

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Ставлення до здоров'я у осіб з іпохондричними проявами**

*Кваліфікаційна робота*

Студента 4 курсу ОР Бакалавр  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітня програма «Психологія»)

**Попка Дмитра Володимировича**

Науковий керівник:

доктор філософії у галузі психології асистент  
кафедри психодіагностики та клінічної  
психології

**Вакуленко Юлія Віталіївна**

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2**

**Протокол №\_\_\_ від\_\_\_\_\_ року**

**Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології**

\_\_\_\_\_ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

**Київ - 2023**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ОСІБ З ІПОХОНДРИЧНИМИ ПРОЯВАМИ.....	8
1.1. Огляд публікацій щодо іпохондричних розладів та скарг.....	8
1.2. Моделі цінностей та переконань щодо здоров'я та турботи про нього.....	12
1.3. Трансформація ставлення до здоров'я у осіб з іпохондричним станом.....	16
Висновки до розділу 1.....	18
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ОСІБ З ІПОХОНДРИЧНИМИ ПРОЯВАМИ.....	20
2.1. Дизайн емпіричного дослідження: операціоналізація та характеристика вибірки.....	20
2.2. Обґрунтування підбраного діагностичного інструментарію.....	24
Висновки до розділу 2.....	29
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ОСІБ З ІПОХОНДРИЧНИМИ ПРОЯВАМИ.....	31
3.1. Обробка та аналіз результатів емпіричного дослідження.....	31
3.2. Модель цінностей та переконань щодо здоров'я та турботи про нього у осіб з іпохондричними проявами.....	40
Висновки до розділу 3.....	43
ВИСНОВКИ.....	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Переживання пов'язані з можливістю мати серйозне захворювання, незважаючи на те, що фізичні симптоми відсутні або є легкими – характерний прояв тривоги. Зокрема, іпохондричні стани свідчать про дестабілізацію самосприйняття особистості. Відповідно, ставлення до власного здоров'я та заходів, що необхідні для турботи про здоров'я у особистості з означеним станом суттєво змінюється. Згідно з даними представленими в останніх публікаціях, особа, що страждає від надмірного занепокоєння власним здоров'ям схильна надмірно стежити за станом свого тіла, шукати докази хвороби, часто звертатися до медичних працівників чи брати участь у повторних медичних обстеженнях. У свою чергу, подібні дії є причиною непотрібних медичних втручань, що збільшують видатки на охорону здоров'я та знижують якість життя. Ми припускаємо, що модифікації у системі цінностей особистості та коригування моделі здоров'я можуть слугувати протективним фактором для психічного стану особистості. Передусім, представлена робота є важливим кроком для розуміння основоположних установок і переконань, які сприяють розвитку та підтримці іпохондричного стану. Особистість, що переживає приступи тривоги щодо здоров'я часто має характерні усталені погляди відносно здоров'я та хвороби, які сприяють надмірному занепокоєнню. Наприклад, може вважати, що будь-який фізичний симптом є ознакою серйозної хвороби або що раннє виявлення захворювання має важливе значення для ефективного лікування. Означені переконання є суттєво відмінними з позиції адекватної моделі ставлення до здоров'я, проте деталізація цих установок для клініцистів має суттєве значення. Особи, що страждають від іпохондрії можуть відчувати загострення симптомів або рецидив у відповідь на певні тригери, такі як

серйозне захворювання члена сім'ї чи друга або висвітлення в ЗМІ спалахів хвороби, що особливо актуально з огляду на стресогенний контекст, в якому існують українські громадяни останні роки. Вивчення ставлення до здоров'я може допомогти визначити тригери, що впливають на особистість загалом та розробити стратегії покращення соціальної безпеки населення.

Очевидно, що різні погляди та переконання щодо здоров'я та хвороби можуть вимагати різних варіантів допомоги. Наприклад, доведено, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективною в лікуванні тривожно-фобічних станів шляхом вирішення основних установок і переконань, які сприяють надмірному занепокоєнню та тривожності. Деяким пацієнтам може знадобитися додаткова допомога, наприклад, навчання обмежувати кількість медичних обстежень або інтервенції на рівні уважності, щоб допомогти впоратися з тривогою. Проте система охорони здоров'я в Україні не має достатніх ресурсів, щоб убезпечити осіб з означеними порушеннями. Особистість з високим рівнем тривоги щодо хвороби частіше переживає негативний досвід взаємодії з медичними працівниками державного сектору. Зокрема, відчуваючи зневагу та відсутність підтримки. Тенденцією в суспільстві є пошук допомоги у членів родини та друзів частіше, ніж у фахівців медичного спрямування, що свідчить про суттєвий розрив між потребами суспільства та ресурсами медичних установ. Відповідно, дана робота може слугувати основою для вирішення означеної проблеми шляхом роботи з ціннісною сферою особистості, як наріжним каменем у питанні турботи про власне здоров'я.

Теоретико-методологічною основою для даного дослідження стали роботи наступних авторів: І. Грін, І. Мьорфі, Дж. Лау, М. Коста (дослідження моделі ставлення до здоров'я); Дж. Ньюбі, С. Пендей, Е. Чаппел, Т. Скерелла (аналіз іпохондричних розладів та симптоматики); М. Брігіт, Н. Файнберг, С. Мусаві, К. Джін (дослідження іпохондрії як кількісного показника); І. Ланглей, С. Арнез, Кс. Ду (особливості переконань щодо

здоров'я, що пов'язані з тривогою про хворобу).

**Мета роботи** полягає у формуванні моделі ставлення до здоров'я осіб, що мають іпохондричні переживання.

Відповідно до мети було сформовано наступні **завдання**:

1. Визначити характерні відмінності у вияві переконань щодо здоров'я та турботи про здоров'я у осіб з іпохондричними проявами та без них;

2. Встановити ймовірні особистісні предиктори ставлення до здоров'я означеної групи досліджуваних;

3. Сформувати прогностичну модель ставлення до здоров'я досліджуваних, що мають схильність до іпохондричних переживань.

**Об'єкт дослідження:** ставлення до здоров'я.

**Предмет дослідження:** ставлення до здоров'я у осіб з іпохондричними проявами.

**Методи дослідження.** Ми спиралися на систему загально-наукових та клінічних методів, зокрема, теоретичне дослідження проведено послуговуючись індуктивним підходом, теоретичним аналізом та моделюванням. Емпіричний етап роботи втілено за допомогою методу психологічного опитування. Отримані дані опрацьовано за використання таких методів статистичних критеріїв: Шапіро-Уїлкі, Лівена, Мана-Уїтні, Ст'юдента та Пірсона. Зазначимо, що збір даних було реалізовано за використання наступних методів:

1. Шкала «Соматизація тривоги» Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника;

2. Опитувальник «Ставлення до здоров'я» Р. Березовської;

3. «Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я»;

4. П'ятифакторний опитувальник особистості Х. Тсуйї (5PFQ).

**Емпірична база дослідження.** Вибірку сформовано за допомогою тематичних груп у соціальних мережах, в яких поширено посилання на опитувальник. Ті з респондентів, хто завершив опитування за

шкалою «Соматизації тривоги», отримали запрошення долучитися до другої частини дослідження. До роботи було залучено 43 особи, що мали прояви іпохондрії та 43 особи, що не мали відповідних проявів. Вік досліджуваних у групі від 24 до 56 років, середній вік за вибіркою 31,2.

Розподіл чоловіків та жінок: 23% та 77% відповідно.

**Новизна дослідження.** Хоча були проведені деякі дослідження ставлень і переконань, які сприяють підвищенню тривоги щодо здоров'я, ще багато чого потрібно дізнатися про основні механізми та фактори, які сприяють розвитку та підтримці розладу. Дослідження ставлення до здоров'я у пацієнтів з іпохондричними станами може сприяти ширшому розумінню зв'язку між психічним і фізичним здоров'ям. Краще розуміючи погляди та переконання, які сприяють надмірному занепокоєнню щодо здоров'я, медичні працівники можуть розробити більш комплексні підходи до догляду, які вирішують проблеми як психічного, так і фізичного здоров'я. Це є новим і перспективним напрямком для досліджень у сфері психічного здоров'я та охорони здоров'я в цілому.

**Теоретична та прикладна цінність.** Дослідження ставлення до здоров'я стають все більш важливими у світлі пандемії COVID-19. Пандемія висунула питання, пов'язані зі здоров'ям та хворобами, на перший план громадської свідомості, що може посилити симптоми іпохондрії або спровокувати початок іпохондричного розладу в осіб, які раніше були безсимптомними. Більш того, період повномасштабної війни сприяє дестабілізації стану осіб, що схильні до надмірної тривожності. Таким чином, дослідження ставлення до здоров'я осіб з означеними проявами у контексті актуальних соціокультурних трансформацій матиме значення для працівників галузі охорони здоров'я. Зростає визнання важливості персоналізованих і орієнтованих на пацієнта підходів до охорони здоров'я. Розуміння ставлення до здоров'я та хвороби може допомогти медичним

працівникам розробити індивідуальні заходи, які краще відповідають потребам і перевагам окремих пацієнтів.

**Структура роботи.** Дипломна робота містить вступ, 3 розділи, висновки до кожного з розділів, загальні висновки, список використаної літератури (60 найменувань, з них 15 – українською мовою). Повний обсяг дипломної роботи становить 51 сторінок, основний зміст роботи викладено на 42 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 5 таблиць, загальним обсягом 4 сторінки; 3 рисунки загальним обсягом 2 сторінки.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В ОСІБ З ІПОХОНДРИЧНИМИ ПРОЯВАМИ

### 1.1. Огляд публікацій щодо іпохондричних розладів та скарг

Концепція іпохондрії зазнала значних трансформацій, еволюціонуючи від аморфного терміну, пов'язаного з меланхолією та істерією, до визнаного медичного стану з чітко визначеними критеріями та підходами до лікування. Цей огляд актуальних досліджень спрямований на висвітлення історичної траєкторії дослідження іпохондрії, простежуючи його витоки та сучасні концептуалізації. Термін «іпохондрія» етимологічно сформовано у Стародавній Греції, позначаючи певну анатомічну область під хрящем ребер. Однак, в 17 столітті, Роберт Бертон у своїй праці «Анатомія меланхолії» пов'язав іпохондрію з «меланхолійними захворюваннями», що походять з області підребер'я [24]. У 19 столітті іпохондрію почали визнавати як окремий психічний розлад, що характеризується надмірною турботою про здоров'я, часто без будь-яких основних фізичних захворювань [2]. Тенденція до постулювання ідеї «нервових розладів», поклала початок більш сучасному розумінню іпохондрії як спектру. Примітно, що Зигмунд Фрейд пов'язував іпохондрію з неврозом і тривогою [2].

1952 року був опублікований «Діагностичний і статистичний посібник психічних розладів» (DSM), який надав офіційне визначення іпохондрії як психічного розладу. Подальші перегляди, такі як DSM-III (1980), класифікували іпохондрію як «соматоформний розлад», підкріплюючи уявлення про надмірні страхи, пов'язані зі здоров'ям, за відсутності діагностованих фізичних станів. У 2013 році DSM-5 перевизначив іпохондрію як два окремі стани: «тривожний розлад, пов'язаний із хворобою» (IAD) і «розлад соматичних симптомів» (SSD) [45]. Ця рекласифікація мала на меті висвітлити когнітивні аспекти розладу, а не зосереджуватися виключно на фізичних симптомах. Хоча цей перехід

відображає сучасне розуміння іпохондрії, тривають дебати щодо її найбільш прийнятної класифікації. Водночас, актуальними лишаються дослідження іпохондричних проявів як окремої психологічної категорії, а не цілісного клінічного діагнозу [3].

В останні десятиліття дослідження іпохондричних переживань значно розширилися. Зокрема, цьому сприяє прогрес у когнітивно-поведінковій терапії, що пропонує підхід до розуміння іпохондричного процесу як мисленневого [10]. Помітний зсув у бік акцентування уваги на когнітивних та емоційних аспектах тривоги за здоров'я, а не фокусування виключно на фізичних симптомах. Таким чином, іпохондричні прояви можуть формуватися як самостійна форма тривоги чи обсесії. Крім того, нейробіологічні дослідження набули актуальності, проливаючи світло на потенційні фізіологічні основи цього стану, що підвищує ефективність інтервенцій [12]. Наприклад, Ван де Хейвель з колегами виявили зміни у функціонуванні мережі головного мозку, що потенційно може сприяти неправильному тлумаченню тілесних відчуттів [7].

Численні публікації присвячені когнітивно-поведінковій моделі іпохондрії, які проливають світло на те, як когнітивні упередження, такі як катастрофізація у ставленні до здоров'я, можуть підтримувати тривогу за здоров'я. Систематичні огляди та мета-аналізи послідовно демонструють ефективність КПТ [9]. Такі книги, як «Подолання тривоги щодо здоров'я: позбавтеся свого страху перед хворобою» Кетрін Овенс і Мартіна Ентоні, є цінними ресурсами, надаючи клініцистам і пацієнтам стратегії самопомоги, засновані на принципах КПТ [44]. У той час як основоположна робота Варвік та Савковскіс набуває впливу, з'явилися сучасні уточнення та адаптації, які включають такі концепції як кіберхондрія, яка передбачає надмірний пошук інформації про здоров'я в Інтернеті [47]. У своїй роботі «Кіберхондрія та її зв'язок із тривогою щодо здоров'я та віруваннями у хворобу» автор акцентує увагу на ролі широкого доступу до інформації, пов'язаної зі здоров'ям, у формуванні

дезадаптивного переживання [27].

Особливої уваги набувають дослідження впливу пандемії COVID-19 на іпохондричні переживання. Так, фахівці підкреслюють, що пандемія може посилити іпохондричні занепокоєння, наголошуючи на важливості проактивних стратегій психічного здоров'я. Пандемія COVID-19 сильно вплинула на психічне здоров'я в усьому світі, включно з тими, у кого раніше були проблеми зі здоров'ям або іпохондричні симптоми [29]. Багато досліджень виявили помітне зростання тривоги за здоров'я під час пандемії COVID-19, навіть серед тих, хто раніше не відчував такої тривоги. Для людей з іпохондрією постійний приплив новин та інформації про здоров'я під час пандемії, схоже, загострив страхи, пов'язані зі здоров'ям [30].

Кілька досліджень висвітлили вплив підвищеної тривоги щодо здоров'я на поведінку під час пандемії. Страх перед інфікуванням COVID-19 призвів як до сприятливої поведінки, як-от краще дотримання вказівок у сфері охорони здоров'я, так і до потенційно шкідливої поведінки, як-от уникнення необхідної медичної допомоги через страх зараження [35]. Дослідження також були зосереджені на ефективності терапевтичних втручань у цей період. Цифрова когнітивно-поведінкова терапія (dCBT) є багатообіцяючою для вирішення загострених проблем зі здоров'ям під час пандемії [27]. Дослідження також підтверджують ефективність використання інтервенцій на основі усвідомленості, які можуть допомогти людям переносити невизначеність і керувати симптомами тривоги [27].

Значна увага приділялася ролі ЗМІ в ескалації тривоги за здоров'я. Постійне знайомство з тривожними новинами щодо ситуації з COVID-19 може сприяти підвищенню тривоги за здоров'я, особливо в тих, хто має іпохондричні нахили. Дослідження Мертнес та колег виявили, що часте знайомство з новинами, пов'язаними з пандемією, було пов'язане з вищим рівнем тривоги щодо здоров'я та занепокоєння щодо COVID-19 [32].

У нещодавніх працях було досліджено явище під назвою «фобія COVID-19». Ця концепція виходить за рамки тривоги за здоров'я та включає страх перед соціальним життям, зараженням, соціально-економічними

наслідками та ксенофобією, пов'язаною з пандемією [19]. Дослідження виявили, що люди з вищим ступенем фобії щодо COVID-19 частіше проявляють симптоми іпохондрії [21]. Дослідження показали, що люди з наявними тривожними станами або іпохондричними симптомами стикалися з більшим ризиком посилення стресу під час пандемії. Дослідження Пана та ін. продемонстрували позитивну кореляцію між початковим рівнем тривоги щодо здоров'я та страхами, пов'язаними з COVID-19 [35].

Підсумовуючи, пандемія COVID-19 підкреслила необхідність глибшого розуміння іпохондрії, особливо в кризових ситуаціях. Автор також підкреслив важливість розробки та впровадження ефективних цифрових втручань для осіб з іпохондричними симптомами. Висновки цього періоду дають важливу інформацію як для клініцистів, так і для дослідників, інформуючи про зусилля, спрямовані на пом'якшення впливу пандемії та майбутніх глобальних криз у сфері охорони здоров'я на психічне здоров'я [18].

## **1.2. Моделі цінностей та переконань щодо здоров'я та турботи про нього**

Одна з найперших і найбільш широко використовуваних теорій – модель ставлення до здоров'я (НВМ), припускає, що поведінка відносно здоров'я визначається особистими переконаннями щодо хвороби та доступними стратегіями для зменшення її появи. Модель включає кілька ключових понять: уявна сприйнятливність, уявна тяжкість, уявні переваги, уявні перешкоди, самоефективність та підказки до дії. НВМ використовувалася для прогнозування широкого діапазону поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, включаючи реакцію на симптоми та прихильність до лікаря [56].

Теорія запланованої поведінки (ТРВ) стверджує, що ставлення, суб'єктивні норми та уявний контроль поведінки формують поведінкові

наміри та поведінку індивіда. Модель стверджує, що індивіди з більшою ймовірністю будуть виконувати певну поведінку, якщо вони вірять, що це корисно (ставлення), вони вірять, що інші думають, що вони повинні це робити (суб'єктивні норми), і вони вірять, що можуть успішно виконувати це (уявний контроль поведінки). У контексті іпохондричних проявів НВМ пропонує "лінзу" для розуміння того, чому деякі люди можуть переоцінювати свою сприйнятливність до захворювань (передбачувану сприйнятливність) і потенційну тяжкість хвороби (передбачувану тяжкість). Вони можуть відчувати переваги в постійному зверненні за медичною підтримкою або застосуванні надмірної кількості заходів, пов'язаних зі здоров'ям. Водночас вони можуть зіштовхнутися з перешкодами для зменшення такої поведінки, наприклад, дискомфорт, пов'язаний із терпимістю до невизначеності. Підказки до дії, такі як фізичні відчуття, новини про здоров'я чи знання про хвороби інших людей, можуть спровокувати або посилити їхню тривогу щодо здоров'я [56].

Теорія запланованої дії (ТРВ) може допомогти зрозуміти, як ставлення до здоров'я (наприклад, віра в те, що кожен симптом є ознакою серйозної хвороби), суб'єктивні норми (переконання про те, як слід реагувати на загрози здоров'ю) і поведінковий контроль (над здоров'ям і хворобою) сприяє іпохондричним проявам. Транстеоретична модель (ТТМ) також відома як модель поетапних змін, припускає, що індивіди проходять п'ять етапів змін, змінюючи поведінку: попереднє споглядання, споглядання, підготовка, дія та підтримка. Модель визнає, що зміни часто включають прогресування через ці стадії, і втручання повинні бути адаптовані до поточної стадії індивіда [41 ,56].

Теорія самовизначення (SDT) припускає, що люди, швидше за все, дотримуватимуться здорової поведінки, якщо вони відчувають, що вона пов'язана з їхніми основними цінностями та переконаннями (тобто вона «самовизначена»). SDT наголошує на важливості самостійності, компетентності та зв'язку у вихованні мотивованої поведінки. Теорія

самовизначення (SDT) може пояснити, чому людям із тривогою щодо здоров'я важко засвоїти переконання, пов'язані зі здоров'ям, або адаптувати більш здорові стратегії подолання, особливо якщо вони відчувають, що вони не узгоджуються з їхніми переконаннями щодо стану свого здоров'я. На противагу соціальна когнітивна теорія (SCT) зосереджується на взаємодії між індивідуальними, екологічними та поведінковими факторами. Вона підкреслює концепцію взаємного детермінізму, коли ці фактори взаємно впливають один на одного. Ключові поняття SCT включають спостереження за навчанням, самоефективність та очікувані результати [16].

Екологічні моделі підкреслюють взаємодію та взаємозалежність факторів усередині та між усіма рівнями проблеми зі здоров'ям. Вони підкреслюють роль контексту навколишнього середовища та політики у поведінці щодо здоров'я, припускаючи, що втручання мають більше шансів на успіх, якщо вони спрямовані на кілька рівнів впливу. Модель процесу прийняття запобіжних заходів (PAPM) припускає, що люди просуваються через сім етапів під час прийняття нових запобіжних заходів або припинення небезпечної поведінки. Етапи варіюються від неусвідомлення проблеми до рішення не діяти, рішення діяти, дії та збереження поведінки [58].

Культурні моделі здоров'я та хвороби значно впливають на сприйняття людьми здоров'я, хвороби та догляду за здоров'ям. Культура впливає на те, що вважається хворобою, що її викликає та як її слід лікувати. Такі моделі, як пояснювальна модель Клейнмана, пропонують структуру для розуміння цих культурних уявлень, наголошуючи на важливості розуміння переконань пацієнта щодо своєї хвороби для надання культурно компетентної допомоги. Психосоціальні моделі, такі як біопсихосоціальна модель Енгеля, підкреслюють важливість психологічних і соціальних факторів поряд з біологічними для здоров'я та хвороби. Ця модель передбачає, що наслідки для здоров'я є результатом складної взаємодії між біологічними (генетичними, біохімічними тощо), психологічними (настрій, особистість, поведінка тощо) та соціальними (культурними, сімейними, соціально-

економічними, медичними тощо) факторами [25].

Модель здорового глузду (CSM) сприйняття хвороби також відома як модель саморегуляції, пропонує, щоб люди створювали ментальні уявлення своєї хвороби, які керували б стратегіями її подолання. Ці уявлення включають переконання про особу (що таке хвороба), причину, хронологію, наслідки, контрольованість і когерентність (розуміння) хвороби. CSM є особливо актуальною, оскільки вона передбачає, що люди створюють когнітивні уявлення про загрози своєму здоров'ю. Люди з іпохондричними симптомами можуть мати уявлення про хворобу, що характеризується твердою вірою в наявність серйозної хвороби (особистість), хронічні або циклічні часові рамки, серйозні наслідки, високий ступінь сприйманого особистого контролю, але низький контроль лікування (наприклад, віра в те, що робота лікарів недостатня для діагностики або лікування передбачуваної хвороби), а також погане розуміння хвороби (когерентність) [40].

Локус контролю здоров'я (HLC) – ця концепція стосується переконань людини щодо контролю над своїм здоров'ям. Внутрішній HLC відноситься до переконання, що дії людини визначають стан її здоров'я. Зовнішній HLC можна підрозділити на Powerful Others HLC (віра в те, що здоров'я контролюють лікарі, сім'я тощо) і Chance HLC (віра в те, що здоров'я визначається долею, удачею або випадковістю). Люди з іпохондричними симптомами можуть демонструвати зовнішній HLC, коли вони відчують, що здоров'я контролюється випадково або впливовими особами (наприклад, лікарями). Така уявна відсутність особистого контролю над наслідками для здоров'я може сприяти тривожності та стражданню, пов'язаним з іпохондрією [57].

Ці моделі та теорії підкреслюють багатовимірну природу переконань і поведінки щодо здоров'я. Розгляд цих перспектив може допомогти медичним працівникам зрозуміти переконання пацієнтів щодо здоров'я, ефективно повідомити про ризики для здоров'я та розробити індивідуальні заходи для сприяння здоровій поведінці. Інтеграція цих теорій у стратегії

зміцнення здоров'я та профілактики захворювань є багатообіцяючим шляхом для підвищення ефективності ініціатив у сфері громадського здоров'я [57].

### **1.3. Трансформація ставлення до здоров'я в осіб з іпохондричним станом**

Власне, з огляду на спрямованість іпохондричного переживання, закономірно, що сприйняття власного здоров'я суттєво трансформується. Проте необхідно розмежувати клінічний та доклінічний аспекти. Ми зосередимося на неклінічних проявах тривоги за здоров'я, маючи на увазі, що означені переживання змінюють спосіб ставлення до здоров'я особистості відповідно до моделей наданих у попередньому підрозділі.

Перш за все, доцільно зазначити, що особистість з іпохондричними схильностями часто надмірно стурбована здоров'ям і хворобою як самостійними категоріями. Така категорія осіб схильна зосереджуватися на своєму тілі та сприймати нормальні чи незначні фізичні відчуття як ознаки серйозної хвороби. Наприклад, вони можуть інтерпретувати головний біль як пухлину мозку, що висвітлює значну диспропорцію в розумінні співвідношень та зв'язків у системі «здоров'я-хвороба» [12].

Характерною тенденцією серед тих, хто хвилюється за здоров'я, є «шопінг лікарів (Doctor shopping)» – пошук численних медичних висновків через незадоволення запевненнями лікарів або для підтвердження свого самодіагнозу. І навпаки, деякі можуть повністю уникати медичних працівників через страх отримати серйозний діагноз. Обидві форми є дезадаптивними способами турботи про здоров'я, згідно з моделлю ставлення до здоров'я [14]. Така поведінка може включати часті перевірки свого тіла на ознаки хвороби, нав'язливі дослідження здоров'я (іноді їх називають «кіберхондріями», якщо вони проводяться в Інтернеті) або вживання надмірних профілактичних заходів, таких як надто часте миття рук або використання дезінфікуючих засобів. Особи з іпохондричними

переживаннями можуть часто шукати запевнення щодо свого здоров'я у друзів, сім'ї чи медичних працівників. Однак результат часто дає лише тимчасове полегшення, і тривога незабаром повертається. Частою також є тенденція «катастрофізувати» або уявляти собі найгірші можливі наслідки для здоров'я. Ця модель негативного мислення може призвести до значних страждань [13].

Окремою категорією, що стала основою для формування поняття соматоформних порушень є неправильне тлумачення тілесних відчуттів: це наріжний камінь тривоги за здоров'я, коли нормальні або доброякісні фізичні відчуття інтерпретуються як доказ серйозної хвороби. Наприклад, хтось може сприймати природні зміни свого серцебиття як ознаки захворювання серця. Іпохондричні прояви можуть призвести до значного дистресу та погіршення соціальної, професійної та інших важливих сфер функціонування. Люди можуть уникати діяльності, яка, на їхню думку, може загрожувати їхньому здоров'ю та порушити їхнє повсякденне життя .

Спираючись на обговорення проявів тривоги за здоров'я, дуже важливо зрозуміти основні когнітивні процеси, пов'язані з цими симптомами. Частою є форма вибіркової уваги та пам'яті щодо інформації, пов'язаної зі здоров'ям. Особи з іпохондричними станами частіше зосереджуються на хворобах і ризиках для здоров'я та запам'ятовують їх, що призводить до викривленого сприйняття ймовірності хвороби. Це перебільшене сприйняття загрози, часто в поєднанні з завищеним почуттям особистої вразливості, сприяє підвищенню страху перед хворобою, що може включати неспокій, труднощі зосередження, дратівливість, втому та почуття смутку або безнадії [6].

Варто також зазначити, що загальною характеристикою людей із тривогою щодо здоров'я є боротьба з невизначеністю, особливо щодо питань здоров'я. Це може змусити їх шукати запевнення, щоб зменшити цю невизначеність. Помилкова атрибуція та упередженність підтвердження є важливими компонентами, з огляду на когнітивну модель ставлення до

здоров'я. Особистість стурбована щодо здоров'я має тенденцію неправильно відносити нормальні чи доброякісні тілесні зміни чи відчуття до важкої хвороби, що часто посилюється упередженістю підтвердження, яке є тенденцією надавати перевагу інформації, яка відповідає існуючим переконанням чи страхам. Підсумовуючи, хоча не всі іпохондричні прояви досягають рівня клінічного розладу, вони все ж можуть викликати значний дистрес і впливати на щоденне функціонування, дистанціюючи особистість від здорової турботи про власне здоров'я. Когнітивні процеси, що лежать в основі цих симптомів, часто увічнюють порочне коло тривоги та страху [2].

### **Висновки до розділу 1**

Огляд літератури, що стосується особливостей ставлення до здоров'я в осіб з іпохондричними проявами, слугує основою для розуміння взаємозв'язків між переконаннями та переживанням особистістю напруги щодо власного стану. Передусім можемо зазначити, спираючись на аналізовані публікації, що ставлення до здоров'я в осіб з іпохондричними проявами характеризується перебільшеним сприйняттям особистої сприйнятливості до захворювань і потенційної тяжкості захворювань, як це встановлено моделлю здоров'я. Крім того, ці люди, як правило, демонструють підвищене відчуття загрози здоров'ю та демонструють поведінку, яка відображає їхні спроби отримати контроль над цими сприйнятими загрозами. Окрім того, теорія запланованої поведінки забезпечила основу для розуміння поведінкового аспекту ставлення до здоров'я при іпохондрії. Модель припускає, що надмірний акцент на ставленні до здоров'я, суб'єктивних нормах і уявному контролі над здоров'ям може підживлювати іпохондричні прояви. Це може включати тверду віру в наявність серйозної хвороби, циклічне або хронічне сприйняття хронології хвороби, очікування важких наслідків, уявну відсутність контролю за лікуванням і погане розуміння хвороби.

Крім того, література передбачає можливий зовнішній локус контролю здоров'я у осіб з іпохондричними проявами, де здоров'я сприймається як таке, що значною мірою контролюється зовнішніми факторами. Таке сприйняття може сприяти тривожності та почуттю безпорадності, посилюючи іпохондричні симптоми. Нарешті, очевидно, що культурні, психосоціальні та інші особисті фактори відіграють значну роль у формуванні ставлення до здоров'я. Точне розуміння цих впливів має важливе значення для розробки ефективних, індивідуальних терапевтичних заходів.

На завершення, цей огляд літератури підкреслює складність ставлення до здоров'я в осіб з іпохондричними проявами. Це підкреслює необхідність подальших досліджень для вивчення цих заплутаних взаємозв'язків та їх наслідків для планування втручання. Отримані дані також підкреслюють важливість інтеграції психологічних і соціальних аспектів у послуги охорони здоров'я, щоб краще розуміти, підтримувати та лікувати людей з іпохондричними проявами.

## **РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ОСІБ З ІПОХОНДРИЧНИМИ ПРОЯВАМИ**

### **2.1. Дизайн емпіричного дослідження: операціоналізація та характеристика вибірки**

Емпіричний етап дослідження включав метод психологічного опитування для збору кількісних даних, що має суб'єктивний характер, проте надає можливість кількісної оцінки досліджуваних категорій. Ця частина дослідження була важливою для спостереження, вимірювання та аналізу ставлення до здоров'я людей з іпохондричними проявами та формування відповідних пояснювальних моделей. Для збору даних використовувалася комбінація чотирьох діагностичних інструментів. Шкала «Соматизація тривоги» Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника необхідна для групування та відбору респондентів, що демонстрували іпохондричні прояви та нормотипової групи. Анкета «Ставлення до здоров'я» Р. Березовської: цей інструмент допоміг оцінити ставлення та переконання респондентів щодо здоров'я та хвороби, зокрема через чотири основні шкали ставлення: емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного та поведінкового. Означене розмежування надає необхідну деталізацію для визначення диспропорцій у ставленні до здоров'я відповідно до моделі планованої дії щодо здоров'я. Окрім того у роботі застосовано «Опитувальник для вимірювання локуса контролю за здоров'ям». Цей інструмент використовувався для визначення ступеня, до якого респонденти відчували, що контролюють своє здоров'я. Відповідно за методикою було також проведено групування респондентів. Насамкінець до діагностичної панелі включено "П'ятифакторний особистий опитувальник" Х. Тсуйї (5PFQ). цей інструмент використовувався для вивчення зв'язку між рисами

особистості та ставленням до здоров'я респондентів.

Вибірка була сформована за допомогою тематичних груп у соціальних мережах, де було розповсюджено посилання на анкету шкали «Соматизації тривоги». Респонденти, які заповнили анкету, були запрошені взяти участь у другій частині дослідження, яка включала інші три анкети. Для дослідження було відібрано 43 особи з іпохондричними симптомами (досліджувана група) і 43 особи без цих симптомів (контрольна група). Вік учасників коливався від 24 до 56 років, середній вік 31,2 роки. Розподіл за статтю становив 23% чоловіків і 77% жінок. Надамо візуальне представлення розподілу респондентів за групами відповідно до демографічних ознак, що було враховано у дослідженні (рис. 2.1).

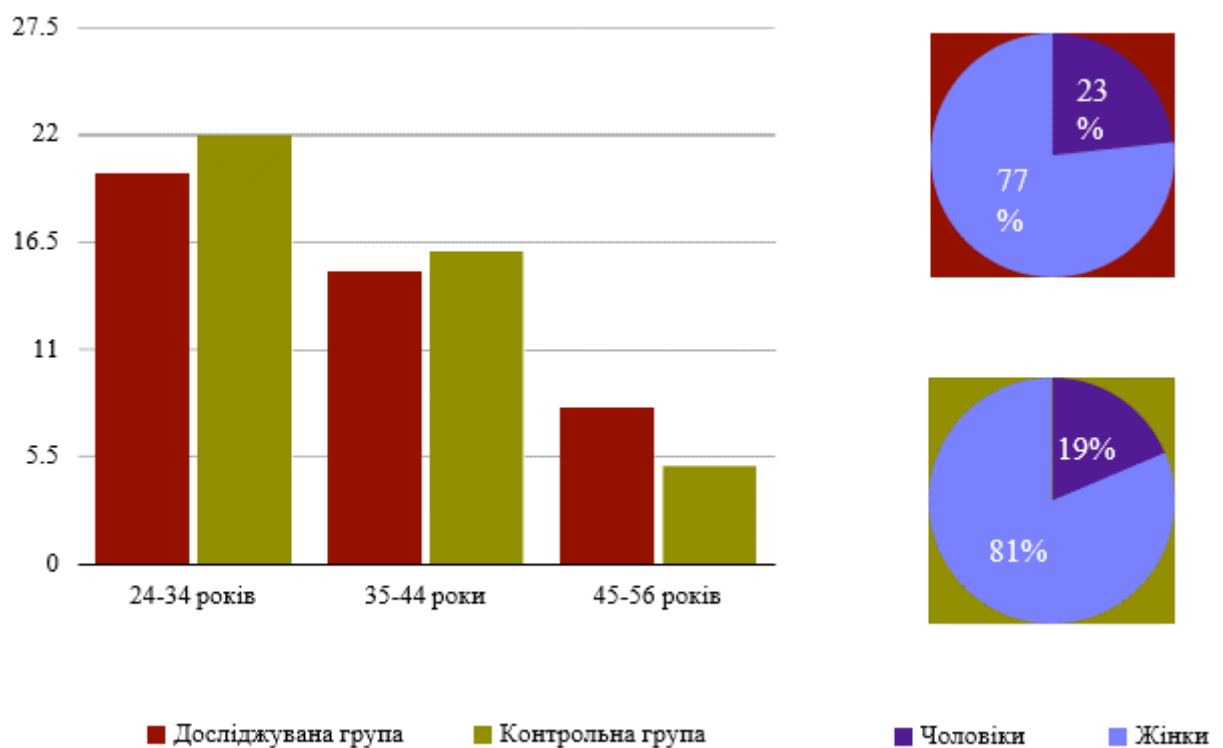


Рис. 2.1. Демографічний профіль досліджуваних груп

Вік учасників від 24 до 56 років. Більшість учасників в обох групах належали до категорії 24-34 років, що вказує на те, що дослідження в основному включало молодшу демографію. Такий віковий розподіл може відображати канали, які використовуються для набору учасників, наприклад

соціальні мережі, які, як правило, мають молодшу базу користувачів. Середній вік в обох групах був досить близьким (31,4 роки для іпохондричної групи та 31,1 року для контрольної групи), що свідчить про те, що вікові фактори були досить рівномірно розподілені між групами. Вибірка переважно складається з молодих людей (24-34 роки), що вказує на те, що результати дослідження будуть особливо актуальними для розуміння іпохондричних симптомів у цій віковій групі. Це період життя, який часто асоціюється з утвердженням себе в кар'єрі, формуванням довгострокових стосунків і керуванням стресовими факторами, які супроводжують ці етапи життя. Таким чином, будь-які асоціації, виявлені між іпохондричними симптомами та цими характеристиками етапу життя, можуть мати особливе значення.

Гендерний розподіл виявив вищу частку жінок і чоловіків в обох групах (33 жінки на 10 чоловіків), що означає співвідношення приблизно 3:1. Це свідчить про потенційне гендерне упередження у вибірці, яке може відображати більшу схильність жінок брати участь у дослідженнях, пов'язаних із здоров'ям, або це може вказувати на більшу поширеність симптомів тривоги щодо здоров'я серед жінок, хоча це потребує подальшого дослідження для підтвердження. У психологічних дослідженнях добре задокументовано, що жінки, як правило, частіше звертаються за допомогою щодо проблем, пов'язаних зі здоров'ям, і беруть участь у дослідженнях, пов'язаних з ним. Результати слід інтерпретувати з урахуванням цього гендерного дисбалансу, оскільки результати можуть не поширюватися на чоловіків. Зауважимо також, що було враховано рівень освіти та актуальний стан працевлаштування респондентів (рис. 2.2).

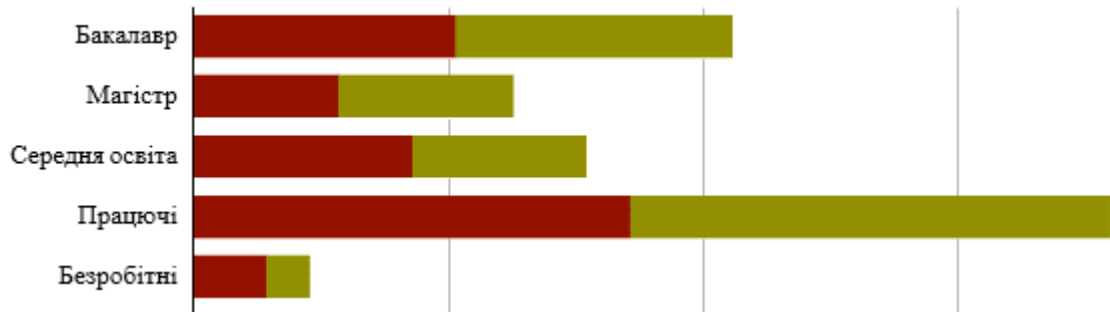


Рис. 2.2. Профіль досліджуваних груп щодо зайнятості та освіти

Більшість учасників в обох групах мали або диплом середньої школи, або ступінь бакалавра, а менша кількість осіб мала ступінь магістра. Цей розподіл свідчить про загальну освічену вибірку, що може вказувати на вищу обізнаність або бажання брати участь у психологічних дослідженнях. Рівень освіти в нашій вибірці є відносно високим, причому більшість осіб мають принаймні повну середню освіту, а значна частка має ступінь бакалавра або магістра. Це може свідчити про вищий рівень медичної грамотності серед учасників, що може вплинути на розпізнавання та повідомлення про іпохондричні симптоми.

З точки зору професії, більшість нашої вибірки є працевлаштованими. Таким чином, потенційний вплив стресу, пов'язаного з роботою, на тривогу за здоров'я та взаємозв'язок між професійними ролями та іпохондричними симптомами може стати значущим фактором у наших висновках. Менше учасників було безробітних, студентів або пенсіонерів. Це може свідчити про те, що більшість респондентів мали професії, які потенційно могли вплинути на їх сприйняття здоров'я та благополуччя. Підводячи підсумки, психологічна інтерпретація нашої вибірки висвітлює деякі ключові демографічні характеристики, які можуть впливати на досвід і повідомлення про іпохондричні симптоми. Продовжуючи аналіз, ми візьмемо до уваги ці фактори, пам'ятаючи про те, як вони можуть впливати на наше розуміння іпохондричних симптомів та їхнього впливу на життя людей.

Аналіз даних передбачав застосування різних статистичних методів, включаючи тест Шапіро-Вілкі для перевірки нормальності розподілу, критерій Лівена для рівності дисперсій, U-тест Манна-Уїтні для порівняння відмінностей між двома незалежними групами, t-критерій Стьюдента для перевірки значущості відмінностей, а також коефіцієнт кореляції Пірсона для вимірювання ступеня зв'язку між змінними. Цей комплексний і ретельний підхід до збору та аналізу даних дозволив ретельно вивчити ставлення до здоров'я людей з іпохондричними симптомами, що сприяло більш глибокому розумінню іпохондрії та її впливу на переконання та поведінку щодо здоров'я. Очікується, що це дослідження послужить міцною основою для подальших досліджень і сприятиме більш ефективним і адаптованим втручанням щодо людей з іпохондричними проявами.

## **2.2. Обґрунтування підбраного діагностичного інструментарію**

Збір даних щодо іпохондричних симптомів у рамках нашого дослідження було виконано послуговуючись першою шкалою Міннесотського багатоаспектного опитувальника особистості (ММРІ), інструменту, розробленого С. Хетевеєм і Дж. Мак-Кінлі в 1940 році. ММРІ використовує типологічну перспективу для відображення структури особистості. Водночас, цей інструмент часто слугує основою для дослідження психологічних станів респондентів при сепарації на окремі шкали [33]. Ми використовуємо даний інструмент для вимірювання аспекту соматизації тривоги, тобто тілесного вияву напруги особистості. Ця частина опитування спеціально досліджує ступінь, до якого людина може приписувати свої почуття тривоги своєму фізичному стану. Такі дані дають цінне уявлення про інтенсивність іпохондричних нахилів у індивіда, а отже можуть слугувати для групування у представленому дослідженні.

Шкала соматизації включає 33 елементи, кожен з яких відноситься до різних аспектів соматичного функціонування, проте твердження

сформульовані достатньо широко, щоб викликати особисту, індивідуальну відповідь кожного учасника. Інтерпретаційний потенціал лишається досить високим, що характерно для суб'єктивного діагностичного підходу. Цей підхід виявляється важливим для виявлення особистої значущості фізичних відчуттів і ступеня занепокоєння індивіда щодо стану свого фізичного здоров'я. Звертаючись до роботи Кондратенка, можемо надати коротке пояснення щодо шкали. Підвищення балу за цією шкалою вказує на те, що людина відчуває виражену тенденцію приписувати свою тривогу своєму фізичному здоров'ю, що є ознакою іпохондричних симптомів. Таким чином, вимірювання забезпечує надійний механізм як для ідентифікації, так і для кількісної оцінки іпохондричних проявів в окремих осіб [10]. Використання першої шкали ММРІ таким чином дозволило нам точно оцінити поширеність іпохондричних тенденцій серед наших суб'єктів. Цінні дані, отримані за допомогою цієї шкали, зробили значний внесок у наше всебічне вивчення іпохондричних проявів, що було невід'ємною частиною досягнення головних цілей нашого дослідження.

Наступним діагностичним інструментом необхідним для визначення аспектів ставлення до здоров'я в осіб з відповідним рівнем іпохондричних переживань слугував опитувальник Р. Березовської «Ставлення до здоров'я». Цей інструмент містить елементи, класифіковані за чотирма різними шкалами: когнітивні, емоційні, поведінкові та ціннісно-мотиваційні аспекти ставлення до здоров'я. Розуміння когнітивних аспектів ставлення до здоров'я може дати розуміння того, як люди з іпохондричними симптомами сприймають та інтерпретують свої тілесні відчуття чи симптоми. Це може пролити світло на когнітивні викривлення або упередження, які можуть призвести до неправильного тлумачення нормальних відчуттів тіла як ознак важкої хвороби, що є основною ознакою іпохондричних проявів. Водночас, іпохондричні прояви часто пов'язані з високим рівнем емоційного стресу. Оцінюючи емоційний компонент, ми можемо зрозуміти емоційні переживання, пов'язані з проблемами здоров'я, такі як страх, занепокоєння

чи смуток. Це розуміння може мати вирішальне значення для розробки плану дій, спрямованих на ефективне управління цими тривожними емоціями. Зауважимо також, що іпохондричні прояви можуть призводити до певної поведінки, як-от часті візити до лікаря, надмірні пошуки в Інтернеті, пов'язані зі здоров'ям, або повторні перевірки організму на ознаки хвороби. Оцінка поведінкового компонента може допомогти нам зрозуміти ці закономірності та розробити стратегії для зміни неадаптивної поведінки щодо здоров'я. Для осіб із іпохондричними симптомами здоров'я може займати особливо важливе місце в їхній системі цінностей, спонукаючи їх бути надто пильними щодо стану свого здоров'я. Досліджуючи цей компонент, ми можемо зрозуміти мотиви, які обумовлюють їхні проблеми зі здоров'ям, і спланувати комплекс дій, які допоможуть їм прийняти більш збалансований погляд на здоров'я, зменшуючи надмірне значення, яке надається турботам про здоров'я.

Окрім того, як зазначає у своїй роботі Коробка, поведінка індивіда щодо здоров'я нерозривно пов'язана з його почуттям відповідальності та типом локуса контролю, яким він володіє. Відповідно, до кінцевої діагностичної панелі було вирішено включити опитувальник «Локус контролю щодо здоров'я», який був розроблений на основі багатовимірної шкали локусу контролю здоров'я К. Волстона та Б. Волстон. Використання опитувальника для визначення типу локусу контролю здоров'я серед респондентів є фундаментальним аспектом цього дослідження. Це пояснюється тим, що концепція локуса контролю здоров'я стосується переконань людей щодо того, якою мірою вони можуть контролювати результати свого здоров'я. По суті, це стосується того, де вони «розміщують» контроль над своїм здоров'ям: всередині (вважаючи, що вони мають особистий контроль над своїм здоров'ям) чи зовні (вважаючи, що інші, наприклад медичні працівники, або такі фактори, як випадок і доля, контролюють це їх здоров'я) [11, 57].

Розуміння цих контрольних переконань має вирішальне значення в

дослідженні, зосередженому на ставленні до здоров'я людей з іпохондричними проявами. Люди з іпохондричними проявами часто сприймають нормальні функції організму або незначні симптоми як ознаки серйозного захворювання. Тип локуса контролю здоров'я може впливати на це сприйняття. Ті, хто має зовнішній локус контролю, можуть почуватися безпорадними або надмірно залежними від медичних працівників, таким чином посилюючи свої іпохондричні симптоми. Тим часом, ті, хто має внутрішній локус контролю, мають більше шансів ефективно впоратися зі своїми симптомами, враховуючи їхню віру в особистий контроль над своїм здоров'ям. Іпохондричні прояви часто призводять до частих медичних консультацій. Розуміння локуса контролю здоров'я людини може дати розуміння такої поведінки. Наприклад, люди з зовнішнім локусом можуть частіше звертатися до лікарів, розглядаючи їх як головних контролерів свого здоров'я, тоді як особи з внутрішнім локусом можуть бути більш активними в самостійному лікуванні незначних симптомів.

Тривога за здоров'я є основним компонентом іпохондричних проявів. Ті, хто має зовнішній локус контролю, можуть відчувати більшу тривогу щодо здоров'я через їхню віру в те, що наслідки здоров'я знаходяться поза їхнім контролем. Навпаки, люди з внутрішнім локусом можуть менше хвилюватися за здоров'я через віру в свою здатність впливати на результати здоров'я. Особи з іпохондричними проявами можуть використовувати різні механізми подолання залежно від локуса контролю свого здоров'я. Люди з зовнішнім локусом можуть бути більш схильні до пасивних стратегій подолання, таких як уникнення або заперечення. З іншого боку, люди з внутрішнім локусом можуть з більшою ймовірністю прийняти активні стратегії подолання, такі як пошук інформації або вжиття дій, щоб контролювати своє сприйняття симптомів.

Насамкінець, у роботі також використано "П'ятифакторний опитувальник особистості" Х. Тсуїї (5PFQ). Зокрема, можемо припускати, що підвищений рівень нейротизму може бути пов'язаний зі схильністю до

негативних емоцій, а високий рівень може бути пов'язаний із підвищеною тривожністю за здоров'я. Люди з високим рівнем нейротизму можуть бути більш схильні до іпохондричних проявів, оскільки вони можуть інтерпретувати незначні фізичні незручності як ознаки серйозних проблем зі здоров'ям. Окрім того, рівень екстраверсії може вплинути на те, як респонденти виражають свої проблеми зі здоров'ям і звертаються за допомогою. Наприклад, більш екстравертні люди, швидше за все, відкрито обговорюватимуть свої проблеми зі здоров'ям і шукатимуть соціальної підтримки, що може вплинути на те, як управляти їхніми іпохондричними симптомами.

Ті, хто володіє високою відкритістю досвіду, мають уяву, цікавість і відкриті до нового досвіду. Це може вплинути на те, як вони сприймають і реагують на інформацію про здоров'я. Наприклад, люди з високим рівнем відкритості можуть бути більш готовими розглядати різні пояснення своїх симптомів, які можуть вплинути на перебіг їхніх іпохондричних симптомів. Прихильні респонденти, як правило, готові співпрацювати, добродушні та співчутливі. Рівень їхньої приємності може вплинути на їхні стосунки з медичними працівниками, впливаючи на те, як вони повідомляють про свої проблеми зі здоров'ям і реагують на медичні поради. Насамкінець, високосумлінні люди організовані, надійні та дисципліновані. Ті, хто має високий рівень сумлінності, можуть бути активнішими в управлінні своїм здоров'ям і з більшою ймовірністю дотримуватимуться планів лікування, що може мати наслідки для лікування їхніх іпохондричних симптомів [16].

Загалом, розуміння цих п'яти рис особистості може дати цінну



Рис. 2.3. Модель емпіричного дослідження

інформацію про психологічні механізми, що лежать в основі іпохондричних проявів. Це може виявити, як індивідуальні відмінності в особистості можуть впливати на переконання, ставлення та поведінку щодо здоров'я, тим самим інформуючи про більш персоналізовані та ефективні терапевтичні підходи до лікування іпохондричних симптомів. Відповідно, за описаними показниками, що вимірювано, можемо сформулювати попередню модель дослідження, що слугує основою для подальшої інтерпретації результатів (рис. 2.3).

### **Висновки до розділу 2**

Отже, підготовка емпіричної частини для представленого дослідження ставлення до здоров'я осіб з іпохондричними проявами передбачала ретельний розгляд різних методологічних аспектів. Підсумовуючи, можемо охарактеризувати загальний дизайн дослідження. Щоб охопити багатогранний характер переконань і ставлень до здоров'я в осіб з іпохондричними проявами, ми вибрали низку відповідних до категорій дослідження опитувальників. Ці інструменти дозволили нам оцінити ключові параметри, такі як соматизація тривоги, ставлення до здоров'я, локус контролю здоров'я та риси особистості. Формуванню нашої вибірки сприяли тематичні групи в соціальних мережах, що забезпечувало доступ до осіб з іпохондричними симптомами. Набираючи осіб як з іпохондричної, так і з контрольної груп, ми мали на меті порівняти та проаналізувати відмінності у ставленні до здоров'я між двома когортами. Розподіл за віком і статтю у вибірці відображав переважно молодшу демографію, а гендерний дисбаланс щодо жінок вимагає додаткового розгляду при інтерпретації наших висновків. Зокрема, ми можемо послуговуватися методом зважування даних.

Використані методи збору даних передбачають статистичне опрацювання кількісного представлення даних. Відповідно, для використання було обрано низку статистичних критеріїв, відповідних до завдань даного дослідження. Зокрема, включення таких методів як аналіз за

критеріями Шапіро-Вілкі, Лівена, Манна-Вітні, Ст'юдента та Пірсона, забезпечили стійкість і достовірність результатів нашого аналізу. Наведений план емпіричного дослідження свідчить про можливість комплексної оцінки переконань та установок щодо здоров'я в осіб з іпохондричними проявами. Включення діагностичних методів, продумане формування вибірки та збору та аналізу даних сприяють достовірності та важливості результатів нашого дослідження. Ці висновки покращать наше розуміння іпохондричних проявів і прокладуть шлях до більш ефективних втручань і підтримки для людей, які відчувають ці симптоми. Підсумовуючи, підготовка емпіричного дослідницького сегменту нашої статті передбачала системний та методичний підхід. Отримані дані дадуть цінну інформацію про психологічні фактори, що лежать в основі іпохондричних симптомів, сприяючи більш повному розумінню цього явища.

### РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В ОСІБ З ІПОХОНДРИЧНИМИ ПРОЯВАМИ

#### 3.1. Обробка та аналіз результатів емпіричного дослідження

Основною метою даного дослідження було вивчення особливостей ставлення до здоров'я в осіб з іпохондричними проявами порівняно з контрольною групою. Відповідно, емпіричний етап нашого дослідження передбачав проведення психологічних опитувань із використанням ряду шкал і анкет для оцінки різних аспектів переконань щодо здоров'я та особистісних рис. Зокрема, за результатами опитування представлено кількісні дані щодо наступних якостей досліджуваних груп: локус контролю здоров'я, когнітивне ставлення, емоційне ставлення, поведінкове ставлення та ціннісно-мотиваційне ставлення до здоров'я. Крім того, оцінено риси особистості за допомогою шкал, які вимірювали екстраверсію, прихильність, сумлінність, нейротизм і відкритість досвіду. Наш аналіз буде зосереджений на порівнянні двох груп з точки зору їх переконань щодо здоров'я, міри внутрішнього контролю та рис особистості. Тож, першим етапом дослідження є висвітлення загальної характеристики досліджуваної вибірки послуговуючись методом дескриптивної статистики (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Шкали	Середнє	Стандартне відхилення
Складові ставлення до здоров'я		
- Внутрішній локус контролю здоров'я	4.21	0.78
- Зовнішній локус контролю здоров'я	3.98	0.92
- Фатальний локус контролю здоров'я	2.74	1.05
- Когнітивне ставлення	3.87	0.62
- Емоційне ставлення	4.25	0.81

- Поведінкове ставлення	3.92	0.71
Особистісні риси		

- Екстраверсія	3.56	0.76
- Прихильність	4.12	0.68
- Сумлінність	3.92	0.82
- Невротичність	2.98	0.73
- Відкритість до досвіду	3.75	0.65

### Результати аналізу за методом дескриптивної статистики для загальної вибірки

Спираючись на наведену описову статистику, можемо надати прогностичну характеристику досліджуваної групи. Високий середній бал за шкалою внутрішнього локусу контролю свідчить про те, що респонденти в нашій вибірці схильні сприймати себе як осіб, які мають значний вплив на стан свого здоров'я. Вони певні, що їхнє здоров'я в першу чергу визначається їхніми власними діями та вибором.

Високий середній бал за шкалою когнітивного ставлення вказує на те, що наші учасники мають позитивні переконання та думки про здоров'я. Ймовірно, вони добре розуміють інформацію, пов'язану зі здоров'ям, і можуть підходити до ситуацій, пов'язаних зі здоров'ям, з раціональним та інформованим мисленням. Окрім того, підвищений середній бал за шкалою емоційного ставлення свідчить про те, що досліджувані відчувають інтенсивні емоційні реакції на проблеми зі здоров'ям. Вони можуть часто відчувати тривогу, страх або занепокоєння, пов'язані зі своїм здоров'ям, що може сприяти посиленню іпохондричних симптомів. Помірний середній бал за шкалою поведінкового ставлення означає, що наша вибірка демонструє прийнятний рівень залучення до поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Вони, ймовірно, вживуть заходів, щоб вирішити проблеми зі здоров'ям, наприклад

звернуться за медичною допомогою або приймуть здоровий спосіб життя.

Наші учасники демонструють помірний рівень екстраверсії, що вказує на баланс між комунікабельністю та самоспрямованістю. Ця риса може вплинути на їх схильність шукати соціальної підтримки та ділитися своїми проблемами зі здоров'ям з іншими. Високий середній бал прихильності говорить про те, що респонденти в нашій вибірці загалом дружні, готові співпрацювати та уважні. Вони, імовірно, будуть позитивно взаємодіяти з постачальниками медичних послуг і сприйнятливі до медичних порад і рекомендацій щодо лікування. Помірний середній бал сумлінності свідчить про те, що наша вибірка має помірний рівень організованості, відповідальності та цілеспрямованої поведінки щодо здоров'я. Вони, швидше за все, будуть приймати проактивний підхід до контролю за своїм здоров'ям і дотримуватимуться рекомендованих методів лікування або схем.

Нижчий середній бал нейротизму вказує на те, що особи в нашій вибірці відчувають менше негативних емоцій і менш схильні до емоційної нестабільності. Вони можуть виявляти більшу емоційну стійкість і краще справлятися зі стресовими факторами, пов'язаними зі здоров'ям. У той же час, помірна середня оцінка відкритості до досвіду означає, що наші учасники помірно сприйнятливі до нових ідей, досвіду та перспектив, пов'язаних зі здоров'ям. Вони можуть бути відкритими для вивчення різних підходів до вирішення своїх проблем зі здоров'ям. Таким чином, наша вибірка осіб демонструє тенденцію до внутрішнього локусу контролю, позитивні когнітивні установки, підвищені емоційні реакції, помірну участь у поведінці, пов'язаній зі здоров'ям, і низку рис особистості, які можуть впливати на їх ставлення до здоров'я та поведінку.

Наступним етапом аналізу даних є формування характеристики окремих досліджуваних груп, що відрізняються за рівнем іпохондричного переживання (соматизації тривоги). Відповідно, нижче представлено зведену таблицю за результатами описової статистики (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Шкали	Група 1: Особи з іпохондричними проявами	Група 2: Контрольна група (без відповідних проявів)
Складові ставлення до здоров'я		
- Внутрішній локус контролю здоров'я	4.18	4.25
- Зовнішній локус контролю здоров'я	3.89	4.02
- Фатальний локус контролю здоров'я	2.67	2.81
- Когнітивне ставлення	3.85	3.89
- Емоційне ставлення	4.32	4.18
- Поведінкове ставлення	3.91	3.93
Особистісні риси		
- Екстраверсія	3.62	3.50
- Прихильність	4.08	4.15
- Сумлінність	3.94	3.90
- Невротичність	3.06	2.90
- Відкритість до досвіду	3.78	3.71

Результати аналізу за методом дескриптивної статистики досліджуваних груп респондентів

На основі наведеної описової статистики для двох груп можемо надати порівняльну інтерпретацію результатів. Перш за все, зазначимо, що обидві групи демонструють подібну структуру локусу контролю. З вищим середнім балом для внутрішнього локусу контролю порівняно з впливом інших та зумовленістю випадковостями. Це свідчить про те, що люди в обох групах вважають себе такими, що мають значний вплив на стан свого здоров'я. Проте контрольна група, як правило, має дещо вищі середні показники, що вказує на відносно більшу віру в особистий контроль над здоров'ям.

Середні показники когнітивного ставлення можна порівняти між двома групами, що вказує на подібні переконання та думки про здоров'я. Імовірно, обидві групи добре розуміють інформацію, пов'язану зі здоров'ям, і підходять до ситуацій, пов'язаних зі здоров'ям, з раціональним мисленням. Власне, так само і середні показники емоційного ставлення вищі для осіб з іпохондричними проявами, що свідчить про те, що вони відчують більш інтенсивні емоційні реакції на проблеми зі здоров'ям порівняно з контрольною групою. Ця підвищена емоційна реакція може сприяти підвищенню тривоги за здоров'я та посиленню фізичних симптомів у осіб з іпохондричними проявами. Варто також зазначити, що середні показники поведінкового ставлення є відносно подібними між двома групами, що вказує на схожий рівень залучення до поведінки, пов'язаної зі здоров'ям. Обидві групи демонструють розумний рівень участі в управлінні своїм здоров'ям і прийнятті відповідної поведінки.

Для більшості особистісних рис (екстраверсія, приємність, сумлінність, невротизм і відкритість до досвіду) середні показники між двома групами є відносно подібними, що свідчить про те, що ці риси не є суттєво відмінними факторами між особами з іпохондричними проявами та

контрольною групою. Однак важливо відзначити, що люди з іпохондричними проявами, як правило, мають дещо вищі середні показники нейротизму, що вказує на дещо вищу схильність до негативних емоцій та емоційної нестабільності.

Ці висновки дають цінну інформацію про відмінні психологічні характеристики осіб з іпохондричними проявами, проте потребують статистичного підтвердження визначених розбіжностей. Відповідно, доцільно представити результати статистичного аналізу нормальності розподілу даних за відповідними шкалами поміж досліджуваних груп респондентів (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Шкали	Група 1: Особи з іпохондричними проявами	Група 2: Контрольна група (без відповідних проявів)
Складові ставлення до здоров'я		
- Внутрішній локус контролю здоров'я	0.895 (p < 0.05)	0.946 (p > 0.05)
- Зовнішній локус контролю здоров'я	0.802 (p < 0.05)	0.923 (p > 0.05)
- Фатальний локус контролю здоров'я	0.946 (p > 0.05)	0.957 (p > 0.05)
- Когнітивне ставлення	0.926 (p > 0.05)	0.915 (p > 0.05)
- Емоційне ставлення	0.876 (p < 0.05)	0.942 (p > 0.05)
- Поведінкове ставлення	0.944 (p > 0.05)	0.927 (p > 0.05)
Особистісні риси		
- Екстраверсія	0.930 (p > 0.05)	0.905 (p > 0.05)
- Прихильність	0.958 (p > 0.05)	0.936 (p > 0.05)

- Сумлінність	0.923 (p > 0.05)	0.915 (p > 0.05)
- Нейротизм	0.888 (p < 0.05)	0.941 (p > 0.05)
- Відкритість до досвіду	0.947 (p > 0.05)	0.927 (p > 0.05)

Результати аналізу нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Вілка для досліджуваних груп респондентів

Виходячи з результатів тестів нормальності (Шапіро-Уїлкі), проведених для обох груп, ми можемо інтерпретувати дані наступним чином. Локус контролю здоров'я (внутрішній): Дані для першої групи відхиляються від нормального розподілу, про що свідчить те, що р-значення нижчі за вибраний рівень значущості (зазвичай  $\alpha = 0,05$ ). Це свідчить про те, що припущення про нормальність розподілу порушується для цієї змінної в групі осіб з іпохондричними проявами. Локус контролю здоров'я (зовнішній): Дані для першої групи суттєво відрізняються від нормального розподілу, як вказують р-значення, які є менші за рівень значущості. Це свідчить про те, що припущення про нормальність є хибним для цієї змінної в першій групі. Локус контролю здоров'я (фатальний): Дані для обох груп не відхиляються від нормального розподілу, на що вказують р-значення, вищі за вибраний рівень значущості. Це свідчить про те, що припущення про нормальність не порушується для цієї змінної в обох групах.

Когнітивне ставлення: дані для обох груп не відрізняються суттєво від нормального розподілу, про що свідчить те, що р-значення перевищують рівень значущості. Це свідчить про те, що припущення про нормальність є істинним для цієї змінної в обох групах. Емоційне ставлення: дані для першої групи відхиляються від нормального розподілу, про що свідчить те, що р-значення нижче за обраний рівень значущості. Це свідчить про те, що припущення про нормальність порушується для цієї змінної в першій групі. Поведінкове ставлення: дані для обох груп не відрізняються суттєво від нормального розподілу, на що вказує р-значення, що перевищують рівень значущості. Це свідчить про те, що припущення про нормальність є

розумним для цієї змінної в обох групах.

Для особистісних рис (екстраверсія, приємність, сумлінність, невротизм і відкритість до досвіду) дані для обох груп не відрізняються суттєво від нормального розподілу, про що свідчить те, що р-значення перевищують рівень значущості. Це свідчить про те, що припущення про нормальність є розумним для цих змінних в обох групах. Підсумовуючи, інтерпретація результатів тесту на нормальність показує, що припущення про нормальність порушується для деяких змінних, пов'язаних зі ставленням до здоров'я (локус контролю здоров'я, емоційне ставлення) в групі осіб з іпохондричними проявами. Однак припущення про нормальність справедливе для інших змінних (когнітивне ставлення, поведінкове ставлення та риси особистості) в обох групах. Таким чином, можемо провести порівняння досліджуваних груп поєднуючи параметричні та непараметричні методи (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Шкали	Тест	Показник t(df) або U-Statistic	р-значення
Складові ставлення до здоров'я			
- Внутрішній локус контролю здоров'я	U-критерій Мана-Вітні	U = 430	0.07
- Зовнішній локус контролю здоров'я	U-критерій Мана-Вітні	U = 518.5	0.15
- Фатальний локус контролю здоров'я	t-критерій Ст'юдента	t(84) = 1.27	0.21
- Когнітивне ставлення	t-критерій Ст'юдента	t(84) = 0.68	0.50
- Емоційне ставлення	U-критерій Мана-Вітні	U = 420	0.01*

- Поведінкове ставлення	t-критерій Ст'юдента	t(84) = -0.23	0.82
Особистісні риси			
- Екстраверсія	t-критерій Ст'юдента	t(84) = 0.87	0.39
- Прихильність	t-критерій Ст'юдента	t(84) = 0.51	0.64
- Сумлінність	t-критерій Ст'юдента	t(84) = 0.26	0.79
- Нейротизм	U-критерій Мана-Вітні	U = 437	0.07
- Відкритість до досвіду	t-критерій Ст'юдента	t(84) = -0.32	0.75

### Результати аналізу рівності середніх серед досліджуваних груп

За результатами порівняльних тестів між особами з іпохондричними проявами та контрольною групою можна зробити такі психологічні інтерпретації. Немає статистично значущої різниці у сприйнятті внутрішнього контролю над здоров'ям між особами з іпохондричними проявами та контрольною групою. Обидві групи схильні приписувати однакові рівні контролю над власним здоров'ям. Порівняння не виявили суттєвих відмінностей у сприйнятті контролю над здоров'ям, пов'язаного з впливовими іншими або випадковістю/долею між двома групами. Обидві групи демонструють однакові рівні довіри до впливових людей (наприклад, лікарів) і однакові переконання щодо того, що на результати здоров'я впливають зовнішні фактори. Немає істотної різниці в когнітивному ставленні до здоров'я між особами з іпохондричними проявами та контрольною групою. Обидві групи демонструють порівняльні моделі свого когнітивного сприйняття та переконань щодо питань, пов'язаних зі здоров'ям. U-тест Манна-Уїтні вказує на значну різницю в емоційному ставленні до здоров'я між двома групами. Особи з іпохондричними проявами демонструють вищий рівень емоційної реактивності та

чутливості до проблем зі здоров'ям порівняно з контрольною групою.

Немає істотної різниці в поведінковому ставленні до здоров'я між особами з іпохондричними проявами та контрольною групою. Обидві групи демонструють схожі моделі поведінки та дій, пов'язаних зі здоров'ям. Немає істотної різниці в ціннісно-мотиваційному ставленні до здоров'я між особами з іпохондричними проявами та контрольною групою. Обидві групи дотримуються порівнянних особистих цінностей і мотивацій, пов'язаних зі здоров'ям. Порівняльні тести також вказують на відсутність істотних відмінностей у особистісних рисах між двома групами. Як особи з іпохондричними проявами, так і контрольна група демонструють подібні рівні екстраверсії, приємності, сумлінності, нейротизму та відкритості до досвіду.

Загалом результати свідчать про те, що хоча люди з іпохондричними проявами можуть демонструвати вищу емоційну реакцію на проблеми зі здоров'ям, немає значних відмінностей в інших ставленнях до здоров'я, поведінці, ціннісно-мотиваційних орієнтаціях або особистісних рисах порівняно з контрольною групою. Це вказує на те, що іпохондричні прояви можуть проявлятися в першу чергу в емоційних реакціях, а не в значних варіаціях інших психологічних факторів, пов'язаних із переконаннями щодо здоров'я та особистісних аспектах.

### **3.2. Модель цінностей та переконань щодо здоров'я та турботи про здоров'я в осіб з іпохондричними проявами**

Спираючись на результати висвітленого емпіричного дослідження, можемо сформулювати прогностичну модель ставлення до здоров'я з огляду на переживання осіб з іпохондричними проявами. За результатами порівняльних тестів можна зазначити характерну тотожність у ставленні до здоров'я, проте окремі відмінності конкретизують цей аспект. Ця модель має охопити ключові особливості переконань щодо здоров'я осіб, що мають

іпохондричні прояви.

Особи з іпохондричними проявами демонструють подібне когнітивне ставлення до здоров'я порівняно з контрольною групою. Це включає їхні думки, переконання та розуміння інформації, пов'язаної зі здоров'ям. Вони можуть мати підвищену усвідомленість і чутливість до тілесних відчуттів і симптомів, інтерпретуючи їх як ознаки серйозних захворювань. Проте результати показують, що люди з іпохондричними проявами демонструють вищу емоційну реакцію на проблеми зі здоров'ям. Вони частіше відчують тривогу і страх, пов'язані зі своїм здоров'ям, сприймаючи навіть незначні симптоми як ознаки серйозних захворювань. Така емоційна реактивність може сприяти посиленню занепокоєння щодо здоров'я. Обидві групи демонструють схожі переконання щодо контролю над своїм здоров'ям. Люди з іпохондричними проявами, як і контрольна група, можуть сприймати комбінацію внутрішніх, зовнішніх і факторів випадковості/долі, що впливають на їх здоров'я. Однак ці переконання не мають істотних відмінностей між групами.

Окрім того, результати вказують на відсутність істотних відмінностей у поведінковому ставленні до здоров'я між особами з іпохондричними проявами та контрольною групою. Обидві групи демонструють схожі моделі поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, наприклад, звернення за медичною допомогою або самообслуговування.

На основі цих висновків можна запропонувати попередню модель переконань щодо здоров'я для осіб з іпохондричними проявами. Ця модель припускає, що когнітивні установки, емоційна реактивність, локус контролю здоров'я, поведінкові установки та ціннісно-мотиваційні орієнтації сприяють формуванню переконань цих осіб щодо здоров'я. Підвищена емоційна реактивність у сприйнятті тілесних відчуттів можуть відігравати значну роль у розвитку та підтримці іпохондричних проявів. Однак важливо зазначити, що ця модель базується на конкретних результатах цього дослідження і може потребувати подальшої перевірки та вдосконалення шляхом

додаткових досліджень. Вкрай важливо враховувати інші фактори та потенційну взаємодію між змінними, які можуть сприяти складній природі іпохондричних проявів. Власне, наразі можемо навести результати кореляційного аналізу, що деталізує нашу модель (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

## Статистично значущі кореляційні зв'язки за результатами аналізу

Змінні	Соматизація тривоги
- Внутрішній локус контролю здоров'я	0.245*
- Емоційне ставлення	0.486**
- Когнітивне ставлення	0.315*
- Відкритість досвіду	0.099*
- Нейротизм	0.351**

Грунтуючись на значних кореляціях між досліджуваними змінними та рівнем схильності до соматизації тривоги, ми можемо розширити нашу модель переконань щодо здоров'я для осіб з іпохондричними проявами, щоб включити наступні додаткові компоненти. Ймовірно, респонденти з вищим рівнем внутрішнього локусу контролю щодо свого здоров'я частіше демонструють іпохондричні прояви. Це означає, що віра в контроль над власним здоров'ям відіграє певну роль у розвитку та підтримці іпохондричних тенденцій. Сильна кореляція вказує на те, що люди з вищою емоційною реакцією на проблеми зі здоров'ям частіше відчують іпохондричні прояви. Це підкреслює важливість емоційних факторів, таких як тривога та страх, у прояві іпохондричних симптомів.

Водночас, значна кореляція свідчить про те, що люди зі специфічними когнітивними установками можуть бути більш схильні до іпохондричних проявів. Зокрема, це підтверджується результатами теоретичного дослідження, що засвідчують роль катастрофізації у формуванні іпохондричних переживань. Кореляція вказує також на те, що люди з вищим

ступенем відкритості до досвіду частіше демонструють іпохондричні прояви. Це свідчить про те, що люди, які відкриті до нових ідей, емоцій і відчуттів, можуть бути більш сприйнятливими до іпохондричних проблем через їхню підвищену сприйнятливість до інформації, пов'язаної зі здоров'ям. Їх підвищена емоційна реактивність і схильність до негативних емоцій можуть сприяти розвитку іпохондричних симптомів. Включення цих додаткових компонентів у нашу модель допомагає забезпечити більш повне розуміння факторів, які сприяють іпохондричним проявам.

### **Висновки до розділу 3**

У ході статистичного аналізу ми виявили значні зв'язки між різними аспектами переконань щодо здоров'я, особистісними рисами та іпохондричними проявами. Окрім того, визначено певні відмінності поміж досліджуваними відповідних груп. Ці висновки свідчать про те, що переконання щодо здоров'я осіб з іпохондричними переживаннями досить близькі до тих, що мають нормотипові респонденти. Водночас, результати кореляційного аналізу відображають певну зв'язність між окремими елементами, що було досліджено.

Результати підкреслюють важливість внутрішнього локуса контролю в контексті ставлення до здоров'я. Емоційна реактивність є значущим аспектом, пов'язаним з іпохондричними проявами. Люди з підвищеною емоційною чутливістю та переживаннями щодо здоров'я більш схильні до іпохондричних симптомів. Стратегії емоційної регуляції можуть бути корисними в управлінні іпохондричними схильностями. Водночас, такі риси особистості, як відкритість досвіду та нейротизм, пов'язані з іпохондричними проявами. Люди, які більш відкриті до нового досвіду або демонструють вищий рівень нейротизму, можуть бути більш сприйнятливими до іпохондричних проблем. Розуміння впливу цього взаємозв'язку на особистість може допомогти в адаптації втручань для

усунення конкретних вразливостей.

Хоча наше дослідження надає певні уточнення щодо переконань про здоров'я осіб з іпохондричними проявами, важливо визнати його значущі обмеження. Перш за все, розмір нашої вибірки може мати обмеження щодо можливості узагальнення для більшої сукупності. Значна частина висновків базується на непараметричних методах статистичного аналізу. Зібрані дані базувалися на показниках самооцінки, які залежать від упередженості у відповідях, наприклад соціальної бажаності або упередженості пригадування. Можливо, учасники дали відповіді, які, на їхню думку, були очікуваними, або можуть мати труднощі з точним пригадуванням свого досвіду.

Хоча ми використовували усталені інструменти вимірювання переконань щодо здоров'я та особистісних рис, ці інструменти можуть не повністю відобразити складність і багатовимірність досліджуваних конструкцій. Інші інструменти вимірювання або альтернативні підходи можуть забезпечити більш комплексну оцінку. Наше дослідження не вивчало широко вплив контекстуальних факторів, таких як культурне походження, соціально-економічний статус або конкретні життєві події. Ці фактори можуть впливати на здоров'я та іпохондричні прояви, і їх слід враховувати в майбутніх дослідженнях.

Насамкінець, аналіз зосереджувався на певному наборі змінних, і можуть існувати інші важливі фактори, що впливають на іпохондричні прояви, які не були включені в наше дослідження. Майбутні дослідження можуть вивчити додаткові змінні, щоб покращити наше розуміння. Це упередження самостійного вибору може обмежити можливість узагальнення наших висновків. Визнаючи ці обмеження, майбутні дослідження можуть ґрунтуватися на наших висновках і вирішити ці проблеми, щоб забезпечити більш повне розуміння цього складного явища.

## ВИСНОВКИ

Отже, представлена кваліфікаційна робота спрямована на формування комплексної моделі ставлення до здоров'я в осіб з іпохондричним переживанням. Для досягнення цієї мети ми вирішували три основні завдання, що розкрито у процесі теоретичного та емпіричного дослідження.

1. За результатами аналізу кількісних даних, ми виявили характерні відмінності у проявах переконань щодо здоров'я та піклування про здоров'я між особами з іпохондричними проявами та без них. Зокрема, наші результати підкреслили, що люди з іпохондричними тенденціями демонструють специфічне когнітивне, емоційне та поведінкове ставлення до здоров'я, яке відрізняє їх від тих, хто не має таких схильностей.

2. Водночас, аналізуючи результати за окремими шкалами, ми мали на меті визначити ймовірні особисті предиктори ставлення до здоров'я. Наші результати засвідчують значний зв'язок між конкретними змінними та іпохондричними тенденціями. Примітно, що внутрішній локус контролю, емоційна реактивність, когнітивна інтерпретація, відкритість до досвіду та нейротизм виявилися потенційними предикторами, які сприяють формуванню іпохондрійних переконань щодо здоров'я в цій групі.

3. Насамкінець, ґрунтуючись на визначених особистих предикторах і відмінностях у переконаннях щодо здоров'я, ми сформулювали прогностичну модель для опису ставлення до здоров'я в осіб із схильністю до іпохондричних переживань. Ця модель об'єднує складну взаємодію між когнітивними, емоційними та поведінковими факторами, а також особистісними рисами, щоб забезпечити повне розуміння переконань цієї групи населення щодо здоров'я. Розглядаючи ці фактори разом, модель пропонує цінну інформацію про формування та підтримку іпохондричних тенденцій. Підводячи підсумок, наше дослідження має характерні методологічні обмеження, проте реалізовані завдання слугують основою для подальшої деталізації визначених феноменів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бамбурак, Н. (2019). Психологічний аналіз проблеми систематики психосоматичних розладів. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки, 14(3), 18-31.
2. Бацилєва, О. В., Пузь, І. В., & Гресько, І. М. (2018). Особливості ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем психоемоційного напруження.
3. Візнюк, І. М. (2020). Особистісне відчуження як фактор виникнення іпохондричних розладів у людей похилого віку. Науковий вісник, 191.
4. Візнюк, І. М. (2020). Соматичне підґрунтя у зародженні іпохондричної хвороби. Актуальні проблеми психології, 65.
5. Візнюк, І. М. (2019). Психосоматичні кореляти в аспекті розвитку іпохондричної поведінки особистості. Психологічний журнал, 5(8), 174-189.
6. Гресько, І. (2022). Я-концепція як чинник формування ставлення особистості до здоров'я: емпіричне дослідження. *Pomiędzy. Polonistyczno-Ukrainoznawcze Studia Naukowe*, (5 (2)), 75-82.
7. Дюпре, А., Бьюкен, У., Уорик, Х., Незнанова, Н., & Барденштейн, Л. (2019). Прояви іпохондричних розладів особистості. Матеріали конференції, 157.
8. Кириченко, В. В., & Мазяр, О. В. (2022). Локус контролю психічного здоров'я під час війни. *Габітус*, (43), 204-208.
9. Колесніченко, Є. (2021). Особливості використання методів КПТ в молоді із невротичними станами.
10. Кондратенко, А. П. (2020). Когнітивні та емоційні розлади хворих на

- цукровий діабет II типу. Експериментальна і клінічна медицина, 89(4), 49-52.
11. Коробка, Л. М. (2014). Особливості ставлення до здоров'я носіїв бідності як стилю життя. Науковий вісник Чернівецького національного університету. Серія: Педагогіка та психологія, (686), 49-58.
  12. Старусева, В. В., & Тереник, С. А. (2020). Психогігієна, як розділ науки націлений на попередження виникнення депресій, іпохондрії та астенії (Doctoral dissertation, Plateforme scientifique européenne).
  13. Сурена, С. (2019). Взаємодія когнітивних та емоційних схем у осіб з тривожними, депресивними та спричиненими стресом розладами (Doctoral dissertation, КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА).
  14. Чорна, В. В., Махнюк, В. В., Хлестова, С. С., Гуменюк, Н. І., & Чайка, Г. В. (2021). Ставлення медичних працівників сфери охорони психічного здоров'я до власного здоров'я.
  15. Юсіфова, А. А. (2021). П'ятифакторна модель особистості. Publishing House "Baltija Publishing".
  16. Abdi, H. (2007). Signal detection theory (SDT). Encyclopedia of measurement and statistics, 886-889.
  17. Al-Ma'seb, H. B., & Al-Sejari, M. M. (2021). Sociodemographic variables and illness attitudes toward COVID-19 in Kuwait. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 53(3), 365.
  18. Al-Sejari, M. M., & Al-Ma'Seb, H. B. (2021). Precautionary measures and illness attitudes toward COVID-19 among a sample of the Kuwaiti population. Social Work in Public Health, 36(1), 1-11.
  19. Al-Metwali, B. Z., Al-Jumaili, A. A., Al-Alag, Z. A., & Sorofman, B. (2021). Exploring the acceptance of COVID-19 vaccine among healthcare workers and

- general population using health belief model. *Journal of evaluation in clinical practice*, 27(5), 1112-1122.
20. Armistead-Jehle, P., Lippa, S. M., & Grills, C. E. (2020). The impact of self-efficacy and health locus of control on performance validity testing. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(7), 1162-1167.
  21. Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of anxiety disorders*, 71, 102211.
  22. Bajcar, B., & Babiak, J. (2021). Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of health anxiety and obsessive–compulsive symptoms in a community sample. *Current Psychology*, 40, 2820-2831.
  23. Błachnio, A., Przepiórka, A., Kot, P., Cudo, A., & Steuden, S. (2022). The role of emotional functioning in the relationship between health anxiety and cyberchondria. *Current Psychology*, 1-11.
  24. Burton, R. (1857). *The anatomy of melancholy*. JW Moore.
  25. Engel, G. L. (1981, January). The clinical application of the biopsychosocial model. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*(Vol. 6, No. 2, pp. 101-124). Oxford University Press.
  26. Fergus, T. A. (2014). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): an examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 504-510.
  27. Fergus, T. A., & Spada, M. M. (2017). Cyberchondria: Examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), 1322-1330.
  28. Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. *Psychological trauma: theory, research,*

- practice, and policy, 12(S1), S17.
29. Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). How bad is it? Suicidality in the middle of the COVID-19 pandemic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(6), 1241-1249.
  30. Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Living in the midst of fear: Depressive symptomatology among US adults during the COVID-19 pandemic. *Depression and anxiety*, 37(10), 957-964.
  31. Galli, J. (2022). Hypochondria as a form factor: The role of colonial anxieties as shapers of buildings and urban spaces in British Africa. *Planning Perspectives*, 37(1), 103-126.
  32. Green, E. C., Murphy, E. M., & Gryboski, K. (2020). The health belief model.
  33. Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota multiphasic personality inventory*, Rev. ed., 2nd printing.
  34. *The Wiley encyclopedia of health psychology*, 211-214.
  35. Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?. *Journal of anxiety disorders*, 73, 102239.
  36. Krumov, K. D., Larsen, K. S., Liu, J., Schneider, J. F., Krumova, A. K., Widodo, E., ... & Repaczki, R. (2022). Health locus of control in a pandemic situation: cross-cultural differences between European and Asian respondents. *Health Psychology Report*, 10(3), 227-237.
  37. Klimanska, M., & Haletska, I. (2019). Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості TIPI (TIPI-UKR). *Psychological journal*, 5(9), 57-76.
  38. Larner, A. J. (2022). The anatomy of melancholy revisited after 400 years. *Brain*, 145(7), 2617-2618.

39. Lee, D. S., Koo, H. J., Choi, S. O., Kim, J. I., & Kim, Y. S. (2022). Relationship between Preventive Health Behavior, Optimistic Bias, Hypochondria, and Mass Psychology in Relation to the Coronavirus Pandemic among Young Adults in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9620.
40. Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of behavioral medicine*, 39, 935-946.
41. Liao, C., Chen, J. L., & Yen, D. C. (2007). Theory of planning behavior (TPB) and customer satisfaction in the continued use of e-service: An integrated model. *Computers in human behavior*, 23(6), 2804-2822.
42. Mahindaratne, P. P. (2021). Assessing COVID-19 preventive behaviours using the health belief model: A Sri Lankan study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 16(6), 914-919.
43. Nadeem, F., Malik, N. I., Atta, M., Ullah, I., Martinotti, G., Pettorruso, M., ... & De Berardis, D. (2022). Relationship between health-anxiety and cyberchondria: Role of metacognitive beliefs. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2590.
44. Owens, K., & Antony, M. M. (2011). *Overcoming health anxiety: Letting go of your fear of illness*. New Harbinger Publications.
45. Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM- 5: Classification and criteria changes. *World psychiatry*, 12(2), 92-98.
46. Pan, B., Zhang, Q., Tsai, H., Zhang, B., & Wang, W. (2018). Hypochondriac concerns and correlates of personality styles and affective states in bipolar I and II disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-7.
47. Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the

- measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853.
48. Salkovskis, P. M., Warwick, H. M., & Deale, A. C. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 3(3).
  49. Sirri, L. (2014). Dimensional assessment of hypochondriacal fears and beliefs. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 50-57.
  50. Sirri, L., Garotti, M. G. R., Grandi, S., & Tossani, E. (2015). Adolescents' hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behaviors. *Journal of psychosomatic research*, 79(4), 259-264.
  51. Sirri, L., Tossani, E., Potena, L., Masetti, M., & Grandi, S. (2020). Manifestations of health anxiety in patients with heart transplant. *Heart & Lung*, 49(4), 364-369.
  52. Starcevic, V. (2015). Hypochondriasis: treatment options for a diagnostic quagmire. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 369-373.
  53. Ștefănuț, A. M., Vintilă, M., Tomiță, M., Treglia, E., Lungu, M. A., & Tomassoni, R. (2021). The influence of health beliefs, of resources, of vaccination history, and of health anxiety on intention to accept COVID-19 vaccination. *Frontiers in psychology*, 12, 729803.
  54. Trougakos, J. P., Chawla, N., & McCarthy, J. M. (2020). Working in a pandemic: Exploring the impact of COVID-19 health anxiety on work, family, and health outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 105(11), 1234.
  55. Tyrer, P. (2020). COVID-19 health anxiety. *World Psychiatry*, 19(3), 307.
  56. Taylor, D., Bury, M., Campling, N., Carter, S., Garfield, S., Newbould, J., & Rennie, T. (2006). A Review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and

- the Trans-Theoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence, 1-215.
57. Wallston, K. A. (2020). Multidimensional health locus of control scales. *Encyclopedia of behavioral medicine*, 1423-1424.
  58. Walsh, S., Dignan, M., & Caldwell, G. (2007). The PAPM, diffusion theory, and violent death surveillance. *American journal of health behavior*, 31(5), 451-461.
  59. Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 105-117.
  60. Wong, M. C., Wong, E. L., Huang, J., Cheung, A. W., Law, K., Chong, M. K., ... & Chan, P. K. (2021). Acceptance of the COVID-19 vaccine based on the health belief model: A population-based survey in Hong Kong. *Vaccine*, 39(7), 1148-1156.