

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКО  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА:

**ЗВ'ЯЗОК ТЮТЮНОВОЇ АДИКЦІЇ ІЗ ТРИВОЖНІСТЮ У СТУДЕНТІВ  
ЖІНОЧОЇ СТАТІ**

на здобуття освітнього ступеня «бакалавр»  
з напрямку «психологія»

Студентки 4 курсу 1 групи  
спеціальності «психологія»  
Карускевич Валерії Юріївни

Науковий керівник:  
Кандидат медичних наук, доцент  
Діденко Сергій Васильович

Допустити до захисту ЕК

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Завідувач кафедри:

доктор психологічних наук, академік НАПН України, професор

Бурлачук Леонід Фокович

---

(підпис)

Київ – 2021

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТЮТЮНОВОЇ АДИКЦІЇ ІЗ ТРИВОЖНІСТЮ У СТУДЕНТІВ ЖІНОЧОЇ СТАТІ	
1.1 Тютюнова адикція як форма адиктивної поведінки.....	7
1.2 Фактори, які впливають на формування та розвиток адиктивної поведінки...11	
1.3 Тривожність як психологічний компонент адиктивної поведінки.....	14
1.4 Аналіз наукових джерел з дослідження зв'язку тютюнової адикції із тривожністю.....	17
1.5 Гендерні особливості тривожності.....	21
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	
1.....	28
РОЗДІЛ 2 ПЛАН ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТЮТЮНОВОЇ АДИКЦІЇ ІЗ ТРИВОЖНІСТЮ У СТУДЕНТІВ ЖІНОЧОЇ СТАТІ	
2.1 Обґрунтування дослідження.....	31
2.2 Опис методик дослідження.....	34
2.2.1 Дослідження зв'язку тютюнової адикції із тривожністю у студентів жіночої статі.....	36

ВИСНОВОК	ДО	РОЗДІЛУ
2.....		38

### РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТЮТЮНОВОЇ АДИКЦІЇ ІЗ ТРИВОЖНІСТЮ У СТУДЕНТІВ ЖІНОЧОЇ СТАТІ

3.1 Загальні дані дослідження.....	40
3.2 Показники рівня тривожності за опитувальником оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна.....	42
3.3 Результати за шкалою проявів тривоги Тейлора.....	53
3.4 Дані отримані за шкалою тривоги Бека.....	61

ВИСНОВОК	ДО	РОЗДІЛУ
3.....		66

ВИСНОВОК.....	69
---------------	----

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	72
------------------------	----

ДОДАТКИ.....	82
--------------	----

## Вступ

**Актуальність дослідження.** Проблема тривожності є однією із значних проблем сучасної психології зважаючи на зростання стресу у світі, що робить її вивчення актуальною і важливою теоретичною та практичною задачею. Розповсюдженість тютюнопаління серед жінок дуже висока. Дані державної статистики вказують на те, що найбільше жінок палять у віці від 18 до 29 років. Тривожні розлади — найбільш розповсюджений стан порушень психічного здоров'я в багатьох країнах. В час пандемії коронавірусу, експерти із системи охорони здоров'я мають причини повертатися до зв'язку між тривожністю та тютюнопалінням. Змушує тривожність людей палити? Чи тютюнопаління викликає занепокоєння? На даний момент не має однозначних висновків.

Через цю шкідливу звичку страждає репродуктивна функція людини. Згідно деяких досліджень у жінок які вживають тютюн під час вагітності, трапляються викидні та діти народжуються каліками вдвічі частіше. Від куріння кожен рік у світі помирають 6 мільйонів людей.

Одна із проблем, які в останні роки найбільш інтенсивно розробляються представниками різних психологічних шкіл і напрямків, відноситься проблема адиктивної поведінки. Адиктивна поведінка призводить до негативних змін як в організмі людини, так і в його особистісно-поведінковій сфері.

Тютюнова адикція в Міжнародній класифікації хвороб включена в розділ «Розлади психіки та розлади поведінки пов'язані з вживанням психоактивних речовин».

Тютюнова адикція - виникає в результаті зловживання тютюнопалінням та виступає засобом задоволення психологічних і соціогенних потреб особистості. Формування тютюнової адикції може бути обумовлено особистісними характеристиками і соціогенними факторами. Результатом тютюнової адикції є сформованість психологічної залежності особистості.

У цій роботі ми будемо досліджувати зв'язок тютюнової аддикції із тривожністю у студентів жіночої статі.

**Мета:** дослідити вплив тютюнової аддикції на тривожність у студентів жіночої статі.

**Об'єкт:** адиктивна поведінка студентів жіночої статі.

**Предмет:** вплив тютюнової аддикції на тривожність у студентів жіночої статі.

**Гіпотеза:** у студентів жіночої статі із тютюновою адикцією рівень тривожності вище, ніж у студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

**Завдання дослідження:**

1. Зробити науковий огляд сучасних проблем тривожності у жінок.
2. Встановити наявний рівень реактивної та особистісної тривожності у студентів жіночої статі за(за опитувальником оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна).
3. Виміряти прояви тривожності у студентів жіночої статі(за шкалою Тейлора).
4. Здійснити попередню оцінку ступеня вираженості тривожності у студентів жіночої статі(за шкалою тривоги Бека).
5. Порівняти рівень тривожності у студентів із тютюновою адикцією та без неї.

**Теоретико-методологічні основи дослідження:**

Теоретико-методологічною основою є: загальнонаукові принципи пізнання, комплексний системний і суб'єктивні підходи в дослідженні, а також роботи та дослідження таких психологів та вчених, як Прихожан А. М., Мэй Р., Спілбергер Ч. Д., Божович Б.С., Бернс Д., Новікова Е. В., А.О. Прохоров, Г.А. Глотова,

Р.Р. Віллобай, Річард Лезарус, Джеймс Ейверілл, Кулаков С.А., Ільїн Є.П., Менделевич В.Д., Кон І.С.

**Методична основа:**

Теоретичний аналіз, анкетування, біографічний метод, «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханін, «Особистісна шкала проявів тривоги» Тейлора, «Шкала тривоги» Бека.

Також було використано методи математично-статистичної обробки даних у програмі “SPSS 16.0”, а саме: описові статистики; таблиці сполучення та Критерії Фі та Крамера.

**Вибірка:**

Емпіричне дослідження впливу тютюнової аддикції на тривожність: проводилося протягом 2021 року, на базі Київського Національного Університету імені Тараса Шевченка в місті Києві. У дослідженні взяли участь студенти факультету психології в кількості 100 жінок у віці 18–21 років.

**Структура роботи:**

Робота складається зі вступу, трьох розділів та висновків до кожного з них, загального висновку, списку використаної літератури (94 найменувань), сімнадцяти додатків. Повний обсяг дипломної роботи становить 97 сторінок.

# РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТЮТЮНОВОЇ АДИКЦІЇ ІЗ ТРИВОЖНІСТЮ У СТУДЕНТІВ ЖІНОЧОЇ СТАТІ

## 1.1 Тютюнова адикція як форма адиктивної поведінки

Людина в значній мірі сама визначає свою долю, так як реалізує свою повсякденну поведінку через гарні або погані звички, що викликають відповідні наслідки [9]. Автоматизуючи наші дії, звичка робить рух більш точним та вільним. Вона зменшує ступінь свідомої уваги, з якою відбуваються дії. Л. Рубінштейн відзначав, що утворення звички означає появу не стільки нового вміння, скільки нового мотиву або тенденцій до автоматично виконуваних дій [73]. Іншими словами, звичка - це дія, виконання якої стає потребою. З огляду на важливу властивість нервової системи легко формувати і закріплювати звички, навіть якщо вони є непотрібними або шкідливими (куріння, захоплення спиртними напоями та інше), можна сміливо стверджувати, що процес розумового управління звичками — це управління поведінкою. Адже навіть шкідливі звички, що завдають шкоди здоров'ю організму, з часом починають сприйматися як нормальне явище, як щось необхідне та приємне. Це свідчить про сформовану залежну поведінку [5,7].

Адиктивна поведінка розглядається більшістю авторів, які почали розробки цієї проблематики (Ц. П. Короленко, Тимофієва А. С., Акопов А.Ю., Chernin К. И та інші), як одна із форм деструктивної поведінки, тобто, як заподіювачу шкоду людині та суспільству. Адиктивна поведінка виражається в прагненні до відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, що досягається різними способами - фармакологічними (прийом речовин, які впливають на психіку) і не фармакологічними (зосередження на певних речах і

активностях, що супроводжується розвитком суб'єктивно приємних емоційних станів).

Спочатку термін «адиктивна поведінка» був введений М.Ландрі і В. Міллером, які розуміли під адиктивною поведінкою - період зловживання речовинами, що змінюють психічний стан людини до того, як у них сформується залежність [28].

Більшість вітчизняних дослідників такі як С. А. Кулаков, Н. П. Фетіскін, Е. В. Змановська, В. С. Донських, Е. П. Ільїн, Ц. П. Короленко, А. Е. Личко, Ю. В. Попов, та ін. вважають адиктивну поведінку необхідно застосовувати до хімічних речовин, як стан не просто вживання, а пристрасть до вживання, але ще не в стадії системної залежності, а як поведінку, що відхиляється. Таке ж розуміння, як одної із форм відхилення, спрямованого до штучного підвищення свого емоційного стану, спеціальна зміна свого психічного стану за допомогою вживання хімічних речовин, або як загострення уваги на певній діяльності, як метод і спосіб відходу від реальності. Дане визначення ми можемо побачити в роботах К. В. Судакова, Б. Д. Карвасарського, П. І. Сидорова.

Вживання людиною тютюну, алкоголю, наркотиків або інших форм залежностей пов'язаних із зміною свідомості, можна віднести до девіантних форм поведінки[64].

Відсутність залежності передбачає, що індивід відповідає поняттям поведінкової норми. Норма ( на думку К. К. Платонова) — це явище групової свідомості у вигляді поділюваних групою уявлень та найбільш розповсюджених суджень членів групи про вимоги до поведінки з урахуванням їх соціальних ролей, які створюють оптимальні умови буття, з якими ці норми взаємодіють та відображаючи, формують його. Тобто суть поведінкової норми - відповідність людини розділяємою групою уявленням про норму [42].

В цілому, адикції умовно можна розділити на «хімічні» (субстанціональні) - звані також фізичною залежністю та поведінкові залежності (несубстанціональні, психологічні). Поведінкова адикція у психології — стан свідомості людини, який характеризується прихильністю до певної діяльності, нездатність самостійно її припинити [26].

Бажання змінити настрій по адиктивному механізму досягається за допомогою різних адиктивних агентів (речовини, що змінюють психологічний стан) [20 С. 83-90.].

Залежність з одного боку є добровільним особистісним вибором, а з іншого, його втратою і підпорядкованістю адиктивному агенту. Мотиваційною основою залежності є гедоністичні бажання відчувати задоволення, тобто прагнення до негайного отримання задоволення за будь-яку ціну [20 С. 83-90.].

Дослідники Т. А. Донських, Н. В. Дмитрієва, Ц. П. Короленко, Л. Г. Леонова, Н. Л. Бочкарьова, які досліджують проблеми адикції, долучають дану поведінку до однієї з форм деструкції, яка полягає в постійному бажанні відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану шляхом вживання психоактивних речовин, лікарських препаратів, або одержимість певною діяльністю. У психологічному словнику адиктивна поведінка визначається, як форма деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану [35].

Розвиток адиктивної поведінки відрізняється різними індивідуальними властивостями, але в цілому В. Каган виділяє ряд етапів (на прикладі хімічних видів адикцій):

Перший етап: ознайомлення із речовиною, яку найчастіше нав'язує компанія. При першій спробі слід враховувати вік: чим менший, тим більша

ймовірність, що перші проби переростуть в процес формування адиктивної поведінки та подальшу хворобу. Перші проби найчастіше не мають продовження.

Другий етап: полягає у пошуку різних речовин, які людина спробує. Для одних важливо їх вживання як знак приналежності до групи, для інших - сам факт зміни стану свідомості, для третіх - особливості «кайфу».

Третій етап: полягає в переході адиктивної поведінки у хворобу, яка формується під впливом деяких факторів: соціальних, соціально-психологічних, біологічних[69 с. 70-71].

Спосіб життя адикта в цілому може розглядатися як пряма протилежність тому, що прийнято називати «здоровим способом життя». Короленко Ц. П., Донских Т. А спостерігали жінок с тютюново адиктивною формою поведінки. Ці жінки палили майже увесь час бадьорості з невеликими перервами, не звертаючи уваги на те, як до цього ставилися їх колеги по роботі, знайомі, родина. Всі вони були добре обізнані про шкоду куріння, мали сучасну інформацію про токсичність нікотину, про те, що куріння значно підвищує ризик розвитку раку легенів і ін. Однак це незмінювало їх поведінки. Завжди знаходилися виправдання: «зі мною нічого не станеться, так як я вже до паління адаптувалася, якщо кину, то тоді адаптація порушиться і я відразу ж чимось серйозним захворію»; «Жити в обстановці постійного стресу і не знімати його неможливо»; «Куріння оберігає мене від неврозу, гіпертонії, я це інтуїтивно відчуваю». На питання до однієї жінки, чи не турбує її те, що в накурений квартирі постійно перебуває і пасивно «курить» її неповнолітній син, вона відповідала: «Він багато гуляє на вулиці, я часто провітрюю квартиру, не можна дитину тримати під скляним ковпаком». Цю жінку не зупиняло навіть обставина, що у неї в родині були випадки важких захворювань, пов'язаних з курінням, і що їй самій за станом здоров'я лікарі заборонили палити.

В осіб з тютюновою адикцією поряд із синдромом патологічного потягу до куріння тютюну і синдромом відміни в 60% випадків діагностуються прикордонні психічні розлади. Найбільш часто спостерігаються тривожно-іпохондричний, тривожно-депресивний, астенодепресивний. Прикордонні психічні розлади розвиваються одночасно з клінічною картиною залежності, існують самостійно, а при загостренні створюють основу мотиву припинення куріння тютюну з пошуками медичної допомоги від куріння.

## **1.2 Фактори, які впливають на формування та розвиток адиктивної поведінки**

Вдаючись до форм адиктивної поведінки, люди намагаються штучним шляхом змінити свій психічний стан, що дає їм ілюзію безпеки, відновлення рівноваги. Адиктивні стратегії поведінки як правило, викликані труднощами адаптації до проблемних життєвих ситуацій: складних соціально-економічних умов, численних розчарувань, крахів ідеалів, конфліктів в сім'ї і на роботі, втрати близьких, різких змінах звичних стереотипів.

У виникненні адиктивної поведінки мають значення особистісні особливості та характер впливу середовища. Особи з низькою адаптацією до психологічно дискомфортних станів, що виникають у повсякденному житті природних періодів спаду, більш схильні до ризику появи адиктивної фіксації.[20 С. 83-90.].

Роль особистісного і соціального факторів у виникненні деструктивних реалізацій відзначалася багатьма авторами і раніше. Від класичного психоаналізу з його фантастичним розумінням алкоголізму, токсикоманії та інших деструктивних форм поведінки як прихованих гомосексуальних прагнень, з виявленням фатального потягу до саморуйнування, самознищення до постфрейдизма і робіт сучасних авторів, психологів і психіатрів. А. Адлер, наприклад,

застосовував своє вчення про комплексні неповноцінності для психоаналітичного, але вільного від сексуальної основи, пояснення поведінкового деструктивізму, який, на його думку, розвивається у людини з відчуття своєї безпорадності і відчуженості від суспільства. Але він вважав, що у алкоголіка, наприклад, що розвиваються в ньому від того ж комплексу неповноцінності агресивність, конфліктність, найбільш помітно проявляються в стані сп'яніння. Так по суті справи іноді викривлено розуміється симптоматика клінічної картини сп'яніння, етіологія від якої цілком залежить патофізіологічні закономірності роботи центральної нервової системи людини, що знаходиться під наркотичним, токсичним впливом алкоголю. Але, проте, не дивлячись на те, багатьма авторами відзначається особистісний і соціальний фактор, як першопричина деструктивної поведінки [69].

Для адикта типова гедоністична установка в житті. Прагнення до негайного отримання задоволення за будь-яку ціну. Така установка це, як правило, продукт неправильного виховання в дитинстві, або наслідки перенесених пізніше психічних травм, або (що на практиці зустрічається набагато частіше) компенсаторна реакція психіки на руйнівний вплив ПНС (Поліморфний накопичений стрес)[7].

Людина в повсякденному житті в будь-якій ситуації прагне до психологічного комфорту, а якщо це прагнення не здійснюється, може з'явитися та чи інша залежність. В основі практично всіх залежностей лежить внутрішньоособистісний конфлікт або протиріччя, з якими особистість не може впоратися, не вдаючись до відходу від реальності. Тому залежність являє собою особистісне порушення [15 С. 7]. Провокуючими факторами адиктивної поведінки також вважаються нервово-психічна нестійкість, акцентуації характеру, поведінкові реакції групування, реакції емансипації [18 с.55-63.].

Більшість авторів пов'язують схильність індивіда до адиктивної поведінки з певними акцентуаціями характеру (гіпертімний, нестійкий, конформний, істероїдний, епілептоїдний типи). Акцентуація характеру, по А.Е. Личко, - це надмірне посилення окремих рис характеру, при якому спостерігаються не виходять за межі норми відхилення в психології і поведінці людини. Акцентуація не патологія, «загострені» особливості характеру можуть виявлятися не скрізь і не завжди і, як правило, не задають істотного впливу на успішність соціальної адаптації [38]. Аналізуючи особливості адиктивної особистості, В.Д. Менделевич посилається на Е. Берна і через призму його теорії розкриває сутність адиктивної особистості. На думку Е. Берна, у людини існує шість видів голоду: голод по сенсорній стимуляції, голод за визнанням, голод по контакту і фізичному погладжуванню, сексуальний голод, структурний голод, чи голод щодо структурування часу, голод з ініціативи. У адиктивної особистості кожен вид голоду загострюється. Вона не знаходить задоволення почуттю голоду в реальному житті і прагне зняти дискомфорт і незадоволення реальністю стимуляцією тих чи інших видів діяльності [43].

В якості базисної характеристики адиктивної особистості В.Д. Менделевич виділяє залежність. Для оцінки віднесення людини до залежного типу виділяються ознаки, п'яти з яких достатньо для діагностики залежності: нездатність приймати рішення без порад інших людей; готовність дозволяти іншим приймати важливі для нього рішення; готовність погодитися з іншими, щоб не бути відкинутим; утруднення почати якусь справу самостійно; готовність добровільно йти на виконання принизливих або неприємних робіт з метою отримати підтримку і любов оточуючих людей; погане перенесення самотності і готовність на значні зусилля, щоб її уникнути; відчуття спустошеності або безпорадності, коли обривається близький зв'язок; страх бути відкинутим; легка вразливість, піддавання найменшій критиці чи несхваленню з боку [43].

Таким чином, причин, за якими у людей виникають різні залежності, безліч. Сюди відносяться особистісні відхилення і психічні захворювання людини, через які вона не може реалізувати себе іншим способом.

### **1.3 Тривожність як психологічний компонент адиктивної поведінки**

Адиктивна поведінка — це один із типів девіантної поведінки с формуванням у людини тяги до уникнення реальності завдяки синтетичній трансформації психічного стану шляхом прийому деяких речовин або стабільній фіксації на здійсненні специфічних видів діяльності з метою отримання певних інтенсивних емоцій.

Згідно уявлень сучасних авторів, тривожність — це риса сформованої особистості, яка є засобом орієнтування у світі та свідченням адаптивності внутрішньої системи, що знаходиться в процесі пошуку адекватної (часу, місцю) активності [4].

Висока тривожність як критерій вже сформованих нозологій (а саме різноманіття тривожних клінічних розладів) часто поєднується з патологічними станами, пов'язаними зі зловживанням алкоголю, посилюючи дезадаптуючі та деструктивні симптоми адикції і ускладнюючи процес терапії та реабілітації пацієнта [83].

В. А. Куташов и Т. Ю. Хабарова [37 С. 69–73.] при дослідженні осіб з адиктивною поведінкою виявили, що 52 % опитаних респондентів властивий високий рівень особистісної тривожності, у 39 % спостерігається помірний, у 9% низький. В. А. Куташов припускає, що низький рівень тривожності в осіб с адиктивною поведінкою може бути пов'язаний із захисним механізмом інтенсивного витіснення почуття занепокоєння. Середній рівень ситуативної тривожності зафіксували у 52% залежних осіб, низький рівень був виявлений у 48%, що автори інтерпретували як дефіцит критики до власного статусу і наявного

розладу в сумі. Середній ступінь тривожності (адаптивна тривожність), властива великій кількості підлітків [65 С. 235–239.], що не демонструють девіантних варіантів поведінки, є значущою обставиною протекції формування залежності, стимулом збереження власного здоров'я, антитенденцією до вживання психоактивних речовин.

Залежність від психоактивних речовин є одним з найбільш поширених супутніх патологічних потягів серед людей з генералізованим тривожним розладом [92]. Недавнє епідеміологічне дослідження, проведене з шістьма тисячами респондентів, показало, що генералізований тривожний розлад був саме тією нозологією, яка найбільш часто зустрічалася у пацієнтів при зловживанні алкоголю або наркотиків в якості «самолікування» і «зняття» симптоматики даної патологічної одиниці - тотального психічного напруження і тривоги, що провокує переживання похмурих передчуттів [78].

Згідно S.E. Bruce [80], коморбідність генералізованого тривожного розладу із залежністю від ПАР пов'язана з прискореним прогресуванням від першого використання тієї чи іншої речовини до появи психологічної та фізичної залежності, що також підтверджено дослідженням, що наявність адиктивної поведінки у індивіда значно знижує ймовірність позитивних результатів при терапії генералізованого тривожного розладу [87]. Тривожність та її прояви тісно пов'язані зі стресом - ситуацією, яка об'єктивно або суб'єктивно становить загрозу для існування людини, реалізації його планів, для благополуччя або сталості умов існування; ситуацію, яка знижує передбачуваність розвитку подій або вимагає зусиль для адаптації, мобілізації фізичних і психічних ресурсів [3, 86 с.]. По даним багатьох досліджень, тривожність жінок, значно вища за тривожність чоловіків (Г. Ш. Габдрєєва, А. М. Прихожан та інші).

За визначенням Американської психіатричної асоціації (American Psychiatric Association, APA), «Страх - це емоційна відповідь на реальну або уявну неминучу загрозу, тоді як тривога - це очікування майбутньої загрози» [76]. Таким чином, емоційний стан індивіда при страху (зустрічі з реальною загрозою) відрізняється від тривоги (очікування можливої загрози в майбутньому). Тривога визначається як тимчасовий розмитий емоційний стан, викликаний потенційно небезпечною ситуацією, шкода від якої незначна або її складно визначити [88].

Здатність відчувати тривогу є адаптивною властивістю психіки людини і дозволяє зберігати готовність до реакції на реальну загрозу. Однак підвищена тривожність не сприяє адаптації, а, навпаки, знижує розумову і фізичну працездатність, погіршує самопочуття, сприяє розвитку або прогресування хронічних захворювань [71]. Тривожність також стає дезадаптивною, якщо вона присутня постійно або розвивається під дією стимулів, що не несуть реальної загрози [89].

Тривожність підрозділяється на ситуаційну й особистісну [72]. Під ситуаційною тривожністю розуміється гостра відповідь на потенційну загрозу; особистісна тривожність має хронічний характер, проявляється постійно протягом життя людини і розглядається як риса особистості.

Особистісна тривожність пов'язана з розвитком адиктивних порушень, зокрема із залежністю від психоактивних речовин [68]. З точки зору стрес-реакції, загальним механізмом тривожності і залежної поведінки є дефіцит стрес-лімітуючих та стрес-протекторних систем головного мозку [40]. Зокрема, цей дефіцит може бути обумовлений змінами в системі кортиколиберина [93]. У зв'язку з цим закономірно слід очікувати підвищеної схильності до адиктивних порушень у осіб з особистісною тривожністю, так і підвищеного рівня ситу-

аційної тривожності у осіб з адиктивними порушеннями. Підвищення рівня особистісної тривожності, як правило, пов'язане з формуванням внутрішньоособистісних конфліктів і проявляється відчуттям постійної небезпеки, почуттям невизначеності, заклопотаності, напруги і тривожного очікування, невизначеного занепокоєння або як відчуття невизначеної загрози, характер і час якої не піддається прогнозу. Особистісна тривожність зачіпає всі сфери людської життєдіяльності: знижує самооцінку і мотивацію, ускладнює комунікацію та інше.

Ситуаційна тривожність характеризується станом особистості в певний момент часу і пов'язана з зовнішніми чинниками, які зумовлюють «вітальну» або соціальну загрозу. Така тривожність є відповіддю на зміни обставин, які розцінюються суб'єктом як стресові. Коли дратівливий чинник вичерпується, стан індивіда нормалізується. Реактивну тривожність можуть провокувати різні причини: складна політична і економічна ситуація, природні катаклізми, негативні новини, проблеми в родині і на роботі, власний багаж невдалого досвіду, страхи.

#### **1.4 Аналіз наукових джерел з дослідження зв'язку тютюнової адикції із тривожністю**

Багато хто вірить, що куріння здатне знижувати рівень тривожності та стресу. Близько половини курців називають саме цю особливість головною причиною паління цигарок. Однак в ході нового дослідження вчені з Королівського коледжу Лондона (King's College London), Великобританія, виявили, що у людей, чия спроба кинути палити виявилася вдалою, рівень тривожності знижується, а у тих, кому це не вдалося - значно підвищується.

Учасниками даного дослідження стали 491 людина, які палили протягом 10 років, що проходили 8 тижнів лікування від тютюнопаління в спеціалізованих клініках Державної служби охорони здоров'я Великобританії і отримували

нікотінзамістну терапію. Тим з учасників, які палили десь 15 сигарет в день, був призначений нікотиновий пластир, який містить 21 мг, 10-14 сигарет - 14 мг нікотину. Додатково учасники перорально приймали 6-12 мг нікотину в день, в залежності від їх генотипу і вираженості нікотинової залежності, визначеної за допомогою тесту Фагестрома (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence).

На початку і в кінці дослідження в учасників визначали рівень тривожності за допомогою короткої версії опитувальника Спілберга (Spielberger State - Trait Anxiety Inventory - STAI-6). Для з'ясування мотивів куріння учасникам задавали питання: «Ви палите, тому що Вам це приносить задоволення або для того, щоб боротися з напругою і стресом?», На який вони могли дати один з трьох можливих відповідей: «Приносить задоволення», «Знімає напругу» та «В рівній мірі вірні обидва варіанти відповідей». В ході збору інформації про учасників стало відомо, що 106 з них мають психічні захворювання (53% - порушення настрою, 13% - тривожні розлади), з яких 88% було потрібно медикаментозне лікування.

Виявилось, що тільки 14% (n = 68) не курили протягом 6 місяців після проходження лікування в клініці. Причому частіше відмовлялися від згубної звички ті учасники, які вказували головною причиною куріння отримання задоволення. Вчені відзначили, що через півроку рівень тривожності учасників, хто кинув палити, був в середньому на 11,8 бала за шкалою STAI-6 нижче, ніж у тих, які так і не змогли побороти шкідливу звичку (95%). Рівень тривожності у учасників, яким не вдалося кинути палити, був на 3 бали вище, ніж на початку дослідження, а у тих, яким вдалося - на 9 балів нижче. Вчені звернули увагу, що на початку дослідження у 22,4% учасників спостерігався високий рівень тривожності, а через 6 міс - у 28,8% (серед тих, хто не курив протягом всього дослідження - 14,7%). Проаналізувавши отримані дані, дослідники визначили, що відносний ризик підвищення рівня тривожності у людей, які повністю відмови-

лися від шкідливої звички, становить 0,63 (95% ДІ 0,20-1,91), а тих, хто припиняв палити, але через деякий час знову почав - 1,58 (95% ДІ 1,12-2,24).

Автори дослідження відзначають, що отримані результати були для них вкрай несподіваними. Вони не бачать іншої причини підвищення рівня тривожності при нездатності кинути палити, крім турботи про своє здоров'я, і припускають наявність анксиогенної дії у цій широко поширеною згубної звички. Ймовірно, відмова від куріння особливо помітно знижує рівень тривожності у людей з психічними розладами та у тих, хто курить для того, щоб впоратися з напруженою ситуацією. Дослідники вважають за необхідне в рамках антитютюнової пропаганди вказувати на шкоду, яку завдає куріння не тільки фізичному, але і психічному здоров'ю[79].

В іншому дослідженні залучали учнів однієї із шкіл (вік 15-16 років). В першу групу входили учні, які не палять в даний момент і не палили раніше. Друга група складалася з підлітків-курців. Дослідження проводилися анонімно. Обидві групи включали однакову кількість осіб і склалися з хлопчиків.

Виявлено, що 90% підлітків, які не палили, характеризуються нормальним рівнем загальної тривожності, у 10% виявлено «надмірний спокій». Слід зазначити, що тільки у 10% учнів рівень шкільної тривожності дещо підвищений. Найбільш сприятливо стан самооціночної тривожності: для 90% підлітків характерний нормальний рівень, для 10% - «надмірний спокій». При дослідженні міжособистісної тривожності виявлено 10% випадків «надмірного спокою», 10% - тривожність дещо підвищена, 80% - норма.

Таким чином, підлітки, що не палять, характеризуються в цілому нормальним рівнем тривожності. Для підлітків-курців були отримані наступні дані: у 70% курців спостерігається дещо підвищений рівень шкільної тривожності, у 40% - самооціночної тривожності, у 20% - міжособистісної тривожності. Показ-

ник загальної тривожності дещо підвищений у 30% підлітків-курців. Результат проведених досліджень вказує на зв'язок куріння з підвищеним рівнем тривожності. Ймовірно, підлітки вдаються до паління як до засобу зняття тривожного стану[74].

А.М. Leventhal et al. провели дослідження взаємозв'язку емоційної психопатології та паління цигарок [82]. Автори зробили висновок, що яскраво виражені коморбідні стани при нікотиновій залежності є симптоми і синдроми тривоги і депресії, серед яких виділяються: ангедонія (зниження або втрата здатності отримувати задоволення), підвищення тривожної чутливості і зниження толерантності до дистресу. Це призводить до підвищеного очікування задоволення від куріння тютюну, підсилює анксиолітичний ефект нікотину, але підсилює і симптоми відміни при припиненні паління цигарок. У сукупності в осіб з емоційною психопатологією ці процеси призводять до посилення стимулюючих ефектів куріння тютюну, прогресуванню і підтримці куріння, відмови від припинення куріння і рецидивів. N.L. Watson et al. в своєму дослідженні виявили, що серед людей з підвищеною соціальною тривожністю поширеність куріння тютюну вище в 2 рази при порівнянні із загальною популяцією [91]. Для цієї категорії осіб також характерні нижчі показники відмови від вживання тютюну і більш часті рецидиви куріння. Таким чином, тривожні стани є найбільш поширеними коморбідними станами при палінні тютюну. З одного боку, особи з тривожними розладами часто вживають тютюн з метою придушення тривоги і занепокоєння, з іншого боку, тривожні стани є найбільш поширеними проявами синдрому відміни. Тому при лікуванні нікотинової залежності застосування фармакологічних засобів, що знімають тривогу і страх, може істотно підвищити ефективність лікування.

В іншому дослідженні було опитано методом анкетування 556 студентів, чоловічої статі, середній вік 19, 18 років. Для визначення рівня тривожності у

студентів, в роботі використовували тест Спілберга-Ханіна, даний метод є надійним і інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент - реактивна тривожність та особистісної тривожності, як стійкої характеристики людини.

При інтерпретації показників рівня тривожності результат оцінювався до 30 балів як низька тривожність; від 31 до 45 - помірна тривожність і від 46 і більше - як висока тривожність.

Рівень реактивної тривожності у студентів, які палять, виявився вищим на  $7,69 \pm 3,57\%$  в порівнянні з групою контролю, що можна розглядати як бажання хворих «закритися» від навколишнього середовища. А рівень особистісної тривожності був збільшений на  $29,63 \pm 3,52\%$  в порівнянні з контрольною групою, і вказує на те, що даний тип людей спочатку готовий оцінювати велике коло питань як потенційно небезпечних, а відповідно і перебувати в постійному психоемоційному напруженні.

У курців зі стажем 2 - 3 роки рівень особистісної тривожності на  $23,14 \pm 3,94\%$  вище, в порівнянні з групою контролю, а при стажі куріння 5 - 7 років на  $36,12 \pm 3,1\%$ . Рівень реактивної тривожності у курців в порівнянні з групою контролю був вище на  $14,83 \pm 4,12\%$  і  $4,17 \pm 3,01\%$  відповідно. У групі контролю переважали особи з середнім рівнем особистісної і реактивної тривожності, відповідно 70% і 60%. А серед студентів долучених до паління переважали особи з високим рівнем особистісної тривожності - 66,6% і високим рівнем реактивної тривожності - 73,6% [17].

### **1.5 Гендерні особливості тривожності**

На думку Р.С. Немова [47, с. 18-19], тривожність визначається як властивість людини приходити в стан підвищеної турботи, відчувати страх і тривогу в специфічних соціальних ситуаціях.

В.В. Давидов [14, с. 20] трактує тривожність як індивідуальну психологічну особливість, яка полягає в підвищеній схильності відчувати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях, в тому числі і таких громадських характеристиках, які цьому не сприяють.

Поряд з визначенням дослідники виділяють різні види та рівні тривожності.

Ч. Спилбергер [62, с. 149] виділяє два види тривожності: особистісна і ситуаційна (реактивна).

Особистісна тривожність передбачає широке коло об'єктивно безпечних обставин які містять загрозу (тривожність як риса особистості).

Ситуативна тривожність зазвичай виникає як короткочасна реакція на якусь конкретну ситуацію, об'єктивно загрозову людині.

А.І. Захаров [21, с. 263] звертає увагу на те, що в старшому дошкільному віці тривожність ще не є стійкою рисою характеру, має ситуаційні прояви, так як у дитини саме в період дошкільного дитинства відбувається становлення особистості.

Крім різновидів тривожності, розглядається її рівнева будова.

І.В. Імедадзе [33, с. 193] виділяє два рівня тривожності: низький та високий. Низький необхідний для нормального пристосування до середовища, а високий викликає дискомфорт людини в навколишньому його соціумі.

Б.І. Кочубей, Е.В. Новікова [70, с. 315] виділяють три рівня тривоги, пов'язаної з діяльністю: деструктивний, недостатній і конструктивний.

Тривожність як психологічна особливість може мати різноманітні форми. На думку А.М. Прихожан [52, с. 84-85], під формою тривожності розуміють-

ся особливе поєднання характеру переживання, усвідомлення вербального і невербального вираження в характеристиках поведінки, спілкування і діяльності. Нею були виділені відкриті і закриті форми тривожності.

Відкриті форми: гостра, нерегульована тривожність; регульована і компенсаторна тривожність; культивована тривожність. Закриті (замасковані) форми тривожності названі нею «масками». В якості таких масок виступають: агресивність; надмірна залежність; апатія; брехливість; лінь; надмірна мрійливість.

Підвищена тривожність впливає на всі сфери психіки дитини: афективно-емоційну, комунікативну, морально-вольову, когнітивну.

Дослідження В.В. Лебединського [14, с. 117] дозволяють зробити висновок, що діти з підвищеною тривожністю відносяться до груп ризику по неврозам, адиктивній поведінці, емоційних порушень особистості.

Важливе місце в сучасній психології займає вивчення гендерних аспектів тривожної поведінки. Проблема тривожності є однією з найбільш актуальних проблем в сучасній психології. Серед негативних переживань людини тривожність займає особливе місце в підлітковому віці, часто вона призводить до зниження працездатності, продуктивності діяльності, до труднощів у спілкуванні. У стані тривоги людина може переживати не одну емоцію, а цілу комбінацію різних емоцій, кожна з яких впливає на його соціальні взаємини, на соматичний стан, на сприйняття, мислення, поведінку. При цьому слід враховувати, що стан тривоги в осіб жіночої та чоловічої статі може бути викликаний різними емоціями. Ключовою емоцією в суб'єктивному переживанні тривоги є страх [46, с. 80-82].

Слід розрізнити тривогу як стан і тривожність як властивість особистості. Тривога - реакція на небезпеку, що загрожує, реальну або уявну, емоційний стан дифузного безоб'єктного страху, що характеризується невизначеним

відчуттям загрози (на відміну від страху, який є реакцією на цілком певну небезпеку). Тривожність - індивідуальна психологічна особливість, яка полягає в підвищеній схильності відчувати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях, в тому числі і тих, об'єктивні характеристики яких цьому не сприяють [14, с. 350-355].

Тривожність може породжуватися як реальним неблагополуччям в осіб жіночої та чоловічої статі в найбільш значущих для них областях діяльності і спілкування, так і існувати всупереч об'єктивно благополучному положенню, будучи наслідком певних особистісних конфліктів, порушень в розвитку самооцінки і т.п.

Тривожність як властивість особистості багато в чому обумовлює поведінку. Певний рівень тривожності - природна і обов'язкова особливість активної діяльної особистості. У кожного чоловіка або жінки, існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності - це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для нього істотним компонентом самоконтролю і самовиховання. Однак, підвищений рівень тривожності є суб'єктивним проявом неблагополуччя.

Тривожність має суттєвий вплив і на самооцінку в підлітковому віці. Підвищений рівень тривожності у підлітків може свідчити про їх недостатню емоційну пристосованість до тих чи інших соціальних ситуацій. Це породжує загальну установку на невпевненість в собі.

Помічено, що інтенсивність переживання тривоги, рівень тривожності у хлопчиків і дівчаток різні.

Спостереження за поведінкою хлопчиків і дівчаток не привели до виявлення статевих відмінностей, однак при опитуванні вчителів і самих випробовуваних з'ясувалося, що дівчатка більш боязкі і тривожні.

Так, статеві відмінності тривожності не пов'язані з віком випробуваних: вони приблизно однакові у дітей і дорослих. Однак дані з різних видів тривожності (загальна і соціальна тривожність) суперечливі.

Фейнгольд пояснює подібні результати методичними і методологічними проблемами. Раніше соціальна тривожність розумілася як загальна тривожність. Спостерігається і розбіжність результатів, з одного боку, особистісних шкал і, з іншого боку, спостереження за поведінкою. Нарешті, на думку Фейнгольда, можуть відрізнятися дані міських і сільських випробовуваних і представників різних культур [1, с. 123].

У дослідженні тривожності не було виявлено «чистих» гендерних відмінностей, але були виявлені культурні.

Нарешті, слід замислитися над тим, які наслідки для суспільного життя можуть мати статеві відмінності стосовно тривожності. Суспільство впливає на формування характеристик особистості у різних статей в певному напрямку. Бути може, не варто хвилюватися з приводу цієї тривожності? Якщо вона дозволяє досягати успіхів і не шкодить здоров'ю, то це - характеристика гарної адаптивності. Однак необхідно досліджувати рівень цієї тривожності, пов'язаний з психічною нормою. Занадто велика тривожність не дає людині спокою, і він не зможе бути щасливим та благополучним. Можливо, що це відображення тих складних соціальних процесів, які відбуваються в світі.

Тривожні розлади зустрічаються у популяції протягом останніх років все частіше, про що свідчить кілька причин, серед яких не тільки стрес і зміни соціально-економічних умов, а й поліпшення методів діагностики. На сьогоднішній день до тривожних розладів схильні всі соціальні шари і вікові групи. Однак симптоми тривожних розладів в жіночій популяції зустрічаються

в три рази частіше в порівнянні з чоловічою і часто набувають хронічного характеру.

В основі формування гострого і хронічного стресу як причини багатьох тривожно-депресивних станів лежить «зрив» адаптаційних можливостей організму. Цей «зрив» може проявлятися у вигляді соматовегетативних порушень, афективних розладів або їх поєднання. Тривожність відноситься до числа найбільш поширених неспецифічних феноменів, що входять в структуру як психопатологічних, так і різних соматичних розладів. Виділяють два види тривожності: нормальну (адаптивну) і патологічну (дезадаптивну).

Нормальна тривожність пов'язана із загрозовою ситуацією, посилюється адекватно їй в умовах суб'єктивної значущості вибору, при недостатності інформації, в умовах дефіциту часу. Фізіологічне значення тривожності полягає в мобілізації організму для швидкого досягнення адаптації. На відміну від нормальної патологічна тривожність може провокуватися зовнішніми обставинами або внутрішніми причинами. Цей вид тривоги не пов'язаний з реальною загрозою і не адекватний значущості ситуації. Патологічна тривожність має конкретні клінічні прояви. Тривожні симптоми набувають клінічну значимість, коли їх вираженість досягає важкого ступеня, вони не лікуються протягом тривалого часу, розвиваються при відсутності стресових факторів і не піддаються контролю, а також порушують фізичне, соціальне або професійне функціонування індивіда.

В основі жіночих тривожно-депресивних розладів лежать соціальні (статеворольові стереотипи, конфлікт ролей), біологічні (флюктуація рівня естрогену) і психологічні чинники (підвищена емоційність, вразливість, чутливість). Пік розвитку тривожно-депресивних розладів доводиться на вік 30-40 років. При цьому в різних вікових періодах домінують певні типи тривожних станів.

У шкільному віці збільшується базова тривожність, підвищується ризик розвитку фобічних реакцій і синдрому гіперактивності з дефіцитом уваги. У підлітків відзначається порушення харчової поведінки, передменструальний синдром, предменструальна дисфорична напруга.

Відомо, що психопатологічні синдроми, пов'язані з менструальним циклом, мають місце у 75-90% жінок. Поширеність клінічно верифікованого передменструального синдрому становить 13-26%. Після 30 років передменструальний синдром зустрічається у кожної другої жінки. У клінічній картині передменструального синдрому поєднуються тривожно-депресивні синдроми і соматовегетативні скарги. Всього налічується близько 150 симптомів передменструального синдрому в різних поєднаннях. Найбільш часто зустрічаються збільшення ваги, дратівливість, плаксивість, невмотивований страх, порушення сну і координації. Предменструальний дисфоричний розлад виникає у 30-97% жінок, які перенесли депресію, і характеризується чітко вираженою депресивною симптоматикою. Хворі скаржаться на швидку стомлюваність, тривогу, виражену зміну апетиту, емоційну лабільність, тугу, апатію, печаль, самоосудження, зниження інтересу до життя, патологічну сонливість або безсоння.

У клінічній практиці часто зустрічаються тривожно-депресивні розлади у вагітних. Вагітність - не протективний і не провокуючий фактор для розвитку тривоги і депресії, але поширеність тривожно-депресивних розладів у вагітних становить 20%. Максимально вразливий період - третій триместр. Ситуація ускладнюється тим, що про подібні симптоми вагітні повідомляють вкрай рідко і неохоче, оскільки через поширення соціального стереотипу думають, що повинні відчувати радість та щастя. Якщо вчасно не приділити увагу проблемі тривоги та депресії, це може привести до негативного впливу на плід, підвищенню ризику розвитку пізньої депресії, поганого догляду і вигодовування дитини після її народження і в тяжких випадках - дітовбивства.

У жінок похилого віку розвиваються пре- і постменопаузні розлади. Пре- і клімактичний період супроводжується перебудовою всього організму, і жінці непросто психологічно впоратися з цими змінами. Серед біологічних факторів ризику розвитку тривожних розладів можна виділити зниження секреції статевих гормонів і відсутність їх циклічних змін, підвищення рівня гонадотропінів. Існують психосоціальні фактори, що впливають на психічний стан жінки в цей період, такі як сімейні проблеми, співвідношення пережитого і невиконаного, зміна сприйняття себе як жінки, синдром «порожнього гнізда», професійна незатребуваність, матеріальні проблеми. У клімактеричному періоді в 75% випадків має місце виражена емоційне забарвлення, в 13% випадків розвиваються виражені невротичні розлади, а в 10% випадків - депресія. У момент тривоги жінка може відзначати приливи жару, гіпергідроз, прискорене серцебиття, порушення сну, виражену емоційну нестійкість, лабільність артеріального тиску.

Таким чином, питання вивчення тривожності займають значне місце в сучасній психології. Серед найбільш частих питань - виявлення причин виникнення і способів корекції тривожної поведінки. Не останнє місце займає вивчення гендерних відмінностей в прояві тривожності[95].

## **ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1**

Адикція — це схильність, згубна звичка, залежність. Адикції умовно можна розділити на «хімічні», тобто фізичну залежність та поведінкову залежність (несубстанціональну, психологічну). Вдаючись до форм адиктивної поведінки, люди намагаються штучним шляхом змінити свій психічний стан, що дає їм ілюзію безпеки, відновлення рівноваги. Адиктивні стратегії поведінки як правило, викликані труднощами адаптації до проблемних життєвих ситуацій: складних соціально-економічних умов, численних розчарувань, крахів ідеалів,

конфліктів в сім'ї і на роботі, втрати близьких, різких змінах звичних стереотипів.

У виникненні адиктивної поведінки мають значення особистісні особливості і характер впливу середовища. Особи з низькою адаптацією до психологічно дискомфортних станів, що виникають у повсякденному житті природних періодів спаду, більш схильні до ризику появи адиктивної фіксації.

Адиктивний підхід до вирішення проблемних ситуацій зароджується в глибині психіки, він характеризується встановленням емоційних відносин, емоційних зв'язків не з іншими людьми, а з неживим предметом або активністю.. При формуванні адиктивного підходу відбувається заміна міжособистісних емоційних відносин проекцією емоцій на предметні сурогати. Більшість авторів пов'язують схильність індивіда до адиктивної поведінки з певними акцентуаціями характеру.

Загальним механізмом тривожності і залежної поведінки є дефіцит стрес-лімітуючих та стрес-протекторних систем головного мозку [40]. Зокрема, цей дефіцит може бути обумовлений змінами в системі кортиколиберина [93]. У зв'язку з цим закономірно слід очікувати підвищеної схильності до адиктивних порушень у осіб з особистісною тривожністю, так і підвищеного рівня ситуаційної тривожності у осіб з адиктивними порушеннями.

Віра в те, що куріння має здатність знижувати рівень тривожності і допомагає боротися зі стресом, широко поширена в суспільстві. Близько половини курців називають саме цю особливість головною причиною паління цигарок.

Важливе місце в сучасній психології займає вивчення гендерних аспектів тривожної поведінки. Проблема тривожності є однією з найбільш актуальних проблем в сучасній психології.

У стані тривоги людина може переживати не одну емоцію, а цілу комбінацію різних емоцій, кожна з яких впливає на його соціальні взаємини, на соматичний стан, на сприйняття, мислення, поведінку. При цьому слід врахувати, що стан тривоги в осіб жіночої та чоловічої статі може бути викликаний різними емоціями. Симптоми тривожних розладів в жіночій популяції зустрічаються в три рази частіше в порівнянні з чоловічою і часто набувають хронічного характеру. В основі жіночих тривожно-депресивних розладів лежать соціальні (статеві-рольові стереотипи, конфлікт ролей), біологічні (флюктуація рівня естрогену) і психологічні чинники (підвищена емоційність, вразливість, чутливість).

Таким чином, питання вивчення тривожності займають значне місце в сучасній психології. Серед найбільш частих питань - виявлення причин виникнення і способів корекції тривожної поведінки. Не останнє місце займає вивчення гендерних відмінностей в прояві тривожності.

## РОЗДІЛ 2 ПЛАН ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТЮТЮНОВОЇ АДИКЦІЇ ІЗ ТРИВОЖНІСТЮ У СТУДЕНТІВ ЖІНОЧОЇ СТАТІ

### 2.1 Обґрунтування дослідження

#### Дослідження зв'язку тютюнової адикції із тривожністю у студентів жіночої статі

Фізична нікотинова залежність — це порушення природних функцій та механізмів нашого тіла. Наркотична речовина (в даному випадку нікотин) вбудовується у фізіологічні процеси, створюючи хімічну потребу, яку людина змушена задовольняти. Коли залежна людина отримує дозу, то відчуває тимчасове полегшення. Через деякий час рівень змісту нікотину падає і людина знову відчуває дискомфорт. Таким чином, коло замикається. По деяким даним, звикання до тютюнопаління викликається речовиною — норадреналіном, він виробляється коли до організму надходить нікотин. Через це, звужуються судини, починаються посилені кровообіг. Завдяки цьому, організм мобілізує свої сили на короткий проміжок часу. Норадреналін виробляється в організмі і без куріння але у малих дозах, він потрібен для здійснення деяких важливих обмінних процесів, через відповідний фізіологічний механізм. Нікотин порушує цей процес, саме тому, людина хоче ще, адже власний механізм продукування збито. Це фізіологічна причина звикання до тютюну. Але разом із цигаркою людина отримує не тільки нікотин, а ще багато шкідливих речовин, які негативно позначаються на здоров'ї та повільно руйнують організм.

Психологічна залежність від тютюнопаління, на відміну від фізіологічної, ніяк не пов'язана із нашої фізіологією та біохімією. Вона знаходиться на рівні емоцій, почуттів, думок та поведінки. Тобто, психологічна залежність — це те, у що вірить людина, наприклад, що нікотин знімить стрес та хвилюватися. Що буде себе почувати менш тривожною. Психологічна залежність добре

помітна коли, у людини закінчуються цигарки. Вона починає нервувати, стає роздратованою, а якщо психологічна залежність від тютюнопаління сильна, то вона піде у магазин в будь-який час доби.

В тютюні не міститься жодного седативного компонента, який розслаблює організм. Даний ефект досягається за рахунок того, що людина при палінні робить ряд глибоких вдихів і видихів. Тобто, якщо це зробити без сигарет, стан буде аналогічним.

Таким чином, можна констатувати, що куріння - це психологічна і фізична залежність. І як будь-яка інша залежність, нікотинова має свої досить яскраво виражені ознаки.

- Людина стає не в змозі відмовитися від споживання тютюну навіть в тому випадку, коли дійсно цього хоче або, коли про це його просять близькі люди. Це означає, що в організмі, як мінімум, сформувалася стійка фізіологічна залежність і самотійно її подолати вже досить проблематично.

- Відразу після сну у курця з'являється сильна потреба в цигарках. Це означає, що організму потрібно терміново поповнити висохлі запаси норадреналіну, з виробленням якого без участі нікотину є серйозні проблеми.

- Продовження паління навіть при появі хрипів та кашлю.

- Поява дратівливості і головного болю під час тривалих перерв в палінні.

Тютюнова залежність може негативно впливає не тільки на фізичне здоров'я, а й на психологічне, наприклад може підвищувати рівень тривожності.

Через тютюнову залежність людина втікає від проблемних ситуацій, які зароджується в глибині її психіки, це характеризується встановленням емоцій-

них відносин, емоційних зв'язків не з іншими людьми, а з тютюновою активністю.

Тривожність пов'язана з адиктивними порушеннями, зокрема із залежністю від психоактивних речовин. З точки зору стрес-реакції, загальним механізмом тривожності і залежної поведінки є дефіцит стрес-лімітуючих та стрес-протекторних систем головного мозку [21].

Вивчення тривожності в реаліях сьогодення, надзвичайно важливе. Адже тривожність впливає на зниження працездатності, труднощів із комунікацією та на продуктивну діяльність. Тривожна людина може відчувати цілу комбінацію емоцій, які впливають на соціальні зв'язки, поведінку, стан, самопочуття. Не останнє місце займає вивчення гендерних особливостей тривожності, адже тривожність в осіб жіночої та чоловічої статі не завжди виникає на основі однакових переживань. Гендерна роль та прийнятий гендерний стереотип демонструє собою важливе джерело статевих відмінностей у житті людини.

Метою дослідження є вплив тютюнової аддикції на тривожність у студентів жіночої статі.

Об'єкт: адиктивна поведінка студентів жіночої статі.

Предмет: вплив тютюнової аддикції на тривожність у студентів жіночої статі.

Гіпотеза: у студентів жіночої статі із тютюновою адикцією рівень тривожності вище, ніж у студентів жіночої статі без тютюнової аддикції.

На сьогодення проблема тривожності дуже важлива, адже підвищений рівень негативно сказується на житті людини. Страждають усі сфери життєдіяльності, соціальна, особистісна, професійна. Важливим моментом у боротьбі із підвищеною тривожністю є виявлення фактору її появи. Головне визна-

чити першоджерело тривожності, одним з таких джерел може бути тютюнова адикція. Також згідно даним багатьох джерел у жінок тривожність, як правило вища, ніж у чоловіків.

## 2.2 Опис методик дослідження

Для дослідження була використана анкета (Дод.4):

Анкета для студентів жіночої статі

Вітаю,

Приділіть, будь ласка, кілька хвилин свого часу для заповнення анкети для моєї дипломної роботи.

1. Вік:

2. Ви палите цигарки?

ТАК        НІ

3. Якщо так, то напротязі якого часу?

Також були використанні такі методики для вияву рівня тривожності у студентів жіночої статі:

- 1) Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) (Дод.1) призначена для вимірювання проявів тривожності. Опублікована Дж. Тейлор в 1953 році. Адаптована Т. А. Немчиним Т.А.

Опитувальник складається з 50 тверджень, на які слід дати відповідь "так" або "ні".

Оцінка результатів дослідження за опитувальником проводиться шляхом підрахунку кількості відповідей обстежуваного, які свідчать про тривожність.

Кожна відповідь "так" на висловлювання

14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

і відповідь "ні" на висловлювання

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

оцінюється в 1 бал.

Загальна оцінка:

40-50 балів - розглядається як показник дуже високого рівня тривоги;

20-40 балів - свідчать про високий рівень тривоги;

15-25 балів - про середній (з тенденцією до високого) рівні;

5-15 балів - про середній (з тенденцією до низького) рівні;

0-5 балів - про низький рівень тривоги.

2) Ч. Д. Спілбергера, Ю.Л.Ханін «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» (Дод.2);

Текст складається з двох шкал по 20 тверджень в кожній, роздільно оцінюють реактивну і особистісну тривожність. Респондентам пропонується наступна інструкція: «Уважно прочитайте кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи не правильно відповідей немає ».

При інтерпретації результатів треба звертати увагу на показник рівня тривожності:

- до 30 балів - низький рівень тривожності;
- від 30 до 45 - середній рівень тривожності;
- від 45 і вище - високий рівень тривожності.

3) Шкала тривоги Бека (Дод.3) (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI) - клінічна тестова методика, призначена для скринінгу тривоги та оцінки її виразності.

Опитувальник складається з 21 пункту. Кожен пункт включає один з типових симптомів тривоги, тілесних або психічних. Кожен пункт повинен бути оцінений респондентом від 0 (симптом не турбував) до 3 (симптом турбував дуже сильно).

Підрахунок проводиться простим підсумовуванням балів за всіма пунктами шкали.

Значення до 21 балу включно свідчить про незначний рівень тривоги.

Значення від 22 до 35 балів свідчить про середню вираженість тривоги.

Значення вище 36 балів (при максимумі в 63 бали) свідчить про дуже високу тривогу.

### **2.2.1 Дослідження зв'язку тютюнової адикції із тривожністю у студентів жіночої статі**

Дослідження направлене на вияв зв'язку тютюнопаління та рівня тривожності у студентів жіночої статі. Шляхом порівняння рівня тривожності у студентів жіночої статі, які мають тютюнову адикцію із тими, що не мають її. Адже

проблема тривожності є однією з надзвичайно важливих проблем сучасної психології. У цій роботі досліджується зв'язок тютюнової адикції із тривожністю.

Гіпотеза дослідження така, що у студентів жіночої статі із тютюновою адикцією рівень тривожності вище, ніж у студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

В даному дослідженні респондентами були студенти жіночої статі, адже вважається за рядом досліджень, що тривожність жінок, значно вища за тривожність чоловіків (Г. Ш. Габдрєєва, А. М. Прихожан та інші).

Для дослідження була використана анкета:

Анкета для студентів жіночої статі

Вітаю,

Приділіть, будь ласка, трохи часу для заповнення анкети для моєї дипломної роботи.

1. Вік:

2. Ви палите цигарки?

ТАК        НІ

3. Якщо так, то напруязі якого часу?

А також, наступні методики:

1) Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) призначена для вимірювання проявів тривожності. Оpubлікована Дж. Тейлор в 1953 році. Адаптована Т. А. Немчиним Т.А.

2) Ч. Д. Спілбергер, Ю.Л.Ханін «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності»;

3) Шкала тривоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI) - клінічна тестова методика, призначена для скринінгу тривоги та оцінки її виразності.

У дослідженні взяли участь 100 студентів жіночої статі факультету психології, які мають тютюнову адикцію та, які не мають тютюнової адикції. Щоб порівняти показники рівня тривожності та підтвердити гіпотезу даного дослідження.

## **ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2**

Тютюнова залежність поділяється на фізичну та психологічну. Фізична залежність від тютюну проявляється у порушенні природних механізмів та функцій організму, в той час коли психологічна залежність знаходиться на рівні емоцій, почуттів, думок та поведінки. Психологічна залежність — це те, у що вірить людина, наприклад, що тютюнопаління знизить рівень стресу або тривоги. Насправді в тютюні не міститься жодного седативного компонента, який розслаблює організм. Даний ефект досягається за рахунок того, що людина при палінні робить ряд глибоких вдихів і видихів. Тобто, якщо це зробити без цигарок, стан буде аналогічним.

Таким чином, можна констатувати, що куріння - це психологічна і фізична залежність.

Тютюнова залежність негативно впливає не тільки на фізичне здоров'я, а й на психологічне, наприклад може підвищувати рівень тривожності. Підвищена тривожність може негативно впливати на зниження працездатності, труднощів із комунікацією та на продуктивну діяльність.

Не останнє місце займає вивчення гендерних особливостей тривожності, адже тривожність в осіб жіночої та чоловічої статі не завжди виникає на основі однакових переживань. Гендерна роль та прийнятий гендерний стереотип демонструє собою важливе джерело статевих відмінностей у житті людини. Також згідно даним багатьох джерел у жінок тривожність, як правило вища, ніж у чоловіків. Саме на це і направлене дослідження впливу тютюнової адикції на тривожність у студентів жіночої статі.

Дане дослідження направлене на вияв впливу тютюнопаління на рівень тривожності у студентів жіночої статі. Шляхом порівняння рівня тривожності у студентів жіночої статі, які мають тютюнову адикцію із тими, що не мають її. Адже проблема тривожності є однією з надзвичайно важливих проблем сучасної психології. У цій роботі досліджується один із факторів виникнення або підвищення рівня тривожності загалом, а також особистісної та ситуаційної. Адже, щоб подолати проблему, необхідно її досконало вивчити.

У цьому дослідженні брали участь 100 студентів жіночої статі факультету психології, які мають тютюнову адикцію та, які не мають тютюнової адикції. Щоб порівняти показники рівня тривожності та підтвердити гіпотезу даного дослідження. І розробити рекомендації для боротьби із тютюновою залежністю.

## РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТЮТЮНОВОЇ АДИКЦІЇ ІЗ ТРИВОЖНІСТЮ У СТУДЕНТІВ ЖІНОЧОЇ СТАТІ

### 3.1 Загальні дані дослідження

Тема: Емпірично - психологічне дослідження зв'язку тютюнової адикції із тривожністю студентів жіночої статі

Метою емпіричного дослідження є вивчення рівня тривожності у студентів жіночої статі з тютюновою адикцією та без тютюнової адикції, після чого проведення порівняння рівнів тривожності.

Емпіричне дослідження зв'язку тютюнової адикції із тривожністю: проводилося протягом 2021 року, на базі Київського Національного Університету імені Тараса Шевченка в місті Києві. У дослідженні взяли участь студенти жіночої статі факультету психології в кількості 100 осіб у віці 18–21 років, зі стажем тютюнопаління від 1 до 5 років.

Відповідно до мети були висунуті наступні завдання емпіричного дослідження:

- виявити рівень тривожності студентів з тютюновою адикцією;
- виявити рівень тривожності студентів без тютюновою адикцією;
- порівняти рівні тривожності у студентів з тютюновою адикцією та без неї;
- проаналізувати отримані дані.

Для проведення дослідження ми сформували 2 групи:

Першу групу склали студенти, які не мають тютюнової адикції, кількість учасників 50 осіб.

Другу групу склали студенти, які мають тютюнову залежність, кількість учасників 50 осіб.

Загалом у дослідженні взяло участь 100 осіб. Всі досліджувані заповнювали методики анонімно і добровільно. Перед заповненням батареї психологічних методик досліджувані відповідали на ряд запитань, які описані у додатку 4. У дослідженні взяло участь 100 жінок, вік досліджуваних склав 19 – 21 років, середнє (надалі  $M$ ) = 19,96, стандартне відхилення (надалі  $SD$ ) = 0,8.

У даному дослідженні були отримані такі результати:

*Таблиця 1. Стаж паління у курців. (Дод. 5)*

Стаж паління у курців склав 1-5 років, середнє (надалі  $M$ ) = 2,4, стандартне відхилення (надалі  $SD$ ) = 1,2. Найбільше було осіб зі стажем 1 рік.

Стаж паління	Кількість	%
1 рік	16	32%
2 роки	14	28%
3 роки	7	14%
4 роки	10	20%
5 років	3	6%

Дана таблиця відображає показники стажу паління у респондентів із тютюною адикцією.

1 рік палили 16 респондентів, тобто 32% від загальної кількості. Це свідчить, що рівень тютюнової адикції зростає.

2 роки палили 14 респондентів, 28% від загальної кількості.

3 роки палять 7 студентів жіночої статі, 14% від загальної кількості. Таких респондентів, ще менше, аніж тих, хто палить 2 роки.

4 роки палять 10 респондентів, 20 % від загальної кількості.

5 років палять найменша кількість - 3 респонденти, 6% від загальної кількості.

### 3.2 Показники рівня тривожності за опитувальником оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна

Ситуаційна тривожність за опитувальником Спілбергера-Ханіна:

Таблиця 5. Ситуаційний рівень тривоги за Спілбергер-Ханін та зв'язок з курцями. (Дод. 9)

		Паління		Загальна кількість
		Палить	Не палить	
Ситуаційна тривога	високий рівень	14	3	17
	середній рівень	24	12	36
	низький рівень	12	35	47

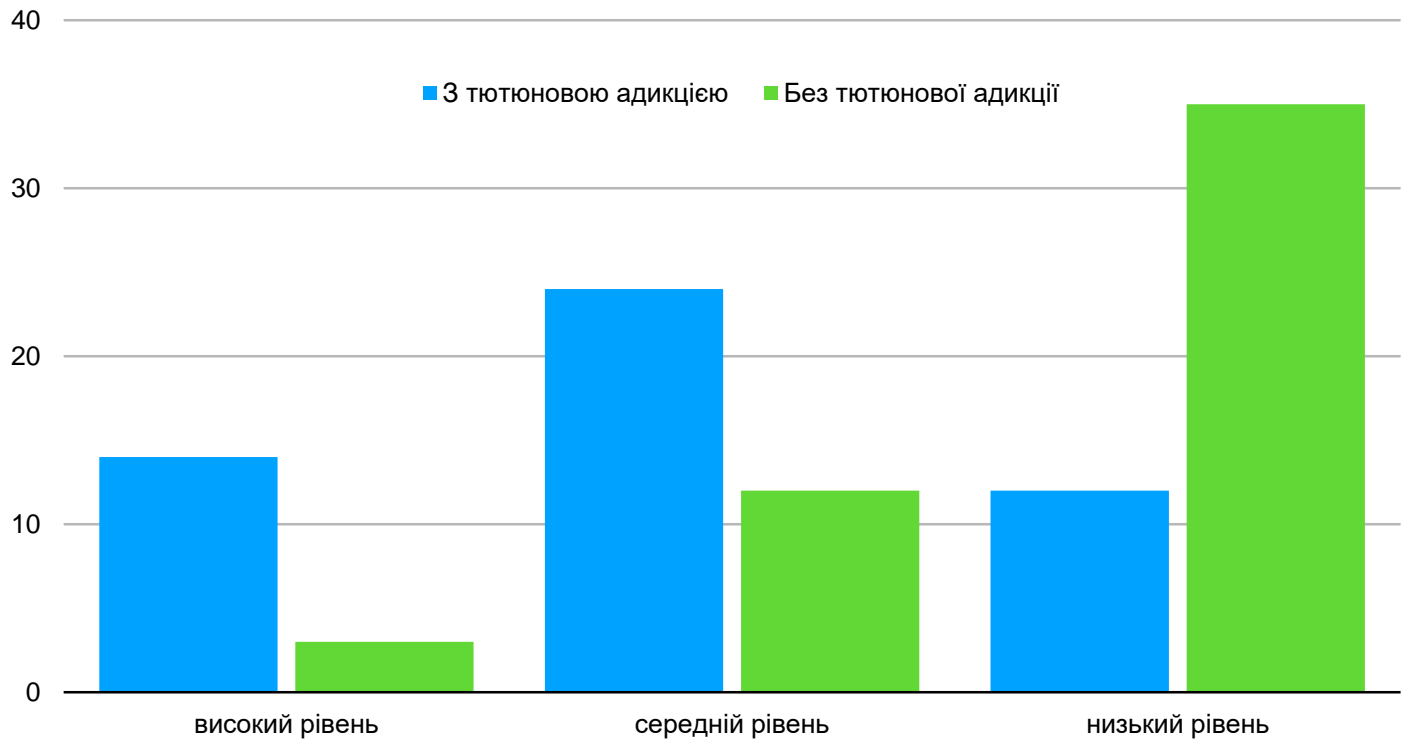
Високий рівень ситуаційної тривоги у 14 осіб, які мають тютюнову залежність та у 3 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів 17.

Середній рівень тривоги у 24 респондентів, які палять, та у 12, які не палять. Загальна кількість респондентів 36.

Низький рівень тривоги у 12 осіб, які мають тютюнову адикцію, та у 35 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів 47.

Низький рівень тривоги у більшості респондентів, майже у половини.

***Порівняльна діаграма рівню ситуаційної тривоги за Спілбергер-Ханін***

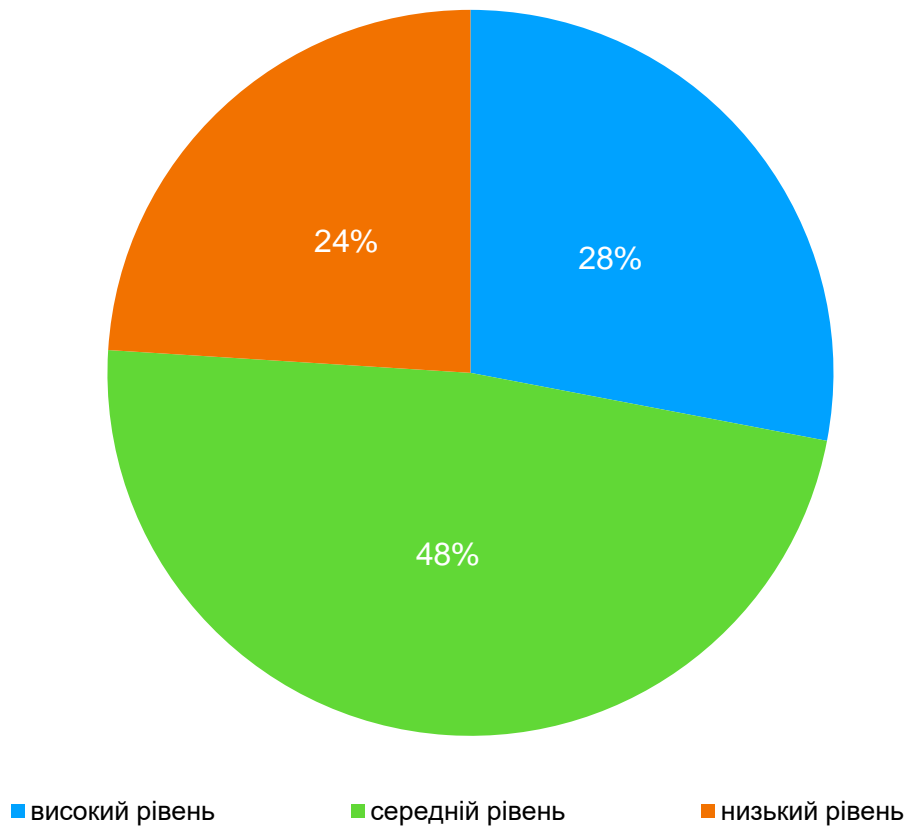


	З тютюновою адикцією	Без тютюнової адикції
високий рівень	14	3
середній рівень	24	12
низький рівень	12	35

З даної порівняльної діаграми рівню ситуаційної тривоги за Спілбергер-Ханін, ми бачимо, що високий та середній рівні тривоги переважають в осіб із тютюновою адикцією. В осіб без тютюнової адикції переважає низький рівень тривоги.

***Порівняльна діаграма ситуаційного рівня тривоги за Спілбергер-Ханін у відсотках***

Рівень тривоги за Спілбергер-Ханін (із тютюновою адикцією)



Високий рівень тривоги мають 28% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

Середній рівень тривоги мають 48% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

Низький рівень тривоги мають 24% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

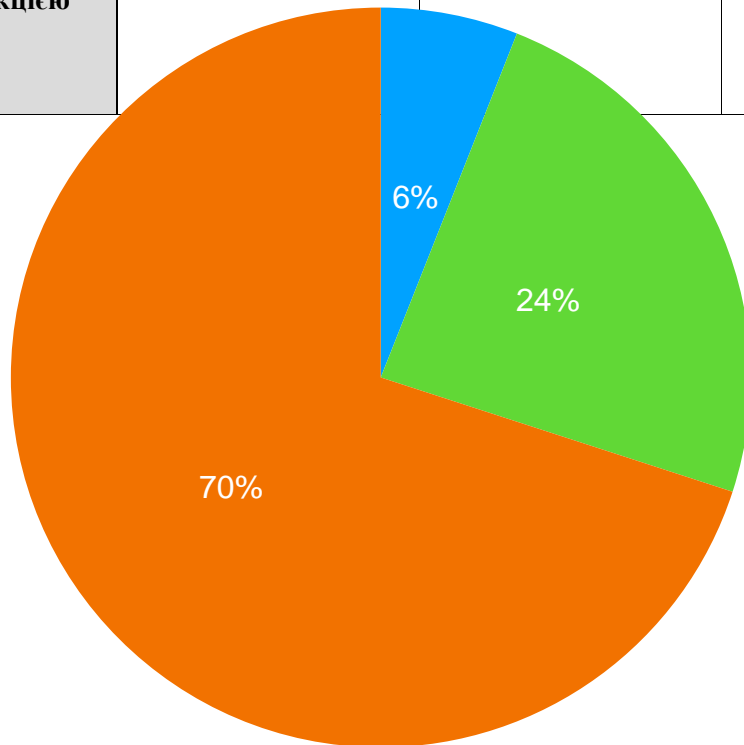
	<b>високий рівень</b>	<b>середній рівень</b>	<b>низький рівень</b>
<b>З тютюновою адикцією</b>	28	48	24

Високий рівень тривоги мають 6% студентів жіночої статі без тютюновою адикції.

Середній рівень тривоги мають 24% студентів жіночої статі без тютюновою адикції.

Низький рівень тривоги мають 70% студентів жіночої статі без тютюновою адикції.

	високий рівень	середній рівень	низький рівень
Рівень тривоги за Спілбергер-Ханін (без тютюновою адикції)	6	24	70
Без тютюновою адикцією			



■ високий рівень

■ середній рівень

■ низький рівень

Рівень ситуаційної тривожності у відсотках:

Високий рівень ситуаційної тривоги мають 28% осіб, які палять та 6%, які не палять.

Середній рівень тривоги у 48% респондентів із тютюновою залежністю та 24% без неї.

Низький рівень тривоги спостерігається у 24% із тютюновою адикцією та у 70% без тютюнової адикції.

Результати вказують на те, що у людей, які мають тютюнову адикцію рівень ситуаційної тривожності вище, ніж у тих, хто не має її.

*Таблиця 6. Ситуаційний рівень тривоги за Спілбергер-Ханін та зв'язок з курцями у відсотках. (Дод. 10)*

			Паління		Загальна кількість
			Палить	Не палять	
Ситуаційна тривога	високий рівень	Кількість	14	3	17
		Відсоток	28,0%	6,0%	17,0%
	середній рівень	Кількість	24	12	36
		Відсоток	48,0%	24,0%	36,0%
	низький рівень	Кількість	12	35	47

			Паління		Загальна кількість
			Палит ь	Не палить	
Ситуаційна тривога	високий рівень	Кількість	14	3	17
		Відсоток	28,0%	6,0%	17,0%
	середній рівень	Кількість	24	12	36
		Відсоток	24,0%	70,0%	47,0%

Таблиця 7. Таблиця для визначення зв'язку за критеріями Фи и Крамера.

(Дод. 11)

	Value	Approx. Sig.
Фи	,473	,000
Крамера	,473	,000

За даними таблиці 7 є прямий сильний (0,473) статистично значимий (0,000) зв'язок. Тобто, у людей, які палять, ситуаційна тривога вища, отже є зв'язок.

Особистісна тривожність за опитувальником Спілберґера-Ханіна:

Таблиця 8. Особистісний рівень тривоги за Спілберґер-Ханін та зв'язок з курцями. (Дод. 12)

		Паління		Загальна кількість
		Палит ь	Не палить	
Особистісна тривога	високий рівень	9	2	11
	середній рівень	33	16	49
	низький рівень	8	32	40

Високий рівень особистісної тривоги виявлено у 9 респондентів, які мають тютюнову адикцію та у 2 осіб, які її не мають.

Середній рівень особистісної тривоги наявний у 33 респондентів із тютюною залежністю та у 16 респондентів без неї.

Низький рівень особистісної тривоги виявлено у 8 осіб із тютюною залежністю та у 32 осіб без неї.

Рівень особистісної тривожності у відсотках:

Високий рівень особистісної тривоги мають 18% осіб, які палять та 4%, які не палять. Загалом 11% респондентів мають високий рівень тривоги.

Середній рівень тривоги у 66% респондентів із тютюною залежністю та 32% без неї. Загалом 49% респондентів мають середній рівень тривоги.

*Таблиця 9. Особистісний рівень тривоги за Спілбергер-Ханін та зв'язок з курцями у відсотках. (Дод. 13)*

			Паління		Загальна кількість
			Палить	Не палить	
Особистісна тривога	високий рівень	Кількість	9	2	11
		Відсоток	18,0%	4,0%	11,0%
	середній рівень	Кількість	33	16	49
		Відсоток	66,0%	32,0%	49,0%
	низький рівень	Кількість	8	32	40
		Відсоток	16,0%	64,0%	40,0%

Низький рівень тривоги спостерігається у 16% із тютюновою адикцією та у 64% без тютюнової адикції. Загалом 40% респондентів мають низький рівень тривоги. Результати вказують на те, що тютюнопаління підвищує рівень особистісної тривоги.

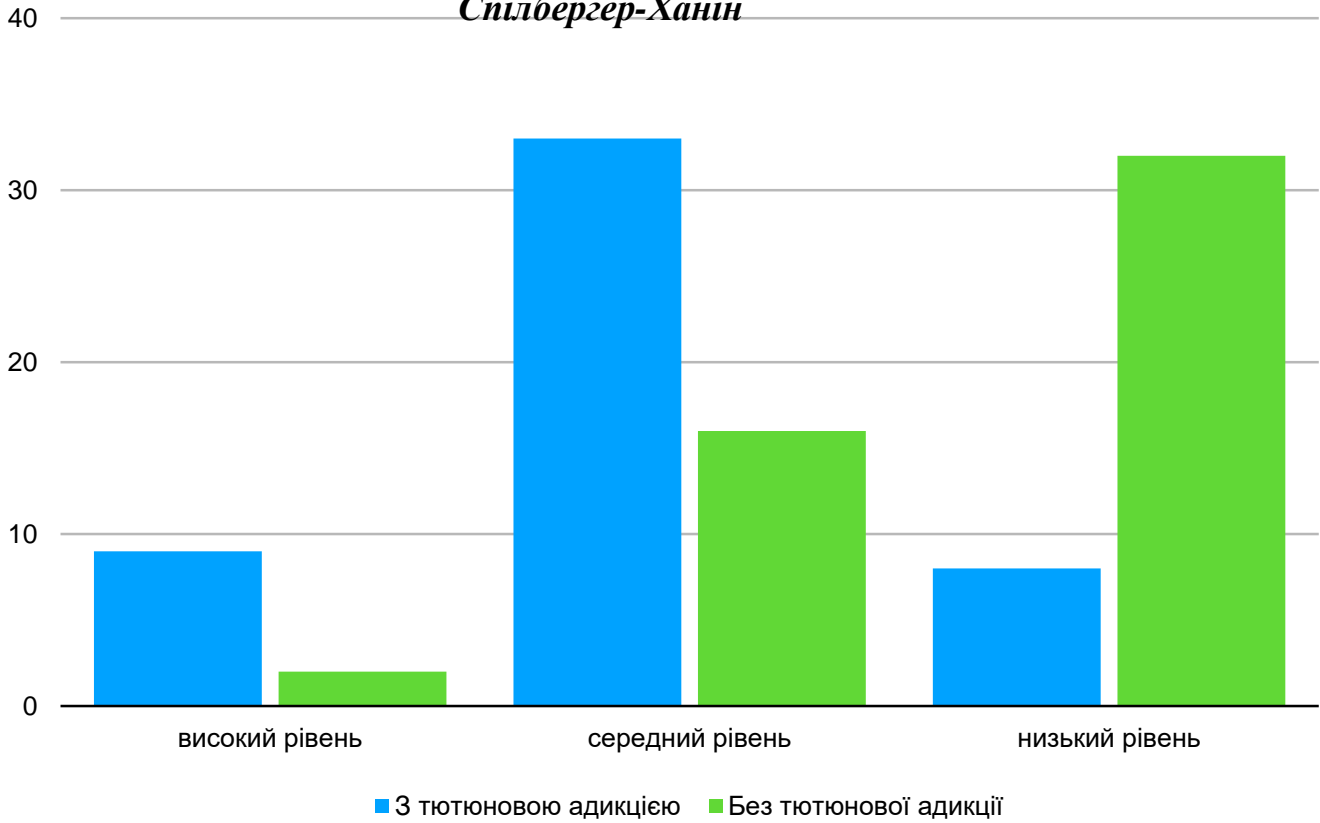
*Таблиця 10. Таблиця для визначення зв'язку за критеріями Фи и Крамера. (Дод. 14)*

За даними таблиці є прямий сильний (0,498) статистично значимий (0,000) зв'язок. Це свідчить про те, що люди, які палять, мають вищий рівень особистісної тривожності.

	Value	Approx. Sig.

Фі	,498	,000
Крамера	,498	,000

*Порівняльна діаграма рівню особистісної тривоги за  
Спілбергер-Ханін*



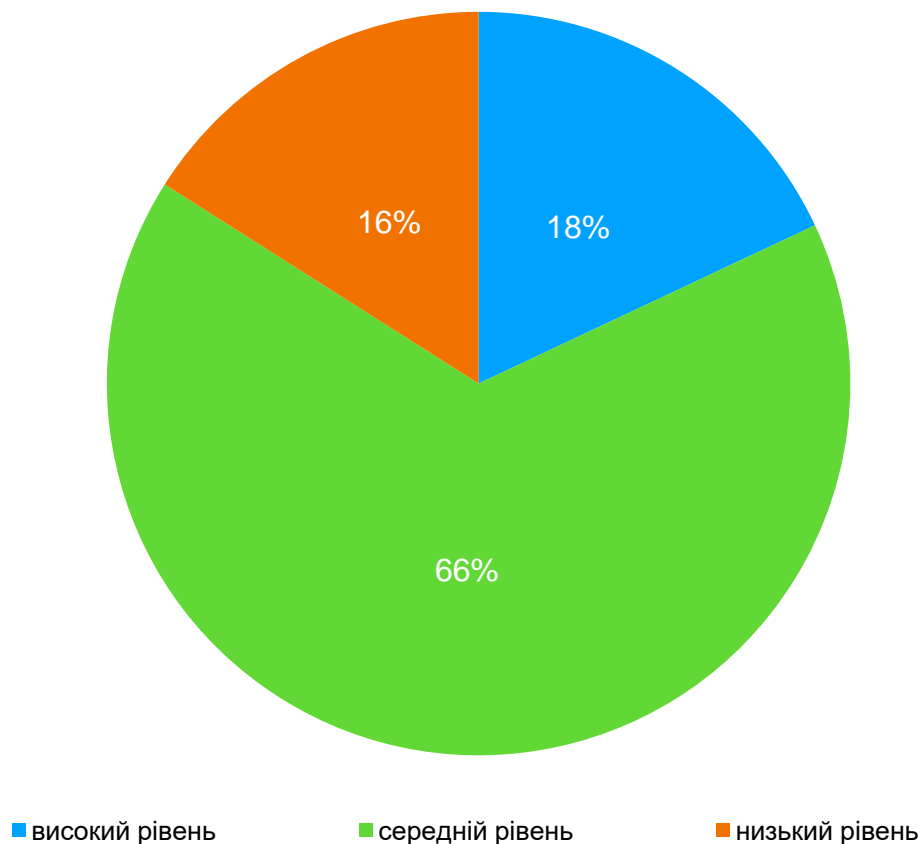
	З тютюновою адикцією	Без тютюнової адикції
<b>високий рівень</b>	9	2
<b>середній рівень</b>	33	16
<b>низький рівень</b>	8	32

З даної порівняльної діаграми рівню особистісної тривоги за Спілбергер-Ханін ми бачимо, що високий та середній рівні тривоги переважають в осіб із тютюновою адикцією. В осіб без тютюнової адикції переважає низький рівень тривоги.

***Порівняльна діаграма особистісного рівня тривоги за Спілбергер-Ханін у відсотках***

Високий рівень тривоги мають 18% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

Рівень тривоги за Спілбергер-Ханін (із тютюновою адикцією)

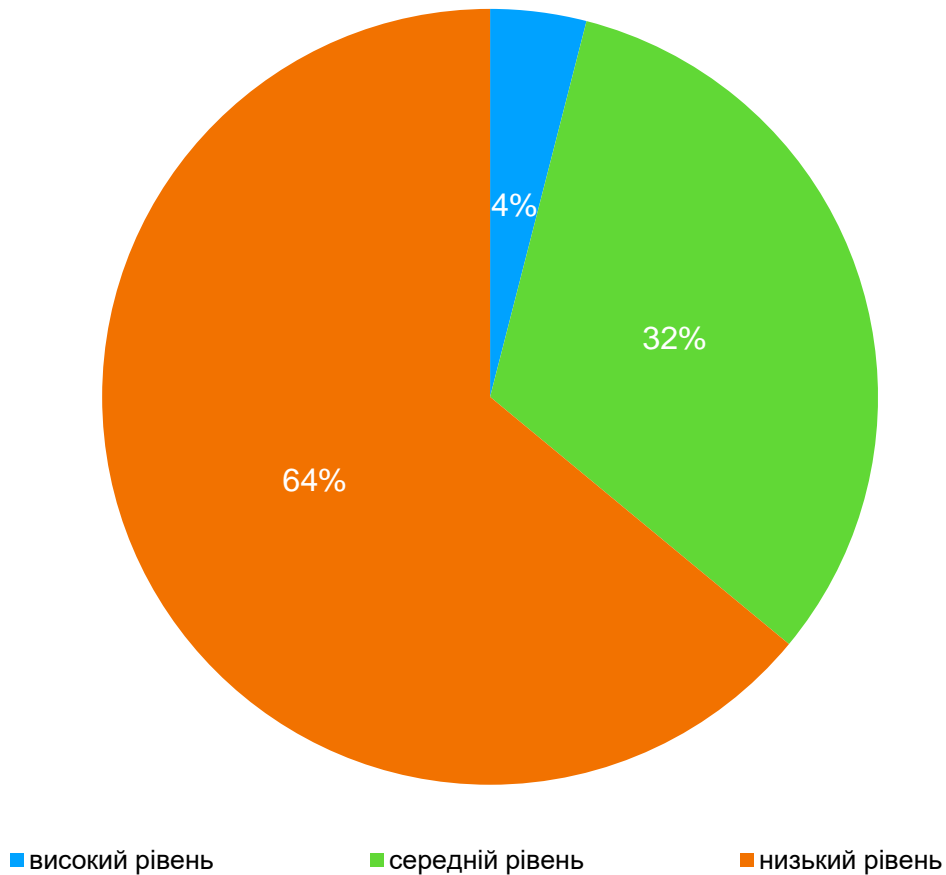


	високий рівень	середній рівень	низький рівень
<b>З тютюновою адикцією</b>	18	66	16

Середній рівень тривоги мають 66% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

Низький рівень тривоги мають 16% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

Рівень тривоги за Спілбергер-Ханін (без тютюнової адикції)



	високий рівень	середній рівень	низький рівень
<b>Без тютюновою адикцією</b>	4	32	64

Високий рівень тривоги мають 4% студентів жіночої статі без тютюновою адикції.

Середній рівень тривоги мають 32% студентів жіночої статі без тютюновою адикції.

Низький рівень тривоги мають 64% студентів жіночої статі із тютюновою адикції.

### 3.3 Результати за шкалою проявів тривоги Тейлора

Як можна побачити на табл. 6 дуже високий рівень тривоги мають 5 респондентів, що палять, а у респондентів без тютюнової адикції дуже високий рівень тривоги відсутній.

Високий рівень тривоги у 28 осіб, що палять, та у 16 осіб, що не палять. Середньо-високий рівень тривоги виявлено у 13 респондентів із тютюновою залежністю, та у 23 респондентів без неї.

Середньо-низький рівень тривоги є у 4 осіб, які палять та у 11 осіб, які не палять.

*Таблиця 2. Рівень тривоги за Тейлором та зв'язок з курцями. (Дод. 6)*

Рівень тривоги за Тейлором	Кількість осіб	Загальна
----------------------------	----------------	----------

	Палить	Не палить	кількість
дуже високий рівень	5	0	5
високий рівень	28	16	44
середньо-високий рівень	13	23	36
середньо-низький рівень	4	11	15

Рівень тривожності за Тейлором у відсотках:

*Таблиця 3. Рівень тривоги за Тейлором та зв'язок з курцями у відсотках.*

(Дод. 7)

			Паління		Загальна кількість
			Палить	Не палить	
Рівень тривоги за Тейлором	дуже високий рівень	Кількіст ь	5	0	5
		Відсото к	10,0%	0%	5,0%
	високий рівень	Кількіст ь	28	16	44
		Відсото к	56,0%	32,0%	44,0%
	середньо- високий рівень	Кількіст ь	13	23	36
		Відсото к	26,0%	46,0%	36,0%

			Паління		Загальна кількість
			Палить	Не палить	
Рівень тривоги за Тейлором	дуже високий рівень	Кількість	5	0	5
		Відсоток	10,0%	0%	5,0%
	високий рівень	Кількість	28	16	44
	середньо-низький рівень	Кількість	Кількість	11	15
		Відсоток	8,0%	22,0%	15,0%

Дуже високий рівень тривоги у 10% респондентів, у тих, хто не палить він відсутній, тобто 0%.

Високий рівень тривоги у 56 %, у тих хто не палить 32%.

Середньо-високий рівень тривоги в осіб із тютюновою залежністю 26%, а в осіб без тютюнової адикції 46%.

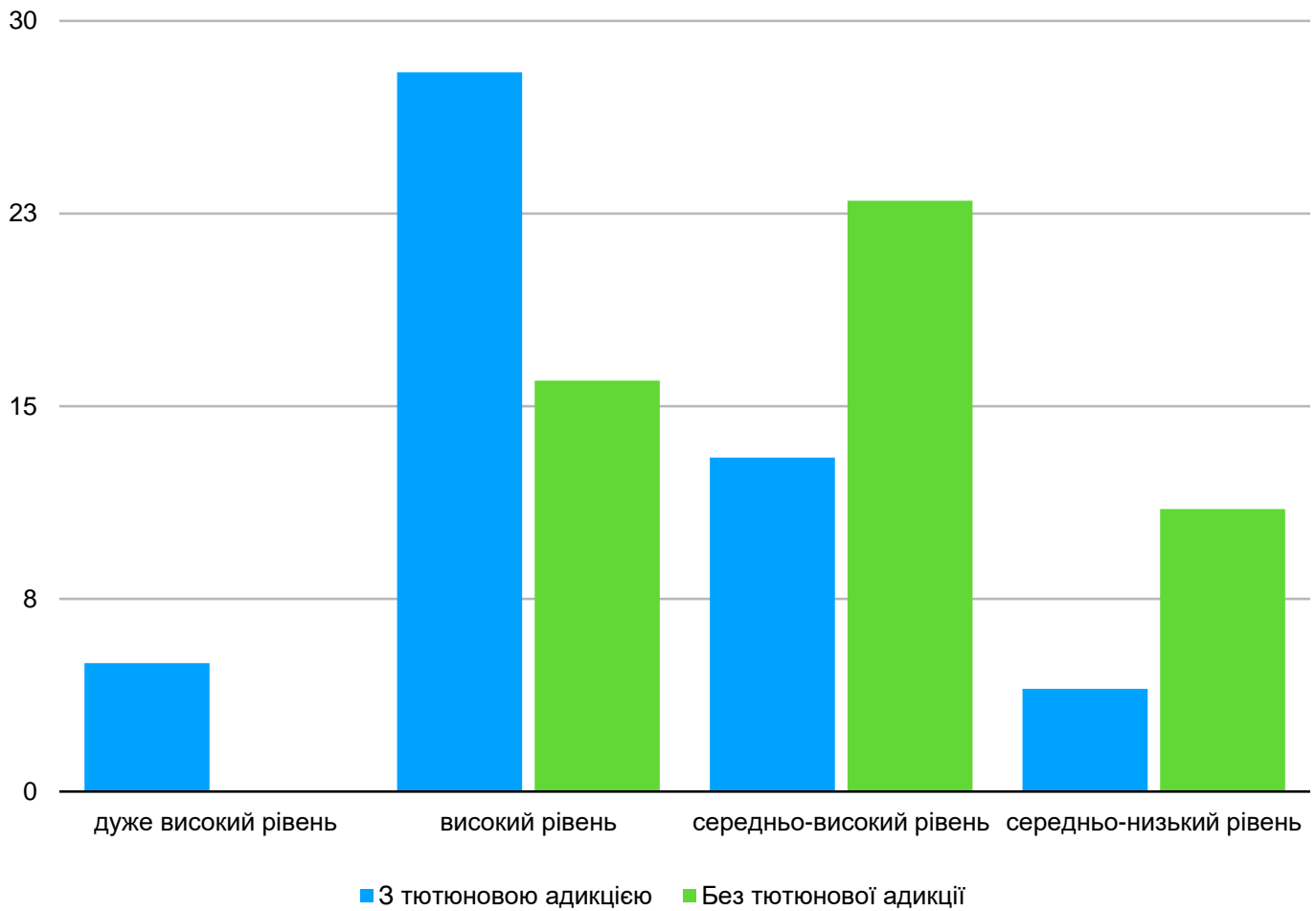
Середньо-низький рівень тривоги спостерігається у 8% респондентів, які палять, та у 22% тих, хто не палить.

*Таблиця 4. Таблиця для визначення зв'язку за критеріями Фи и Крамера. (Дод. 8)*

За даними таблиці є прямий сильний (0,378) статистично значимий (0,003) зв'язок. Тобто, у студентів жіночої статі, які мають тютюнову адикцію рівень тривожності вище, ніж у студентів жіночої статі, які не мають тютюнової адикції.

	Value	Approx. Sig.
Фі	,378	,003
Крамера	,378	,003

*Порівняльна діаграма рівню тривоги за Тейлор*



	З тютюновою адикцією	Без тютюнової адикції
дуже високий рівень	5	0
високий рівень	28	16
середньо-високий рівень	13	23
середньо-низький рівень	4	11

З даної порівняльної діаграми рівню тривоги за Тейлор, ми бачимо, що дуже високий рівень тривоги наявний лише у групі респондентів, яка палить.

Високий рівень тривоги переважає у респондентів, які мають тютюнову адикцію.

Середньо-високий та середньо-низький рівень тривоги переважає у тих, хто не має тютюнової адикції.

***Порівняльна діаграма рівню тривоги за Тейлором у відсотках:***

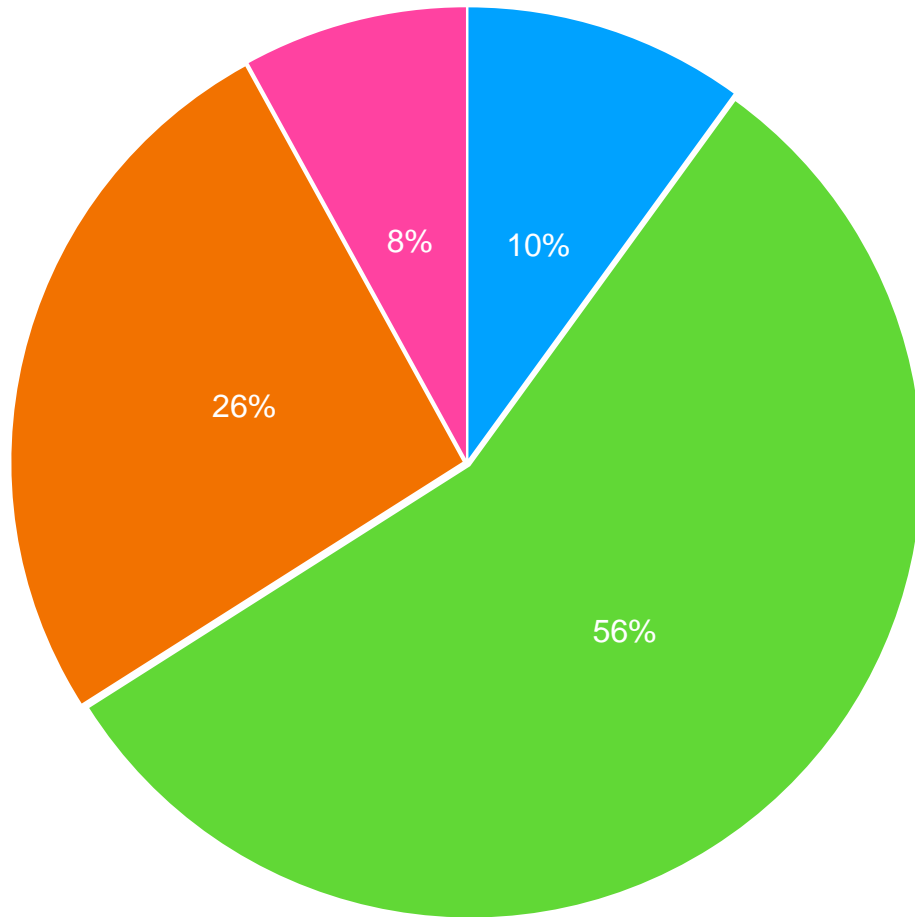
Як ми бачимо з даної діаграми рівню тривоги за Тейлор, що дуже високий рівень тривоги присутній у цій групі респондентів, які палять. Високий рівень тривоги вище у респондентів цієї групи. Середньо-високий та середньо-низький рівень тривоги нижчий в цій групі.

Дуже високий рівень тривоги мають 10% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

Високий рівень тривоги мають 56% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

Середньо-високий рівень тривоги мають 26% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

Рівень тривоги за Тейлором (із тютюновою адикцією)



■ дуже високий рівень    ■ високий рівень    ■ середньо-високий рівень    ■ середньо-низький рівень

Середньо-низький рівень тривоги мають 8% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

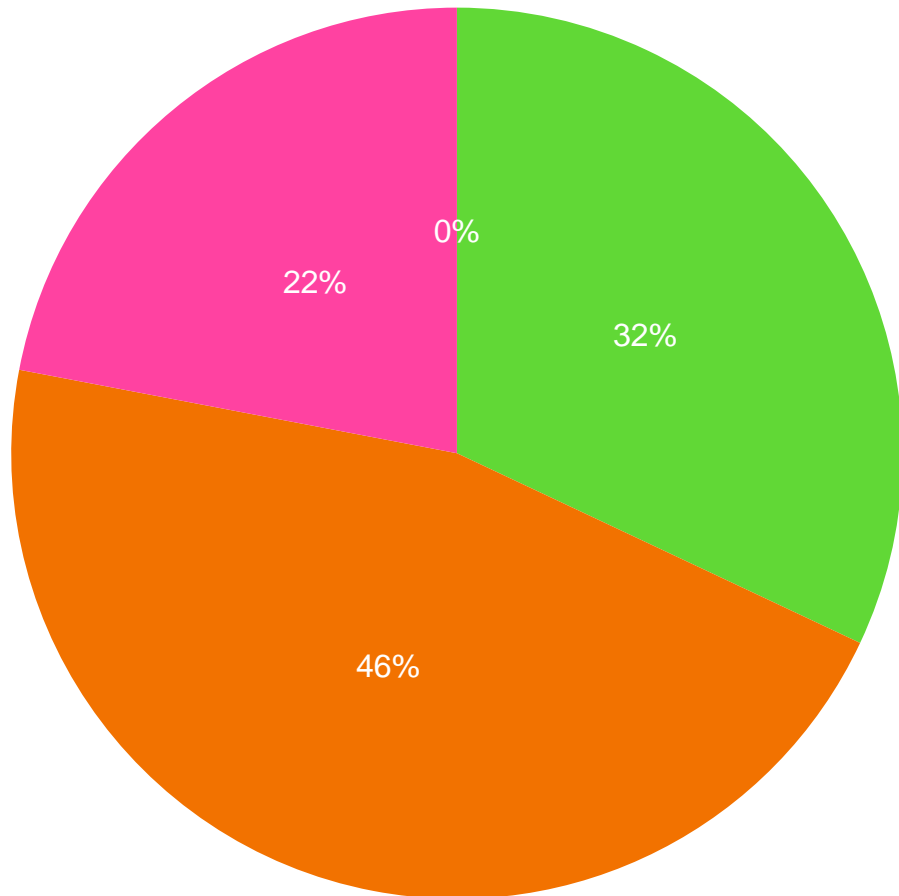
	дуже високий рівень	високий рівень	середньо-високий рівень	середньо-низький рівень

	<b>дуже високий рівень</b>	<b>високий рівень</b>	<b>середньо-високий рівень</b>	<b>середньо-низький рівень</b>
<b>З тютюновою адикцією</b>	10	56	26	8

Як ми бачимо з даної порівняльної діаграми рівню тривоги за Тейлор, що дуже високий рівень тривоги відсутній у групи респондентів, які не палять. Високий рівень тривоги переважає у респондентів, які мають тютюнову адикцію. Середньо-високий та середньо-низький рівень тривоги переважає у тих, хто не має тютюнової адикції.

Дуже високий рівень тривоги мають 0% студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

Рівень тривоги за Тейлором (без тютюнової адикції)



■ дуже високий рівень    ■ високий рівень    ■ середньо-високий рівень    ■ середньо-низький рівень

	дуже високий рівень	високий рівень	середньо-високий рівень	середньо-низький рівень
Без тютюновою адикцією	0	32	46	22

Високий рівень тривоги мають 32% студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

Середньо-високий рівень тривоги мають 46% студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

Середньо-низький рівень тривоги мають 22% студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

### 3.4 Дані отримані за шкалою тривоги Бека

Високий рівень тривоги у 21 осіб, які мають тютюнову залежність та у 4 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів, які мають високий рівень тривоги за цією шкалою 25 осіб.

Середній рівень тривоги у 26 респондентів із тютюновою залежністю та 24 без неї. Загалом 50 респондентів мають середній рівень тривоги.

Низький рівень тривоги спостерігається у 3 респондентів із тютюновою адикцією та у 22 без тютюнової адикції. Загалом 25 респондентів низький рівень тривоги. Результати вказують на те, що рівень тривожності вище у тих, хто має тютюнову адикцію.

*Таблиця 11. Рівень тривоги за Беком та зв'язок з курцями. (Дод. 15)*

		Паління		Загальна кількість
		Палить	Не палить	
Рівень тривоги за Беком	високий рівень	21	4	25
	середній рівень	26	24	50
	низький рівень	3	22	25

***Порівняльна діаграма рівню тривоги за Беком у відсотках:***

Високий рівень тривоги мають 42% осіб, які палять та 8%, які не палять. Загалом 25% респондентів мають високий рівень тривоги.

Середній рівень тривоги у 52% респондентів із тютюновою залежністю та 48% без неї. Загалом 50% респондентів мають середній рівень тривоги.

Низький рівень тривоги спостерігається у 6% із тютюновою адикцією та у 44% без тютюнової адикції. Загалом 25% респондентів мають низький рівень тривоги.

*Таблиця 12. Рівень тривоги за Беком та зв'язок з курцями у відсотках.*

*(Дод. 16)*

			Паління		Загальна кількість
			Палит ь	Не палить	
Рівень тривоги за Беком	високий рівень	Кількіст ь	21	4	25
		Відсото к	42,0%	8,0%	25,0%
	середній рівень	Кількіст ь	26	24	50
		Відсото к	52,0%	48,0%	50,0%
	низький рівень	Кількіст ь	3	22	25
		Відсото к	6,0%	44,0%	25,0%

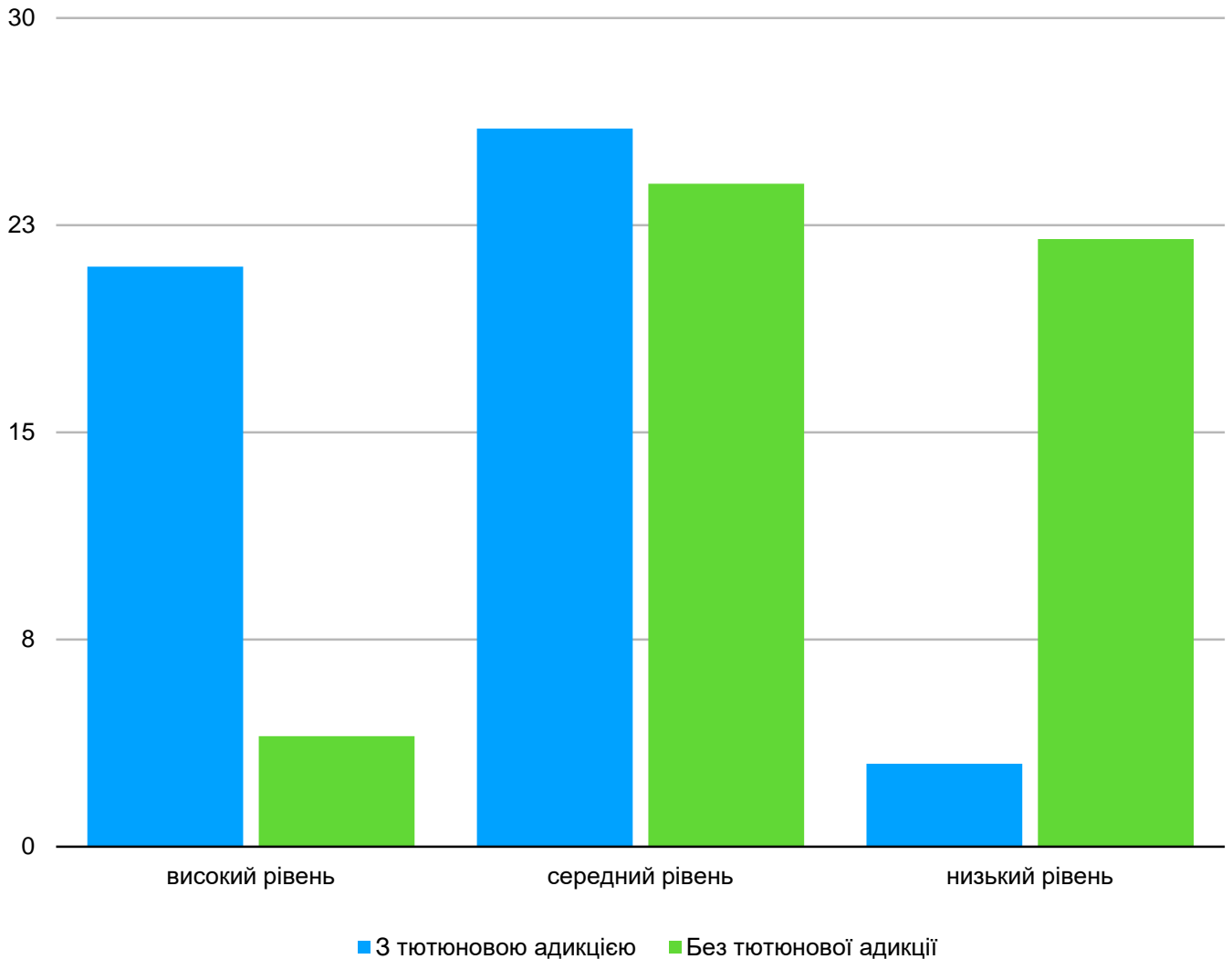
Таблиця 13. Таблиця для визначення зв'язку за критеріями Фи и Крамера.

(Дод. 17)

	Value	Approx. Sig.
Фи	,511	,000
Крамера	,511	,000

Дані таблиці вказують на те, що є прямий сильний (0,511) статистично значимий (0,000) зв'язок. Це свідчить про те, що у людей, які палять, тривожність вище.

*Порівняльна діаграма рівню тривоги за Беком*



З даної порівняльної діаграми рівню тривоги за Беком ми бачимо, що високий та середній рівні тривоги переважають в осіб із тютюновою адикцією. В осіб без тютюнової адикції переважає низький рівень тривоги. Далі ми роздивомось дані дослідження у відсотках.

	З тютюновою адикцією	Без тютюнової адикції
високий рівень	21	4
середній рівень	26	24
низький рівень	3	22

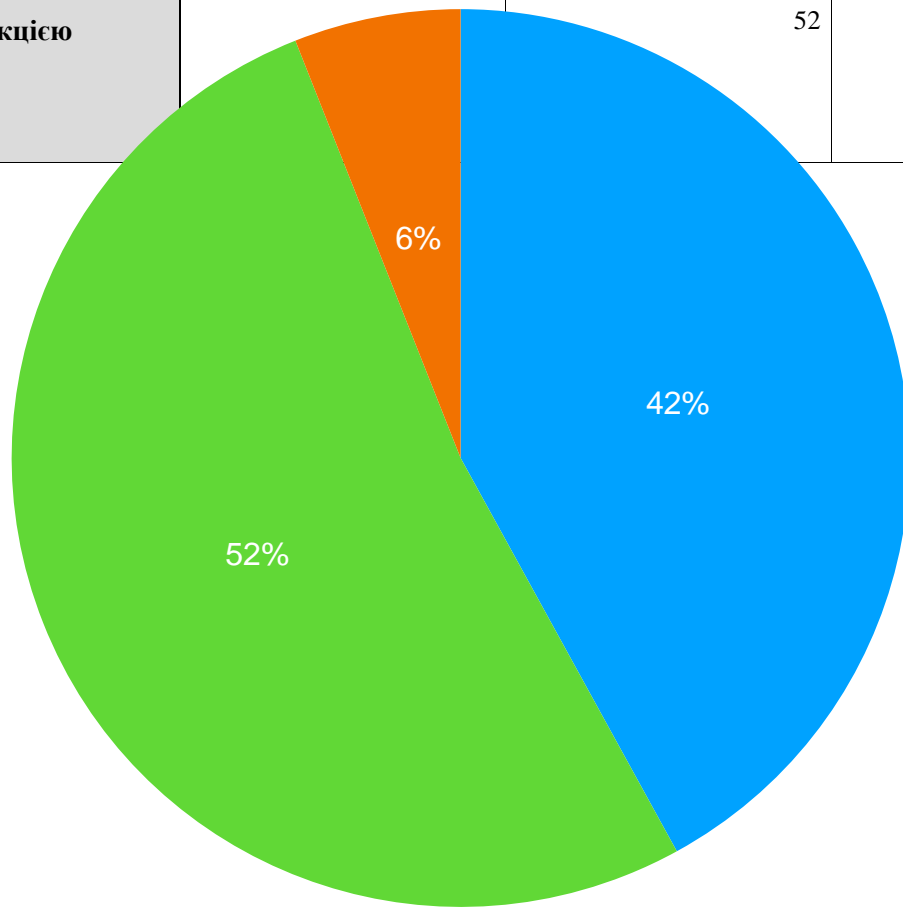
***Порівняльна діаграма рівню тривоги за Беком у відсотках:***

**Рівень тривожності у студентів жіночої статі із тютюновою адикцією:**

У даній діаграмі рівню тривоги за Беком можна побачити, що високий та середній рівні тривоги переважають в осіб із тютюновою адикцією, а низький рівень тривожності, навпаки, лише у 6%.

	високий рівень	середній рівень	низький рівень

З тютюновою адикцією		52	6
			6



■ високий рівень

■ середній рівень

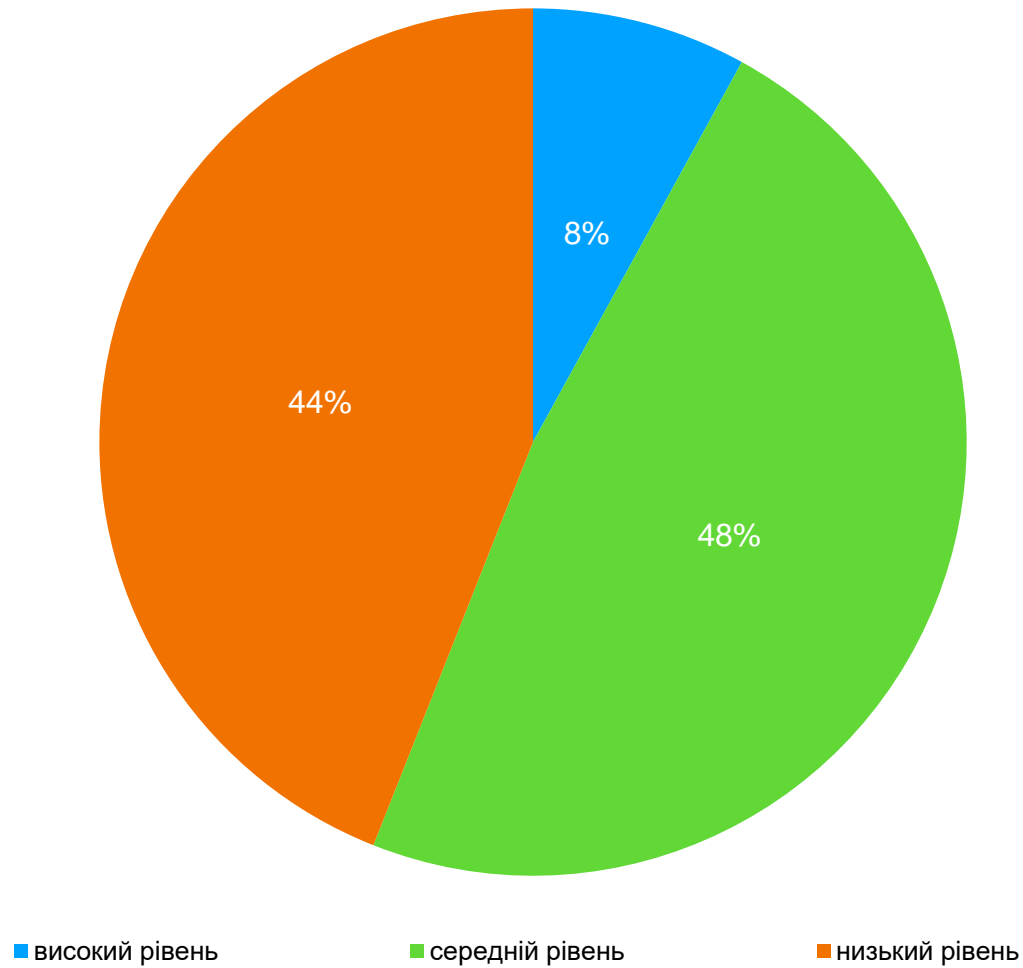
■ низький рівень

Високий рівень тривоги мають 42% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією. Середній рівень тривоги мають 52% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

Низький рівень тривоги мають 6% студентів жіночої статі із тютюновою адикцією.

**Рівень тривожності у студентів жіночої статі без тютюнової адикції:**

## Рівень тривоги за Бекон (без тютюнової адикції)



Високий рівень тривоги мають 8% студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

Середній рівень тривоги мають 48% студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

Низький рівень тривоги мають 44% студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

	високий рівень	середній рівень	низький рівень
Без тютюновою адикцією	8	48	44

### ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

Загалом у дослідженні взяло участь 100 осіб. Всі досліджувані заповнювали методики анонімно і добровільно. Перед заповненням батареї психологічних методик досліджувані відповідали на ряд запитань, які описані у додатку 4. У дослідженні взяло участь 100 жінок, вік досліджуваних склав 19 – 21 років.

Для проведення дослідження були сформовані дві групи:

Першу групу склали студенти, які не мають тютюнової аддикції, кількість учасників 50 осіб.

Другу групу склали студенти, які мають тютюнову залежність, кількість учасників 50 осіб.

У даному дослідженні були отримані такі результати:

Стаж паління у курців склав 1-5 років. Найбільше було осіб зі стажем 1 рік.

За методикою Тейлор були отримані такі дані: дуже високий рівень тривоги мають 5 респондентів, що палять, а у респондентів без тютюнової адикції дуже високий рівень тривоги відсутній. Високий рівень тривоги у 28 осіб, що палять, та у 16 осіб, що не палять. Середньо-високий рівень тривоги виявлено у 13 респондентів із тютюновою залежністю, та у 23 респондентів без неї. Середньо-низький рівень тривоги є у 4 осіб, які палять та у 11 осіб, які не палять.

За методикою ситуаційної тривоги Спілбергер-Ханін були отримані такі дані: високий рівень ситуаційної тривоги у 14 осіб, які мають тютюнову залежність та у 3 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів 17. Середній рівень тривоги у 24 респондентів, які палять, та у 12,

які не палять. Загальна кількість респондентів 36. Нізкий рівень тривоги у 12 осіб, які мають тютюнову адикцію, та у 35 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів 47. Низкий рівень тривоги у більшості респондентів, майже у половини.

За методикою особистісної тривоги Спілбергер-Ханін були отриманні такі дані: високий рівень особистісної тривоги виявлено у 9 респондентів, які мають тютюнову адикцію та у 2 осіб, які її не мають. Середній рівень особистісної тривоги наявний у 33 респондентів із тютюновою залежністю та у 16 респондентів без неї. Низкий рівень особистісної тривоги виявлено у 8 осіб із тютюновою залежністю та у 32 осіб без неї.

За методикою Бека були отриманні такі дані: високий рівень тривоги у 21 осіб, які мають тютюнову залежність та у 4 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів, які мають високий рівень тривоги за цією шкалою 25 осіб. Середній рівень тривоги у 26 респондентів, які палять, та у 24, які не палять. Загальна кількість респондентів, які мають середній рівень тривоги за цією шкалою 50 осіб. Низкий рівень тривоги у 3 осіб, які мають тютюнову адикцію, та у 22 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів 25.

За проведеною математично-статистичною обробкою даних по критерію Фи и Крамера, за даними методики рівню тривоги за Тейлором *таблиці 4* є прямий сильний (0,378) статистично значимий (0,003) зв'язок. За даними методики ситуаційного рівня тривоги за Спілбергер-Ханін, *таблиці 7* є прямий сильний (0,473) статистично значимий (0,000) зв'язок. За даними методики особистісного рівня тривоги за Спілбергер-Ханін, *таблиці 10* є прямий сильний (0,498) статистично значимий (0,000) зв'язок. Та за даними методики рівня тривоги за Беком, *таблиці 13* є прямий сильний (0,511) статистично значимий (0,000) зв'язок.

Тобто, всі методики підтвердили, що у студентів жіночої статі із тютюновою адикцією рівень тривожності вище, ніж у студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

Тобто, враховуючи усі ці дані, можна казати, що в даній вибірці тютюнова адикція пов'язана із високим рівнем тривожності у студентів жіночої статі. Гіпотеза підтвердилася.

## ВИСНОВОК

Дане дослідження направлене на вияв зв'язку тютюнопаління із рівнем тривожності у студентів жіночої статі. Шляхом порівняння рівня тривожності у студентів жіночої статі, які мають тютюнову адикцію із тими, що не мають її. Загалом у дослідженні взяло участь 100 осіб у віці 18–21 років, зі стажем тютюнопаління від 1 до 5 років.

Респонденти заповнили 3 методики для виявлення наявного рівня тривожності:

1. Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) (Дод.1) призначена для вимірювання проявів тривожності.
2. Ч. Д. Спілбергера, Ю.Л.Ханін «Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» (Дод.2);
3. Шкала тривоги Бека (Дод.3) (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI) - клінічна тестова методика, призначена для скринінгу тривоги та оцінки її виразності.

Для проведення дослідження були сформовані дві групи студентів із тютюновою адикцією та без неї для порівняння рівня тривожності.

Були отримані наступні результати:

Стаж паління у курців склав 1-5 років. Найбільше було осіб зі стажем 1 рік.

За методикою Тейлор були отримані такі дані: дуже високий рівень тривоги мають 5 респондентів, що палять, а у респондентів без тютюнової адикції дуже високий рівень тривоги відсутній. Високий рівень тривоги у 28 осіб, що палять, та у 16 осіб, що не палять. Середньо-високий рівень тривоги виявлено у 13 респондентів із тютюновою залежністю, та у 23 респондентів без

неї. Середньо-низький рівень тривоги є у 4 осіб, які палять та у 11 осіб, які не палять.

За методикою ситуаційної тривоги Спілбергер-Ханін були отриманні такі дані: високий рівень ситуаційної тривоги у 14 осіб, які мають тютюнову залежність та у 3 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів 17. Середній рівень тривоги у 24 респондентів, які палять, та у 12, які не палять. Загальна кількість респондентів 36. Низький рівень тривоги у 12 осіб, які мають тютюнову адикцію, та у 35 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів 47. Низький рівень тривоги у більшості респондентів, майже у половини.

За методикою особистісної тривоги Спілбергер-Ханін були отриманні такі дані: високий рівень особистісної тривоги виявлено у 9 респондентів, які мають тютюнову адикцію та у 2 осіб, які її не мають. Середній рівень особистісної тривоги наявний у 33 респондентів із тютюновою залежністю та у 16 респондентів без неї. Низький рівень особистісної тривоги виявлено у 8 осіб із тютюновою залежністю та у 32 осіб без неї.

За методикою Бека були отриманні такі дані: високий рівень тривоги у 21 осіб, які мають тютюнову залежність та у 4 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів, які мають високий рівень тривоги за цією шкалою 25 осіб. Середній рівень тривоги у 26 респондентів, які палять, та у 24, які не палять. Загальна кількість респондентів, які мають середній рівень тривоги за цією шкалою 50 осіб. Низький рівень тривоги у 3 осіб, які мають тютюнову адикцію, та у 22 осіб, які не мають тютюнової адикції. Загальна кількість респондентів 25.

За проведеною математично-статистичною обробкою даних по критерію Фи и Крамера, за даними методики рівню тривоги за Тейлором *таблиці 4* є пря-

мий сильний (0,378) статистично значимий (0,003) зв'язок. За даними методики ситуаційного рівня тривоги за Спілбергер-Ханін, *таблиці 7* є прямий сильний (0,473) статистично значимий (0,000) зв'язок. За даними методики особистічного рівня тривоги за Спілбергер-Ханін, *таблиці 10* є прямий сильний (0,498) статистично значимий (0,000) зв'язок. Та за даними методики рівня тривоги за Беком, *таблиці 13* є прямий сильний (0,511) статистично значимий (0,000) зв'язок.

Всі методики підтвердили, що у студентів жіночої статі із тютюновою адикцією рівень тривожності вище, ніж у студентів жіночої статі без тютюнової адикції.

Тобто, враховуючи усі ці дані, можна казати, що в даній вибірці тютюнова адикція пов'язана із підвищеним рівнем тривожності у студентів жіночої статі. Гіпотеза підтвердилася

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Абубакірово Н.І. Що таке «гендер» // Громадські науки і сумісність. - 2006. - №6. С. 123-125.
2. Альохін А. Н., Курпатов А. В. Теорія особистості людини // Вісник Балтійської педагогічної академії. -1998. -№ 17. -С. 133-144.
3. Апчел ВЯ, Циган ВН. Стрес і стресо-стійкість людини. Санкт-Петербург: Пітер; 1999. 86 с.
4. Астапов В. М., Малкова Е. Е. Тривожні розлади в дитячому та підлітковому віці: теорія та практика. — М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. — 368 с.
5. Березин С.В., Лисецький К.С., Назаров Е.А. Психологія наркотичної залежності та співзалежності. Монографія. - М.: МПА, 2001.
6. Бороздіна Г.В. Психологія ділового спілкування: Підручник 2-е вид.- М: ИНФРА-М,
7. Бухановський А.О. та ін. Хвороба залежної поведінки / Методичні рекомендації. - Ростов-на-Дону, 2001..
8. Велика енциклопедія психологічних тестов.- М: Видавництво «Ексмо», 2005-416с.
9. Виготський Л.С. Психологія. - М. - 2000. - 1008 с.
10. Вікова та педагогічна психологія: Учеб. посібник для студентів пед. ін-тів М. : Просвещение, 1984.-256
11. Вікова психологія: Підручник посібник для студентів вузов-6-е вид.- М: Академічний проект: Альма Матер, 2006-702с. ("Gaudeamus").

12. Вікові кризи та ступені особистісного зростання. Видавництво "Ювента". Санкт-Петербург, 1999.
13. Войскунский А.Є. Актуальні проблеми психології залежності від Інтернету. // Психологічний журнал. 2004, № 1. С. 90-100.
14. Вороніна О.А. Теорія і методологія гендерних досліджень: Курс лекцій. - М: МЦГІ - МВШСЕН - МФФ, 2006. - 415 с.
15. Гилянський Я. Девіантна поведінка підлітків: стан, проблеми, перспективи. // Бюлетень захисту прав дитини. 1994 №1. С. 7
16. Гилянський, Я. І. Соціологія девіантної поведінки як спеціальна соціологічна теорія. // Соц. дослідні. 2001 року № 4.
17. Гільванова Е.Р. Вивчення психоемоційної сфери у студентів, які палять // Сучасні наукомісткі технології. - 2009. - № 5. - С. 37-39;
18. Єршова Т.І., Мікіртумов Б.Є. - Огляд. психіатр. і мед. психол., 1995/1, с.55-63.
19. Загальнотеоретичні проблеми соціології // Соціологія сьогодні: Проблеми і перспективи / Р. К. Мертон, Л.Брум., Л. С. Котрелл (ред.). - М .: Прогрес, 1965. - с.25-67.
20. Заїка Є.В., Крейдун Н.П., Якіна А.С. Психологічна характеристика особистості підлітка з поведінкою, що відхиляється. // Питання психології. 1990, № 4. С. 83-90.
21. Захаров А.І. Походження дитячих неврозів і психотерапія. - М .: ЕКСМО-Прес, 2006. - 448 с.
22. Змановская, Е. В. Девиантологія: Психологія відхиляючогось. М .: Видавничий центр «Академія», 2003. 288 с.

23. Ізард К. Емоції людини: [Пер.с англ.] / Под ред. Л.Я.Гозмана, М.С. Егоровой- М: Изд-во МГУ, 1980р.
24. Ільїн Є.П. Мотивація і мотиви — СПб: Видавництво "Пітер", 2000. - 502 с.
25. Каган В.Е. Стереотипи мужності-жіночності і образ «Я» у підлітків // Питання психології. - 2005. - №3. С. 20-25.
26. Клейберг Ю.А. Психологія девіантної поведінки. Твер, 1998..
27. Кон І.С. Психологія ранньої юності: книга для вчителя. - М.: Просвещение, 1989.
28. Козер, Л. А. Функції соціального конфлікту / Пер. з англ. О. Назарової; За заг. ред. Л. Г. Іоніна. - М.: Будинок інтелектуальної книги: Ідея-прес, 2000. - 295 с.
29. Короленко Ц. П. Адиктивна поведінка. Загальна характеристика та закономірності розвитку // Огляд психіатрії та медичної психології імені В. М. Бехтерева. 1991 року, N 1. С. 8-15.
30. Короленко Ц.П., Дмитрієва Н.В. Соціодинамічна психіатрія. - М.: "Академічний проект", 2000. - 291-292 с.
31. Короленко Ц.П., Донських Т.А. Сім шляхів до катастрофи. Деструктивні форми поведінки в сучасному світі.-- Новосибірськ: Наука, 1990.,
32. Криза нашого часу: соціальний і культурний огляд = The crisis of our age / Питирим Сорокін. - М.: ІСПИ РАН, 2015. -102 с.
33. Ксенофонтова Н.А. Гендерний аспект суспільного розвитку. - М: Наука, 2005. - 180 с.

34. Кулаков С.А. Основи психосоматики: Навчальний посібник — СПб.: Речь, 2003. - 288 с.
35. Кулаков, С. А. Психотерапія і психопрофілактика адиктивної поведінки у підлітків. М. - СПб.: Гардарика, 2003. 470 с.
36. Куріння: Тонкощі, хитрощі й секрети / під ред. Ю.В. Татури. - М.: Бук-пресс, 2006. - 352 с.
37. Куташов В. А., Хабарова Т. Ю. Клініко-психологічні особливості виявлення суїцидального ризику у пацієнтів з хворобами залежностей // Молодий вчений. - 2015. -№ 14. - С. 69-73.
38. Личко А.Е., Битенський В.С. Подліткова наркологія: керівництво. - Л. 1991.
39. Малкіна-Пих І.Г. Психологія поведінки жертви. - М.: Ексмо, 2006. - 1008 с.
40. Мартюшев-Поклад А. В., Вороніна Т.А. Стрес-лімітуючі системи і нейро-нальна пластичність в патогенезі психічних і неврологічних розладів. Огляди по клінічній фармакології та лікарській терапії. 2003; 15-25.
41. Мей Р. Сенс тривоги - М.: Незалежна фірма "Клас", 2001 р.
42. Менделевич В.Д. Поведінкові розлади або девіація поведінки? // Психіатрія и психофармакотерапія. 2000, Т. 2, № 6.
43. Менделевич В.Д. Психологія девіантної поведінки. – М.: “МЕД-пресс”, 2001.
44. Микляева А.В., Румянцева П.В. Шкільна тривожність: діагностика, профілактика, корекція. - СПб.: Мова, 2006.

45. Морозов Г.В., Шумський Н.Г. Введення в клінічну психіатрію, Н. Новгород: НГМА, 1998
46. Наш проблемний підліток: зрозуміти і домовитися. / Под ред. Л.А. Регуш. - Ростов-на-Дону: РГПУ, 2006. - 192 с.
47. Немов Р.С. Психологія. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2007. - 608 с.
48. Покоїв А.І. Формування синдрому психічної залежності при токсикоманіях у підлітків // Проблеми синдрмообрання в психіатричній клініці: Зб. науч. Праць / За ред. Ф.І.Случевского. Л.: Льон. Сан.-гіг. мед.ін-т.1987.- С. 100-103.
49. Пономарьов Я.А. Психологія творчості. М.: Искусство.-1976. — 302с.
50. Попов Ю.В. Концепція саморуйнується поведінки як прояви дисфункціонального стану особистості / Юбозреніє психіатрії та медичної психології ім. В.М.Бехтерева.- 19947
51. Пристанська О.В. Делинквентность: правове і кримінологічне поняття // Журнал Російського права. 1999.
52. Прихожан А.М. Психологія тривожності: дошкільний і шкільний вік (+ CD). - СПб.: Пітер, 2007 - 192 с.
53. Прихожан А.М. Тривожність у дітей та підлітків: психологічна природа і вікова динаміка. - М., 2000..
54. Проблеми соціальної адаптації різних груп населення в сучасних умовах: Мат. регіон, наук.-практич. конф. Владивосток.: Изд-во Дальневост. Ун-ту, 2000. — 336с.

55. Прохоров А.О. Методи психічної саморегуляції. -Казань: КГПИ, 1994. 168 с.
56. Прохорова М.Л. Наркотизм: кримінально-правове та кримінологічне дослідження.-СПБ.: Юрид.Центр Прес, 2002. — 284с.
57. Психологія. Словник. / За заг. Ред А.В.Петровського, М.Г.Ярошевский. 2-е изд., Испр. і доп. - М.: Политиздат, 1990. — 494 с.
58. Психолого-педагогічні та філософські аспекти проблеми сенсу життя: Мат. 1-2 симпозиумів. М.: РАГС.- 1997. - 223 с.
59. Психофізіологія. Підручник для вузів / Під ред Ю.І.Александрова.- СПБ.: Пітер. -2001. 347с.
60. П'ятницька І.Н.Наркоманія як форма девіантної поведінки / Ддоровий спосіб життя і боротьба з соціальними хворобами / Под ред. Б.М.Левіна, Л.Н.Рибаковой.-М.: ІС АН ССРСР.-1988.- С.69-78.
61. Райх В. Аналіз особистості. М.: «КСП +»; СПб. «Ювента», 1999. — 333с.
62. Реан А.А., Трофимова Н.Б. Гендерні відмінності структури тривожності у підлітків. // Актуальні проблеми діяльності практичних психологів. Мінськ: МГУ, 2003. С. 6-7.
63. Розвиток соціально-перцептивної компетенції особистості: Мат. наукової сесії, присвяченій 75-річчю акад. А.А.Бодалева / Под ред. Деркача А.А. М.: РАГС, 1998. -248 с.
64. Розенова М.І. Порухення особистісної цілісності у випадках Адиктивно-нарцистичної патології і їх проявів у відносинах любові. // Світ психології. 2006, № 4. С. 239-251.

65. Сіматова О. Б., Граніна К. У. Тривога як фактор ризику і протекції ігрової комп'ютерної адикції у підлітків // Гуманітарний вектор. Серія: Педагогіка, психологія. - 2012. - № 1. - С. 235-239.
66. Словник термінів, що відносяться до алкоголю, наркотиків та інших психоактивних засобів. 1996. С. 57
67. Смагін С.Ф. Адикція, адиктивна поведінка, СПб .: МПГУ, 2000.
68. Смирнов А.В. Базові психологічні компоненти адиктивної поведінки в структурі інтегральної індивідуальності. Москва: Центрполиграф; 2015. С. 134.
69. Смирнов А.В. Наш погляд на сексуальну адикцію / А.В. Смирнов. - Єкатеринбург: УДПУ - 2008. - 180 с. , С. 70-71
70. Снайдер Ді Практична психологія для підлітків, або Як знайти своє місце в житті. - М .: АСТ-ПРЕСС, 2007. - 288 с.
71. Соловьева СЛ. Тривога та тривожність: теорія та практика. Медична психологія. 2012.
72. Спилбергер ЧД. Концептуальні і методологічні проблеми дослідження тривоги. В кн .: Ханін Ю, укладач. Стрес і тривога в спорті. Москва: Фізкультура і спорт; 1983. С. 12-24.
73. Стрес життя: Збірник. - СПб.: ТОО "Лейла", 1994.
74. Успехи современного естествознания. – 2013. – № 7 – С. 9-11
75. Хьелл Л., Зіглер Д. Теорії особистості. - 3-е изд. - СПб .: Пітер, 2008. - 607 с .: іл. - (Серія «Майстри психології»)

76. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V). American Psychiatric Publishing; 2013. 991 p.
77. Benowitz NL, ed. Gender differences in the pharmacology of nicotine addiction. *Addiction Biology*, 1998, 3:383–404.
78. Bolton J.M., Sareen J. Lifetime mood, anxiety, and drug use disorders are common in the United States population // *Evidence Based Mental Health*. 2006. Vol. 9, №4. P. 110–113.
79. Brauser D. (2013) Failure to quit smoking creates more anxiety, not less. *Medscape*, Jan. 15 ([www.medscape.com/viewarticle/777679](http://www.medscape.com/viewarticle/777679)).] [McDermott M.S., Marteau T.M., Hollands G.J. et al. (2013) Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study. *Br. J. Psych.*, 202: 62–67.
80. Bruce S.E, Yonkers K.A., Otto M.W. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study // *Am Journal Psychiatry*. 2005. Vol. 162, №6. P. 1179–1187.
81. Daniëlle, A. I. Unhealthy Lifestyles Do Not Mediate the Relationship Between Socioeconomic Status and Incident Depressive Symptoms: The Health ABC study Original Research Article [Electronic recourse] –*The American Journal of Geriatric Psychiatry*, In Press, Corrected Proof. — Available online 6 February 2013.
82. Eventhal A.M., Zvolensky M.J. Anxiety, Depression, and Cigarette Smoking: A Transdiagnostic Vulnerability Framework to Understanding Emotion-Smoking Comorbidity. *Psychol Bull*. 2015;141(1):176–212. DOI: 10.1037/bul0000003.

83. Ipser J.C., Wilson D., Akindipe T.O., Sager C., Stein D.J. Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders // *Cochrane Database System Review*. 2015. Vol.1. P. 122–130.
84. Jacques A, Chaaya N, Beecher K, et al. The impact of sugar consumption on stress driven, emotional and addictive behaviors. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Aug;103:178-99. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.05.021. Epub 2019 May 21.
85. Karan LD, Dani JA, Benowitz NL. The pharmacology of nicotine dependence. In: *Principles of addiction medicine*, 3rd ed. Washington, DC, American Society of Addiction Medicine, 2003:225–248.
86. McDermott M.S., Marteau T.M., Hollands G.J. et al. (2013) Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study. *Br. J. Psych.*, 202: 62–67. (Brauser D. (2013) Failure to quit smoking creates more anxiety, not less. *Medscape*, Jan. 15)
87. Sartor C.E., Lynskey M.T., Heath A.C., Jacob T., True W. The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence // *Addiction*. 2007. Vol. 102, №2. P. 216–225.
88. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD, et al. *Consulting Psychol. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
89. Sylvers P, Lilienfeld SO, LaPrairie JL. Differences between trait fear and trait anxiety: Implications for psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 2011 Feb;31(1):122-37.
90. Ventura T, Santander J, Torres R, et al. Neurobiologic basis of craving for carbohydrates. *Nutrition*. 2014 Mar;30(3):252-6. doi: 10.1016/j.nut.2013.06.010. Epub 2013 Oct 17.

91. Watson N.L., Heffner J.L., McClure J.B., Bricker J.B. Relationships between Social Anxiety and Smoking-Specific Experiential Avoidance. *Dual Diagn.* 2017;13(1):1–5. DOI:10.1080/15504263.2016.1248310.
92. Wittchen H.U., Zhao S., Kessler R.C., Eaton W.W. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch Gen Psychiatry.* 1994. Vol. 51, №5. P. 355–364.
93. Zorrilla EP, Logrip ML, Koob GF. Corticotropin releasing factor: a key role in the neurobiology of addiction. *Front Neuroendocrinol.* 2014 Apr;35(2):234-44. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.01.001. Epub 2014 Jan 20.
94. Интернет - рекурс:  
[https://umedp.ru/articles/tri\\_vozrasta\\_trevozhnosti\\_xiv\\_veynovskie\\_chteniya\\_satellitnyy\\_simpozium\\_kompanii\\_egis.html](https://umedp.ru/articles/tri_vozrasta_trevozhnosti_xiv_veynovskie_chteniya_satellitnyy_simpozium_kompanii_egis.html)

## ДОДАТКИ

### Додаток 4. Додаткова анкета для дослідження

Анкета для студентів жіночої статі

Вітаю,

Приділіть, будь ласка, кілька хвилин свого часу для заповнення анкети для моєї дипломної роботи.

1. Вік:

2. Ви палите цигарки?

ТАК        НІ

3. Якщо так, то напротязі якого часу?

### Додаток 5. Таблиця 1. Стаж паління у курців.

Стаж паління у курців склав 1-5 років, середнє (надалі М) = 2,4, стандартне відхилення (надалі SD) = 1,2. Найбільше було осіб зі стажем 1 рік.

Стаж паління	Кількість	%
1 рік	16	32%
2 роки	14	28%
3 роки	7	14%
4 роки	10	20%
5 років	3	6%

Додаток 6. Таблиця 2. Рівень тривоги за Тейлором та зв'язок з курцями.

Рівень тривоги за Тейлором	Кількість осіб		Загальна кількість
	Палить	Не палить	
дуже високий рівень	5	0	5
високий рівень	28	16	44
середньо-високий рівень	13	23	36
середньо-низький рівень	4	11	15

Додаток 7. Таблиця 3. Рівень тривоги за Тейлором та зв'язок з курцями у відсотках.

			Паління		Загальна кількість
			Палить	Не палить	
Рівень тривоги за Тейлором	дуже високий рівень	Кількість	5	0	5
		Відсоток	10,0%	0%	5,0%
	високий рівень	Кількість	28	16	44

			Паління		Загальна кількість
			Палить	Не палить	
Рівень тривоги за Тейлором	дуже високий рівень	Кількість	5	0	5
		Відсоток	10,0%	0%	5,0%
	високий рівень	Кількість	28	16	44
		Відсоток	56,0%	32,0%	44,0%
	середньо-високий рівень	Кількість	Кількість	23	36
		Відсоток	26,0%	46,0%	36,0%
	середньо-низький рівень	Кількість	Кількість	11	15
		Відсоток	8,0%	22,0%	15,0%

Додаток 8. Таблиця 4. Таблиця для визначення зв'язку за критеріями  $\Phi$  и Крамера).

	Value	Approx. Sig.
$\Phi$	,378	,003
Крамера	,378	,003

		Паління		Загальна кількість
		Палит ь	Не палить	
Ситуаційна тривога	високий рівень	14	3	17
	середній рівень	24	12	36
	низький рівень	12	35	47

Додаток 9. Таблиця 5. Ситуаційний рівень тривоги за Спілбергер-Ханін та зв'язок з курцями.

Додаток 10. Таблиця 6. Ситуаційний рівень тривоги за Спілбергер-Ханін та зв'язок з курцями у відсотках.

			Паління		Загальна кількість
			Палит ь	Не палить	
Ситуаційна тривога	високий рівень	Кількіс ть	14	3	17
		Відсото к	28,0%	6,0%	17,0%
	середній рівень	Кількіс ть	24	12	36
		Відсото к	48,0%	24,0%	36,0%

			Паління		Загальна кількість
			Палит ь	Не палить	
Ситуаційна тривога	високий рівень	Кількіст ь	14	3	17
		Відсото к	28,0%	6,0%	17,0%
	середній рівень	Кількіст ь	24	12	36
	низький рівень	Кількіст ь	12	35	47
		Відсото к	24,0%	70,0%	47,0%

Додаток 11. Таблиця 7. Таблиця для визначення зв'язку за критеріями Фі і Крамера).

	Val- ue	Approx. Sig.
Фі	,473	,000
Крамер а	,473	,000

Додаток 12. Таблиця 8. Особистісний рівень тривоги за Спілбергер-Ханін та зв'язок з курцями.

		Паління		Загальна кількість
		Палить	Не палить	
Особистісна тривога	високий рівень	9	2	11
	середній рівень	33	16	49
	низький рівень	8	32	40

Додаток 13. Таблиця 9. Особистісний рівень тривоги за Спілбергер-Ханін та зв'язок з курцями у відсотках.

			Паління		Загальна кількість
			Палить	Не палить	
Особистісна тривога	високий рівень	Кількість	9	2	11
		Відсоток	18,0%	4,0%	11,0%
	середній рівень	Кількість	33	16	49
		Відсоток	66,0%	32,0%	49,0%
	низький рівень	Кількість	8	32	40

			Паління		Загальна кількість
			Палить	Не палить	
Особистісна тривога	високий рівень	Кількість	9	2	11
		Відсоток	18,0%	4,0%	11,0%
	середній рівень	Кількість	33	16	49
		Відсоток	16,0%	64,0%	40,0%

Додаток 14. Таблиця 10. Таблиця для визначення зв'язку за критеріями  $\Phi$ и и Крамера.

	Value	Approx. Sig.
$\Phi$ i	,498	,000
Крамера	,498	,000

Додаток 15. Таблиця 11. Рівень тривоги за Беком та зв'язок з курцями.

	Паління	Загальна

		Палит ь	Не палить	кількість
Рівень тривоги за Беком	високий рівень	21	4	25
	середній рівень	26	24	50
	низький рівень	3	22	25

Додаток 16. Таблиця 12. Рівень тривоги за Беком та зв'язок з курцями у відсотках.

	Паління		Загальна кількість
	Палит ь	Не палить	

Рівень тривоги за Беком	високий рівень	Кількість	21	4	25
		Відсоток	42,0%	8,0%	25,0%
	середній рівень	Кількість	26	24	50
		Відсоток	52,0%	48,0%	50,0%
	низький рівень	Кількість	3	22	25
		Відсоток	6,0%	44,0%	25,0%

Додаток 17. Таблиця 13. Таблиця для визначення зв'язку за критеріями  $\Phi$  и Крамера.

	Value	Approx. Sig.
$\Phi$	,511	,000
Крамера	,511	,000