5$; $p<0,001$).

Крім того, певні зміни, що свідчать про покращання фізіологічного стану здоров'я, відбулися у значеннях показників ЧСС, температури та ЧД. Так, за сім днів лікування показник ЧСС, якщо спиратися на квартилі розподілу, знизився з 95 до 78 ударів за хвилину ($U=119,5$; $p<0,001$), температура знизилася з 37°C до $36,7^{\circ}\text{C}$ ($U=92$; $p<0,001$), а ЧД зменшилася з 21 до 18 дихальних рухів за хвилину ($U=138$; $p<0,01$).

Порівняння результатів визначення досліджуваними власного стану емоційного здоров'я в перший та останній день перебування на лікуванні показало, що протягом цих днів суб'єктивна оцінка за відповідним показником зросла з 2 балів до 4 балів ($U=55$; $p<0,001$), наприкінці лікування стабільно комфортному стану, що характеризується спокоєм, відчуттям емоційного комфорту. Крім того, вони вважали себе здатними впоратися зі змінами та невизначеністю в житті, відчувати, виражати та керувати своїми емоціями, стримувати бурхливі прояви. Їх майже не турбували прояви тривоги, пригнічення або роздратування, доброзичливо ставитись до людей, спілкуватися з ними.

Таким чином, виходячи з наведених даних, протягом тижня лікування у пацієнтів значно знижуються параметри ЧСС, температури тіла, ЧД, суттєво покращуються самопочуття, активність, настрій та стан емоційного здоров'я в цілому. Також, можна визначити певні закономірності динаміки емоційного

стану осіб із захворюваннями ЛОР-органів. По-перше, на початку лікування зростає лише самопочуття військовослужбовців, яке не супроводжується покращанням активності та настрою. Стрімке піднесення емоційного стану на рівні всіх його проявів відбувається лише на п'ятий день перебування в госпіталі. По-друге, суттєве покращання емоційного стану та суб'єктивного відчуття емоційного здоров'я супроводжують нормалізацію стану організму під час одужання.

Разом з тим, доцільно звернути увагу на те, що відновлення стану емоційного здоров'я лише у 24 % пацієнтів протягом лікування досягало позитивно комфортного рівня. Тобто, є значна кількість військовослужбовців, які мають потребу в поліпшенні цього стану. Останнє спонукало до пошуку спеціальних систем психотерапевтичних засобів, спрямованих на покращання стану емоційного здоров'я в умовах лікувального закладу.

3.5. Розробка та експериментальна апробація системи соціально-психологічного супроводу терапії сміхом для покращання стану емоційного здоров'я в умовах лікування військовослужбовців

Узагальнення даних щодо застосування сучасних психотерапевтичних технологій [3.40, 3.47, 3.51, 3.79, 3.86, 3.102 та ін.] показало, що відновлення емоційного здоров'я з отоларингологічними захворюваннями може охоплювати різні техніки: психологічну підтримку, релаксаційні техніки, спеціальну фізичну активність та ін. Основою для відновлення емоційного здоров'я є соціально-психологічний супровід, що в свою чергу забезпечує підтримку людини, відновлення внутрішніх ресурсів та стає медіатором покращання її емоційного та психологічного стану.

Враховуючи певні ресурсні обмеження, пов'язані із перебуванням військових у госпіталі (тривалість лікування, матеріальне забезпечення, брак вільного часу у медперсоналу), а також вибірку досліджуваних (їх вік, військовий статус, особливості захворювань, скорочені терміни перебування

на лікуванні), було обрано терапію сміхом як допоміжний засіб лікування військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями завдяки створенню в них позитивно комфортного стану емоційного здоров'я.

Терапія сміхом у цих умовах належить до психологічних технік гумору та до позитивної психотерапії, що може бути реалізована в певний час. Цей різновид психологічної допомоги спрямований на роботу з людьми, в яких реакції на стресові події не набули хронічної форми. Вони мають на меті допомогу військовослужбовцям у поверненні до нормального процесу відновлення після травматичної події [3.104, С. 110].

Порівняно з іншими методами вона має декілька переваг. По-перше, її застосування сприяє зниженню напруженості, покращує настрій, формує оптимістичне налаштування на одужання. По-друге, створює розслаблену і комфортну атмосферу, чим допомагає побудувати позитивні відносини з іншими хворими та медичним персоналом. По-третє, знижує суб'єктивні болісні відчуття, підвищує рівень кисню в крові, зміцнює імунну систему, нормалізує артеріальний тиск. Такий метод є доступним та легким заходом психотерапевтичного впливу, оскільки не потребує спеціального обладнання або професійного навчання. Крім того, ризик побічних ефектів від його застосування мінімізовано [3.75, 3.94 та ін].

Унаслідок попередньої роботи, нами було побудовано систему терапії сміхом, яка спрямовувалася на створення позитивно комфортного стану емоційного здоров'я протягом лікування захворювання та була розрахована на сім днів.

Плануючи змістову сторону системи, ми опиралися на такі принципи її побудови. Перший принцип – відповідності культурному, соціальному, віковому, статусному, ситуаційному та індивідуальному контексту, дотримання якого напряму пов'язане з вірогідністю терапевтичного ефекту. Йдеться про те, що гумор – це засіб особистісної регуляції, що використовується особистістю на різних рівнях її функціонування: біологічному, соціальному, рефлексивному та особистісному [3.109].

Також гумор має культурну специфіку, певний його різновид може бути допустимий для представників однієї культури, але некоректним або образливим у іншій. З тієї ж причини важливо використовувати гумор, який відповідає інтересам та розумінню людей певного віку, соціального статусу, професії та статусу в суспільстві. Важливо враховувати обставини, в яких використовується гумор, оскільки певні його прояви можуть не відповідати серйозності чи тривожності ситуації, але дуже корисним у ситуаціях, де пацієнтам потрібно розслабитися та відволіктися. Крім того, кожна людина має свої індивідуальні переконання, почуття гумору та межі комфорту, а отже, варто уникати змісту, який може спричинити дискомфорт або образу.

Другий принцип – системної дії на індивідуально-психологічні відмінності особистості, який передбачає змістову композицію, що одночасно вирішує низку завдань: формує позитивний погляд на життя, зокрема на актуальні проблеми, сприяє зниженню напруження, зміцненню стресовій опірності та підвищенню самооцінки.

Третій принцип – дотримання етичних норм, відповідно до якого зміст системи терапії сміхом повинен бути безпечним. Важливо уникати гумору, який може порушити етичні норми та викликати негативну реакцію. Звідси, терапевт має бути уважним до реакцій пацієнтів та враховувати їхні особисті кордони.

Четвертий принцип – гнучкості, за яким система психотерапії сміхом має бути гнучкою та адаптованою до індивідуальних потреб хворого та контексту, в якому відбувається лікування. Гумор може стати потужним інструментом для покращання емоційного стану, сприяти релаксації, зняттю стресу та створенню позитивного настрою, але лише тоді, коли він відповідає потребам та можливостям конкретної особи.

А отже, керуючись цими принципами, система психотерапії складається з двох основних елементів. Перший елемент – це загальна методика, де надаються пояснення щодо того, коли та якої тривалості буде здійснюватися вплив на хворого. Другий елемент – це колекція гумористичних

відео різної тематики. Для кожного досліджуваного індивідуально складається добірка відео з цієї колекції. Такий підхід дозволяє налаштувати вплив на особисті потреби та ситуаційний контекст кожного, забезпечуючи більш ефективний та персоналізований результат.

Загальна методика представлена у вигляді інструкції для користувача, тобто клінічного психолога (психотерапевта) закладу, в якому реалізується система терапії сміхом.

Цільова аудиторія: військовослужбовці, які перебувають на стаціонарному лікуванні із легкою, функціональною, органічною формами захворювання з больовими відчуттями та неприємною симптоматикою, що викликає дискомфортний стан емоційного здоров'я.

Вікова категорія: від 19 до 70 років.

Ціль: створення позитивно комфортного стану емоційного здоров'я, чим зосереджувати їх на позитивних сторонах лікування, пошуку ресурсів для поліпшення стану здоров'я, та позитивно впливати на загальний терапевтичний ефект.

Задачі:

1. Знизити напруженість, тривогу, пригніченість, роздратування, покращити настрій.
2. Сприяти оптимістичному налаштуванню на одужання, зростанню впевненості в своїх силах долати життєві труднощі,
3. Створити комфортну атмосферу під час лікування, побудувати позитивні відносини з іншими пацієнтами та медичним персоналом.
4. Допомогти справлятися з емоційними реакціями на болісні та неприємні симптоми, налагодити спокійний сон, хороший апетит.
5. Стимулювати почуття благополуччя, загального емоційного комфорту.

Форма роботи: індивідуальна.

Часові параметри: сеанси тривалістю 10 хвилин упродовж 6 днів.

Матеріали та оснащення: електронний гаджет (з достатнім обсягом пам'яті для зберігання відео матеріалів та плейлистів); додаток для перегляду відео (наприклад, YouTube); добірка гумористичних відео з різної тематики та стилів; навушники; комфортне місце для перегляду (якщо це можливо): індивідуальна програма терапії сміхом – певний план переглядів відео з урахуванням особливостей пацієнта за принципами побудови змісту системи (який може гнучко коректуватися з урахуванням реакції на попередні перегляди).

Методи, що передбачені до використання: психотерапія сміхом (перегляд гумористичних відео); зворотній зв'язок (коротка розмова з пацієнтом після перегляду відео, спрямована на обговорення вражень та емоцій): оцінка (фіксація реакції на різні відео та врахування їх подальшого підбору відеоматеріалів).

Для складання переліку гумористичних відео різної тематики нами проаналізовано відеоматеріали, які надані у відкритому доступі сайтом Маніфест [3.14], студіями Fox Family Entertainment [3.121], Дизель Студіо [3.17], ICTV [3.99], TeСАМеШоу [3.101], Розсміши коміка [3.85], Квартал 95 Online [3.95], а також каналами М. Свиридюка [3.89], В. Байдака [3.80], С. Лебовски [3.92], В. Мандзюк [3.63], М. Войцеховської [3.129] та багатьма іншими. Вони класифіковані за формою на скетчі, пародії, жартівливі відео-блоги, гумористичні анімації, відео-приколи та комедійні художні фільми.

Перша група – це короткі відео з імпровізаційними сценками або гумористичними діалогами, зазвичай з акторами або коміками. Приміром – це відео Дизель Студіо «Саша збирає речі для Яни» [3.31], Марини Войцеховської «Стендап про роботу, енергетику, дитинство» [3.132], Студії Vertuha «Хлопчик vs чоловік» [3.133] та ін.

Друга група відео спрямована висміювати певний фільм, телешоу, музичний кліп або рекламний ролик. Наприклад, відео від Студії Квартал 95 Online «Реклама» [3.95], від Silirda «Москвич» [3.130], фільми «Гарячі голови» [3.110], «Заряджена зброя» [3.123] та ін.

Відео третього класу охоплюють жартівливі розмови, коментарі або імпровізаційні сцени, які виконує одна або кілька осіб, наприклад, «Ляшко й Тимошенко: eMeBeФ, невістка та скажене роуд-муві – спецвипуск Ньюспалму» [3.71] та ін.

Четверта група має вигляд мультфільмів з гумористичним сюжетом, жартівливими діалогами або гумористичними ефектам, наприклад, «Про пташок» [3.126], «Смішні жирні тварини» [3.114] та ін.

Клас відео-приколів охоплює короткі відео, що містять незвичайні події або смішні випадки, створені навмисно, або випадково зафіксовані, наприклад, «Офіціанти переплутали замовлення та внесли це у рахунок. Хто буде платити?» [3.125], «Люди, які намагаються та зазнають невдач» [3.120] та ін.

Останній клас містить фільми або серіали з комедійним сюжетом або персонажами: «Друзі» [3.41], «Тед Лассо» [3.98], «Чорнобаївка – Будні Українця» [3.129], «Смішні моменти з фільмів та серіалів» [3.92] та ін.

Кожний з цих класів гумористичного відео спрямовувався на створення позитивно комфортного стану емоційного здоров'я протягом лікування.

Остаточо до каталогу було відібрано 136 зразків, які належать до цих класів. Вони розкривають різноманітні теми, але в розробленій нами системі застосовано такі:

– взаємодія між людьми у повсякденному житті («Ледве не з'їв доставника їжі» [3.34], «Лера Мандзюк. Стендап в Мукачеві» [3.63], «Дзюдо Біна» [3.124], «Екстрим-тур автобусом містами Європи» [3.36], «Про пташок» [3.126] та ін.);

– несподівані ситуації на роботі («Даішник у новорічну ніч! Новий закон про автокрісло» [3.19], «Марина Войцеховська – стендап про роботу, енергетику, дитинство [3.132], «Провідниця VIP-вагону на допиті» [3.30], «Хороша і погана командна робота» [3.119] та ін.);

– сімейні відносини, розподіл ролей у родині («У вас 8 дітей! Що ви взагалі знаєте про безпеку?» [3.85], «Десь щось бахнуло!» [3.20], «Співбесіда

на посаду нареченого! Чим вразити тата-єврея» [3.32], «Як зібрати дитяче ліжечко з інструкцією арабською» [3.25], «Батько – токар, дочка – «тік-токар» [3.28], «Як зняти чобіток з ноги дружини» [3.24], «Папаньки з дітьми в контактному зоопарку» [3.29] та ін.);

– порівняння життя в місті та селі («Місто чи село?» [3.101], «Бабуся переїжджає з хрущовки до новобудови на Печерську» [3.18] та ін.);

– політика, релігія («Комедія спостереження за абсурдом» [3.80], «За мудло й летадло! Подяка словакам за допомогу» [3.22], «Чорнобаївка - Будні Українця» [3.129] та ін.),

– міжкультурні взаємодії («Запуск супутника «Січ-2»! Українець на полігоні НАСА» [3.17], «Економні євреї прийшли у звичайний одеський пологовий будинок» [3.35], «Єврей, алкоголік, батьюшка та училка у парфумерному» [3.21] та ін.);

– мода («Про светр Данилова, жирного малого і модняву моду» [3.89], «Мужик на манікюрі» [3.27] та ін.);

– реклама («Реклама» [3.95], «Приколи. Смішна реклама» [3.120] та ін.);

– сексуальність («Чим більше чоловік випив, тим красивіша жінка» [3.33], «Про пісюрик» [3.62] та ін.);

– захворювання та лікарні («Компенсація за побічку від вакцини! Вульгарний єврей в офісі ВООЗ» [3.26], «На трьох» - азартні ігри у лікарні» [3.99], «Зимовий відпочинок на Буковелі» [3.23], «Гарячі голови. Небіжчика до лікарні!» [3.114]) та інші.

Для кожного окремо з колекції відеоматеріалів складається комплекс з шести відео-сеансів з примітками про послідовність їхньої демонстрації. Приклад такої програми неведений у таблиці 3.16.

Таблиця 3.16

Індивідуальний протокол учасника системи терапії сміхом (шифр 67)

Вік:	27 років		
Стать:	чол.		

Діагноз:	перелом кісток носа	ЧСС =100; t = 36,7; ЧД = 21.	
Рівень болю -	7 балів	Емоційний стан: ЕЗ = 1; С = 17; А = 23; Н = 19.	Стрес-фактори: травма (перелом кісток носа), конфлікти з керівником, зміна місця роботи, умов життя, індивідуальних звичок щодо режиму харчування, сну, проведення дозвілля
Скарги:	порушення носового дихання, виділення з порожнини носа, кровотеча		

Зміст системи терапії сміхом

Терміни: Тривалість - 7 днів. Частота переглядів – 1 раз. Тривалість сесії - 10 хвилин. Приблизний час – 11 година ранку.			
День лікування	Зміст терапії	Зворотній зв'язок та оцінка (підкреслити):	Тестування
2 день	За мудло й летаadlo! Подяка словакам за допомогу [3.22]	<u>Задоволення</u> , радість, <u>інтерес</u> , байдужість, образа, огида, пригнічення, роздратування, гнів, обурення, <u>тривога</u> , інше _____	ЧСС =98; t = 36,7; ЧД =25. С = 25; А = 29; Н = 25.
Коментар: відеоматеріали викликають покращання емоційного стану, проте через болісні відчуття та порушення носового дихання воно має короткочасний ефект.			
3 день	Про светр Данилова, жирного малого і модняву моду [3.89]	Задоволення, радість, <u>інтерес</u> , байдужість, образа, огида, пригнічення, <u>роздратування</u> , гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =96; t = 36,7; ЧД = 20. С = 35; А = 37; Н = 30.
Коментар: у процесі перегляду виникали болісні відчуття. Варто запропонувати відео, які не надто активно змушують сміятися, але водночас можуть підняти настрій.			

4 день	Дзюдо Біна [3.124]	Задоволення, радість, інтерес, <u>байдужість</u> , образа, <u>огида</u> , пригнічення, роздратування, гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =94; t = 36,6; ЧД = 17. С = 37; А = 39; Н = 47.
Коментар: зазначив, що віддає перевагу коротким роликам зі звичайного життя. Больові відчуття знижуються. Розмовляє з персоналом та іншими пацієнтами на загальні теми.			
5 день	Люди, які намагаються та зазнають невдач [3.120]	<u>Задоволення</u> , радість, <u>інтерес</u> , байдужість, образа, <u>огида</u> , пригнічення, роздратування, гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =73; t = 36,8; ЧД = 17. С = 59; А = 50; Н = 52.
Коментар: відео викликало позитивні емоції. Можна запропонувати короткі легко усвідомлювані анімації.			
6 день	Про пташок [3.126]; Смішні жирні тварини [3.114]; Льодовиковий період. Континентальний дрейф [3.118]	<u>Задоволення</u> , радість, <u>інтерес</u> , байдужість, образа, <u>огида</u> , пригнічення, роздратування, гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =75; t = 36,2; ЧД = 19. С = 66; А = 48; Н = 52.
Коментар: зазначає суттєве покращання самопочуття та настрою, анімації сприймає краще, ніж відео з коміками			
7 день	«На трьох» - азартні ігри у лікарні [3.99]	<u>Задоволення</u> , радість, <u>інтерес</u> , байдужість, образа, <u>огида</u> , пригнічення, роздратування, гнів, обурення, <u>тривога</u> , інше _____	ЧСС =81; t = 36,8; ЧД = 17. С = 59; А = 58; Н = 61; ЕЗ= 3.
Коментар: занепокоєний щодо майбутнього, зазначає про незначне погіршення емоційного стану через невизначеність.			
Висновок: На момент виписки «шифр 67» має відносно комфортний стан емоційного здоров'я. Спокійний, розслаблений. Самопочуття, активність та настрої у нормі. Незначні прояви тривоги, пов'язаними із перспективою на			

остаточне одужання. Невелика втомлюваність. Потребує періодичного відпочинку. Спокійний сон. Хороший апетит.
--

За даними таблиці можна побачити, що розроблена форма є досить зручною. Вона передбачає всю необхідну для психотерапії інформацію про пацієнта, не вимагає спеціальної психологічної підготовки для проведення сеансів та дозволяє коректувати зміст програми відповідно до особливостей перебігу захворювання, емоційного стану та індивідуальних уподобань пацієнта.

Приклад використання системи терапії сміхом з учасником (шифр 67), є не найкращою спробою, оскільки в результаті нам не вдалося досягти позитивно комфортного стану емоційного здоров'я. Проте, на цьому випадкові досить вдало можна показати, як у ході психотерапії можна змінювати зміст програми.

Учасник (27 років) прибув на лікування з діагнозом «перелом кісток носа». Його пульс на момент обстеження (ЧСС) становив 100 ударів на хвилину, температура тіла – 36,7 градусів Цельсія, а частота дихання (ЧД) – 21 дихальний рух на хвилину. Рівень болю, який він відчував, мав високу інтенсивність та оцінювався у 7 балів. Він мав проблеми з носовим диханням, виділеннями з порожнини носа та кровотечею. Щодо емоційного стану, він відчував мінімальний рівень емоційного здоров'я (ЕЗ = 1), низькі самопочуття (С= 17), активність (А=23) та негативний настрій (Н=19) підтверджували дані про значний емоційний дискомфорт. Серед стрес-факторів, що діяли на момент обстеження, виявлено травму внаслідок перелому кісток носа, конфлікти з керівником, зміну місця роботи, умов життя та індивідуальні звички, такі як режим харчування, сну та проведення дозвілля. Усі ці фактори можуть впливати на його емоційний стан та загальний комфорт.

Розробляючи індивідуальну систему терапії сміхом для хворого чоловіка 27 років з переломом кісток носа, ми враховували його фізичний стан,

настрій та особисті смаки. Тому планувалися гумористичні відео, які не надто активно змушують сміятися (щоб уникнути болю), але, водночас, можуть підняти настрій. До її складу було вирішено додати відео з таких тем: а) гумор про медичне обстеження, наприклад, відео, де герої перебувають у лікарні, комедійні сцени з відвідуванням лікаря, обстеження і таке інше; б) відео з життєвими ситуаціями, перетвореними на карикатурні сцени; в) скетчі зі звичайного життя, які показують незвичайні або смішні ситуації з повсякденного життя, комічні випадки на вулицях, в магазинах чи громадському транспорті; г) анімаційні гумористичні відео; д) відео, які висміюють представників влади.

На другий день перебування в лікарні продемонстровано відео [3.22], в якому меру, який звик до незаконної вигоди, необхідно сказати декілька слів подяки за допомогу словацькою. Але без перекладача та ста грамів йому розібратися досить важко. Зворотній зв'язок від Володимира показав, що відеоматеріали викликають покращання емоційного стану, проте через болісні відчуття та порушення носового дихання дивитись таке відео йому важко.

Наступного дня здійснено спробу продемонструвати скетч-шоу М. Свиридюка [3.89], у якому крім іншого надається сатиричний коментар щодо висловлювання про те, що певна особа, не маючи можливості попередити громадян про наближення війни в Україні, носила чорний військовий светр, тим самим натякаючи на майбутні події. Під час перегляду у пацієнта виникла реакція сміхом на фоні роздратування, скарги на болісні відчуття. Було ухвалено рішення змінити відео, які не надто активно змушують сміятися, але, можуть підняти настрій.

Виходячи з цих міркувань, на четвертий день перебування в лікарні запропонований короткометражний фільм «Дзюдо Біна» [3.124], в якому Бін вирішує спробувати себе в дзюдо. Він потрапляє на тренування і, звісно ж, створює справжній хаос і комічні ситуації. Під час зворотного зв'язку

Володимир зазначив, що віддає перевагу коротким роликам зі звичайного життя.

П'ятого дня демонструвалося відео, яке є збіркою смішних випадків, коли люди намагаються зробити щось, і їм це не вдавалося [3.120]. У відео показано, як люди падають, розбивають речі, зазнають невдач у спорті, танцях, грі на музичних інструментах та інших ситуаціях. Відео має на меті розвеселити глядачів і показати, що ніхто не досконалий. Воно викликало позитивні емоції, проте десятихвилинна добірка є надто довгою. Спільно з пацієнтом наступного дня вирішено переглянути короткі гумористичні анімації.

Саме тому, наступного дня переглянуто три короткометражних анімаційних фільми. «Про пташок» (For the Birds) від студії Pixar [3.126], у якому розповідається історія про групу доволі невеликих пташок, які сідають на дроти електропередачі. Коли на дрот сідає одна більша пташка, інші відмовляються впустити її до свого «клубу». Вони починають жартувати, спробуючи позбавити її рівноваги. Але ситуація виходить з-під контролю, і вони власне падають з дротів. Цей фільм досить популярний серед психологів, має комедійний настрій і передає повчальний моральний сенс на тему взаємодії, толерантності та прийняття інших, незважаючи на їхні розміри чи вигляд. Після цього переглядався короткий мультфільм [3.114], майже позбавлений змісту, про те, як би існували тварини, якби вони мали форму кулі. Наостанок запропоновано частину відомого мультфільму «Льодовиковий період. Континентальний дрейф» [3.118], у якій завдяки білці та її любові до горіха був створений сучасний поділ Землі на материки та океани. Випробуваний зазначив, що анімації сприймаються краще, ніж відео інших типів.

Останнього дня хворий висловлював занепокоєння щодо майбутнього настільки сильно, що призводило до певного погіршення емоційного стану через невизначеність. У жартівливій манері йому запропонували для перегляду невеликий скетч «На трьох – азартні ігри у лікарні» [3.99],

в якому головний хірург грає в карти з завідувачем відділення, програє матеріали, обладнання, нирки пацієнтам та й далі намагається відігратися, пропонуючи легені. Жарт був сприйнятий із задоволенням, стан знервованості дещо знизився.

Внаслідок такої роботи на момент виписки випробуваний зазначав у себе відносно комфортний стан емоційного здоров'я, був спокійним та розслабленим. Його самопочуття, активність та настрої визначені як нормальні. Визначалися невеликі прояви тривоги, пов'язані із перспективою остаточного одужання.

На цьому прикладі продемонстровано, як користуючись загальною методикою, зокрема колекцією відеоматеріалів, може розроблятися та коректуватися індивідуальна програма терапії сміхом, здійснюватися проміжна оцінка, зворотній зв'язок та складатися остаточний висновок про результати терапії.

Отже, ми сподівалися, що враховуючи певні обмеження, які накладає терапевтичний процес перебування військовослужбовців на стаціонарному лікуванні, терапія сміхом за представленою нами індивідуально орієнтованою методикою та добірок відеоматеріалів з використанням електронних гаджетів може бути найбільш ефективним допоміжним засобом для покращання стану їх емоційного здоров'я.

Для апробації системи було проведене експериментальне дослідження, яке тривало протягом чотирьох місяців, з лютого по травень 2023 року. Для участі в ньому обрано 75 пацієнтів, які перебували на лікуванні у клінічному центрі. Проте тривалість експерименту для кожного його учасника не перевищувала 7 днів, протягом яких військовослужбовці брали участь у експериментальних сесіях, зміст яких полягав у перегляді десятихвилинних гумористичних роликів один раз на день приблизно об одинадцятій ранку (група ЕГ1) або два рази на день об одинадцятій та шістнадцятій годині (група ЕГ2). Учасники контрольної групи у перегляді не брали участь, проте за зміною психологічних та фізіологічних проявів

ми отримали змогу відстежувати динаміку їхнього емоційного здоров'я протягом медикаментозного лікування без експериментального впливу. Детальний опис цих змін наведено вище у пункті 3.4. дисертації.

Експериментальне дослідження проводилося за планом для контрольної та двох експериментальних груп із попереднім та підсумковим тестуванням. Згідно з планом, до початку експерименту всі досліджувані, які виявляли бажання стати учасниками апробації, були протестовані за методиками «Самооцінка емоційного здоров'я», «САН», «ЛОР – симптоми», визначено показники ЧСС, температури, ЧД. Далі сформовану вибірку розділено за методом попарного відбору, сутність якого полягає у знаходженні випробуваних, максимально подібних за значущими для експерименту критеріями та спрямуванні їх до експериментальних та контрольної груп.

Для того, щоб підтвердити еквівалентність груп, розглянемо відомості про їх учасників до початку експерименту (див. Додаток В, табл.В.1). По-перше, йдеться про еквівалентність груп за віком, статтю та локалізацією захворювання (табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Дані про еквівалентність контрольної та експериментальних груп за віком, статтю та локалізацією захворювання

Критерій	Групи учасників експерименту		
	Контрольна (n=25)	Експериментальна 1 (n=25)	Експериментальна 2 (n=25)
Вік	20-29 років – 40%; 30-44 роки – 36%; 45-48 років – 24%.	21-29 років – 32%; 30-44 роки – 56%; 45-52 роки – 12%.	20-29 років – 28%; 30-44 роки – 52%; 45-54 років – 20%.
Стать	чоловіки – 88%; жінки – 12%.	чоловіки – 92%; жінки – 8%.	чоловіки – 92%; жінки – 8%.
Локалізація захворювання	вуха – 56%; горла – 4%; носа – 40%.	вуха – 52%; горла – 8%; носа – 40%.	вуха – 40%; горла – 8%; носа – 52%.

За даними таблиці, групи мають майже однаковий склад за віком, за винятком того, що в контрольну групу потрапила більша частка молодих

людей, тоді як у експериментальних переважають представники зрілої дорослості. Водночас за критерієм Крускала-Уоллеса відмінності між групами за віком можуть бути несуттєвими ($\chi^2=0,123$; $df=2$; $p=0,726$). Так само майже ідентичними за складом сформовані групи є за статтю ($\chi^2=0,348$; $df=2$; $p=0,556$) та за локалізацією захворювання ($\chi^2=1,054$; $df=2$; $p=0,296$).

Крім того, результати попереднього тестування в групах також не показали значних відмінностей між ними (табл. 3.18).

Представлені в таблиці дані переконливо свідчать про те, що до початку експерименту всі групи його учасників в цілому мали приблизно однаковий дискомфортний стан емоційного здоров'я ($Me=2$; $P_{25}=1$, $P_{75}=2$), більшість з них були песимістично налаштовані на одужання, зазнавали втоми, втрати самоконтролю, тривожності та напруженості. Скаржилися на неспокійний сон, погіршення апетиту. Відповідно самопочуття ($Me_{кг}=22$; $Me_{ег1}=22$; $Me_{ег2}=25$) та настроїв ($Me_{кг}=26$; $Me_{ег1}=26$; $Me_{ег2}=28$) якнайменш у половини майбутніх учасників експерименту були заниженими, а активність помірною ($Me=33$). Досить значна частина учасників кожної групи (приблизно 50%) зазнавала сильних больових ($Me=6$) відчуттів та дискомфортну симптоматику в ділянці вуха, носа або горла, що ускладнювало повсякденне функціонування, посилювало негативне налаштування на одужання, призводила до певної соціальної ізоляції та зниження якості життя.

Таблиця 3.18

Результати однофакторного дисперсійного аналізу показників, що характеризують психологічні та фізіологічні прояви емоційного здоров'я в контрольній та експериментальних групах до початку експерименту ($df=2$)

Прояви ЕЗ	Групи	Статистичні показники						
		М	σ	P_{25}	Me	P_{75}	χ^2	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	КГ	2,1	1,05	1	2	2	0,06	0,81

Емоційне здоров'я	ЕГ1	2,0	1,08	1	2	2		
	ЕГ2	2,0	0,96	1	2	2		
Самопочуття	КГ	27,4	9,85	20	22	32	0,11	0,74
	ЕГ1	28,0	9,60	19	22	34		
	ЕГ2	25,2	6,89	22	25	27		
Активність	КГ	33,6	7,12	30	33	35	0,01	0,91
	ЕГ1	35,1	9,48	30	33	36		
	ЕГ2	33,7	4,97	31	33	36		
Настрій	КГ	29,0	9,44	23	26	32	0,78	0,38
	ЕГ1	30,6	9,50	23	26	42		
	ЕГ2	28,9	8,77	24	28	30		
Больові відчуття	КГ	5,6	9,44	4	6	7	0,07	0,79
	ЕГ1	5,0	9,50	3	6	7		
	ЕГ2	5,6	8,77	5	6	6		
ЧСС	КГ	92,2	10,63	80	95	100	2,82	0,09
	ЕГ1	92,0	10,57	80	100	100		
	ЕГ2	87,6	9,11	80	90	91		
Температура	КГ	37,3	0,73	36,8	37,0	38,0	0,04	0,84
	ЕГ1	37,3	0,85	36,7	36,8	38,0		
	ЕГ2	37,3	0,87	36,7	36,8	37,2		
ЧД	КГ	21,5	3,42	18	21	25	1,34	0,25
	ЕГ1	21,5	3,54	18	21	25		
	ЕГ2	20,4	3,17	18	19	21		

Примітки: КГ – контрольна група, ЕГ1 – перша експериментальна група, ЕГ2 – друга експериментальна група; М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, M_e – медіана, P_{25} , P_{75} – кватилі розподілу, df – ступені свободи, χ^2 значення критерію Крускала-Уоллеса, p – рівень достовірності.

Крім того, фізіологічні показники (ЧСС, температура тіла та ЧД) у багатьох учасників до початку експерименту також були вищими за норму.

Протягом експерименту досліджувані кожної із груп отримували якісне медичне обслуговування, знаходилися в однакових умовах лікування. Проте,

досліджувані експериментальних груп щоденно приблизно в однаковий час переглядали десятихвилинні ролики гумористичного змісту. Відеоролики презентувалися на мобільному телефоні. Для кожного учасника заповнювалася відповідна форма (див. Додаток Г, табл. Г.1), розроблялась та коректувалася індивідуальна програма терапії сміхом, яка і вважалася експериментальним впливом.

Учасники першої експериментальної групи (ЕГ1) переглядали відеоматеріали один раз зранку приблизно об одинадцятій годині. Щоденно ввечері в них фіксувалися показники ЧСС, температури, ЧД, проводилося самооцінювання за методикою САН (див. Додаток Д, табл. Д.2), що дало змогу визначити динаміку їхнього стану протягом проведення експерименту (рис. 3.9).

Графіки показують, що самопочуття досліджуваних стабільно зростає, починаючи з другого дня, коли більшість досліджуваних сягає середнього рівня його вираженості ($Me=38$; $P_{25}=28$; $P_{75}=39$), а четвертого дня – вже високого рівня ($Me=54$; $P_{25}=43$; $P_{75}=56$), і продовжує підвищуватися аж до шостого ($Me=65$; $P_{25}=62$; $P_{75}=66$), після чого воно стабілізується з непомітним коливанням.

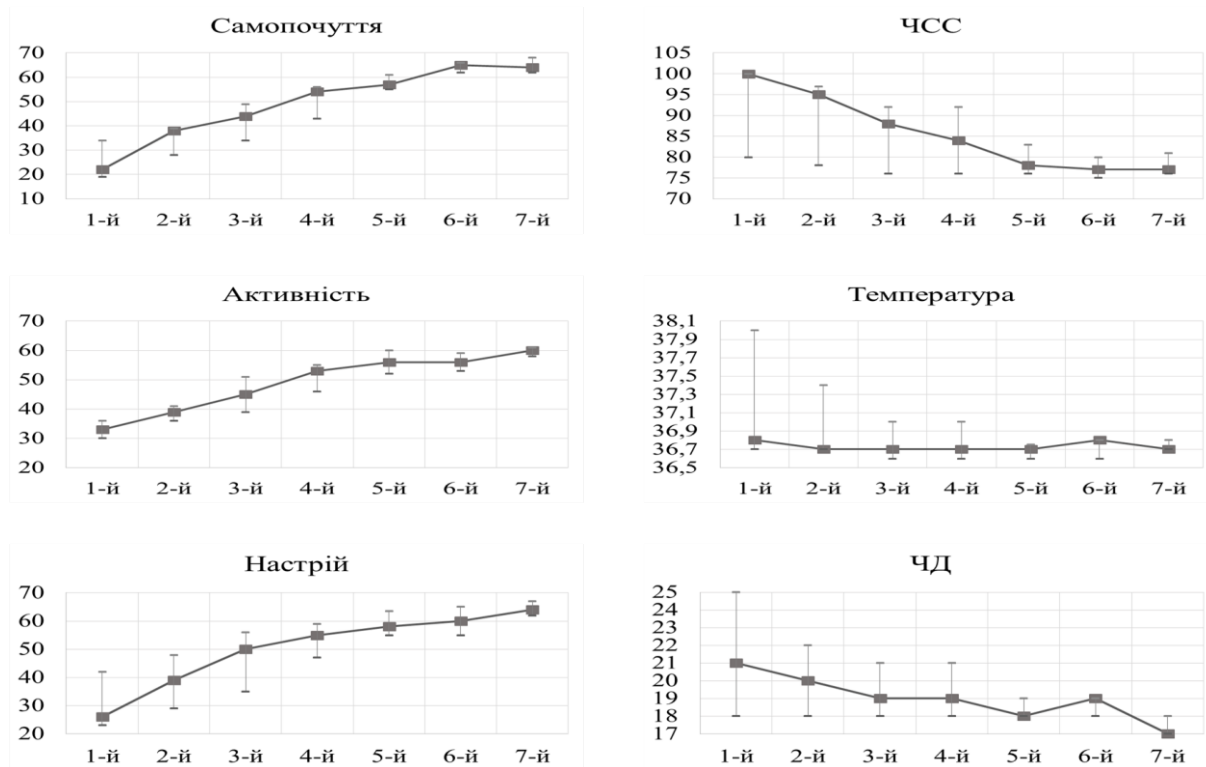


Рис.3.9. Значення медіан (Me) та кватилів розподілу (P_{25} ; P_{75}) показників емоційного здоров'я учасників першої експериментальної групи протягом апробації системи терапії сміхом під час лікування захворювань ЛОР-органів, де \square - P_{25} ; \blacksquare - Me; \square - P_{75} .

Відомості, що представлені у таблиці 3.19, доводять, що статистично достовірними були зміни протягом перших шести днів, а також при порівнянні результатів першого та останнього дня експерименту ($U=16$; $p<0,001$).

Таблиця 3.19

Зміни у психологічних та фізіологічних проявах емоційного здоров'я досліджуваних з першої експериментальної групи протягом експерименту (n=25)

Прояви ЕЗ	День	Статистичні показники						
		М	σ	P_{25}	Me	P_{75}	U	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Самопочуття	1-й	28,0	9,60	19	22	34	—	—
	2-й	35,0	9,91	28	38	39	174,5	0,01*

	3-й	42,2	9,32	34	44	49	173	0,01*
	4-й	49,9	7,88	43	54	56	163	0,01*
	5-й	57,3	4,03	55	57	61	124,5	0,001*
	6-й	63,8	3,85	62	65	66	50	0,001*
	7-й	64,4	4,17	62	64	68	275	0,46
Активність	1-й	35,1	9,48	30	33	36	–	–
	2-й	39,3	8,76	36	39	41	187	0,02*
	3-й	45,2	7,08	39	45	51	185	0,02*
	4-й	50,9	6,58	46	53	55	172	0,01*
	5-й	55,3	5,06	52	56	60	194,5	0,02*
	6-й	55,3	4,09	53	56	59	305	0,88
	7-й	59,8	3,27	58	60	61	122	0,001*
Настрій	1-й	30,6	9,50	23	26	42	–	–
	2-й	37,9	11,97	29	39	48	186	0,02*
	3-й	46,2	10,95	35	50	56	180	0,01*
	4-й	53,4	7,25	47	55	59	202	0,03*
	5-й	58,8	4,71	55	58	64	181	0,01*
	6-й	59,8	5,08	55	60	65	265,5	0,36
	7-й	64,1	2,70	62	64	67	152,5	0,01*
ЧСС	1-й	92,0	10,57	80	100	100	–	–
	2-й	89,3	9,82	78	95	97	211	0,05*
	3-й	86,0	7,91	76	88	92	206,5	0,04*
	4-й	84,0	8,46	76	84	92	261,5	0,32
	5-й	80,4	5,69	76	78	83	216,5	0,14
	6-й	78,0	4,25	75	77	80	224	0,19
	7-й	78,1	3,52	76	77	81	283,5	0,57
Температура	1-й	37,3	0,85	36,7	36,8	38,0	–	–
	2-й	37,0	0,50	36,7	36,7	37,4	268	0,38
	3-й	36,8	0,30	36,6	36,7	37,0	238,5	0,14
	4-й	36,8	0,26	36,6	36,7	37,0	298,5	0,78
	5-й	36,6	0,16	36,6	36,7	36,8	206,5	0,09
	6-й	36,7	0,22	36,6	36,8	36,8	233	0,25
	7-й	36,7	0,14	36,7	36,7	36,8	295	0,72
ЧД	1-й	21,5	3,54	18	21	25	–	–
	2-й	20,0	2,13	18	20	22	239	0,15

	3-й	19,6	1,68	18	19	21	286,5	0,61
	4-й	19,2	1,83	18	19	21	273,5	0,44
	5-й	18,2	0,78	18	18	19	200,5	0,06
	6-й	18,7	1,43	18	19	19	212	0,10
	7-й	17,5	0,71	17	17	18	142,5	0,01*
ЕЗ	1-й	2,0	1,08	1	2	2	–	–
	7-й	4,6	0,84	4	5	5	27	0,001*

Примітки: М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, Me – медіана, P_{25} , P_{75} – квантили розподілу, n – кількість досліджуваних, U – значення критерію Манна-Уїтні, p – рівень достовірності; * -зміни статистично достовірні.

Динаміка активності досліджуваних протягом експерименту характеризується суттєвим зростанням ($p < 0,05$) протягом перших п'яти днів, коли всі досліджувані досягли високого рівня її вираженості (Me=56; $P_{25}=52$; $P_{75}=60$), а також наступним її покращанням на останній день експерименту (Me=60; $P_{25}=58$; $P_{75}=61$), значущість якого підтверджена статистично ($p < 0,001$). Також доведено загальне підвищення активності при порівнянні результатів першого та останнього днів ($U=11,5$; $p < 0,001$).

Так, саме настрої учасників експерименту стрімко покращується починаючи вже з другого дня ($p < 0,05$) до середнього рівня у більшості досліджуваних (Me=39; $P_{25}=29$; $P_{75}=48$), та в подальшому щоденно зростає до п'ятого дня (не менш як на 5%-му рівні достовірності), коли у всіх учасників він досягає високого рівня (Me=58; $P_{25}=55$; $P_{75}=64$). Крім того, остаточне збільшення настрою майже до максимальних значень (Me=64; $P_{25}=62$; $P_{75}=67$) відбувається на сьомий день ($p < 0,01$). Також статистично підтверджено збільшення вираженості показника настрою у перший та останній день експериментального тижня ($U=3,5$; $p < 0,001$).

Звернемо увагу на те, що терапія сміхом застосовувалася лише як допоміжний засіб лікування, в той час як основні зусилля медичного персоналу спрямовувалися на медикаментозне лікування

військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, іноді супроводжувалися хірургічним втручанням та подальшою реабілітацією військовослужбовців. Цим пояснюються зміни, які відбулися в стані фізичного здоров'я. Так, за сім днів лікування в учасників першої експериментальної групи значення показника ЧСС знизилися з високих ($Me=100$; $P_{25}=80$; $P_{75}=100$) до нормальних ($Me=77$; $P_{25}=76$; $P_{75}=81$), і ці зміни були статистично достовірними ($U=88$; $p<0,001$). ЧД скоротилася з 21 дихального руху ($Me=21$; $P_{25}=18$; $P_{75}=25$) до 17 дихальних рухів ($Me=17$; $P_{25}=17$; $P_{75}=18$) за хвилину ($U=65$; $p<0,001$). Статистично достовірних змін температури не зафіксовано, оскільки на початку роботи в більшості досліджуваних вона була в діапазоні нормальному ($Me=36,8$; $P_{25}=36,7$; $P_{75}=38$), а на останній день змінилася ненабагато ($Me=36,7$; $P_{25}=36,7$; $P_{75}=36,8$).

Також проведене порівняння результатів самооцінки досліджуваними цієї групи власного стану емоційного здоров'я в перший та останній день перебування на лікуванні. Виявилось, що протягом цих днів суб'єктивна оцінка за відповідним показником зросла з дискомфортного стану на початку експерименту ($Me=2$; $P_{25}=1$; $P_{75}=2$) до стабільно комфортного або позитивно комфортного стану наприкінці його проведення ($Me=5$; $P_{25}=4$; $P_{75}=5$). Так, на початку експерименту більшість його учасників перебували в негативно дискомфортному (36 %) або відносно дискомфортному стані емоційного здоров'я (44 %), то по його завершенню цей стан 28 %-ми учасників характеризувався спокоєм, здатністю впоратися з невизначеністю, стримувати бурхливі емоції. І хоча траплялися незначні прояви тривоги, пригнічення або роздратування, але вони не заважали доброзичливо ставитися до людей, спілкуватися з ними так саме, як до захворювання. У решти досліджуваних (72 %) визначено абсолютний емоційний комфорт. Вони вважали себе оптимістично налаштованими на одужання, піднесеними, енергійними, упевненими в своїх силах, здатними почувати радість від життя, будувати доброзичливі стосунки з іншими. Перевірка указаних змін за критерієм

Манна-Уїтні підтвердила їхню статистичну достовірність, оскільки $U=27$ при $p<0,001$.

Отже, фіксація змін у вираженості досліджуваних показників дозволила встановити, що протягом тижня лікування у військовослужбовців першої експериментальної групи значно знизилися параметри ЧСС та ЧД, суттєво покращилися самопочуття, активність, настрій та стан емоційного здоров'я. Водночас визначено певні відмінні риси в динаміці емоційного стану учасників цієї групи: 1) стрімке покращання самопочуття, активності та настрою майже з перших днів перебування на лікуванні, які досягають високого рівня вже на четвертий день лікування; 2) зростає ймовірність здійснювати лікування на тлі стабільно комфортного або позитивно комфортного стану емоційного здоров'я; 3) психотерапевтичні дії (зокрема за системою терапії сміхом) допомагають зменшити тривогу, депресію, поліпшити самопочуття та настрій, сприяють зростанню оптимістичного налаштування на одужання, побудові позитивних відносин з іншими та медичним персоналом.

Оскільки тривалість кожного терапевтичного сеансу не перевищувала 10 хвилин (12-15 хвилин з процедурою оцінки та здійснення зворотного зв'язку), таку процедуру можна здійснювати двічі на день без надмірного перевантаження військовослужбовців. Проте, враховуючи дефіцит часу медичного персоналу, прийняття такого рішення має бути виправдане певним психотерапевтичним ефектом. Залучення другої експериментальної групи мало на меті визначити, чи призводить проведення сеансів перегляду гумористичних відео об одинадцятій ранку та о четвертій дня до значніших змін у стані емоційного здоров'я військовослужбовців. Всі інші лікувальні заходи та взаємодії з медичним персоналом були такі ж, як і в групах КГ та ЕГ1. Зокрема, в них також щовечора вимірювалися показники ЧСС, температури, ЧД, проводилося самооцінювання за методикою САН (див. Додаток Д, табл. Д.3), за якими ми можемо простежити зміни

психологічних та фізіологічних проявів емоційного здоров'я протягом експерименту (рис. 3.10).

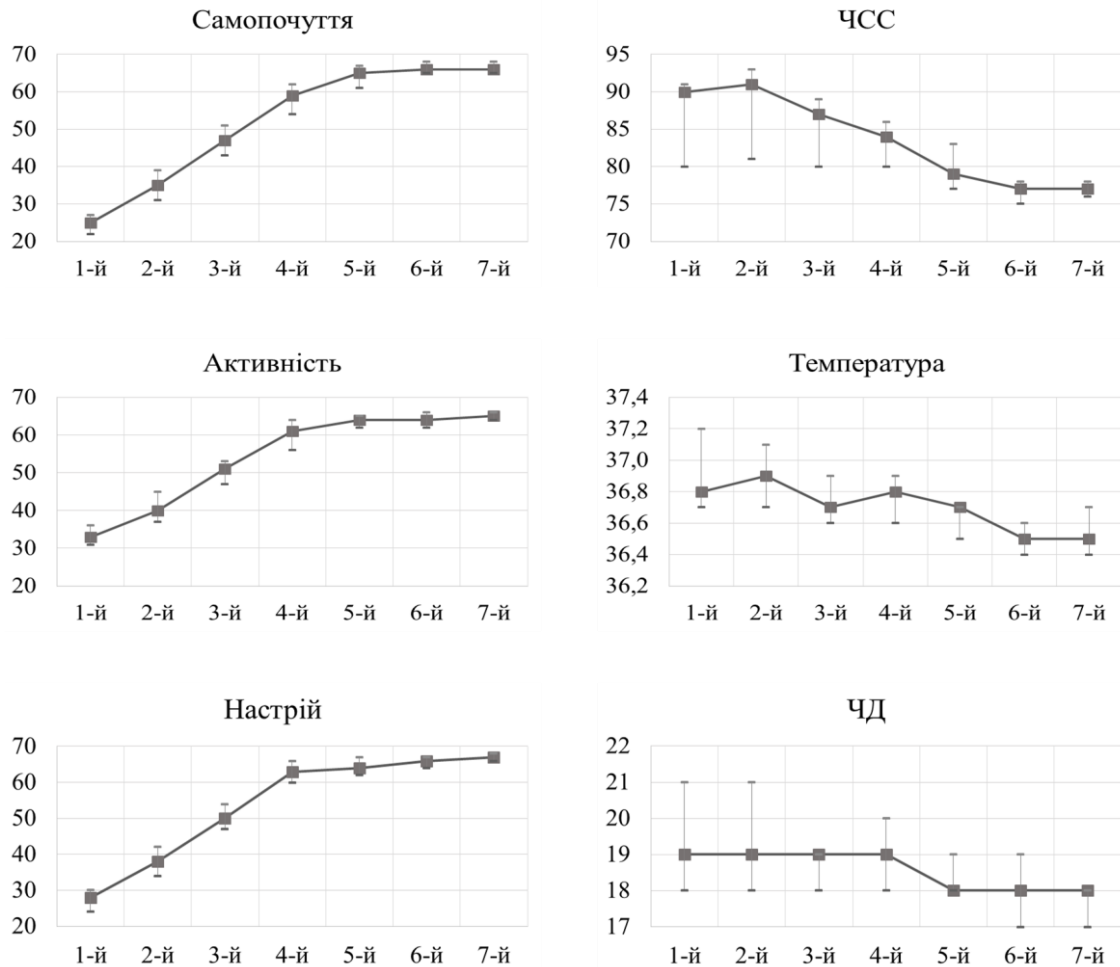


Рис.3.10. Значення медіан (Me) та кватилів розподілу (P_{25} ; P_{75}) показників емоційного здоров'я учасників другої експериментальної групи протягом апробації системи терапії сміхом під час лікування отоларингологічних захворювань, де $- P_{25}$; $- \blacksquare - Me$; $- P_{75}$.

З рисунку видно, що самопочуття, активність та настрій пацієнтів цієї експериментальної групи стрімко зростало, починаючи з другого дня, і вже на четвертий день експерименту всі його учасники досягли високого рівня цих функціональних станів. Після цього вже на високому рівні вираженості відповідних показників їхні значення стабілізувалися. Якщо розглянути дані про фізичний стан досліджуваних, стає помітним, що відповідне зниження ЧСС та ЧД відбувається аж до п'ятого дня експерименту, після чого також

наступає стабілізація їхніх показників. Водночас температура тіла остаточно стабілізується лише на шостий день експерименту.

Якщо звернутися до таблиці 3.20, можна побачити, що статистично достовірними були зміни значень показників самопочуття ($p < 0,001$) та активності (на рівні, не нижче за $p < 0,05$) протягом перших п'яти днів, а також настрою ($p < 0,001$) протягом перших чотирьох днів експерименту.

Також помітне зниження ЧСС з другого по шостий день експерименту знайшло підтвердження як статистично достовірне (на рівні, не нижче за $p < 0,05$). Спадання температури тіла набуває статистично значущих змін лише на п'ятий ($p < 0,01$) та шостий день ($p < 0,05$), а зниження ЧД є вагомим лише на п'ятий день роботи з пацієнтами ($p < 0,05$).

Таблиця 3.20

**Зміни у психологічних та фізіологічних проявах емоційного здоров'я
досліджуваних другої експериментальної групи
протягом експерименту (n=25)**

Прояви ЕЗ	День	Статистичні показники						
		М	σ	P_{25}	Me	P_{75}	U	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Самоп очуття	1-й	25,2	6,89	22	25	27		
	2-й	35,2	5,22	31	35	39	66	0,001*
	3-й	46,7	5,39	43	47	51	39,5	0,001*
	4-й	58,2	5,42	54	59	62	41	0,001*
	5-й	64,0	3,73	61	65	67	117	0,001*
	6-й	65,8	2,17	65	66	68	226,5	0,09
	7-й	66,3	2,26	65	66	68	276	0,47
Актив ність	1-й	33,7	4,97	31	33	36		
	2-й	40,8	5,03	37	40	45	97,5	0,001*
	3-й	50,6	5,34	47	51	53	54,5	0,001*
	4-й	60,8	4,91	56	61	64	49,5	0,001*
	5-й	64,1	2,66	62	64	65	185	0,02*
	6-й	64,2	2,31	62	64	66	299	0,79
	7-й	64,8	1,62	64	65	66	261	0,31

Настрі й	1-й	28,9	8,77	24	28	30		
	2-й	39,0	6,49	34	38	42	49,5	0,001*
	3-й	51,4	6,40	47	50	54	46,5	0,001*
	4-й	62,9	4,12	60	63	66	43,5	0,001*
	5-й	64,6	2,90	62	64	67	234	0,13
	6-й	65,6	2,29	64	66	67	251,5	0,23
	7-й	66,8	2,03	66	67	68	215	0,06
ЧСС	1-й	87,6	9,11	80	90	91		
	2-й	88,6	7,25	81	91	93	267	0,37
	3-й	85,8	5,58	80	87	89	189,5	0,02*
	4-й	83,2	4,54	80	84	86	211	0,05*
	5-й	79,4	3,61	77	79	83	152	0,01*
	6-й	76,5	2,04	75	77	78	167,5	0,01*
	7-й	77,2	1,43	76	77	78	254,5	0,26
Темпе ратура	1-й	37,3	0,87	36,7	36,8	37,2		
	2-й	37,0	0,49	36,7	36,9	37,1	297	0,76
	3-й	36,8	0,21	36,6	36,7	36,9	220	0,07
	4-й	36,8	0,23	36,6	36,8	36,9	286	0,6
	5-й	36,6	0,19	36,5	36,7	36,7	191	0,02*
	6-й	36,5	0,21	36,4	36,5	36,6	183,5	0,02*
	7-й	36,5	0,23	36,4	36,5	36,7	286,5	0,61
ЧД	1-й	20,4	3,17	18	19	21		
	2-й	19,5	1,76	18	19	21	302	0,84
	3-й	18,7	0,90	18	19	19	228,5	0,09
	4-й	19,0	1,15	18	19	20	252,5	0,23
	5-й	18,2	0,91	18	18	19	187	0,02*
	6-й	18,1	0,83	17	18	19	304	0,86
	7-й	17,9	0,76	17	18	18	269	0,37
ЕЗ	1-й	2,0	0,96	1	2	2		
	7-й	4,7	0,46	4	5	5	19,5	0,001*

Примітки: М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, M_e – медіана, P_{25} , P_{75} – кватилі розподілу, n – кількість досліджуваних, U – значення критерію Манна-Уїтні, p – рівень достовірності; * – зміни статистично достовірні.

Порівняння результатів попереднього (у перший день) та підсумкового (на сьомий день) вимірювання показало, що за цей час відбулося стрімке підвищення самопочуття ($U=1$; $p<0,001$), активності ($U=1$; $p<0,001$), настрою ($U=1$; $p<0,001$), значне зниження ЧСС ($U=104,5$; $p<0,001$), температури ($U=84,5$; $p<0,001$) та ЧД ($U=154,5$; $p<0,01$).

Крім того, виявлено, що протягом цих днів суб'єктивна оцінка емоційного здоров'я досліджуваних другої експериментальної групи зросла з дискомфортного стану на початку експерименту ($Me=2$; $P_{25}=1$; $P_{75}=2$) до стабільно комфортного або позитивно комфортного стану наприкінці його проведення ($Me=5$; $P_{25}=4$; $P_{75}=5$). Якщо на початку експерименту більшість його учасників перебували у негативно дискомфортному (28 %) або відносно дискомфортному стані емоційного здоров'я (56 %), то наприкінці у 28 %-пацієнтів визначався стабільно комфортний стан, а решта (72 %) визнавали у себе абсолютний емоційний комфорт ($U=19,5$; $p<0,001$).

Отримані результати дозволили встановити, що протягом експерименту в учасників другої експериментальної групи відбулося значне зниження параметрів ЧСС, температури тіла, частоти дихання, а також помітно покращилися їх самопочуття, рівень активності, настрої, загальний стан емоційного здоров'я. Особливістю динаміки емоційного стану в учасників групи, де проводилися сеанси терапії сміхом двічі на день, є те, що поліпшення самопочуття, активності, настрою, зниження ЧСС спостерігаються перед стабілізацією інших фізіологічних параметрів, що додатково сприяє ефективності медичного лікування в умовах позитивного або стабільно комфортного емоційного стану.

Отже, визначаючи ефективність системи терапії сміхом, ми здійснили такі заходи: 1) порівнюючи результати попереднього тестування, впевнилися у відсутності статистично достовірних відмінностей між КГ, ЕГ1 та ЕГ2 до початку експерименту (табл. 3.18); 2) визначили зміни, що відбулися в психологічних та фізіологічних проявах емоційного здоров'я пацієнтів

КГ протягом лікування, та ступінь їхньої достовірності (табл. 3.15); 3) визначили, що є статистично достовірними зміни в психологічних та фізіологічних проявах емоційного здоров'я у пацієнтів з ЕГ1 та ЕГ2 протягом експерименту (табл. 3.19, табл.3.20). Для формулювання остаточного висновку щодо доцільності впровадження запропонованої системи необхідно констатувати наявність значних відмінностей між експериментальними та контрольною групами після завершення експерименту та ступінь їхньої достовірності (табл. 3.21).

Дані, наведені в таблиці, продемонструють, що всі психологічні прояви емоційного здоров'я пацієнтів різних груп експерименту, які до його початку достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$), по його завершенню виявилися суттєво відмінними (якнайменш на рівні $p < 0,01$). Щодо показників ЧСС, температури тіла та ЧД, за ними розбіжності всередині груп перебільшували міжгрупові відмінності ($p > 0,05$). Тобто, суттєве зниження до нормальних значень частоти серцевих скорочень, температури тіла та частоти дихання, яке відбулося в досліджуваних внаслідок лікувальних заходів, у всіх трьох групах було приблизно однаковим.

Таблиця 3.21

Результати однофакторного дисперсійного аналізу показників, що характеризують прояви емоційного здоров'я у контрольній та експериментальних групах після закінчення експерименту (df=2)

Прояви ЕЗ	Групи	Статистичні показники						
		М	σ	P_{25}	Me	P_{75}	χ^2	p
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Емоційне здоров'я	КГ	4,1	0,60	4	4	4	14,98	0,001*
	ЕГ1	4,6	0,64	4	5	5		
	ЕГ2	4,7	0,46	4	5	5		
Самопочуття	КГ	49,8	5,64	48	51	52	49,07	0,001*
	ЕГ1	64,4	4,17	62	64	68		
	ЕГ2	66,3	2,26	65	66	68		
Активність	КГ	47,4	6,21	44	48	51	59,05	0,001*

	ЕГ1	59,8	3,27	58	60	61		
	ЕГ2	64,8	1,62	64	65	66		
Настрій	КГ	50,8	6,65	48	52	55	54,36	0,001*
	ЕГ1	64,1	2,70	62	64	67		
	ЕГ2	66,8	2,03	66	67	68		
ЧСС	КГ	79,2	3,66	76	78	80	2,78	0,25
	ЕГ1	78,1	3,52	76	77	81		
	ЕГ2	77,2	1,43	76	77	78		
Температура	КГ	36,7	0,15	36,6	36,7	36,7	5,19	0,11
	ЕГ1	36,7	0,14	36,7	36,7	36,8		
	ЕГ2	36,5	0,23	36,4	36,5	36,7		
ЧД	КГ	18,3	0,90	18	18	19	6,04	0,08
	ЕГ1	17,5	0,71	17	17	18		
	ЕГ2	17,9	0,76	17	18	18		

Примітки: КГ – контрольна група, ЕГ1 – перша експериментальна група, ЕГ2 – друга експериментальна група; М – середнє значення, σ – стандартне відхилення, M_e – медіана, P_{25} , P_{75} – квантилі розподілу, df – ступені свободи, χ^2 значення критерію Крускала-Уоллеса, p – рівень достовірності; * – відмінності статистично достовірні.

Завершальним кроком перевірки ефективності терапії сміхом стало попарне статистичне порівняння досліджуваних показників у пацієнтів всіх трьох груп, яке показало, що вираженість показника емоційного здоров'я на завершальному етапі експерименту в контрольній групі була набагато нижчою, ніж у ЕГ1 ($U=171$; $p<0,01$) та ЕГ2 ($U=152$; $p<0,001$). Водночас між двома експериментальними групами оцінки за показником не відрізнялися.

Така ж тенденція визначалася за вираженістю показника самопочуття: в контрольній групі після експерименту воно зросло до набагато менших значень, ніж у першій ($U=10,5$; $p<0,001$) та другій ($U=2$; $p<0,001$) експериментальних групах, тоді як між двома експериментальними групами суттєві відмінності не з'явилися.

За показниками активності та настрою після закінчення експерименту всі три групи суттєво відрізнялися. Так, найменш активними на момент виписки з лікарні виявилися досліджувані з контрольної групи. Пацієнти з першої експериментальної продемонстрували значно вищі оцінки за цим показником ($U=11,5$; $p<0,001$), так само, як і пацієнти з другої експериментальної групи ($U=1$; $p<0,001$). Останні отримали найзначніший ефект від терапії сміхом з точки зору зростання активності, оскільки її прояв став набагато вищим, порівняно і з групою ЕГ1 ($U=59,5$; $p<0,001$). Схожі дані отримані за показником настрою, а саме: дані у КГ є нижчими, порівняно з ЕГ1 ($U=1$; $p<0,001$) та ЕГ2 ($U=0,5$; $p<0,001$), а у групі ЕГ2 вони вище, ніж у ЕГ1 ($U=144$; $p<0,001$).

Тобто, як показали ці дані, за період семиденного лікування військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями із застосуванням системи терапії сміхом можна досягти більш стрімкого покращання самопочуття, активності та настрою, стабільно комфортного або позитивно комфортного стану емоційного здоров'я, зниження тривоги, депресії, появу оптимістичного налаштування на одужання. Якщо проводити сеанси терапії двічі на день, стає можливим досягти зростання активності та настрою до значно вищого рівня, ніж у ситуації, коли такі сеанси проводяться один раз на день.

Таким чином, у цьому підрозділі обґрунтовано, що в умовах певних ресурсних обмежень, пов'язаних із перебуванням військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями у шпиталі, система терапії сміхом є оптимально можливою формою створення позитивно комфортного стану емоційного здоров'я військовослужбовців, що зосереджує їх на позитивних сторонах лікування, стимулює пошук ресурсів для поліпшення стану здоров'я, позитивно впливає на загальний терапевтичний ефект.

Сформульовано основні методичні положення системи терапії сміхом, де основними принципами її розробки є принципи відповідності культурному, соціальному, віковому, статусному, ситуаційному та індивідуальному

контексту, системної дії на індивідуально-психологічні відмінності особистості, дотримання етичних норм, гнучкості та адаптивності.

Побудовано та подано загальну методика її реалізації: мету, задачі, необхідні матеріали та методи. Зазначено, що система розрахована на дорослих пацієнтів віком 19-70 років, які перебувають на стаціонарному лікуванні, і передбачає семиденну тривалість її реалізації, під час якої військовослужбовці отримують психотерапевтичний вплив шляхом перегляду 10-тихвилинних відео гумористичного змісту за індивідуально складеною програмою. Зміст програми, відповідно до загальної методики, має розроблятися на основі даних попереднього обстеження, коректуватися внаслідок поточного оцінювання, та заноситися до спеціального індивідуального протоколу учасника програми терапії сміхом. Створено колекцію відеоматеріалів, якими може користуватися психолог, який, реалізуючи дану систему, складатиме індивідуальну програму для пацієнта. Для зручності користувача відеоматеріали класифіковано за формою (скетчі, пародії, жартівливі відео-блоги, гумористичні анімації, відеоприколи та комедійні художні фільми) та тематикою (взаємодія між людьми у повсякденному житті, несподівані ситуації на роботі, сімейні відносини, розподіл ролей у родині, порівняння життя в місті та на селі, захворювання та лікарні, політика, релігія, міжкультурні взаємодії, мода, реклама, сексуальність).

Експериментально доведено, що протягом семиденного лікування військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями за умови застосування системи терапії сміхом можна досягти більш стрімкого покращання самопочуття, активності та настрою, стабільно комфортного або позитивно комфортного стану емоційного здоров'я, зниження тривоги, депресії, появу оптимістичного налаштування на одужання. Якщо проводити сеанси терапії двічі на день, стає можливим досягти зростання активності та настрою до значно вищого рівня, ніж у випадку, коли такі сеанси проводяться один раз на день, а отже зростає можливість здійснювати

лікування в умовах кращого сприйняття та відгуку на медичні впливи, більш позитивного очікування щодо відновлення здоров'я, відповідальнішого виконання медичних рекомендацій, дотримання режиму та ін.

Висновки до третього розділу

1. Показано в результаті аналізу індивідуальних даних та первинних статистик, що при гострих отоларингологічних захворюваннях за об'єктивними параметрами (ЧСС, температура тіла, ЧД) у більшості військовослужбовців визначається перевищення статево-вікової норми, що супроводжується погіршенням емоційного стану через виснаження, зниження концентрації, занепокоєння та роздратування, оскільки такі пацієнти відчували сильний або помірний біль, який разом із неприємною симптоматикою посилював цей стан. Все це ускладнювало повсякденне функціонування, створювало негативне налаштування на одужання, призводило до певної соціальної ізоляції та зниження якості життя. Звідси, більшість осіб оцінювали власний стан емоційного здоров'я як відносно дискомфортний або негативно дискомфортний. Вони зазначали про знижене самопочуття, пригнічений, сумний настрій, обмежену активність, тривогу, втому, неспокійний сон, недостатність сил долати життєві труднощі, песимістичне, пасивне налаштування на одужання, погіршення стосунків з іншими людьми. Їхній функціональний стан характеризувався незадовільним самопочуттям та настроєм при помірній активності. В емоційному стані простежувалася тенденція до негативних, песимістичних переживань, які супроводжують почуття втоми, пригніченості, неспроможності діяти на повну силу.

2. Визначено шляхом порівняння груп досліджуваних з різним рівнем патології, що в осіб із захворюваннями вуха цей стан є набагато більш дискомфортним, вони налаштовані більш песимістично, в них частіше виникають тривога, депресія, втома, ніж у решти осіб. Вони почуваються

значно гірше, є менш активними, а настрої – більш пригнічений. У ході порівняльного аналізу окремих вікових груп зафіксовано тенденцію з віком нижче оцінювати функціонування своєї почуттєвої сфери, переважно в діапазоні від відносно дискомфортного до негативно дискомфортного стану. При порівнянні чоловічої та жіночої вибірок виявлено, що жінки схильні оцінювати своє емоційне здоров'я як більш комфортне, ніж чоловіки.

3. Установлено в кореляційному дослідженні, що найбільш суттєвими психологічними проявами, що свідчать про стан емоційного здоров'я, є самопочуття, активність, рівень енергійності-втомленості, піднесеності-пригніченості настрою. Відчуття болю, частота серцевих скорочень та частота дихання є фізіологічними проявами, що закономірно пов'язані зі станом емоційного здоров'я.

Також з'ясовано, що прояви емоційного здоров'я корелюють з емоційною саморегуляцією, емоційною зрілістю, врівноваженістю, самоконтролем, оптимізмом, стресостійкістю, вдалим використанням позитивних стратегій відволікання від стресу, зниження його значущості за рахунок порівняння своїх обставин із ще більшими негараздами інших людей, що попереджає розвиток стану психологічного виснаження та утримує емоційне здоров'я на певному рівні комфорту. Такі зв'язки доводять, що указані якості є особистісним ресурсом емоційного здоров'я людини та можуть служити орієнтиром для розробки програм підтримки та психологічного супроводу, спрямованих на зміцнення емоційного та психологічного благополуччя у людей, особливо в умовах стресових ситуацій.

4. Виявлено на основі аналізу результатів тижневого лікування військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями, що цей процес сприяє значному покращанню фізіологічних показників, таких як ЧСС, температура тіла та ЧД, а також самопочуття, активності, настрою та загального стану емоційного здоров'я. Водночас на початку лікування покращується лише самопочуття, але активність та настрої залишаються

на попередньому рівні. Остаточна нормалізація емоційного стану з урахуванням усіх його проявів відбувається приблизно на п'ятий день перебування в госпіталі, відповідно до нормалізації організму. Проте емоційне здоров'я значної частини військовослужбовців не відновлюється до позитивно комфортного рівня, вони потребують додаткових зусиль для поліпшення їхнього емоційного стану.

5. Побудовано експериментальну систему терапії сміхом, яка є ефективним методом для створення позитивно комфортного стану емоційного здоров'я пацієнтів з обмеженими ресурсами в госпітальних умовах. Ця система сприяє покращанню фізіологічних показників та загального самопочуття, стимулює пошук ресурсів для поліпшення стану здоров'я та позитивно впливає на загальний терапевтичний ефект. Основні методичні положення системи відповідають принципам адекватності, культурному, соціальному, віковому, статусному, ситуаційному та індивідуальному контексту, системної дії на особистість, дотримання етичних норм, гнучкості та адаптивності. Система передбачає перегляд гумористичних відео за індивідуально складеною програмою, що створюється для дорослих віком 19-70 років, які перебувають на стаціонарному лікуванні. Вона складається із загальної методики реалізації системи та колекції відеоматеріалів, що розділена за формою та тематикою, забезпечуючи гнучкість та адаптивність.

Експериментально доведено, що запропонована система виявляється цілеспрямованою та інноваційною практикою, спроможною покращити стан емоційного здоров'я пацієнтів, чим підтримати та посилити загальний процес лікування. Так, її застосування протягом тижня лише один раз на день суттєво поліпшує самопочуття, активність і настрій пацієнтів, призводячи до комфортного стану емоційного здоров'я. Проведення сеансів двічі на день забезпечує більш швидке покращання активності та настрою пацієнтів, порівняно з варіантом одного сеансу на день. Це важливо, оскільки підвищена активність та настрій сприяють кращому сприйняттю медичних впливів,

позитивному очікуванню на відновлення здоров'я, більш відповідальному дотриманню медичних рекомендацій та режиму.

Список використаних джерел до третього розділу

3.1. Абрамов В. В. Уявлення про психологічне благополуччя у третій хвилі когнітивно-поведінкової психотерапії. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*: матеріали V Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Київ, 18 листопада 2020 р.). Київ, 2020. С. 7–10. URL: http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/zbirnik_18.11.2020_1605819588.pdf (дата звернення: 18.07.2023).

3.2. Анисимова Є. Проблема життєдіяльності людини в екстремальних умовах праці: психологічний сенс особистісного ресурсу. *Психологічні ресурси особистості: соціально-психологічний зміст*. Збірник наукових праць за матеріалами науково-практичної конференції. Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2019. С.4–8. URL: <http://idgu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/01/28.11.2019.pdf> (дата звернення: 18.07.2023).

3.3. Балашенко М.І. Вплив емоційного здоров'я на захворювання ЛОР-органів. *Габітус*. 2022. Вип. 41. С. 110–113. DOI: 10.32782/2663-5208.2022.41.18.

3.4. Боковець О. І. Емоційний інтелект як ресурс психічного здоров'я. *Габітус*. 2022. Вип. 37. С. 68–75. URL: <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/47957> (дата звернення: 18.07.2023).

3.5. Боснюк В. Ф. Математичні методи в психології: курс лекцій. Мультимедійне навчальне видання. Харків: НУЦЗУ, 2020. 141 с. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/11329/1/Математичні%20методи%20в%20психології%20%28Боснюк%29.pdf> (дата звернення: 19.07.2023).

3.6. Бринза І., Козлов Я. Ресурсність особистості, яка переживає психологічне благополуччя. *Психологічні ресурси особистості: соціально-психологічний зміст*. Збірник наукових праць за матеріалами науково-

практичної конференції. Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2019. С.16–20. [URL: http://idgu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/01/28.11.2019.pdf](http://idgu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/01/28.11.2019.pdf) (дата звернення: 18.07.2023).

3.7. Василевська О.І., Дворніченко Л.Л.. Дослідження психологічних особливостей щастя в жінок середнього віку. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2020. № 2. С. 110–118. . DOI:: [10.32999/ksu2312-3206/2020-2-15](https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-2-15) (дата звернення: 21.07.2023).

3.8. Вознюк А. В. Особливості прояву копінг-стратегій у керівників закладів освіти залежно від рівня професійного стресу. *Організаційна психологія Економічна психологія*. 2021. Т. 2-3, № 23. С. 18–23. DOI: [10.31108/2.2021.2.23.2](https://doi.org/10.31108/2.2021.2.23.2).

3.9. Гаврилькевич В.К. Особливості емоційної саморегуляції особистості при ішемічній хворобі серця (огляд літератури). *Науковий вісник ПНПУ ім. К.Д. Ушинського*. 2010. № 3-4. С. 51–59.

3.10. Галецька І.І., Марків В.О. Особливості копінгу у працівників ІТсфери з різним рівнем професійного вигорання. *Тези звітної наукової конференції філософського факультету*. Львів: Львівський національний університет імені Івана Франка, 2019. С.206–209. URL: <https://filos.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/05/Tezy-konferentsii-2019-1.pdf> (дата звернення: 21.06.2023).

3.11. Грицук О.В. Емоційні стани студентів закладів вищої освіти на лекційних заняттях. *Психологія і особистість*. 2020. №. 2. С. 77–95. DOI: 10.33989/2226-4078.2020.2.211914.

3.12. Грішин Е.О. Резилієнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Сер. Психологія*. 2021. № 64. С. 62–81. DOI: 10.34142/23129387.2021.64.04 .

3.13. Грузинська І. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник Національного авіаційного університету. Сер. Педагогіка. Психологія*. 2022. № 21. С.97–107. URL:

<https://jrnل.nau.edu.ua/index.php/VisnikPP/article/view/17096> (дата звернення: 19.07.2023).

3.14. Гумористичні ютуб-канали українською мовою. *Маніфест*: веб-сайт. URL: <https://manifest.in.ua/rt/humor/> (дата звернення: 09.08.2023).

3.15. Гурський В. Є. Професійно психологічна підготовка майбутніх поліцейських у закладах вищої освіти України зі специфічними умовами навчання. *Правовий часопис Донбасу*. 2019. №3 (68). С. 167–173. DOI: 10.32366/2523-4269-2019-68-3-167-173.

3.16. Давидова О. В. Невизначена втрата: психологічний феномен та допомога. *Актуальні аспекти психологічного забезпечення професійної діяльності сил безпеки та оборони України*: матеріали VIII Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Харків, 30 листоп. 2022 р.). Харків : Національна академія НГУ, 2022. С. 66-68. URL: https://books.ndcnangu.co.ua/Konfertmcii/Konf_NANGU_30.11.2022.pdf (дата звернення: 23.07.2023).

3.17. Дизель Студіо. Запуск супутника «Січ-2»! Українець на полігоні НАСА, 2021. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=fBzDs3dNxRY> (дата звернення: 16.03.2023).

3.18. Дизель Студіо. Бабуся переїжджає з хрущовки до новобудови на Печерську, 2020. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=sIaRXfg4voQ> (дата звернення: 13.03.2023).

3.19. Дизель Студіо. Даішник у новорічну ніч! Новий закон про автокрісло. 2019. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=u67IMMcizJA> (дата звернення: 20.02.2023).

3.20. Дизель Студіо. Десь щось бахнуло! Типова пара у ліжку, 2022. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=FokmxPYArkM> (дата звернення: 14.04.2023).

3.21. Дизель Студіо. Єврей, алкоголік, батюшка та училка у парфумерному, 2020. *YouTube*.

URL: <https://www.youtube.com/watch?v=VgvE2b01t40> (дата звернення: 13.08.2023).

3.22. Дизель Студіо. За мудло й летаadlo! Подяка словакам за допомогу, 2022. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Nu3x5YLa7F8> (дата звернення: 13.04.2023).

3.23. Дизель Студіо. Зимовий відпочинок у Буковелі. Травмпункт переповнений, 2020. *YouTube*.

URL: <https://www.youtube.com/watch?v=y9a3ZOC7K8A> (дата звернення: 17.03.2023).

3.24. Дизель Студіо. Як зняти чобіток з ноги дружини, 2019. *YouTube*.

URL: <https://www.youtube.com/watch?v=MLs9j6ZDka8> (дата звернення: 21.02.2023).

3.25. Дизель Студіо. Як зібрати дитяче ліжко з інструкцією арабською, 2019. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=EiUtLmyWtek> (дата звернення: 21.02.2023).

3.26. Дизель Студіо. Компенсація за побічку від вакцини! Вульгарний єврей в офісі BOO3, 2021. *YouTube*.

URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Uih7NmgeE4E> (дата звернення: 17.03.2023).

3.27. Дизель Студіо. Чоловік на манікюрі! Яна затигла Бусю до салону краси, 2021. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=cs6K-CNOlXo> (дата звернення: 16.03.2023).

3.28. Дизель Студіо. Батько – токар, дочка – «тік-токар». Яна вступила на модний факультет, 2021. *YouTube*.

URL: <https://www.youtube.com/watch?v=NPoUIfA3yeM> (дата звернення: 15.03.2023).

3.29. Дизель Студіо. Папаньки с дітьми в контактном зоопарке, 2019. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=6S5-0RjCeeU> (дата звернення: 13.04.2023).

3.30. Дизель Студіо. Провідниця VIP-вагону на допиті, 2022. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=We3NRzJRey0> (дата звернення: 15.04.2023).

3.31. Дизель Студіо. Саша збирає речі для Яни, 2022. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=VHl6Lu9P5C4> (дата звернення: 15.04.2023).

3.32. Дизель Студіо. Співбесіда на посаду нареченого! Чим вразити тата-єврея, 2022. *YouTube*. URL: https://www.youtube.com/watch?v=O-PPZN_tQW4 (дата звернення: 14.04.2023).

3.33. Дизель Студіо. Чим більше чоловік випив, тим красивіша жінка, 2020. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=zWxME98mD6Y> (дата звернення: 19.03.2023).

3.34. Дизель Студіо. Ледве не з'їв доставника їжі, 2019. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=UI3FFlcQNGk> (дата звернення: 20.02.2023).

3.35. Дизель Студіо. Економні євреї прийшли до звичайного одеського пологового будинку. Одеса, 2020. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=TiU7GMSt2Dg> (дата звернення: 14.03.2023).

3.36. Дизель Студіо. Екстрим-тур автобусом містами Європи, 2019. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=jobLg351PQA> (дата звернення: 21.02.2023).

3.37. Дикий Б. В., Добра П. П. Методи об'єктивної оцінки ефективності реабілітаційних заходів при проведенні ЛФК: методичні рекомендації. Ужгород, 2013. 55 с. URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/en/infocentre/get/2678> (дата звернення: 11.07.2023).

3.38. Дідковська Л., Абрамюк О. Особливості копінг-стратегій шлюбних партнерів на різних етапах життєвого циклу сім'ї та їх вплив на сімейне благополуччя. *Вісник Львівського університету. Сер. Психологічні науки*. 2018. Вип. 3. С. 89–102. DOI: 10.30970/2522-1876-2018-3-10.

3.39. Доценко Л. В., Вишпольська А. О. Гендерні розрізнення емоційної сфери студентів. *Вісник Національного авіаційного університету. Сер. Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр.* Київ: НАУ, 2018. Вип. 13(1) С. 111–115. URL: <http://er.nau.edu.ua/handle/NAU/39943> (дата звернення: 18.07.2023).

3.40. ДП «Редакція газ. «Голос України». Доктор Клоун і його команда. *Голос України: газета Верховної Ради України: веб-сайт*. URL: <http://www.golos.com.ua/article/278284> (дата звернення: 09.08.2023).

3.41. Друзі. *UASerials – серіали українською мовою онлайн: веб-сайт*. URL: <https://uaserials.pro/105-druzi-1994.html> (дата звернення: 14.05.2023).

3.42. Дубініна Д. Е. Взаємозв'язок особистісних детермінант та способів саморегуляції поведінки людей з різним рівнем стресостійкості. *Актуальні проблеми психології*. 2016. Т. 7, № 42. С. 70–76. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v7/i42/9.pdf> (дата звернення: 20.07.2023).

3.43. Єгорова Є. Психологічні кореляти синдрому емоційного вигорання у педагогічних працівників закладів профтехосвіти. *Збірник наукових праць Проблеми сучасної психології*. 2011. №11. С. 268–278. DOI: [10.32626/2227-6246.2011-11.%25p](https://doi.org/10.32626/2227-6246.2011-11.%25p).

3.44. Журавльова Л. П., Лаас М. В. Статеві особливості розвитку емоційного інтелекту та його чинників у юнацькому віці. *Проблеми сучасної психології*. 2020. №2. С.169–179. DOI: [10.26661/2310-4368/2020-2-8](https://doi.org/10.26661/2310-4368/2020-2-8).

3.45. Завгородня О. В., Макіна Л. Б., Сущинська Т. С. [Експресивні практики як чинник емоційного благополуччя дошкільника](#). *Теорія і практика сучасної психології*. 2019, Т. 2, № 6. С.54–59. DOI: 10.32840/2663-6026.2019.6-2.10.

3.46. Завязкіна Н., Ведмеденко А. Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2020. Вип.50. С. 11–30. DOI: 10.32626/2227-6246.2020-50.11-30.

3.47. Іванова О. С. Можливості використання сміхотерапії у профілактиці та корекції різних стресових станів особистості : дис... доктора філософії: 053 – психологія / ПНПУ імені К. Д. Ушинського. Одеса, 2023. 235 с. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/16730> (дата звернення: 27.07.2023).

3.48. Кальниш В. В., Опанасенко В. В., Зайцев Д. В., Алексеева Л. М. Трансформація відчуттів, пов'язаних з рівнем емоційного вигорання, при відновленні функціонального стану військовослужбовців в умовах стаціонарного лікування. *Ukrainian Journal of Occupational Health*, 2021, 17 (2), С. 84–92. DOI: 10.33573/ujoh2021.02.084.

3.49. Каплуненко Я. Ю. Екзистенційні чинники задоволеності життям та психологічного благополуччя особистості. *Самодетермінація психологічного благополуччя особистості*: монографія /за ред. Л. З. Сердюк. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. С.160–170. URL: https://lib.iitta.gov.ua/729023/3/Serdjuk_Monography.pdf (дата звернення: 18.07.2023).

3.50. Кириченко Т.В. Психічне здоров'я в структурі професійної підготовки майбутніх вчителів. *Молодий вчений*. 2019. № 4.1 (68.1). С.8–12. URL: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2019/4.1/3.pdf> (дата звернення: 18.07.2023).

3.51. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/722181/1/Monograph2020_labpsychother.pdf (дата звернення 27.11.2022).

3.52. Клименко А. О. Шляхи розвитку емоційного інтелекту учасників освітнього процесу. *Лόγος. online.* 2020. № 15. С. 1–12. URL: <https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/2663-4139/article/view/6130/6130> (дата звернення: 20.07.2023).

3.53. Кобильченко В.В. Внутрішні ресурси як джерело позитивного функціонування особистості дитини з порушеним зором. *Особлива дитина: навчання і виховання.* 2017. №3. С. 22–30. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/716862/1/КВВ%203%20,2017.pdf> (дата звернення: 19.07.2023).

3.54. Кондратюк С. М. Впевненість у собі як один з аспектів життєвого успіху студентської молоді. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер. Психологічні науки.* 2014. Вип. 2(1). С. 76–80. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_2\(1\)_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2014_2(1)_15) (дата звернення: 20.01.2023).

3.55. Короцінська Ю.А. Психологічна готовність осіб юнацького віку до оволодіння навичками емоційної саморегуляції. *Психологічний часопис.* 2021, Т.7, №4. С.48–56. DOI: 10.31108/1.2021.7.4.5.

3.56. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с. URL: <https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/25834/1/psihologiazdorovia.pdf> (дата звернення: 18.07.2023).

3.57. Куліш О. В., Сіпко Л. О. Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Психологія.* 2022. № 1. С. 32–36. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2022.1.6.

3.58. Курдибаха О.М. Психологічна підготовка спортсменів у спортивній діяльності. *Габітус.* 2020. Т. 2. Вип. 18. С. 72–76. DOI: [10.32843/2663-5208.2020.18.2.13](https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.18.2.13).

3.59. Лукашенко М. Ю. Травматичний досвід військових дій як чинник девіантної поведінки. *Юридична психологія.* 2019. Вип. 24, № 1. С. 32–38. DOI: 10.33270/03192401.32.

3.60. Майстренко Л. Розвиток емоційної сфери в курсантів військових закладів вищої освіти на заняттях англійської мови. *Філологічні трактати*. 2022. Т. 14, № 1. С. 64–71. DOI:10.21272/Ftrk.2022.14 (1)-7.

3.61. Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерьова А. М., Невмержицький В. М. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. 438 с.

3.62. Мандзюк В. Лера Мандзюк. Про пісюрик, 2023. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=gb-pTY16WEo> (дата звернення: 12.08.2023).

3.63. Мандзюк В. Лера Мандзюк. Стендап в Мукачеві, 2023. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=0715UMBrrbk> (дата звернення: 12.08.2023).

3.64. Матійків І. М. Емоційні уміння майбутнього фахівця професій типу «людина – людина»: результати експериментального дослідження. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Сер. психологічна. 2014. № 1. С. 141–149. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2014_1_18 (дата звернення: 23.07.2023).

3.65. Мельничук І. В., Павлова І. Г. Владнальна поведінка емоційно зрілої особистості. *Габітус*. 2023. Вип. 15. С. 146–150. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2023/49-2023/25.pdf> (дата звернення: 24.07.2023).

3.66. Миколайчук М., Чепьолкіна О. Психологічні особливості переживання образи та прощення у осіб з різними ранніми дезадаптивними схемами. *Наукові записки УКУ. Сер. Педагогіка. Психологія*. 2020. № 3. С. 91–104. URI: <https://er.ucu.edu.ua/handle/1/2505> (дата звернення: 21.07.2023).

3.67. Милославська О. В., Богдановський С. О. Резильєнтність як складова психічної витривалості військовослужбовця. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Сер. Психологія*. 2023. № 1. С. 197–202. DOI: [10.32782/2709-3093/2023.1/32](https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/32).

3.68. Миронець С.М., Тімченко О.В. Негативні психічні стани рятувальників в умовах надзвичайної ситуації: монографія. Київ: ТОВ «Август Трейд», 2008. 249 с. URL: <http://29yjmo6.257.cz/bitstream/123456789/2082/1/negativ.pdf> (дата звернення: 18.07.2023).

3.69. Михайлишин У.Б. Теоретичний аналіз гендерних відмінностей у проявах компонентів емоційного інтелекту. *Challenges in science of nowadays: psychology and psychiatry*. 2020. С. 120–124. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/36353> (дата звернення: 18.07.2023).

3.70. Нагорна А. О. Стресозахісна функція емоційного інтелекту. *Психологічні перспективи*. 2012. Вип. 20. С. 161–171. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/1948/1/Nagorna.pdf> (дата звернення: 18.07.2023).

3.71. Ньюспалм. Ляшко й Тимошенко: eMeBeФ, невістка та скажене роуд-муві – спецвипуск Ньюспалму, 2020. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=9qMaacvSuP4> (дата звернення: 25.03.2023).

3.72. Огнєв В. А., Усенко С. Г., Усенко С. А. Медико-соціальні підходи до вирішення питання стресу та конфліктів на сучасному рівні. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали V наук.-практ. конф.*, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол. В. В. М'ясоєдов, В. А. Огнєв, Т. В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 46–49. DOI: 10.5281/zenodo.7327653.

3.73. Орловська О.А. Посттравматичний стресовий розлад учасника бойових дій та сімейна адаптація. *Габітус*. 2020. Вип. 15. С. 251–255. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2020/15-2020/45.pdf> (дата звернення: 23.07.2023).

3.74. Осадча Т. М., Руденко Л. М., Гавриленко Ю. В. Емоційний стан у підлітків з органічною патологією гортані. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. 19. Корекційна*

педагогіка та спеціальна психологія. Вип. 42. Київ : Вид-во НПУ імені М.П.Драгоманова, 2022. С. 111–124. DOI:10.31392/NPU-nc.series19.2022.42.10.

3.75. Особливості, методи та переваги терапії сміхом. *Thpanorama* : веб-сайт. URL: <https://ua.thpanorama.com/articles/trastornos-mentalespsicopatologia/risoterapia-caractersticas-tcnicas-y-beneficios.html> (дата звернення: 09.08.2023).

3.76. Павлюк М. М., Журавська Д. С., Клімишина Н. Психологічні чинники емоційного вигорання у професійній діяльності. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. 11, № 18. С. 226–244. URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v11/i18/15.pdf> (дата звернення: 25.07.2023).

3.77. Панишко Ю. М., Гусак Л. І. Методи дослідження функціонального стану дихальної системи. *Феномен людини. Здоровий спосіб життя* : зб. наук. пр. Львів, 2015. Вип. 41(107). С. 35–38. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/6205> (дата звернення: 10.07.2023).

3.78. Пирог Г., Шикирава Н. Особливості емпатії на різних етапах професійного становлення практичних психологів системи освіти. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки. 2020. Т. 12, № 10(55). С. 87–99. DOI: 10.31392/npu-nc.series12.2020.10(55).09.

3.79. Писарчук О. Використання гумору в умовах дистанційного навчання учнів початкової школи. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Сер. Педагогіка. Психологія*. 2022. Вип.1. С. 51–61. DOI: 10.32782/academ-ped.psyh-2022-1.08.

3.80. Підпільний Стендап. Василь Байдак – «Комедія спостереження за абсурдом» [ENG SUBS] Сольний стендап концерт 2022, 2022. *YouTube*. URL: https://www.youtube.com/watch?v=C34z0ozw_9E (дата звернення: 10.03.2023).

3.81. Помилуйко В. Ю. Характеристика вікових стадій дорослості з урахуванням можливостей розвитку ключових компетентностей особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки.* 2016. Вип. 5(2). С. 50–55. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2016_5\(2\)__11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2016_5(2)__11) (дата звернення: 1.06.2023).

3.82. Пономаренко Я. Специфіка особистісно-професійної здійсненності поліцейських з різним стажем роботи в поліції. *Вісник Львівського університету. Сер. психологічні науки.* 2022. Вип. 14. С. 55–61. DOI: 10.30970/PS.2022.14.7.

3.83. Похлестова О. Ю. Копінг як функція стресостійкості особистості. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти* : зб. наук. праць / заг. ред. Н.М.Токаревої. Вип. 9. Київ : ТОВ НВП «Інтерсервіс», 2019. С. 291–299. URL: <https://kdpu.edu.ua/zahalnoi-ta-vikovo-psykholohii/naukova-robita/vydannia-kafedry/9601-aktualni-problemy-psykholohii-v-zakladakh-osvity-3.html> (дата звернення: 24.07.2023).

3.84. Про затвердження Інструкції з фізичної підготовки в системі Міністерства оборони України: наказ Міністерства оборони України від 05.08.2021 № 225. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1289-21#Text> (дата звернення: 17.07.2023).

3.85. Рассмеши Комика – Официальный Канал. У вас 8 детей! Что вы вообще знаете о безопасности?, 2018. *YouTube*. URL: https://www.youtube.com/watch?v=40HMn3_wpNI (дата звернення: 19.09.2022).

3.86. Руденко А. М. Гідрокінезотерапія у процесі відновлення порушень діяльності опорно-рухового апарату. *Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика* : матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції / відповід. ред. Т. В. Бугаєнко, наук. ред. О. М. Звіряка. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2022. С.97–100. URL:

https://sspu.edu.ua/images/2022/docs/naukovi-konf/zbirnik_zftre_2022_55ec9.pdf

(дата звернення: 28.07.2023).

3.87. Савчин М. В., Василенко Л.П. Вікова психологія : навч. посіб. 3- те вид, перероб., допов. Київ : Академія, 2017. 366 с.

3.88. Сафонов Д. М. Психічні розлади при судинних захворюваннях головного мозку: навчальний посібник для лікарів-інтернів первинної післядипломної спеціалізації з «Психіатрії». Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. 90 с.

URL:

<http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/11949/1/посібник%20Сафонов%202020.pdf> (дата звернення: 27.07.2023).

3.89. Свиридюк М. Про светр Данилова, жирного малого і модняву моду, 2022. *YouTube*.

URL: <https://www.youtube.com/watch?v=IY0XvFcdGcw> (дата звернення: 10.03.2023).

3.90. Сергєєва І.В., Кохановська І.В. Психологічні особливості чоловіків – суб'єктів пробації. *Габітус*. 2021. Вип. 31. С. 224–229.

URL: <http://habitus.od.ua/journals/2021/31-2021/38.pdf> (дата звернення: 21.07.2023).

3.91. Сердюк П. Проблема визначення функції нормального розподілу злочинності. *Науковий часопис Національної академії прокуратури України*. 2014. № 1. С. 176–183. URI: <http://www.chasopysnapu.gp.gov.ua/chasopys/ua/pdf/1-2014/176-serduk.pd> (дата звернення: 19.07.2023).

3.92. Серж Лебовски. Смешные моменты из фильмов и сериалов. Мемы в кино, 2020. *YouTube*.

URL: <https://www.youtube.com/watch?v=IC1TIXkWYbE> (дата звернення: 13.04.2023).

3.93. Слободчиков В. І. Теорія і діагностика розвитку в контексті психологічної антропології. *Психологія і особистість*. 2014. № 2. С. 5–45.

URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psios_2014_2_3 (дата звернення: 21.06.2023).

3.94. Стойко Ю. Терапія сміхом: як бути здоровим і щасливим. *Колесо Життя* : веб-сайт. URL: <https://koleso-gizni.com.ua/uk-ua/zdorove/smehoterapija-chto-eto> (дата звернення: 09.08.2023).

3.95. Студія Квартал 95 Online. Реклама. Пороблено в Україні, пародія 2014, 2014. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=JKTGd91Si5A> (дата звернення: 14.03.2023).

3.96. Суловець Т. М., Танська В.В. Сміхотерапія – основа зміцнення здоров'я дітей. *Інноваційні здоров'язберігаючі технології у закладах освіти: зб. наук.-метод. праць / за ред. В. В. Танської, О. А. Сорочинської, О. В. Павлюченко . Житомир: ЖДУ імені Івана Франка, 2020. С. 61–64.* URL: http://eprints.zu.edu.ua/31287/1/Макет_ЗБІРНИК_КОНФЕРЕНЦІЇ_%20ТЕХНОЛОГІЇ.pdf (дата звернення: 23.07.2023).

3.97. Татяничков А. О. Саногенне мислення як засіб збереження психічного здоров'я в умовах воєнного стану. *Європейський вибір України, розвиток науки та національна безпека в реаліях масштабної військової агресії та глобальних викликів XXI століття» (до 25-річчя Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчя Одеської школи права)* : матеріали Міжнар.наук.-практ. конф., м. Одеса, 17 черв. 2022 р. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2022. Т. 1. С. 307–310.

3.98. Тед Лассо. *UASerials – серіали українською мовою онлайн*: веб-сайт. URL: <https://uaserials.pro/1541-ted-laso.html> (дата звернення: 15.05.2023)

3.99. Телеканал ICTV. «На трьох» – азартні ігри у лікарні. Онлайн – відео, 2019. *Facebook*. URL: <https://www.facebook.com/watch/?v=573934539762331> (дата звернення: 20.03.2023).

3.100. Теплюк Ю. О. Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2021. 272 с.

URL: https://npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/Д_26.053.10/Teptiuk.pdf
(дата звернення: 19.07.2023).

3.101. ТеСАМеШоу. Місто чи село?. Вечірня тема. Випуск 3, 2023. *YouTube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=7n7E42b5YMA> (дата звернення: 27.07.2023).

3.102. Теслюк В. М., Теслюк В. В., Чеберяко А. В. Гумор у психічному житті людини. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. №1 (54). С. 167-172. DOI: 10.33099/2617-6858 – 20 – 54– 1 – 167-172.

3.103. Ткачук Т. А. Тарасенко І. В. Копінг-поведінка як основа конструктивного опанування важких життєвих ситуацій. *Технології розвитку інтелекту*. 2016. Т. 2 Вип. 1. С. 12. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_1_12 (дата звернення: 24.07.2023).

3.104. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с. URL: https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/psiholog_travm.pdf (дата звернення: 22.03.2023).

3.105. Федорак В.М., Іванців О. Р., Білінський І. І., Федорак В. В. Визначення психо-емоційного стану студентів 2-го курсу Івано-Франківського національного медичного університету під час дистанційного навчання на основі анкетування. *Прикарпатський вісник наукового товариства імені Шевченка ПУЛЬС*, 2022. №18 (66). С. 99–111. DOI: 10.21802/2304-7437-2022-18(66)-99-111.

3.106. Хміляр О. Ф. Психічна стійкість солдата. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Психологія*, 2022. №6, С. 71–79. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2022.6.13

3.107. Черкашин А. Стресостійкість та копінг-стратегії студентів під час освітнього процесу у закладах вищої освіти. *Теорія і практика управління соціальними системами*. 2021. № 1. С. 98–107. DOI: [10.20998/2078-7782.2021.1.08](https://doi.org/10.20998/2078-7782.2021.1.08).

3.108. Шаттенбург Л., Кульчинський Я. Психодинаміка болю. *Нейронews*. 2019. № 4(105). С. 34–37.

URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2019/4\(105\)/nn19_4_34-37_8912502d4962ab0448e7ef385d9b83ce.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2019/4(105)/nn19_4_34-37_8912502d4962ab0448e7ef385d9b83ce.pdf) (дата звернення: 10.07.2023).

3.109. Шпортун О.М. Регулятивно-рівнева модель гумору в структурі особистісної регуляції і умовах норми та психічної патології. *Науковий журнал «Габітус»* – Причорноморськ – Вип.18. Т. 2. 2020. С. 149–154.

3.110. Яцина О. Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Наукові перспективи*. 2022. № 7(25). С.554–567. DOI: 10.52058/2708-7530-2022-7(25)-554-56

3.111. A brief history of otorhinolaryngology: otology, laryngology and rhinology / J. F. Nogueira та ін. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2007. Т. 73, № 5. С. 693–703. URL: [https://doi.org/10.1016/s1808-8694\(15\)30132-4](https://doi.org/10.1016/s1808-8694(15)30132-4) (дата звернення: 08.02.2023).

3.112. Alt J.A., Smith T.L., Mace J.C., Soler Z.M. Sleep quality and disease severity in patients with chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope*. Oct; 123(10). 2013. P. 2364–70.

3.113. Andrade S. d. O., Appenzeller S. Ear, nose and throat manifestations of autoimmune and autoinflammatory diseases: a rheumatology perspective. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2022. Т. 88, № 1. С. 1–3. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.05.015> (дата звернення: 08.02.2023).

3.114. Arman ArmoDVj Nersisyan. Гарячі голови 1991. Небіжчика до лікарні!, 2023. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=6J0Ya6vOo3s> (дата звернення: 14.08.202)

3.115. Ear nose throat-related symptoms with a focus on loss of smell and/or taste in COVID-19 patients / E. Sakalli та ін. *American Journal of Otolaryngology*. 2020. Т. 41, № 6. URL: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102622> (дата звернення: 08.02.2023)

3.116. Ear, Nose and Throat (ENT) disease diagnostic error in low-resource health care: Observations from a hospital-based cross-sectional study. *PLOS ONE*.

2023. Т. 18, № 2. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281686> (дата звернення: 08.02.2023).

3.117.FailArmy. People Trying and Failing – Funny Fails Compilation | FailArmy, 2022. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=9e1HvYKrAV0> (date of access: 13.03.2023).

3.118.Fox Family Entertainment. Ice Age: Continental Drift | Ice Age 4: Scrat Continental Crack Up HD, 2011. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=zocutif0cQY> (date of access: 20.09.2022).

3.119.Gerrit Maassen van den Brink. Good teamwork and bad teamwork, 2013. YouTube. URL: https://www.youtube.com/watch?v=fUXdrl9ch_Q (date of access: 12.09.2022).

3.120.Ilnar Gusainov. Приколы. Смешная реклама, 2013. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=zaGtzWcBPGk> (дата звернення: 13.04.2023).

3.121.Kisse, A.I., Hotynian, V.V., Balashenko, I.V., Balashenko, M.I., & Nachev, A.P. (2022). On the possibility of non-standard measurement of personality value orientations. *Amazonia Investiga*. 11(50). 27-35. <https://doi.org/10.34069/AI/2022.50.02.3>

3.122.Matokhniuk, L., Shportun O., Shevchuk, V., Khamaziuk, O., Savenko, K., Nikulin, M., Hrynko, R., & Miroshnichenko, V. (2020). Servicewomen's Personal Traits. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11(3), 122-135. <https://doi.org/10.18662/brain/11.3/113>

3.123.Movieclips TV. Заряженное оружие 1 (1993). Бросьте пистолет, 2022. YouTube. URL: https://www.youtube.com/watch?v=E_v8u3I-xFU (дата звернення: 24.03.2023).

3.124.Mr Bean. JUDO Bean | Funny Clips | Mr Bean Official, 2020. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=2mSr6GgQV2Y> (date of access: 11.03.2023).

3.125.Murafa & Skuratov. Офіціанти переплутали замовлення та внесли це у рахунок. Хто буде платити? «Терпець» Мурафа Скуратов, 2023. YouTube.

URL: <https://www.youtube.com/watch?v=8w4Y7UXzUAs> (дата звернення: 14.08.2023).

3.126. Oxiel Schneider Z. Convivencia, 2008. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=u5651tdwyXo> (date of access: 16.10.2022).

3.127. Puneet Ratra. Смішні жирні тварини-анімаційний короткометражний фільм, 2020. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=4PALQUzjzls> (дата звернення: 12.03.2023).

3.128. Rôzanska-Kudelska M. et al. Quality of life, depression and anxiety symptoms in patients with chronic rhinosinusitis with polyps treated by endoscopic sinus surgery. *Pol. Merkur. Lekarski*. Vol. 32. 2012. P. 228–231.

3.129. Samokhvalov. Чорнобаївка - Будні Українця (Переозвучка UA) - нові серії #14, 2022. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=RBKZxJXUwSY> (дата звернення: 24.03.2023)

3.130. Silirda. Москвич: пародія на алкоголичка Артур Пирожков, 2019. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=ka07qvCTM-o> (дата звернення: 15.03.2023).

3.131. The importance of early detection of ENT symptoms in mild-to-moderate COVID-19 / G. Spinato et al. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. 2021. Vol. 41, no. 2. P. 101–107. URL: <https://doi.org/10.14639/0392-100x-n1038> (date of access: 08.02.2023).

3.132. UA Stand-Up Agency. Марина Войцеховська – стендап про роботу, енергетику, дитинство та коментарі на ютуб | UaSA, 2022. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=psUsFZFDV9w> (дата звернення: 15.03.2023).

3.133. Vertuha. Мальчик vs мужчина, 2018. YouTube. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=fD7dYwuS3OY> (дата звернення: 25.03.2023).

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що проблема емоційного здоров'я є достатньо актуальною як у теоретичному, так і в практичному аспекті. Показано, що ще не сформовано загально визнаної методології його пізнання. Переважно проблема емоційного здоров'я досліджується опосередковано в межах різних підходів психічного здоров'я, психоемоційного здоров'я, ментального здоров'я та інших.

2. Розкрито, що в сучасній психології наявні різні підходи до розуміння специфіки змісту емоційного здоров'я. Узагальнення різних підходів дає підставу розглядати його як специфічне оцінне суб'єктивне відображення функціонування почуттєвої сфери людини, яке в різних умовах життєдіяльності може відчуватися в діапазоні від позитивно комфортного до негативно дискомфортного станів.

3. Спираючись на узагальнення основних ознак емоційного здоров'я, побудовано методику його оцінки, яка передбачає визначення 5 рівнів його прояву: позитивно комфортного, стабільно комфортного, відносно комфортного, відносно дискомфортного та негативно дискомфортного станів. Показано, що для вивчення емоційного здоров'я також можуть бути залучені поширені методики, які дозволяють певною мірою здійснювати оцінку прояву його специфічних ознак на рівні станів та властивостей особистості.

4. На основі отриманих емпіричних даних встановлено, що при отоларингологічних захворюваннях серед обстеженої вибірки військовослужбовців з гострою стадією захворювання вони відчували негативно дискомфортний стан (46,6%); (26,5%) відчували відносно дискомфортний стан; (15,1%) оцінювали свій стан як відносно комфортний; разом з тим, невелика частка досліджуваних перебувала в позитивно комфортному (7,1%) або стабільно комфортному, при цьому (4,6%) були оптимістично налаштованими.

5. Встановлено найбільші статистично-достовірні відмінності показників у прояві емоційного здоров'я на загальній вибірці залежно від рівня його прояву, а саме – позитивно комфортного та негативно дискомфортного станів.

6. Установлено, що за проявом емоційного здоров'я залежно від нозології наявні також статистично-достовірні відмінності між військовими із захворюванням вуха з іншими захворюваннями, а саме – носа та горла. Такі відмінності переважно були обумовлені у перших більш високими симптомами болю, що відображалися безнадійністю, сумом, страхом, виснаженістю та інших.

7. На основі кореляційного аналізу встановлено, що прояв емоційного здоров'я може детерминуватися комплексом різних особистісних особливостей. Провідними в його змісті є самопочуття, настрої, тривога, експресивність, емоційна зрілість та спонтанна агресивність.

8. Виявлені відмінності в прояві емоційного здоров'я військовослужбовців, які мають отоларингологічні захворювання з урахуванням статі. Так, половина (50 %) жінок визначили його як дискомфортний, тоді як 25 % – відносно комфортний та 25 % – стабільно комфортний стан. У військовослужбовців-чоловіків прояв емоційного здоров'я як негативно дискомфортний фіксувався у межах 25 %, а відносно дискомфортний та відносно комфортний – у 75 %. Указана різниця між жінками та чоловіками в цьому аспекті підтверджена за критерієм Манна-Уїтні ($U=768$; $n_{ж}+n_{ч}=238$; $p<0,01$). Такі дані дозволяють вважати суб'єктивну оцінку емоційного здоров'я жінок значно кращою порівняно з чоловіками.

9. Спираючись на почуттєві особистісні властивості емоційного здоров'я, побудовано комплексну цілеспрямовану систему електронної соціально-психологічної корекції його незадовільного стану у військовослужбовців. Для кожного досліджуваного індивідуально було складено добірку відео з комплексів гумористичних відеосюжетів різної тематики. Побудована система розрахована на визначений регламент часу (тривалості відео 20 хв, протягом 7 днів) за допомогою електронних гаджетів.

10. Апробація системи терапії сміхом та на основі аналізу отриманих результатів тижневого її використання у військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями засвідчила певну позитивну динаміку покращання стану емоційного здоров'я. Встановлено, що в перші дні

покращується лише самопочуття, але активність та настрій залишаються на попередньому рівні. На п'ятий день її використання більш вираженими стають позитивні ознаки емоційного здоров'я. Виявлено, що у 24 % досліджуваних стан емоційного здоров'я досягнув позитивно комфортного стану, на відміну від інших досліджуваних.

11. Надано науково-методичні рекомендації щодо корекції незадовільного стану емоційного здоров'я військовослужбовців з використанням системи електронної психосоціальної корекції терапії сміхом у подоланні різних стресових станів особистості. Запропонована система може слугувати орієнтиром для розробки програм підтримки для більш широкого кола осіб та психологічного супроводу для зміцнення та покращання психологічного та емоційного благополуччя.

ДОДАТКИ

Додаток А

**Зміст розробленої автором психодіагностичної методики
«Самооцінка емоційного здоров'я»**

Інструкція: Емоційне здоров'я, як специфічне оцінне суб'єктивне відображення функціонування почуттєвої сфери людини, в різних умовах її життєдіяльності може відчуватися в діапазоні від позитивно-комфортного до негативно-дискомфортного станів. Просимо обрати такий варіант, який найкращим чином описує Ваш емоційний стан у вказаний період часу, і поставити відповідну букву у карті самооцінок.

<p>Оптимістичне налаштування на одужання. Настрій піднесений. Енергійність. Упевненість в своїх силах успішно долати будь-які життєві труднощі. Емоційна стабільність. Незмінна реакція на звичні життєві ситуації. Здатність керувати своїми емоціями, почувати радість від життя. Доброзичливі стосунки з оточенням. Відсутність проявів тривоги, напруженості, пригнічення або роздратування. Здоровий, спокійний сон, хороший апетит. В цілому відчуття абсолютного емоційного комфорту.</p>	А
<p>Емоційна стабільність, спокій. Реакція на звичні життєві ситуації залишилася незмінною, такою як до захворювання. Здатність впоратися зі змінами та невизначеністю у житті. Попри труднощі, є сили для повноцінного життя. Здатність відчувати, виражати та керувати своїми емоціями, стримувати бурхливі прояви. Тимчасові проблеми, пов'язані із лікуванням, викликають незначні прояви тривоги, напруженості, пригнічення або роздратування, проте не заважають доброзичливо ставитись до людей, спілкуватися з ними</p>	Б

так, як раніше. Здоровий, спокійний сон, хороший апетит. В цілому відчуття емоційного комфорту.	
---	--

Відносно спокійний стан з незначними проявами тривоги, напруженості або роздратування, пов'язаними із лікуванням. Ставлення до навколишнього світу, до людей таке саме, як до захворювання. Незважаючи на знижений настрій, є здатність справлятися зі змінами у житті. Підвищена втомлюваність, яка не проходить після відпочинку, що потребує зберігати сили для одужання. Звуження кола спілкування. Відносно спокійний сон, хороший апетит. В цілому відчуття відносного емоційного комфорту.	В
---	---

Песимістичне, пасивне налаштування на одужання. Погіршений настрій. Недостатньо сил долати життєві труднощі. Складності при спробі зосередитися на звичних життєвих ситуаціях. Важко утримувати самоконтроль. Деяка тривожність, підвищена імпульсивність та напруженість. Погіршення стосунків з оточенням. Неспокійний сон, погіршення апетиту. В цілому відчуття відносного емоційного дискомфорту.	Г
--	---

Певні сумніви у покращенні стану здоров'я. Помітно пригнічений настрій. Певна втрата інтересу. Поява відчуття безнадійності, безрадісності. Виникнення збудливості та проявів страху. Складності у взаємодії з іншими. Бажання усунути зайві контакти з людьми. Відчуття виснаження. Порушення сну, апетиту. В цілому відчуття дискомфортного стану.	Д
--	---

Ключ

А. Позитивно комфортний стан емоційного здоров'я – 5 балів

- Б. Стабільно комфортний стан емоційного здоров'я – 4 бали
- В. Відносно комфортний стан емоційного здоров'я – 3 бали
- Г. Відносно дискомфортний стан емоційного здоров'я – 2 бали
- Д. Негативно дискомфортний стан емоційного здоров'я – 1 бал

Додаток Б

**Індивідуальні дані, отримані в ході апробації методики «Самооцінка
емоційного здоров'я»**

Таблиця Б.1

Індивідуальні дані для оцінки ретестової надійності, дискримінативності та конструктивної валідності методики

№	ЕЗ	ЕЗ2д	РБ	С	А	Н	СТ	ЕВ	ПП	ВБ	ЕС	РМН	ЧСС	Ттіла	ЧД
1	3	4	5	50	42	48	6	3	5	4	18		85	36,8	19
2	3	5	5	47	38	43	7	5	4	6	22		92	37,3	22
3	3	4	4	47	38	41	4	4	3	3	14		73	37	17
4	3	3	4	33	33	32	4	4	6	3	17		100	37	19
5	3	3	4	47	39	41	7	6	5	5	23		73	37	17
6	3	3	4	44	38	45	4	3	2	4	13		85	36,8	19
7	3	4	4	44	36	40	5	2	5	3	15		80	36,6	18
8	3	4	4	44	38	45	5	6	5	5	21		85	36,8	19
9	3	3	4	48	40	47	3	3	3	3	12		92	37,3	22
10	3	3	4	44	38	45	6	4	7	4	21		85	36,8	19
11	3	3	4	48	40	47	6	6	6	5	23		92	37,3	22
12	3	2	4	48	40	47	3	3	3	3	12		92	37,3	22
13	3	3	4	48	40	47	5	3	6	3	17		92	37,3	22
14	3	3	4	48	40	47	6	5	5	5	21		92	37,3	22
15	3	2	4	50	42	48	4	3	2	4	13		85	36,8	19
16	3	3	4	44	38	45	4	4	6	3	17		85	36,8	19
17	3	3	4	48	40	47	6	5	5	5	21		92	37,3	22
18	3	4	4	44	38	45	3	3	3	3	12		85	36,8	19
19	3	4	5	44	36	40	5	2	5	3	15		80	36,6	18
20	3	4	4	50	42	48	7	5	4	6	22		85	36,8	19
21	3	4	5	24	35	31	7	6	5	7	25		90	36,7	18
22	3	4	4	22	28	24	7	6	5	7	25		75	36,6	18
23	3	4	4	37	40	32	6	6	5	5	22		90	37	19
24	3	4	4	42	46	37	5	7	6	6	24		75	36,6	18
25	3	4	6	37	40	32	7	7	6	6	26		75	36,6	18
26	3	4	4	25	35	31	6	5	4	6	21		78	36,8	19
27	2	2	6	22	28	24	6	5	5	6	22		75	36,6	18
28	2	2	5	25	35	31	5	7	6	6	24	17	90	36,7	18
29	2	2	6	27	38	28	5	5	5	5	20	16	75	36,6	18
30	2	2	5	25	35	31	7	7	7	7	28	12	90	36,7	18
31	2	2	5	27	38	28	6	7	7	6	26	23	90	36,7	18

32	2	2	5	27	38	28	5	5	5	5	20	21	90	36,7	18
33	2	2	4	27	38	28	6	6	6	6	24	23	90	36,7	18
34	2	2	5	27	38	28	8	5	4	6	23	23			
35	2	2	7	24	35	31	6	3	5	7	21	19	75	36,6	18
36	2	2	6	25	35	31	8	6	5	5	24	18	90	36,7	18
37	2	2	5	27	38	28	4	4	6	6	20	20	75	36,6	18
38	2	3	6	25	36	26	8	6	5	5	24	21	78	36,8	19
39	2	2	6	25	36	26	6	3	5	7	21	24			
40	2	2	6	25	36	26	7	4	4	5	20	25			
41	2	2	7	25	36	26	4	4	6	6	20	21			
42	2	2	7	22	33	29	7	5	5	5	22	11			
43	2	2	7	23	33	29	6	4	7	7	24	22			
44	2	3	7	25	36	26	7	6	6	5	24	20			
45	2	2	7	23	33	29	5	3	6	6	20	22			
46	2	2	7	20	26	22	7	5	5	5	22	22			
47	2	3	7	22	33	29	5	3	6	6	20	18			
48	2	2	7	58	50	56	8	5	4	6	23	17			
49	2	2	8	54	45	50	4	4	6	6	20	19			
50	2	2	7	55	46	49	7	5	5	5	22	20			
51	2	3	7	40	40	39	5	3	6	6	20	23			
52	2	2	6	55	47	49	7	4	4	5	20	24			
53	1	1	8	21	42	22	6	3	5	7	21	16			
54	1	2	8	22	44	48	6	6	6	6	24	33	88	36,6	18
55	1	1	8	21	42	22	5	6	6	5	22	28	92	37,3	22
56	1	1	7	26	48	22	4	4	4	4	16	34	75	36,6	18
57	1	1	7	21	42	22	5	5	5	5	20	32	75	36,6	18
58	1	2	7	26	48	22	3	4	3	5	15	33	75	36,6	18
59	1	1	8	22	47	24	5	2	4	6	17	32	88	36,7	18
60	1	1	7	29	37	40	7	5	4	4	20	25	88	36,6	19
61	1	2	7	29	37	31	3	3	5	5	16	32	88	36,7	18
62	1	1	7	29	40	40	4	5	4	4	17	32	92	37,3	22
63	1	2	8	26	37	44	5	2	4	6	17	37	88	36,7	18
64	1	1	8	27	30	39	6	3	3	4	16	26	92	37,3	22
65	1	2	8	29	37	44	3	3	5	5	16	32	92	37,3	22
66	1	1	8	27	24	46	6	4	4	4	18	34	92	37,3	22
67	1	1	7	24	49	44	5	3	6	6	20	15	92	37,3	22
68	1	1	7	26	50	46	6	5	5	4	20	16	88	36,6	18
69	3	3	5	62	44	46	6	5	4	6	21	26	88	36,7	18
70	3	3	4	58	51	46	6	5	4	6	21	27	92	37,3	22
71	3	3	5	59	46	46	6	6	5	5	22	29	88	36,7	18

72	3	3	4	44	48	47	4	6	5	5	20	23	88	36,6	19
73	2	2	7	59	46	44	4	3	2	4	13	22	88	36,6	18
74	2	2	6	25	52	46	4	3	2	4	13	21			
75	2	2	6	26	46	44	4	4	3	3	14	23			
76	2	2	6	25	52	39	6	4	3	3	16	22			
77	2	2	6	30	51	47	4	4	3	3	14	29			
78	2	2	6	25	41	30	4	3	2	4	13	22			
79	2	2	6	30	41	23	3	2	2	3	10	24			
80	1	2	7	26	44	31	6	4	3	3	16	12			
81	1	2	7	33	41	36	3	3	3	3	12	15			
82	1	2	8	33	34	31	5	4	3	5	17	11			
83	1	2	8	33	41	30	4	3	3	4	14	13			
84	1	2	7	30	28	23	3	5	4	4	16	14			
85	1	1	8	31	53	30	4	4	4	4	16	16			
86	1	1	8	19	30	26	5	5	5	5	20	16			
87	1	1	7	17	23	19	6	5	4	6	21	17			
88	1	1	6	32	35	27	5	4	4	5	18	19			
89	1	2	6	37	41	32	4	6	5	5	20	10			
90	1	2	8	32	35	27	5	5	5	5	20	11			
91	1	2	7	20	30	26	6	6	6	6	24	18			
92	1	2	7	17	23	19	7	6	5	7	25	19			
93	1	2	6	20	30	26	6	5	5	6	22	12			
94	1	1	6	22	33	23	5	7	6	6	24	13			
95	1	1	6	20	30	26	6	6	6	6	24	12			
96	1	2	7	22	33	23	7	7	7	7	28	15			
97	1	2	6	22	33	23						12			
98	1	2	6	22	33	23						12			
99	1	2	6	22	33	23						17			
100	1	2	6	19	30	26						18			
101	1	1	6	20	30	26						19			
102	1	1	6	21	40	25						18			
103	1	1	6	21	34	22						11			
104	1	2	7	21	29	25						14			
105	1	2	7	21	22	22						10			
106	1	2	8	18	29	22						12			
107	1	2	7	19	32	22						13			
108	1	2	7	20	29	22						16			
109	1	1	7	22	46	49						14			
110	1	1	6	40	40	39						16			
111	1	1	6	22	47	49						12			

112	1	1	8	21	42	22						14			
113	1	1	6	22	44	48						12			
114	1	1	6	21	42	22						12			
115	1	1	6	26	48	22						13			
116	1	1	6	21	42	22						15			
117	1	1	6	23	34	24						21			
118	1	1	6	21	31	27						12			
119	1	2	6	23	34	24						14	95	36,7	19
120	1	2	6	23	34	24						13	97	37,7	23
121	1	2	7	23	34	24						12	76	36,7	17
122	1	2	6	23	34	24						15	76	36,6	19
123	1	2	6	20	31	27						16	76	36,7	17
124	1	1	6	21	31	27						10	95	37	21
125	1	1	7	23	34	24						16	97	36,8	20
126	1	1	8	21	32	22						11	90	36,6	19
127	1	1	8	21	32	22						13	97	37,7	23
128	1	1	7	21	32	22						12	90	36,6	19
129	1	1	6	21	32	22						14	97	37,7	23
130	1	1	6	18	29	25						13	97	37,7	23
131	1	1	8	19	29	25						12	97	38,1	23
132	1	1	7	21	32	22						15	97	37,7	23
133	1	1	7	48	42	49						11	95	37	21
134	1	1	6	52	44	51						14	90	36,6	19
135	1	1	6	48	42	49						15	97	37,7	23
136	1	1	6	52	44	51						16	90	36,6	19
137	1	2	7	52	44	51						15	97	36,8	20
138	1	2	6	52	44	51						26	95	37	21
139	1	2	6	52	44	51						21			
140	1	2	6	54	46	52						14			
141	1	2	6	48	42	49						19			
142	1	1	6	52	44	51						12			
143	1	1	6	48	42	49						17			
144	1	2	6	48	40	44						19			
145	1	1	6	54	46	52						18			
146	1	1	6	22	44	18						13			
147	1	1	7	19	30	26	5	4	3	5	17	14	100	36,8	18
148	2	3	7	17	23	19	5	4	3	5	17	19	100	38	25
149	2	3	0	32	35	27	5	5	4	4	18	20	80	36,6	18
150	2	3	4	37	41	32	3	5	4	4	16	21	75	36,8	17
151	2	3	0	32	35	27	5	5	4	4	18	20	80	36,6	18

152	1	1	6	20	30	26	5	4	3	5	17	13	95	37	21
153	1	2	8	17	23	19	4	3	3	4	14	16	100	36,7	21
154	1	1	4	20	30	26	3	5	4	4	16	12	95	37	21
155	1	2	7	22	33	23	4	4	4	4	16	14	100	38	25
156	1	1	5	20	30	26	5	5	5	5	20	15	95	37	21
157	2	3	8	22	33	23	4	5	5	4	18	22	105	38,6	27
158	2	3	6	22	33	23	4	4	4	4	16	24	100	38	25
159	2	3	7	22	33	23	4	4	4	4	16	23	100	39	28
160	2	3	8	22	33	23	4	4	4	4	16	25	105	38,6	27
161	1	1	7	19	30	26	5	4	3	5	17	16	100	38,3	25
162	1	1	6	20	30	26	3	5	4	4	16	14	95	37	21
163	2	2	6	22	33	23	4	4	4	4	16	24	100	38	25
164	2	2	6	20	30	26	4	4	4	4	16	25	95	37	21
165	1	1	7	17	23	19	4	3	3	4	14	18	100	36,7	21
166	1	1	6	19	30	26	5	4	3	5	17	14	100	38,3	25
167	5	5	2	70	62	68	8	7	6	8	29	31	77	36,7	17
168	5	5	0	67	58	63	8	7	6	8	29	32	77	36,7	17
169	5	5	1	67	58	61	8	8	7	7	30	34	73	36,8	18
170	4	5	2	53	53	52	6	8	7	7	28	28	73	36,8	18
171	5	5	0	67	59	61	8	8	7	7	30	31	73	36,8	18
172	5	5	1	64	58	65	8	7	6	8	29	33	77	36,7	17
173	5	5	1	64	56	60	7	6	6	7	26	32	77	36,7	17
174	5	5	2	64	58	65	6	8	7	7	28	31	77	36,7	17
175	5	5	3	68	60	67	7	7	7	7	28	34	77	36,7	17
176	4	5	0	64	58	65	8	8	8	8	32	27	77	36,7	17
177	5	5	1	68	60	67	7	8	8	7	30	29	77	36,7	17
178	4	5	2	68	60	67	7	7	7	7	28	28	77	36,7	17
179	5	5	1	68	60	67	7	7	7	7	28	30	77	36,7	17
180	5	5	1	68	60	67	7	7	7	7	28	32	77	36,7	17
181	5	5	0	70	62	68	8	7	6	8	29	31	77	36,7	17
182	5	5	2	64	58	65	6	8	7	7	28	33	77	36,7	17
183	5	5	3	68	60	67	7	7	7	7	28	32	77	36,7	17
184	5	5	0	64	58	65	7	7	7	7	28	31	77	36,7	17
185	5	5	0	64	56	60	7	6	6	7	26	34	77	36,7	17
186	5	5	1	70	62	68	8	7	6	8	29	30	77	36,7	17

Примітки: ЕЗ – рівень емоційного здоров'я, ЕЗ2т – рівень емоційного здоров'я через 2 дні; РБ – рівень болю; С – самопочуття, А – активність, Н – настрій; СТ – спокій-тривога, ЕВ – енергійність-виснаження, ПП – піднесення-пригніченість, ВБ – впевненість у собі-безпорадність, ЕС – сумарна оцінка емоційного стану; РМН – позитивна спрямованість

ментального здоров'я; ЧСС – частота серцевих скорочень за хвилину; Ттіла – температура тіла у °С; ЧД – кількість дихальних рухів за хвилину.

Таблиця Б.2

Індивідуальні дані для оцінки надійності за узгодженістю експертних відповідей

№	Експерти				
	1	2	3	4	5
1	3	3	2	2	3
2	3	3	4	3	3
3	3	4	3	2	3
4	3	3	3	3	3
5	3	3	2	2	3
6	3	3	4	3	4
7	3	4	3	3	4
8	3	3	3	3	3
9	3	3	2	3	3
10	3	3	4	3	3
11	3	3	3	3	3
12	3	2	3	3	2
13	3	3	2	3	3

№	Експерти				
	1	2	3	4	5
14	3	3	4	3	3
15	3	2	3	3	2
16	3	3	3	2	3
17	3	3	2	2	3
18	3	4	4	3	4
19	3	4	3	3	4
20	3	4	3	3	4
21	3	3	2	3	3
22	3	4	4	3	4
23	3	3	3	3	3
24	3	4	3	3	4
25	3	4	2	3	4
26	3	4	4	3	4

№	Експерти				
	1	2	3	4	5
27	2	2	2	2	2
28	2	2	2	2	2
29	2	2	1	2	2
30	2	2	3	2	2
31	2	2	2	2	2
32	2	2	2	2	2
33	2	2	1	2	2
34	2	2	3	2	2
35	2	2	2	2	2
36	2	2	2	2	2
37	2	2	1	2	2
38	2	3	3	2	3
39	2	2	2	2	2

Додаток В

**Дані, отримані в ході емпіричного дослідження емоційного здоров'я
військовослужбовців з отоларингологічними захворюваннями**

Таблиця В.1

Відомості про досліджуваних

Шифр	Вік	Стать	ДЗ	РБ	Скарги	ЧСС	Ттіла	ЧД
1	20	1	ВТ Акубаротравма	7	Вуха, зниження слуху, шум, запаморочення	100	38	25
2	48	1	Новоутворення носової порожнини	4	Ніс, порушення носового дихання, сухість слизової оболонки, кровотеча	75	36,8	17
3	34	1	ВТ Акубаротравма	6	Вуха, зниження слуху, шум, запаморочення	95	37	21
4	34	1	ВТ Акубаротравма	4	Вуха, зниження слуху, шум	95	37	21
5	34	1	ВТ Акубаротравма	5	Вуха, зниження слуху, шум	95	37	21
6	47	0	Поліпозно-гнійний риносинусит	6	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38	25
7	23	1	Гострий риносинусит	8	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	105	38,6	27
8	40	1	ВТ Акубаротравма	6	Вуха, зниження слуху, шум	95	37	21
9	27	0	Гострий поствірусний риносинусит	6	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	95	37	21
10	48	1	Гострий риносинусит	6	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38,3	25
11	26	1	ВТ Акубаротравма (глухота)	4	Вуха, зниження слуху, шум	77	36,7	18
12	48	1	ВТ Акубаротравма	6	Вуха (зниження слуху, дискомфорт, шум, запаморочення), ніс (виділення з порожнини носа, порушення носового дихання), горло (дискомфорт, стікання слизу, кашель)	105	37	21
13	25	1	ВТ Акубаротравма	7	Вуха, зниження слуху, дискомфорт, шум, запаморочення	95	37	21
14	42	1	ВТ Акубаротравма	4	Вуха, зниження слуху, шум	80	36,6	18
15	39	1	ВТ Акубаротравма	3	Вуха, зниження слуху, шум	88	36,7	18
16	34	0	Гострий ларингіт	7	Горло, утруднення прийому їжі та вживання напоїв, дискомфорт, порушення голосового апарату, стікання слизу, кашель	100	38,2	25
17	19	1	ВТ Акубаротравма	7	Вуха, зниження слуху, шум, запаморочення	100	38	25
18	47	1	Новоутворення носової порожнини	4	Ніс, порушення носового дихання, сухість слизової оболонки, кровотеча	75	36,8	17
19	33	1	ВТ Акубаротравма	6	Вуха, зниження слуху, шум, запаморочення	95	37	21
20	33	1	ВТ Акубаротравма	4	Вуха, зниження слуху, шум	95	37	21
21	33	1	ВТ Акубаротравма	5	Вуха, зниження слуху, шум	95	37	21
22	46	0	Поліпозно-гнійний риносинусит	6	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38	25
23	22	1	Гострий риносинусит	8	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	105	38,6	27
24	39	1	ВТ Акубаротравма	6	Вуха, зниження слуху, шум	95	37	21
25	26	0	Гострий риносинусит	6	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	95	37	21

26	47	1	Гострий риносинусит	6	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38,3	25
27	19	1	ВТ Акубаротравма	0	Ніс, порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	77	36,7	17
28	47	1	Новоутворення носової порожнини	2	Ніс, порушення носового дихання	73	36,8	18
29	33	1	ВТ Акубаротравма	1	Ніс, порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	77	36,7	17
30	33	1	ВТ Акубаротравма	2	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
31	33	1	ВТ Акубаротравма	0	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
32	46	0	Поліпозно-гнійний риносинусит	2	Ніс, порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	77	36,7	17
33	22	1	Гострий риносинусит	1	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
34	39	1	ВТ Акубаротравма	2	Ніс, порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	77	36,7	17
35	26	0	Гострий риносинусит	0	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
36	47	1	Гострий риносинусит	1	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
37	26	1	ВТ Акубаротравма	4	Вухо, зниження слуху, шум	77	36,7	18
38	48	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо (зниження слуху, дискомфорт, шум, запаморочення), ніс (виділення з порожнини носа, порушення носового дихання), горло (дискомфорт, стікання слизу, кашель)	105	37	21
39	25	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, зниження слуху, дискомфорт, шум, запаморочення	95	37	21
40	42	1	ВТ Акубаротравма	4	Вухо, зниження слуху, шум	80	36,6	18
41	39	1	ВТ Акубаротравма	3	Вухо, зниження слуху, шум	88	36,7	18
42	34	0	Гострий ларингіт	7	Горло, утруднення прийому їжі та вживання напоїв, дискомфорт, порушення голосового апарату, стікання слизу, кашель	100	38,2	25
43	52	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, зниження слуху, шум, запаморочення	100	36,8	18
44	35	1	Нейросенсорна приглуховатість	0	Вухо, зниження слуху, шум	80	36,6	18
45	43	1	Нейросенсорна приглуховатість; Хрон. середній отит лівобічний	0	Вухо, зниження слуху, шум	80	36,6	18
46	34	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, зниження слуху, шум, запаморочення	100	36,7	21
47	29	1	Гострий риносинусит	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38	25
48	39	1	Гострий паратонзиллярний абсцес	8	Горло, утруднення прийому їжі та вживання напоїв, дискомфорт	105	38,6	27
49	27	1	Фурункул пристінка носа. Гострий гнійний риносинусит.	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	39	28
50	40	1	Гострий риносинусит	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38,3	25
51	27	0	Гострий гнійний риносинусит	6	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38	25
52	28	1	Перелом кісток носа та пер. Стінки г/п праворуч.	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа, кровотеча	100	36,7	21
53	49	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, зниження слуху, дискомфорт, запаморочення	95	37	21
54	33	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, зниження слуху, шум, запаморочення	100	36,7	21

55	38	1	Гострий риносинусит	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	90	38,7	25
56	35	1	ВТ Акубаротравма	4	Вуха, зниження слуху, шум	80	36,6	18
57	21	1	Хронічний правобічний середній отит	3	Вуха, зниження слуху, дискомфорт, шум, запаморочення	78	36,7	18
58	51	1	ВТ Акубаротравма	7	Вуха, зниження слуху, шум, запаморочення	100	36,8	18
59	34	1	Нейросенсорна приглуховатість	0	Вуха, зниження слуху, шум	80	36,6	18
60	42	1	Нейросенсорна приглуховатість	0	Вуха, зниження слуху, шум	80	36,6	18
61	33	1	ВТ Акубаротравма	8	Вуха, зниження слуху, шум, запаморочення	100	36,7	21
62	28	1	Гострий риносинусит	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38	25
63	38	1	Хронічний ларингіт загострення	8	Горло, утруднення прийому їжі та вживання напоїв, дискомфорт	105	38,6	27
64	26	1	Гострий гнійний риносинусит	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	39	28
65	39	1	Гострий риносинусит	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38,3	25
66	26	0	Гострий риносинусит	6	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	38	25
67	27	1	Перелом кісток носа	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа, кровотеча	100	36,7	21
68	51	1	ВТ Акубаротравма	2	Ніс, порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	77	36,7	17
69	34	1	Нейросенсорна приглуховатість	1	Ніс, порушення носового дихання	73	36,8	18
70	42	1	Хрон. середній отит лівобічний	0	Ніс, порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	73	36,8	18
71	33	1	ВТ Акубаротравма	1	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
72	28	1	Гострий риносинусит	3	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
73	38	1	Гострий ларингіт	1	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
74	26	1	Гострий гнійний риносинусит	1	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
75	39	1	Гострий риносинусит	0	Ніс, порушення носового дихання	77	36,7	17
76	26	0	Гострий гнійний риносинусит	3	Ніс, порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	77	36,7	17
77	27	1	Нейросенсорна приглуховатість	0	Ніс, порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	77	36,7	17
78	49	1	ВТ Акубаротравма	6	Вуха, зниження слуху, дискомфорт, запаморочення	95	37	21
79	33	1	ВТ Акубаротравма	8	Вуха, зниження слуху, шум, запаморочення	100	36,7	21
80	38	1	Гострий риносинусит	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	90	38,7	25
81	35	1	ВТ Акубаротравма	4	Вуха, зниження слуху, шум	80	36,6	18
82	21	1	Хронічний правобічний середній отит	3	Вуха, зниження слуху, дискомфорт, шум, запаморочення	78	36,7	18
83	26	1	Гострий риносинусит (ускладнений)	8	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	39	28
84	25	1	Хронічний риносинусит загострення	5	Ніс (виділення з порожнини носа, порушення носового дихання), горло (стікання слизу, кашель)	100	38	26

85	39	1	Хронічний гіперпластичний ларингіт загострення	6	Горло, утруднення прийому їжі та вживання напоїв, порушення голосового апарату, дискомфорт	85	37	20
86	21	1	ВТ Акубаротравма	4	Вухо, зниження слуху, шум	80	36,6	18
87	34	1	Гострий риносинусит	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	90	38,7	25
88	26	1	Гострий риносинусит (ускладнений)	8	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	100	39	28
89	25	1	Хронічний риносинусит загострення	5	Ніс (виділення з порожнини носа, порушення носового дихання), горло (стікання слизу, кашель)	100	38	26
90	39	1	Хронічний гіперпластичний ларингіт	6	Горло, утруднення прийому їжі та вживання напоїв, порушення голосового апарату, дискомфорт	85	37	20
91	21	1	ВТ Акубаротравма	4	Вухо, зниження слуху, шум	80	36,6	18
92	34	1	Гострий риносинусит	7	Ніс, порушення носового дихання, виділення з порожнини носа	90	38,7	25
93	41	1	Перелом кісток черепа та носа	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	85	36,8	19
94	20	1	Викривлення носової перетинки	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	92	37,3	22
95	41	1	Вазомоторний риніт	4	Ніс, Порушення носового дихання	73	37	17
96	25	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	100	37	19
97	41	1	Викривлення носової перетинки,	4	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	73	37	17
98	41	1	Гострий риносинусит	4	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	85	36,8	19
99	45	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	80	36,6	18
100	41	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	85	36,8	19
101	40	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	92	37,3	22
102	50	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	85	36,8	19
103	22	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	91	37,1	22
104	30	1	Викривлення носової перетинки, Деформація зовнішнього носа	4	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	92	37,3	21
105	45	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	92	37,3	22
106	70	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	92	37,3	22
107	65	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	85	36,8	19
108	35	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	85	36,8	19
109	40	1	Викривлення носової перетинки,	4	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	92	37,3	22
110	21	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	85	36,8	19

111	51	1	Викривлення носової перетинки, Вазомоторний риніт	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	80	36,6	18
112	30	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	85	36,8	19
113	32	1	Викривлення носової перетинки, Вазомоторний риніт	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	90	36,7	18
114	41	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання	75	36,6	18
115	21	1	Викривлення носової перетинки, Деформація зовнішнього носа	4	Ніс, Порушення носового дихання	90	37	19
116	33	1	Нейросенсорна приглуховатість,	4	Ніс, Порушення носового дихання	75	36,6	18
117	60	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Ніс, Порушення носового дихання	75	36,6	18
118	60	1	Хронічний риносинусит	4	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	78	36,8	19
119	33	1	Поліпозний риносинусит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	75	36,6	18
120	24	1	Гострий гнійний риносинусит	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	90	36,7	18
121	64	1	Гострий зовнішній отит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	75	36,6	18
122	20	1	Гострий риносинусит	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	90	36,7	18
123	26	1	Гострий риносинусит	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	90	36,7	18
124	35	1	Гострий назофарингіт	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	90	36,7	18
125	42	1	Гострий тубоотит	4	Вухо, Зниження слуху, Шум	90	36,7	18
126	34	1	Вазомоторний риніт	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа			
127	33	1	Гострий серелній отит	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	75	36,6	18
128	42	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	90	36,7	18
129	31	1	Викривлення носової перетинки	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	75	36,6	18
130	45	1	Нейросенсорна приглуховатість,	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	78	36,8	19
131	55	1	Нейросенсорна приглуховатість,	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
132	41	1	Акубаротравма с розривом б/п / Хронический средний гнойный отит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
133	36	1	Акубаротравма, Викривлення носової перетинки	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
134	49	1	Акубаротравма, Викривлення носової перетинки	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			

135	20	1	Акубаротравма, Викривлення носової перетинки	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
136	27	1	Акубаротравма, Викривлення носової перетинки	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
137	39	1	Акубаротравма, Викривлення носової перетинки	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
138	43	1	Акубаротравма, Викривлення носової перетинки	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
139	38	1	Акубаротравма, Викривлення носової перетинки	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
140	41	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
141	36	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум			
142	47	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
143	30	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
144	57	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
145	25	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум			
146	54	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	88	36,6	18
147	32	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	92	37,3	22
148	46	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	75	36,6	18
149	35	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	75	36,6	18
150	58	1	Зовнішній отит	7	Вухо, Дискомфорт (зуд, виділення з вуха), Шум	75	36,6	18
151	20	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	88	36,7	18
152	25	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	88	36,6	19
153	22	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	88	36,7	18
154	32	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	92	37,3	22
155	44	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	88	36,7	18
156	54	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	92	37,3	22
157	21	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	92	37,3	22
158	39	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	92	37,3	22
159	33	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	92	37,3	22
160	56	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	88	36,6	18
161	22	1	Вазомоторний риніт	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	88	36,7	18
162	50	1	Викривлення носової перетинки	4	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	92	37,3	22
163	56	1	Викривлення носової перетинки, Вазомоторний риніт	5	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	88	36,7	18
164	19	1	Викривлення носової перетинки, Вазомоторний риніт	4	Ніс, Порушення носового дихання, Виділення з порожнини носа	88	36,6	19
165	53	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	88	36,6	18
166	45	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
167	41	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
168	29	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			

169	36	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
170	37	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
171	55	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
172	32	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
173	49	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
174	53	1	Нейросенсорна приглуховатість	8	Вухо, Зниження слуху, Шум			
175	40	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум			
176	58	1	Нейросенсорна приглуховатість	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
177	26	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум			
178	35	1	Нейросенсорна приглуховатість	8	Вухо, Зниження слуху, Шум			
179	37	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
180	48	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
181	44	1	Гострий тубоотит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
182	60	1	Нейросенсорна приглуховатість	8	Вухо, Зниження слуху, Шум			
183	25	0	Інородне тіло вуха	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
184	34	1	Сірчані пробки	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
185	36	1	Гострий серелній отит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
186	19	1	Гострий зовнішній отит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
187	48	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
188	27	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
189	52	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
190	47	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
191	31	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
192	58	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
193	52	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
194	57	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
195	47	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
196	41	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
197	47	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
198	46	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум			
199	48	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
200	26	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
201	32	1	ВТ Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум			
202	29	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
203	57	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
204	26	1	ВТ Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум			
205	45	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
206	44	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
207	55	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			

208	56	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
209	41	1	вт Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
210	42	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
211	46	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	95	36,7	19
212	51	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	97	37,7	23
213	36	1	вт Акубаротравма	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	76	36,7	17
214	36	1	вт Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	76	36,6	19
215	43	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	76	36,7	17
216	32	1	ВТ Акубаротравма	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	95	37	21
217	58	1	Нейросенсорна приглуховатість	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	97	36,8	20
218	26	1	вт Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	90	36,6	19
219	35	1	вт Акубаротравма	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	97	37,7	23
220	37	1	Нейросенсорна приглуховатість	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	90	36,6	19
221	48	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	97	37,7	23
222	44	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	97	37,7	23
223	60	1	Гострий серелній отит	8	Вухо, Зниження слуху, Шум	97	38,1	23
224	25	1	Гострий зовнішній отит	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	97	37,7	23
225	34	1	Гострий тубоотит	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	95	37	21
226	36	1	Гострий тубоотит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	90	36,6	19
227	19	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	97	37,7	23
228	48	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	90	36,6	19
229	27	1	Нейросенсорна приглуховатість	7	Вухо, Зниження слуху, Шум	97	36,8	20
230	52	1	Гострий зовнішній отит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум	95	37	21
231	47	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
232	31	1	Гострий зовнішній отит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
233	21	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
234	19	1	Гострий серелній отит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
235	58	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
236	33	1	Гострий риносинусит	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
237	58	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			
238	58	1	Нейросенсорна приглуховатість	6	Вухо, Зниження слуху, Шум			

Таблиця В.2

Результати перевірки розподілу показників, що характеризують особливості емоційного здоров'я осіб з отоларингологічними захворюваннями на нормальність

Методики	Показники	n	Колмогорова - Смирнова з виправленням Лілієфорса		Шапиро-Уилк	
			λ	p	W	p
Самооцінка емоційного здоров'я	Рівень емоційного здоров'я	238	0,261	0	0,779	0
САН	Самочувствие	238	0,199	0	0,837	0
	Активность	238	0,116	0	0,94	0
	Настроение	238	0,191	0	0,871	0
ЛОР – симптоми	Больові відчуття	238	0,251	0	0,862	0
Методика самооцінки емоційних станів (А.Уессман, Д.Рікс)	Спокійність – тривожність	188	0,162	0	0,927	0
	Енергійність – втомленість	188	0,171	0	0,94	0
	Піднесення – пригніченість	188	0,171	0	0,951	0
	Впевненість у собі – безпорадність	188	0,171	0	0,939	0
	Сумарна оцінка стану	188	0,118	0	0,964	0
Фізіологічні показники	ЧСС	169	0,145	0	0,922	0
	Температура тіла	169	0,276	0	0,75	0
	ЧД	169	0,205	0	0,869	0

Примітки: Тут і далі n – кількість досліджуваних; p – рівень достовірності відмінностей розподілу від нормального.

Таблиця В.3

Індивідуальні дані показників, що характеризують психологічні та фізіологічні прояви емоційного здоров'я досліджуваних

Шифр	ЕЗ	С	А	Н	СТ	ЕВ	ПП	ВБ	ЕС	ЧСС	Ттіла	ЧД
1	2	17	23	19	5	4	3	5	17	100	38	25
2	2	37	41	32	3	5	4	4	16	75	36,8	17
3	1	20	30	26	5	4	3	5	17	95	37	21
4	1	20	30	26	3	5	4	4	16	95	37	21
5	1	20	30	26	5	5	5	5	20	95	37	21
6	2	22	33	23	4	4	4	4	16	100	38	25
7	2	22	33	23	4	4	4	4	16	105	38,6	27
8	1	20	30	26	3	5	4	4	16	95	37	21
9	2	20	30	26	4	4	4	4	16	95	37	21
10	1	19	30	26	5	4	3	5	17	100	38,3	25

11	2	28	27	27	6	7	7	5	25	77	36,7	18
12	1	21	32	24	5	4	5	5	19	105	37	21
13	4	31	32	27	8	6	8	6	28	95	37	21
14	2	32	35	33	5	5	4	4	18	80	36,6	18
15	4	53	50	53	5	5	5	6	21	88	36,7	18
16	4	35	42	51	4	5	5	6	20	100	38,2	25
17	2	16	23	19	5	4	3	5	17	100	38	25
18	2	37	41	32	3	5	4	4	16	75	36,8	17
19	1	20	30	26	5	4	3	5	17	95	37	21
20	1	20	30	26	3	5	4	4	16	95	37	21
21	1	20	30	26	5	5	5	5	20	95	37	21
22	2	22	33	23	4	4	4	4	16	100	38	25
23	2	22	33	23	4	4	4	4	16	105	38,6	27
24	1	20	30	26	3	5	4	4	16	95	37	21
25	2	20	30	26	4	4	4	4	16	95	37	21
26	1	19	30	26	5	4	3	5	17	100	38,3	25
27	5	67	58	63	8	7	6	8	29	77	36,7	17
28	4	53	53	52	6	8	7	7	28	73	36,8	18
29	5	64	58	65	8	7	6	8	29	77	36,7	17
30	5	64	58	65	6	8	7	7	28	77	36,7	17
31	4	64	58	65	8	8	8	8	32	77	36,7	17
32	4	67	60	67	7	7	7	7	28	77	36,7	17
33	5	68	60	67	7	7	7	7	28	77	36,7	17
34	5	63	58	65	6	8	7	7	28	77	36,7	17
35	5	64	58	65	7	7	7	7	28	77	36,7	17
36	5	70	62	68	8	7	6	8	29	77	36,7	17
37	2	28	27	27	6	7	7	5	25	77	36,7	18
38	1	21	32	24	5	4	5	5	19	105	37	21
39	4	31	32	27	8	6	8	6	28	95	37	21
40	2	32	35	33	5	5	4	4	18	80	36,6	18
41	4	53	50	53	5	5	5	6	21	88	36,7	18
42	4	35	42	51	4	5	5	6	20	100	38,2	25
43	1	19	30	26	5	4	3	5	17	100	36,8	18
44	2	33	35	27	5	5	4	4	18	80	36,6	18
45	2	32	35	27	5	5	4	4	18	80	36,6	18
46	1	17	23	19	4	3	3	4	14	100	36,7	21
47	1	22	33	23	4	4	4	4	16	100	38	25
48	2	22	33	23	4	5	5	4	18	105	38,6	27
49	2	22	33	23	4	4	4	4	16	100	39	28
50	1	19	30	26	5	4	3	5	17	100	38,3	25
51	2	22	33	23	4	4	4	4	16	100	38	25
52	1	17	23	19	4	3	3	4	14	100	36,7	21
53	3	34	42	45	6	5	6	6	23	95	37	21
54	1	17	23	19	4	3	3	4	14	100	36,7	21
55	1	22	33	23	4	4	4	4	16	90	38,7	25
56	2	34	36	42	5	5	4	4	18	80	36,6	18
57	4	44	55	54	8	6	8	6	28	78	36,7	18
58	1	19	30	26	5	4	3	5	17	100	36,8	18
59	2	32	35	27	5	5	4	4	18	80	36,6	18
60	2	32	35	27	5	5	4	4	18	80	36,6	18

61	1	17	23	19	4	3	3	4	14	100	36,7	21
62	1	22	33	23	4	4	4	4	16	100	38	25
63	2	22	33	23	4	5	5	4	18	105	38,6	27
64	2	22	33	23	4	4	4	4	16	100	39	28
65	1	19	30	26	5	4	3	5	17	100	38,3	25
66	2	22	33	23	4	4	4	4	16	100	38	25
67	1	17	23	19	4	3	3	4	14	100	36,7	21
68	5	70	62	68	8	7	6	8	29	77	36,7	17
69	5	67	58	61	8	8	7	7	30	73	36,8	18
70	5	67	59	61	8	8	7	7	30	73	36,8	18
71	5	64	56	60	7	6	6	7	26	77	36,7	17
72	5	68	60	67	7	7	7	7	28	77	36,7	17
73	5	68	60	67	7	8	8	7	30	77	36,7	17
74	5	68	60	67	7	7	7	7	28	77	36,7	17
75	5	70	62	68	8	7	6	8	29	77	36,7	17
76	5	68	60	67	7	7	7	7	28	77	36,7	17
77	5	64	56	60	7	6	6	7	26	77	36,7	17
78	3	34	42	45	6	5	6	6	23	95	37	21
79	1	17	23	19	4	3	3	4	14	100	36,7	21
80	1	22	33	23	4	4	4	4	16	90	38,7	25
81	2	34	36	42	5	5	4	4	18	80	36,6	18
82	4	44	55	54	8	6	8	6	28	78	36,7	18
83	2	22	33	23	3	4	1	1	9	100	39	28
84	3	32	40	36	7	6	8	6	27	100	38	26
85	3	30	28	30	7	6	4	7	24	85	37	20
86	2	19	31	30	3	4	4	3	14	80	36,6	18
87	1	22	33	23	4	4	4	4	16	90	38,7	25
88	2	22	33	23	3	4	1	1	9	100	39	28
89	3	32	40	36	7	6	8	6	27	100	38	26
90	3	30	28	30	7	6	4	7	24	85	37	20
91	2	19	31	30	3	4	4	3	14	80	36,6	18
92	1	22	33	23	4	4	4	4	16	90	38,7	25
93	3	50	42	48	6	3	5	4	18	85	36,8	19
94	3	47	38	43	7	5	4	6	22	92	37,3	22
95	3	47	38	41	4	4	3	3	14	73	37	17
96	3	33	33	32	4	4	6	3	17	100	37	19
97	3	47	39	41	7	6	5	5	23	73	37	17
98	3	44	38	45	4	3	2	4	13	85	36,8	19
99	3	44	36	40	5	2	5	3	15	80	36,6	18
100	3	44	38	45	5	6	5	5	21	85	36,8	19
101	3	48	40	47	3	3	3	3	12	92	37,3	22
102	3	44	38	45	6	4	7	4	21	85	36,8	19
103	3	48	40	47	6	6	6	5	23	91	37,1	22
104	3	48	40	47	3	3	3	3	12	92	37,3	21
105	3	48	40	47	5	3	6	3	17	92	37,3	22
106	3	48	40	47	6	5	5	5	21	92	37,3	22
107	3	50	42	48	4	3	2	4	13	85	36,8	19
108	3	44	38	45	4	4	6	3	17	85	36,8	19
109	3	48	40	47	6	5	5	5	21	92	37,3	22
110	3	44	38	45	3	3	3	3	12	85	36,8	19

111	3	44	36	40	5	2	5	3	15	80	36,6	18
112	3	50	42	48	7	5	4	6	22	85	36,8	19
113	3	24	35	31	7	6	5	7	25	90	36,7	18
114	3	22	28	24	7	6	5	7	25	75	36,6	18
115	3	37	40	32	6	6	5	5	22	90	37	19
116	3	42	46	37	5	7	6	6	24	75	36,6	18
117	3	37	40	32	7	7	6	6	26	75	36,6	18
118	3	25	35	31	6	5	4	6	21	78	36,8	19
119	2	22	28	24	6	5	5	6	22	75	36,6	18
120	2	25	35	31	5	7	6	6	24	90	36,7	18
121	2	27	38	28	5	5	5	5	20	75	36,6	18
122	2	25	35	31	7	7	7	7	28	90	36,7	18
123	2	27	38	28	6	7	7	6	26	90	36,7	18
124	2	27	38	28	5	5	5	5	20	90	36,7	18
125	2	27	38	28	6	6	6	6	24	90	36,7	18
126	2	27	38	28	8	5	4	6	23			
127	2	24	35	31	6	3	5	7	21	75	36,6	18
128	2	25	35	31	8	6	5	5	24	90	36,7	18
129	2	27	38	28	4	4	6	6	20	75	36,6	18
130	2	25	36	26	8	6	5	5	24	78	36,8	19
131	2	25	36	26	6	3	5	7	21			
132	2	25	36	26	7	4	4	5	20			
133	2	25	36	26	4	4	6	6	20			
134	2	22	33	29	7	5	5	5	22			
135	2	23	33	29	6	4	7	7	24			
136	2	25	36	26	7	6	6	5	24			
137	2	23	33	29	5	3	6	6	20			
138	2	20	26	22	7	5	5	5	22			
139	2	22	33	29	5	3	6	6	20			
140	2	58	50	56	8	5	4	6	23			
141	2	54	45	50	4	4	6	6	20			
142	2	55	46	49	7	5	5	5	22			
143	2	40	40	39	5	3	6	6	20			
144	2	55	47	49	7	4	4	5	20			
145	1	21	42	22	6	3	5	7	21			
146	1	22	44	48	6	6	6	6	24	88	36,6	18
147	1	21	42	22	5	6	6	5	22	92	37,3	22
148	1	26	48	22	4	4	4	4	16	75	36,6	18
149	1	21	42	22	5	5	5	5	20	75	36,6	18
150	1	26	48	22	3	4	3	5	15	75	36,6	18
151	1	22	47	24	5	2	4	6	17	88	36,7	18
152	1	29	37	40	7	5	4	4	20	88	36,6	19
153	1	29	37	31	3	3	5	5	16	88	36,7	18
154	1	29	40	40	4	5	4	4	17	92	37,3	22
155	1	26	37	44	5	2	4	6	17	88	36,7	18
156	1	27	30	39	6	3	3	4	16	92	37,3	22
157	1	29	37	44	3	3	5	5	16	92	37,3	22
158	1	27	24	46	6	4	4	4	18	92	37,3	22
159	1	24	49	44	5	3	6	6	20	92	37,3	22
160	1	26	50	46	6	5	5	4	20	88	36,6	18

161	3	62	44	46	6	5	4	6	21	88	36,7	18
162	3	58	51	46	6	5	4	6	21	92	37,3	22
163	3	59	46	46	6	6	5	5	22	88	36,7	18
164	3	44	48	47	4	6	5	5	20	88	36,6	19
165	2	59	46	44	4	3	2	4	13	88	36,6	18
166	2	25	52	46	4	3	2	4	13			
167	2	26	46	44	4	4	3	3	14			
168	2	25	52	39	6	4	3	3	16			
169	2	30	51	47	4	4	3	3	14			
170	2	25	41	30	4	3	2	4	13			
171	2	30	41	23	3	2	2	3	10			
172	1	26	44	31	6	4	3	3	16			
173	1	33	41	36	3	3	3	3	12			
174	1	33	34	31	5	4	3	5	17			
175	1	33	41	30	4	3	3	4	14			
176	1	30	28	23	3	5	4	4	16			
177	1	31	53	30	4	4	4	4	16			
178	1	19	30	26	5	5	5	5	20			
179	1	17	23	19	6	5	4	6	21			
180	1	32	35	27	5	4	4	5	18			
181	1	37	41	32	4	6	5	5	20			
182	1	32	35	27	5	5	5	5	20			
183	1	20	30	26	6	6	6	6	24			
184	1	17	23	19	7	6	5	7	25			
185	1	20	30	26	6	5	5	6	22			
186	1	22	33	23	5	7	6	6	24			
187	1	20	30	26	6	6	6	6	24			
188	1	22	33	23	7	7	7	7	28			
189	1	22	33	23								
190	1	22	33	23								
191	1	22	33	23								
192	1	19	30	26								
193	1	20	30	26								
194	1	21	40	25								
195	1	21	34	22								
196	1	21	29	25								
197	1	21	22	22								
198	1	18	29	22								
199	1	19	32	22								
200	1	20	29	22								
201	1	22	46	49								
202	1	40	40	39								
203	1	22	47	49								
204	1	21	42	22								
205	1	22	44	48								
206	1	21	42	22								
207	1	26	48	22								
208	1	21	42	22								
209	1	23	34	24								
210	1	21	31	27								

211	1	23	34	24					95	36,7	19
212	1	23	34	24					97	37,7	23
213	1	23	34	24					76	36,7	17
214	1	23	34	24					76	36,6	19
215	1	20	31	27					76	36,7	17
216	1	21	31	27					95	37	21
217	1	23	34	24					97	36,8	20
218	1	21	32	22					90	36,6	19
219	1	21	32	22					97	37,7	23
220	1	21	32	22					90	36,6	19
221	1	21	32	22					97	37,7	23
222	1	18	29	25					97	37,7	23
223	1	19	29	25					97	38,1	23
224	1	21	32	22					97	37,7	23
225	1	48	42	49					95	37	21
226	1	52	44	51					90	36,6	19
227	1	48	42	49					97	37,7	23
228	1	52	44	51					90	36,6	19
229	1	52	44	51					97	36,8	20
230	1	52	44	51					95	37	21
231	1	52	44	51							
232	1	54	46	52							
233	1	48	42	49							
234	1	52	44	51							
235	1	48	42	49							
236	1	48	40	44							
237	1	54	46	52							
238	1	22	44	18							

Таблиця В.4

Результати перевірки розподілу емоційних та емоційно-особистісних особливостей досліджуваних на нормальність

Методики	Показники	n	Критерії узгодженості			
			Колмогорова - Смирнова з виправленням Лілієфорса		Шапіро - Уїлка	
			λ	p	W	p
Визначення емоційності (В. Суворов)	Емоційність	238	0,103	0,013	0,949	0
Діагностика емоційної зрілості (О. Чебикін)	Емоційна експресивність	238	0,119	0,002	0,960	0
	Емоційна саморегуляція	238	0,165	0	0,953	0
	Емпатія	238	0,147	0	0,965	0
	Емоційна зрілість	238	0,083	0,173	0,987	0,04
	Невротичність	238	0,15	0	0,894	0

Фрайбурзький особистісний опитувальник	Спонтанна агресивність	238	0,172	0	0,911	0
	Депресивність	238	0,207	0	0,917	0
	Дратівливість	238	0,155	0	0,937	0
	Товариськість	238	0,14	0	0,934	0
	Врівноваженість	238	0,236	0	0,896	0
	Реактивна агресивність	238	0,159	0	0,913	0
	Сором'язливість	238	0,153	0	0,899	0
	Відвертість	238	0,282	0	0,854	0
	Екстраверсія-інтроверсія	238	0,199	0	0,934	0
	Емоційна лабільність	238	0,155	0	0,943	0
	Маскулінізм-фемінізм	238	0,184	0	0,908	0

Таблиця В.5

Індивідуальні дані показників, що характеризують емоційні та емоційно-особистісні особливості досліджуваних

Шифр	Ем	ЕЕк	ЕС	Емп	ЕЗр	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	F ₆	F ₇	F ₈	F ₉	F ₁₀	F ₁₁	F ₁₂
1	7	9	2	5	16	9	9	4	8	7	1	9	5	9	7	6	9
2	13	10	8	9	27	4	5	8	3	3	6	8	5	5	4	7	6
3	12	10	6	7	23	8	8	6	9	6	4	9	6	8	8	8	8
4	12	10	6	10	26	8	8	4	6	5	4	8	5	4	7	4	8
5	6	10	6	7	23	8	8	8	8	3	4	8	9	9	4	8	3
6	12	8	5	6	19	7	8	1	1	2	2	3	9	9	8	8	5
7	12	8	5	6	19	7	8	8	6	6	3	7	9	6	6	8	3
8	10	10	6	8	24	8	8	7	7	3	4	6	9	6	4	8	3
9	12	9	6	10	25	8	8	8	5	5	4	8	7	9	4	8	2
10	10	7	6	6	19	9	8	6	9	8	4	9	5	8	9	4	5
11	6	7	7	9	23	5	9	6	4	4	5	4	5	3	3	7	9
12	13	11	6	12	29	8	8	6	5	4	4	7	9	8	9	4	3
13	10	8	7	8	23	5	8	4	3	3	8	5	9	8	4	6	8
14	10	7	8	6	21	5	5	1	6	1	8	9	7	3	2	1	1
15	12	10	10	10	30	1	3	8	1	6	8	9	1	9	4	8	3
16	12	11	9	8	28	5	4	6	6	3	8	4	9	8	4	7	3
17	9	8	3	5	16	9	9	5	7	5	1	8	3	5	4	3	8
18	14	3	8	9	20	4	4	7	6	4	8	5	7	9	4	7	3
19	4	3	7	7	17	8	8	6	6	3	5	8	6	8	2	6	8
20	8	10	7	3	20	8	8	1	7	6	5	8	3	5	9	2	9
21	13	7	7	8	22	8	8	8	7	7	5	8	5	9	8	6	9
22	4	4	5	3	12	7	7	6	8	5	4	7	7	8	7	6	6
23	6	9	6	9	24	7	7	3	7	3	4	1	3	6	7	5	8
24	7	7	7	6	20	8	8	7	9	6	5	9	7	8	7	8	9
25	3	9	7	9	25	8	8	8	7	5	5	8	3	8	7	8	3
26	1	3	7	6	16	8	8	6	4	4	5	5	7	8	4	8	5

27	11	7	10	8	25	1	1	1	7	8	9	9	1	8	2	1	9
28	5	9	10	6	25	1	1	6	7	9	8	3	9	6	9	3	2
29	2	10	10	7	27	1	1	6	4	4	9	3	5	4	4	5	3
30	8	9	10	4	23	1	1	6	6	3	9	5	7	6	4	6	5
31	7	9	10	5	24	1	1	3	1	5	9	6	3	5	4	3	3
32	2	9	11	3	23	1	1	6	1	7	9	8	9	6	4	6	9
33	3	7	11	4	22	1	1	1	6	7	9	1	9	3	1	2	1
34	12	10	10	10	30	1	1	3	1	5	9	6	3	5	4	3	3
35	13	9	10	7	26	1	1	1	1	4	9	3	1	4	4	1	5
36	15	4	11	6	21	4	4	7	6	4	8	5	7	8	4	7	2
37	6	7	7	9	23	5	9	4	8	1	6	6	6	8	3	8	8
38	13	11	6	12	29	7	8	8	6	6	4	8	1	3	9	5	5
39	10	8	7	8	23	5	8	6	6	5	6	5	9	2	6	9	1
40	10	7	8	6	21	5	5	5	3	1	8	4	6	9	6	4	5
41	12	10	10	10	30	1	3	6	3	1	8	4	6	8	7	4	8
42	12	11	10	8	29	4	4	8	7	1	8	5	9	8	4	8	2
43	10	7	6	6	19	9	8	4	6	5	4	8	1	5	8	5	8
44	10	7	7	5	19	5	5	6	6	6	5	5	9	3	2	2	3
45	10	7	7	6	20	5	5	1	9	3	5	4	9	1	2	7	5
46	10	11	2	9	22	9	9	7	8	4	8	9	7	9	4	7	6
47	8	9	5	6	20	7	8	1	7	8	2	1	5	1	6	9	1
48	8	11	5	8	24	7	8	1	6	3	2	6	9	1	2	8	3
49	8	9	5	6	20	7	8	1	3	3	3	1	5	8	1	6	1
50	10	7	6	6	19	9	8	8	9	4	4	9	7	8	6	8	3
51	12	10	5	9	24	7	8	5	7	2	3	7	6	3	4	7	1
52	14	11	3	11	25	9	9	8	9	5	1	9	9	9	8	9	5
53	6	5	9	3	17	5	4	6	5	2	1	4	7	8	4	7	3
54	10	11	3	9	23	9	9	9	9	2	1	7	7	9	4	8	2
55	8	9	5	6	20	7	7	7	8	4	3	4	9	9	7	7	3
56	14	11	8	11	30	5	5	7	7	3	8	6	9	9	7	8	2
57	13	9	10	9	28	4	1	4	4	3	8	7	3	5	9	3	3
58	9	5	7	4	16	8	8	6	8	2	5	3	9	9	3	9	1
59	12	6	7	9	22	5	5	4	3	2	5	4	6	9	6	4	5
60	2	10	7	8	25	5	5	5	3	2	5	5	7	9	7	4	3
61	2	6	3	5	14	9	9	6	8	5	1	9	6	9	8	5	8
62	10	6	5	8	19	7	7	7	6	6	4	9	3	5	7	4	8
63	2	6	5	10	21	7	7	6	7	5	4	9	1	5	6	4	8
64	2	7	6	5	18	7	7	4	5	5	4	5	3	9	6	4	6
65	15	5	7	4	16	8	8	4	5	8	5	8	3	8	9	2	9
66	14	8	6	10	24	7	7	3	8	8	4	8	9	3	4	9	8
67	4	5	3	4	12	9	9	5	7	5	1	9	3	9	9	5	9
68	1	5	11	7	23	1	1	6	6	3	3	5	7	6	4	6	5
69	14	9	10	6	25	1	1	6	6	3	9	5	7	6	4	6	5
70	15	3	10	6	19	1	1	4	8	2	9	5	7	5	4	6	5
71	1	7	10	9	26	1	1	7	1	9	9	1	5	3	2	9	2
72	2	4	10	9	23	1	1	1	9	1	9	7	1	8	6	1	5
73	7	10	10	3	23	1	1	4	7	4	9	3	5	3	9	3	8
74	14	3	11	7	21	1	1	6	5	9	9	9	1	9	7	2	8
75	4	6	11	5	22	1	1	6	4	4	9	3	5	4	4	5	3
76	1	5	11	10	26	1	1	9	6	1	9	4	1	4	9	7	9

77	15	7	10	3	20	1	1	7	8	5	9	3	5	8	8	7	2
78	6	5	9	3	17	5	4	5	3	5	8	3	9	8	4	6	2
79	10	11	3	9	23	9	9	7	7	5	8	9	3	9	6	7	6
80	8	9	6	6	21	7	7	6	6	3	9	3	1	8	4	8	8
81	14	11	8	11	30	5	5	8	8	6	8	9	7	5	6	7	6
82	13	9	10	9	28	4	1	5	8	8	2	9	7	1	2	2	2
83	2	6	5	4	15	7	8	7	9	5	3	9	5	8	9	6	8
84	7	6	8	7	21	5	5	3	4	5	8	7	3	6	9	3	6
85	8	7	8	8	23	5	8	6	9	6	6	9	3	8	9	5	9
86	10	7	8	6	21	9	8	3	6	8	6	8	1	5	9	1	9
87	8	9	5	6	20	7	7	4	3	2	3	4	6	9	6	4	3
88	2	6	6	4	16	7	7	4	3	6	4	4	9	4	2	7	8
89	7	6	8	7	21	5	5	7	9	2	8	1	1	5	6	3	2
90	8	7	8	8	23	5	8	5	7	2	6	7	6	3	4	7	1
91	10	7	8	6	21	8	8	4	3	3	6	5	5	4	4	4	8
92	8	9	6	6	21	7	7	4	4	9	4	9	9	6	7	9	1
93	11	4	9	8	21	1	4	6	5	2	8	4	7	8	4	7	3
94	7	6	8	10	24	4	5	4	8	7	8	8	6	6	8	6	6
95	13	3	8	5	16	4	5	8	8	3	8	9	9	5	4	7	5
96	5	5	8	7	20	5	7	7	7	6	6	8	6	4	4	6	8
97	13	5	8	7	20	4	5	3	6	6	8	9	3	6	8	3	9
98	9	3	9	8	20	4	5	6	6	4	8	8	6	9	7	4	8
99	11	4	8	6	18	4	5	4	3	2	8	4	6	9	6	4	5
100	15	5	9	8	22	4	5	7	8	4	8	5	5	8	4	6	3
101	12	5	9	10	24	4	5	9	9	5	8	7	7	9	6	8	5
102	7	6	9	7	22	4	5	4	4	3	8	6	5	8	6	3	5
103	2	6	9	8	23	4	5	8	7	3	8	8	9	8	3	7	1
104	9	9	9	8	26	4	5	4	1	4	8	5	6	8	6	3	5
105	11	6	9	8	23	4	5	5	7	4	8	5	9	8	4	6	3
106	10	5	9	6	20	4	5	8	7	1	8	5	9	9	4	9	3
107	13	6	9	8	23	1	4	6	5	3	8	4	9	9	4	7	3
108	6	6	9	6	21	4	5	8	8	4	8	5	7	9	4	8	3
109	10	7	9	8	24	4	5	8	1	1	2	8	3	2	7	2	5
110	10	4	9	5	18	4	5	4	5	9	2	8	5	9	9	4	8
111	8	5	8	7	20	4	5	5	3	1	8	4	6	9	6	4	5
112	13	3	9	6	18	1	4	7	5	4	8	5	9	5	4	5	2
113	15	9	8	11	28	6	5	6	6	9	6	8	9	2	7	8	6
114	4	6	6	9	21	7	8	6	6	2	4	7	6	9	7	4	8
115	12	9	8	8	25	4	5	6	5	9	6	7	7	6	2	6	5
116	8	8	8	8	24	4	4	7	5	4	8	5	9	5	4	5	2
117	14	9	8	9	26	4	5	7	7	2	8	9	7	8	7	4	9
118	2	6	8	9	23	6	5	5	3	6	6	7	3	8	2	9	8
119	2	8	6	8	22	7	8	7	9	5	4	9	5	8	9	6	8
120	4	8	8	8	24	6	5	3	8	1	6	1	7	2	9	9	5
121	2	8	7	8	23	6	5	8	8	4	6	5	7	9	4	8	3
122	8	9	8	8	25	6	5	8	3	8	6	8	9	8	6	2	6
123	5	7	7	5	19	6	5	4	5	9	6	8	5	9	9	4	8
124	8	7	8	4	19	5	5	3	4	5	6	7	3	8	7	4	8
125	13	11	8	11	30	5	5	6	7	5	6	8	5	9	6	7	8
126	13	6	8	5	19	5	5	6	5	4	6	8	5	6	4	5	6

127	13	7	8	9	24	6	5	6	4	2	6	6	7	1	6	1	8
128	12	8	8	6	22	6	5	8	1	2	6	8	3	8	4	6	6
129	6	6	8	7	21	5	5	3	8	5	6	8	5	6	8	3	9
130	6	7	6	7	20	6	5	4	3	2	4	4	6	9	6	4	5
131	13	10	6	10	26	6	5	6	3	5	4	5	3	6	7	4	6
132	2	8	6	8	22	6	5	4	3	2	5	4	6	9	6	4	3
133	2	6	6	12	24	6	5	4	3	2	5	4	6	9	6	4	5
134	9	9	8	9	26	7	7	8	7	5	6	9	6	8	7	7	8
135	15	9	8	6	23	7	7	8	9	2	6	9	6	9	6	8	5
136	2	5	7	7	19	6	5	5	1	1	5	4	6	9	6	4	5
137	13	6	8	8	22	7	7	7	9	9	6	9	5	8	7	7	8
138	3	9	3	9	21	8	9	9	4	9	1	9	6	6	1	2	6
139	6	6	8	4	18	7	7	5	5	5	6	9	7	6	7	6	8
140	14	11	10	11	32	1	3	8	3	8	9	1	5	8	6	6	8
141	5	4	9	11	24	1	4	6	6	3	8	4	9	8	4	7	3
142	4	8	9	8	25	1	4	6	6	3	8	4	9	8	4	7	3
143	9	10	8	5	23	4	5	6	6	1	8	4	9	9	6	1	5
144	14	9	9	8	26	1	3	6	5	3	8	6	6	5	3	7	3
145	11	8	4	2	14	8	4	7	3	3	1	7	6	8	3	7	3
146	1	6	9	9	24	7	4	6	6	3	8	9	3	6	4	4	6
147	3	7	4	8	19	8	4	6	6	3	2	4	9	8	4	7	3
148	11	11	4	10	25	6	3	6	8	7	2	7	6	5	6	6	6
149	3	9	4	9	22	8	4	7	5	4	8	5	9	5	4	5	2
150	11	8	4	10	22	6	3	4	3	7	2	3	9	3	6	4	1
151	12	10	6	7	23	7	3	1	3	5	4	6	1	8	4	3	8
152	9	8	8	9	25	5	5	7	7	2	8	8	9	8	3	7	1
153	6	5	8	8	21	5	5	6	6	3	6	8	7	5	4	5	2
154	9	4	8	5	17	5	5	1	9	5	8	9	1	4	2	7	8
155	5	10	9	11	30	6	5	5	7	7	8	8	6	6	8	6	5
156	5	10	8	8	26	5	8	8	8	1	8	4	9	6	6	8	2
157	10	7	9	9	25	5	5	7	7	3	2	5	7	9	6	7	5
158	4	8	9	8	25	5	9	9	9	4	8	7	9	9	4	9	5
159	7	8	9	7	24	6	3	1	6	6	8	4	5	3	9	9	1
160	12	7	9	8	24	6	3	5	3	4	8	4	7	4	4	3	6
161	11	9	9	9	27	1	4	9	5	1	8	1	1	8	9	4	3
162	3	9	9	10	28	1	3	4	7	4	8	4	6	4	7	4	8
163	6	11	9	8	28	1	4	7	6	4	8	5	7	8	4	7	2
164	2	7	9	8	24	4	3	1	6	2	8	7	7	8	9	3	8
165	10	7	9	10	26	1	3	4	7	4	8	4	6	4	7	4	8
166	2	10	9	8	27	6	1	7	5	3	8	7	1	6	2	1	1
167	10	7	9	8	24	6	3	3	7	4	8	8	7	9	7	4	6
168	5	6	8	5	19	6	1	5	8	6	8	1	5	3	3	4	6
169	12	8	9	9	26	5	1	4	5	2	8	4	7	6	7	2	5
170	11	7	8	9	24	6	5	6	3	5	6	5	3	6	7	4	6
171	1	8	5	11	24	5	5	4	3	2	3	4	6	9	6	4	3
172	9	6	8	9	23	6	4	9	6	3	6	1	7	8	6	9	3
173	1	11	8	10	29	5	5	4	3	2	8	4	6	9	6	4	5
174	2	9	8	9	26	5	7	5	6	5	6	4	3	8	9	6	2
175	4	9	8	6	23	5	5	5	1	1	6	4	6	9	6	4	5
176	11	8	5	8	21	5	8	8	6	6	3	7	9	6	6	8	3

177	6	8	8	9	25	5	1	6	3	5	6	8	7	3	7	3	8
178	6	9	7	9	25	9	8	8	7	9	5	4	6	9	6	8	6
179	8	6	3	8	17	9	9	9	7	4	1	8	7	9	8	8	5
180	3	6	7	5	18	5	5	4	3	2	5	4	6	9	6	4	5
181	10	4	8	7	19	4	4	6	6	3	8	4	9	8	4	7	3
182	11	6	7	8	21	5	5	4	3	2	5	4	6	9	6	4	5
183	8	8	7	8	23	8	8	7	8	4	5	6	6	9	7	7	8
184	1	5	3	10	18	9	9	8	7	3	1	8	7	9	4	8	5
185	15	7	7	7	21	8	8	8	7	5	5	8	7	8	7	6	2
186	13	11	5	6	22	7	7	6	8	5	8	7	9	9	6	7	2
187	4	7	7	7	21	8	8	9	9	4	5	8	9	8	6	8	3
188	13	7	5	8	20	7	7	6	6	2	3	6	9	6	4	7	1
189	4	3	5	7	15	7	7	4	6	2	3	4	5	4	4	4	3
190	8	6	5	11	22	7	7	3	5	6	4	7	3	8	8	4	9
191	3	6	5	4	15	7	7	3	5	6	4	7	3	8	8	4	9
192	4	5	7	8	20	9	8	6	7	3	5	9	7	8	9	7	8
193	5	6	7	7	20	8	8	7	8	2	5	5	9	9	6	8	1
194	6	4	6	7	17	8	5	8	8	7	4	7	7	3	6	5	6
195	1	6	4	6	16	8	7	6	4	2	2	1	1	8	1	4	3
196	14	2	6	5	13	8	8	7	9	5	4	9	5	8	9	6	8
197	8	10	4	8	22	8	9	8	9	5	2	9	9	9	9	8	8
198	15	7	4	3	14	9	8	5	8	3	2	8	9	9	9	6	9
199	8	9	4	5	18	9	8	7	6	1	2	9	3	9	4	9	3
200	1	3	4	3	10	8	8	5	7	2	2	7	6	3	4	7	1
201	3	10	9	4	23	7	3	8	8	3	8	4	9	8	4	8	3
202	13	10	8	3	21	4	5	7	3	5	8	5	6	6	4	5	6
203	7	8	9	3	20	7	3	7	6	4	8	5	7	5	4	6	5
204	9	8	4	10	22	8	4	7	6	3	2	4	9	8	4	7	3
205	1	7	9	8	24	7	4	7	5	6	8	5	9	3	6	9	5
206	10	7	4	5	16	8	4	7	6	4	2	5	7	8	4	7	2
207	10	6	4	9	19	6	3	7	3	2	2	9	6	6	3	1	3
208	5	3	4	10	17	8	4	7	6	4	2	7	6	9	6	8	1
209	11	5	6	4	15	7	7	7	3	2	4	6	1	8	2	3	9
210	2	7	7	5	19	8	8	7	8	4	5	9	7	8	8	8	8
211	5	8	6	5	19	7	7	7	3	6	4	3	7	6	1	7	8
212	1	6	6	5	17	7	7	7	3	2	4	4	6	9	6	4	3
213	11	9	6	9	24	7	5	7	8	4	4	9	7	9	9	8	8
214	11	3	6	3	12	6	5	7	5	8	4	8	5	5	4	6	2
215	7	8	7	7	22	8	8	7	7	8	5	9	3	5	9	4	9
216	14	5	7	3	15	8	8	7	8	5	5	8	6	9	6	7	8
217	4	8	6	4	18	6	5	7	4	2	4	3	5	8	8	3	8
218	7	6	4	5	15	8	8	7	4	6	2	9	1	2	2	4	6
219	9	10	5	3	18	8	8	7	4	4	8	1	5	3	7	6	2
220	9	3	5	9	17	8	8	7	1	2	8	7	6	4	8	3	5
221	9	8	5	10	23	8	8	7	8	9	2	4	7	3	6	2	5
222	4	4	6	7	17	9	8	7	7	4	4	9	5	8	7	5	8
223	8	8	6	3	17	8	8	7	8	3	4	9	9	8	6	8	5
224	10	4	5	7	16	7	8	7	6	3	2	3	1	4	4	3	2
225	12	6	9	6	21	4	4	7	7	3	8	5	9	9	6	5	3
226	3	8	9	4	21	1	4	7	6	2	8	9	1	4	6	5	6

227	9	8	9	6	23	4	4	7	7	4	8	7	9	8	4	8	3
228	6	10	9	3	22	1	4	6	3	8	8	9	6	9	6	3	5
229	8	4	9	6	19	1	4	6	9	4	8	5	5	3	6	1	8
230	15	9	9	3	21	1	4	6	6	9	2	1	3	5	2	4	9
231	2	10	9	6	25	1	4	6	7	7	8	7	1	5	7	4	1
232	4	3	10	8	21	1	3	6	3	3	8	6	7	5	4	5	2
233	1	9	9	5	23	1	4	6	5	3	2	5	6	9	4	3	5
234	15	9	10	6	25	1	4	6	3	6	8	9	6	3	6	2	8
235	8	4	9	10	23	1	4	6	3	2	8	3	9	8	4	8	1
236	2	9	9	8	26	1	5	6	4	4	8	3	3	9	3	6	5
237	6	5	10	9	24	1	3	6	5	3	2	6	6	5	3	7	3
238	8	4	2	4	10	7	4	6	3	3	1	7	6	8	3	7	3

Примітки: Ем – емоційність, ЕЕк – емоційна експресивність, ЕС – емоційна саморегуляція, Емп – емпатія, ЕЗр – емоційна зрілість, F_1 – невротичність, F_2 – спонтанна агресивність, F_3 – депресивність, F_4 – дратівливість, F_5 – товариськість, F_6 – врівноваженість, F_7 – реактивна агресивність, F_8 – сором'язливість, F_9 – відвертість, F_{10} – екстраверсія-інтроверсія, F_{11} – емоційна лабільність, F_{12} – маскулінізм-фемінізм;

Таблиця В.6

Результати перевірки розподілу показників реагування на стрес досліджуваних на нормальність

Методики	Показники	n	Критерії узгодженості			
			Колмогорова Смирнова виправленням Лілієфорса	- з	Шапіро - Уїлка	
			λ	P	W	p
Визначення стресостійкості й соціальної адаптації (Т. Холмс, Р. Прє)	Ступінь опірності стресу	238	0,048	0,655	0,974	0,171
Подолання важких життєвих ситуацій (В. Янке, Г. Ердманн)	Зниження значення стресової ситуації	238	0,188	0	0,915	0
	Самосхвалення	238	0,135	0	0,945	0
	Самовиправдання	238	0,142	0	0,946	0
	Відволікання	238	0,14	0	0,954	0
	Заміщення	238	0,183	0	0,945	0
	Самоствердження	238	0,134	0	0,931	0
	Психом'язова релаксація	238	0,113	0	0,943	0
	Контроль ситуації	238	0,105	0	0,953	0
	Самоконтроль	238	0,153	0	0,923	0
	Позитивна самомотивація	238	0,127	0	0,956	0
	Пошук соціальної підтримки	238	0,058	0,207	0,963	0
	Антиципуюче ухилення	238	0,141	0	0,951	0
	Втеча від стресової ситуації	238	0,141	0	0,934	0
Соціальна замкнутість (відлюдність)	238	0,202	0	0,890	0	

231	196	8	7	10	14	11	10	7	15	8	14	14	16	7	7	12	5	8	10	9	2	8,3	10,5	12,3	10,4	8,2	37	3	32	8
232	189	10	8	9	8	14	10	14	14	11	10	14	15	10	6	11	11	8	12	10	4	9,0	11,5	11,7	10,7	9,7	25	8	40	6
233	234	12	8	14	13	10	11	8	10	15	14	13	17	9	6	11	9	7	12	4	3	11,3	10,5	13,0	11,6	9,0	27	7	34	7
234	178	5	13	11	8	14	11	7	10	14	13	13	16	6	6	11	5	3	4	6	4	9,7	10,0	12,3	10,7	5,8	24	2	28	5
235	300	10	9	9	13	10	11	10	10	10	12	13	13	9	6	11	6	9	10	4	2	9,3	11,0	10,7	10,3	8,5	24	9	30	6
236	255	7	10	11	13	12	11	9	16	11	10	13	17	7	6	11	6	4	6	6	1	9,3	11,3	12,3	11,0	6,7	33	14	42	7
237	394	5	5	14	15	12	11	12	12	14	11	13	15	11	6	11	9	5	10	3	2	8,0	12,5	12,3	10,9	8,7	12	5	38	4
238	257	5	11	12	10	6	11	12	19	11	12	13	16	8	6	10	10	3	3	4	1	9,3	9,8	14,0	11,0	6,7	31	5	25	8

Примітки: ОС – ступінь опірності стресу, СП1 – зниження значення стресової ситуації, СП2 – самосхвалення, СП3 – самовиправдання, СП4 – відволікання, СП5 – заміщення, СП6 – самоствердження, СП7 – психом’язова релаксація, СП8 – контроль ситуації, СП9 – самоконтроль, СП10 – позитивна самомотивація, СП11 – пошук соціальної підтримки, СП12 – антиципуюче ухилення, СП13 – втеча від стресової ситуації, СП14 – соціальна замкнутість (відлюдність), СП15 – «заїжджена платівка», СП16 – безпорадність, СП17 – жалість до себе, СП18 – самозвинувачення, СП19 – агресія, СП20 – вживання ліків, КСП – когнітивні стратегії подолання стресу в сенсі зниження його значущості, ВСП – відволікання від стресу, ДКС – дії з контролю стресової ситуації, ПСП – позитивні стратегії, НСП – негативні стратегії, В – емоційне виснаження, Д – деперсоналізація, РОД – редуція особистих досягнень, ЕВ – емоційне вигоряння.

Додаток Г

**Форма індивідуального протоколу учасника програми терапії
сміхом**

Таблиця Г.1

Індивідуальний протокол учасника програми терапії сміхом

Вік:		
Стать:		
Діагноз:	ЧСС =; t =; ЧД =.	
Рівень болю	Емоційний стан:	Стрес-фактори:
Скарги:		
	EЗ = ; С = ; А = ; Н = .	

Програма терапії сміхом			
Терміни:	Тривалість - 7 днів. Частота переглядів – 1 раз. Тривалість сесії – 10 хвилин. Приблизний час – 11 година ранку.		
День лікування	Зміст терапії	Зворотній зв'язок та оцінка (підкреслити):	Тестування
2 день		Задоволення, радість, інтерес, байдужість, образа, огида, пригнічення, роздратування, гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =; t = ; ЧД =. С = ; А = ; Н = .
Коментар:			
3 день		Задоволення, радість, інтерес, байдужість, образа, огида, пригнічення, роздратування, гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =; t = ; ЧД = . С = ; А = ; Н = .

Коментар:			
4 день		Задоволення, радість, інтерес, байдужість, образа, огида, пригнічення, роздратування, гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =; t = ; ЧД = . С = ; А = ; Н = .
Коментар			
5 день		Задоволення, радість, інтерес, байдужість, образа, огида, пригнічення, роздратування, гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =; t = ; ЧД = . С = ; А = ; Н = .
Коментар			
6 день		Задоволення, радість, інтерес, байдужість, образа, огида, пригнічення, роздратування, гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =; t = ; ЧД = . С = ; А = ; Н = .
Коментар			
7 день		Задоволення, радість, інтерес, байдужість, образа, огида, пригнічення, роздратування, гнів, обурення, тривога, інше _____	ЧСС =; t = ; ЧД = . С = ; А = ; Н = ; ЕЗ = .
Коментар			

Висновок: _____

Додаток Д

Індивідуальні дані показників, що характеризують психологічні та психофізіологічні прояви емоційного здоров'я учасників експерименту

Таблиця Д.1

Дані про психологічні та фізіологічні прояви емоційного здоров'я досліджуваних з контрольної групи протягом експерименту

Шифр	С	А	Н	ЧСС	Т тіла	ЧД	ЕЗ
1-й день							
1	17	23	19	100	38	25	2
2	37	41	32	75	36,8	17	2
3	20	30	26	95	37	21	1
6	22	33	23	100	38	25	2
7	22	33	23	105	38,6	27	2
8	20	30	26	95	37	21	1
9	20	30	26	95	37	21	2
11	28	27	27	77	36,7	18	2
13	31	32	27	95	37	21	4
14	32	35	33	80	36,6	18	2
15	53	50	53	88	36,7	18	4
18	37	41	32	75	36,8	17	2
19	20	30	26	95	37	21	1
20	20	30	26	95	37	21	1
22	22	33	23	100	38	25	2
23	22	33	23	105	38,6	27	2
28	53	53	52	73	36,8	18	4
37	28	27	27	77	36,7	18	2
38	21	32	24	105	37	21	1
39	31	32	27	95	37	21	4
40	32	35	33	80	36,6	18	2
42	35	42	51	100	38,2	25	4
61	17	23	19	100	36,7	21	1
62	22	33	23	100	38	25	1
64	22	33	23	100	39	28	2
2-й день							
1	17	23	19	97	37,7	23	
2	39	43	36	76	36,6	19	
3	35	39	38	95	37	21	

6	39	38	39	97	37,7	23	
7	39	38	41	97	37,7	23	
8	35	39	38	90	36,6	19	
9	35	39	38	90	36,6	19	
11	28	27	27	76	36,6	17	
13	35	33	32	88	36,8	18	
14	39	33	47	76	36,7	17	
15	41	38	42	85	36,8	19	
18	34	36	28	73	36,8	18	
19	19	23	28	76	36,7	19	
20	27	37	39	80	36,9	21	
22	41	44	25	92	37	25	
23	39	36	36	94	37,4	24	
28	41	47	25	101	37,6	18	
37	25	23	38	84	36,8	20	
38	36	43	34	81	36,7	21	
39	17	35	21	91	37	24	
40	42	46	21	93	37	21	
42	32	41	46	90	37,7	23	
61	25	28	23	92	36,7	19	
62	20	25	39	100	38	25	
64	28	24	22	100	38,2	26	
3-й день							
1	25	33	30	92	37,3	22	
2	46	51	43	75	36,6	18	
3	53	50	43	88	36,7	18	
6	50	48	46	92	37,3	22	
7	40	32	45	92	37,3	22	
8	53	50	48	88	36,7	18	
9	51	48	41	88	36,7	18	
11	23	28	19	88	36,8	21	
13	39	39	38	100	36,6	21	
14	44	35	52	75	36,6	18	
15	52	46	44	75	36,6	18	
18	32	30	35	74	36,8	17	
19	36	31	31	77	36,7	16	
20	53	50	43	88	36,7	18	
22	34	29	31	86	37,1	21	
23	38	32	30	84	37	20	
28	40	29	33	90	37,2	24	

37	32	31	28	78	36,4	20	
38	37	39	40	100	36,7	19	
39	35	31	33	82	36,9	19	
40	36	32	29	78	36,8	19	
42	50	47	52	80	37,3	20	
61	37	34	37	91	36,7	19	
62	33	31	32	96	37,4	21	
64	32	29	31	100	37,9	23	
4-й день							
1	25	33	30	92	37,3	22	
2	43	46	38	100	37	19	
3	47	43	49	85	36,8	19	
6	56	55	59	92	37,3	22	
7	53	51	51	92	37,3	22	
8	57	53	52	85	36,8	19	
9	47	43	50	85	36,8	19	
11	28	27	27	76	36,6	17	
13	35	33	32	88	36,8	18	
14	39	33	47	76	36,7	17	
15	57	53	60	85	36,8	19	
18	47	43	57	100	36,7	19	
19	35	33	32	88	36,8	18	
20	39	33	47	76	36,7	17	
22	47	50	42	85	36,8	19	
23	36	38	41	81	36,8	18	
28	31	31	36	94	36,7	20	
37	44	38	42	98	36,8	20	
38	36	36	35	100	36,7	19	
39	33	31	32	96	36,9	21	
40	45	47	50	80	36,4	18	
42	46	48	57	90	37,7	23	
61	47	49	58	88	36,7	19	
62	39	39	42	84	37	20	
64	42	35	41	90	37,2	24	
5-й день							
1	38	31	39	90	36,7	18	
2	41	42	33	90	37	19	
3	57	53	60	75	36,6	18	
6	57	54	58	90	36,7	18	
7	51	50	55	90	36,7	18	

8	57	53	60	75	36,6	18	
9	48	44	51	76	36,6	18	
11	25	36	26	77	37	18	
13	47	27	40	75	36,6	18	
14	49	41	51	75	36,6	18	
15	57	58	55	80	36,9	19	
18	42	42	33				
19	49	54	51	78	36,8	17	
20	57	53	50	75	36,6	18	
22	50	50	48	88	36,9	19	
23	58	55	62	90	36,9	18	
28	47	43	57				
37	48	44	51	87	36,9	19	
38	42	49	47	86	37	19	
39	45	47	50	80	36,4	18	
40	46	48	57	79	36,7	18	
42	53	43	48	77	36,7	17	
61	56	54	55	88	36,7	19	
62	45	47	52	84	36,8	20	
64	52	41	51	90	37,2	20	
6-й день							
1	49	40	38	77	36,8	17	
2	43	45	36	75	36,6	18	
3	56	54	61	75	36,6	18	
6	52	48	50	80	36,9	19	
7	52	49	54	75	36,6	18	
8	59	52	59	76	36,6	18	
9	56	49	51	77	37	18	
11	38	37	46	75	36,6	18	
13	48	29	43	78	36,5	17	
14	61	40	52	76	36,9	19	
15	56	57	57	79	36,7	18	
18	45	45	32	77	36,7	17	
19	60	55	60	84	36,7	19	
20	49	45	53	79	36,7	18	
22	59	59	57	77	36,7	17	
23	51	44	45	88	36,7	19	
28	48	46	56	84	36,8	18	
37	50	45	54	90	36,4	20	
38	41	51	46	75	36,6	18	

39	48	46	53	80	36,9	19	
40	47	47	58	75	36,6	18	
42	55	56	53	76	36,8	18	
61	55	55	58	77	36,3	18	
62	48	49	51	75	36,6	18	
64	50	40	54	88	36,9	20	
7-й день							
1	48	42	54	76	36,6	18	4
2	44	44	35	77	36,9	18	3
3	51	48	51	75	36,6	18	4
6	49	49	48	78	36,5	17	5
7	38	53	46	76	36,9	19	3
8	52	49	51	79	36,5	18	4
9	58	48	52	77	36,7	19	5
11	37	36	48	84	36,7	17	3
13	51	32	42	79	36,7	18	4
14	51	41	51	77	36,7	17	4
15	52	51	54	88	36,7	19	4
18	44	44	31	84	36,8	18	4
19	63	54	52	80	36,4	20	5
20	50	48	48	75	36,6	18	5
22	52	51	51	77	36,7	17	4
23	57	56	51	77	36,7	17	5
28	51	45	59	86	36,6	18	4
37	51	44	55	80	36,7	19	4
38	43	54	53	84	36,8	19	4
39	47	47	58	83	36,8	18	4
40	50	49	57	76	36,3	19	4
42	50	55	56	80	36,8	20	4
61	54	57	57	76	36,7	19	5
62	51	48	54	79	36,7	19	4
64	51	39	55	76	36,4	19	4

Таблиця Д.3

Дані про психологічні та фізіологічні прояви емоційного здоров'я досліджуваних з першої експериментальної групи протягом експерименту

Шифр	С	А	Н	ЧСС	Ттіла	ЧД	ЕЗ
1-й день							
43	19	30	26	100	36,8	18	1
44	33	35	27	80	36,6	18	2
45	32	35	27	80	36,6	18	2
46	17	23	19	100	36,7	21	1
47	22	33	23	100	38	25	1
48	22	33	23	105	38,6	27	2
49	22	33	23	100	39	28	2
50	19	30	26	100	38,3	25	1
51	22	33	23	100	38	25	2
52	17	23	19	100	36,7	21	1
53	34	42	45	95	37	21	3
56	34	36	42	80	36,6	18	2
57	44	55	54	78	36,7	18	4
59	32	35	27	80	36,6	18	2
60	32	35	27	80	36,6	18	2
63	22	33	23	105	38,6	27	2
65	19	30	26	100	38,3	25	1
66	22	33	23	100	38	25	2
67	17	23	19	100	36,7	21	1
70	67	59	61	73	36,8	18	5
78	34	42	45	95	37	21	3
79	17	23	19	100	36,7	21	1
80	22	33	23	90	38,7	25	1
81	34	36	42	80	36,6	18	2
82	44	55	54	78	36,7	18	4
2-й день							
43	38	36	45	95	36,7	19	
44	32	35	27	76	36,7	17	
45	32	35	27	76	36,7	17	
46	17	23	19	97	36,8	20	
47	39	38	39	97	37,7	23	
48	39	38	41	97	37,7	23	
49	39	38	41	97	38,1	23	

50	38	36	45	95	37	21	
51	39	38	41	97	37,7	23	
52	17	23	19	97	36,8	20	
53	39	46	49	105	36,6	22	
56	39	41	49	76	36,7	17	
57	47	56	58	80	36,8	18	
59	38	41	33	78	36,6	18	
60	33	41	33	78	36,7	18	
63	28	39	29	95	37,9	22	
65	29	40	32	94	37,4	21	
66	28	39	29	96	37,4	22	
67	25	29	25	98	36,7	20	
70	64	60	62	75	36,6	18	
78	40	48	51	93	37	20	
79	23	29	25	98	36,7	21	
80	28	39	29	88	36,2	21	
81	40	42	48	78	36,6	17	
82	45	53	52	76	36,7	18	
3-й день							
43	44	39	51	88	36,8	18	
44	49	44	49	75	36,6	18	
45	49	44	49	75	36,6	18	
46	25	33	30	88	36,6	19	
47	50	51	56	92	37,3	22	
48	50	51	56	92	37,3	22	
49	50	51	56	92	37,3	22	
50	42	39	51	88	36,6	18	
51	50	51	56	92	37,3	22	
52	25	33	30	88	36,6	19	
53	34	33	50	90	37	20	
56	47	45	59	75	36,4	18	
57	48	50	59	100	36,6	21	
59	44	47	39	76	36,6	18	
60	34	47	39	76	36,7	18	
63	34	45	35	85	37,1	21	
65	39	48	37	88	36,9	21	
66	34	45	35	92	37,4	22	
67	35	37	30	96	36,7	20	
70	66	61	63	77	36,6	18	
78	46	54	57	91	37	21	

79	33	37	30	96	36,7	19	
80	34	45	35	86	36,5	20	
81	46	48	54	76	36,6	17	
82	46	51	50	75	36,7	18	
4-й день							
43	55	50	55	85	36,8	19	
44	57	53	58	73	37	17	
45	58	54	60	73	37	17	
46	43	43	46	80	36,6	18	
47	56	55	59	92	37,3	22	
48	56	55	59	92	37,3	22	
49	56	55	59	92	37,3	22	
50	55	50	55	85	36,8	19	
51	56	55	59	92	37,3	22	
52	43	43	46	80	36,6	18	
53	39	46	49	105	36,6	22	
56	39	41	49	76	36,7	17	
57	47	56	58	80	36,8	18	
59	54	53	57	74	36,7	20	
60	53	48	53	78	36,6	18	
63	54	53	57	83	37	21	
65	41	41	44	86	36,7	19	
66	37	44	47	90	36,5	20	
67	37	39	47	94	36,6	17	
70	58	57	56	75	36,7	18	
78	48	57	46	89	37	21	
79	43	54	44	94	36,7	19	
80	44	46	39	84	36,5	20	
81	64	62	67	74	36,6	17	
82	55	63	66	75	36,7	18	
5-й день							
43	60	55	59				
44	57	53	58	75	36,6	18	
45	57	53	58	75	36,6	18	
46	57	53	58	78	36,8	19	
47	61	60	65	90	36,7	18	
48	61	60	65	90	36,7	18	
49	61	60	65	90	36,7	18	
50	60	55	59				
51	61	60	65	90	36,7	18	

52	57	53	58	78	36,8	19	
53	48	46	52	88	36,6	19	
56	58	49	64	75	36,6	18	
57	56	45	65	75	36,6	18	
59	57	64	56	74	36,8	19	
60	50	60	54	78	36,3	20	
63	63	60	63	83	36,6	17	
65	53	50	50	77	36,6	17	
66	61	56	58	79	36,7	18	
67	59	50	52	73	36,8	17	
70	60	51	56	83	36,9	18	
78	62	55	54	83	36,4	18	
79	54	59	52	81	36,7	19	
80	52	57	61	80	36,7	17	
81	51	63	61	77	36,2	19	
82	56	56	61	77	36,8	18	
6-й день							
43	66	59	65	80	36,8	16	
44	61	57	58	75	36,8	19	
45	61	57	58	75	36,8	19	
46	61	55	60	80	36,7	18	
47	66	60	66	80	36,8	18	
48	66	60	66	80	36,8	18	
49	66	60	66	80	36,8	18	
50	66	59	65	80	36,8	16	
51	66	60	66	80	36,8	18	
52	61	55	60	80	36,7	18	
53	49	54	57	95	37	21	
56	62	50	67	75	36,8	19	
57	64	47	66	77	36,8	19	
59	63	58	53	73	36,4	21	
60	68	58	55	76	36,4	21	
63	65	54	53	75	36,7	20	
65	64	51	55	76	36,5	18	
66	65	52	62	77	36,1	19	
67	66	48	52	75	36,2	19	
70	67	53	60	74	36,6	21	
78	62	56	52	76	36,8	17	
79	66	59	54	80	36,8	20	
80	67	54	62	76	36,7	19	

81	67	48	58	79	36,7	19	
82	61	58	59	76	36,4	17	
7-й день							
43	70	62	68	77	36,7	17	5
44	67	58	62	73	36,8	18	4
45	67	61	61	73	36,8	18	4
46	64	59	64	77	36,7	17	5
47	68	60	67	77	36,7	17	5
48	68	60	67	77	36,7	17	5
49	68	60	67	77	36,7	17	5
50	70	62	68	77	36,7	17	5
51	68	60	67	77	36,7	17	5
52	64	56	60	77	36,7	17	4
53	59	54	62	82	36,6	17	4
56	65	60	64	80	36,7	19	5
57	64	56	66	84	36,8	19	5
59	60	61	67	79	36,8	18	4
60	66	56	61	76	36,3	17	3
63	53	64	59	84	36,7	17	5
65	68	66	64	75	36,4	18	5
66	68	60	62	83	36,9	18	5
67	59	58	61	81	36,8	17	3
70	64	56	65	75	36,7	17	5
78	64	56	64	83	36,9	18	5
79	64	61	62	83	36,8	19	5
80	62	67	64	73	36,7	17	5
81	58	58	64	74	36,7	18	5
82	62	64	67	78	36,4	17	5

Таблиця Д.3

Дані про психологічні та фізіологічні прояви емоційного здоров'я досліджуваних з другої експериментальної групи протягом експерименту

Шифр	С	А	Н	ЧСС	Т тіла	ЧД	ЕЗ
1-й день							
5	20	30	26	95	37	21	1
10	19	30	26	100	38,3	25	1
12	21	32	24	105	37	21	1
32	47	40	57	77	36,7	17	4

34	43	48	55	77	36,7	17	5
54	17	23	19	100	36,7	21	1
55	22	33	23	90	38,7	25	1
83	22	33	23	100	39	27	2
85	30	28	30	85	37	20	3
86	19	31	30	80	36,6	18	2
87	22	33	23	90	38,7	25	1
88	22	33	23	100	39	26	2
90	30	28	30	85	37	20	3
91	19	31	30	80	36,6	18	2
92	22	33	23	90	38,7	25	1
119	22	28	24	75	36,6	18	2
120	25	35	31	90	36,7	18	2
121	27	38	28	75	36,6	18	2
122	25	35	31	90	36,7	18	2
123	27	38	28	90	36,7	18	2
126	27	38	28	91	37,1	19	2
128	25	35	31	90	36,7	18	2
129	27	38	28	75	36,6	18	2
130	25	36	26	78	36,8	19	2
132	25	36	26	81	37,2	19	2
2-й день							
5	35	39	38	90	36,6	19	
10	38	36	45	95	37	21	
12	31	36	35	100	36,7	19	
32	39	38	39	94	37,2	22	
34	47	40	57	90	36,6	19	
54	43	48	55	97	36,8	20	
55	39	38	37	93	38	22	
83	31	32	33	94	38,2	21	
85	31	32	33	80	37,4	20	
86	22	37	34	76	36,7	17	
87	29	38	32	93	38	22	
88	30	40	31	90	36,7	18	
90	40	36	41	91	37,1	19	
91	31	40	42	80	36,6	18	
92	35	45	36	91	37,1	19	
119	30	35	32	95	37,6	24	
120	35	43	42	90	37	20	
121	39	47	40	77	36,4	19	

122	38	47	44	92	36,9	18	
123	35	45	36	90	36,7	18	
126	37	46	39	91	37,1	19	
128	37	44	43	93	36,7	21	
129	40	50	41	74	36,9	18	
130	33	43	34	78	36,8	18	
132	35	44	37	81	36,4	17	
3-й день							
5	47	50	51	88	36,6	19	
10	50	45	56	90	36,9	20	
12	43	45	47	96	36,4	19	
32	52	50	52	89	36,9	20	
34	54	48	70	88	36,6	19	
54	55	57	66	96	36,7	19	
55	51	47	49	89	37	20	
83	44	44	46	90	37,1	19	
85	38	40	46	80	36,9	19	
86	34	46	45	78	36,6	18	
87	41	47	44	87	37,2	19	
88	43	52	44	88	36,9	19	
90	52	45	53	86	36,9	18	
91	44	52	55	78	36,6	18	
92	47	54	48	85	36,9	18	
119	43	47	45	90	37,1	21	
120	47	52	54	86	36,8	19	
121	52	59	53	78	36,5	18	
122	51	59	57	87	36,7	18	
123	42	53	49	89	36,7	18	
126	49	55	50	86	36,8	18	
128	49	53	55	88	36,5	18	
129	53	62	54	77	36,6	18	
130	40	51	47	78	36,6	18	
132	47	53	48	77	36,5	17	
4-й день							
5	59	61	64	85	36,8	19	
10	62	57	70	80	36,6	18	
12	54	54	59	86	37,1	20	
32	65	62	65	84	36,9	19	
34	61	56	63	81	36,8	17	
54	67	66	67	92	36,9	19	

55	62	56	61	92	37,1	20	
83	57	56	59	85	37,2	21	
85	50	52	60	82	36,2	18	
86	45	55	57	80	36,6	18	
87	54	59	57	85	36,9	21	
88	50	60	57	88	37,1	20	
90	64	54	65	82	37,1	20	
91	57	64	68	78	36,7	20	
92	59	63	60	87	36,9	19	
119	56	59	58	88	36,5	19	
120	59	61	66	84	36,7	19	
121	65	68	66	78	36,5	20	
122	64	68	70	85	36,6	17	
123	54	65	63	75	36,7	18	
126	60	64	62	84	36,8	19	
128	62	65	68	86	36,7	19	
129	60	70	67	81	36,9	20	
130	52	63	61	78	36,6	17	
132	58	62	60	75	36,7	18	
5-й день							
5	61	65	67	78	36,5	17	
10	65	69	68	76	36,9	19	
12	65	63	68	79	36,5	18	
32	66	64	66	77	36,7	19	
34	68	64	66	84	36,7	17	
54	69	65	68	79	36,7	18	
55	63	65	63	77	36,7	17	
83	70	68	62	88	36,7	19	
85	62	64	64	84	36,8	18	
86	56	64	64	80	36,4	20	
87	67	61	68	75	36,6	18	
88	57	68	70	77	36,7	17	
90	66	63	67	83	36,9	18	
91	60	66	65	83	36,4	18	
92	61	62	62	81	36,7	19	
119	59	61	61	80	36,7	17	
120	61	62	64	77	36,2	19	
121	68	59	59	77	36,8	18	
122	67	60	63	84	36,7	19	
123	66	65	67	84	36,5	20	

126	61	63	64	74	36,6	17	
128	65	67	61	78	36,3	18	
129	67	68	60	79	36,7	19	
130	64	65	65	75	36,3	18	
132	66	61	62	76	36,8	18	
6-й день							
5	63	69	70	78	36,4	19	
10	68	64	68	78	36,7	18	
12	66	62	68	74	36,4	17	
32	66	64	66	79	36,5	17	
34	65	62	69	76	36,6	19	
54	69	65	68	73	36,5	18	
55	63	65	63	78	36,6	18	
83	63	65	66	76	36,5	17	
85	64	66	64	76	36,7	19	
86	67	63	64	78	36,2	18	
87	68	61	68	76	36,5	18	
88	64	66	63	80	36,5	19	
90	66	64	67	77	36,8	19	
91	60	66	65	77	36,2	19	
92	66	62	62	74	36,6	17	
119	65	61	63	77	36,5	19	
120	65	62	66	80	36,1	18	
121	68	64	62	74	36,6	17	
122	67	60	63	73	36,6	19	
123	68	65	67	77	36,3	17	
126	66	66	67	75	36,5	18	
128	66	67	65	75	36,1	19	
129	68	68	64	75	36,6	19	
130	69	66	67	78	36,1	18	
132	66	62	64	79	36,8	17	
7-й день							
5	68	65	68	77	36,3	18	5
10	70	64	70	75	36,8	17	5
12	66	68	68	77	36,5	18	5
32	68	64	66	78	36,4	18	5
34	65	64	69	78	36,7	18	5
54	69	65	68	77	36,6	17	4
55	63	65	66	79	36,5	17	5
83	63	65	66	76	36,6	17	5

85	64	66	64	79	36,8	18	4
86	68	63	70	79	36,1	17	5
87	68	63	68	75	36,6	18	4
88	65	66	63	76	36,6	17	5
90	66	64	69	78	36,7	18	4
91	60	66	65	79	36,3	18	4
92	66	62	66	78	36,7	18	4
119	65	64	70	76	36,4	19	5
120	65	62	66	79	36,2	19	5
121	68	64	69	79	36,7	19	5
122	67	66	66	75	36,5	19	5
123	68	65	67	77	36,4	19	5
126	66	66	67	75	36,6	19	5
128	66	67	65	77	36	17	5
129	68	68	64	78	36,5	17	5
130	69	66	67	76	36,2	18	4
132	66	63	64	76	36,9	18	5



**КЛІНІЧНИЙ САНАТОРІЙ «АРКАДІЯ»
ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ
(Військова частина 1489)**

Гагаринське плато, 1, м. Одеса, 65062, Україна, тел. (048) 737 80 29
E-Mail: arcadia@dpsu.gov.ua, код ЄДРПОУ 14321624

Від 01.04.24 № 15

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань
05 – соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 – психологія
Мирослава БАЛАШЕНКА з теми
«Емоційне здоров'я військовослужбовців та психотерапевтичні умови
його покращення в отоларингології»

Предметом впровадження виступила представлена система психотерапії а саме терапія сміхом, яка орієнтована на стресовий стан (хворобу) у військовослужбовців.

Впровадження здійснювалось протягом 2022-2023 року з особами в яких відмічався стресовий стан з отоларингологічними захворюваннями.

У результаті впровадження запропонованої програми психотерапії (терапії сміхом) були відмічені позитивні зміни в зниженні показників різних стресових станів у військовослужбовців які приймали участь в тренінгах.

У ході дослідження встановлено що отримані практичні результати, сформульовані висновки та пропозиції використання системи «Терапія сміхом для оптимізації стану емоційного здоров'я в умовах стаціонарного лікування» може використовуватись для роботи з військовослужбовцями

Автор «Терапії сміхом для оптимізації стану емоційного здоров'я в умовах стаціонарного лікування» - Мирослав БАЛАШЕНКО.

Заступник начальника клінічного санаторію
з медичної частини
полковник медичної служби



Михайло КРИШТАЛЕВИЧ



**ОДЕСЬКИЙ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР
(КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ)
ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ
(ВІЙСЬКОВА ЧАСТИНА 2524)**

вул. Черняхівського, буд. 6, м. Одеса, 65062, факс (048) 702-51-20 тел.: 702-51-20
код ЄДРПОУ 14321920

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань
05 – соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 – психологія
Мирослава БАЛАШЕНКА з теми
«Емоційне здоров'я військовослужбовців та психотерапевтичні умови його
покращення в отоларингології»

Предметом впровадження виступила представлена система психотерапії а саме терапія сміхом, яка орієнтована на стресовий стан (хворобу) у військовослужбовців.

Впровадження здійснювалось протягом 2022-2023 року з особами в яких відмічався стресовий стан з отоларингологічними захворюваннями.

У результаті впровадження запропонованої програми психотерапії (терапії сміхом) були відмічені позитивні зміни в зниженні показників різних стресових станів у військовослужбовців які приймали участь в тренінгах.

У ході дослідження встановлено що отримані практичні результати, сформульовані висновки та пропозиції використання системи «Терапія сміхом для оптимізації стану емоційного здоров'я в умовах стаціонарного лікування» може використовуватись для роботи з військовослужбовцями.

Автор та відповідальний за впровадження «Терапії сміхом для оптимізації стану емоційного здоров'я в умовах стаціонарного лікування» Мирослав БАЛАШЕНКО

Начальник центру
полковник медичної служби



Оксана КАЛЬЧУК

ОВ Одеський військово-медичний клінічний центр (клінічний госпіталь) Державної прикордонної служби України (Військова частина 2524)

№13.7/2529/24-Вн від 23.04.2024





УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Державний заклад**"ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені К. Д. УШИНСЬКОГО"**65020, м.Одеса, вул. Старопортофранківська, 26. Тел.: (048) 753-08-53, факс: (048) 732-40-98
E-mail: pdpu@pdpu.edu.uaвід 24.04.2024 № 890/27.1

на № _____ від _____

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань
05 – Соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 – Психологія
Мирослава БАЛАШЕНКА з теми
«Емоційне здоров'я військовослужбовців та психотерапевтичні умови його
покращання в отоларингології»

Даною довідкою засвідчуємо, що результати дисертаційного дослідження М.Балашенко дійсно впроваджувалися у процесі підготовки майбутніх психологів у Державному закладі «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д.Ушинського».

Предметом впровадження виступили основні результати теоретичних підходів до пізнання психологічних особливостей емоційного здоров'я, результати емпіричного дослідження змін в емоційному здоров'ї військових, створення психодіагностичної методики «Самооцінки емоційного здоров'я» та результати використання системи соціально психологічного супроводу терапії сміхом для покращення стану емоційного здоров'я в умовах реабілітації та адаптації військових. Дана система соціально психологічного супроводу характеризується специфічною інформаційною насиченістю та вагомими

практичними даними. Під час тренінгів студенти виконували практичні завдання, які спрямовані на профілактику та корекцію стресових станів, та опанували відповідні навички терапії сміхом з використанням електронних гаджетів.

Впровадження відбувалося у межах навчальних курсів «Психологія розвитку особистості та його порушень», «Психологія емоційної сфери особистості та її розладів», «Психологічний тренінг як метод практичної психології». Термін впровадження – 1 рік, відповідальний за впровадження – Мирослав Балашенко.

В цілому за результатами впровадження, студенти продемонстрували необхідні компетенції з можливостей використання системи соціально психологічного супроводу терапії сміхом для покращення стану емоційного здоров'я в умовах адаптації та реабілітації військових.

Результати впровадження обговорювалися на засіданні кафедри загальної та диференціальної психології (протокол №5 від 21 грудня 2023 року).

Завідувач кафедри

Марія КАЗАНЖИ

Проректор з наукової роботи



Ганна МУЗИЧЕНКО