

## ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я В МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**Гільман Анна Юріївна,**

к. психол. н, старший викладач кафедри  
громадського здоров'я та фізичного виховання  
Національний університет «Острозька академія»  
м. Острог, Україна

**Вступ.** Традиційно в науковій літературі «внутрішня картина хвороби» відображає суб'єктивне сприйняття особою стану свого нездоров'я, що великою мірою визначає психосоматичний потенціал індивіда. Вона виявляє себе через соматичну, регулятивну, когнітивно-смислову, мотиваційну функції. Хворий формує у свідомості свою власну картину про хворобу, від якої і залежать думки, поведінка, емоційні реакції та переконання стосовно цінностей здоров'я.

У медико-психологічних джерелах знаходимо різні терміни для позначення «внутрішньої картини хвороби». А. Гольдшейде називав її «аутопластичною картиною хвороби», яка створюється хворим його відчуттями, уявленнями і переживаннями пов'язаних з фізичним станом [6;12]. Е. Шевальов, В. Ковальов «переживання хвороби» тісно зіставляли з поняттям «свідомість хвороби», яке відображає сприйняття хворим своїх душевних переживань, пов'язані з нею реакції [2;6]. Л. Рохлін та К. Скворцов застосовували термін «ставлення до хвороби», що складається на їхню думку з оцінки переживань, пов'язаних із хворобою, які впливають на наміри та дії хворого [6; 11]. Т. Резнікова і В. Смирнов запропонували термін «психологічне інформаційне поле хвороби», в центрі якого знаходиться змінена хворобою «схема тіла».

Взагалі поняття «внутрішня картина хвороби» вперше ввів А. Лурія, який позначав увесь комплекс внутрішніх переживань хворого у зв'язку із фізичним, душевним та духовним компонентами. Згідно його положень до внутрішньої

картини хвороби відносять не тільки спровоковані хворобою почуття та емоції, а й можливості розуміння, яку роль хвороба відіграє в житті, всі зміни в психіці, ставлення хворого до свого захворювання, та особливості відображення хвороби на нервових реакціях. Також дослідник визначив неабияку роль зовнішнього оточення у формуванні внутрішньої картини хвороби [7].

Миколаєва В. виділила чотири взаємозалежні рівні внутрішньої картини хвороби: сенситивний або чуттєвий, який пов'язаний із відчуттями, емоційний або афективний, відображає вплив емоцій на симптоматику хвороби; когнітивний, що пов'язаний із переконаннями та уявленнями про хворобу та мотиваційний або поведінковий, що з приходом захворювання в життя клієнта вимагає зміни ставлення до способу життя та життя в режимі хвороби [2].

Попри значу кількість публікацій бракує вивчення особливостей внутрішньої картини здоров'я у майбутніх фахівців громадського здоров'я, що складає актуальність дослідження.

**Ціль роботи.** З метою з'ясування особливостей внутрішньої картини здоров'я у майбутніх фахівців громадського здоров'я ми провели дослідження зі студентами спеціальності «Громадське здоров'я» у Національному університеті «Острозька академія».

**Матеріали і методи:** *теоретичні* (аналіз, синтез, узагальнення інформації щодо питань вивчення внутрішньої картини здоров'я; *емпіричні:* методика «Діагностика типів ставлення до хвороби» (А. Личко і Н. Іванов), Гісенський опитувальник психосоматичних скарг, Чотирьохмодальний емоційний опитувальник Л. Рабінович, опитувальник діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища (В. Бойко), опитувальник дослідження тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна [5;9].

**Результати і обговорення.** За результатами діагностики особливостей ставлення до хвороби (опитувальник «Діагностика типів ставлення до хвороби (А. Личко і Н. Іванов)» [5;9] встановлено, що для майбутніх фахівців громадського здоров'я, передусім, притаманний анозогнозичний тип. Також

достатньо вираженими є гармонійний та ергопатичним типи (табл. 1).

**Таблиця 1**

**Результати діагностики типів ставлення майбутніх фахівців громадського здоров'я до хвороби (2022 н. р., вибірка – 53 особи)**

| № з/п | Типи ставлення до хвороби | Кількість респондентів<br>(осіб %) |
|-------|---------------------------|------------------------------------|
| 1     | Гармонійний               | 12,7                               |
| 2     | Ергопатичний              | 11,1                               |
| 3     | Анозогнозичний            | 23,5                               |
| 4     | Тривожний                 | 9,1                                |
| 5     | Іпохондричний             | 5,9                                |
| 6     | Неврастенічний            | 4,9                                |
| 7     | Меланхолійний             | 5,8                                |
| 8     | Апатичний                 | 4,8                                |
| 9     | Сенситивний               | 8,1                                |
| 10    | Егоцентричний             | 7,1                                |
| 11    | Паранояльний              | 4,6                                |
| 12    | Дисфоричний               | 2,4                                |

З таблиці 1 видно: що майбутні фахівці громадського здоров'я мають, передусі виражений анозогнозичний (23,5 %) тип. Також більш мірою для респондентів є характерний гармонійний (12,7 %) та ергопатичний (11,1 %) типи ставлення до хвороби. Це означає, що у більшості осіб реагування у хворобливому стані схоже на дещо применшення “значення” хвороби, подекуди аж до повного витіснення її, “втеча” від хвороби в роботу, навчання, інші справи, зниження критичності щодо стану свого здоров'я. Однак варто зауважити, що у цих досліджуваних відсутні явища психічної дезадаптації, тому ці особи не входять до групи ризику.

Також деякою мірою вираженими є тривожний (9,1 %), сенситивний (8,1 %) та егоцентричний (7,1 %) типи ставлення до хвороби. Осіб з цими та іншими типами реагування у стані хвороби можна частково віднести до груп ризику. Подекуди для них може бути характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, пригнічений стан, слабкість у стан хвороби, вони можуть не вірити у своє швидше одужання (що може має

психосоматичний підтекст і вторинну вигоду зі стану хвороби). Іноді такі особи можуть потребувати уваги до себе і маючи захворювання задовільняти в такий спосіб свою потребу тощо [10].

Результати аналізу діагностики за Гісенським опитувальником психосоматичних скарг дають можливість зробити висновки про переважаючі суб'єктивні скарги майбутніх фахів громадського здоров'я, а саме: «біль у різних частинах тіла» (26 сер.знач.), «скарги на біль у шлунку» (25 сер.знач.) та «серцеві скарги» (21 сер.знач.). Такі результати можуть вказувати на малорухомий спосіб життя в умовах пандемії, недотримання збалансованого харчування та деяку тривожність, прововану особистісними чи професійними питаннями, що може викликати тривогу та стрес. Взаємозв'язки між цими категоріями та рівня статистичному значимості та з'ясування причин такого реагування у тілі може бути перспективою наступного дослідження.

За допомогою чотирьохмодального емоційного опитувальника Л. Рабінович, було встановлено домінуючі емоційні переживання майбутніх фахівців громадського здоров'я: «радість» (25%), «гнів» (24%), «страх» (26%), «печаль» (25%). Отже, як бачимо, найвищі показники отримано за шкалою «страх». Це, ймовірно, може свідчити про переживання студентами негативних емоційних переживань під час навчання у ВНЗ та інших тривожних обставин у житті.

Аналіз результатів діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища (методика В. Бойко) дозволив встановити, що на негативні стимули виражена рефрактерна емоційна реакція характерна для 16,27% студентів, амбівалентна – для 39,84%, позитивна – для 13%; виражена дисфорична емоційна реакція характерна для 5,43% студентів, амбівалентна – для 12,19%, позитивна – для 3,18%; виражена ейфорична емоційна реакція характерна для 1,78% студентів, амбівалентна – для 1,62%, позитивна – для 6,69%.

Реакції на негативні стимули свідчать про надання респондентам негативного значення (ефект пандемії та карантинних умов навчання відчуття

втомі, наявність інтелектуальних випробувань, важкі обставини в житті, хвороби тощо), що вказує на їхнє невміння відокремитися від сильного і тривалого стресу і напруги, відсутність навичок більш критичного аналізу ситуації, що склалась. Також майбутні фахівці громадського здоров'я часто «застрягають» у ситуації, їм характерні переживання негативного забарвлення, прихованого гніву або суму.

За дослідженням прояву тривожності (опитувальник Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна) ми визначили, що у 58% осіб переважає реактивна тривожність, у 42% студентів – особистісна.

Деяка схильність майбутніх фахівців громадського здоров'я до тривоги вказує на їхню чутливість, що активізується під час сприйняття певних стимулів середовища [187]. Емоційна реакція на стресову ситуацію може бути різною за інтенсивністю та динамічністю в часі. Досліджувані особи схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати певним вираженням станом тривожності.

Тривожність респондентів характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, занепокоєння, нервозності, що, може бути пов'язано як і зі сприйняттям себе у стані хвороби, так і з частими стресовими обставинами в умовах пандемії.

**Висновки.** Отже, внутрішня картина хвороби в осіб – майбутніх фахівців громадського здоров'я характеризується переважно анозогностичним типом реагування на хворобу, із супроводом суб'єктивних нездужань в різних частинах тіла, шлунковими скаргами та симптомами у серці. На рівні емоційного реагування домінуючими емоціями є страх (ймовірно про «не захворіти», особливо в умовах пандемічної інфекції). Найпоширеніша рефрактерна емоційна реакція у досліджуваних указує на те, що емоційна система сприйняття «витримує вплив» перед різними факторами середовища: як позитивними, так і негативними й амбівалентними. Також для респондентів характерна більшою мірою реактивна тривожність.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Коломоєць М.Ю., Павлюкович Н.Д. та ін. Теорії та концепції психосоматичних захворювань // Буковинський медичний вісник. – 2008. – Т. 12, №1. – С.141-144.
2. Коцан І., Ложкін Г., Мушкевич М. Психологія здоров'я людини / Підручник. Луцьк. – 2011. – 426 с.
3. Марута Н. О., Лінська К. І. Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури) // Укр. вісн. психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1. С. 110–115.
4. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология [Практическое руководство] / Владимир Давыдович Менделевич. – М. : МЕДпресс, 2001. – 592 с.
5. Методика психологической диагностики типов отношения к болезни / под ред. А. Е. Личко. – Л. : Лаборатория клинической психологии Ленинградского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева, 1987. – 28 с.
6. Фролова Ю.Г. Самоконтроль и здоровье человека / Ю. Г. Фролова // Вестник Белорусского ун-та. Сер. 3. – 2000. – № 1. – С. 50 – 55.
7. Хоміцький М.Є. Структура та типи реагування на хворобу у зв'язку з показником адаптивності/ дезадаптивності у пацієнтів з шизоафективним розладом в стані ремісії в контексті постманіфестних патоперсонологічних трансформацій. Український журнал “ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я, ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА”. №2 (09). 2019. С. 7-14.
8. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). Видавництво ТОВ «ДСГ Лтд». – Київ, 2004. – 96 с.
9. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии: Методы исследования личности / П.В.Яньшин. – СПб. : Питер: Питер-принт, 2004: ГП Техн. кн. – 331 с.
10. Anna Hilman, Oksana Matlasevych, Natalia Kulesha, Eduard Balashov (2021). Peculiarities of Attitude to the Disease in Adulthood. Journal of Cognitive

Science. Issue 1. Volume 22. 307. P 111-134.

11. Goodwin R., Engstrom G. Personality and the perception of health in the general population / R. Goodwin, G. Engstrom // Psychological Medicine. – 2002. – № 32. – P. 325 – 332.

12. Hilman, A. & Kulesha, N. (2021). «The Knowledge about Symptoms and it's Genesis as a Factor for the Development of Psychosomatic Disorders in Youth», Youth Voice Journal, IBSN (ONLINE): 978-1- 911634-20-1. <https://www.rj4allpublications.com/product/the-knowledgeabout-symptoms-and-itsgenesis-as-a-factor-for-thedevelopment-ofpsychosomatic-disorders-inyouth/>

13. Medical downgrading, self-perception of health, and psychological symptoms in the British Armed Forces / R.J.Rona, R.Hooper, N.Greenberg and etc. // Occupational and Environmental Medicine. – 2006. – № 63. – P. 250 – 254.