

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет здоров'я людини
Кафедра фармації, виробництва та технологій**

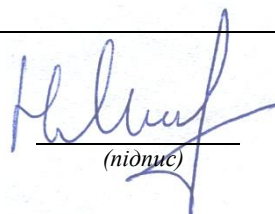
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

бакалавра

**на тему: Психологічні методи роботи з пацієнтами із післяопераційною
депресією**

здобувач IV курсу групи ПФР-21з
спеціальність: 053 Психологія

Міняйленко Микола Миколайович
(ПІБ здобувача)


(підпис)

Керівник роботи

доц., канд.пед.н., Острянка Т.С.
(вчене звання, науковий ступінь, ПІБ)


(підпис)

Київ 2025

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Навчально-науковий інститут (факультет) факультет здоров'я людини
(повне найменування інституту, факультету)

Кафедра фармації, виробництва та технологій

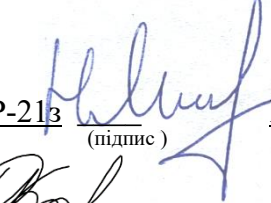
ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
до кваліфікаційної випускної роботи

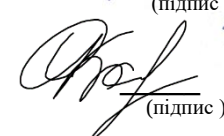
освітній ступінь бакалавр
(бакалавр)

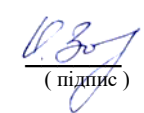
спеціальність 053 Психологія
(шифр і назва спеціальності)

спеціалізація _____
(назва спеціалізації)

на тему Психологічні методи роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією

Виконав: здобувач вищої освіти групи ПФР-21з  М.М.Міняйленко
(підпис) (ініціали і прізвище)

Керівник  Т.С.Острянко
(підпис) (ініціали і прізвище)

Завідувач кафедри  Захарова О.І.
(підпис) (ініціали і прізвище)

Рецензент: Л.О. Ляховець, к.психол.н., доцент кафедри загальної, вікової та соціальної психології НУЧК імені Т.Г. Шевченка

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

ННІ, факультет факультет здоров'я людини
Кафедра здоров'я людини

Освітній ступінь бакалавр
(бакалавр)

Спеціальність 053 Психологія
(шифр і назва)

Спеціалізація _____
(шифр і назва)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри
здоров'я людини д. психол. н.,
доц., проф.
Наталія ДОБРОВОЛЬСЬКА
“17” січня 2025 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Міняйленку Миколі Миколайовичу
(прізвище, ім'я, по-батькові здобувача)

1. Тема роботи: Психологічні методи роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією

Керівник роботи Острянюк Тетяна Сергіївна, канд.пед.н., доцент,
(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по університету №09/15.01 від “17” січня 2025 року

2. Строк подання студентом роботи до захисту 05 червня 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 92 с., список використаної літератури – 64 джерела, таблиці – 7.*

4.Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні методи роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслеників) рис. – 17, табл. – 7.

6. Консультанти розділів роботи

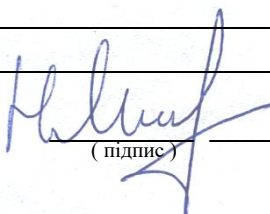
Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Острянко Т. С., доцент кафедри здоров'я людини	січень 2025	січень 2025
2	Острянко Т. С., доцент кафедри здоров'я людини	лютий 2025	лютий 2025
3	Острянко Т. С., доцент кафедри здоров'я людини	березень 2025	березень 2025

7. Дата видачі завдання січень 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної випускної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1	Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи бакалавра	січень 2025 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження	лютий 2025 р.	
3	Розробка діагностичного інструментарію дослідження	березень 2025 р.	
4	Проведення констатувального експерименту. Узагальнення результатів констатувального експерименту.	квітень 2025 р.	
5	Розробка програми формувальних заходів	квітень 2025 р.	
6	Проведення повторного тестування та оцінка ефективності формувальних заходів	травень 2025 р.	
7	Подання на кафедру завершеної роботи, включаючи електронну версію (з метою перевірки її на плагіат)	5 червня 2025 р.	
8	Підготовка кваліфікаційної магістерської роботи до захисту та захист роботи Зовнішнє рецензування	червень 2025 р.	

Здобувач вищої освіти



Міняйленко М.М.

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Керівник роботи



Острянко Т.С.

(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Текст – 77 с., рис. – 17, табл. – 7, додатків – 3, літератури – 64 дж.

У кваліфікаційній роботі досліджуються теоретичні та практичні аспекти психологічних методів роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією. Дослідження підкреслює важливість психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією та визначення ефективних психокорекційних методів для покращення їхнього стану

У теоретичному розділі проаналізовано сучасні підходи до визначення феномену депресії у психології, розкрито психологічні особливості пацієнтів із післяопераційною депресією, а також розглянуто напрямки роботи психолога із пацієнтами із післяопераційною депресією.

У практичному розділі представлено експериментальне дослідження рівня депресії пацієнтів, для оцінки рівня їх емоційного стану. Підібрано психодіагностичні методики, спрямовані на дослідження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період; визначення рівня стресу пацієнтів із післяопераційною депресією; визначення рівня стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією. Розроблено та впроваджено комплексну програму психокорекційних заходів щодо оптимізації психічного стану пацієнтам із післяопераційною депресією, що включає такі основні напрямки психотерапії у роботі з пацієнтами у післяопераційний період: когнітивно-поведінкова терапія, гештальт-терапія, арттерапія, а також методи релаксації та стратегії емоційної саморегуляції. Результати програми продемонстрували зниження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період, зниження рівня стресу, підвищення рівня стресостійкості.

На завершення роботи подано рекомендації для практичних спеціалістів для покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Ключові слова: експериментальне дослідження, депресія, пацієнти, післяопераційна депресія, психодіагностика, психокорекція, тренінгова програма.

ABSTRACT

Miniailenko M.M. Psychological Methods of Working with Patients with Postoperative Depression.— Qualification work. – Kyiv, 2025.

The qualification work explores the theoretical and practical aspects of psychological methods used in working with patients suffering from postoperative depression. The study emphasizes the importance of the psycho-emotional state of patients experiencing postoperative depression and identifies effective psychocorrectional methods aimed at improving their condition.

The theoretical chapter analyzes modern approaches to defining the phenomenon of depression in psychology, reveals the psychological characteristics of patients with postoperative depression, and considers the directions of psychological work with such patients.

The practical chapter presents an experimental study on the level of depression in patients to assess their emotional state. A set of psychodiagnostic methods was selected to examine the level of depression during the postoperative period, determine stress levels in patients with postoperative depression, and assess their stress resistance. A comprehensive psychocorrectional program was developed and implemented to optimize the mental state of patients with postoperative depression. This program includes the following main psychotherapy approaches for working with patients during the postoperative period: cognitive-behavioral therapy, gestalt therapy, art therapy, as well as relaxation methods and emotional self-regulation strategies. The results of the program demonstrated a decrease in the level of depression, a reduction in stress, and an increase in stress resistance among the patients during the postoperative period.

The final part of the paper provides practical recommendations for specialists to improve the emotional state of patients with postoperative depression.

Keywords: experimental research, depression, patients, postoperative depression, psychodiagnostics, psychocorrection, training program.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ.....	11
1.1 Характеристика феномену депресії у психології.....	11
1.2 Психологічні особливості пацієнтів із післяопераційною депресією.....	21
1.3 Напрямки роботи психолога із пацієнтами із післяопераційною депресією.....	30
Висновки до розділу 1.....	39
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ ПАЦІЄНТІВ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД.....	41
2.1 Організація та етапи проведення експериментального дослідження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період.....	41
2.2 Вибір методів і методик дослідження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період.....	44
2.3 Психологічний та статистичний аналіз результатів констатуючого експерименту дослідження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період.....	48
Висновки до розділу 2.....	54
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ РОБОТИ З КОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ.....	56
3.1 Методологічні засади психокорекційної процедури покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.....	56
3.2 Програма психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.....	63
3.3 Аналіз результатів формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів щодо покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.....	73
Висновки до розділу 3.....	76
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	89

ВСТУП

Актуальність теми. Сьогодні життя в Україні характеризується складністю, пов'язаною з трансформаційними перетвореннями, які торкаються усіх сфер життєдіяльності суспільства. Особливо гостро постало питання здоров'я громадян країни. Війна внесла корективи у життя кожного українця. Значної шкоди як фізичному, так і ментальному здоров'ю нанесли нинішні негативні події як цивільному населенню, так і військовим, які беруть безпосередню участь. Багато осіб для збереження здоров'я та рухової активності потребують термінового втручання лікарів-хірургів, які, виконуючи свій професійний обов'язок, рятують людей різної вікової категорії та різних професій. Значної складності набуває післяопераційний період, адже пацієнти перебувають у тяжкому стані як фізично, так і психологічно.

Психічний стан пацієнтів у післяопераційний період має певні особливості. Адже, перебуваючи на межі життя і смерті, багато пацієнтів здійснюють переоцінку цінностей, їх турбує питання, пов'язане із сенсом життя та ін. Перебуваючи у стані постійної тривоги, стресу та невизначеності, пацієнти у післяопераційний період мають погіршений психологічний стан, ускладнений депресією. Важливе значення для подальшого життя пацієнтів із післяопераційною депресією має робота психолога, котрий, використовуючи різні методи і техніки, допомагає особам у післяопераційний період покращити емоційний стан, сформулювати сенс життя та позбутися проявів депресії.

Актуальність теми обумовлена потребою психологічної підтримки пацієнтів із післяопераційною депресією, що сприяло вибору теми кваліфікаційної роботи «Психологічні методи роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією».

Мета дослідження полягає у тому, щоб на основі теоретичного обґрунтування та емпіричного дослідження визначити психологічні методи роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією.

Відповідно до об'єкту, предмету та поставленої мети сформульовано наступні **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні засади психологічних методів роботи з пацієнтами з післяопераційною депресією, зокрема охарактеризовано феномен депресії та психологічні особливості пацієнтів у післяопераційний період.
2. Охарактеризувати напрямки роботи психолога із пацієнтами із післяопераційною депресією.
3. Окреслити організаційні аспекти та етапи проведення експериментального дослідження психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.
4. Визначити ефективність використання психокорекційних методів покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.
5. Розробити рекомендації для практичних спеціалістів для покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Об'єкт дослідження – депресивні розлади як психологічне явище.

Предмет дослідження – психологічні методи роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією.

Методи дослідження. Для вирішення питання психологічних методів роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією, використовувалися такі методи наукового пізнання: теоретичні, емпіричні, статистичні та ін., а саме:

- аналіз (здійснено аналіз теоретично-методологічної літератури щодо визначення феномену депресії (п.п. 1.1);
- синтез (здійснено об'єднання аспектів, які розкривають психологічні особливості пацієнтів із післяопераційною депресією (п.п. 1.2);
- систематизація (систематизовано та здійснено об'єднання окремих аспектів проблеми, що досліджувалася: депресія та її прояви, причини, наслідки та ін. (п.п. 1.1; 1.2);
- класифікація (здійснено визначення напрямків роботи із пацієнтами із післяопераційною депресією (п.п.1.3);

- проведення спостереження та тестування пацієнтів із післяопераційною депресією під час констатуючого експерименту та формуючого експерименту (п.п. 2.2, п.п. 3.3);

- математичні методи обробки даних експериментального дослідження (п.п. 2.3; 3.3);

- методи психологічної корекції: груповий психологічний тренінг для покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією (п.п. 3.2).

Під час проведення експерименту використовувалися такі психодіагностичні методики: Шкала безнадійності А. Бека; Методика «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона; Тест самооцінки стресостійкості (авт. С. Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих).

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення одержаних результатів полягає у: можливості їх використання при проведенні теоретико-методологічних досліджень післяопераційної депресії; застосування психологічних методів у роботі з пацієнтами з післяопераційною депресією в умовах медичних закладів; використанні розробленої програми з покращення психоемоційного стану пацієнтів з післяопераційною депресією.

Організація дослідження. Дослідження проводилося на базі медичного центру «Аурум» (м. Київ). У дослідження брали участь 20 осіб із післяопераційною депресією, з них 10 чоловіків і 10 жінок віком 35-40 років.

Структура і обсяг роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, рисунків – 17, таблиць – 7, додатків – 3. Основний текст роботи – 76 сторінок. Список використаних джерел включає 64 найменувань. Загальний зміст складає 92 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ РОБОТИ З ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

1.1 Характеристика феномену депресії у психології

Сьогодні життя в Україні характеризується складністю, пов'язаною з трансформаційними перетвореннями, які торкаються усіх сфер життєдіяльності суспільства. Зміни, які відбулися через війну, негативно впливають на психологічний стан кожного громадянина країни. Особливий негативний вплив нинішньої ситуації в країні здійснюється на психічний стан громадян. Внаслідок перенавантаження психіки травмуючими подіями та негативними емоціями значна кількість людей перебуває у стані депресії.

Тенденції до поширення депресії сьогодні набули глобальних масштабів. Депресія вражає приблизно 3,4% населення світу, згідно з дослідженням Our World In Data. Статичні дані 2024 р. свідчать про те, що 264 млн. людей страждають від депресії. Україна у світовому рейтингу посідає лідерські позиції за найвищим відсотком депресії: її рівень становить 6,3%. Дані ВООЗ вказують на кількість українців, які страждають на депресію - 2 млн.800 тис. осіб [1]. Тому вивчення депресії потребує подальшого розгляду.

Нині у всіх країнах світу спостерігається стрімке зростання кількості осіб, які хворіють на дане захворювання. Проявами депресії можуть бути різні негативні психічні стани і відчуття, тому вони спостерігаються як на фізичному, так і на психологічному рівнях, а їхня тривалість може набути тяжкої форми, небезпечність якої полягає у призведенні до суїциду.

Розкриємо сутність явища депресії. Депресія – це складне явище в психології, яке включає в себе почуття смутку, безнадії та відсутність інтересу до діяльності, яка колись приносила задоволення. Вона може впливати на думки, емоції, поведінку та загальне самопочуття людини. Хоча кожен може

відчувати почуття смутку або горя в певний момент свого життя, депресія характеризується тривалістю та впливом на повсякденне функціонування.

Вивченням феномену депресії займалися з давніх часів, проте, депресією як психологічним феноменом зацікавилися порівняно нещодавно. Депресія (від лат. *depressio* – пригнічення, придушення) визначається афективним станом, характеристикою якого є негативний емоційний фон, зміна мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальна пасивність поведінки [2, с. 15].

Теоретичною та практичною психологією депресію розглядають з таких позицій: феноменом здорової психіки і феноменом психопатології людини. Заслуженим лікарем України Н. Гойдою депресію визначено симптомом, синдромом або хворобою. Найчастіше цей термін визначають як синдромом, до якого входить наявність психологічних, емоційних, соматоневрологічних та інших клінічних проявів захворювання [3, с. 163-172].

Дослідженням розладів емоційної сфери і неврозів активно почалися займатися у 50-х роках ХХ ст.. Результати комплексних досліджень емоцій віднайшли відображення в численних публікаціях відомих зарубіжних і вітчизняних психологів і психотерапевтів: К. Ізарда, П. Екмана, Р. Глассера, В. Кеннона, Р. Левенсона, Т. Макена, Дж. Андерсона, М. Лейтеса, та ін.. Вивчення емоційних розладів і депресивних переживань здійснювалося такими дослідниками: К. Абрахамом, А. Беком, Е. Блейєром, І. Леманом, Дж. МакКалоу, А. Рашем, Л. К'єллом, Д. Зіглердом та ін.

У психологічних дослідженнях міститься ряд цікавих підказок щодо надзвичайно важливої ролі емоцій у житті та формуванні характеру особистості. Звернувшись до історії, маємо навести висловлення римського імператора М. Аврелія, котрий закликав до подолання емоції розуму. На переконання відомого гуманіста епохи Відродження Е. Роттердамського, до щастя є лише один шлях – пізнати себе.

Видатним українським психологом Г. Костюком висунуто припущення, що емоції виникають у людини у якості «суб'єктивних сигналів травми та відновлення її ефективних стосунків із зовнішнім світом, а головне з людьми».

Виникнувши, емоції набувають функцій регулятора діяльності людини, стають джерелами її енергії» [4, с. 15].

Американським психотерапевтом О. Лоуен розглядає депресію станом, у якому повністю відсутні емоції. Оскільки пригнічення емоцій викликає депресію, то депресія не може виступати емоцією. У цілому депресія характеризується негативним психічним станом, який впливає на психологічні, фізіологічні та соціальні функції індивіда [5, с. 148].

Вітчизняна науковця І. Радул депресію визначила афективним станом, для якого притаманним є негативний емоційний фон, зміна сфери мотивації, когнітивних уявлень і загальна пасивність поведінки. У особистості, яка перебуває у депресивному стані, спостерігається важкість, болісність переживань та емоцій – пригніченість, туга, відчай. Також відзначається істотне заниження потягів, вольової активності, виникнення нав'язливих думок про свою відповідальність за всілякі неприємні, важкі події, що сталися впродовж життя. Відчуваючи почуття провини за минулі події, людина може мати безпорадність перед життєвими труднощами, що поєднується з почуттям безнадії. Сильно знижена самооцінка, спостерігається наявність значної розбіжності між Я «реальним» та «ідеальним». «Ідеальне Я», зумовлене недосяжністю ідеалу, конфліктом тенденцій і потреб [3, с. 163-172].

О. Лоуен був переконаний, що виникнення депресії обмовлене впливом почуттів, яке змушує людей не довіряти своїм почуттям, обираючи той чи інший тип поведінки. Людина може відчувати широкий діапазон почуттів, які відзначаються своєю особливістю. Можемо спостерігати замкнутість людини, яка перебуває в депресії, замкнута, може чинити фізичні дії щодо оточуючих, як наприклад. побиття. Причому, фізичні дії чинять як негативний, так і позитивний вплив на стан депресії [5, с. 80].

Феномен депресії залишався практично невивченим впродовж тривалого періоду, а науковцями Н. Чабаном, Л. Шестопаловою, І. Первовою, В. Підкоритовим та ін. приділялася увага лише вивченню депресії та депресивних розладів [6, с. 37].

У ході дослідження ми виявили наявність у психології таких типових проявів депресії (див. Рис. 1.1).

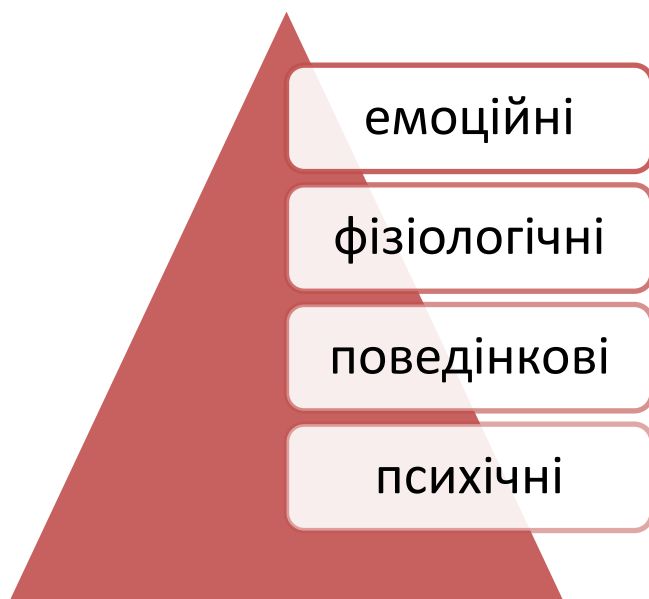


Рис. 1.1 - Типові прояви депресії

Характеризуючи кожен з перелічених вище проявів, зазначимо:

- Емоційні прояви депресії відзначаються тугою, пригніченістю, пригніченим настроєм, відчаєм, стражданням, дратівливістю, тривогою, втратою здатності знаходити задоволення в заняттях, які раніше приносили задоволення, втратою інтересу до всього, що оточує.
- Фізіологічні прояви депресії відзначаються порушенням сну (безсонням, сонливістю), порушенням роботи кишківника (запори), зміною апетиту (втратою або переїданням), зниженням статевого потягу, болями в області серця, шлунку, м'язів, зниженням енергії.
- Поведінкові прояви відзначаються уникненням спілкування (висловленням небажання спілкування з іншими людьми, схильністю до самотності), відмовою від розваг, зловживанням алкоголем і психоактивними речовинами, завдяки яким людина може тимчасово розслабитися.
- Психічні прояви характеризуються труднощами у прийнятті рішень, труднощами із зосередженням, переважанням негативних, похмурих думок про

себе, низькою самооцінкою, суїцидальними думками (при важкій депресії), думками про непотрібність, нікчемність себе в суспільстві, повільністю мислення [7, с. 163-172].

Науковцями встановлено, що до депресивних розладів відносяться (див. рис. 1.2).



Рис. 1.2 - Вміст депресивних розладів

Депресія буває різних ступенів (див. рис. 1.3).

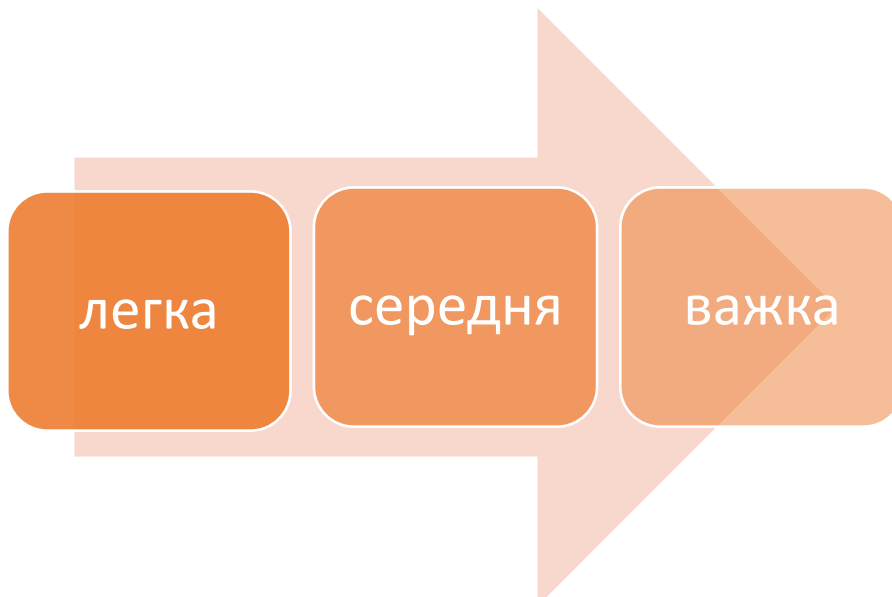


Рис.1.3 - Ступені депресії

Слід додати, що появі депресії передуює ряд симптомів, які поділяються на первинні та вторинні. Основні симптоми депресії є характерними для кожної

людини, яка страждає від депресії будь-якого ступеня. Натомість додаткові симптоми надають доповнення, малюють картину захворювання. Проте, деякі симптоми можуть бути яскраво вираженими, а інші – навіть не спостерігатися.

Відповідно до сучасної класифікації МКХ-10 основними критеріями депресивного епізоду є (див. рис. 1.4) [8]:

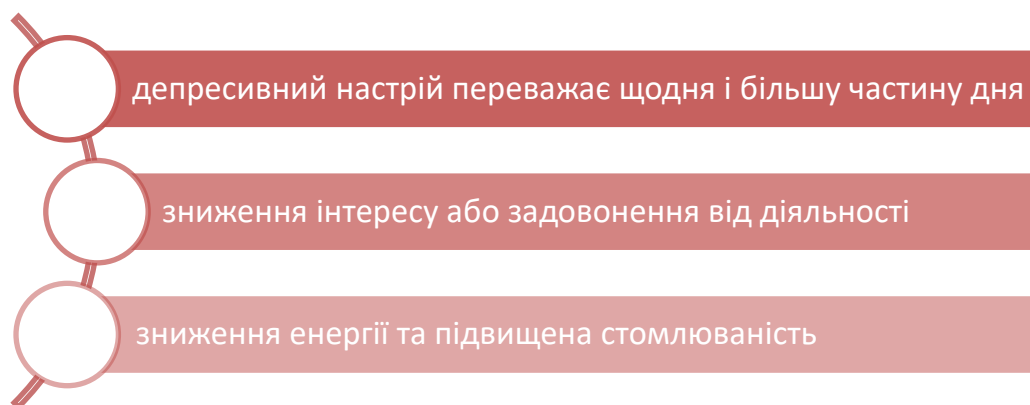


Рис. 1.4 – Критерії депресивного епізоду

Слід відзначити наявність таких додаткових функцій (див. рис. 1.5)

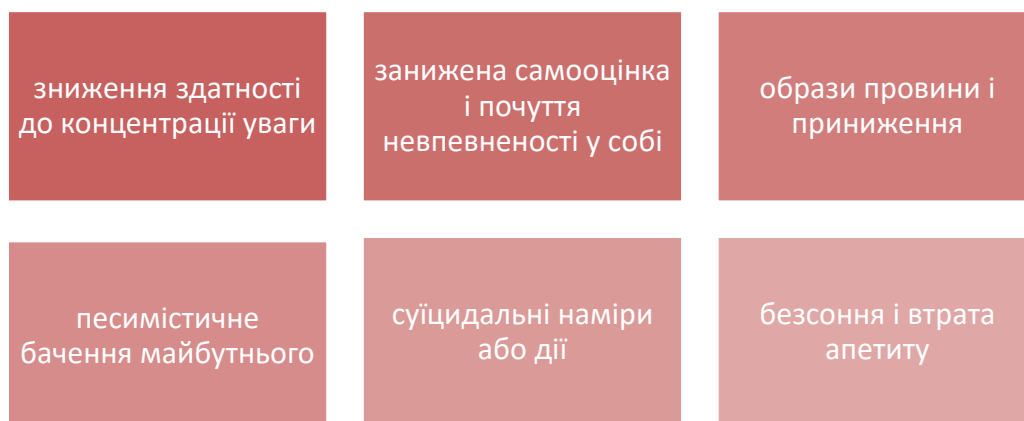


Рис. 1.5 – Додаткові функції депресії

Медична точка зору полягає у тому, що основа депресії – ендогенна, яка відзначається певними порушеннями у механізмах нейротрансмісії (особливо серотоніну, норадреналіну та дофаміну) [9, с. 50-52].

Слід зауважити, що Н. Пасічняк, Н. Матейко вважають, що емоційні прояви депресії виявляються у:

- меланхолії, стражданні, пригніченому настрої, відчаї;
- страху, відчутті внутрішньої напруги, передчутті труднощів;
- підвищеною дратівливістю;
- почутті провини, частому самозвинуваченні;
- незадоволенні собою, низькою самооцінкою;
- втратою здатності отримувати задоволення від діяльності, яка раніше приносила задоволення;
- втраті інтересу до навколишнього світу;
- побоюванні за здоров'я та життя близьких.

Серед фізіологічних проявів слід відзначити такі, що проявляються у:

- порушенні сну;
- зміні апетиту (втраті або посиленні);
- порушенні моторики кишківника;
- зниженні лібідо;
- підвищеною стомлюваністю;
- болях і різних нездужаннях в організмі.

Поведінкові прояви депресії виявляються у:

- пасивності, утрудненні цілеспрямованої діяльності;
- уникненні соціальних контактів, відмові від розваг;
- алкоголізмі і наркоманії, які дають тимчасове полегшення.

Психічні прояви депресії виявляються у:

- труднощах з концентрацією уваги;
- труднощах з прийняттям рішень;
- переважанню негативних думок про себе, своє життя, про світ в цілому;
- песимістичному баченні майбутнього без перспективи;
- думках про безглуздість життя;
- суїцидальних думках (у важких випадках депресії);

- думках про власну непотрібність, нікчемність, безпорадність;
- уповільненому мисленні [10, с. 27-31].

Аналізуючи позиції вітчизняних науковців з приводу характеристики депресії, слід навести думку Д. Зубцова, котрий серед найчастіших симптомів депресії визначив ті, що виявляються у смутку і відчутті безнадії; порушенні сну і апетиту; млявому мисленні або зниженні концентрації; втраті інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення; думках про самогубство і смерть; неспокої і дратівливості; низькій самооцінці або почутті провини; втомі, слабкості; хронічному білі, який не лікується традиційним способом [11, с. 77-81].

Ознаки депресії визначив науковець О. Тімченко, який також акцентує увагу на почутті неповноцінності, непотрібності та втраті самоповаги; нездатності адекватного реагування на похвалу; песимістичному ставленні до майбутнього, негативному сприйнятті минулого; млявістю, хронічною втомою, сповільненістю рухів і мови; зниженні ефективності або продуктивності в роботі та житті [12, с. 113].

На думку Е. Блейєра, ознаками класичної депресії є: гіпотимія, дистимія, уповільнене мислення і рухова недостатність, натомість І. Лехман серед характерних ознак депресії відзначив втрату здатності насолодження, втрату інтересів і зниження працездатності [13, с. 95].

Вченими Л. Борисенко, Л. Корват вважають, що депресивний стан, у якому перебуває людина, може різної глибини та тяжкості. Зовні депресивна людина здається якоюсь млявою і пасивною, з особливим виразом очей, у яких порожнеча і відстороненість. Депресія діагностується у людей, які мають ознаки депресії щонайменше впродовж двох тижнів [14, с. 53-65].

Н. Пасічняк, Н. Матейко розглядають депресію не лише емоційним розладом, а й різновидом когнітивного стану, коли під впливом психотравмуючих факторів спостерігається виникнення дисфункціональної схеми та активація «когнітивної тріади депресії» [115, с. 27-31; 16, с. 56].

Психологом Д. Хеллом описано використання компонентів депресивної поведінки. Він зазначає, що у поведінці людини, яка перебуває у стані депресії, спочатку відчувається заклик про допомогу, її стан відчаю і безпорадності породжують у близьких співчуття і бажання допомогти. Проте, поступово скарги людини з депресією оточуючими сприймаються невдоволено, вони починають ставитися до них з ворожістю, адже дратівлива і нестримана поведінка сприяє появі відчуженості у близьких людей, а також у тих, хто найбільше з нею контактує та спілкується.

Це означає, що такі складові депресивної поведінки як привабливість, ворожість і відчуженість формують в інших протилежні почуття, як наприклад співчуття, роздратування та бажання уникнути спілкування. У деяких випадках таке протистояння почуттів блокують одне одного, залишаючи відчуття безпорадності та порожнечі. Отже, дослідження депресивної поведінки вказує на те, що депресія є не лише проблемою її носія, вона пускає глибоке коріння в міжособистісні стосунки людини, а також приносить страждання близьким [17, с. 17].

Психологами Д. Майерсом, Д. Хеллом, П. Левінсоном та ін. зазначено, що депресія також породжує негативні зміни когнітивної сфери особистості. Зокрема, депресивний настрій формує негативне мислення, песимістичн світосприйняття та самосприйняття. Зокрема, Д. Хелл пропонує розглядати депресію захисним механізмом [17, с. 18].

Психологи висловили думку щодо факторів, що сприяють депресії, одним із яких визначено непослідовність підкріплень (винагороди та покарань). Людиною в такій ситуації втрачено здатність розуміння схеми підкріплення. Тобто для синдрому депресії характерним є відчуття безпорадності і безнадії. П. Левінсон вважає, що депресія виникнення депресії у людей відбувається внаслідок відсутності позитивного підкріплення поведінки, яку вони сприймають.

Вченим С. Пфайфером виділено низку чинників, які впливають на виникнення депресії у сучасної людини, які полягають у: захворюванні серця;

важких хронічних захворюваннях (діабеті, раку, псоріазі, хронічному білі); проблемах в шлюбі (зраді, сексуальній дисгармонії); вживанні алкоголю або наркотиків; прийомах ліків, які сприяють виникненню депресії (вживанні стероїдів, знеболюючих); стресових ситуаціях в житті (зміні або втраті роботи, смерті близької людини); соціальному стресі; залежності або співзалежності від інших людей; певному фізіологічному стані (анемії, дисфункції щитовидної залози); процесі старіння або деменції, психічних розладах, які заважають повсякденному життю; недавньому серйозному захворюванні або операції; перенесенні сексуального або фізичного насильства в дитинстві; постійній тривожності або патологічній тривожності; розладі харчової поведінки або тривожному синдромі [18, с. 113-115].

Дослідник депресії О. Бек, який розробив методику для її дослідження, наполягав на тому, що до депресивних проявів може призвести депресивне мислення. У свою чергу, до депресивних проявів входять такі компоненти:

- негативне ставлення до себе;
- негативний життєвий досвід;
- песимістичний погляд на майбутнє [19, с. 61-90].

Таким чином, визначивши головні детермінанти депресії, можемо стверджувати, що одна з основних полягає у невідповідності особистості через зміни в соціальному середовищі. Якщо відбувається зміна середовища, особливо соціального, внаслідок чого раніше підкріплені реакції більше не підкріплюються, то відбувається їх зникнення, і в той же час може відбутися виникнення депресії в результаті втрати позитивного підкріплення.

Отже, з вище викладеного можемо зробити висновок, що депресія є психічним розладом, для якого характерною є депресивна тріада: зниження настрою, втрата здатності відчувати задоволення (ангедонія), розлад мислення. Це психічний розлад, хворобливе посилення почуття страждання, горя і печалі. Дані фактори підтверджують визначення, що симптоми депресії охоплюють п'ять функціональних областей: емоційну, мотиваційну, поведінкову, когнітивну та фізичну.

1.2 Психологічні особливості пацієнтів із післяопераційною депресією

В сучасний період значна кількість осіб мають різні захворювання, лікування яких вимагає хірургічного оперативного втручання. Це складний період у житті людини як на фізичному, так і на психологічному рівні. Відновлення організму після оперативного втручання потребує значних фізичних зусиль, прийому медикаментів. Проте, відновлення психологічного стану потребує неменших зусиль [20].

Пацієнти можуть мати психологічні проблеми у післяопераційний період з різних причин. Одна з них - стрес і тривога, пов'язані із самою операцією та можливими ускладненнями. Також пацієнти можуть відчувати страх перед майбутніми змінами у житті після операції, а також відчуття безпорадності через обмежену фізичну активність під час реабілітації. Важливо пам'ятати, що психологічна підтримка та турбота про емоційний стан також є важливою частиною процесу зцілення.

Наявність у пацієнтів у післяопераційний період негативних психічних станів призводить до появи депресивного стану, який називають післяопераційною депресією. Психічні стани є характеристикою своєрідності різних психічних процесів та поєднані з однією з трьох головних форм, у яких може проявлятися психічна діяльність, поруч із процесами психіки та її властивостями [21, с. 209].

Доцільно зазначити, що психічний стан є тимчасовим відображенням особистістю певної ситуації, для якого характерним є своєрідність психічної діяльності, що знаходиться у нерозривному взаємозв'язку з психічними процесами і властивостями особистості, а його прояви поєднані з переживаннями та поведінкою і мають певну тривалість за часом [22, с. 540].

Вченим Корольчуком М. С. психічний стан розглядався цілісною характеристикою психічної діяльності, яка є відбиттям моменту стійкості та специфічності в перебігу психічних процесів, формою реагування, та

відображенням ставлення особистості до власних психічних явищ у визначений момент часу за певних умов [23, с. 122].

Проблема дослідження психічних станів є важливим аспектом у психологічній науці, оскільки успіх будь-якої діяльності прямо залежить від психічних станів особистості, яка її здійснює. Цей феномен є складним, що підтверджується визначення поняття «психологія» – науки про психічні стани людини.

Дослідниками психічних станів особистості виділено такі психічні дії, названі емоцією, волею, відчуттям, сприйняттям, пам'яттю, спрямовані на отримання, переробку та зберігання інформації [24, с. 346].

Психічні стани характеризуються певними особливостями: цілісністю, рухливістю, відносною стійкістю, їх прямим взаємозв'язком з психічними процесами та властивостями, їх індивідуальною своєрідністю і типовістю. Палітра психічних станів дуже широка, а також вони є полярними. Психічні стани відносять до певної сфери психіки - емоційної, вольової, пізнавальної, проте позначають певну психічну діяльність за конкретний проміжок часу.

Вчені встановили, що психічні стани перебувають у прямому тісному взаємозв'язку із психічними процесами й властивостями особистості, що є свідченням місця, де вони знаходяться у структурі психіки особистості - між психічними процесами (пам'ять, мислення, воля, увага) й властивостями (темперамент, характер). Наступною (четвертою) особливістю психічних станів є їх своєрідність і типовість. Різноманітність – це п'ята особливість психічних станів. Полярність – наступна особливість психічних станів, що означає можливість протиставлення кожному психічному стану полярно протилежного, наприклад, активність – пасивність, рішучість – нерішучість, надія – безнадійність [25, с. 249].

Депресивний стан, на думку дослідників даного явища Л. Борисенко, І. Радули, Д. Зубцової, є особистісною якістю, що виникає внаслідок гострого, хронічно повторюваного переживання депресії, психологічною природою якої є схильність особистості до депресивних станів [25, с. 163-172; 11, с. 77-81]. Тож

можемо стверджувати, що лише ті пацієнти набувають стану післяопераційної депресії, які мають схильність до депресивних станів.

Маємо за доцільне вказати на такий прояв негативних психічних станів у пацієнтів у післяопераційний період як страх та безпорадність, які призводять до депресії. Певний час страх виступає мотиватором та спонукає до пошуку способу виходу з кризової ситуації. Якщо знайдеться можливість втечі від страху (захисна реакція), страх зменшується, і організм досить спокійно йде на втечу чи уникнення. Проте, з продовженням травматичної ситуації, її неконтрольованістю, страх є дезадаптивним. Це призводить до витрачання великої кількості енергії, яка не має ніякого результату.

Науковець М. Селігман стверджував, що, коли організм усвідомлює неконтрольованість ситуації, він припиняє свої пошуки втечі. Одночасно страх замінюється депресією. Базуючись на проведених дослідженнях, основоположник теорії М. Селігман визначав безпорадність як психічний стан, що виникає внаслідок неприємних неконтрольованих обставин, (слід зауважити, що формування безпорадності можливо і при неконтрольованих хороших подіях), і проявляється у специфічних дефіцитах, що є структурними компонентами безпорадності, а саме:

- когнітивним, які проявляються у нездатності сприйняття сприятливих можливостей для контрольованості результатів;
- емоційним, який проявляється у зневірі, зниженій самоповазі, пригніченому та депресивному стані, тривожності через відсутності результату;
- мотиваційним, який проявляється через зменшення спроб активного втручання в ситуацію: низька ініціативність та наполегливість, відмова від дій [26, с. 37-45; 28, с. 18].

Маємо за доцільне розкрити сутність поняття «безпорадність». Це стан втрати людиною віри у себе, своєї здатності впливати на події, що відбуваються навколо, і набувається пасивності навіть у випадку можливості зміни ситуації. Це не просто відсутність активності – супровідником безпорадності є втрата

мотивації, посилення негативних емоцій, таких як тривога та депресія, а також труднощі у сприйнятті того, що власні дії можуть змінити ситуацію [27].

Охарактеризуємо деякі найбільш типові негативні психічні стани, які притаманні пацієнтам із післяопераційною депресією. Стан надії, який спостерігався у пацієнтів до оперативного втручання, у стані післяопераційної депресії переростає у безнадійність і приреченість. Головною метою процесу лікування є одужання, проте це тривалий період, по закінченні якого повне одужання може і не відбутися, тому пацієнти втрачають надію на краще майбутнє. Перебуваючи у стані безнадійності та приреченості, люди іноді втрачають бажання продовжувати життя та замислюються над вчиненням суїциду. Безнадійність і приреченість є результатом втрати людиною перспектив і цілей життя [29, с. 127]. Стани безнадійності і приреченості мають гострі прояви у пацієнтів із післяопераційною депресією.

В стані безнадійності і приреченості пацієнти втрачають здатність реагування на будь-які дії з боку персоналу медичних закладів чи близьких, або реакція на них є неадекватною. Даний стан характеризується пригніченням усіх психічних функцій, таких як мислення, уява, пам'ять і т. ін.. Пацієнти відчують безвихідну тугу, у них ослаблюється функція волі. Характерною особливістю психіки багатьох пацієнтів є швидкий перехід від стану надії, упевненості в своєму майбутньому до стану повної безнадійності, відчаю, безперспективності і безцільності життя [30, с. 188-193].

Перебуваючи у стані безнадійності, у деяких пацієнтів із післяопераційною депресією може проявлятися особливий вид непримиренної агресивності, що може виражатися в нападі на обслуговуючий персонал: лікарів, медсестер, або на близьких.

Характеризуючи типові психічні стани пацієнтів із післяопераційною депресією, слід вказати на стан апатії. Апатія відноситься до станів що породжує пасивність [31, с. 42-44]. Як і нудьга, апатія виражається у відчутті незадоволеності і переживається як обтяжливий стан. Проте слід бачити істотну відмінність між апатією і нудьгою. Апатія являється станом байдужості, який

може виражатися загальною млявістю. Після перезбуджування напруга спадає, відчувається загальна слабкість, що і є виразом апатії. Стан апатії викликає у пацієнтів із післяопераційною депресією байдужість до всього, що їх оточує. Стан апатії у пацієнтів може підсилюватися та ускладнюватися. В стані апатії відбувається параліч пізнавальної діяльності. З такими пацієнтами важко спілкуватися, проводити лікувальні заходи та використовувати методи психологічної допомоги.

Психічні стани, як правило, не виступають ізольовано. Переважно у пацієнтів із післяопераційною депресією вони мають комплексний характер. При цьому в певний момент пацієнт перебуває в одному яскраво вираженому стані, що підпорядковує собі інші і що одночасно зазнає їх зворотного впливу. Так на загальному фоні стану очікування може часом виявлятися туга, тривога; або на тлі туги - стан нетерпіння, апатії і т. ін. [32, с. 75].

Отже, психічні стани суттєво впливають на особистість, на протікання всіх психічних процесів і прояв особистих властивостей пацієнтів у післяопераційний період. По перше, психічні стани зумовлені фактом захворювання, тому вносять істотні корективи до сприйняття людини. Так, стан очікування повного виліковування спотворює сприйняття часу: пацієнту здається, що час проходить дуже повільно. Психічні стани певним чином впливають на об'єктивність сприйняття навколишніх явищ, подій, фактів. Так наприклад, стан приреченості і відчаю формує крайній песимізм.

Негативні психічні стани впливають на різні фізіологічні процеси особистості [33, с. 59-63]. Наприклад, апатія та нудьга істотно притупляють пам'ять, з'являється млявість думки, нав'язливість уяви. Пацієнти у такому стані нездатні зосередити увагу. Стан очікування зумовлює виникнення почуття роздратування і відчаю, особливо коли надія на повне виліковування не виправдалася.

Стани очікування, туги, невиправданої надії сприяють виникненню афектів і цілих афектних комплексів. Перебуваючи у стані очікування, нетерпіння, тривоги, туги спостерігається порушення сну людини. Коли у

людини безсоння, створюється відчуття розтягування ночі, відбувається психологічне й фізичне виснаження людини, внаслідок чого вона робиться дратівливою, замкнутою, розлюченою.

Зміни фізичного стану особистості, які відбулися через оперативне втручання, негативно впливають на психологічний стан кожного, хто переніс хірургічну операцію. Проте, найбільше піддаються негативному впливу вказаної кризової ситуації особи, захворювання яких дуже серйозне, як наприклад онкологічне, а також ті, які втратили функціональні можливості організму, як наприклад втрата частини тіла. Оперативне втручання внесло певні корективи у життя кожного пацієнта. Особливо гостро серед пацієнтів в післяопераційний період постає питання, пов'язане із втратою сенсу життя.

Психологічна література сенс життя визначає феноменом, який сприяє забезпеченню нормального і продуктивного життя людини, за умови втрати якого можуть настати трагічні наслідки. Віднайдення сенсу життя В. Франклом розглядається покликанням, а не пізнанням. Він вважав це явищем, доступним для будь-якої людини, на яке не впливає стать, вік, інтелект, освіта, характер, середовище, релігійність або віросповідання [34, с. 99].

Психотерапевт Дж. Б'юдженталь висловив думку про власноручне конструювання людиною смислів (meanings) подій, які супроводжують її вповодж життя, виходячи з того, ким вона є і як відбувається включення до її системи життєдіяльності об'єктів навколишньої дійсності [35, с. 218].

Маємо навести визначення сенсу життя науковцем С. Мадді, який вбачає сенс життя людини вродженою її потребою, а також виділяє ряд загальних груп потреб людини: фізіологічні, соціальні і психологічні [36, с. 138].

Сенс життя можна представити процесом, спрямованим на повну інтеграцію і координацію мотиваційної сфери особистості, в основі якої у якій де функціональну основу виконує смислова сфера, що є сукупність смислових утворень і зв'язків між ними, що забезпечує смислову регуляцію цілісної життєдіяльності суб'єкта у всіх її аспектах. Отже, пошук сенсу життя - одна з найважливіших функцій самосвідомості особистості.

Зазначимо, що форми прояві депресії можуть бути різноманітними, проте, незалежно від причини і способу виникнення, її наслідки завжди негативні, як на психічному, так і на соматичному рівні. За останнє десятиліття кількість хворих на це захворювання має тенденцію до стрімкого зростання, тому актуальною стає проблема виявлення симптомів цього захворювання у людей різного віку [37, с. 28].

В сучасних умовах перед психологічною наукою в цілому, і практичною психологією зокрема, постало нагальне питання розкриття механізмів розвитку депресивних станів у людей та надання їм психологічної допомоги, метою чого є зменшити вплив психотравмуючих ситуацій та покращити стан їх психічного здоров'я.

Доречно зауважити на таких видах депресії, які можуть проявлятися у пацієнтів у післяопераційний період (див. рис. 1.6):



Рис. 1.6 – Види депресії пацієнтів

Зважаючи на те, що для депресії характерним є розвиток депресивного стану, основний зміст його визначається травмуючою ситуацією, якою у

даному випадку виступає оперативне хірургічне втручання. Людям притаманно звинувачувати у негативних ситуаціях збіг обставин і долю, також вони схильні її драматизувати. Незважаючи на те, що стан здоров'я у післяопераційний період викликає занепокоєння у лікарів, проте в подальшому при депресії з'являється все більше ендогенних ознак із фізичними проявами.

Пацієнти із післяопераційною депресією відчують наявність «душевного болю», разом з тим у них виникають елементи рухової загальмованості. У хворих зникає легкість, пластичність рухів і утрудненість виконання седативних операцій (хоча іноді поясненням хворими даного явища є забудькуватість). Через деякий час тема, що стосується психотравмуючих переживань, вже стає не актуальною. А висловлювання пацієнтів починають набувати депресивних ідей самозвинувачення, що обумовлює вираження типових для ендогенної депресії добових змін самопочуття з поліпшенням настрою до вечора та явними соматовегетативними ознаками депресії. Фахівці вказують на довшу тривалість ендореактивної депресії, ніж реактивної - в середньому близько півроку [37, с. 30].

Характеризуючи клінічну картину типової ендогенної депресії, фахівці відзначають вітальний меланхолійний афект, за наявності якого відбуваються відповідні зміни моторної сфери. У пацієнтів спостерігаються труднощі із засвоєнням нової інформації, вони не в змозі концентрувати увагу, відчують порожнечу в голові. Також відзначається повільність рухів, пацієнти сповнені ідеями самознищення та самозвинувачення. Спостерігаються також наявність соматичних проявів депресії, за якими людина втрачає апетит, худне. Такі депресії характеризуються наявним для ендогенних депресій добового ритму, коли у другій половині дня психічний стан значно поліпшується. Середня тривалість ендогенної депресії становить близько п'яти місяців [38].

Зазвичай молоді особи можуть швидше справлятися із депресією. Тоді як особи літнього віку, особливо за наявності тяжких та хронічних захворювань дуже повільно та з ускладненнями виходять із даного негативного психічного

стану. Слід вказати на такі ознаки прояву післяопераційної депресії (див. рис. 1.7):

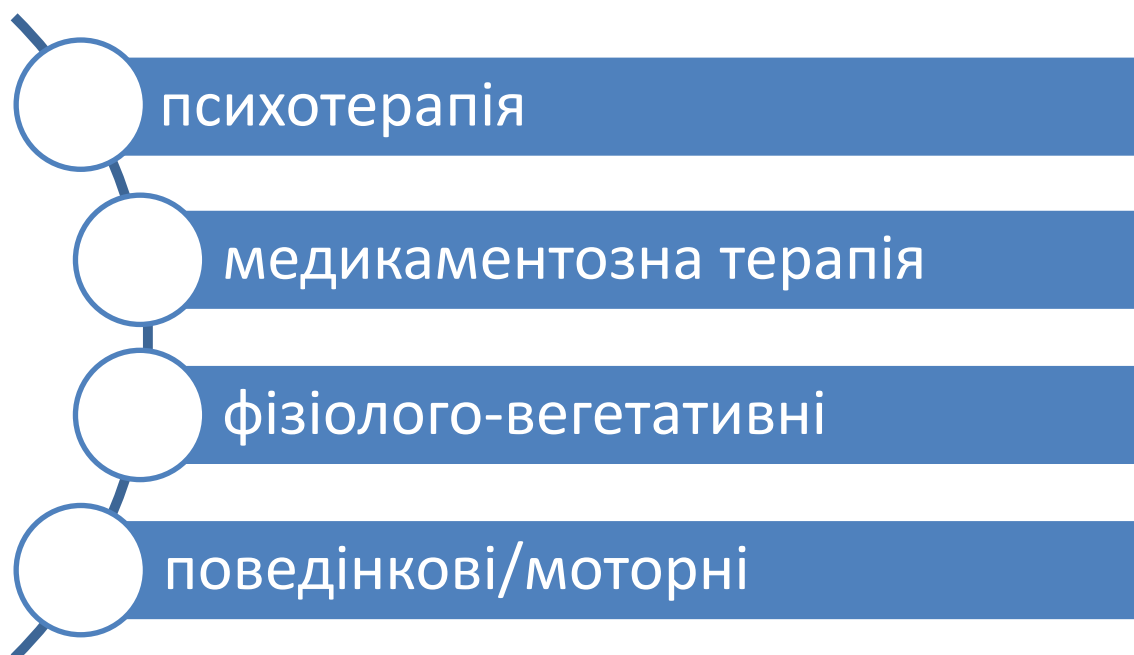


Рис. 1.7 – Ознаки прояву післяопераційної депресії

Характеризуючи вказані прояви післяопераційної депресії, зазначимо:

- емоційні відзначаються загальною депресією, появою почуття тривоги, провини, смутку, відчаю, підвищеною дратівливістю, відчуттям порожнечі і повної апатії;
- когнітивні відзначаються у тривалій рефлексії, компульсивному негативному мисленні, песимізмі, невпевненості у собі, суїцидальних думках, зниженні концентрації, проблемах з пам'яттю, гальмуванні процесів мислення;
- фізіолого-вегетативні виявляються у значних енергетичних витратах, постійній втомі, в'яненні, дисфункціональних розладах сну, втраті апетиту і ваги, зниженні лібідо, внутрішній напрузі і збудженні, чутливості до змін погоди, розладах систем, що виявляються на вегетативному рівні (розладах шлунково-кишкового тракту, головному болі, нудоті та ін.);
- поведінкові/моторні проявляються в уповільненні мови та моторики, зниженні рівня загальної активності, постійному приховуванні очей, уникненні

зорового контакту, імпотенції, неспокої, постійному сумі, плаксивості або відсутності виразу обличчя [39, с. 214].

З огляду на вище зазначене, зауважимо, що перебуваючи у стані депресії, деякі пацієнти у післяопераційний період мають емоційні, фізіолого-вегетативні, когнітивні та поведінкові прояви, втрачають мотивацію жити далі та будувати плани на майбутнє.

1.3. Напрямки роботи психолога із пацієнтами із післяопераційною депресією

Пацієнти з післяопераційною депресією можуть відчувати певний ступінь втрати контролю над ситуацією, що може підвищити їхню вразливість та страхи. Це може бути пов'язано зі стресом, що супроводжує операцію та реабілітацію. Важливо підтримувати таких пацієнтів під час їхнього одужання, надавати їм підтримку та розуміння. Також, варто враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта та враховувати їх у процесі лікування депресії.

Пацієнти з післяопераційною депресією потребують втручання з боку фахівців з метою психологічної допомоги та виведення із стану депресії. Специфіка діяльності психолога-практика відбувається у певних умовах і передбачає вплив на психіку негативних стрес-факторів професійного середовища, які носять довгостроковий характер, що в свою чергу відбивається на погіршенні функціональних можливостей [40, с. 241].

Робота психологів-практиків – унікальна та дуже відповідальна, тому що орієнтована на допомогу особистості у вирішенні її психологічних проблем, зокрема, доволі часто клієнти, які справді потребують допомоги фахівця, чинять опір допомозі, який може проявлятися у грубій формі спілкування, а іноді і агресивній і ін. Тож, працюючи з клієнтами, психологи-практики можуть відчувати певний професійний стрес, тому мають володіти певними навичками та кваліфікацією, що сприятиме ефективній співпраці з пацієнтами із післяопераційною депресією.

Дуже важливо дотримуватися конкретних умов, які сприятимуть подоланню депресії у пацієнтів у післяопераційний період. Такі умови можуть бути пов'язаними із чинниками, які обумовлюють появу депресії, а саме:

- створення пацієнту із післяопераційною депресією психофізіологічних умов, комфортних для перебування як у медичному закладі, так і вдома;
- формування психологом доброзичливого ставлення пацієнтів із післяопераційною депресією до оточуючих, взаємної підтримки під час перебування як у медичному закладі, так і вдома;
- підтримання атмосфери, яка надає пацієнту із післяопераційною депресією у тому, що його приймають та захищають незалежно від того, які функціональні зміни з ним відбулися внаслідок оперативного втручання;
- розширення взаємної довіри між пацієнтом та персоналом медичного закладу, членами родини та ін.;
- розвиток самостійності пацієнтів із післяопераційною депресією;
- розроблення мультидисциплінарною командою фахівців медичного закладу стратегії роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією;
- оволодіння здатністю чіткої постановки мети;
- формування пізнавальної діяльності щодо здатності до самоаналізу; розвитку власного «Я», самооцінки;
- створення можливостей оцінювання «Я – реального» та «Я – ідеального»;
- розширення здатності розуміння як власних потреб, так і інших;
- створення умов отримання навичок визначення причини депресії, розуміння психофізіологічних особливостей прояву;
- здатність контролю та подолання депресії та ін.

Це означає, що фахівець має сприяти створенню таких умов, що сприяють подоланню депресії у післяопераційний період, пов'язаних з причинами, які можуть її запустити. Важливо створити пацієнтам умови підтримки, психологічної адаптації, фізичного та душевного комфорту, а також належного догляду [41].

Слід зазначити, що загалом подолання депресії передбачає комплексний підхід, який включає такі складові (див. рис. 1.8):

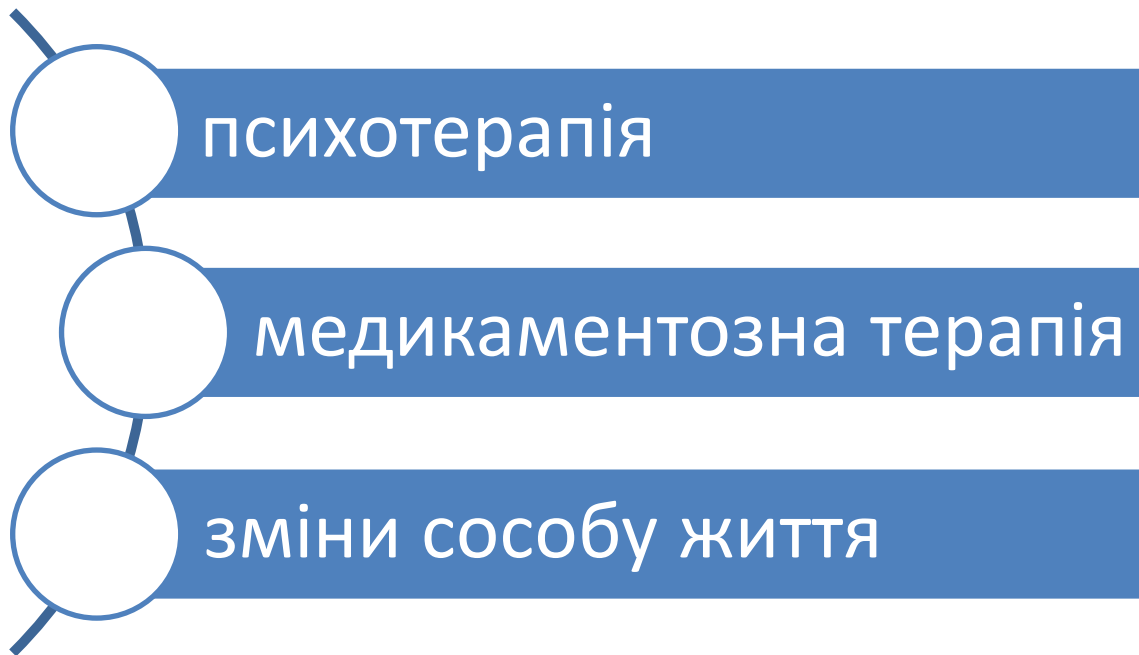


Рис. 1.8 – Складові подолання депресії

Головною умовою ефективності застосування вказаних складових є індивідуальний підхід до пацієнта. У діяльності психолога основними напрямками психотерапії є такі (див. рис. 1.9):

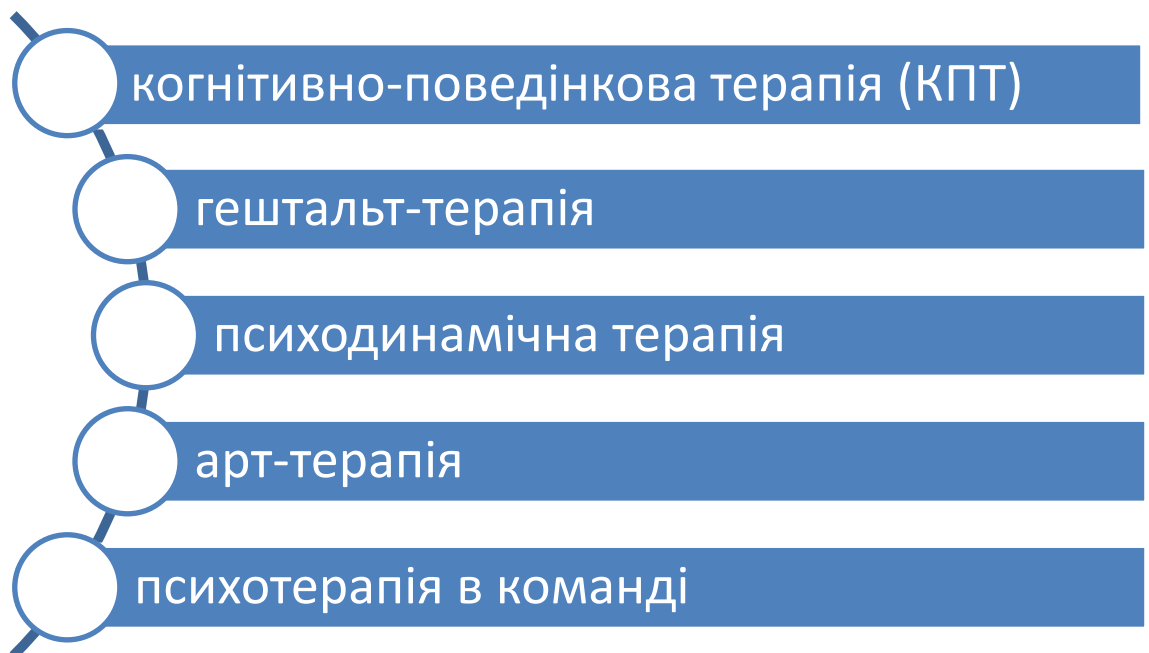


Рис. 1.9 – Методи психотерапії у подоланні депресії

Слід розкрити сутність поняття «психотерапія». Психологічна модель вказує на те, що психотерапія - це зцілення душею, метою якого є видужання від психічних розладів, це допомога, яка супроводжує процес становлення свідомості і особистості, під час якої психотерапевтом виконується роль супутника хворого, його друга і наставника [42, с. 20].

У рамках проведення психотерапії фахівцями рекомендовано використання когнітивно-поведінкової терапії, гештальт-терапії, психодинамічної терапії, арт-терапії, психотерапії у команді.

Когнітивно-поведінкова модель терапії є нині є методом психотерапії, який використовується для подолання депресії. В основі КПТ знаходиться положення щодо впливу мислення людини на її емоційний стан, поведінку та соматичні порушення. Сутність даного методу полягає у тому, аби виявити та здійснити корекцію у пацієнтів із післяопераційною депресією ірраціональних стратегій мислення, а також надати допомогу у тому, аби сприяти формуванню більш адаптивної моделі поведінки.

Головне завдання психолога полягає у тому, аби надати можливості пацієнту зрозуміти причини депресії, створити позитивні уявлення про себе та свої ресурси, допомогти сформуванню оптимістичний прогноз на майбутнє [43].

Результатом застосування методів когнітивної психотерапії у роботі з пацієнтами із післяопераційною депресією є чітке усвідомлення клієнтом, що його власні зусилля відіграють найважливішу роль у набутті нормального стану, можливості впливу на власні емоції і настрій.

Наступним основним методом серед методів психокорекції емоційних станів пацієнтів із післяопераційною депресією є метод арт-терапії [44, с. 700-711].

Даний метод є важливим, надійним та доступним для кожної людини, оскільки його використання не має обмежень за будь-яким із критеріїв. Пацієнт із післяопераційною депресією, щодо якого психологом застосовується метод арт-терапії, не потребує наявності спеціальних здібностей і навичок. Арт-терапія виконує роль мобілізатора творчого потенціалу людини та запуску

механізму, який сприятиме психічному самозціленню і відновленню процесів саморегуляції, що обумовлено здатністю даного методу завдяки позитивному наповненню здійснювати зміни світогляду людини.

Фахівцями у роботі з пацієнтами із післяопераційної депресії використовуються різні методи (див. рис. 1.10) [45, с. 114-119]:



Рис. 1.10 - Техніки арттерапії

Вченими встановлено, що зайняття творчістю завдяки створенню художніх образів сприяє взаємодії свідомого і несвідомого у пацієнтів. Сам процес творчості надає пацієнтам відчувати задоволення, навчитися більш довільному і спонтанному вираженню своїх переживань. Мистецтво допомагає трансформувати витіснену та неусвідомлену проблему у формі малюнку, фігури, скульптури, картини й інших художніх творів, вивести її назовні, здійснити аналіз та знайти шляхи її вирішення [46, с. 40-47].

Характеризуючи психодинамічний підхід у роботі психолога із пацієнтами із післяопераційною депресією, слід вказати на його значущість з огляду на сучасну форму психоаналітичної теорії, заснованої на класичному психоаналізі З. Фрейда. Проте, її відмінність полягає у більшій гнучкості, меншій тривалості та адаптивності до різних психологічних проблем.

Психодинамічний підхід має свої переваги у роботі з пацієнтами із післяопераційною депресією, які полягають у:

- глибокому розумінні особистості, що вбачається у допомозі пацієнтам із післяопераційною депресією надати кращого розуміння своїх внутрішніх процесів, конфліктів й несвідомих мотивів, що сприяє досягненню глибшого самопізнання;
- зосередженості на довготривалих змінах, що передбачає тривале збереження досягнутих у ході терапії змін поведінки пацієнта пацієнтам із післяопераційною депресією;
- гнучкості, що передбачає можливість адаптування підходу до індивідуальних потреб пацієнтів із післяопераційною депресією;
- покращенні міжособистісних відносин, що передбачає надання допомоги пацієнтам із післяопераційною депресією у кращому розумінні й покращенні своїх стосунків з іншими людьми [47].

Гештальттерапія може бути дуже корисною у роботі психолога з пацієнтами із післяопераційною депресією. Цей підхід допомагає людям зосередитися на цілісному відчутті самого себе і своїх думок, емоцій та поведінки. Шляхом праці над гештальтами – образами або відчуттями, які виникають у теперішньому моменті – пацієнт може покращити своє самопізнання та зв'язок зі своїми почуттями. Розуміння гештальтами своїх стосунків та взаємодій може допомогти пацієнтові краще розуміти причини своєї депресії та знаходити шляхи подолання цього стану. В роботі з депресією гештальттерапія може бути ефективною доповнюючою терапією, що допомагає клієнту зрозуміти і прийняти свої почуття та відчуття у повний розмір.

Основні принципи гештальт-терапії є відображенням її фундаментальних підходів у роботі з пацієнтами із післяопераційною депресією (див. рис. 1.11) [48]:

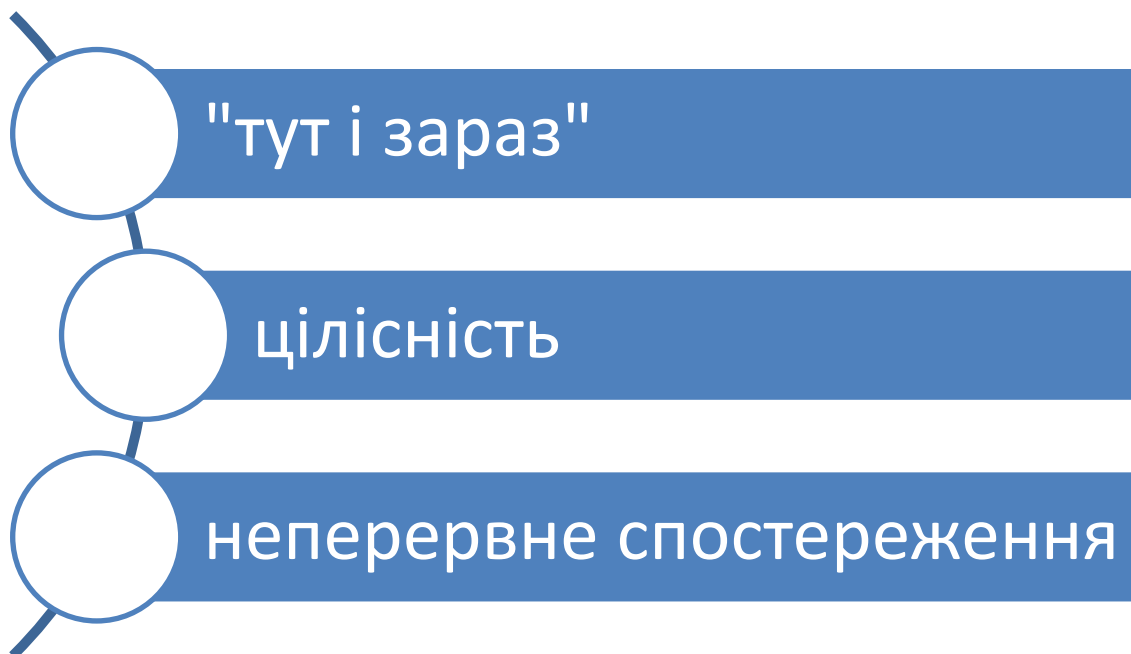


Рис. 1.11 – Принципи гештальт-терапії

Характеризуючи кожен з принципів гештальт-терапії, слід зауважити, що принцип «Тут і зараз» означає акцентування уваги на тому, що відбувається в даний момент, в «тут і зараз». Цей принцип сприяє глибокому відчуттю та розумінню того, що відбувається в поточний момент без суджень або аналізу минулого чи майбутнього. Гештальт терапевт стимулює клієнта зосередитися на своїх внутрішніх відчуттях, емоціях та досвіді, що може допомогти їм розробити більш повний образ самого себе.

Принцип цілісності в гештальт-терапії підкреслює важливість розгляду людини як цілісного, інтегрованого утворення, а не зосередження на окремих частинах або симптомах. Цей підхід вважає, що всі аспекти людини, включаючи її думки, почуття, поведінку та досвід, взаємопов'язані і повинні розглядатися в терапії разом. Зосереджуючись на теперішньому моменті та

досліджуючи досвід клієнта цілісно, гештальт-терапія має на меті допомогти людям розвинути самосвідомість, зрозуміти, як пов'язані їхні думки та емоції, і, зрештою, досягти особистісного зростання та інтеграції.

Принцип безперервного спостереження в гештальттерапії має на увазі постійну увагу до поточного досвіду клієнта без оцінки або інтерпретації. Це означає, що терапевт зосереджується на тому, що відбувається тут і зараз у рамках терапевтичної сесії, включно з вираженням міміки, рухів тіла, емоцій і слів. Шляхом безперервного спостереження терапевт може допомогти клієнту усвідомити свої думки, почуття і поведінку, що сприяє розвитку саморозуміння і зміні негативних патернів.

Наступним напрямком роботи психолога у роботі з пацієнтами із післяопераційною депресією є психотерапія в команді. Психотерапія в команді – це процес психологічної підтримки та співпраці між учасниками команди з метою покращення їхнього психічного стану, взаєморозуміння та досягнення спільних цілей. Це може включати індивідуальні консультації, групові сесії або тренування з комунікаційних навичок. Групова психотерапія може допомогти усунути конфлікти, покращити спілкування та підвищити ефективність співпраці у команді.

Групова терапія найбільше рекомендована пацієнтам із післяопераційною депресією. Програми групової терапії є важливим елементом лікування післяопераційної депресії. Групова терапія дозволяє пацієнтам обмінюватися досвідом, взаємодіяти з іншими людьми, які можуть переживати схожі проблеми, і отримувати підтримку від одне одного. Вона може сприяти поліпшенню настрою, зменшенню відчуття самотності та ізоляції, а також надати пацієнтам інструменти для копіngu з депресією.

Використання групової психотерапії сприяє створенню сприятливого середовища, у якому кожен пацієнт із післяопераційною депресією отримує можливість поділитися своїми думками, почуттями та досвідом з іншими людьми, які також перебувають у стані депресії. Пацієнти із післяопераційною депресією під час терапії усвідомлюють, що стан депресії – це не індивідуальна

проблема окремої особистості, а загальна людська складність. Членство в групі сприяє відчуттю себе як частини спільноти, де кожному учаснику надається підтримка та розуміння [49].

Доречно додати, що пацієнти із післяопераційною депресією у ході групової терапії отримують взаємну підтримку, що є створенням сприятливих умов для розвитку нових навичок та стратегій, які кожен учасник може використовувати для подолання депресії.

У груповій терапії для подолання депресії психолог може зосередитися на кількох ключових напрямках:

1. Створення атмосфери підтримки та розуміння в групі, щоб зменшити відчуття ізоляції та забезпечити відчуття приналежності.
2. Сприяння відкритому спілкуванню та обміну досвідом для розвитку емпатії та почуття спільності.
3. Навчання механізмам подолання та ефективним стратегіям вирішення проблем для управління депресивними симптомами та негативним мисленням.
4. Заохочення до активної участі в групових заходах і дискусіях для сприяння соціальній взаємодії та підвищення самооцінки.
5. Забезпечення психоосвіти щодо депресії, її причин та варіантів лікування для покращення розуміння та зменшення стигматизації.
6. Моніторинг прогресу та забезпечення зворотного зв'язку з учасниками групи для відстеження покращення та вирішення будь-яких проблем, які можуть виникнути.
7. Співпраця з іншими фахівцями та ресурсами у сфері психічного здоров'я для забезпечення цілісного та всебічного догляду за людьми в групі.

Це лише деякі з можливих напрямків роботи психолога в груповій терапії для подолання депресії. Важливо пам'ятати, що кожна людина є унікальною, і план лікування повинен бути адаптований до її конкретних потреб і досвіду.

Висновки до розділу 1

1. Депресія – це складне явище в психології, яке включає в себе почуття смутку, безнадії та відсутність інтересу до діяльності, яка колись приносила задоволення. Теоретичною та практичною психологією депресію розглядають з таких позицій: феноменом здорової психіки і феноменом психопатології людини. Депресія проявляється на емоційному, фізіологічному, поведінковому, психічному рівнях. Науковцями встановлено, що до депресивних розладів відносяться наявність депресивного епізоду; маніакальні або гіпоманіакальні епізоди в анамнезі. Депресія буває різних ступенів: легка, середня, важка. Додаткові функції депресії: зниження здатності до концентрації уваги; занижена самооцінка і почуття невпевненості; образи провини і приниження; песимістичне бачення майбутнього; суїцидальні наміри або дії; безсоння і втрата апетиту. До депресивних проявів входять такі компоненти: негативне ставлення до себе; негативний життєвий досвід; песимістичний погляд на майбутнє.

2. Пацієнти можуть мати психологічні проблеми у післяопераційний період з різних причин. Одна з них - стрес і тривога, пов'язані із самою операцією та можливими ускладненнями. Наявність у пацієнтів у післяопераційний період негативних психічних станів призводить до появи депресивного стану, який називають післяопераційною депресією. Психічні стани відносять до певної сфери психіки - емоційної, вольової, пізнавальної, проте позначають певну психічну діяльність за конкретний проміжок часу. Негативні психічні стани пацієнтів: безпорадність, безнадійність і приреченість; апатія; нудьга; очікування; туга; невиправдана надія. У післяопераційний період можуть проявлятися такі види депресії: психогенна, ендогенна, ажитована, резистентна. Ознаки прояву післяопераційної депресії: емоційні, когнітивні, фізіолого-вегетативні; поведінкові/моторні.

3. Напрямки роботи психолога з пацієнтами із післяопераційною депресією: створення психофізіологічних умов, комфортних для перебування

як у медичному закладі, так і вдома; формування доброзичливого ставлення; підтримання атмосфери прийняття та захисту; розширення взаємної довіри; розвиток самостійності; розроблення стратегії роботи; оволодіння здатністю постановки мети; формування пізнавальної діяльності; розширення здатності розуміння потреб; визначення причини депресії; здатність контролю та подолання депресії та ін. Складові подолання депресії: психотерапія; медикаментозна терапія; зміни способу життя. Основні напрямки психотерапії: КПТ, гештальт-терапія, психодинамічна терапія, арт-терапія, групова терапія. Принципи гештальттерапії: «тут і зараз»; цілісності; неперервного спостереження. Методи арттерапії: казкотерапія, ігротерапія, пісочна терапія, танцювальна терапія, кольоротерапія, драма терапія, музикотерапія, лялько терапія, фототерапія. Напрямки групової терапії: створення атмосфери підтримки; відкритого спілкування; навчання механізмам подолання депресії; заохочення до активності; забезпечення психоосвіти; моніторинг прогресу; співпраця.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ ПАЦІЄНТІВ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

2.1. Організація та етапи проведення експериментального дослідження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період

В сучасний період актуальності набуло питання психоемоційного стану осіб різної населення України, зокрема пацієнтів у післяопераційний період. Основною причиною даного феномену являється перебування в умовах після оперативного хірургічного втручання. Теоретично ми з'ясували, що для пацієнтів із післяопераційною депресією характерними є наявність ряду негативних психічних станів: безнадійність, безпорадність, невизначеність, апатія, зневіра, невиправдана надія. Тому доцільним є проведення експериментального дослідження психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Експеримент проводився на базі медичного центру «Аурум» (м. Київ, товариство з обмеженою відповідальністю). У дослідженні брали участь 20 осіб із післяопераційною депресією, з них 10 чоловіків і 10 жінок віком 35-40 років. Доцільність розподілу респондентів за статтю обумовлена наявністю різних проявів депресії у чоловіків та жінок.

Експериментальне дослідження являється спеціально організованим дослідженням, метою проведення якого є перевірка ефективності застосування корекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Депресія у пацієнтів після операційного втручання може залежати від кількох чинників. Серед них можуть бути фізична слабкість після операції, стрес, зміни в стані здоров'я, втома, біль або дискомфорт після операції, а також психологічний стан пацієнта та його ментальна стійкість. Важливо

надати пацієнту підтримку та професійну допомогу для покращення його психічного стану після операції.

Гіпотеза: рівень депресії пацієнтів у післяопераційний період залежить від рівня стресу, сформованого страхом за успішність лікування і за своє майбутнє.

За допомогою експерименту вирішувалися такі завдання:

- визначення рівня депресії пацієнтів із у післяопераційний період;
- визначення рівня стресу пацієнтів із післяопераційною депресією.
- визначення рівня стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією;
- підтвердження дієвості використання психокорекційної процедури для покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Експериментальне дослідження психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією може бути проведене за допомогою таких етапів:

I етап – проведення теоретичного аналізу науково-психологічних джерел щодо проблеми депресії пацієнтів у післяопераційний період та шляхів її подолання.

II етап – проведення констатувального експерименту. Констатувальний експеримент є початковим етапом дослідження, у його межах передбачено проведення психологічної діагностики пацієнтів із післяопераційною депресією [50, с. 170].

Підготовка до дослідження передбачає:

- Створення дослідницького плану, визначення цілей та об'єктів дослідження.
- Відбір учасників дослідження, урахування критеріїв включення та виключення.
- Отримання етичних дозволів для проведення дослідження.

Мета констатувального етапу дослідження: визначення рівня стресу на формування депресії пацієнтів у післяопераційний період.

Створення дослідницького плану передбачало вибір діагностичного матеріалу для проведення психологічної діагностики пацієнтів із післяопераційною депресією.

Досягнення мети констатувального етапу експерименту обумовило виконання таких завдань:

- Вибір методик експериментального дослідження.
- Проведення діагностики на визначення рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період.
- Проведення діагностики на визначення рівня стресу у пацієнтів із післяопераційною депресією.
- Проведення діагностики на виявлення стресостійкості у пацієнтів із післяопераційною депресією.
- Здійснення підрахунку отриманих даних за результатами діагностичних методик.
- Здійснення аналізу результатів констатувального етапу експерименту.

III етап – розробка програми психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. До програми включено арт-терапевтичні вправи як ефективний засіб подолання стресу як основного чинника формування депресії пацієнтів у післяопераційний період.

IV етап – формувальний експеримент. У ході експерименту було проведено повторну діагностику пацієнтів із післяопераційною депресією за методиками, що використовувалися на етапі констатувального експерименту.

Мета формувального експерименту – перевірка ефективності використання психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією

V етап - статистичний аналіз отриманих даних та порівняння отриманих результатів експериментального дослідження з метою визначення ефективності проведеної програми психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Такий підхід дозволить детально вивчити вплив післяопераційної депресії на психоемоційний стан пацієнтів та розробити ефективні стратегії психологічної підтримки.

2.2. Вибір методів і методик дослідження психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією

Під час виявлення рівня стресу на формування рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період було прийнято рішення досліджувати такі складові:

- рівень депресії пацієнтів у післяопераційний період;
- рівень стресу пацієнтів із післяопераційною депресією;
- рівень стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією.

Вважаємо, що рівень стресостійкості має місце у даному дослідженні, оскільки від нього залежить здатність подолання стресів, а значить і зниження рівня депресії. Отже, такі критерії дослідження є доцільними.

З метою реалізації сформульованих завдань були застосовані наступні методи: анкетування, тестування, спостереження. Також нами проведено статистичний аналіз отриманих даних для визначення рівня депресії та рівня стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією.

Таким чином, для проведення дослідження обрано наступні психодіагностичні методики:

1) Шкала безнадійності А. Бека [51]. Дана методика, яку ще називають шкалою депресії, запропонована А. Т. Беком у 1961 р. і розроблена на основі клінічних спостережень. Вона дає можливість виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш частих скарг, що пред'являються пацієнтами. Теоретичною основою даної методики є когнітивна теорія психічних процесів [52, с. 134]. Розробляючи цю шкалу, автори використали концепцію Stotland, яка розглядає безнадійність як певну систему когнітивних схем, спільною ознакою для яких є негативне забарвлення

очікування відносно найближчого та віддаленого майбутнього. Індивіди, які мають високий показник безнадійності, вірять в те, що:

- все в їх житті буде йти не так;
- вони ніколи ні в чому не досягнуть успіху;
- вони ніколи не досягнуть своїх цілей;
- їх найгірші проблеми ніколи не будуть вирішені.

Шкала безнадійності А. Бека складається з двадцяти тверджень, респондент, в ході проходження, виражає свою згоду або незгоду з кожним твердженням (Додаток А). Методика має прямі та непрямі твердження, оцінки є наступними:

- 1 – неправильно,
- 2 – скоріше неправильно,
- 3 – скоріше правильно,
- 4 – правильно.

Інтерпретація результатів методики аналізується за такими показниками:

- 0–3 бали – безнадійність не виявлена;
- 4–8 балів – безнадійність легка;
- 9–14 балів – безнадійність помірна;
- 15–20 балів – безнадійність важка [53].

Потрібно отримати суму балів.

Визначено рівні депресії пацієнтів у післяопераційний період:

- високий;
- середній;
- низький.

2) Методика «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона (Додаток Б).

Методика складається з 21 питання. Використання методики у роботі з пацієнтами із післяопераційною депресією допоможе виявити рівень схильності до стресу.

Відповіді досліджуваних оцінюються наступним чином:

- «Так» – 2 бали;

- «Дещо середнє» – 1 бал;
- «Ні» – 0 балів.

Нормами вважаються відповіді, які відповідають кількості балів:

- по 9 балів. В – низька схильність до стресу,
- 22 – 25 перехід до А.
- 34 – 37 тип А - висока схильність до стресу
- 12 – 9 балів - перехід до типу В
- 12 – 15 балів - нейтральна зона.

За результатами опитування визначають такі рівні схильності до стресу:

- низький;
- середній;
- високий.

3) Тест самооцінки стресостійкості (авт. С. Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих) (Додаток В).

Використавши дану методику у межах експериментального дослідження, ми отримали можливість визначення рівня стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією. Більш високим показникам даного тесту відповідають нижчі рівні стресостійкості. Респондент повинні були проаналізувати твердження та відповісти, проставивши « + » або « - », сприяло здійсненню оцінювання власного самопочуття та поведінки в різних стресових ситуаціях.

Обрана методика є корисною у нашому дослідженні, оскільки стрес призводить появи депресії пацієнтів у післяопераційний період, тому визначення певного рівня стресостійкості вважаємо необхідною складовою дослідження. Стійкість організму до стресу науковцями розглядається як корисна захисна функція, яка сприяє успішній адаптації людини до умов навколишнього середовища, чинить протидію негативному впливу зовнішніх і внутрішніх стресогенних чинників [54, с. 201].

За методикою самооцінки стресостійкості Коухена і Г. Вілліансона, у адаптації Ю. В. Щербатих обрано такі рівні стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією:

- високий;
- середній;
- низький.

На основі обраних методик дослідження визначено критерії дослідження:

- психічний стан (стрес).
- емоційний стан (депресія);
- стресостійкість.

Вважаємо, що обрані нами методики якнайкраще сприятимуть визначенню рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період. А такі компоненти як схильність до стресу та стресостійкість є важливим показником, який вказує на можливість виходу із стану депресії. Використання даних методів дослідження дозволило визначити особливості та напрямки покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Проведення діагностики рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період дозволить визначити напрямки роботи психолога та розробити програму оптимізації психічних станів. Це допоможе особам подивитися іншим поглядом на життя, адже воно триває і потрібно шукати позитивні моменти та використовувати їх у подальшому плануванні власного життя. Адже, якщо людина не потрібна собі самій, то вона повинна відчувати, що у ній потребують інші. Тому з'являється сенс подальшого існування.

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатуючого експерименту дослідження психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією

З метою дослідження психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією, було опитано 20 осіб. Це чоловіки (10 осіб) та жінки (10 осіб) віком 35-40 років. Респондентів було розподілено за статтю, зважаючи на те, що чоловіки та жінки по різному відчують стрес та можуть різним способом реагувати на нього, а отже мати різну схильність до стресу, а отже, і до формування депресії. Також у чоловіків та жінок спостерігаються різні прояви депресії. Маємо додати, що у пацієнтів, які брали участь у нашому дослідженні, вже діагностовано депресію легкого та середнього ступеню, оскільки пацієнти із важким ступенем депресії потребують комплексного підходу, що означає втручання лікарів та психіатрів, які призначають медикаментозне лікування.

У досліджуваних пацієнтів із післяопераційною депресією спостерігаються наступні розлади:

- на психологічному рівні «порушення сну, жахи, згадки, які часто повторюються, виникають складнощі із концентрацією уваги, підвищені тривожність та збудженість, гіперактивність, порушення взаємозв'язків, відчуття ворожого ставлення з боку суспільства тощо»;

- на фізіологічному рівні: відчуття нестачі кисню, дискомфорт у шлунку, внутрішні спазми, головний біль, зниження зацікавленості до сексу до рівня повної байдужості;

- на рівні поведінки: суїцидальні спроби чи думки, зловживання алкоголем чи наркотиками, проблеми із харчуванням.

Використання методики «Шкала безнадійності» А. Бека дало можливість визначити рівень безнадійності пацієнтів із післяопераційною депресією. Високий показник свідчить про наявність важкої безнадійності, середній рівень

свідчить про помірну безнадійність, низький рівень вказує на легку безнадійність.

Помірна безнадійність наявна у 40% жінок та 40% досліджуваних чоловіків. У жінок легкої безнадійності не виявлено, тоді як у 20% чоловіків виявлено легкий ступінь безнадійності. Люди можуть відчувати втрату інтересу до життя, втрату енергії та погіршення настрою.

Помірну безнадійність виявлено у 40% жінок та 40% чоловіків, які є пацієнтами із післяопераційною депресією.

Важка безнадійність виявлена у 60% жінок та 40% чоловіків.

Осіб, які не відчують стану безнадійності не виявлено.

Розподіл показників безнадійності пацієнтів із післяопераційною депресією зобразимо на рис. 2.1.

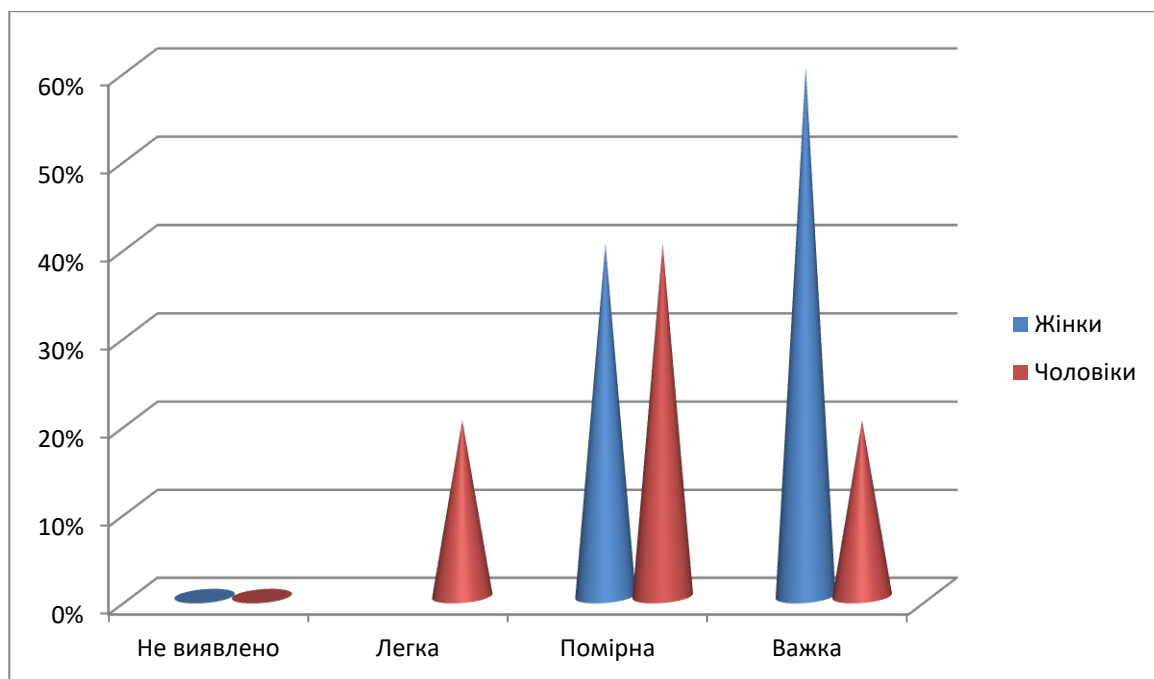


Рис. 2.1 - Показники безнадійності пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою «Шкала безнадійності» А. Бека

Аналізуючи отримані результати, ми виявили, що високий рівень безнадійності (виражена) мають 60% жінок із післяопераційною депресією, і 40% чоловіків із післяопераційною депресією.

Результати діагностики вказують на наявність помірного рівня депресії у однакової кількості осіб – як чоловіків та жінок. Високий рівень депресії спостерігається у більшій кількості жінок у порівнянні із чоловіками. На основі цього можемо сказати, що на рівень депресії

Можемо зробити висновки, що жінки мають більшу схильність до депресії, ніж чоловіки. Це може бути пов'язано з біологічними, психологічними та соціокультурними факторами. Наприклад, жінки можуть відчувати більший стрес внаслідок ролей, які їм доручає суспільство, а також через гормональні зміни, які впливають на їх настрій. Однак варто зауважити, що депресія може впливати на будь-яку людину, незалежно від статі.

На рівень депресії пацієнтів у післяопераційний період можуть впливати різні чинники, такі як сама операція, рівень болю після неї, тривалість відновлення, психологічний стан пацієнта перед операцією, підтримка родини та близьких, а також якість догляду після операції. Важливо також враховувати можливі побічні ефекти лікарських препаратів, які приймаються під час лікування. Надання емоційної підтримки та доступ до психологічної допомоги також можуть впливати на розлад психіки у пацієнтів у цей період.

Проаналізуємо результати дослідження схильності до стресу пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона. Доцільність використання даної методики обумовлена місцем стресу у появі депресії, адже стрес є пусковим механізмом депресії.

Операція може впливати на рівень стресу у людини, оскільки процес хірургічного втручання може бути дуже напруженим та психологічно складним. Сама необхідність операції може спричиняти страх та тривогу, а також сам процес операції може бути дуже напруженим для людини.

У результаті діагностики пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою Дж. Дженкінсона виявлено високий, середній та низький рівні прояву схильності до стресу.

Рівні прояву схильності до стресу пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою Дж. Дженкінсона занесемо у таблицю 2.1.

Таблиця 2.1

Рівні прояву схильності до стресу пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою Дж. Дженкінсона

Рівні прояву схильності до стресу	Жінки	Чоловіки
	Кількість осіб у %	Кількість осіб у %
Низький	0%	0%
Середній	20,0%	60,0%
Високий	80,0%	40,0%

Згідно з результатами опитування, більшість досліджуваних жінок та чоловіків у післяопераційний період мають високу схильність до стресу, а саме:

Жінки у післяопераційний період мають: середній рівень стресу має 20%; високий рівень стресу має 80%; низький рівень стресу не виявлено.

Чоловіки в післяопераційний період мають: середній рівень стресу - 60%; високий рівень стресу 40%; низький рівень стресу не виявлено (рис. 2.2).

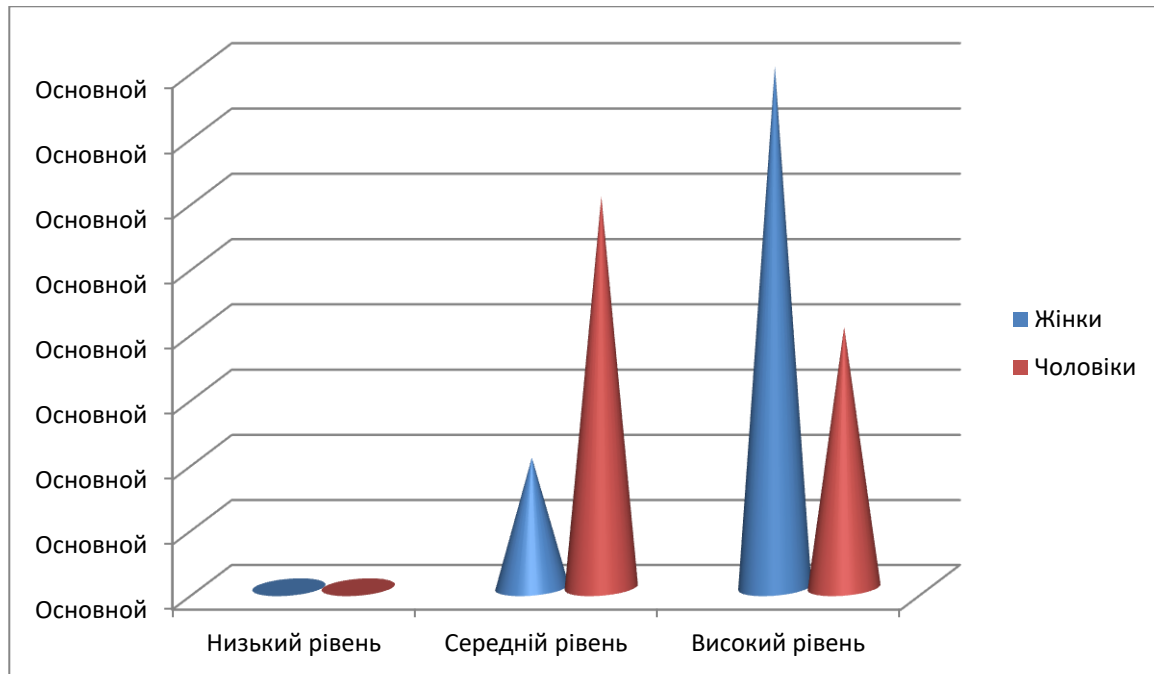


Рис. 2.2 - Рівні прояву схильності до стресу пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою Дж. Дженкінсона

За результатами отриманими в процесі експериментального дослідження рівня негативних психічних станів пацієнтів із післяопераційною депресією, можна припустити, що стрес впливає на появу депресії. Дослідження допомогло встановити наявність депресивних станів у більшій кількості опитаних жінок та чоловіків.

Це є свідченням вираженого напруження компенсаторно-приспосувальних механізмів психіки людини під час зниження рівня стресостійкості особистості в період підготовки до оперативного втручання та післяопераційний період.

Стрес провокує появу негативних психічних станів, таких як депресія. Тобто чим вищий рівень стресу, тим вищий рівень депресивних станів. Також за результатами експериментального дослідження, можемо сказати, що переживання депресивних станів у жінок в післяопераційний період вищий, ніж у чоловіків.

Наступним етапом діагностики було використання методики самооцінки стресостійкості (Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих). Результати методики дозволяють проаналізувати вплив стресу на рівень здатності протистояти впливу стресових факторів на пацієнтів із післяопераційною депресією як дану категорію дослідження. Зважаючи на те, що стрес є одним із основних факторів депресії, здатність організму бути стійким до стресу є важливою ознакою повноцінного функціонування психіки пацієнтів у післяопераційний період.

Провівши діагностування пацієнтів із післяопераційною депресією, ми отримали такі результати:

- низький рівень стресостійкості мають 80% опитаних жінок та 40% чоловіків.
- середній рівень стресостійкості мають 20% жінок та 60% опитаних чоловіків.
- високий рівень стресостійкості у осіб, які приймали участь у дослідженні, не виявлено.

Результати діагностики пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою самооцінки стресостійкості (Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих) зобразимо наочно на рис. 2.3:

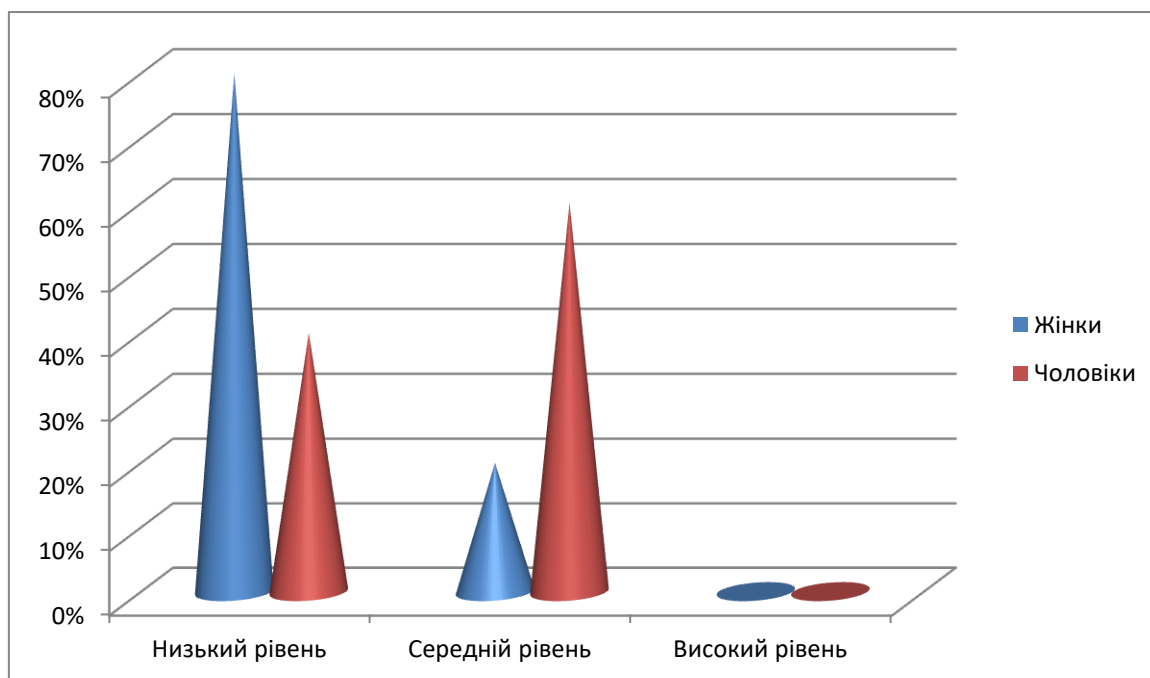


Рис.2.3 - Результати діагностики пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою самооцінки стресостійкості (Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих)

Результати діагностики підтверджують взаємозв'язок рівня стресу і стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією. Можемо бачити, що наявність низького рівня стресостійкості свідчить про високий рівень стресу, адже пацієнти із післяопераційною депресією не можуть у повній мірі володіти навичками управління впливу стресових ситуацій на емоційний стан, адже під час стресу дають збій різні функції організму.

Можемо спостерігати у більшості чоловіків, ніж у жінок середній рівень стресостійкості. Високий рівень стресостійкості у пацієнтів із післяопераційною депресією не виявлено.

Результати експериментального дослідження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період вказують на необхідність проведення роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією у напрямку зниження рівня депресії

та підвищення рівня стресостійкості. З цією метою необхідно розробити програму психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Висновки до розділу 2

1. Експеримент проводився на базі медичного центру «Аурум». У дослідження брали участь 20 осіб із післяопераційною депресією, з них 10 чоловіків і 10 жінок віком 35-40 років. Гіпотеза: рівень депресії пацієнтів у післяопераційний період залежить від рівня стресу, сформованого страхом за успішність лікування і за своє майбутнє.

За допомогою експерименту вирішувалися такі завдання: визначення рівня депресії пацієнтів із у післяопераційний період; визначення рівня стресу пацієнтів із післяопераційною депресією; визначення рівня стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією; підтвердження дієвості використання психокорекційної процедури для покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. Етапи експериментального дослідження: проведення констатувального експерименту; розробка програми психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією; проведення формувального експерименту; статистичний аналіз отриманих даних та порівняння отриманих результатів експериментального дослідження з метою визначення ефективності проведеної програми психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

2. Розглянуто та обрано методики експериментального дослідження. Під час виявлення рівня стресу на формування рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період було прийнято рішення досліджувати такі складові: рівень депресії пацієнтів у післяопераційний період; рівень стресу пацієнтів із післяопераційною депресією; рівень стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією. Обрано наступні психодіагностичні методики:

шкала безнадійності А. Бека; методика «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона; тест самооцінки стресостійкості (авт. С. Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих). Визначено рівні депресії пацієнтів у післяопераційний період: високий; середній; низький. Визначено рівні схильності до стресу: низький; середній; високий. Обрано такі рівні стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією: високий; середній; низький.

3. За діагностикою за методикою безнадійності А. Бека виявлено помірну безнадійність у 40% жінок та 40% чоловіків; легка безнадійність виявлена у 20% чоловіків, у жінок не виявлено; важка безнадійність виявлена у 60% жінок та 40% чоловіків; осіб, які не відчують стану безнадійності не виявлено. За методикою «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона виявлено у жінок середній рівень стресу у 20%; високий рівень стресу має 80%; низький рівень стресу не виявлено. Чоловіки в післяопераційний період мають: середній рівень стресу - 60%; високий рівень стресу 40%; низький рівень стресу не виявлено. За методикою самооцінки стресостійкості (авт. С. Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих) отримали такі результати: низький рівень стресостійкості мають 80% опитаних жінок та 40% чоловіків; середній рівень стресостійкості мають 20% жінок та 60% опитаних чоловіків; низький рівень стресостійкості у осіб, які приймали участь у дослідженні, не виявлено. Виявлено необхідність проведення роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією у напрямку зниження рівня депресії та підвищення рівня стресостійкості.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ РОБОТИ З КОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

3.1. Методологічні засади психокорекційної процедури покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією

Загострення соціально-психологічної напруженості в умовах сьогодення, роблять особливо актуальним питання про практичну діяльність психологів, методологію та технології її реалізації. Адже прояви негативних психічних станів є результатом кризового стану, у якому перебуває велика кількість осіб. Напруга виражена не тільки на особистому рівні, але і на між груповому та державному. Саме тому робота з депресивними станами особистості повинна стати загальновизнаним і загальноприйнятим предметом у психологічній практиці з індивідами, сім'ями і групами, а особистісні кризи - об'єктом пильної наукової та практичної уваги з боку прикладної практичної психології.

Останнім часом життя у суспільстві зараз дуже складне як з економічного, так і з політичного та соціального аспекту, тому зростає кількість осіб, психологічний стан яких потребує допомоги з боку фахівців. Особливо гостро постало питання психологічної допомоги особам у стані депресії, зокрема пацієнтам у післяопераційний період. Поведінка таких осіб є непередбачуваною, може відхилятися від норми. Це означає, що психічний стан даних осіб є вкрай нестабільним.

Не обійтися у сучасний період без психологів, діяльність яких є затребуваною. Основне призначення фахівця полягає у допомозі людям адаптуватися до навколишніх умов, структур, механізмів, на основі чого організувати повноцінне життя в суспільстві [55, с. 9]. Саме тому організацію психологічної допомоги пацієнтам із післяопераційною депресією, необхідно

здійснювати з урахуванням усієї специфіки їхнього соціального статусу та вікової категорії як у цілому, так і кожної людини окремо.

Наукові дослідження встановили, що основними потребами пацієнтів із післяопераційною депресією можуть бути підтримка та розуміння з боку близьких людей, доступ до професійної психотерапевтичної допомоги, прийом антидепресантів за рекомендацією лікаря, здоровий спосіб життя, включаючи збалансоване харчування, фізичну активність та відсутність шкідливих звичок, які можуть поглибити стан депресії.

У вирішенні цих проблем пацієнти із післяопераційною депресією потребують фахової допомоги, зокрема й соціально-психологічної, надання якої відбувається у формі індивідуальної чи групової роботи. Індивідуальна робота з пацієнтами із післяопераційною депресією може здійснюватися психологами у вигляді консультаційної, діагностичної та корекційної роботи. Окремим важливим напрямком професійної допомоги у межах зазначених технологій є психологічна робота з травмою. Особливості індивідуальної роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією, насамперед виявляються у консультуванні (кризовому, інформаційному, індивідуально-підтримуючому, мотиваційному), спрямованому на гармонізацію особистості тощо. Будь-яка консультація передбачає встановлення партнерських відносин, виявлення насильницької ситуації та обов'язкове врахування психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Досліджуючи науковий досвід психотерапевтичної роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією ми виявили «підвищений рівень негативних психічних станів». Таким чином, зміни, яких зазнає на всіх рівнях здоров'я пацієнтів із післяопераційною депресією, набувають ознак травматичного та посттравматичного стресового розладу, характеризуються станом «набутої безпорадності», заборонаю на прояв емоцій; вказують на підвищену соціальну ізоляцію.

Психокорекційна допомога пацієнтам із післяопераційною депресією має певні особливості. Фахівець має оцінити цілий ряд факторів, які впливають на

формування відхиленої поведінки клієнта, як наприклад спосіб і рівень життя, наявність можливості і бажання до праці, стан здоров'я, соціально-побутові умови, рівень тривожності, стресу, безнадійності і ін. Адже серед людей, які мають психологічні проблеми, є дуже різні особистості. Тому для того, щоб фахівцю успішно здійснювати допомогу таким клієнтам, необхідно вивчити соціальний та економічний стан клієнтів, психологічні особливості характеру, стан здоров'я, матеріальні і духовні потреби, що передбачає наявність знань про досягнення науки і практики у даному напрямку.

Таким чином, відповідно до груп осіб, які є клієнтами психологів, їх віку та потреб, фахівець має обрати форми й методи фахової допомоги, кожен з яких має свої особливості. Нагадаємо, що психологічна корекція являє собою метод комплексного психологічного впливу, направленого на мотиви поведінки особи, на його особистість в цілому, а також на певні психічні функції: пам'ять, увагу, мислення та їх розвиток. Основним завданням корекційної роботи є компенсація порушень, які відбуваються під час функціонування психічних процесів, створення умов для виправлення особистісних дисгармоній, а також надання допомоги у засвоєнні нових позитивних навичок поведінки, спілкування тощо [56, с. 27].

Слід зазначити, що консультативно-психокорекційна робота може виконуватися за допомогою таких видів як індивідуальна та групова корекція, тренінг. Консультативно-корекційну роботу доцільно проводити у випадку потреби виправлення стосунків і взаємодій з оточуючими. При цьому фахівець не концентрується на клієнті та його внутрішніх особистісних проблемах, а здебільшого – на його реальних стосунках і взаємодіях з навколишнім світом.

Спеціальна робота фахівця під час групової консультативно-корекційної роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією, яким необхідна психологічна допомога, має такі напрямки:

- розхитати та зруйнувати деструктивні настановлення, уявлення, мотиви, стереотипи поведінки та формувати нові, позитивні;

- сприяти розвитку соціальної активності особи, навчити цікавитися як собою, так і оточуючими, сприяти отриманню певного статусу в позитивно спрямованих угрупованнях;

- навчити вимушено переміщених осіб навичкам саморегуляції, співпрацювати у колективі, адекватно проявляти активність, навчити правильно обирати форми поведінки;

- розвивати інтерес особистості до творчості і відкрити творчий потенціал особи;

- уміння використовувати набутий позитивний досвід на практиці, створювати і закріплювати зразки позитивної поведінки [57].

Групова консультативно-корекційна робота має свої специфічні особливості, які полягають у цілеспрямованому використанні групової динаміки, яка внаслідок взаємодії членів групи виникла між учасниками групи. Консультативно-корекційна група являє собою штучно створену малу групу, особи у якій об'єднані цілями. Чоловіки та жінки у групі мають вирішити питання, пов'язані із міжособистісним взаємовідношенням, формуванням життєвих цінностей, обирати способи емоційного реагування, відпрацьовують позитивні поведінкові реакції. Тому група – це як модель реального життя, де клієнт може відпрацьовувати вище перелічені аспекти. Додамо, що склад групи залежить від типу, форми та змісту психо-корекційної роботи.

Завдання консультативно-корекційної роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією обумовлені наявністю трьох складових самосвідомості:

- саморозуміння (когнітивна складова);
- ставлення до себе (емоційна складова);
- саморегуляція (поведінкова складова).

Когнітивний аспект вбачається в усвідомленні клієнтом, які саме ситуації з реального життя обумовлюють напруження, тривогу, страх, негативні емоції і ін.. Емоційний аспект своїм завданням має формування у клієнта до себе позитивного ставлення та отримання емоційної підтримки. Поведінковий

аспект полягає у допомозі клієнту отримати бачення на власні неадекватні поведінкові стереотипи, а також подоланні неадекватних форм поведінки; розвитку взаємодопомоги та співробітництва; закріпленні нових форм поведінки [58, с. 17].

Доцільним є додати, що діяльність фахівця з пацієнтами із післяопераційною депресією передбачає формування груп консультативно-корекційної роботи на основі таких принципів:

- добровільності (самостійне прийняття рішень клієнта щодо праці в групі);
- інформованості (право клієнта заздалегідь знати про подальші дії у групі);
- розподілу осіб у групи за віковим та статевим критерієм (перевага участі осіб у групі, які мають приблизно однаковий вік;
- гомогенності та гетерогенності поділу груп (підбір за критеріями: вік, стать, освіта, симптоми, інтелект, характер порушень і ін.);
- професійності складу групи (за однаковою діяльністю);
- відкритості та закритості груп (у відкритих групах кількість учасників може змінюватися, у закритих групах – постійна кількість учасників);
- кількісної характеристики групи (великі групи – 25-30 чоловік, середні групи – 8-12 осіб, малі групи – 4-5 осіб);
- терміну існування групи (короткочасний – 1-6 місяців, довгочасний – до декількох років);
- частоти і тривалості занять (оптимальний графік – 3-4 заняття на тиждень, тривалість кожного залежить від віку клієнтів, іноді – марафони – 16-18 годин) [59, с. 415].

Слід зазначити, що перераховані нами задачі, які ставить перед собою психолог, вказують на важливість мати широке коло вмінь та навичок, які потрібні для їх виконання.

Розглядаючи групову консультаційно-корекційну роботу з чоловіками та жінками, ми виявили відмінності у роботі, з даною категорією населення, яка

проводиться в Україні та роботою у даному напрямку, який використовують у США. Вона є більш ефективною, а досвід може бути корисним та використовуватися для удосконалення фахової допомоги, яка проводиться у груповій формі, у нашій країні.

Нагадаємо, що групова консультативно-корекційна робота має ефективний результат для пацієнтів із післяопераційною депресією у випадку проведення у формі тренінгів [60, с. 16-20]. Загалом, групові форми роботи почали використовувати в Україні в кінці XX століття та запозичили практику їх проведення із зарубіжних країн. Зарубіжний досвід ведення групових форм роботи відіграв позитивну роль, що стало можливим завдяки контактам із зарубіжними фахівцями та ознайомлення з їхнім науково-методичним доробком.

Групи консультування та корекції – такий різновид групової роботи, яка спрямована, перш за усе, на розв’язання проблем міжособистісного спілкування її учасників. Ці групи орієнтовані переважно на роботу з теперішнім станом, а не на аналізі минулого негативного досвіду. Це штучно створена мала група, у якій учасники об’єднані цілями міжособистісного дослідження, особистісного навчання, саморозкриття. Це взаємодія «тут» і «тепер», при якій учасники вивчають, які відбуваються з ними процеси міжособистісної взаємодії в даний момент і в даному місці [61].

Консультативна робота передбачає роботу з виявлення проблем, а корекційна – на отримання позитивного результату та зміни поведінки, отримання навичок стримання, контролю емоцій, навичок взаємодії з іншими членами групи і подолання інших проявів девіантної поведінки [62, с. 112-119]. Вивчаючи закордонний досвід консультативно-корекційної роботи можемо сформулювати правила, виконання яких є необхідною умовою для досягнення позитивного результату, а саме:

1. Принцип добровільності.
2. Принципи простоти спілкування.
3. Толерантне ставлення до всіх думок.

4. Проголошення думки від першої особи.
5. Не повторення чужих думок.
6. Кожен має право на зміну точки зору.
7. Не давати порад, не критикувати думки інших.
8. При висловлюванні думки не відступати від теми.
9. Правило «кола».
10. Правило «стоп».
11. Активним повинен бути кожен.
12. У випадку порушень правил кожен має право на виправлення.

Вивчення зарубіжного досвіду проведення тренінгів та проведення їх у груповій формі, вказує на наявність активнішого процесу взаємодії учасників між собою. Завдяки використанню новітніх підходів для розкриття особистості, подолання сором'язливості та встановленню довірливих стосунків, тренінгові консультативно-корекційна робота з клієнтом спрямована на особистісний ріст, покращення стратегій життя, взаємодії з іншими, а також навчання рефлексивних навичок, емпатії, способів самодопомоги і ін.. Учасники тренінгових груп також навчаються адекватному сприйняттю, розумінню та відчуттю як самих себе, так і оточуючих, виявленню власних стереотипів та застарілих світоглядних чи поведінкових патерн і проведенню роботи над ними [63, с. 78].

Групова форма тренінгів передбачає легке моделювання процесу міжособистісної взаємодії, обігрування різноманітних складних життєвих ситуацій та пошук адекватних та ефективних шляхів їх вирішення. Завдяки груповій фасилітації спостерігається підвищення пізнавальної активності членів групи, збільшення працездатності, зростання ефективності навчання та інтенсивності роботи над собою, а також виникнення можливості надання психологічної підтримки окремим учасникам тренінгу [64, с. 7].

Таким чином, ми з'ясували, що ефективною формою роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією, запит яких стосується різних психологічних їх та особистісних проблем, є проведення групових консультативно-корекційних

занять. Можемо зробити висновок, що світовий досвід психологічної допомоги пацієнтам із післяопераційною депресією в сучасний період, є важливим для України, оскільки надає різноманітний матеріал, багатий методами та технологіями, які використовуються у тій чи іншій сфері допомоги. Широкого поширення у нашій країні сьогодні набули тренінги, які призначені для підвищення рівня позитивних проявів психічних станів.

3.2. Програма психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

На основі отриманих даних констатувального етапу експериментального дослідження, ми визначили рівень депресії пацієнтів із післяопераційною депресією, у відповідності з запропонованою структурною моделлю, нами було розроблено програму оптимізації психічного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Мета програми: оптимізації психічного стану пацієнтам із післяопераційною депресією

Запропонована нами програма полягає у формуванні позитивних емоцій, подоланні стресу, здатності до самоаналізу та розвитку духовних цінностей, пошуку гармонії внутрішнього середовища.

Завдання програми: забезпечення соціально-психологічних умов, які впливають на підвищення рівня позитивних проявів психічних станів пацієнтів із післяопераційною депресією. Головне завдання програми полягає в тому, щоб:

- надати допомогу пацієнтам із післяопераційною депресією у процесі самореалізації;
- розкрити та розвивати особистісний потенціал;
- прийняти та освоювати власну свободу та відповідальність за життєвий вибір;
- проаналізувати життєві цінності та цілі.

Під час розроблення психорекційної програми оптимізації психічного стану пацієнтам із післяопераційною депресією, ми керувалися такими принципами:

1. Принцип об'єктивності і правдивості.

Характеристика циклу питань, які стосуються взаємовідносини між членами групи, повинні здійснюватись правдиво та реально.

2. Принцип науковості.

Характеристика циклу питань, які пов'язані із особистісними функціями людини, розв'язок складних для розуміння питань повинен здійснюватись за законами природи і суспільства.

3. Принцип опори на позитивне.

Будь-яка інформація повинна бути спрямована на формування позитивного відношення до виконання життєвих завдань.

4. Принцип національності. Національна складова програми реалізує її на основі використання психологічного здобутку у формуванні гармонії міжособистісних стосунків; традиційним є відношення українського народу до родинного об'єднання, любові, емпатії як головних цінностей у житті людини.

5. Принцип адресності та доступності інформації.

Адресність формування аспектів особистісного благополуччя на основі доступності інформації з огляду на вікові можливості пацієнтів із післяопераційною депресією із врахуванням індивідуального та соціального розвитку.

6. Принцип послідовності й системності.

Характеризується наступністю передачі знань, у проведенні психокорекційної роботи, яка необхідна для засвоєння певного обсягу інформації.

7. Принцип природності.

Формування гармонійного позитивного образу щастя потребує природності поведінки особистості.

8. Принцип створення сприятливих умов.

З огляду на основні вікові періоди психічного розвитку особистості, основним є створення умов, які є сприятливими для правильного ціннісних орієнтацій, життєвих цілей та установок, оволодіння певними знаннями і уміннями, необхідними для формування та збереження усіх складових особистісного благополуччя. Для оптимізації психічного стану пацієнтів із післяопераційною депресією і важливості розвитку в сучасний період особистісних якостей, одним із найефективніших та найбільш доцільним, в рамках програми, є організація групового тренінгу.

Групова форма роботи дає можливість отримати зворотній зв'язок від значущих людей, який має вплив на оцінку особистості своїх установок і поведінки [52, с. 480].

Програма розроблялася на основі аналізу форм та методів тренінгової роботи В. Большакова, О. Бондарчук, В. Бочелюка, Л. Боярин, І. Вачкова, Т. Говорун, І. Дубровіної, Ю. Клейберга, С. Кузікової, Г. Марасанова, Р. Овчарової, Г. Старшенбаум та ін. Мають ефективність у процесі вирішення завдань психокорекційної програми такі методи та методичні прийоми:

- групова дискусія;
- рольова гра;
- психотехнічні вправи;
- зокрема вправи на самопізнання з арсеналу технік психосинтезу;
- візуалізація;
- проективний малюнок;
- інтегративна психотерапія;
- застосування індивідуальних і групових форм роботи;
- робота у парах.

Розглянемо докладніше зміст програми оптимізації психічного стану пацієнтам із післяопераційною депресією.

Програма розрахована на 37 годин групової роботи, складається із шести інтерактивних блоків вправ. Ці змістовні блоки відповідають компонентам, необхідним для оптимізації психічного стану пацієнтів із післяопераційною

депресією. Водночас вони виступають складовими єдиної програми, оскільки кожний наступний крок є продовженням попередніх і дозволяє здійснити інтегроване формування певного рівня внутрішнього балансу.

Кожен із запропонованих блоків містить:

- організаційний етап;
- тематичний етап;
- рефлексивний етапи

Це буде самостійним комплексом занять, які забезпечуватимуть реалізацію поставленої мети.

Кінцевими результатами запропонованої тренінгової програми є:

- виявлення особистісних резервів пацієнтів із післяопераційною депресією;
- набуття навичок особистої самоефективності у реалізації власної діяльності впродовж життя;
- набуття навичок переживання особистісної гармонії;
- набуття навичок самореалізації;
- набуття навичок само оптимізації та активізації творчого потенціалу;
- отримання знань щодо зняття психоемоційної напруги, розумової та фізичної втоми;
- усвідомлення життєвих перспектив та можливостей впливу на свій життєвий шлях.

Перший блок вправ призначений для розвитку та підвищення усвідомлення особистісної цінності пацієнтів із післяопераційною депресією.

Час реалізації – 5 год. 40 хв.

Вправи, які використовуються у першому блоці програми, занесемо у таблицю (див. таб. 3.1).

Таблиця 3.1

Вправи на розвиток та підвищення усвідомлення особистісної цінності пацієнтів із післяопераційною депресією

Назва вправи	Характеристика спрямування
«Привітання та знайомство»	метою є самопрезентація та знайомство учасників, інформування про цілі тренінгу, ознайомлення з правилами роботи тренінгової групи, отримання попередньої інформації стосовно самооцінки учасниками власного особистісного благополуччя та виявлення причин-маркерів переживання учасниками благополуччя/неблагополуччя, формулювання запланованих результатів після проведення тренінгу;
«Усвідомлення особистісної здійсненності життя»	спрямована на підвищення усвідомлення особистісної здійсненності життя пацієнтів і призначена для розширення їхнього усвідомлення особливостей проживання теперішнього етапу життя та наявності перспектив на майбутнє, самооцінку його здійсненності;
«Управління життєвим часом»	розвиток здатності та спроможності пацієнтів керувати життєвим часом та виявлення засобів, за допомогою яких можна керувати часом власного життя, що сприяє переживанню благополуччя;
«Управління інформаційним та комунікаційним простором»	набуття навичок управління інформаційним та комунікаційним простором та розробка індивідуальних алгоритмів зміни звички замінювати життя в реальному просторі на життя у віртуальному;
«Управління очікуванням та вимогами інших людей»	виявлення можливостей переживання благополуччя через узгодження робочого та інших життєвих середовищ, власних очікувань і вимог з очікуваннями та вимогами оточення, вироблення індивідуальних стратегій керування робочим та повсякденним життям;
«Психологічна скульптура»	спрямована на усвідомлення пацієнтів впливу позицій тіла на емоції;
«Техніка впливу на емоційний стан через зміну позицій тіла»	оволодіння навичками саморегуляції емоційних станів.

Другий блок вправ тренінгової програми спрямований на розвиток особистісної самоефективності. Тривалість реалізації – 5 год. 55 хв. Вправи, які використовуються у другому блоці програми, занесемо у таблицю (див. таб. 3.2):

Таблиця 3.2

Вправи на розвиток особистісної самоефективності

Назва вправи	Характеристика спрямування
«Актуалізація самопізнання»	спрямована на виявлення актуалізованих потреб, значущих сфер життєдіяльності, професійної діяльності й значущих людей у житті;
«Мої риси та якості, які сприяють переживанню благополуччя»	виявлення особистісних рис та якостей, які сприяють переживанню особистісного благополуччя;
«Уявлення про себе»	розширення уявлень пацієнтів про себе як самоцінність;
«Актуалізація самодовіри»	розвиток навичок упевненої поведінки, здатності виявляти довіру до себе в невизначених життєвих ситуаціях;
«Підвищення самооцінки»	спрямована на підвищення самооцінки та самоповаги;
«Дефіцит»	виявлення життєвих та професійних дефіцитів та пошук шляхів їхнього подолання;
«Внутрішня узгодженість»	усвідомлення прикордонниками своїх внутрішніх обмежень, оволодіння навичками покрокового набуття внутрішньої професійної узгодженості;
«Внутрішній промінь»	оволодіння технікою ауторелаксації, зняття психологічного напруження, поповнення власних внутрішніх сил, налаштування на подальшу позитивну роботу.

Очікуваним результатом виконання другого блоку вправ є оволодіння учасниками тренінгу знаннями, уміннями, навичками особистісної самоефективності в різних сферах життєдіяльності.

Третій блок вправ тренінгової програми спрямований на поглиблення переживання особистісної гармонії. Час реалізації – 8 год. 15 хв. Вправи, які використовуються у третьому блоці програми, занесемо у таблицю (див. таб. 3.3).

Таблиця 3.3

Вправи на поглиблення переживання особистісної гармонії

Назва вправи	Характеристика спрямування
«Позитивні та негативні думки»	розширення усвідомлення власних позитивних та негативних думок, переконань, тверджень, які описують та обумовлюють їхнє ставлення до себе, близьких, оточення, роботи та світу;
«Бідність, багатство і Господь Бог»	набуття навичок переживання складних життєвих та професійних ситуацій в уяві;
«Відчуття гармонії»	оволодіння навичками пояснення та інтерпретації власних почуттів, емоцій, внутрішніх відчуттів, тілесних проявів, думок, спогадів;
«Позитивне мислення»	оволодіння навичками позитивного оптимістичного мислення;
«Потік вітру»	розвиток упевненості в собі, набування позитивного досвіду використання техніки глибокого дихання, загальну гармонізацію емоційного стану;
«Мій ідеальний день»	набуття навичок утримувати фокус уваги на позитиві, на тому, чого хочеться і чого не хочеться;
«Я оптиміст»	поглиблення усвідомлення власних особистісних ресурсів оптимізму;
«Сприйняття життя»	відпрацювання навичок позитивного мислення при подоланні проблеми, формування позитивного ставлення до усіх подій життя;
«Розмова зі зміною позицій»	набуття навичок сприймати та аналізувати проблему різнобічно, виокремлювати позитивний момент з негативної ситуації;
«Рухаємося до благополуччя»	інтеграція тренінгового досвіду, визначення орієнтирів для самовдосконалення;
«Зоряне дихання»	гармонізація емоційного, фізичного та психічного стану.

Очікуваним результатом виконання третього блоку вправ є оволодіння учасниками тренінгу знаннями, уміннями та навичками переживання особистісної гармонії.

Четвертий блок вправ спрямований на розвиток професійної компетентності та самореалізації. Час реалізації – 4 год. 50 хв. Вправи, які

використовуються у четвертому блоці програми, занесемо у таблицю (див. таб. 2.4).

Таблиця 3.4

Вправи на зниження рівня депресії пацієнтів із післяопераційною депресією

Назва вправи	Характеристика спрямування
«Діяльність, в якій мені добре»	розширення та поглиблення переживання власної професійної діяльності;
«Моя професія»	спрямована на усвідомлення особистісного сенсу обраної професії;
«Мої професійні бажання»	усвідомлення своїх професійних бажань; установлення зв'язку цих професійних бажань з передбачуваними місцями роботи;
«Дорожня карта»	розширення усвідомлення проміжних етапів і можливих шляхів досягнення своєї професійної мети

Очікуваним результатом виконання четвертого блоку вправ є зниження рівня депресії пацієнтів із післяопераційною депресією; розробка індивідуальних стратегій подолання депресії та самореалізації. П'ятий блок вправ спрямований на розвиток стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією. Час реалізації блоку – 4 год. 55 хв. Вправи, які використовуються у п'ятому блоці програми, занесемо у таблицю (див. таб. 3.5).

Таблиця 3.5

Вправи на розвиток стресостійкості пацієнтам із післяопераційною депресією

Назва вправи	Характеристика спрямування
«Мої потреби»	виявлення ступеня значущості професійної діяльності;
«Мій професійний вибір»	усвідомлення мотивів свого професійного вибору;
«Змагання мотивів»	виявлення головних мотивів усвідомленого вибору професії;
«Креатив»	розвиток навичок творчого мислення та його гнучкості в ситуаціях невизначеності;
«Оригінал»	спрямована на розвиток навичок оригінального мислення;
«Техніка «Медитація»	оволодіння навичками медитації, які використовуються для зняття психоемоційної

	напруги, розумової і фізичної втоми;
«Активізація творчого потенціалу»	розкриття творчого потенціалу, розвиток навичок групової творчої діяльності.

Очікуваним результатом виконання п'ятого блоку вправ є оволодіння учасників тренінгу знаннями, уміннями та навичками стресостійкості, розвиток їхнього творчого потенціалу, оволодіння навичками медитації, які використовуються для зняття психоемоційної напруги, розумової і фізичної втоми.

Шостий блок вправ спрямований на активізацію розвитку і досягнень. Час реалізації блоку – 7 год. 25 хв.

Вправи, які використовуються у шостому блоці програми, занесемо у таблицю (див. таб. 3.6).

Таблиця 3.6

Вправи на активізацію розвитку і досягнень пацієнтів із післяопераційною депресією

Назва вправи	Характеристика спрямування
«Позитивне самоприйняття»	спрямована на розвиток позитивного самоприйняття;
«Аналіз професійного життя»	виявлення значущості професійного становлення, розвитку, реалізації, професійних інтересів та домагань;
«Мої головні досягнення»	розвиток уміння знаходити в собі переваги та спиратися на них при досягненні поставлених цілей;
«У чому мені пощастило в цьому житті»	підвищення рівня життєвого оптимізму, створення позитивного налаштування на роботу;
«Песиміст, оптиміст і блазень»	спрямована на розвиток навичок цілісного ставлення до проблемної ситуації, набування досвіду розгляду проблеми з різних точок зору;
«Будь успішним зараз»	спрямована на виявлення найважливіших цінностей, які сприяють досягненню успіхів;
«Цілепокладання, планування та досягнення поставленої мети»	розвиток навичок цілепокладання, планування та досягнення поставленої життєвої мети;
«Гумовий час»	спрямована на розвиток навичок збереження спокою в невизначених життєвих ситуаціях;
«Майбутнє»	усвідомлення своїх життєвих перспектив і

	можливостей впливу на свій життєвий шлях;
«Життєві перспективи»	відпрацювання вмінь ставити цілі і планувати власні досягнення, розвиток здатності приймати рішення і бути відповідальним за свій вибір;
«Валіза у дорогу»	спрямована на завершення роботи тренінгової групи та проведення групової рефлексії.

Очікуваним результатом виконання шостого блоку вправ є оволодіння пацієнтами із післяопераційною депресією знаннями, уміннями та навичками позитивного розвитку, набуття навичок знаходити в собі переваги та спиратися на них при досягненні поставлених цілей, створення цілісного ставлення учасників до проблемної ситуації, набуття досвіду розгляду проблеми з різних точок зору, виявлення життєвих перспектив і можливостей впливу на свій життєвий шлях.

Необхідно зазначити, що після виконання кожного блоку вправ потрібно проводити групову рефлексію та обговорення самого процесу виконання вправ стосовно складності чи легкості їх виконання, особливостей переживань чоловіків та жінок, набуття нових знань, умінь та навичок, можливостей використання тренінгового досвіду у реальному житті. Дуже важливо на останньому занятті створити мотивацію для подальшої роботи над собою.

Підведення підсумків: побажання учасників групи один одному, враження від занять, обговорення того, чи всі очікування виправдалися, питання тощо.

Отже, ми розробили програму оптимізації психічного стану пацієнтів із післяопераційною депресією, що базується на принципах системності, динамічності, комплексності, перспективності та зворотного зв'язку. Виконання вправ, запропонованих у рамках тренінгу, надає можливість пацієнтам із післяопераційною депресією підвищити рівень позитивних проявів психічного стану.

3.3. Аналіз результатів формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів щодо покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією

На останньому – формувальному етапі експерименту, ми провели діагностику психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією, використовуючи методики: шкала безнадійності А. Бека; методика «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона; тест самооцінки стресостійкості (авт. С. Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих).

Мета формувального експерименту – перевірка ефективності використання психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Провівши діагностику безнадійності пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою «Шкала безнадійності» А. Бека ми виявили такі результати:

- помірну безнадійність констатовано у 40% жінок та 40% досліджуваних чоловіків;
- легку безнадійність виявлено у 10% жінок та 30% чоловіків;
- важку безнадійність виявлено у 50% жінок та 40% чоловіків.

Результати порівняльного аналізу показників безнадійності пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою «Шкала безнадійності» А. Бека вказують на незначне покращення показників, які характеризують рівень депресії пацієнтів у післяопераційний період, тобто на зниження рівня депресії опитаних чоловіків та жінок, які є учасниками експерименту (див. рис. 3.1).

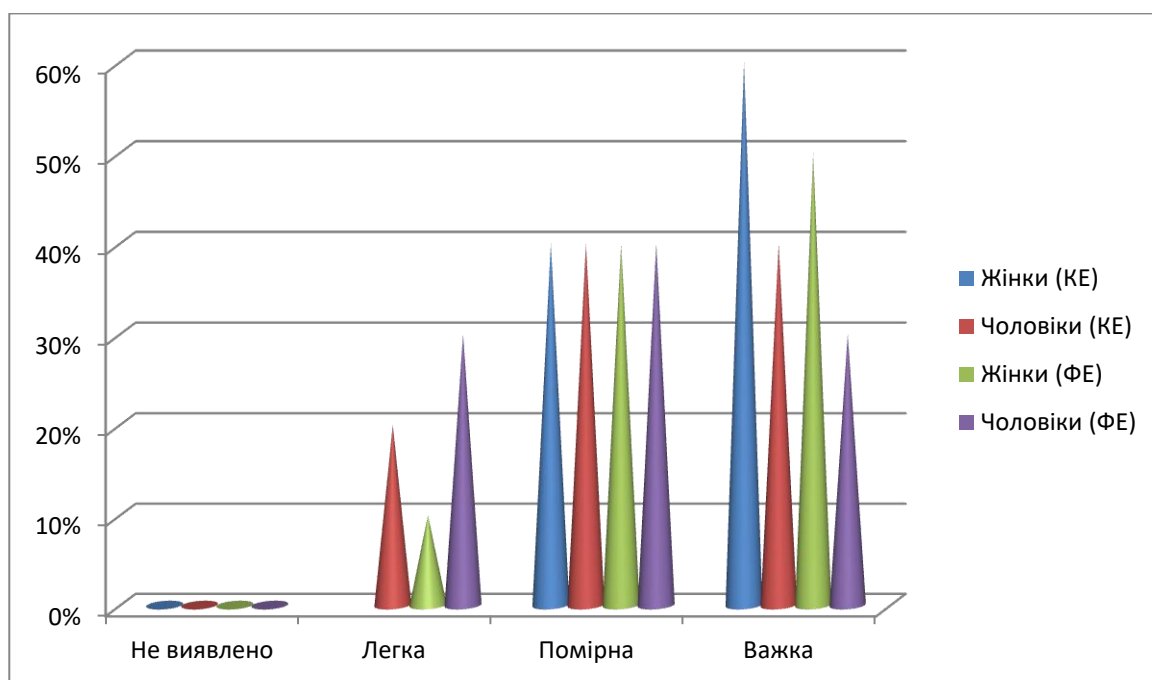


Рис. 3.1 – Порівняльний аналіз показників рівня безнадійності пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою «Шкала безнадійності» А. Бека

При позначенні у діаграмі використовували такі позначення: КЕ – констатувальний експеримент; ФЕ – формувальний експеримент.

За результатами аналізу даних, отриманих після перевірки за діагностичною методикою «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона, ми виявили також зниження показника стресу у пацієнтів із післяопераційною депресією.

Високий рівень стресу тепер виявлено у 70% жінок та 30% чоловіків.

Середній рівень стресу виявлено у 30% жінок та 70% чоловіків

Низький рівень стресу не виявлено.

Такі показники свідчать про незначне зниження рівня стресу у пацієнтів із післяопераційною депресією. Це означає, що процес дії корекційних заходів, запропонованих у рамці програми, лише почав відбуватися. Депресія відзначається складністю у її лікуванні.

Порівняльні результати дослідження за методикою «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона зобразимо на рис. 3.2.

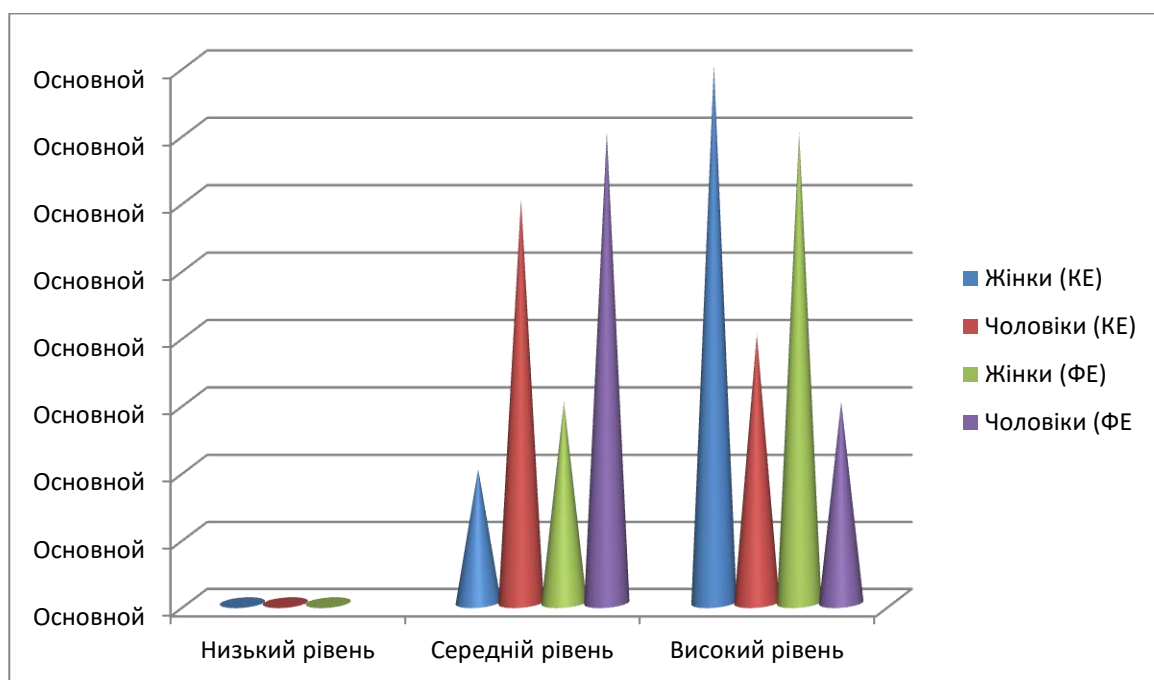


Рис. 3.2 - Порівняльний аналіз показників рівня стресу пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона

Ми бачимо, що рівень стресу знизився у 10% у чоловіків та жінок серед опитаних пацієнтів із післяопераційною депресією.

Провівши повторну діагностику пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою самооцінки стресостійкості (Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих), ми отримали такі результати:

- низький рівень стресостійкості мають 70% опитаних жінок та 30% чоловіків.
- середній рівень стресостійкості мають 30% жінок та 70% опитаних чоловіків.
- високий рівень стресостійкості у осіб, які приймали участь у дослідженні, не виявлено.

Порівняльні результати дослідження рівня стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою самооцінки стресостійкості (Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих) зобразимо на рис. 3.3.

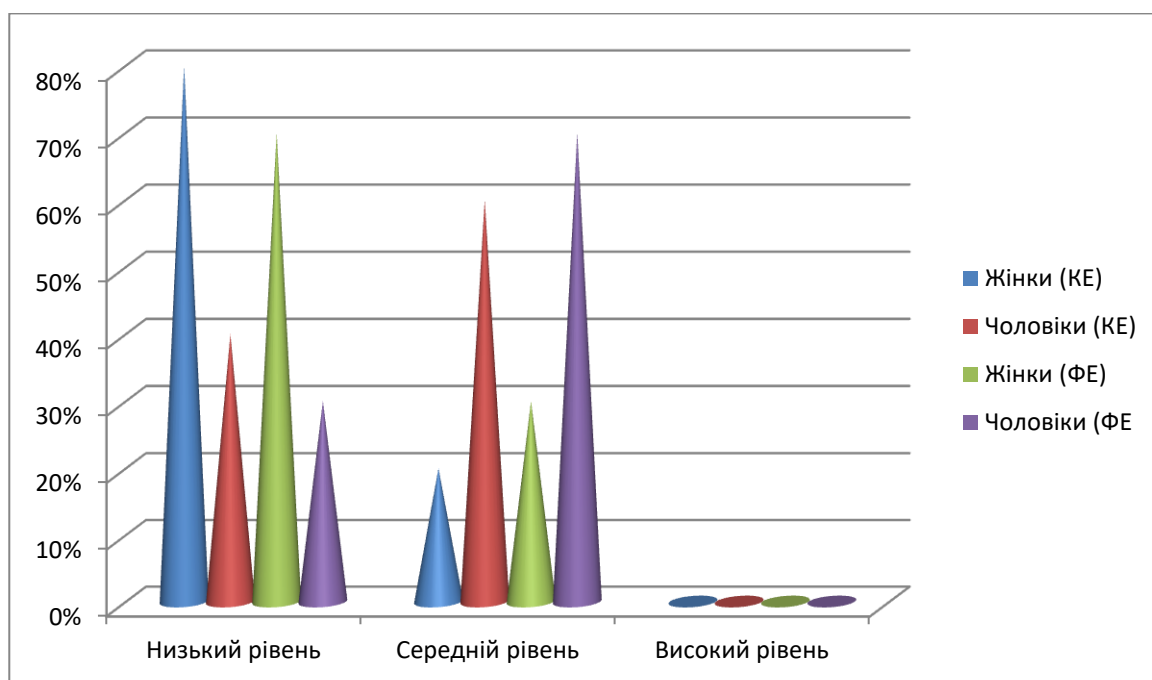


Рис. 3.3 - Порівняльний аналіз показників рівня стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією за методикою «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона

Результати повторної діагностики за даною методикою вказують на підвищення рівня стресостійкості у пацієнтів із післяопераційною депресією.

Результати формувального етапу експериментального дослідження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період дозволили нам розробити висновок про дієвість та ефективність використання психокорекційних заходів покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

Висновки до розділу 3

1. Організацію психологічної допомоги пацієнтам із післяопераційною депресією, необхідно здійснювати з урахуванням усієї специфіки їхнього соціального статусу та вікової категорії як у цілому, так і кожної людини окремо. Основними потребами пацієнтів із післяопераційною депресією можуть бути підтримка та розуміння з боку близьких людей, доступ до професійної психотерапевтичної допомоги, прийом антидепресантів за

рекомендацією лікаря, здоровий спосіб життя, включаючи збалансоване харчування, фізичну активність та відсутність шкідливих звичок, які можуть поглибити стан депресії. Особливості індивідуальної роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією, насамперед виявляються у консультуванні (кризовому, інформаційному, індивідуально-підтримуючому, мотиваційному). Консультативно-психокорекційна робота може виконуватися за допомогою таких видів як індивідуальна та групова корекція, тренінг. Групова консультативно-корекційна робота має свої специфічні особливості, які полягають у цілеспрямованому використанні групової динаміки, яка внаслідок взаємодії членів групи виникла між учасниками групи. Завдання консультативно-корекційної роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією обумовлені наявністю трьох складових самосвідомості: саморозуміння (когнітивна складова); ставлення до себе (емоційна складова); саморегуляція (поведінкова складова).

2. Розроблено програму оптимізації психічного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. Мета програми полягає у формуванні позитивних емоцій, саморозкритті, здатності до самоаналізу та розвитку духовних цінностей, пошуку гармонії внутрішнього середовища. Визначено принципи розроблення психологічної програми: об'єктивності і правдивості, науковості, опори на позитивне, національності, адресності та доступності інформації, послідовності й системності, природності, створення сприятливих умов. Програма розрахована на 37 годин групової роботи, складається із шести інтерактивних блоків вправ у відповідності компонентів особистісного благополуччя. Очікувані результати тренінгової програми: виявлення особистісних резервів чоловіків та жінок; набуття навичок: особистої само ефективності у реалізації власної діяльності впродовж життя; переживання особистісної гармонії; самореалізації; самооптимізації та активізації творчого потенціалу; отримання знань щодо зняття психоемоційної напруги, розумової та фізичної втоми; усвідомлення життєвих перспектив та можливостей впливу на свій життєвий шлях. I блок вправ призначений для розвитку та підвищення

усвідомлення особистісної здійсненності чоловіків та жінок. Час реалізації – 5 год. 40 хв. II блок вправ тренінгової програми спрямований на розвиток особистісної самоефективності. Тривалість реалізації – 5 год. 55 хв. III блок вправ тренінгової програми спрямований на поглиблення переживання особистісної гармонії. Час реалізації – 8 год. 15 хв. IV блок вправ спрямований на зниження рівня депресії. Час реалізації – 4 год. 50 хв. V блок вправ спрямований на розвиток стресостійкості. Час реалізації блоку – 4 год. 55 хв. VI блок вправ спрямований на активізацію розвитку і досягнень пацієнтів із післяопераційною депресією. Час реалізації блоку – 7 год. 25 хв. Виконання вправ, запропонованих у рамках тренінгу, надає можливість підвищити рівень оптимізації психічного стану пацієнтів із післяопераційною депресією, знизити рівень депресії.

3. Проаналізовано результати формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів щодо покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. Виявлено зниження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період на 10%. Рівень стресу знизився на 10% у обох групах респондентів. Рівень стресостійкості підвищився на 10%. Підтверджено гіпотезу проте, що рівень депресії залежить від рівня стресу. Результати формувального етапу експериментального дослідження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період дозволили нам розробити висновок про дієвість та ефективність використання психокорекційних заходів покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження виконано наступні завдання:

1. Проаналізовано теоретичні засади психологічних методів роботи з пацієнтами з післяопераційною депресією, зокрема охарактеризовано феномен депресії та психологічні особливості пацієнтів у післяопераційний період. З'ясовано, що депресія є складним явищем в психології, яке включає в себе почуття смутку, безнадії та відсутність інтересу до діяльності, яка колись приносила задоволення. Виявлено рівні проявів депресії: емоційний, фізіологічний, поведінковий, психічний. Визначено додаткові функції депресії: зниження здатності до концентрації уваги; занижена самооцінка і почуття невпевненості; образи провини і приниження; песимістичне бачення майбутнього; суїцидальні наміри або дії; безсоння і втрата апетиту. Визначено компоненти депресивних проявів: негативне ставлення до себе; негативний життєвий досвід; песимістичний погляд на майбутнє. Виявлено основні психологічні проблеми пацієнтів у післяопераційний період стрес і тривога. Психічні стани пацієнтів відображаються на емоційній, вольовій, пізнавальній діяльності. Визначено негативні психічні стани пацієнтів: безпорадність, безнадійність і приреченість; апатія; нудьга; очікування; туга; невиправдана надія. Встановлено наявність видів депресії пацієнтів у післяопераційний період: психогенна, ендогенна, ажитована, резистентна. Визначено ознаки прояву післяопераційної депресії: емоційні, когнітивні, фізіолого-вегетативні; поведінкові/моторні.

2. Охарактеризовано напрямки роботи психолога із пацієнтами із післяопераційною депресією: створення психофізіологічних умов, комфортних для перебування як у медичному закладі, так і вдома; формування доброзичливого ставлення; підтримання атмосфери прийняття та захисту; розширення взаємної довіри; розвиток самостійності; розроблення стратегії роботи; оволодіння здатністю постановки мети; формування пізнавальної діяльності; розширення здатності розуміння потреб; визначення причини

депресії; здатність контролю та подолання депресії та ін. Визначено засоби подолання депресії: психотерапія; медикаментозна терапія; зміни способу життя. Визначено основні напрямки психотерапії у роботі з пацієнтами у післяопераційний період: КПТ, гештальт-терапія, психодинамічна терапія, арт-терапія, групова терапія. Охарактеризовано принципи гештальттерапії: «тут і зараз»; цілісності; неперервного спостереження. Визначено методи арттерапії: казкотерапія, ігротерапія, пісочна терапія, танцювальна терапія, кольоротерапія, драма терапія, музикотерапія, лялько терапія, фототерапія. Окреслено напрямки групової терапії: створення атмосфери підтримки; відкритого спілкування; навчання механізмам подолання депресії; заохочення до активності; забезпечення психоосвіти; моніторинг прогресу; співпраця.

3. Окреслено організаційні аспекти та етапи проведення експериментального дослідження психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. Визначено завдання експериментального дослідження: визначення рівня депресії пацієнтів із у післяопераційний період; визначення рівня стресу пацієнтів із післяопераційною депресією; визначення рівня стресостійкості пацієнтів із післяопераційною депресією; підтвердження дієвості використання психокорекційної процедури для покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. Встановлено етапи експериментального дослідження: проведення констатувального експерименту; розробка програми психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією; проведення формувального експерименту; статистичний аналіз отриманих даних та порівняння отриманих результатів експериментального дослідження з метою визначення ефективності проведеної програми психокорекційних заходів щодо покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. Обрано методики експериментального дослідження: шкала безнадійності А. Бека; методика «Схильність до стресу» Дж. Дженкінсона; тест самооцінки стресостійкості (авт. С. Коухен і Г. Вілліансон, адапт. Ю. В. Щербатих). Виявлено високий, помірний та легкий рівні депресії. Встановлено, що жінки

мають більшу схильність до депресії. Визначено високий та середній рівень стресу, а також високий та середній рівень стресостійкості. Встановлено вплив стресу на формування депресії. Виявлено необхідність проведення роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією у напрямку зниження рівня депресії та підвищення рівня стресостійкості.

4. Визначено ефективність використання психокорекційних методів покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. Розроблено та апробовано програму оптимізації психічного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. Визначено мета програми: формування позитивних емоцій, саморозкриття, здатність до самоаналізу та розвитку духовних цінностей, пошук гармонії внутрішнього середовища. Проаналізовано результати формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів щодо покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією. Виявлено зниження рівня депресії пацієнтів у післяопераційний період, зниження рівня стресу, підвищення рівня стресостійкості. Підтверджено гіпотезу проте, що рівень депресії залежить від рівня стресу. За результатами формувального етапу експериментального дослідження розроблено висновок про дієвість та ефективність використання психокорекційних заходів покращення психоемоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією.

5. Розроблено рекомендації для практичних спеціалістів для покращення емоційного стану пацієнтів із післяопераційною депресією: індивідуальний підхід; використання індивідуальної та групової форми роботи у консультативно-корекційній роботі. Визначено завдання консультативно-корекційної роботи з пацієнтами із післяопераційною депресією обумовлені наявністю трьох складових самосвідомості: саморозуміння (когнітивна складова); ставлення до себе (емоційна складова); саморегуляція (поведінкова складова).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ковальська О. Україна стала лідером у світі за рівнем депресії: у ВООЗ назвали шокуючу кількість випадків. Експрес: сайт. 12.03.2024. URL: <https://expres.online/podrobitsi/ukraina-stala-liderom-u-sviti-za-rivnem-depresii-u-vooz-nazvali-shokuyuchu-kilkist-vipadkiv> (дата звернення: 15.05.2025).
2. Бродовська В. Й. Тлумачний психологічний словник психологічних термінів в українській мові: Словник / В. Й. Бродовська, І. П. Патрик, В. Я. Яблонко. 2-е вид. Київ: ВД Професіонал, 2005. 224 с.
3. Радул І. Г. Депресивність як психологічний феномен. Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр.. Ін-ту психології ім.. Г.С.Костюка НАПН України. Т. ІХ. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Київ-Ніжин: ПП Лисенко 2018. Вип.11. С. 163-172.
4. Андрієвська В. В. Г.С. Костюк – особистість, вчений, громадянин: До 110-ї річниці від дня народження / За ред. С. Д. Максименка. Київ: Ніка-Центр, 2010. 214 с.
5. Louзн А. Depressyja y telo. ЭКСМО – Press, 2002. 384 р.
6. Бродовська В. Й. Тлумачний психологічний словник психологічних термінів в українській мові: Словник / за ред. В. Й. Бродовська, І. П. Патрик, В. Я. Яблонко. 2-е вид. Київ: ВД Професіонал, 2005. 224 с.
7. Бортнікова О. Г., Охріменко І. М., Тодорова І. С. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. *Соціально-правові студії*. 2021. Вип. 1 (11). С. 163-172.
8. МК-10-АМ. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд, Австралійська модифікація. Табличний перелік. Вид. 10. 01.07.2017 р. URL: https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/Klasyfikator_xvorob_ta_sporidnenyx_problem_oxorony_zdorovya_NK_0252019.pdf (дата звернення: 15.05.2025).

9. Орос М. М., Сіткарь А. Порівняльний аналіз поширеності депресії серед відносно здорових та хворих людей. *Здоров'я України*. 2016. № 3 (38). С. 50-52.
10. Пасічняк Н. І., Матейко Н. М. Психологічні особливості депресивних розладів. *Актуальні проблеми сучасної психології*. 2017. Вип. 2. С. 27-31.
11. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник МНУ імені В.О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2016. № 1(16). С. 77-81.
12. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних, стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Харків: Вид-во Університету внутрішніх справ, 2000. 268 с.
13. Бігун Н. І. Б59 Психологічні умови особистісного розвитку підлітків з депресивними розладами: монографія. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори. 2011. 160 с.
14. Борисенко Л. Л., Корват Л. В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка, Психологія, Медицина*. 2022. № 9(14). С. 53-65.
15. Федік І. В. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посіб. Київ: ДП Вид. дім Персонал, 2017. 126 с.
16. Hell D. Landshaft depressy ;per. s nem. Y.Ja. Sapozhnykovej: Aleteja,1999. 280 p.
17. Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності / за ред. В. Бабич; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.
18. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. *НейроNews*. Львів. 2008. Вип. 6. С. 113-115.
19. Beck A.T. Depressive neurosis // Amer. Hanbd. Hsychiatry. New York, 1974, Vol. 3. P. 61-90.
20. Криворучко Л. Що таке післяопераційна депресія і як з нею впоратися? LIGA.net. Сайт. 16.09.2020. URL: <https://life.liga.net/porady/cards/что-такое-послеоперационная-депрессия-и-как-с-ней-справится> (дата звернення: 16.05.2025).

21. Загальна психологія: підручник / за заг. ред. акад. Максименка. 2-ге вид., перероб. і допов. Вінниця: Нова Книга, 2004. 704 с.

22. Юрченко В. М. Психічні стани людини: системний опис: монографія. Рівне: б.в., 2006. 574 с.

23. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності: підручник. Київ: Ельга, Ніка-Центр, 2003. 400 с.

24. Варій М. Й. Психологія особистості: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 592 с.

25. Веракіс. А .І., Завалевський. Ю. І. Основи психології: навч. посіб. Київ: Р.И.Ф., 2015, 415 с.

26. Дудник О. А. Набута безпорадність та депресія: особливості взаємозв'язку. *Психологічний журнал*. 2021. № 7. С. 37-45.

27. Чому ми відчуваємо безпорадність: психологічне пояснення та шляхи подолання. Менталзон. Сайт. URL:

<https://mentalzon.com/uk/post/3701/%D1%87%D0%BE%D0%BC%D1%83-%D0%BC%D0%B8-%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%87%D1%83%D0%B2%D0%B0%D1%94%D0%BC%D0%BE-%D0%B1%D0%B5%D0%B7%D0%BF%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B5-%D0%BF%D0%BE%D1%8F%D1%81%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F-%D1%82%D0%B0-%D1%88%D0%BB%D1%8F%D1%85%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F> (дата звернення: 17.05.2025).

28. Abramson L. Y., Seligman M.E.P., Teasdale J. D. (1978). Learned helplessness in humans : critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 87. №. 1. P. 18-25.

29. Максименко С. Д. Психогенний потенціал особистості: монографія. 2021. Т. 1. 744 с.
30. Проша В. О., Сова М. О. Психологічні особливості деструктивного впливу поведінки засуджених жінок в місцях позбавлення волі. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2016. Вип. 4. С. 188-193.
31. Галян. І. М. Психологічні особливості особистості, що перебуває у кризовому стані. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матер. V Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Суми, 28 лютого-1 березня 2019 р.). Суми, 2019. С. 42-44.
32. Федоренко Р. П. Психологія суїциду: навч. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 492 с.
33. Лукашенко (Галич) М. Ю. Особливості емоційних станів поліцейських - учасників операції об'єднаних сил. *Znanstvena misel journal*. 2020. № 40/2 (63). С. 59-63.
34. Frankl V. The will to meaning: foundations and applications of logotherapy. New York: Plume press, 1969. 181 p.
35. Bugental J. F. T. The Search for Authenticity: An existential-analytic approach to psychotherapy. 2nd ed. enlarged. New York: Irvingston publs., 1981. 477 p.
36. Maddi S. R. The search for meaning // The Nebraska symposium on motivation 1970 / W.J.Arnold, M.H.Page (Eds.). Lincoln: University of Nebraska press, 1971. P. 137-186.
37. Вітенко І. С. Психологічні основи лікувально-профілактичної діяльності та підготовки лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Харків: Золоті сторінки, 2002. 392 с.
38. Що потрібно знати про депресію. MozOk. Сайт. URL: <https://mozok.ua/depressiya/article/3975-klchn-varanti-depres> (дата звернення: 16.05.2025).

39. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк, 2011. 430 с.

40. Синишина В. Прояви впливу професійного стресу на психологічну стійкість в особливих умовах діяльності. С. 239-244. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/38590/1/%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%AF%D0%92%D0%98%20%D0%92%D0%9F%D0%9B%D0%98%D0%92%D0%A3%20%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%A4%D0%95%D0%A1%D0%86%D0%99%D0%9D%D0%9E%D0%93%D0%9E%20%D0%A1%D0%A2%D0%A0%D0%95%D0%A1%D0%A3.pdf> (дата звернення: 16.05.2025).

41. Як позбутись депресії: поради фахівця. МОЗ України: офіційний сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/jak-pozbutis-depresii-poradi-fahivcja> (дата звернення: 16.05.2025).

42. Мушкевич М. І. Основи психотерапії: навч. посіб. / за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк: Вежа-Друк, 2017. 420 с.

43. Психотерапія депресії: когнітивно-поведінковий підхід. International institute of psychology. Сайт. URL: <https://www.psychologyed.org/kptdepressionua> (дата звернення: 16.05.2025).

44. Халік О. О. Можливості корекції тривожності як чинника дезадаптації у практичних психологів–початківців. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Вип.9. С. 700-711.

45. Тарапата І., Тимків Л. Арттерапія як засіб подолання страху у дітей дошкільного віку. *Молодий вчений*. 2019. № 10. С. 114-119.

46. Вознесенська О. Л. Арт-терапія як засіб психосоціального відновлення особистості. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки: Зб. наук. праць. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка. 2015. № 3 (29). С. 40-47.

47. Психодинамічний підхід. HoldYou. Сайт. URL: <https://holdyou.net/page/psihodinamchnij-pdhd> (дата звернення: 17.05.2025).

48. Гештальт терапія. HoldYou. Сайт. 27.03.2024. URL: <https://holdyou.net/news/geshtalt-terapya> (дата звернення: 17.05.2025).
49. Групова психотерапія депресії – взаємна підтримка та одужання. Psychologist: психологічна допомога. Сайт. URL: <https://psychologist.com.ua/grupova-psixoterapiya-depresii-vzaemna-pidtrimka-ta-oduzhannya-efektivnij-metod-likuvannya/> (дата звернення: 18.05.2025).
50. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження: методологічні поради молодтим науковцям: навч. метод. посіб. Вінниця: ДОВ «Вінниця», 2008. 278 с.
51. Шкала безнадійності Бека інтерпретація. URL: <https://bankabar.com.ua/shkala-beznadijnosti-beka-interpretaciya/> (дата звернення: 15.05.2025).
52. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
53. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.
54. Шпак М. М. Стресостійкість особистості в дискурсі сучасних психологічних досліджень. *Габітус*. 2022. Вип. 39. С. 199–203.
55. Рудкевич Н.І. Методика соціально-педагогічної роботи: навч.-метод. посіб. Львів: Растр-7, 2021. 324 с.
56. Максимова Н.Ю., Грись А.М., Манілов І.Ф. Методи роботи з девіантами в умовах сучасного соціокультурного середовища: метод. рекомендації / за ред. Н.Ю. Максимової. Київ: Педагогічна думка, 2015. 91 с.
57. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки: курс лекцій. 2006. URL: <https://subject.com.ua/psychology/deviant/6.html> (дата звернення: 18.05.2025).
58. Психологія воєнного часу: що робити з війною всередині нас. УКРІНФОРМ URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-ato/3421115->

psiologiavoennogo-casu-so-robiti-z-vijnou-vseredini-nas.html (дата звернення: 05.05.2025).

59. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання: навч. посіб. Київ: Вища школа, 2004. 679 с.

60. Андросович К. А. Визначення тренінгу в сучасній психології: Матер. VII міжнар. наук.-практ. конф. «Проблеми емпіричних досліджень у психології», (м. Київ, 5–6 груд. 2013 р.). Вип. 2. Київ: ОВС, 2013. С. 16–20.

61. Комплексний соціально-психологічний тренінг 1. URL: <https://allreferat.com.ua/uk/psuhologiya/kontrolnaya/4658> (дата звернення: 13.05.2025).

62. Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. Психологія: теорія і практика: зб. наук. праць / за ред. О. І. Корнієнко. Мукачево: РВВ МДУ, 2018. Вип. 1(1). С. 112-119.

63. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. та ін. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с

64. Карпенко Є. В. Основи психотренінгу: навч. посіб. Дрогобич: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 78 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

ШКАЛА БЕЗНАДІЙНОСТІ А. БЕКА

На кожне з нижчеперелічених запитань, ви можете відповісти «ПРАВИЛЬНО» або «НЕПРАВИЛЬНО», за що отримаєте відповідну кількість балів.

- 1.Я чекаю на майбутнє з надією та ентузіазмом;
- 2.Мені час здатися, адже я нічого не можу змінити на краще;
- 3.Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може бути постійно;
- 4.Я не можу уявити, яким буде моє життя за 10 років;
- 5.У мене достатньо часу, щоб завершити справи, якими я найбільше хочу займатися;
- 6.В майбутньому я сподіваюся досягти успіху в тому, що мені найбільше подобається;
- 7.Майбутнє уявляється мені в п'тьмі;
- 8.Я сподіваюся отримати від життя більше хорошого, ніж середньостатистична людина;
- 9.У моєму житті немає ніяких просвітів, як і причин сподіватися, що незабаром вони з'являться;
- 10.Мій попередній досвід добре підготував мене до майбутнього;
- 11.Все, що я бачу попереду, – швидше, неприємності, ніж радості;
- 12.Я не сподіваюся досягти того, чого дійсно хочу;
- 13.Коли я дивлюся в майбутнє, то сподіваюся бути щасливішим, ніж зараз;
- 14.Справи йдуть не так, як мені хочеться;
- 15.Я вірю у своє майбутнє;
- 16.Я ніколи не досягаю того, чого хочу. Тому вважаю, що хотіти чогось – нерозумно;
- 17.Малоймовірно, що в майбутньому я отримаю реальне задоволення;
- 18.Майбутнє уявляється мені розпливчастим і невизначеним;
- 19.У майбутньому на мене чекає більше хороших днів, ніж поганих;
- 20.Марно намагатися отримати те, чого я хочу, тому що, ймовірно, я цього не доб'юся.

Підрахунок балів

Залежно від вибраної вами відповіді, ви отримуєте 1 або 0 балів. У таблиці зазначено варіанти відповідей, які оцінюються в 1 бал. Відповідно, вибираючи протилежний варіант, ви не набираєте жодного.

1. Неправильно – 1 бал

2. Вірно – 1 бал
3. Неправильно – 1 бал
4. Вірно – 1 бал
5. Неправильно – 1 бал
6. Вірно – 1 бал
7. Вірно – 1 бал
8. Неправильно – 1 бал
9. Вірно – 1 бал
10. Неправильно – 1 бал
11. Вірно – 1 бал
12. Вірно – 1 бал
13. Неправильно – 1 бал
14. Вірно – 1 бал
15. Неправильно – 1 бал
16. Вірно – 1 бал
17. Вірно – 1 бал
18. Вірно – 1 бал
19. Неправильно – 1 бал
20. Вірно – 1 бал.

Інтерпретація результатів

- ☐ 0–3 бали – безнадію не визначено;
- ☐ 4–8 балів – безнадія легка;
- ☐ 9–14 балів – безнадія помірна;
- ☐ 15–20 балів – безнадія важка.

ДІАГНОСТИКА СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЗА ДЖ.ДЖЕКІНСОНОМ

Тест складається з 21 питання (див. додаток № 4). Інструкція.

Відповідайте на запропоновані нижче питання, використовуючи наступні варіанти відповідей: а) «так», б) «щось середнє», в) «ні»

1. Чи дуже важка й напружена ваша робота?
2. Чи часто вам доводиться затримуватися на роботі або вдома займатися справами, пов'язаними з роботою?
3. Чи відчуваєте ви, що вам постійно не вистачає часу?
4. Чи часто вам доводиться поспішати, щоб впоратися із справами?
5. Чи відчуваєте ви нетерпіння, коли бачите, що хтось виконує роботу повільніше, ніж ви самі могли б це зробити?
6. Чи часто ви закінчуєте думку співрозмовника до того, як він закінчив говорити?
7. Якщо вам доводиться чекати когось, ви відчуваєте нетерпіння?
8. Якщо ви відчуваєте нетерпіння або роздратування, то чи важко вам це приховати?
9. Чи часто вас виводить із себе очікування у чергах?
10. Чи часто у вас виникає відчуття, що час тече дуже швидко?
11. Чи вважаєте ви за краще піти (виїхати) якнайшвидше, щоб зайнятися більш важливими справами?
12. Ви майже завжди робите все швидко?
13. Чи прагнули ви бути у всьому першим і кращим?
14. Чи вважаєте ви себе людиною дуже енергійною, наполегливою?
15. Чи вважають люди, які знають вас, що ви ставитеся до роботи дуже серйозно?
16. Чи часто буває, що слухаючи співрозмовника, ви продовжуєте думати про свої справи?
17. Чи часто ваш чоловік або близькі люди просять вас менше займатися справами і приділяти більше часу собі і сім'ї?
18. Чи прикладаєте ви всі зусилля, щоб перемогти в грі, спорті тощо?
19. Чи вважають люди, які знають вас, що ви живете мирно та спокійно?
20. Чи часто ви думаєте про роботу веселощами та цю вихідні дні?

Обробка результатів.

Підрахуйте суму балів: кожна відповідь «так» - 2, «щось середнє» - 1, «ні» - 0. По 21 питанню підрахунок зворотній.

Норми: - до 9 балів низька піддаваність стресу, тип В. від 9 до 12 балів - перехід до типу В.

від 13 до 15 балів - нейтральна зона. від 16 до 25 балів - перехід до типу А.

від 26 до 42 балів - висока піддаваність стресу, тип А.

ТЕСТ САМООЦЕНКИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТІ (С.КОУХЕНА І Г.ВИЛЛИАНСОНА)

Прочитайте запитання і виберіть найбільш підходящу відповідь.

1. Наскільки часто несподівані неприємності виводять вас із рівноваги?
Ніколи - 0. Майже ніколи - 1. Іноді - 2. Досить часто - 3. Дуже часто - 4.
2. Наскільки часто вам здається, що найважливіші речі у вашому житті виходять з-під вашого контролю?
Ніколи - 0. Майже ніколи - 1. Іноді - 2. Досить часто - 3. Дуже часто - 4.
3. Як часто ви відчуваєтеся «знервованим», пригніченим?
Ніколи - 0. Майже ніколи - 1. Іноді - 2. Досить часто - 3. Дуже часто - 4.
4. Як часто ви відчуваєте впевненість у своїй здатності впоратися зі своїми особистими проблемами?
Ніколи - 4. Майже ніколи - 3. Іноді - 2. Досить часто - 1. Дуже часто - 0.
5. Наскільки часто вам здається, що все йде саме так, як ви хочете? Ніколи - 4. Майже ніколи - 3. Іноді - 2. Досить часто - 1. Дуже часто - 0.
6. Як часто ви здатні контролювати роздратування?
Ніколи - 4. Майже ніколи - 3. Іноді - 2. Досить часто - 1. Дуже часто - 0.
7. Наскільки часто у вас виникає відчуття, що вам не впоратися з тим, що від вас вимагають?
Ніколи - 0. Майже ніколи - 1. Іноді - 2. Досить часто - 3. Дуже часто - 4.
8. Чи часто ви відчуваєте, що вас супроводжує успіх?
Ніколи - 4. Майже ніколи - 3. Іноді - 2. Досить часто - 1. Дуже часто - 0.
9. Як часто ви злитися з приводу речей, які ви не можете контролювати?
Ніколи - 0. Майже ніколи - 1. Іноді - 2. Досить часто - 3. Дуже часто - 4.
10. Чи часто ви думаєте, що накопичилося стільки труднощів, що їх неможливо подолати?
Ніколи - 0. Майже ніколи - 1. Іноді - 2. Досить часто - 3. Дуже часто - 4.

Інтерпретація результатів тесту. обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку суми балів набраних випробовуваним з усіх питань тесту. Стресостійкість визначається за таблицею наведеною нижче на підставі кількості балів, набраних випробовуваним і його віку.

Оцінка стресостійкості	Вік			
	18-29	30-44	45-54	55-56
Відмінно	0,5	2,0	1,8	1,3
Добре	6,8	6,0	5,7	5,2
Посередньо	14,2	13,0	12,6	11,9
Погано	24,2	2,3	22,6	21,9
Дуже погано	34,2	33,0	12,3	31,8