

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Теоретико-методологическое обоснование проблемы психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных гипертонической болезнью	7
1.1 Смысложизненные ориентации в исследованиях зарубежных и отечественных психологов.....	7
1.2 Индивидуально-психологическая характеристика больных с гипертонической болезнью	22
1.3 Психологические особенности смысложизненных ориентаций у пациентов с гипертонической болезнью.....	30
Выводы по первой главе.....	35
Глава 2. Эмпирическое изучение психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью	37
2.1 Цели, задачи и методики исследования	37
2.2 Диагностика психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью	40
2.3 Разработка рекомендаций для больных с гипертонической болезнью.....	72
Выводы по второй главе.....	75
Заключение	80
Список используемой литературы.....	82
Приложение	92

Введение

В настоящее время для человека появляются все большие требования к механизмам приспособления. Некоторые трудности обстоятельств жизни, а так же конфликты на работе приводят к развитию различных нервно-психических, а так же психосоматических заболеваний. Самые частые среди них – патохарактерологические изменения личности, неврозы и психозы, болезни органов пищеварения, дыхания, сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, а так же многих других.

Следовательно, можно отметить что: снижена продуктивность профессиональной деятельности, а так же нарушено физическое и психическое здоровье человека.

Данная проблема рассматривается только лишь с врачебной точки зрения. Можно отметить что, психологический аспект проблемы (изучение общих и специфических закономерностей явления и его механизмов) считается одним из значимых в настоящее время.

По многочисленным данным, от 38 до 42% всех пациентов, наблюдающихся в кабинетах соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Пациенты часто не стремятся обращать внимание докторов на изменение в нервно-психической сфере, что в свою очередь может спровоцировать болезни сердечно-сосудистой системы, в частности артериальную гипертонию. В связи с этим наибольший интерес возникает при изучении особенностей смысложизненных ориентаций у лиц страдающих артериальной гипертонией.

Гипертония – болезнь многих людей. Примерно 10-15 % работающего населения страдают этим недугом. И к 50-60 годам это количество становится больше в два раза.

Гипертоническую болезнь можно с полной уверенностью назвать «болезнью века»: на сегодняшний день эта форма сердечно-сосудистой патологии является одной из самых распространенных. Многочисленные

исследования говорят о связи психогенных факторов с обострениями гипертонического синдрома. Все больше и больше психиатрических исследований показывают, как влияет на данный синдром жизненные ситуации. Важностью изучения психологических особенностей и смысло-жизненных ориентаций у больных с артериальной гипертензией является то, что от этой болезни страдает уже миллиард человек в мире, но самое страшное её проявление - это возникновение сердечных приступов. По многочисленным оценкам исследователей, каждый год артериальная гипертензия является причиной девяти миллионов смертельных случаев. И если мы будем знать здравый смысл человека, его жизненные ориентации и ценности можно предотвратить эти страшные данные смертности.

По проведенным данным обследования репрезентативной выборки за 2017 год, распространенностью гипертензии в России среди мужчин составляет 39,2%, среди женского населения - 41,1%. Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из основных факторов риска причиной ишемической болезни сердца (ИБС), инсультов головного мозга и инфарктов миокарда (ИМ). АГ называют безмолвным невидимым убийцей, который очень редко предвещает симптомы вначале своего развития. Всё выше перечисленное несомненно влияет на прогноз, течение а так же исход заболевания, вследствие этого индивидуальные психологические характеристики таких пациентов приобретают важность изучения в медицине и клинической психологии. Исследование проблемы гипертонической болезни является особенно актуальной, потому что является самой распространённой болезнью среди взрослого населения.

Раздражение, стресс, конфликты с окружающими могут вызвать резкое увеличение артериального давления и привести к различным осложнениям. Можно предположить, что гипертоническая болезнь не может влиять на смысловую сферу личности. Условиями её возникновения являются эмоциональные переживания, которые независимо от наличия или отсутствия заболевания, взаимосвязаны со смыслами Бытия.

Можно сказать, что болезнь в каком-то смысле является ситуацией, в которой у человека могут измениться смыслы, привычное ему настроение, активность, из-за нового образа жизни, отказа от того что было важно до этого.

На протяжении всей истории человечества и до сих пор сама проблема смысла жизни находится в поле изучения и является наиболее важной для различных научных исследователей гуманитарных наук. Большое внимание теме смысла жизни уделяется в философии и психологии. Для психологии изучение смысла жизни в наши дни является достаточно важной темой для обсуждения, так как значимым является сам процесс обретения человеком смысла жизни и последующим влиянием его на жизнь человека. Отталкиваясь от этого, возникла целесообразность исследования контроля взаимосвязи смысложизненных ориентаций и внутреннюю картину болезни.

Большой вклад в изучение смысложизненных ориентаций внесли: Д.А. Леонтьев, А.А. Бодалев, В.Э. Чудновский, А. Адлер, В. Франкл, А. Маслоу, Л.С. Коган, А.Г. Асмолов, Б.С. Братусь, В.К. Вилюнас, С.Л. Рубинштейн и пр.

Объект исследования: смысложизненные ориентации личности.

Предмет исследования: особенности смысложизненных ориентаций у лиц страдающих артериальной гипертонией.

Цель исследования: изучение особенностей смысложизненных ориентаций у лиц страдающих артериальной гипертонией.

Гипотеза исследования: пациенты определённых возрастных категорий страдающих гипертонической болезнью будут иметь свои особенности в смысложизненных ориентациях.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ особенностей смысложизненных ориентаций у лиц страдающих гипертонической болезнью;
2. Обосновать и подобрать необходимые методики и методы исследования;

3. Выявить характерные сходные и различные особенности смысложизненных ориентаций лиц страдающих гипертонической болезнью с разными возрастными категориями;

4. Выявить наличие связей между смысложизненными ориентациями и гипертонической болезнью.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ научных источников по теме исследования.
2. Тест «Смысложизненные ориентации» (Д.А. Леонтьев) (сокр. «СЖО»).
3. Анкета.

Теоретическая значимость исследования характеризуется в изучении особенностей смысложизненных ориентаций у пациентов страдающих гипертонической болезнью.

Практическая значимость исследования. Результаты исследования имеют важное значение для раннего выявления заболевания, а так же для более полной психопатологической оценки и своевременной психокоррекции. Полученные данные необходимы при разработке мер по повышению эффективности восстановительного лечения больных гипертонической болезнью, исключению его осложнений, снижению инвалидизации и смертности среди таких пациентов.

Структура работы. В работу входит введение, в которой описываются актуальность проблемы, предмет, объект, цель, гипотеза, задачи, теоретическая и практическая значимость проведенного исследования; теоретической главы, в которой рассматриваются основные подходы к изучению смысложизненных ориентаций, личностные особенности больных с гипертонической болезнью, а так же психологические особенности смысложизненных ориентаций у пациентов с гипертонической болезнью; практического исследования, в которой представлены описание выборки, методов диагностики, процедуры проводимого исследования, анализа полученных данных; выводов; заключения; библиографии; приложения.

Глава 1. Теоретико-методологическое обоснование проблемы психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных гипертонической болезнью

1.1 Смысложизненные ориентации в исследованиях зарубежных и отечественных психологов

В истории философии и психологической науки XX столетие стало наиболее значимым. В начале столетия начинает активно подниматься в науке проблем смысла жизни человека. Конечно, в философии и психологии и ранее были попытки. Однако, они носили преимущественно умозрительный характер. Несмотря на научные изыскания, конкретный ответ все-таки получен учеными не был.

На сегодняшний день существует большое множество теоретических и эмпирических работ, посвященных данной проблеме. Чтобы лучше её понимать, рассмотрим сначала определение понятия «смысл жизни» в различных словарях. В психологическом словаре предлагается два его значения. Первое – содержательная суть в предмете или явлении. Второе – личностная значимость явления или предмета для человека [49].

Смысл жизни придает событиям, явлениям в жизни человека, его деятельности содержание и наполненность.

Рассмотрим далее разные позиции касательно смысла жизни человека в историческом контексте, то есть ученых эпохи античности и эпохи возрождения.

Наиболее древней является концепция Экклезиаста. Он считал человеческую жизнь ничтожной, наполненной суетой. Он в человеческой жизни видел только вздор, бессмыслицу. Основные составляющие жизни – любовь, власть, деньги, работу обесценивал и отрицал [21].

Несмотря на обращение ученых античности к понятию смысла жизни человека, термина, а уж тем более определения смысло-жизненным ориентациям не было.

Далее, к проблеме смысла жизни обратил свое внимание Сократ. По его мнению, единственный смысл жизни, обретающий ценность, является стремление человека быть чистым душой. Следовательно, человек должен заботиться о чистоте своей души, отвергать деньги, славу, богатство, так как они не способствуют повышению её нравственности. Принцип «познай самого себя» являлся главным лозунгом философов античности [21].

Далее, Платон понимал под смыслом жизни знания и добродетели. Деятельность человека должны быть обусловлена нравственным долгом. Под добродетелью он понимал какую-то благую активность человека, направленную на другого. Парадоксальным является позиция Платона о том, что обретение смысла жизни возможно только в мире ином, когда человек освободится от оков плоти и откажется от житейских страстей. Чтобы уподобиться Богу – значит необходимо стать справедливым и благочестивым, полагая в основу разумение, так считает Платон. Он так же считает, что у стремящегося уподобиться божеству нет другого способа, как стать более справедливым [21].

С точки зрения Аристотеля смысл жизни – есть счастье, которое является смыслом всей человеческой деятельности. По его взглядам, счастье состоит в осуществлении сущности человека, то есть его души, состоящей из мышления и познания. На всём протяжении всей человеческой жизни способность мыслить, анализировать, а значит узнавать и познавать является смыслом жизни, по мнению Аристотеля [21].

Можно сказать, что изученные представления философов античности о бытии человека, показывают категорию смысла жизни через характеристики добродетели, счастья в осуществлении сущности и в стремлении к нравственной чистоте души.

Блаженный Августин Иппонский является основным представителем средневековья, который раскрыл представление о смысле жизни.

Он упоминал, что познание истин, источником которых является Бог – есть основное предназначение души. Любовь к себе, относящаяся к себе как к греховному существу, является сутью любви к Богу, а так же любовь к себе, относящаяся к презрению Бога является пороком. В концепции Бог – отец – это объект познаний, Бог-сын – сам акт познания, Бог-святой дух – деятельность воли, которая направляет и регулирует познавательные процессы [21].

Можно подчеркнуть, что в эпоху средневековья, категорию смысла жизни рассматривали через познание Бога. В этом они усматривали основное предназначение человека, его высшую цель, достижение благодати Божьей и осознание себя, как часть Божественной сути. Любовь к Богу и созерцание Бога является равнозначным смыслу жизни [86].

Просматривая словари, можно выделить некоторые закономерности определений, такие как:

Понятие смысла:

Во-первых, показывает то, как человек относится к явлениям и окружающего мира и действительности.

Во-вторых, подразумевает цель чего либо, разумное основание деятельности, жизнедеятельности.

Проведя теоретический анализ словарей и специализированной литературы, мы можем сформулировать свое понимание смысложизненных ориентаций. Это существование личности, которое направлено на поиск жизненных целей в своем местонахождении [83].

Смысложизненные ориентации формируются и возникают прижизненно, зависят о социального опыта человека. Смысл жизни человека можно обнаружить в целях, идеалах человека, в его поведении и действиях. Смысловая сфера личности является одной из наиболее важной сфер личности.

Изучая философию человека, немецкий ученый И. Кант говорил о сверхзадаче, т.е. человек есть для себя своя последняя цель, и существенное отличие человека заключается во всем том, что образует его субъективный мир. «То обстоятельство, что человек может обладать представлениями о своем «Я», бесконечно возвышает его над всеми другими существами, живущими на Земле. Благодаря этому, он – личность, а в силу единства сознания при всех изменениях, которые он может претерпеть, он – одна и та же личность, т.е. существо по своему положению и достоинству совершенно отличное от вещей, каковы неразумные животные, с которыми можно обращаться и распоряжаться как угодно». Кант упоминал, что «...смысл жизни находится внутри человека. Идея является основным фактором, образующим смысл жизни, принимающая вид нравственного закона, долга, доведенная до полноты понятия высшего блага, которое человеком внутренне переживается как нечто возвышенное» [97].

По сравнению с религиозными воззрениями, идеи К. Маркса по отношению к смыслу жизни кажутся гораздо проще. Он считал, что «...и до рождения, и после смерти, и во время жизни человек живет, прежде всего, в делах, и только в них он может быть вечно. Чем больше он участвует в реальной жизни, то есть делает, тем больше он умеет, то есть понимает, тем больше объективного и субъективного смысла в его жизни» [97].

В немецкой классической философии смысл жизни человека видели в любви к ближнему, отношении к другому человека как к самому себе. Философы связывали не только свободу с познанием, но и действия человека в соответствии со своими знаниями.

Далее, рассмотрим классические психологические подходы к проблеме смысла жизни человека. В первую очередь, это психоанализ и представления З. Фрейда. Он считал, что главный смысл жизни человека заключается в ощущении им счастья, получении удовольствия, отсутствии болезней и несчастий. Главным источником нахождения счастья является, по мнению З. Фрейда, любовь. Человек должен любить и быть любимым. Основная форма

любви – половая, дающая возможность получать чувственное наслаждение. А так же он считает, что человек испытывает удовольствие, когда человек получает наслаждения от прекрасного, художественных образов, пейзажа и так далее. Удовлетворение человек получает так же и от своих профессиональных обязанностей, в том числе деятельности.

А. Маслоу утверждает, что «...удовлетворение основных потребностей само по себе еще не дает такого смысла и жизненных ориентиров» [99]. Далее, он поясняет, что «...после удовлетворения физиологических потребностей, потребностей в безопасности, любви и уважении особенно проявляется потребность в самоактуализации» [99].

К. Роджерс считает, что «...смысл жизни – это процесс реализации человеком на протяжении всей жизни своего потенциала с целью стать полноценно функционирующей личностью» [78]. Важно отметить, что развитие личности не заканчивается самоактуализацией. То есть полной самоактуализации ни один человек достичь не может. У него всегда имеются таланты для развития, навыки для совершенствования, более действенные способы для удовлетворения биологических потребностей. Так же хочется пояснить и о людях более самоактуализированных, нежели остальные. Они более продвинулись к полноценному, творческому и самостоятельному функционированию.

Взгляды В. Франкла на смысл жизни, в настоящее время считаются одними из основных в экзистенциальной психологии. В Франкл считал, что к обретению смыслу стремится каждый человек, вне зависимости от его пола, возраста, социального статуса или национальности. В отличие от психологов-гуманистов, главное потребностью человека В. Франкл считал именно обретение смысла жизни. Из-за различных обстоятельств данная потребность может либо быть удовлетворена, либо заблокирована, то есть возникает фрустрация данной потребности. Эту фрустрацию В. Франкл называет экзистенциальным кризисом. При длительном его воздействии на

человека, у него возникают различные формы зависимости, девиантное поведение, вплоть до самоубийства [93].

Именно стремление человека найти смысл жизни является главным стимулятором развития его личности. Большинство психических заболеваний возникают на фоне отсутствия у человека смысла жизни. В этой же тенденции вводится понятие ноогенных неврозов, причиной которых является отсутствие у человека жизненного смысла. В. Франкл подчеркивает индивидуальность жизненного смысла, однако есть некоторые его универсальные компоненты.

Обретение смысла жизни у человека может происходить тремя способами (или путями). В. Франкл об этом пишет: «...во-первых, в деле, направленном на достижение социально-значимых целей, во-вторых, в переживании гуманистических ценностей, в-третьих, заняв определенную позицию по отношению к обстоятельствам в своей жизни» [93].

Основатель логотерапии дал достаточно подробную характеристику потребности человека в обретении смысла жизни. С его позиции, только «думающий» человек способен его обрести, обеспечив базовые свои потребности.

Основная особенность зарубежных психологов 20 века заключается, на наш взгляд, в стремлении у них вернуть человеку его целостность. В этом смысле они полагают, что человек это целостная система, существенно отличающаяся от простой совокупности её элементов.

Отечественные психологии также рассматривали проблему обретения человеком смысла жизни. Так, Д.А. Леонтьевым дается следующее определение: «...смыслжизненные ориентации каждого человека – это набор свойственных только данной личности ценностей и целей, которые она выбрала как основополагающие своего существования. Особенности данной потребности заключается в уникальности её понимания каждым человеком, а, следовательно, невозможно определить готовые клише

наиболее успешных целей существования, что и создает трудности их изучения и развития» [57].

Д.А. Леонтьевым была проведена глубокая работа по систематизации представлений и определений понятия «смысл», он вышел за пределы вербального мышления в «...плоскость до рефлексивных практических отношений субъекта с миром, в плоскость его реальной жизнедеятельности» [57]. Автор связывает понятие смысла с деятельностью человека, его динамикой, структурой. С этой позиции, взаимосвязь между мотивами и целями действий человека являются определяющими, так как она регламентирует влияние мотивов на протекание всей деятельности. Личностный смысл, получается, определяет цель деятельности, значимость для субъекта.

Далее, проблему ценностей и смысла человеческой жизни поднимал С.Л. Рубинштейн, который отмечал, что «...ценность – это значимость для человека чего-то в мире, и только признаваемая ценность способна выполнять важнейшую ценностную функцию – функцию ориентира поведения» [86]. Он продолжает «...ценностная ориентация обнаруживает себя в определенной направленности сознания и поведения, проявляющихся в определенной направленности сознания и поведения, проявляющихся в общественно значимых делах и поступках» [86].

Отсюда, ценностные ориентации напрямую связаны с направленностью личности. С.Л. Рубинштейн указывал, что «...в деятельности человека по удовлетворению непосредственных общественных потребностей выступает общественная шкала ценностей» [83].

Далее, смысложизненные ориентации рассматривает В.Э. Чудновский. Он пишет, что они «...проявление высокого уровня сформированности направленности личности, то есть такой структуры личности, в которой ведущее место занимают мотивы поиска человеком смысла своего существования, построения своей судьбы» [86].

Далее, смысл жизни В.Э. Чудновский определяет как «идею, содержащую в себе цель жизни человека, присвоенную им и ставшую для него ценностью чрезвычайно высокого порядка, потеря которой может привести к решению человека покончить со своим существованием на земле» [86].

Проблему смысла жизни помимо российских психологов-теоретиков, поднимают также и филологи. Так, Ю.Г. Кудрявцев в монографии приводит идею о том, что человек сам наполняет свою жизнь смыслом. В первую очередь это связано с потребностью человека быть целостным, стремлением к чему-то «высшему», отвержением низменных потребностей.

Очень актуальной темой творчества проблемы смысла жизни является и у Ф.М. Достоевского. Он стремился поставить и самому же ответить на все «тайны и загадки» души человека в разные периоды своей жизни. Он пишет «...человек должен быть личность. Каждый человек обязан оставить в обществе небольшой след своей личности. Суть смысла жизни – человеку важно быть нравственным» [37].

Таким образом, филологами, философами и психологами вкладывается разный контекст в понятие смысла жизни. Кто-то придерживается позиции, что смысла нет, кто-то понимает под ним все только самое негативное. Кто-то, наоборот, понимают под ним возвышенные и положительные устремления человека. Кто-то говорит о том, что обретение смысла является обязательным условием существования человека.

Многие исследователи связывают проблему смысла жизни с осознанием человеком своих внутренних возможностей, расстановкой целей и приоритетов.

Обычно считается, что нахождение человеком смысла своего существования благоприятно сказывается на качестве его жизни, способствует повышению уровня субъективного благополучия. Однако, многие эмпирические факты свидетельствуют об обратном. Отсюда, встает вопрос так называемой адекватности найденного смысла. Так, В.С.

Чудновский предлагает следующие критерии адекватности смысла жизни человека: реалистичность, конструктивность. Он пишет, что «...реалистичность смысла жизни – это соответствие смысла личным жизненным объективным условиям, необходимым для его осуществления и индивидуальным возможностям человека. Конструктивность смысла жизни оказывает позитивное влияние на личность человека» [37].

Далее, В.С. Чудновский также предлагает рассматривать возрастные особенности возраста. В старости человек сам себе задает вопросы, больше похожие на «отчет» о прожитой жизни. В молодости человек все время «заглядывает вперед», строит планы на будущее, намечает цели и т.д.

С точки зрения А. А. Бодалева, «под смыслом жизни в психологии понимается отраженная в сознании и переживаниях человека как субъективно предельно значимая для него и превратившаяся в главный регулятор его поведения какая-то ценность, ставшая его собственной, самой большой ценностью» [16].

Смысл как отдельная психологическая категория изучалась и в отечественной психологии. В первую очередь, она рассматривалась в рамках деятельностного подхода. Это основная мотивационная тенденция личности, которая способствует осознанию человеком сущности и содержания своего Я, своего положения и роли в жизни. Смысл жизни направляет человека в определенную сторону, придает ей направленность, содержательность, делает человека более ответственным и в то же время, свободным.

Определенно, что смысл жизни человек не находит уже в готовом виде. Для того, чтобы его обрести, необходимо вести активную деятельности. Эта деятельность, в первую очередь, связана с познанием самого себя, своих возможностей. Также, человек должен научиться объективно относиться к своей субъективности, настоящей жизненной ситуации.

Тенденция к всестороннему и системному пониманию категории смысла нашла свое отражение в исследовании данного феномена Д.А. Леонтьевым. Для объяснения многоаспектности феномена смысла, он вводит

понятие смысловой реальности, которая и обуславливает смысловую регуляцию всей жизнедеятельности человека на различных психологических уровнях: «смысл является особой психологической реальностью, игнорируя которую или сводя ее к другим (например, эмоциональным) явлениям, невозможно построить достаточно полную теорию ни личности, ни сознания, ни деятельности». В качестве единицы анализа Д.А. Леонтьев выделяет жизненный смысл, который не сводится к понятию личностного. Жизненный смысл выступает объективной характеристикой места и роли объектов и явлений в жизнедеятельности конкретного субъекта. Он определяется системой смысловых связей, которые распространяются на данный объект или явление.

Д.А. Леонтьев определяет смысловую сферу личности как особым образом организованную совокупность смысловых образований и связей между ними, обеспечивающую смысловую регуляцию целостной жизнедеятельности субъекта во всех ее аспектах. Как указывает Д.А. Леонтьев, то, что придает жизни смысл, может лежать и в будущем (цели), и в настоящем (чувство полноты и насыщенности жизни), и в прошлом (удовлетворенность итогами прожитой жизни). Вместе с тем это вопрос не познания, а признания, человек не изобретает или интеллектуально конструирует смысл своей жизни, а находит его посредством конкретных действий.

Рассматривая смысл в единстве трех аспектов (онтологическом, феноменологическом и деятельностном), Д.А. Леонтьев приходит к выводу, что смысловая реальность «проявляет себя во множестве разнообразных форм (в том числе и превращенных форм), связанных сложными отношениями и взаимопереходами и включенных в общую динамику». Смысловая реальность представлена понятиями «смысловые структуры» и «смысловые системы». Первые представляют собой шесть специфических элементов структурной организации смысловой сферы личности. Они имеют уровневую организацию и являют собой превращенные формы жизненных

отношений субъекта. Вторые относятся к особым образом организованным целостным многоуровневым системам, включающим в себя целый ряд смысловых структур.

Смысловые структуры выступают «квазиобъектами, замещающими в структуре личности ее действительные жизненные отношения» [19] и имеют двойственную природу. Смысловое содержание структур отражает сферу жизненных отношений, где они включены в локализованную сеть смысловых связей. Форма, с которой связаны различия между разными смысловыми структурами, отражает их специфическую роль «в структуре механизмов регуляции процессов деятельности и психического отражения, в которой они тесно переплетаются с другими, несмысловыми регуляторными структурами и механизмами».

Первый уровень смысловой регуляции обеспечивается личностными смыслами и смысловыми установками конкретной деятельности, которые оказывают эмпирически регистрируемые воздействия на сознание и деятельность. Личностный смысл объектов и явлений действительности понимается здесь как «составляющая образов восприятия и представления соответствующих объектов и явлений, отражающая их жизненный смысл для субъекта и презентующая его субъекту посредством эмоциональной окраски образов и их трансформаций». Смысловая установка является составляющей исполнительных механизмов деятельности. Она отражает в себе жизненный смысл объектов и явлений действительности, на которые направлена деятельность. Данные смысловые структуры порождаются мотивом этой деятельности, устойчивыми смысловыми конструктами и диспозициями личности, которые образуют второй уровень. На данном уровне мотив выполняя смыслообразующую функцию личностных смыслов и смысловых установок, «определяет особенности побуждения к деятельности как в качественном, так и в количественном отношении». Смысловая диспозиция консервирует в форме фиксированной установки отношение субъекта к элементам действительности, имеющим для него

устойчивый жизненный смысл. Она проявляется в эффектах личностно-смысловой и установочно-смысловой регуляции, не связанной с мотивом актуальной деятельности. Смысловой конструкт представляет собой «устойчивую категориальную шкалу, представленную в психике субъекта на уровне глубинных структур образа мира, выражающую значимость для субъекта определенной характеристики (параметра) объектов и явлений действительности (или отдельного их класса)». Функцией смыслового конструкта является дифференциация и оценка объектов и явлений по обозначенному параметру, вследствие которой им приписывается соответствующий жизненный смысл.

Высший уровень систем смысловой регуляции образуют личностные ценности, выступающие смыслообразующими по отношению ко всем остальным структурам. Д.А. Леонтьев определяет их как внутренние носители социальной регуляции, укорененные в структуре личности. Личностные ценности являются неизменным и устойчивым в жизни субъекта источником смыслообразования, автономным по отношению к конкретным ситуациям взаимодействия субъекта с миром.

Д.А. Леонтьев использует понятие динамической смысловой системы для объяснения специфического принципа связывания различных смысловых структур. Он определяет динамическую смысловую систему «как относительно устойчивую и автономную иерархически организованную систему, включающую в себя ряд разноуровневых смысловых структур и функционирующих как единое целое».

Таким образом, в теоретическом исследовании Д. А. Леонтьева феномен смысла предстает перед нами как многоуровневое, динамическое, целостное явление, имеющее сложную, развивающуюся в процессе жизнедеятельности личности явление.

По мнению Д. А. Леонтьева, базовой характеристикой личности является способность к осознанию смысла жизни, составляющими которого он считает локус контроля, проявляющийся в интернальности личности,

уверенной в своих силах, способной регулировать течение собственной жизни, делать выбор и нести за него ответственность. Другим компонентом смысла жизни Д. А. Леонтьев считает смысложизненные ориентации, которые, являясь сложными социально-психологическими образованиями, порождаются реальными, значимыми жизненными взаимоотношениями субъекта и бытия, они соотносятся с прошлым, настоящим и будущим личности, задают направление и границы ее самореализации как субъекта жизненного пути через структурную организацию жизненных целей-ценностей.

Жизнь можно считать осмысленной, если:

1) человек ставит перед собой достаточно ясные цели, что, в свою очередь, предполагает, что активность личности направлена в будущее, при этом, человек опирается на настоящее и извлекает необходимый опыт из прошлого;

2) процесс жизни приносит радость и удовлетворение;

3) личность оценивает какую-либо часть своей жизни, как результативную, умеет извлекать необходимый опыт из прошлого, при этом, не «застревая» на каком-либо отрезке жизни;

4) субъект считает себя сильной личностью, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле.

С точки зрения И. Т. Петрова, смысложизненные ориентации образуются путем деятельностного «примеривания» предметов и ценностей, их свойств к потребностям личности, к ее будущему. Исходя из этого, можно предположить, что процесс формирования смысложизненных ориентаций в той или иной мере сходен с оценкой, но в данном случае речь идет об анализе всей жизнедеятельности личности, степени ее активного участия в процессе построения собственного бытия, ее способность к целеполаганию и устремленность в «светлое будущее», т.е. такая оценка предполагает навыки самоанализа и самоконтроля.

Смыслоразностные ориентации являются вектором, задающим направление, по которому личность продвигается в сторону обретения смысла жизни как вершины человеческого бытия.

Смыслоразностная ориентация - это состояние направленности личности на достижение смыслоразностных ценностей и смысла жизни. Вектор этой направленности формирует текущие задачи, деятельность личности и в конечном итоге влияет на отношение к окружающему миру, характер, поведение и т.д. Они не исчерпываются одной, идеей, или целью, а представляют собой структурную иерархию «больших» и «малых» смыслов. Иерархия смыслоразностных ориентаций человека относится к особым образом организованным целостным многоуровневым системам, включающим в себя целый ряд различных смысловых структур.

Итак, смыслоразностные ориентации - это регуляторы или механизмы направленной деятельности человека как субъекта, как личности. Они представляют собой обобщенную структурно-иерархическую и динамическую систему представлений, являющуюся базовым элементом внутренней (диспозиционной) структуры личности, сформированную и закреплённую жизненным опытом индивида в ходе социализации и социальной адаптации на фоне индивидуально-типологических особенностей, и являются, таким образом, субъективными составляющими феномена смысла жизни.

Е. Ю. Коржова предлагает свой взгляд на жизненные ориентации человека. В своем теоретико-эмпирическом исследовании она рассматривает субъект-объектные жизненные ориентации, которые выделяются, как первичные для жизненных ситуаций, составляющих бытие человека.

Взаимодействуя с различными жизненными ситуациями на основе субъект-объектных ориентаций, человек может реализовать свою субъектность в двух формах: субъективной (интериоризированная субъектность) и объективной (экстериоризированная субъектность). Субъективная сторона реализации субъектного потенциала может быть

описана как «внутренняя картина жизнедеятельности». Она представляет собой динамическую психологическую характеристику, предполагающую взгляд человека на свою жизнь «изнутри». Экстериоризированная субъектность - это освоение человеком жизненных ситуаций, в ходе которого осуществляется выбор способов поведения. При субъективном выделении жизненной ситуации как проблемной она становится объектом жизнедеятельности человека, который при этом выступает в качестве ее субъекта. Таким образом, субъективная и объективная формы реализации человеком своей активности относительно собственной жизни представляют собой две грани процесса воплощения личностью своей активности в отношении регулирования своей жизнедеятельности.

Итак, на сегодняшний день понятие «смысложизненные ориентации личности» довольно гармонично вписано в категорию смысла, разрабатываемую в рамках экзистенциальной психологии, а в частности, логотерапии, основанной В. Франклом. В рамках отечественной психологии смысложизненные ориентации можно описать, как сверхнаправленность человека на обретение смысла жизни в целом и каждой ситуации в частности, которая деперминирует деятельность личности, побуждает ее к самооценке и самоанализу. Кроме того, ориентация на обретение смысла заставляет человека познавать окружающую его объективную действительность, тем самым выходя за пределы самого себя, своих представлений и мире, и находить в ней нечто, которое, преломившись через внутреннюю реальность конкретного человека, способно стать его индивидуальным, неповторимым личностным смыслом.

1.2 Индивидуально-психологическая характеристика больных с гипертонической болезнью

На современном этапе развития психологической науке, находящейся на стыке с медициной, все больше появляется эмпирических данных свидетельствующих о влиянии на возникновение, течение и исход артериальной гипертензии определенных психологических факторов. В первую очередь, речь идет о психоэмоциональном состоянии человека, а также о социально-психологических факторах. С целью достижения наилучших результатов реабилитации больного, врачу очень важно знать некоторые особенности его личности. В первую очередь, речь идет о психопатологических нарушениях. В медицинской практике очень распространена ситуация, когда при верно подобранном медикаментозном лечении, при хороших физиологических показателях, пациент все равно не чувствует облегчение, его самочувствие не улучшается, сохраняется состояние тревоги. В таких ситуациях встает необходимость назначения психотропных препаратов, что способствует улучшению психоэмоционального состояния больного.

Необходимо отметить, что при лечении пациентов с артериальной гипертензией основным направлением работы врача является своевременное определение психопатологических нарушений в личности больного.

Чаще всего встречаются следующие психические нарушения: тревожные, ипохондрические, истерические. Ниже раскрываются каждый подробнее.

Синдром ипохондрика проявляется в необоснованном беспокойстве больного за свое здоровье. В поведении это проявляется в большом количестве жалоб на головную боль. Причем, отмечают разную ее локализацию и интенсивность. Далее, говорят о неприятных ощущениях в области сердца, постоянно драматизируют свое состояние. Очень часто проверяют пульс, обращаются к врачам разного профиля. На самом деле,

ситуация со здоровьем у таких больных не на столько страшна. Более того, чем чаще больные посещают врачей, тем меньше у них к ним становится доверия.

Тревожный синдром проявляется преимущественно в спонтанных жалобах в процессе сбора анамнеза. Проявляется это во внутренней напряженности, смутном ощущении беды, раздражительности, тревоге, опасениях за исход болезни. Часто вызывает беспокойство возможный исход болезни – инвалидность, потеря трудоспособности, смерть. Больной обычно употребляет различные успокоительные, уточняет постоянно диагноз, ситуацию. В поведении появляются суетливость, озабоченность и т.д.

Истерия у больных артериальной гипертензией проявляется в демонстрации своего заболевания, эгоцентризмом, желанием быть в центре внимания со своей болезнью. Внешне выражена экстравагантность, театральность в поведении. Больные часто ощущают головные боли, неприятные ощущения в области сердца, часто находятся в предобморочном состоянии. При рассказе о своем самочувствии и болезни часто разыгрывают спектакли, играют на публику. Наиболее типичный защитный механизм – вытеснение.

При описании психоэмоционального состояния больных артериальной гипертензией нельзя не проговорить о так называемом кардиофибическом синдроме. Он выражается в страхе перед осложнениями, возможным летальным исходом. Страх может усиливаться при появлении физических нагрузках, если выходят за пределы дома или больницы. Причем, чем дальше от «безопасного» места, тем страх усиливается. Эти больные очень осторожны, систематичны в лечении.

Большое значение на психопатологическую симптоматику оказывает, конечно, само течение болезни. У тех больных, у которых часты случаи гипертонического криза, психические нарушения также достаточно часты. Если стабильное течение болезни, то и психопатологических нарушений обнаруживается меньше. Таким образом, мы можем говорить, что частые

изменения артериального давления способствуют возникновению психоэмоциональных нарушений.

На его возникновение также влияют различные возрастные, половые особенности индивида. Например, отмечается повышение частоты кризов у женщин в климактерическом периоде. Это обуславливает возникновение и развитие психопатологических изменений личности.

Анализ специализированной литературы показал, что у больных артериальной гипертензией чаще всего наблюдаются черты характера, такие как гипертимность, стеничность, демонстративность, психастеничность. Гораздо реже мы можем видеть интравертированных больных артериальной гипертензией, циклоидных и ригидных.

Гипертимный характер проявляется в приподнятом настроении, большом количестве интересов, повышенной активности, выносливости и работоспособности. Такие люди легко вступают в социальные контакты, без затруднений могут принимать решения и быть эффективными в разных трудных жизненных ситуациях. Они любят все новое – вещи, обстановку, различные жизненные перемены. Предприимчивы и находчивы. Также, в некоторых ситуациях они могут быть назойливыми, бесцеремонными, иногда нарушающие моральные принципы.

Стеничность в характере проявляется в решительности. Честолюбии, упорстве. Она постоянно находится в напряжении, в борьбе. Их отличает самоуверенность, бескомпромиссность, требовательны к другим, иногда даже агрессивны. Свои ошибки и недостатки чаще всего не замечают, обладают внешним локусом контроля. Из них получаются хорошие организаторы в силу того, что они требовательны, настойчивы и решительны.

Демонстративные больные нуждаются в постоянно публике, общении. Их эмоционально задевает равнодушие и безразличие других к их болезни. В то же время, они внушаемы, эмоционально неустойчивы, экстравагантны. Часто принимают необдуманные решения.

Психастения у больных проявляется в неуверенности в себе и своих силах, тревожности, впечатлительности.

Чем больше развивается болезнь и ее симптомы, чем больше уменьшается стеничность личности. В свою очередь, увеличивается гипертимность и демонстративность. Все больше больные артериальной гипертензией начинают проявлять и демонстрировать окружающим свои типологические особенности.

Если пациент отказывается от психотерапии, то все больше развивается демонстративность, общительность, психоэмоциональная неуравновешенность. Все больше и больше они становятся экстравагантными во внешнем виде и жизненных решениях. Повышается агрессивность, упорство, решительность, честолюбие. Личность развивается дисгармонично.

Если пациент соглашается на психотерапевтическую работу, проводимую параллельно с медикаментозным лечением, то психопатичность личности постепенно снижается, психоэмоциональное состояние приходит в норму и равновесие.

Это же касается и отношения к своему заболеванию. У больных, согласившихся на психотерапию, наблюдается гармоничное ее восприятие. Они начинают более ясно оценивать свое состояние, объективно воспринимают его тяжесть или легкость, не преувеличивают и не нагнетают его исход. Лечение болезни становится совместным, ответственность возлагается не только на врача, назначенные им лекарства, но и на самого пациента. При острой необходимости, они перестраивают свои привычки, образ жизни, интересы на более безопасные и подходящие их заболеванию.

В меньшей степени им свойственны тревожные, неврастенические, ипохондрические, анозогностические варианты отношения к заболеванию. Тревожность повышается при отказе от реабилитации, повышается мнительность, беспокойства. Они постоянно опасаются осложнений, часто обращаются за помощью, тут же этой помощи не доверяют. Часто сдают

анализы, проходят различные процедуры, не доверяют своим внутренним ощущениям.

Внимание ипохондриков направлено исключительно на свои внутренние ощущения и субъективные переживания. Их часто можно застать рассказывающими свои переживания, истории и своих страданиях, занимаются поиском возможных слушателей. Ко всем предложениям и назначениям врачей относятся с недоверием, перепроверяют их по несколько раз или у нескольких врачей.

У неврастеников в поведении наиболее типичным является проявление постоянной раздражительной слабости. Им свойственны вспышки гнева, а потом раскаяние и слезы. Болевые ощущения даются им тяжело, они их не переносят. Не отличаются терпимостью и терпеливостью. Часто конфликтуют, то критичны к своим поступкам.

При анозогностическом варианте отношения к своей болезни пациент стремится отбросить свои мысли и чувства по поводу своей болезни. Объясняется болезнь, какими-то другими заболеваниями, более легкими. Тщательно никогда не обследовались, врачей избегают.

Ф. Александер писал следующее: «...появление гипертонии связано с желанием открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптивном поведении» [4]. Данной проблемой также занимались Т.А. Айвазян, В.С. Волков, А.Е. Цикулин, Л.Н. Собчик. В работах данных авторов ключевым элементом структуры личности больных артериальной гипертензией является одновременная агрессивность с потребностью в зависимости.

Так, например, описывая социальное поведение этих больных, Л.Н. Собчик пишет: «...оно чрезмерно адаптивно, уступчиво, поведение ориентировано на социальный успех, пассивное и избегающее конфликтов, и одновременно характеризуется сдерживанием положительных и отрицательных аффектов».

Далее, Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок пишут: «...лица с повышенным давлением внешне держатся очень благопристойно, высказывают много жалоб и бывают компульсивными и, хотя открыто гнева не выражают, у них может потенциально накапливаться ярость» [85]. Л.В. Урванцев пишет также, что «...больные гипертонической болезнью амбициозны, постоянно конфликтуют с начальством; для них характерны сформированные в детстве интрапсихические конфликты между агрессивностью и чувством вины, между независимостью и стремлением найти защит» [92].

В зарубежной психологии многие специалисты в области психосоматики подчеркивали наличие у больных артериальной гипертензией такие личностные особенности как скрытость. Упрямство, неудовлетворенность собой и окружением. С. Манук пишет, что «...враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций является ведущей психологической линией больных гипертонической болезнью» [63]. Это способствует постоянной внутренней тревоге и напряжению. В дальнейших исследованиях автор дополняет список неуверенностью, личностной несостоятельностью, повышенной чувствительностью к критике.

С. Манул и его коллеги пытались объединить гиперстенические и астенические личностные особенности данных больных. Они писали, что «...только поверхностный анализ обнаруживает в них самообладание, честность, искренность. Аккуратность, обаяние, дружелюбие, тогда как за этим нормальным и положительным фасадом скрывается нерешительность, чувствительность, ранимость, недостаток уверенности в себе и нарушении внутреннего равновесия, свидетельствующие о дисгармоничности в структуре личности».

По наблюдениям Я. Рейковского, больные гипертонической болезнью «производят впечатление вежливых, уравновешенных, уживчивых, но вместе с тем у них проявляются очень сильные, правда, глубоко подавленные, агрессивные тенденции. Другими словами, эти люди очень часто

испытывают сильные эмоции злости, гнева, претензии, обиды и даже неприязни и ненависти. Однако они боятся этих чувств и старательно их сдерживают, благодаря чему и производят впечатление милых и дружелюбных.

В работах отечественных исследователей Г.З. Левина, Г.П. Цейтина, Е.Р. Калитиевская, у больных гипертонической болезнью выявлены черты интровертированности, эмоциональной лабильности и истероидности; считается, что эти больные менее адаптированы к стрессовым ситуациям, возникающим при смене жизненных стереотипов. По мнению Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого, «указанные психологические проблемы могут быть усилены семейным окружением больных».

А.Д. Кутепова описывает страдающих гипертонической болезнью как людей, «с чрезвычайно лабильной реакцией вазомоторов, эмоционально насыщенных, живо реагирующих, остро чувствующих». Частным признаком этой группы лиц, отмечает автор, являются тревожно-мнительные черты характера, делающие их необычайно ранимыми.

Особенности личности выступают, по мнению А.М. Вейна, как фактор, обуславливающий неадаптивное поведение вегетативных реакций, сопровождающийся избыточным увеличением тонуса сосудов сопротивления при физической нагрузке и недостаточным приростом сердечного выброса при психологическом напряжении.

Г.П. Цейтина и А.М. Вейн и А.Д. Соловьева отмечают дисгармоничность, акцентуированность личностных характеристик больных гипертонической болезнью. Исследуя черты личности больных гипертонической болезнью, Е.И. Соколов и Е.В. Белова отмечают, что у них выражено упрямство, скрытность, неудовлетворенность собой и окружающими, враждебная настроенность к окружающим с одновременным проявлением агрессивных тенденций поведения».

Одновременно, к этим чертам прибавляется «...повышенная чувствительность к критике, нарушение внутреннего равновесия, внутренняя тревога и напряжение, неуверенность в себе» [63].

Г.В. Кавтарадзе, В.Г. Норакидзе отмечают, что «...у больных гипертонической болезнью имеются интровертированность и амбивалентность» [63]. Этим больным характерны сдержанность, расчетливость, склонность к самоанализу, строгий контроль чувств.

Ю.М. Губаревич, Б.Д. Карвасарский анализировали ряд исследований, и приходят к мнению о том, что изначально биологически адаптивный и нужный механизм эмоционального регулирования поведения у больных артериальной гипертензией начинает иметь разрушительное воздействие на организм и психику человека. Особенно, если оно чрезмерно длительно и интенсивно. В то же время, деструктивными становятся эмоции и когда они подавляются и вытесняются человеком. Чрезмерный самоконтроль способствует возникновению внутреннего напряжения и, в последующем, развитию психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Терапия, в данном случае, направлена на то, чтобы клиент осознал свои эмоции, позволил им разместиться в структуре его личности и найти место в его жизни. Часто в данном направлении эффективно срабатывает техника «конструктивный спор» терапевта и клиента.

Особо стоит отметить, что большое значение необходимо уделять взаимоотношениям «врач – пациент» в системе поликлиник. Врач должен мотивировать больного артериальной гипертонией заниматься психотерапией, не ограничиваться медикаментозным лечением. Врач должен внимательно относиться к больному, без жестких временных рамок. На начальных этапах лечения возможно назначение психотропных препаратов с возможной их отменой в процессе психотерапии.

1.3 Психологические особенности смысложизненных ориентаций у пациентов с гипертонической болезнью

В психологической науке до сих пор не определено понятие смысла жизни. Оно является довольно расплывчатым, зависящих от концептуальной и теоретической принадлежности самого ученого. Более того, зачастую происходит смешение понятий «смысл жизни», «ценностные ориентации», «субъективное благополучие» и др.

На сегодняшний день наиболее распространенная методика исследования смысложизненных ориентаций – это методика, разработанная Д.А. Леонтьевы. Она включает в себя 5 шкал, соотносящихся с пониманием автора структуру и содержания смысловой сферы личности.

В первую очередь, это цели в жизни человека. То есть, насколько временная перспектива будущего способна ресурсировать личность человека и наполнять его жизнь смыслом.

Во-вторых, процесс жизни. То есть, то, насколько личность способна эмоционально получать удовольствие от того, что она делает, чем занимается, живет ли по принципу «здесь и теперь».

В-третьих, результативность жизни. То есть удовлетворенность прошлым временным отрезком, результатами своей жизнедеятельности, тем, насколько прожитый отрезок оказался продуктивным и наполненным смыслом.

Четвертый компонент – локус контроля Я. Данный показатель отражает то, насколько человек считает себя хозяином своей жизни, насколько он возлагает на себя ответственность за ее смысловое и содержательное наполнение.

Наконец, пятый компонент – это «локус контроля – жизнь». Отношение к жизни как управляемому процессу.

Большое значение для эффективности жизненного процесса является способность человека сочетать все три временные перспективы. Данная

способность относится к особому состоянию личности, другими словами, это актуальное смысловое состояние.

Оно представляет собой совокупность определенных актуальных для конкретного человека смыслов, задействующих все три временные перспективы

Среди зарубежных исследователей наиболее выделяется В. Франкл, который раскрывает механизмы возникновения смысла жизни человека. Он пишет, что «...смысл – это то, что имеется в виду: человеком, который задает вопрос, или ситуацией, которая тоже подразумевает вопрос, требующий ответа» [93]. Автор считает, что смысл жизни находится, но не формируется или придумывается человеком.

Нахождение этого смысла большое влияние оказывает способность человека анализировать различные ситуации и свое положение, а также анализировать свой прошлый опыт, так как именно прошлый опыт позволяет осмысленно и осознанно относиться к реальности настоящего. За счет сочетания временных перспектив границы реальности человека расширяются и личность становится способной вступить в новые условия жизни.

Часто мотивация себя самого на достижение определенных целей может стать причиной высокого давления. Ситуация усугубляется, если достижение результата идет медленно, либо, если человек терпит неудачи. Также эмоциональное напряжение сохраняется, если после достижения одной цели человек ставит себе другую. Все начинается сначала. И так по цепочке: от одной цели к другой, от одного результата к следующему. Карьера выходит на первое место. Все остальное уже не имеет значения. Карьеристы в погоне за хорошей должностью и высокой заработной платой уделяют много времени своей работе. Выкладываясь на 100-200%, перегружая себя профессиональными обязанностями, забывают об элементарном отдыхе. Организму требуется полноценное питание, сон, время для восстановления. Карьерная лестница не допускает таких перерывов, что приводит как к физическому, так и психологическому

истощению. Постоянное чувство тревоги, опасности способствует повышению артериального давления, которое сохраняется достаточно длительное время.

Психосоматика повышенного давления без должного и своевременного лечения выражается следующими признаками: быстрая утомляемость; нарушение качества сна, вплоть до развития бессонницы; вялость, апатия в течение дня, сопровождающаяся сонливостью; раздражительность; беспричинная агрессия; непереносимость различных звуков; снижение физической и умственной работоспособности; снижение творческой направленности; ухудшается память, сообразительность, логическое мышление. Наблюдается снижение круга интересов. Появляется безразличие. Человек становится вспыльчивым, обидчивым. Со временем у больных формируются параноидальные признаки. Они начинают видеть по отношению к себе недоброжелательность со стороны окружающих. Все эти симптомы больше характерны для людей: самокритичных; обидчивых; амбициозных; гиперответственных. Отдельно можно выделить самовнушение. Человек придумывает себе проблему и постоянно о ней думает, накручивая себя на протяжении длительного времени.

На поздних сроках отмечаются утолщение стенок кровеносных сосудов, что ведет к сужению просвета в них. Со временем это приведет к развитию гипертонии.

В медицинской практике очень распространена ситуация, когда при верно подобранном медикаментозном лечении, при хороших физиологических показателях, пациент все равно не чувствует облегчение, его самочувствие не улучшается, сохраняется состояние тревоги. В таких ситуациях встает необходимость назначения психотропных препаратов, что способствует улучшению психоэмоционального состояния больного.

Необходимо отметить, что при лечении пациентов с артериальной гипертонией основным направлением работы врача является своевременное определение психопатологических нарушений в личности больного.

Чаще всего встречаются следующие психические нарушения: тревожные, ипохондрические, истерические.

Большое значение на психопатологическую симптоматику оказывает, конечно, само течение болезни. У тех больных, у которых часты случаи гипертонического криза, психические нарушения также достаточно часты. Если стабильное течение болезни, то и психопатологических нарушений обнаруживается меньше. Таким образом, мы можем говорить, что частые изменения артериального давления способствуют возникновению психоэмоциональных нарушений.

На его возникновение также влияют различные возрастные, половые особенности индивида. Например, отмечается повышение частоты кризов у женщин в климактерическом периоде. Это обуславливает возникновение и развитие психопатологических изменений личности.

Чем больше развивается болезнь и ее симптомы, чем больше уменьшается стеничность личности. В свою очередь, увеличивается гипертимность и демонстративность. Все больше больные артериальной гипертензией начинают проявлять и демонстрировать окружающим свои типологические особенности.

Если пациент отказывается от психотерапии, то все больше развивается демонстративность, общительность, психоэмоциональная неуравновешенность. Все больше и больше они становятся экстравагантными во внешнем виде и жизненных решениях. Повышается агрессивность, упорство, решительность, честолюбие. Личность развивается дисгармонично.

Если пациент соглашается на психотерапевтическую работу, проводимую параллельно с медикаментозным лечением, то психопатичность личности постепенно снижается, психоэмоциональное состояние приходит в норму и равновесие.

Это же касается и отношения к своему заболеванию. У больных, согласившихся на психотерапию, наблюдается гармоничное ее восприятие.

Они начинают более ясно оценивать свое состояние, объективно воспринимают его тяжесть или легкость, не преувеличивают и не нагнетают его исход. Лечение болезни становится совместным, ответственность возлагается не только на врача, назначенные им лекарства, но и на самого пациента. При острой необходимости, они перестраивают свои привычки, образ жизни, интересы на более безопасные и подходящие их заболеванию.

В меньшей степени им свойственны тревожные, неврастенические, ипохондрические, анозогностические варианты отношения к заболеванию. Тревожность повышается при отказе от реабилитации, повышается мнительность, беспокойства. Они постоянно опасаются осложнений, часто обращаются за помощью, тут же этой помощи не доверяют. Часто сдают анализы, проходят различные процедуры, не доверяют своим внутренним ощущениям.

Внимание ипохондриков направлено исключительно на свои внутренние ощущения и субъективные переживания. Их часто можно застать рассказывающими свои переживания, истории и своих страданиях, занимаются поиском возможных слушателей. Ко всем предложениям и назначениям врачей относятся с недоверием, перепроверяют их по несколько раз или у нескольких врачей.

У неврастеников в поведении наиболее типичным является проявление постоянной раздражительной слабости. Им свойственны вспышки гнева, а потом раскаяние и слезы. Болевые ощущения даются им тяжело, они их не переносят. Не отличаются терпимостью и терпеливостью. Часто конфликтуют, то критичны к своим поступкам.

При анозогностическом варианте отношения к своей болезни пациент стремится отбросить свои мысли и чувства по поводу своей болезни. Объясняется болезнь, какими-то другими заболеваниями, более легкими. Тщательно никогда не обследовались, врачей избегают.

С другой стороны, нельзя говорить о том, что возникновение и развитие гипертонии у человека связано только с его психоэмоциональным состоянием,

постоянным подавлением сильных эмоций. Если бы это было так, то любой человек, неспособный адекватно эмоционально реагировать заболевает повышенным давлением. Однако, этого не происходит. Любая психологическая составляющая оказывает влияние именно в купе с каким-либо соматическим фактором, обусловленными преимущественно, наследственностью.

Также, были приведены интересные статистические данные, согласно которым наиболее часто заболевали в тех социальных группах, в которых превалирует зависимое поведение, то есть преобладают тенденции угнетения и унижения.

Выводы по первой главе

На основании теоретического анализа психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных страдающих гипертонической болезнью можно сделать следующие выводы:

1. Понятие «смысложизненные ориентации личности» довольно гармонично вписано в категорию смысла, разрабатываемую в рамках экзистенциальной психологии, а в частности, логотерапии, основанной В. Франклом. Кроме того, ориентация на обретение смысла заставляет человека познавать окружающую его объективную действительность, тем самым выходя за пределы самого себя, своих представлений и мире, и находить в ней нечто, которое, преломившись через внутреннюю реальность конкретного человека, способно стать его индивидуальным, неповторимым личностным смыслом.

2. Основные личностные черты больных гипертонической болезнью (скрытость, упрямство, неудовлетворенность собой и окружением. Враждебная настроенность, сочетающиеся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения) приводили к постоянной внутренней напряженности и тревоге. А так же отмечаются и

неуверенность, и личностная несостоятельность, и чувствительность к критике, и тенденция обнаруживать интенсивную реакцию в форме депрессии на психологический стрессор.

3. На формирование актуального смыслового состояния влияет способность индивида анализировать и обобщать актуальные смыслы (т.е. значения прошлого и настоящего) и формировать жизненные цели (т.е. проектировать будущее).

Глава 2. Эмпирическое изучение психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью

2.1 Цели, задачи и методики исследования

Цель исследования – изучение психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью.

Гипотеза исследования: для пациентов с гипертонической болезнью характерны такие психологические особенности смысложизненных ориентаций, как:

- высокая значимость по показателям «Достижения», «Сфера профессиональной жизни», «Сфера общественной жизни», «Цели в жизни», «Локус контроля - Я», «Локус контроля - жизнь»;

- низкая значимость по показателям «Креативность», «Развитие себя», «Духовное удовлетворение», «Сохранение собственной индивидуальности», «Сфера обучения и образования», «Процесс в жизни».

Задачи исследования:

1. Подобрать методики для изучения психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью;
2. Провести диагностику психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью;
3. Разработать рекомендации для больных с гипертонической болезнью.

Исследование проводилось в три этапа.

На первом этапе изучались теоретические аспекты психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью.

На втором этапе проводилась диагностика психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью.

На третьем этапе разрабатывались рекомендации для больных с гипертонической болезнью.

База исследования – Медицинский центр «Нева».

В данном исследовании испытуемые – 60 человек, у которых поставлен диагноз «гипертоническая болезнь» не менее 2 лет, из них 50% женщины и 50% мужчины. Испытуемые были разделены на три группы по возрастному признаку: первую группу составили 20 человек в возрасте 40-50 лет, вторую – 20 человек в возрасте 51-60 лет, и третью – 20 человек в возрасте более 61 года.

С целью диагностики психологических особенностей смысловых ориентаций у больных с гипертонической болезнью использовались следующие методики:

1. «Опросник терминальных ценностей» И.Г. Сенина [1].

Это опросник личностный, предназначен для диагностики жизненных целей (терминальных ценностей) человека. Разработан И.Г. Сениным.

Тест основан на теоретических положениях М. Рокича о структуре человеческих ценностей. Методика позволяет оценить общую выраженность каждой из восьми терминальных ценностей:

- собственный престиж,
- высокое материальное положение,
- креативность,
- активные социальные контакты,
- развитие себя,
- достижения,
- духовное удовлетворение,
- сохранение собственной индивидуальности.

А также и их представленность в различных сферах жизни человека:

- сфера профессиональной жизни,
- сфера обучения и образования,
- сфера семейной жизни,

- сфера общественной жизни,
- сфера увлечений.

Испытуемым была дана следующая инструкция: «Вам предлагается опросник, в котором описаны различные желания и стремления человека. Просим Вас оценить каждое из утверждений опросника по 5-бальной шкале следующим образом:

«1» - если лично для Вас то, что написано в утверждении, не имеет никакого значения;

«2» - если для Вас это имеет небольшое значение;

«3» - если для Вас это имеет определенное значение;

«4» - если для Вас это важно

«5» - если для Вас это очень важно.

Просим Вас помнить о том, что здесь не может быть правильных или неправильных ответов и самым правильным, наверное, будет самый правдивый ответ, поэтому мы надеемся на Вашу искренность».

2. Тест смысло-жизненные ориентации (методика СЖО), Д. А. Леонтьев [2].

Тест позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни.

Тест СЖО содержит 20 пар противоположных утверждений, отражающих представление о факторах осмысленности жизни личности. В тесте СЖО жизнь считается осмысленной при наличии целей, удовлетворении, получаемом при их достижении и уверенности в собственной способности ставить перед собой цели, выбирать задачи из наличных, и добиваться результатов. Важным является ясное соотнесение целей – с будущим, эмоциональной насыщенности – с настоящим, удовлетворения – с достигнутым результатом, прошлым.

Испытуемым была дана следующая инструкция: «Вам предложены пары противоположных утверждений. Ваша задача выбрать одно из

утверждений, которое, по Вашему мнению, больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр 1, 2, 3 в зависимости от того, насколько Вы уверены в выборе (или 0, если оба утверждения на Ваш взгляд одинаково верны)»).

3. Анкета.

Нами самостоятельно была разработана анкета на диагностику психологических особенностей смысложизненных ориентаций. Анкета включает в себя 12 открытых вопросов.

2.2 Диагностика психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью

Для диагностики жизненных ценностей среди испытуемых была использована методика «Опросник терминальных ценностей».

Обобщённые результаты исследования представлены в таблице 1.

При этом в таблице употреблены следующие обозначения:

- собственный престиж – шкала 1,
- высокое материальное положение - шкала 2,
- креативность – шкала 3,
- активные социальные контакты – шкала 4,
- развитие себя – шкала 5,
- достижения – шкала 6,
- духовное удовлетворение – шкала 7,
- сохранение собственной индивидуальности – шкала 8,
- сфера профессиональной жизни – шкала 9,
- сфера обучения и образования – шкала 10,
- сфера семейной жизни – шкала 11,
- сфера общественной жизни – шкала 12,
- сфера увлечений – шкала 13.

Таблица 1 - Обобщённые результаты диагностики по методике «Опросник терминальных ценностей»

Уровни	Результаты по шкалам												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Группа человек от 40 до 50 лет													
Высокий (в %)	40	60	10	40	10	60	70	10	70	0	10	50	30
Средний (в %)	40	40	40	40	40	40	30	40	30	20	80	40	60
Низкий (в %)	20	0	50	20	50	0	0	50	0	80	10	10	10
Группа человек от 51 до 60 лет													
Высокий (в %)	30	50	0	40	0	60	70	0	70	0	30	60	20
Средний (в %)	40	50	30	40	30	40	30	30	30	20	70	40	70
Низкий (в %)	30	0	70	20	70	0	0	70	0	80	0	0	10
Группа человек старше 61 года													
Высокий (в %)	10	10	0	30	0	60	70	0	70	0	50	70	20
Средний (в %)	50	50	20	40	20	40	30	20	30	20	50	30	70
Низкий (в %)	40	0	80	30	80	0	0	80	0	80	0	0	10

Таким образом, в результате диагностики по методике «Опросник терминальных ценностей» были получены следующие результаты.

По шкале «Собственный престиж» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 40% человек. Эти люди довольно сильно зависят от мнения окружения о себе, испытывают необходимость в одобрении себя и своего поведения социумом. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале, и 20% - низким. Этим людям не свойственно стремление к признанию, уважению, похвале со стороны социума.

По шкале «Собственный престиж» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 30% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале, и 30% - низким. Также по шкале «Собственный престиж» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 10% человек. 50%

испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале, и 40% - низким.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 1.

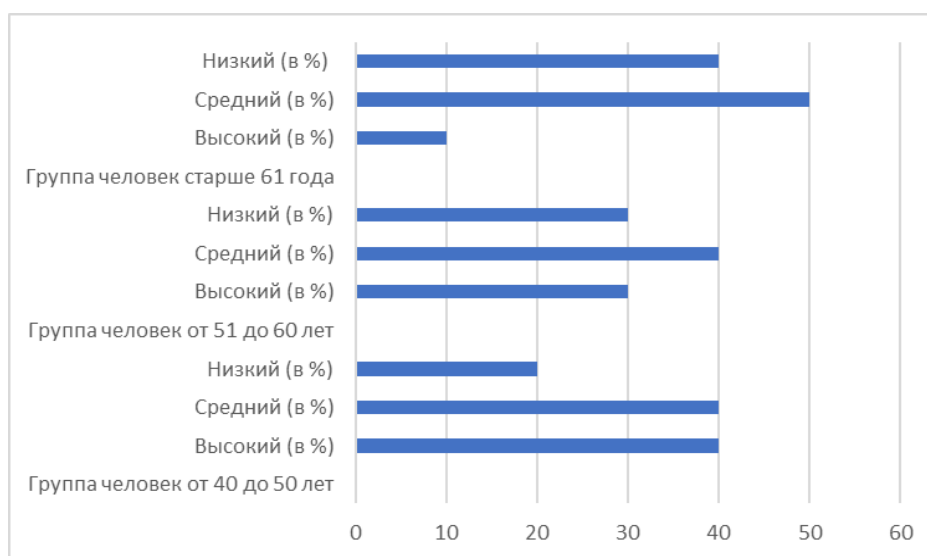


Рисунок 1 - Динамика изменения показателя «Собственный престиж» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Собственный престиж» у большинства больных гипертонией выявлен средний уровень. Отметим, однако, явную тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 40% больных гипертонией довольно сильно зависят от мнения окружения о себе, испытывают необходимость в одобрении себя и своего поведения социумом, то после 61 года количество таких людей снижается до 10%. Количество же людей, которым не свойственно стремление к признанию, уважению, похвале со стороны социума, напротив, с возрастом возрастает: 20% в группе больных гипертонией от 40 до 50 лет, 30% - в группе от 51 до 60 лет, и уже 40% - в группе людей от 61 года.

По шкале «Высокое материальное положение» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 60% человек. Эти люди обнаруживают стремление к как можно более высокому уровню материального благосостояния. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низким значением не выявлено.

По шкале «Высокое материальное положение» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 50% человек. 50% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низким значением не выявлено. Также по шкале «Высокое материальное положение» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 10% человек. 90% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низким значением не выявлено.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 2.

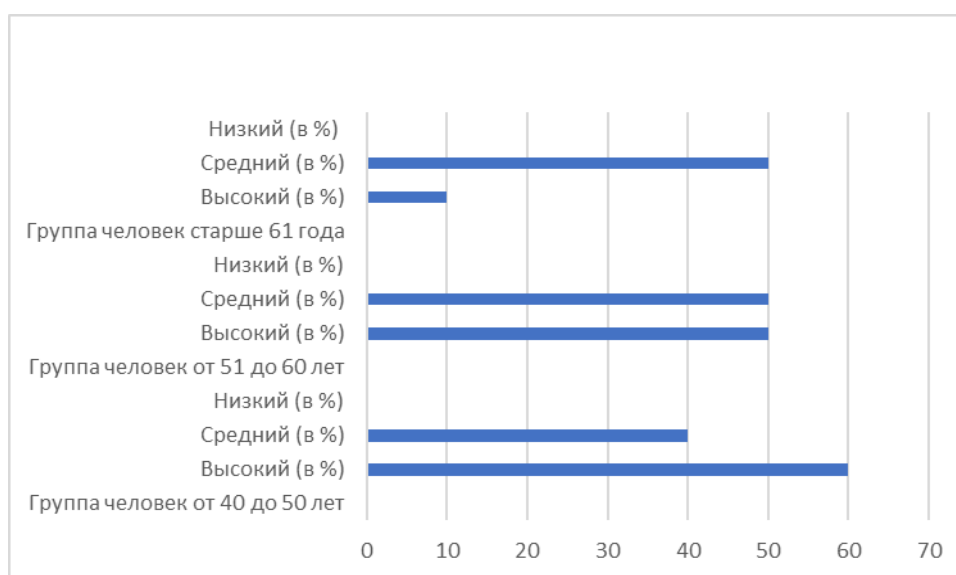


Рисунок 2 - Динамика изменения показателя «Высокое материальное положение» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Высокое материальное положение» у большинства больных гипертонией выявлен средний уровень. Отметим, однако, небольшую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 60% больных гипертонией обнаруживают стремление к как можно более высокому уровню материального благосостояния, то после 61 года количество таких людей снижается до 10%.

По шкале «Креативность» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 10% человек. Эти люди пытаются реализовывать свои творческие способности, вносить креативные изменения в различные

сферы своей жизни. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 50% испытуемых обладают низкими показателями – они не хотят реализовывать свои творческие способности, и не видят смысла вносить креативные изменения в различные сферы своей жизни.

По шкале «Креативность» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 70% испытуемых обладают низкими показателями. Также по шкале «Креативность» среди испытуемых в возрасте более 61 года испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 20% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 80% испытуемых обладают низкими показателями.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 3.

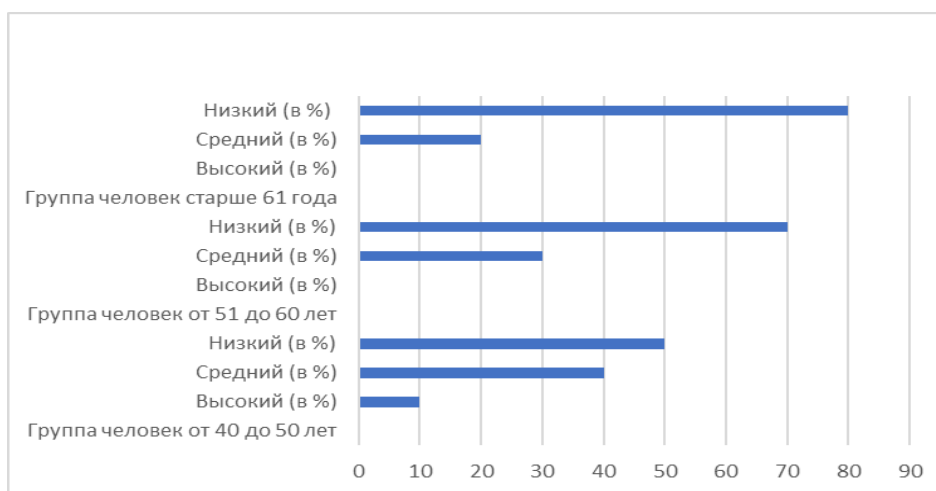


Рисунок 3 - Динамика изменения показателя «Креативность» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Креативность» у большинства больных гипертонией выявлен низкий уровень. Эти люди не хотят реализовывать свои творческие способности, и не видят смысла вносить креативные изменения в различные сферы своей жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией пытаются реализовывать свои

творческие способности, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не хотят реализовывать свои творческие способности, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

По шкале «Активные социальные контакты» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 40% человек. Эти люди стремятся к установлению благоприятных взаимоотношений с окружающими. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 20% испытуемых обладают низкими показателями – они не хотят иметь благоприятных взаимоотношений с окружающими.

По шкале «Активные социальные контакты» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 40% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 20% испытуемых обладают низкими показателями. Также по шкале «Активные социальные контакты» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 30% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 30% испытуемых обладают низкими показателями.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 4.

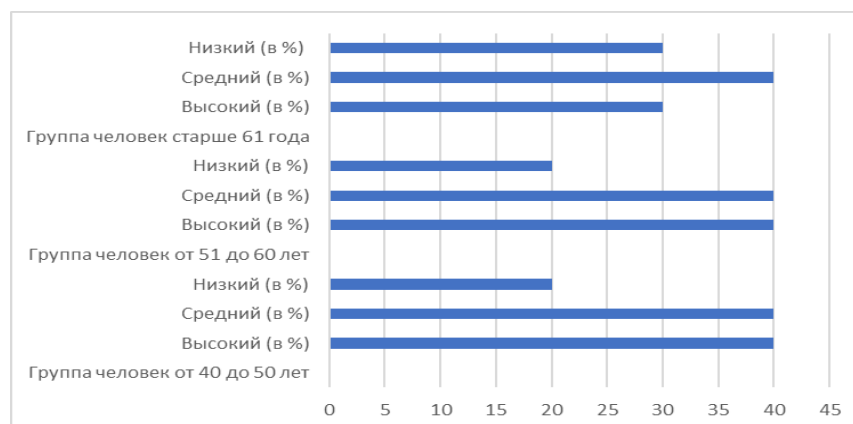


Рисунок 4 - Динамика изменения показателя «Активные социальные контакты» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Активные социальные контакты» у большинства больных гипертонией выявлен средний уровень. Эти люди не хотят реализовывать свои творческие способности, и не видят смысла вносить креативные изменения в различные сферы своей жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией пытаются реализовывать свои творческие способности, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не хотят реализовывать свои творческие способности, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

По шкале «Развитие себя» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 10% человек. Эти люди пытаются проводить работы над собой по самосовершенствованию, считая при этом, что потенциальные возможности человека почти не ограничены. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 50% испытуемых обладают низкими показателями – они не хотят самосовершенствоваться и развиваться.

По шкале «Развитие себя» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 70% испытуемых обладают низкими показателями. Также по шкале «Развитие себя» среди испытуемых в возрасте более 61 года испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 20% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 80% испытуемых обладают низкими показателями.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 5.

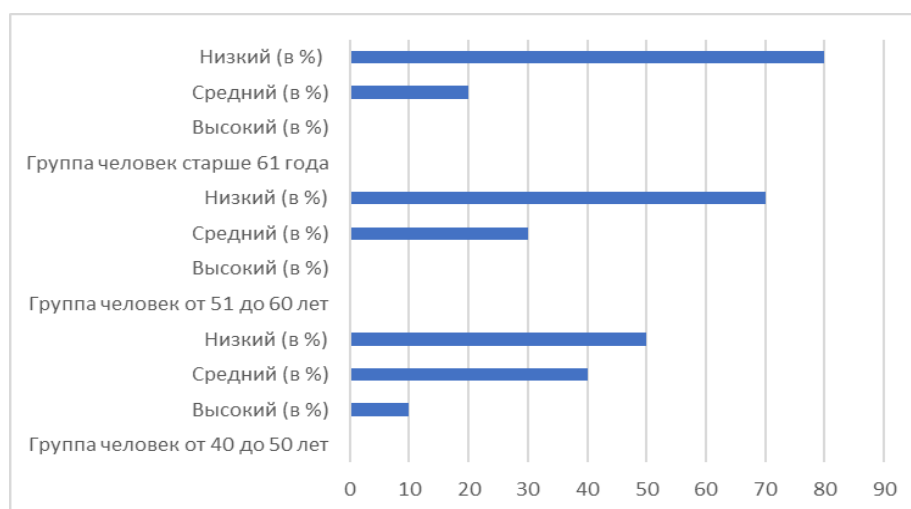


Рисунок 5 - Динамика изменения показателя «Развитие себя» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Развитие себя» у большинства больных гипертонией выявлен низкий уровень. Эти люди не хотят самосовершенствоваться и развиваться. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией пытаются развиваться как личности, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не хотят самосовершенствоваться и развиваться, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

По шкале «Достижения» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 60% человек. Эти люди стремятся к постижению конкретных и ощутимых результатов в различные периоды жизни. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низким значением не выявлено.

По шкале «Достижения» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 60% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низким значением не выявлено. Также по шкале «Достижения» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем

обладают 60% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низким значением не выявлено.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 6.

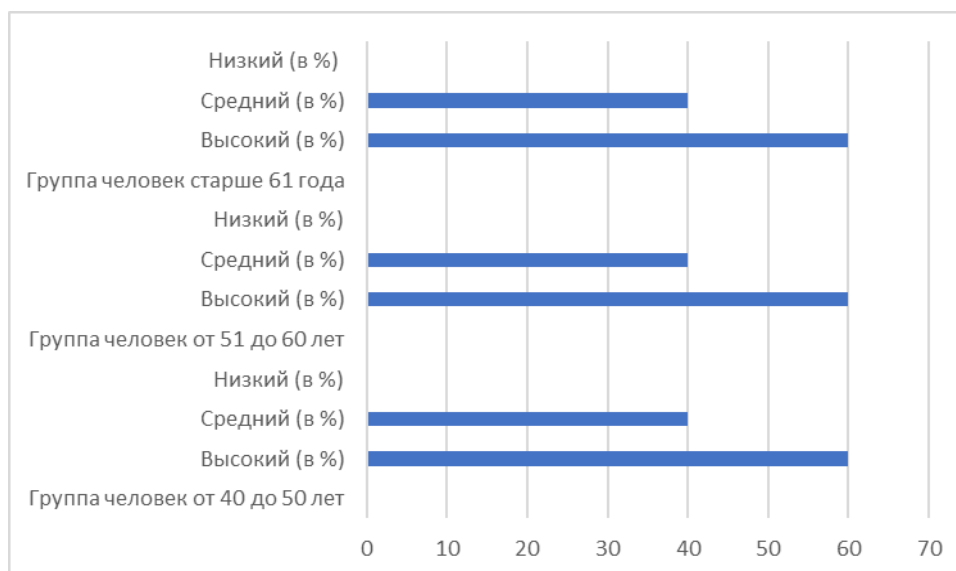


Рисунок 6 - Динамика изменения показателя «Достижения» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Достижения» у большинства больных гипертонией выявлен высокий уровень. Эти люди стремятся к постижению конкретных и ощутимых результатов в различные периоды жизни. С возрастом показатели по шкале «Достижения» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

По шкале «Духовное удовлетворение» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 10% человек. Эти люди стремятся получать моральное удовлетворение во всех сферах своей жизни. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 50% испытуемых обладают низкими показателями – они не считают, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни.

По шкале «Духовное удовлетворение» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 30% испытуемых

данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 70% испытуемых обладают низкими показателями. Также по шкале «Духовное удовлетворение» среди испытуемых в возрасте более 61 года испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 20% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 80% испытуемых обладают низкими показателями.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 7.

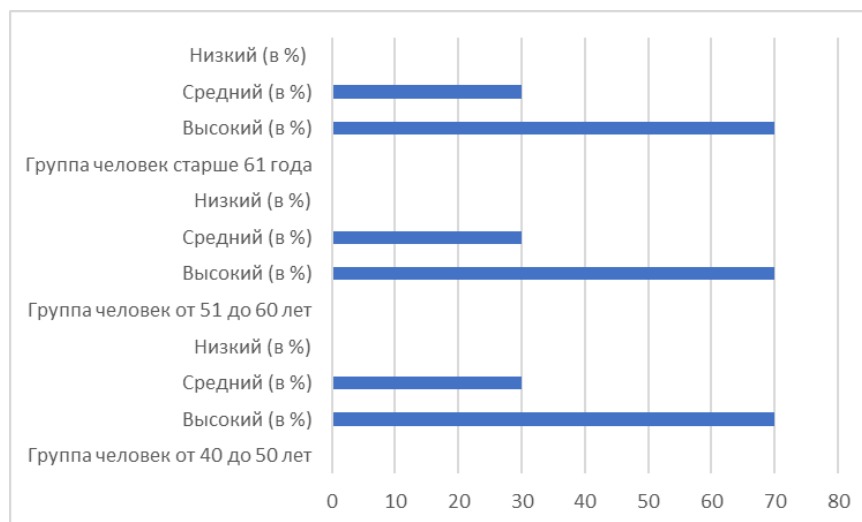


Рисунок 7 - Динамика изменения показателя «Духовное удовлетворение» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Духовное удовлетворение» у большинства больных гипертонией выявлен низкий уровень. Эти люди не считают, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией стремятся получать моральное удовлетворение во всех сферах своей жизни, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не считают, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

По шкале «Сохранение собственной индивидуальности» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 10%

человек. Эти люди считают, что самое важное в жизни — это сохранить неповторимость и своеобразие своей личности, своих взглядов. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 50% испытуемых обладают низкими показателями – они не считают, что самое важное в жизни - это сохранить неповторимость своей личности.

По шкале «Сохранение собственной индивидуальности» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 70% испытуемых обладают низкими показателями. Также по шкале «Сохранение собственной индивидуальности» среди испытуемых в возрасте более 61 года испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 20% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 80% испытуемых обладают низкими показателями.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 8.

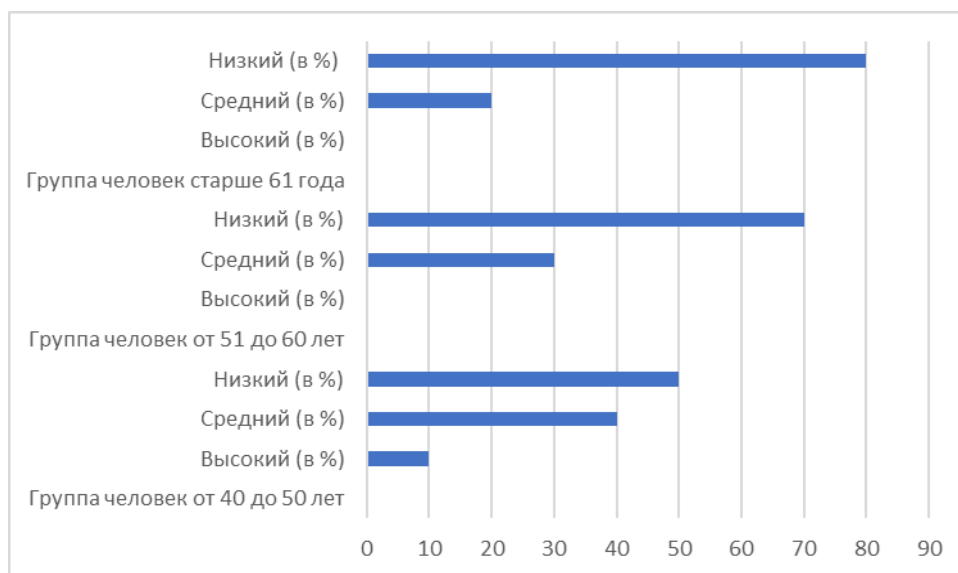


Рисунок 8 - Динамика изменения показателя «Сохранение собственной индивидуальности» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Сохранение собственной индивидуальности» у большинства больных гипертонией выявлен низкий уровень. Эти люди не считают, что должны получать удовольствие от всего,

чем занимаются в жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией считают, что самое важное в жизни - это сохранить неповторимость и своеобразие своей личности, своих взглядов, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не считают, что самое важное в жизни - это сохранить неповторимость своей личности, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года - 80%.

По шкале «Сфера профессиональной жизни» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 70% человек. Эти люди придают большое значение сфере своей профессиональной деятельности. Еще 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низкими значениями не выявлено.

По шкале «Сфера профессиональной жизни» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 70% человек. 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низкими значениями не выявлено. Также по шкале «Сфера профессиональной жизни» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 70% человек. 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низкими значениями не выявлено.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 9.

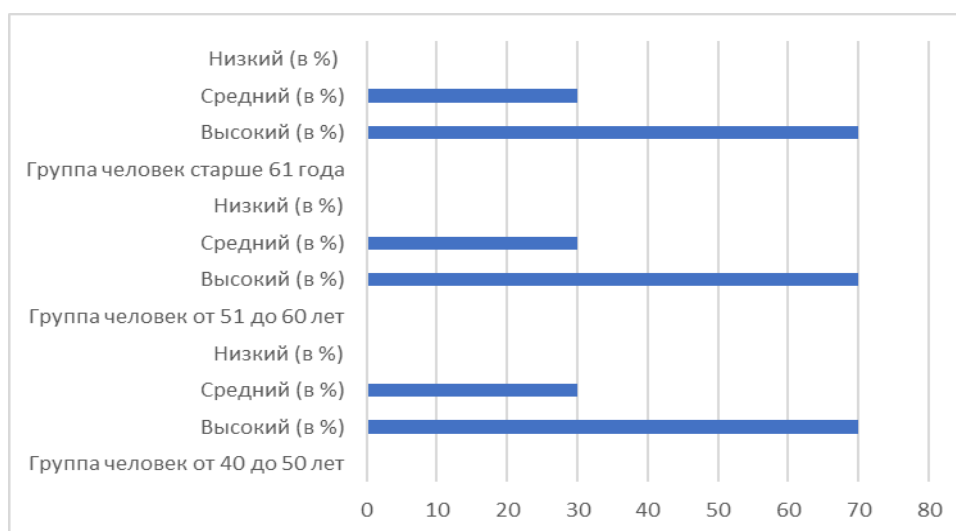


Рисунок 9 - Динамика изменения показателя «Сфера профессиональной жизни» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Сфера профессиональной жизни» у большинства больных гипертонией выявлен высокий уровень. Больные гипертонией придают большое значение сфере своей профессиональной деятельности.

С возрастом показатели по шкале «Сфера профессиональной жизни» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

По шкале «Сфера обучения и образования» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет людей с высоким показателем не выявлено. 20% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 80% испытуемых обладают низкими показателями – они не стремятся к повышению уровня своей образованности, расширению кругозора.

По шкале «Сфера обучения и образования» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 20% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 80% испытуемых обладают низкими показателями. Также по шкале «Сфера обучения и образования» среди испытуемых в возрасте более 61 года испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 20% испытуемых

данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 80% испытуемых обладают низкими показателями.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 10.

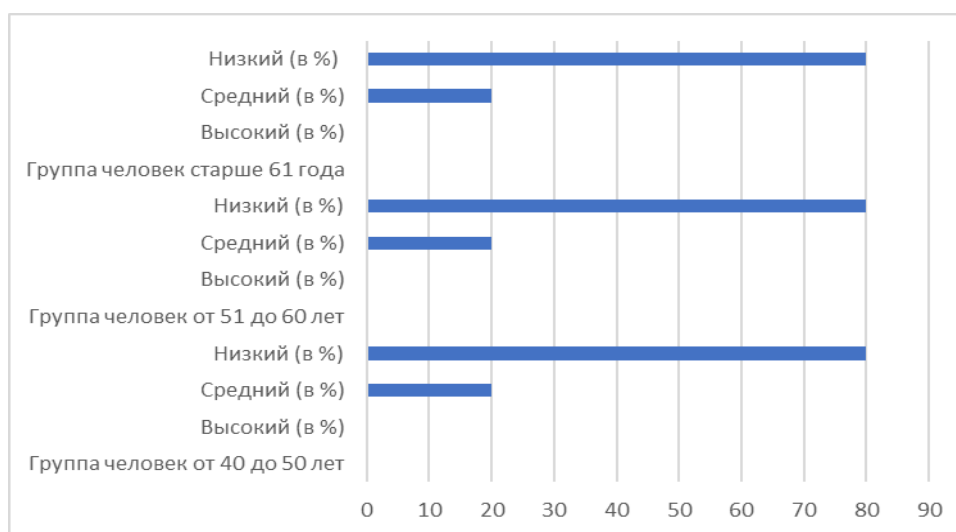


Рисунок 10 - Динамика изменения показателя «Сфера обучения и образования» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Сфера обучения и образования» у большинства больных гипертонией выявлен низкий уровень. Больные гипертонией не стремятся к повышению уровня своей образованности, расширению кругозора. С возрастом показатели по шкале «Сфера обучения и образования» не изменяются, что свидетельствует о низкой важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

По шкале «Сфера семейной жизни» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 10% человек. Эти люди придают большое значение сфере своей семейной жизни. Еще 80% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Низкие значения выявлены у 10% испытуемых – они не отдают много сил и времени решению проблем своей семьи.

По шкале «Сфера семейной жизни» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 30% человек. 70% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низкими значениями не выявлено. Также по шкале «Сфера семейной жизни» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким

уровнем обладают 50% человек. 50% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низкими значениями не выявлено.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 11.

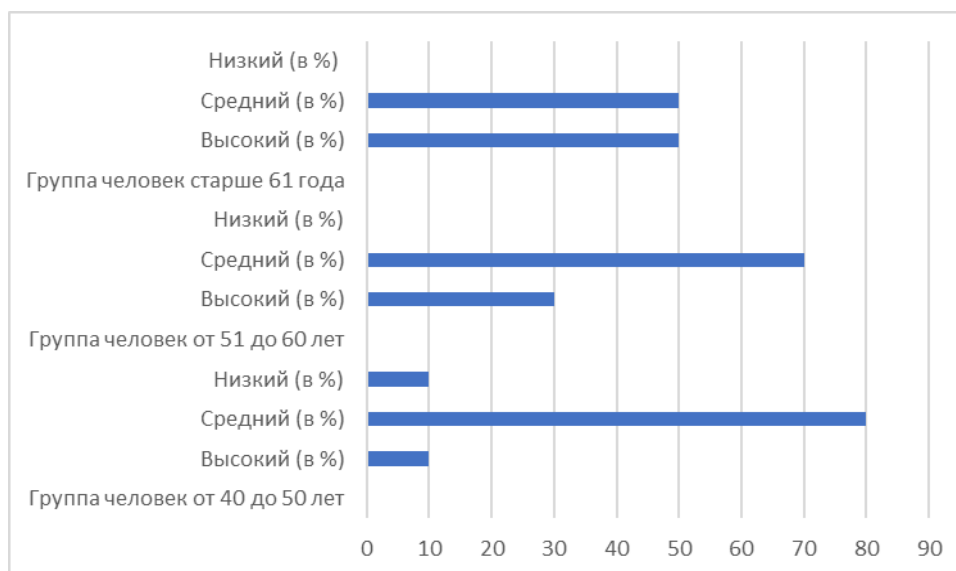


Рисунок 11 - Динамика изменения показателя «Сфера семейной жизни» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Сфера семейной жизни» у большинства больных гипертонией выявлен средний уровень. Отметим тенденцию к увеличению важности этого фактора с возрастом больных гипертонией. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией придают большое значение сфере своей семейной жизни, то в группе от 51 до 60 лет людей с подобными установками уже 30%, а в группе испытуемых после 61 года - 50%.

По шкале «Сфера общественной жизни» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 50% человек. Эти люди придают большое значение проблемам жизни общества. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Низкие значения выявлены у 10% испытуемых – они не уделяют много внимания проблемам жизни общества.

По шкале «Сфера общественной жизни» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 60% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале.

Испытуемых с низкими значениями не выявлено. Также по шкале «Сфера общественной жизни» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 70% человек. 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низкими значениями не выявлено.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 12.

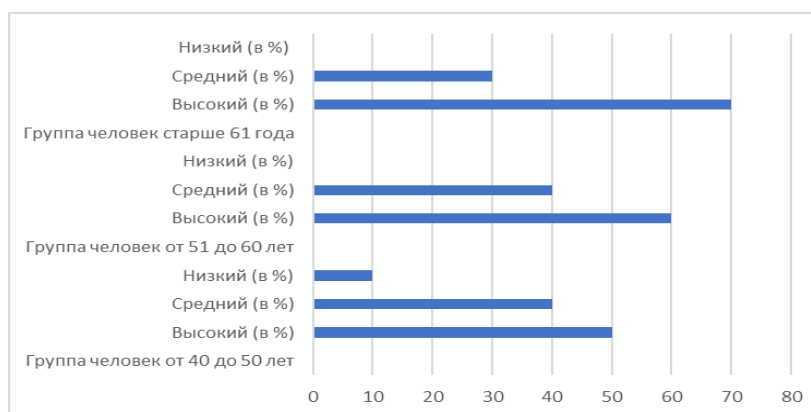


Рисунок 12 - Динамика изменения показателя «Сфера общественной жизни» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Сфера общественной жизни» у большинства больных гипертонией выявлен высокий уровень. Эти люди придают большое значение проблемам жизни общества.

Отметим тенденцию к увеличению важности этого фактора с возрастом больных гипертонией. Если в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией придают большое значение сфере общественной жизни, то в группе от 51 до 60 лет людей с подобными установками уже 60%, а в группе испытуемых после 61 года- 70%.

По шкале «Сфера увлечений» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 30% человек. Эти люди придают большое значение своим увлечениям, хобби. Еще 60% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Низкие значения выявлены у 10% испытуемых – они не уделяют много внимания своим увлечениям.

По шкале «Сфера увлечений» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 20% человек. 70% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Низкие значения выявлены у 10% испытуемых. Также по шкале «Сфера увлечений» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 20% человек. 70% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Низкие значения выявлены у 10% испытуемых.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 13.

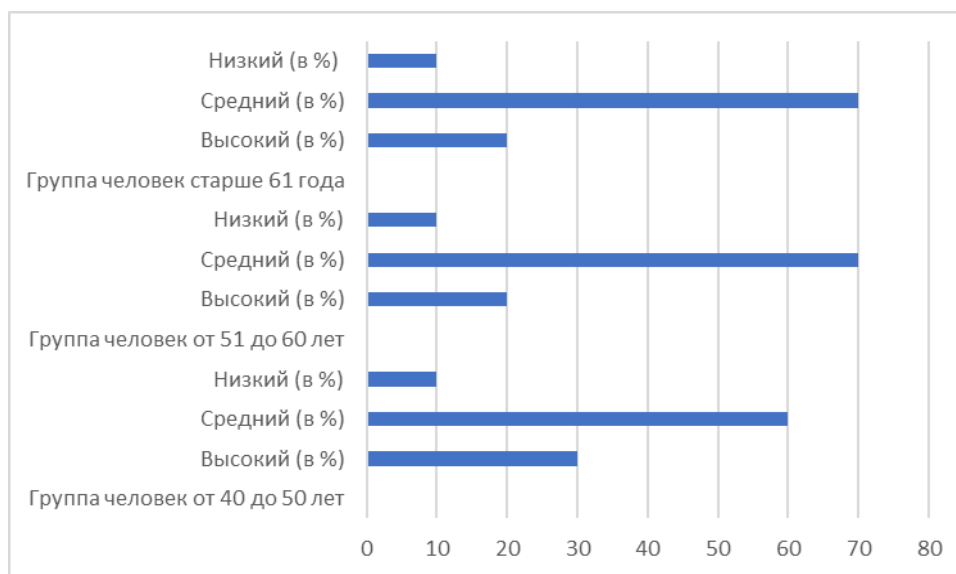


Рисунок 13 - Динамика изменения показателя «Сфера увлечений» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Сфера увлечений» у большинства больных гипертонией выявлен средний уровень. Отметим небольшую тенденцию к снижению важности этого фактора с возрастом больных гипертонией. Если в возрасте 40-50 лет 30% больных гипертонией придают большое значение своим увлечениям, то в группе от 51 до 60 лет людей с подобными установками уже 20%, и в группе испытуемых после 61 года также 20%.

Таким образом, высокой значимостью для больных гипертонией обладают следующие терминальные ценности:

- «Достижения». Эти люди стремятся к постижению конкретных и ощутимых результатов в различные периоды жизни. С возрастом показатели

по шкале «Достижения» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Сфера профессиональной жизни». Больные гипертонией придают большое значение сфере своей профессиональной деятельности. С возрастом показатели по шкале «Сфера профессиональной жизни» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Сфера общественной жизни». Эти люди придают большое значение проблемам жизни общества. Отметим тенденцию к увеличению важности этого фактора с возрастом больных гипертонией. Если в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией придают большое значение сфере общественной жизни, то в группе от 51 до 60 лет людей с подобными установками уже 60%, а в группе испытуемых после 61 года - 70%.

Низкой значимостью для больных гипертонией обладают следующие терминальные ценности:

- «Креативность». Эти люди не хотят реализовывать свои творческие способности, и не видят смысла вносить креативные изменения в различные сферы своей жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией пытаются реализовывать свои творческие способности, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не хотят реализовывать свои творческие способности, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

- «Развитие себя». Эти люди не хотят самосовершенствоваться и развиваться. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией пытаются развиваться как личности, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не хотят

самосовершенствоваться и развиваться, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

- «Духовное удовлетворение». Эти люди не считают, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией стремятся получать моральное удовлетворение во всех сферах своей жизни, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не хотят считать, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

- «Сохранение собственной индивидуальности». Эти люди не считают, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией считают, что самое важное в жизни — это сохранить неповторимость и своеобразие своей личности, своих взглядов, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не считают, что самое важное в жизни - это сохранить неповторимость своей личности, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

- «Сфера обучения и образования». Больные гипертонией не стремятся к повышению уровня своей образованности, расширению кругозора. С возрастом показатели по шкале «Сфера обучения и образования» не изменяются, что свидетельствует о низкой важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

Обобщённые результаты исследования по методике «Тест смысложизненных ориентаций» Д. А. Леонтьева представлены в таблице 2

Таблица 2 - Обобщённые результаты диагностики по методике «Тест смысложизненных ориентаций» Д. А. Леонтьева

Уровни	Результаты по шкалам					
	Цели в жизни	Процесс в жизни	Результат жизни	Локус контроля - Я	Локус контроля - жизнь	Общий показатель
Группа от 40 до 50 лет						
Высокий (в %)	50	10	40	60	50	40
Средний (в %)	30	40	40	40	40	50
Низкий (в %)	20	50	20	0	10	10
Группа от 51 до 60 лет						
Высокий (в %)	50	0	40	60	70	40
Средний (в %)	20	30	40	40	30	50
Низкий (в %)	30	70	20	0	0	10
Группа старше 61 года						
Высокий (в %)	40	0	30	60	80	40
Средний (в %)	40	20	40	40	20	50
Низкий (в %)	20	80	30	0	0	10

Таким образом, в результате диагностики по методике «Тест смысложизненных ориентаций» были получены следующие результаты.

По шкале «Цели в жизни» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 50% человек. Эти люди имеют четкие цели в жизни и будущем. Еще 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале, и 20% - низким. Эти люди не имеют четкие цели в жизни и будущем.

По шкале «Цели в жизни» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 50% человек. 20% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале, и 30% - низким. Также по шкале «Цели в жизни» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 40% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале, и 20% - низким.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 14.

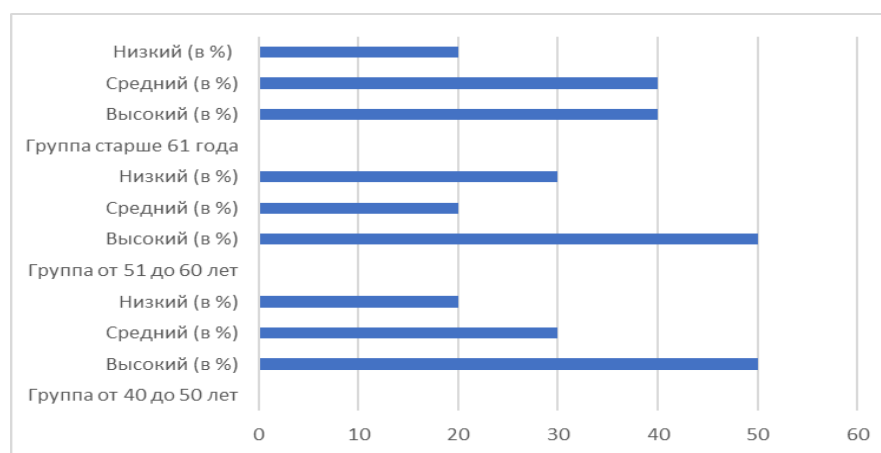


Рисунок 14 - Динамика изменения показателя «Цели в жизни» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Цели в жизни» у большинства больных гипертонией выявлен высокий уровень. Эти люди имеют четкие цели в жизни и будущем. С возрастом показатели по шкале «Цели в жизни» изменяются незначительно, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

По шкале «Процесс в жизни» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 10% человек. Эти люди пытаются жить сегодняшним днем, ради самой жизни. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 50% испытуемых обладают низкими показателями – они не довольны своей жизнью в настоящем; и придают полноценный смысл воспоминаниям о прошлом или нацеленности на будущее.

По шкале «Процесс в жизни» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 70% испытуемых обладают низкими показателями. Также по шкале «Процесс в жизни» среди испытуемых в возрасте более 61 года испытуемых с высоким уровнем не выявлено. 20% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 80% испытуемых обладают низкими показателями.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 15.

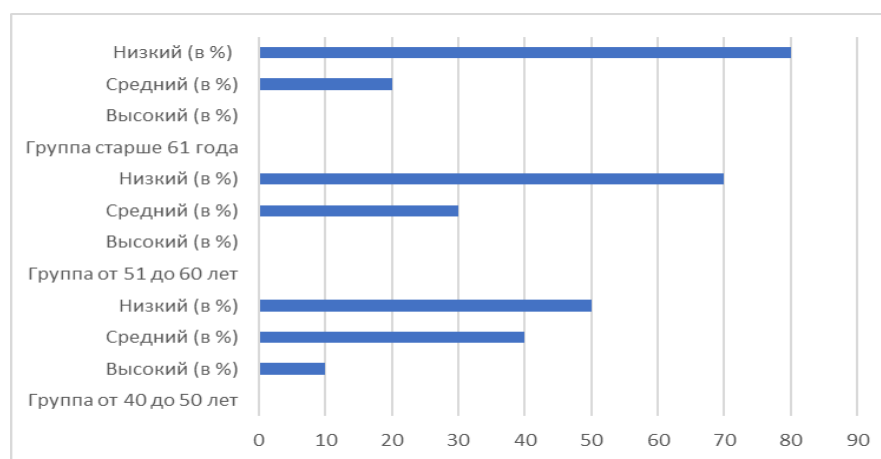


Рисунок 15 - Динамика изменения показателя «Процесс в жизни» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Процесс в жизни» у большинства больных гипертонией выявлен низкий уровень. Эти люди не довольны своей жизнью в настоящем; и придают полноценный смысл воспоминаниям о прошлом или нацеленности на будущее. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией живут сегодняшним днем, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не довольны своей жизнью в настоящем; и придают полноценный смысл воспоминаниям о прошлом или нацеленности на будущее, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

По шкале «Результат жизни» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 40% человек. Эти люди удовлетворены тем, как прожили свою жизнь. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 20% испытуемых обладают низкими показателями – они не удовлетворены тем, как прожили свою жизнь.

По шкале «Результат жизни» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 40% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 20% испытуемых обладают низкими показателями. Также по шкале «Результат

жизни» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 30% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 30% испытуемых обладают низкими показателями.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 16.

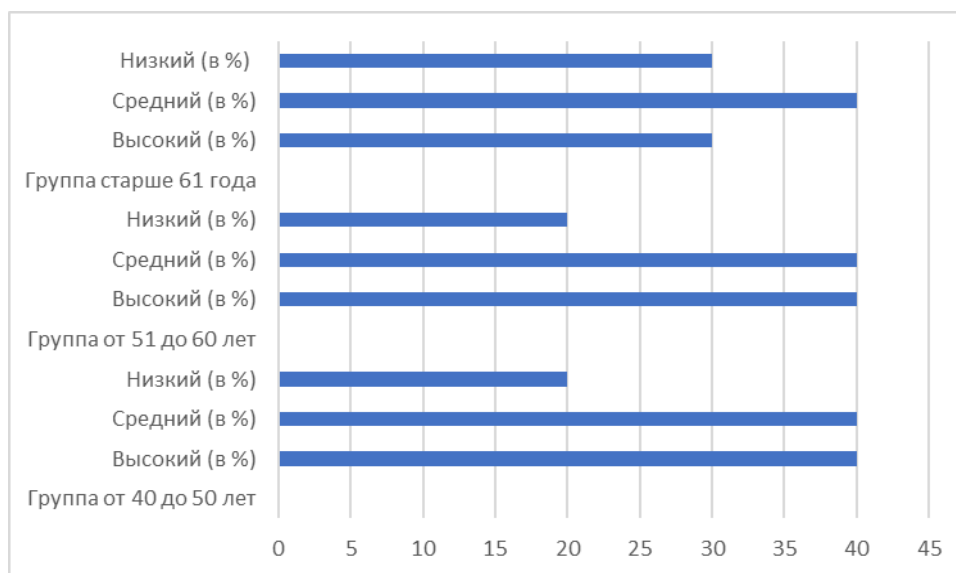


Рисунок 16 - Динамика изменения показателя «Результат жизни» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Результат жизни» у большинства больных гипертонией выявлен средний уровень.

По шкале «Лocus контроля - Я» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 60% человек. Эти люди считают себя сильными личностями, способными построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низким значением не выявлено.

По шкале «Лocus контроля - Я» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 60% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низким значением не выявлено. Также по шкале «Лocus контроля - Я» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 60% человек. 40% испытуемых данной возрастной группы

обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низким значением не выявлено.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 17.

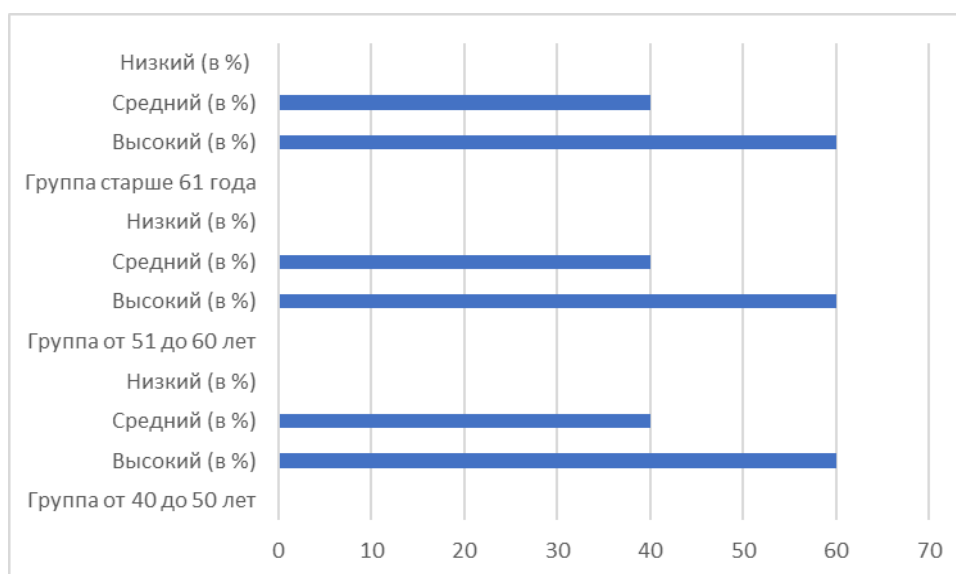


Рисунок 17 - Динамика изменения показателя «Локус контроля - Я» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Локус контроля - Я» у большинства больных гипертонией выявлен высокий уровень. Эти люди считают себя сильными личностями, способными построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами. С возрастом показатели по шкале «Локус контроля - Я» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

По шкале «Локус контроля - жизнь» среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 50% человек. Эти люди убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Еще 40% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 10% испытуемых обладают низкими показателями – они убеждены в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю.

По шкале «Локус контроля - жизнь» среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 70% человек. 30% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале.

Испытуемых с низкими показателями не выявлено. Также по шкале «Локус контроля - жизнь» среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 80% человек. 20% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. Испытуемых с низкими показателями не выявлено.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 18.

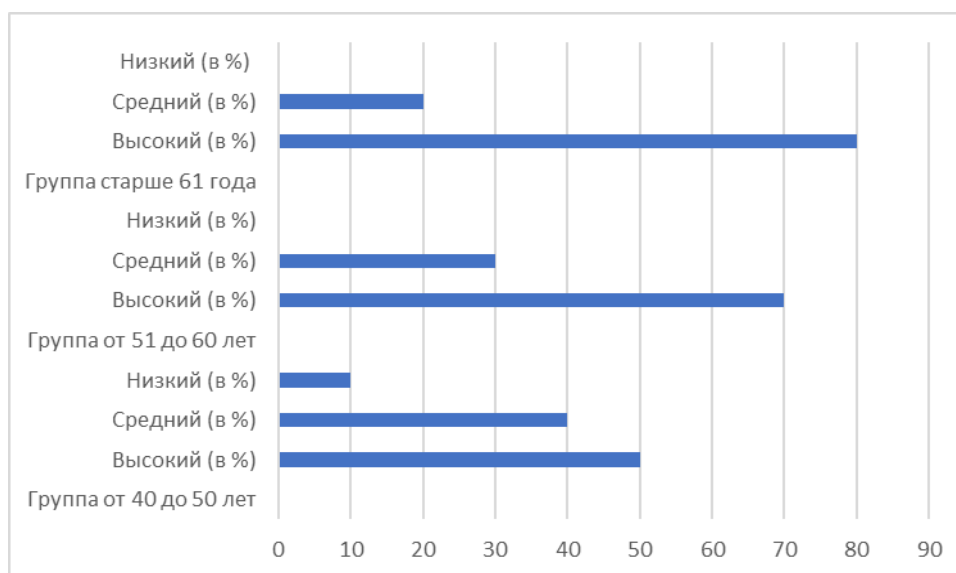


Рисунок 18 - Динамика изменения показателя «Локус контроля - жизнь» у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по показателю «Локус контроля - жизнь» у большинства больных гипертонией выявлен высокий уровень. Эти люди убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Отметим также устойчивую тенденцию к повышению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией убеждены в том, что человеку не дано контролировать свою жизнь, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

По общему показателю осознанности жизни среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет высоким уровнем обладают 40% человек. Эти люди имеют четкие цели в жизни и считают, что сами управляют своей жизнью. Еще 50% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 10% испытуемых обладают низкими показателями – они не имеют четкие цели в жизни и считают, что сами управляют своей жизнью.

По общему показателю осознанности жизни среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет высоким уровнем обладают 40% человек. 50% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 10% испытуемых обладают низкими показателями. Также по общему показателю осознанности жизни среди испытуемых в возрасте более 61 года высоким уровнем обладают 40% человек. 50% испытуемых данной возрастной группы обладают средним показателем по данной шкале. 10% испытуемых обладают низкими показателями.

Наглядно полученные результаты представлены на рисунке 19.

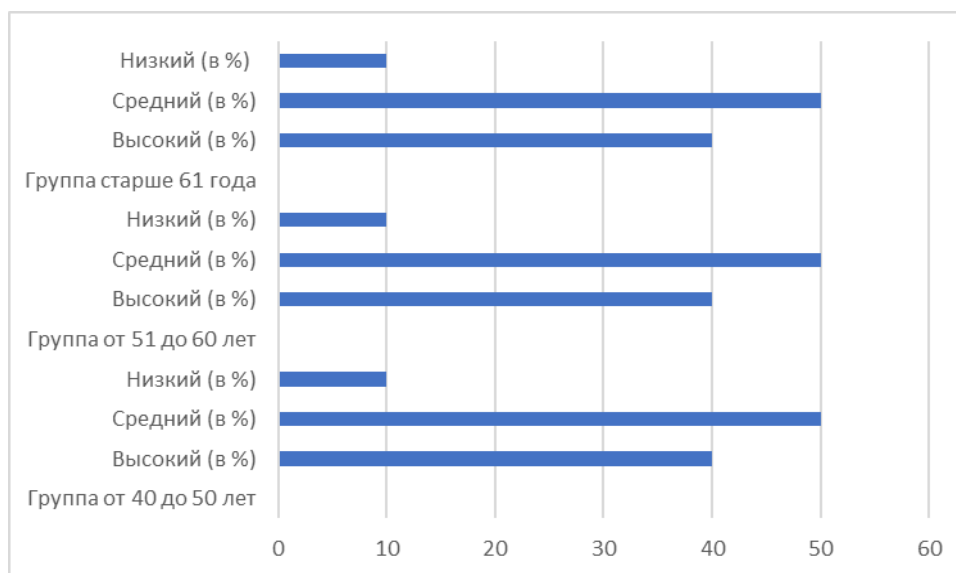


Рисунок 19 - Динамика изменения общего показателя осознанности жизни у больных гипертонической болезнью с возрастом

Таким образом, по общему показателю осознанности жизни у большинства больных гипертонией выявлен средний уровень.

Итак, высокой значимостью для больных гипертонией обладают следующие смысложизненные ориентации:

- «Цели в жизни». Эти люди имеют четкие цели в жизни и будущем. С возрастом показатели по шкале «Цели в жизни» изменяются незначительно, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Локус контроля - Я». Эти люди считают себя сильными личностями, способными построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами. С возрастом показатели по шкале «Локус контроля - Я» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Локус контроля - жизнь». Эти люди убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Отметим также устойчивую тенденцию к повышению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией убеждены в том, что человеку не дано контролировать свою жизнь, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь., в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

Низкой значимостью для больных гипертонией обладают следующие смысложизненные ориентации:

- «Процесс в жизни». Эти люди не довольны своей жизнью в настоящем; и придают полноценный смысл воспоминаниям о прошлом или нацеленности на будущее. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией живут сегодняшним днем, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не

довольны своей жизнью в настоящем; и придают полноценный смысл воспоминаниям о прошлом или нацеленности на будущее., в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

Далее с целью изучения психологических особенностей смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью им была предложена анкета. Проанализируем ответы на нее.

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 50% считают, что «Хорошая жизнь» - это достижение поставленных целей (ответы «всегда достигать цели», «решать поставленные задачи» и т.д.). 40% считают, что это – семья и связанные с ней ценности («когда дом-полная чаша», «быть любимым», «чтобы дома ждали»). 10% отметили здоровье («когда все здоровы», «когда чувствуешь себя хорошо».

Среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет 20% считают, что «Хорошая жизнь» - это достижение поставленных целей. 30% считают, что это – семья и связанные с ней ценности. 50% отметили здоровье. Среди испытуемых в возрасте старше 61 года 10% считают, что «Хорошая жизнь» - это достижение поставленных целей, 30% считают, что это – семья и связанные с ней ценности, 60% отметили здоровье.

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 50% считают, что «Счастливый человек – это тот, кто» достигает профессиональные цели (ответы «хорошо работает», «высоко оплачивается» и т.д.). 40% считают, что это тот, у кого есть семья («кто спешит домой после работы», «кого любят», «кого ждут»). 10% отметили здоровье («у кого ничего не болит», «кто не ходит по врачам».

Среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет 20% считают, что «Счастливый человек – это тот, кто» достигает профессиональные цели (ответы «хорошо работает», «высоко оплачивается» и т.д.). 30% считают, что это тот, у кого есть семья («кто спешит домой после работы», «кого любят», «кого ждут»). 50% отметили здоровье («у кого ничего не болит», «кто не ходит по врачам». Среди испытуемых в возрасте старше 61 года 10% считают,

что «Счастливым человеком – это тот, кто» достигает профессиональные цели (ответы «хорошо работает», «высоко оплачивается» и т.д.). 30% считают, что это тот, у кого есть семья («кто спешит домой после работы», «кого любят», «кого ждут»). 60% отметили здоровье («у кого ничего не болит», «кто не ходит по врачам»).

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 60% отметили, что «Больше всего я ценю в людях» профессиональные качества («пунктуальность», «профессионализм», «четкость»). 40% отметили личностные качества («доброту», «отзывчивость»).

Среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет 50% отметили, что «Больше всего я ценю в людях» профессиональные качества («пунктуальность», «профессионализм», «четкость»). 50% отметили личностные качества («доброту», «отзывчивость»). Среди испытуемых в возрасте старше 61 года 20% отметили, что «Больше всего я ценю в людях» профессиональные качества («пунктуальность», «профессионализм», «четкость»). 80% отметили личностные качества («доброту», «отзывчивость»).

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 60% отметили, что смысл их жизни заключается в профессиональной сфере («быть востребованным на работе», «приносить пользу людям»), 30% - в семейной сфере («в моей семье», «в детях»), 10% - в личной сфере («самому быть счастливым», «наслаждаться жизнью»).

Среди испытуемых в возрасте от 51 до 60 лет 50% отметили, что смысл их жизни заключается в профессиональной сфере («быть востребованным на работе», «приносить пользу людям»), 40% - в семейной сфере («в моей семье», «в детях»), 10% - в личной сфере («самому быть счастливым», «наслаждаться жизнью»). Среди испытуемых в возрасте старше 61 года 20% отметили, что смысл их жизни заключается в профессиональной сфере («быть востребованным на работе», «приносить пользу людям»), 60% - в

семейной сфере («в моей семье», «в детях»), 20% - в личностной сфере («самому быть счастливым», «наслаждаться жизнью»).

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 50% отметили, что «В работе для меня главное» быть успешным профессионально («чтобы меня ценили», «расти как профессионал»). 50% считают, что главное – материальное вознаграждение («деньги», «зарботок»). Аналогичные результаты получены и в остальных возрастных группах.

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 50% отметили, что «В семье для меня главное» быть любимым («чтобы меня ценили», «чтобы дети любили»). 50% считают, что главное – бытовая сторона вопроса («чтобы было что поесть», «чтобы денег на все хватало»). Аналогичные результаты получены и в остальных возрастных группах.

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 50% отметили, что «В жизни для меня главное» быть успешным профессионально («чтобы меня ценили», «расти как профессионал»). 50% считают, что главное – здоровье себя и близких («не болеть», «чтобы все были здоровы»). Аналогичные результаты получены и в остальных возрастных группах.

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 50% отметили, что «Самая моя большая ценность в жизни – это» - семья («дети», «семья», «дом»). 30% отмечают материальные ценности («деньги», «машина»). 20% выбрали здоровье. Аналогичные результаты получены и в остальных возрастных группах.

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 50% отметили, что «Самое мое большое достижение в жизни – это» - семья («дети», «внуки», «уютный дом»). 30% отмечают материальные ценности («достаток», «машина»). 20% выбрали здоровье. Аналогичные результаты получены и в остальных возрастных группах.

Среди испытуемых в возрасте от 40 до 50 лет 90% считают, что в целом их жизнь удалась. 10% считают, что жизнь не удалась. Аналогичные результаты получены и в остальных возрастных группах.

Итак, по итогам эксперимента можно сделать следующие выводы.

Высокой значимостью для больных гипертонией обладают следующие смысложизненные ориентации:

- «Достижения». Эти люди стремятся к постижению конкретных и ощутимых результатов в различные периоды жизни. С возрастом показатели по шкале «Достижения» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Сфера профессиональной жизни». Больные гипертонией придают большое значение сфере своей профессиональной деятельности. С возрастом показатели по шкале «Сфера профессиональной жизни» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Сфера общественной жизни». Эти люди придают большое значение проблемам жизни общества. Отметим тенденцию к увеличению важности этого фактора с возрастом больных гипертонией.

- «Цели в жизни». Эти люди имеют четкие цели в жизни и будущем. С возрастом показатели по шкале «Цели в жизни» изменяются незначительно, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Локус контроля - Я». Эти люди считают себя сильными личностями, способными построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами. С возрастом показатели по шкале «Локус контроля - Я» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Локус контроля - жизнь». Эти люди убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Отметим также устойчивую тенденцию к повышению данного показателя с возрастом у этой группы людей.

Низкой значимостью для больных гипертонией обладают следующие смысложизненные ориентации:

- «Креативность». Эти люди не хотят реализовывать свои творческие способности, и не видят смысла вносить креативные изменения в различные сферы своей жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей.

- «Развитие себя». Эти люди не хотят самосовершенствоваться и развиваться. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей.

- «Духовное удовлетворение». Эти люди не считают, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей.

- «Сохранение собственной индивидуальности». Эти люди не считают, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей.

- «Сфера обучения и образования». Больные гипертонией не стремятся к повышению уровня своей образованности, расширению кругозора. С возрастом показатели по шкале «Сфера обучения и образования» не изменяются, что свидетельствует о низкой важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Процесс в жизни». Эти люди не довольны своей жизнью в настоящем; и придают полноценный смысл воспоминаниям о прошлом или нацеленности на будущее. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей.

Опираясь на полученные результаты, нами были разработаны рекомендации для больных с гипертонической болезнью.

2.3 Разработка рекомендаций для больных с гипертонической болезнью

Больным с гипертонической болезнью нами были даны следующие рекомендации.

Рекомендуем прибегнуть к следующим методам улучшению собственной жизни.

Чтение книг. Если Вы углубились в изучении литературы, имеющей сюжетные линии, в которых описываются реальные факты, события, сможете ощутить себя на месте других людей, их глазами увидеть те события, которые перед ними предстают. Так сможете поставить себя на одну нишу с героем или наоборот понять, что он совершенно на Вас не похож. Нередко люди после изучения литературы, обретают смысл своего бытия. Такой же эффект могут иметь и образовательные книги.

Посмотрите на себя чужими глазами. Психология человека устроена таким образом, что ему гораздо проще оценивать людей со стороны. Куда проще что-то советовать другим людям, чем себе. Поэтому для того, чтобы определиться с тем, какой смысл у Вашего существования, необходимо мысленно представить, что Вы являетесь кем-то другим и смотрите на себя чужими глазами. Представьте, что Вам необходимо что-то посоветовать самому себе.

Духовное саморазвитие. Займитесь медитацией, йогой. Эти духовные практики позволят Вам привести все свои мысли в порядок, обрести гармонию со своим внутренним миром. Сосредоточьтесь на своих потребностях и желаниях, услышьте внутренний голос. Не стоит забывать о том, что медитация оказывает благоприятное воздействие на человеческую психику, усиливает творческие способности, успокаивающе воздействует на нервную систему. Можно поверить в то, что для каждого человека подготовлен определенный путь свыше. Если Вы сбились с пути, не нужно отчаиваться, впадать в состояние депрессии. Примите то, что Ваша миссия

продолжается и достаточно скоро она обретет нужный смысл. Только помните о необходимости сохранять среднюю позицию, не впадать в «атеизм» и не становиться «верующим фанатиком».

Поиск новых знакомств. Общаясь с большим количеством людей, узнавая их деятельность, хобби, Вы имеете возможность посмотреть на мир чужими глазами, увидеть, что Вас окружают абсолютно разные люди, непохожие друг на друга. Чем сильнее будет расширяться Ваше мировоззрение, тем больше шансов, что сможете определиться со своим предназначением. Важно при этом окружать себя только теми людьми, на которых можно походить, которые будут способствовать Вашему росту и развитию. Избегать общения с личностями, которые деградируют.

Самоанализ. Найдите комфортное для себя место. Это может быть и кресло в квартире, и берег реки. Важно, чтоб Вы остались наедине с собой, со своими мыслями. Необходимо попытаться очистить свое подсознание от ненужных вещей, обратиться к внутреннему «я», поговорить с самим собой на волнующие темы.

Забыть о прошлом. Нередко смысл жизни теряется после серьезного разрыва отношений или, когда возникает какая-то тяжелая травма, серьезные перемены, сильный стресс. Важно осознать, что жизнь на этом не заканчивается, Вам нужно двигаться дальше. Поэтому пора задуматься о том, как оставить все трагедии в прошлом, перешагнуть через них, продолжить развиваться и расти, быть счастливым. Если самостоятельно справиться с данным состоянием не получается, необходимо обратиться за помощью к специалисту.

Перерыв. Иногда человеку просто необходимо немножко отдохнуть. Если посещают мысли о том, что Вы не понимаете, что делать в этой жизни, чем занимаетесь, зачем живете, то, возможно, пришло время отпустить ситуацию, немножко отдохнуть, отправиться в путешествие или взять отпуск, уединиться с природой. При этом не стоит обходиться без планирования своего будущего. Научитесь ставить минимальные цели, которые можно

будет достигнуто прикладыванием небольших усилий. По их достижению, переходите к новым целям, не останавливайтесь на достигнутом.

Последний день жизни. Смысл такой методики в том, что человек должен представить, как, будто он живет последний день, и завтра все потеряет всякий смысл. Тогда приходит понимание того, что им будет утрачено, чего он не успел достичь, что хотел бы еще сделать. Подобные мысли могут натолкнуть на свое предназначение. Консультация с психологом. Люди могут решать свои проблемы посредством общения со специалистом. Психотерапевт или психолог способен выявить моменты, которые, возможно, удерживают индивида от важных решений, не исключено, что имеются детские психотравмы, которые не дают двигаться вперед, лишают смысла жизни. Специалист проработает состояние пациента, выявит, что нужно изменить, подтолкнет на мысли о том, каким будет истинный смысл жизни, поможет определиться с настоящими желаниями. Смысл своей жизни можно увидеть в успехе и семье.

Достижение успеха. Каждый под понятием успеха рассматривает что-то, что важно именно ему. Но, как правило, мы стремимся к тому, чтоб учиться лучше остальных, работать качественнее, расти по карьерной лестнице, получать хорошую зарплату, слышать похвалу от начальства. При этом необходимо задаваться правильными целями, зарабатывать деньги, чтобы быть материально независимым, чтобы имелась возможность продолжать образовательный процесс, развитие, путешествовать, делать полезные вещи, например, реализовывать проекты.

В семье. Определитесь с тем, что Вы хотите, чтобы Ваши близкие были счастливыми. Если Вы еще не создали свою семью, позаботьтесь о близких родственниках, родителях, дедушках, бабушках. Имейте возможность отплатить им тем же добром, которое Вам дали. Навещайте близких, интересуйтесь их жизнью, рассказывайте о себе. Также можно задуматься о создании собственной семьи, о рождении ребенка. Нередко люди, особенно женщины, находят смысл своей жизни в детях.

Выводы по второй главе

В результате эмпирического исследования было выявлено:

1. Высокой значимостью для больных гипертонией обладают следующие терминальные ценности:

- «Достижения». Эти люди стремятся к постижению конкретных и осязаемых результатов в различные периоды жизни. С возрастом показатели по шкале «Достижения» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Сфера профессиональной жизни». Больные гипертонией придают большое значение сфере своей профессиональной деятельности. С возрастом показатели по шкале «Сфера профессиональной жизни» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Сфера общественной жизни». Эти люди придают большое значение проблемам жизни общества. Отметим тенденцию к увеличению важности этого фактора с возрастом больных гипертонией. Если в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией придают большое значение сфере общественной жизни, то в группе от 51 до 60 лет людей с подобными установками уже 60%, а в группе испытуемых после 61 года - 70%.

2. Низкой значимостью для больных гипертонией обладают следующие терминальные ценности:

- «Креативность». Эти люди не хотят реализовывать свои творческие способности, и не видят смысла вносить креативные изменения в различные сферы своей жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией пытаются реализовывать свои творческие способности, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных

гипертонией не хотят реализовывать свои творческие способности, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

- «Развитие себя». Эти люди не хотят самосовершенствоваться и развиваться. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией пытаются развиваться как личности, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не хотят самосовершенствоваться и развиваться, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

- «Духовное удовлетворение». Эти люди не считают, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией стремятся получать моральное удовлетворение во всех сферах своей жизни, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не хотят считать, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

- «Сохранение собственной индивидуальности». Эти люди не считают, что должны получать удовольствие от всего, чем занимаются в жизни. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией считают, что самое важное в жизни - это сохранить неповторимость и своеобразие своей личности, своих взглядов, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не считают, что самое важное в жизни - это сохранить неповторимость своей личности, в

группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

- «Сфера обучения и образования». Больные гипертонией не стремятся к повышению уровня своей образованности, расширению кругозора. С возрастом показатели по шкале «Сфера обучения и образования» не изменяются, что свидетельствует о низкой важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

3. Высокой значимостью для больных гипертонией обладают следующие смысложизненные ориентации:

- «Цели в жизни». Эти люди имеют четкие цели в жизни и будущем. С возрастом показатели по шкале «Цели в жизни» изменяются незначительно, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Локус контроля - Я». Эти люди считают себя сильными личностями, способными построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами. С возрастом показатели по шкале «Локус контроля - Я» не изменяются, что свидетельствует о важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста.

- «Локус контроля - жизнь». Эти люди убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Отметим также устойчивую тенденцию к повышению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией убеждены в том, что человеку не дано контролировать свою жизнь, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией убеждены в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

4. Низкой значимостью для больных гипертонией обладают следующие смысложизненные ориентации:

- «Процесс в жизни». Эти люди не довольны своей жизнью в настоящем; и придают полноценный смысл воспоминаниям о прошлом или нацеленности на будущее. Отметим также устойчивую тенденцию к снижению данного показателя с возрастом у этой группы людей. Если в возрасте 40-50 лет 10% больных гипертонией живут сегодняшним днем, то в группах от 51 до 60 лет и после 61 года людей с подобными установками уже не выявлено. Также в возрасте 40-50 лет 50% больных гипертонией не довольны своей жизнью в настоящем; и придают полноценный смысл воспоминаниям о прошлом или нацеленности на будущее, в группе от 51 до 60 лет таких испытуемых уже 70%, а в группе после 61 года – 80%.

5. Из предложенной анкеты были выявлены наибольшее число пациентов

Наибольшее число пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь ответили на вопрос так:

- «Хорошая жизнь» - достижение поставленных целей;
- «Хорошая жизнь» - здоровье;
- «Счастливый человек – это тот, кто» - достигает профессиональные цели;
- «Счастливый человек – это тот, кто» - не ходит по врачам;
- «Больше всего я ценю в людях» - профессиональные качества;
- «Больше всего я ценю в людях» - личностные качества
- «Смысл их жизни» - заключается в профессиональной сфере;
- «Смысл их жизни» - заключается в семейной сфере;
- «В работе для меня главное» - быть успешным профессионально;
- «В работе для меня главное» - материальное вознаграждение;
- «В семье для меня главное» - быть любимым;
- «В семье для меня главное» - бытовая сторона вопроса;
- «В жизни для меня главное» - быть успешным профессионально;
- «В жизни для меня главное» - здоровье себя и близких;
- «Самая моя большая ценность в жизни» - семья;

- «Самое мое большое достижение в жизни» - семья;

- « В целом их жизнь» - удалась.

6. наименьшее число пациентов ответили на вопросы так:

- «Хорошая жизнь» - здоровье;

- «Счастливый человек – это тот, кто» - достигает профессиональные цели;

- «Смысл их жизни» - в личной сфере;

- « В целом их жизнь» - не удалась.

7. Таким образом, в ходе исследования подтвердилась гипотеза, что для пациентов с гипертонической болезнью характерны такие психологические особенности смысложизненных ориентаций, как:

- высокая значимость по показателям «Достижения», «Сфера профессиональной жизни», «Сфера общественной жизни», «Цели в жизни», «Локус контроля – Я», «Локус контроля – жизнь»;

- низкая значимость по показателям « Креативность» , «Развитие себя», «Духовное удовлетворение», «Сохранение собственной индивидуальности», «Сфера обучения и образования», «Процесс в жизни».

Заключение

Особой значимостью проблемы смысложизненных ориентаций у больных с гипертонической болезнью является то, что от данного заболевания с каждым годом страдает всё больше и больше людей в мире, и она приводит к возникновению сердечных приступов, а так же инфарктов. Пациенты с диагнозом гипертоническая болезнь страдают снижением продуктивности профессиональной деятельности, а так же нарушено физическое и психическое здоровье. По изучению смысложизненных ориентаций в психосоматике есть проведенные исследования, но по психологическим особенностям смысложизненным ориентациям больных с гипертонической болезнью исследований не наблюдалось.

С полной уверенностью можно сказать, что на данный синдром влияют жизненные ситуации. Возникновение данной болезни может стать причиной ситуации, в результате которой произошло переосмысление, поменялось настроение или образ жизни уже не стал прежним.

Из теоретического анализа данной проблемы можно сказать, что смысложизненные ориентации – это существование личности, которая направлена на поиск жизненных целей в своем местонахождении. Система смысложизненных ориентаций является одним из важнейшей составляющей структуры личности, занимая пограничное положение между ее мотивационно - потребностной сферой и системой личностных смыслов.

Большинство психосоматических симптомов больных гипертонической болезнью такие как: скрытость, упрямство, неудовлетворенность собой и окружением, враждебная настроенность, сочетающиеся с выраженным контролем и подавлением агрессивных наклонностей поведения. Наблюдается так же у таких пациентов внутренняя напряженность и тревога.

Возрастные особенности были выявлены в результате исследования.

Из динамики изменений показателей смысложизненных ориентаций у больных гипертонической болезнью с возрастом наиболее выделяется

«сфера общественной жизни», так как происходит увеличение важности этого фактора с возрастом. Следовательно, чем старше человек, тем для него становится значимо нахождение в обществе и социуме.

А так же из динамики изменений показателей смысложизненных ориентаций у больных гипертонической болезнью с возрастом наименее выделяется «сфера обучения и образования», так как с возрастом показатели по данной шкале не изменяются, что говорит о наименьшей важности данного фактора для больных гипертонической болезнью любого возраста. Следовательно, полученные результаты исследования могут применяться для разработки методов психокоррекции смысложизненных ориентаций, которые способствуют изменению значимости ценностей и смыслов жизни для пациентов с гипертонией.

Список используемой литературы

1. Абабков, В. А. Проблема научности в психотерапии [Текст] / В.А. Абабков. – СПб.: Питер, 2006. – 560 с.
2. Абульханова-Славская, К. А. Стратегия жизни [Текст] / К.А. Абульханова-Славская. – М.: Просвещение, 1991. – 223 с.
3. Айзенк, Г. Ю. Структура личности [Текст] / Г.Ю. Айзенк. – М.: КСП +; СПб.: Ювента, 2009.
4. Александер, Ф. Психосоматическая медицина [Текст] / Ф. Александер. – М.: ЮНИТИ, 2007. – 435 с.
5. Александер, Ф., Селесник, Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней [Текст] / Ф. Александер, Ш. Селесник. – М., 1995.
6. Алексеева, В. Г. Ценностные ориентации как фактор жизнедеятельности и развития личности [Текст] / В.Г. Алексеева // Психологический журнал. – 1984. – Т.5. – № 5. – С. 63-70.
7. Ананьев, В. А. Введение в психологию здоровья [Текст] / В.А. Ананьев. – СПб.: Питер, 2006. – 560 с.
8. Ананьев, В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья [Текст] / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
9. Ананьев, Б. Г. Человек как предмет познания [Текст] / Б.Г. Ананьев. - Л.,1968.
10. Андреева, Г. М. Психология социального познания: Учеб. пособие для студентов вузов [Текст] / Под. ред. Э. М. Харланова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Аспект Пресс, 2005. - 303 с.
11. Арабидзе, Г. Г. Диагностика артериальных гипертензий [Текст] / Г.Г. Арабидзе // Ангиология и сосудистая хирургия. - 1999. - № 3. - С. 116-118.
12. Асмолов, А. Г. Психология личности [Текст] / А.Г. Асмолов. – М.: Просвещение, 1990. – С. 522.

13. Багмет, А. Д. Ремоделирование сосудов и апоптоз в норме и при патологии [Текст] / А.Д. Багмет // Кардиология. – 2002. – № 3. – С. 83-86.
14. Баллюзек, М. Ф., Шпилькина, Н. А. Ремоделирование миокарда у больных артериальной гипертонией с различной степенью тяжести течения [Текст] / М.Ф. Баллюзек, Н.А. Шпилькина // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2003. – Т. 2, № 10. – С. 50-53.
15. Батаршев, А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения [Текст] / А.В. Батаршев. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 320 с.
16. Березина, Т. Н. О многообразии смыслов жизни современной личности [Текст] / Т.Н. Березина // Личность и бытие: субъектный подход. Краснодар, 2005. - С. 53-60.
17. Березовская, О. В. К вопросу о ценностных ориентирах современной студенческой молодежи [Текст] / О. В. Березовская // Вестник Восточно-Сибирской государственной академии образования. – 2010. – № 12. – С. 47–50.
18. Билецкая, М. П., Сидорова, Ю. И. Психологические особенности больных гипертонической болезнью в связи с задачами психологической коррекции [Текст] / М.П. Билецкая, Ю.И. Сидорова // Международная научно-практическая конференция по медицине и психологии, 11-я: Материалы. - Рязань, 2011. - С. 76-85.
19. Билецкая, М. П., Сидорова, Ю. И. Особенности страхов в структуре эмоциональной сферы больных гипертонической болезнью [Текст] / М.П. Билецкая, Ю.И. Сидорова // Всероссийская научно-практическая конференция: теоретической и прикладной психологии: Материалы. - Ярославль, 2011. - С. 491-495.
20. Блейхер, В. М., Крук, И. В. Толковый словарь психиатрических терминов [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук. - Ростов-на-Дону, 1996.
21. Блюмкин, В. А. Мир моральных ценностей [Текст] / В.А. Блюмкин. - М.: Наука, 2001.

22. Будинайте, Г. Л. Личностные ценности и личностные предпосылки субъекта [Текст] / Г.Л. Будинайте, Т.В. Корнилова // Вопросы психологии. - 1993. - Т.14. - № 5. - С. 99-105.
23. Бурлачук, Л. Ф., Морозов, С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике [Текст] / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. - СПб.: Питер, 2005. - 530 с.
24. Быкова, Н. Л. Специфика смысложизненных ориентаций различных групп учащейся молодежи в ситуации субъективации жизненных целей: автореф. дис. ... канд. психол. наук [Текст] / Н.Л. Быкова. – Самара, 2008. – 95 с.
25. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки [Текст] / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Академия, 2001. – 423 с.
26. Водопьянова, Н. Е., Ходырева, Н. В. Психология здоровья [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Н.В. Ходырева // Вестник ЛГУ. – Серия 6. – Вып. 4. – 1991. – С. 50 – 58.
27. Войтенко, В. П. Здоровье здоровых: Введение в саналогию [Текст] / В.П. Войтенко. – Киев: Здоров'я, 1991. – 248 с.
28. Волков, В. С, Цикулин, А. Е. Лечение и реабилитация больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники [Текст] / В.С. Волков, А.Е. Цикулин. – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
29. Волкова, Е. Н. Субъектность как деятельное отношение к самому себе, к другим людям и к миру [Текст] / Е.Н.Волкова // Мир психологии. – 2005. – № 3. – 33-39 с.
30. Воловикова, М. И. Нравственность в современной России [Текст] / М.И. Воловикова // Психологический журнал. - 2009. Т. 30. № 4. - С. 95-97.
31. Гарганеева, Н. П. Артериальная гипертензия как психосоматическая проблема [Текст] / Н.П. Гарганеева // Клиническая медицина. - 2004. - № 1. - С. 35-41.

32. Гиндикин, В. Я., Семке, В. Я. Соматика и психика [Текст] / В.Я. Гиндикин, В.Я. Семке. - М.: Просвещение, 2004. – 385 с.
33. Головаха, Е. И. Жизненная перспектива и ценностные ориентации личности [Текст] / Е.И. Головаха // Психология личности в трудах отечественных психологов. - СПб.: Питер, 2000. - С.256-269.
34. Голубева, Э. А. Некоторые направления и перспективы исследования природных основ индивидуальных различий [Текст] / Э.А. Голубева // Вопросы психологии. – 1983. -№ 3. - С. 16-28.
35. Граве, П. С. Некоторые теоретические вопросы психической саморегуляции [Текст] / П.С. Граве. - Алма-Ата, 1973.
36. Дроздецкий, С. И. Классификация, принципы лечения и профилактики артериальной гипертензии [Текст] / С.И. Дроздецкий // под ред. проф., д.м.н. А.Н. Бритова. - Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2002. - 135 с.
37. Журавлева, Н. А. Динамика ценностных ориентаций личности в российском обществе [Текст] / Н.А. Журавлева. - М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2006. – 335 с.
38. Журавлева, Н. А. Экономико-психологические характеристики личности с разным типом ценностных ориентаций [Текст] / Н.А. Журавлева // Психологический журнал. - 2012. - № 6. – С.71–86.
39. Затейщикова, А. А., Затейщиков, Д. А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение [Текст] / А.А. Затейщикова, Д.А. Затейщиков // Кардиология. – 1998. – № 9. – С. 68-80.
40. Зейгарник, Б. В., Братусь, Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности [Текст] / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. - М.: МГУ, 1980.
41. Зеленкова, И. Л. Проблема смысла жизни: опыт историко-этического исследования [Текст] / И.Л. Зеленкова. – Минск, 1998. – 125 с.
42. Изард, К. Э. Психология эмоций [Текст] / К.Э. Изард. – СПб.: Питер, 2006. – 455 с.

43. Исаев, Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей [Текст] / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
44. Исурина, Г. Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции [Текст] / Г.Л. Исурина. – М.: Просвещение, 2003. - С. 231-254.
45. Кабанов, М. М., Личко, А. Е., Смирнов, В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике [Текст] / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 385 с.
46. Казанов, Х. М. Трансформация ценностных ориентаций в современном российском обществе [Текст] / Х.М. Казанов. - Нальчик, 2002. - 106 с.
47. Калягин, В. А. Логопсихология: учебное пособие для студентов высших учебных заведений [Текст] / В.А.Калягин, Т.С. Овчинникова. - М.: Академия, 2006. - 320 с.
48. Карвасарский, Б. Д. Медицинская психология [Текст] / Б.Д. Карвасарский. - М.: Медицина, 2006. – 565 с.
49. Карпенко, Л. А. Ценностные ориентации // Краткий психологический словарь [Текст] / Л.А.Карпенко // под общей редакцией А.В.Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2 изд., расш., испр. и доп. – Ростов н/Д: Феникс, 1998. – С.436.
50. Квасенко, А. В., Зубарев, Ю. Г. Психология больного [Текст] / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. - Л.: Медицина, 1980. – 184с.
51. Кирьякова, А. В. Ориентация личности в мире ценностей [Текст] / А.В. Кирьякова // «Magister», международный психолого-педагогический журнал. – 2008. - № 4.
52. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология [Текст] / Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – 960 с.
53. Колотильщикова, Е. А. Копинг-поведение у больных невротами и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой

психотерапии [Текст] / А.Е. Колотильщиков // Вестник психотерапии. - 2004. - №12. - С. 9-23.

54. Кулаков, С. А. Основы психосоматики [Текст] / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.

55. Куликов, Л. В. Осознание здоровья как ценности [Текст] / Л.В. Куликов; под ред. Г.С. Никифоров // Психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. – 284 с.

56. Ланкин, В. З., Тихазе, А. К., Беленков, Ю. Н. Свободно радикальные процессы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы [Текст] / В.З. Линкин, А.К. Тихазе, Ю.Н. Беленков // Кардиология. – 2000. – № 7. – С. 48-61.

57. Леонтьев, Д. А. Психология смысла [Текст] / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2009. – 280 с.

58. Личко, А. Е., Иванов, Н. Я., Калитиевская, Е. Р. Влияние хронических психосоматических расстройств на формирование акцентуаций характера у подростков [Текст] / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, Е.Р. Калитиевская // 5-й Всерос. съезд невропатол. и психиатр. - М., 1985. - Т.3.

59. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания [Текст] / Р.А. Лурия. - М.: Наука, 1977.

60. Лэнгле, А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия [Текст] / А. Лэнгле. - М.: Генезис, 2004. –128 с.

61. Максимук, А. М. Настольная книга гипертоника [Текст] / А.М. Максимук. – М.: Феникс, 2006. – 250 с.

62. Малая медицинская энциклопедия: В 6-ти т. АМН СССР. Гл. ред. В. И. Покровский. - М. Советская энциклопедия. - Т. 1 А - Грудной ребенок, 1991. - 560 с.

63. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 992 с.

64. Малышева, И. С. Гипертоническая болезнь. Домашняя энциклопедия [Текст] / И.С. Малышева. – М.: Вектор, 2006. – 208 с.

65. Миронова, С. А., Кустова, О. Л. Формирование образа жизни в различных социальных группах [Текст] / С.А. Миронова, О.Л. Кустова // Журнал практического психолога. – 1997. - № 5. – 27 – 29 с.
66. Молчанов, С. В. Особенности ценностных ориентаций личности в подростковом и юношеском возрастах [Текст] / С. В. Молчанов // Психологическая наука и образование. – 2005. – № 3. – С. 16 – 25.
67. Никифоров, Г. С. Психология здоровья [Текст] / Г.С. Никифоров. – СПб.: Речь, 2002. – 607 с.
68. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику [Текст] / В.В. Николаева. - М., 1987.
69. Основы медицинской и клинической психологии: учебное пособие / Под редакцией д.м.н. С.Б. Селезнёва. - Астрахань, 2009. - 272 с.
70. Петрова, Н. Н. Психология для медицинских специальностей [Текст] / Н.Н. Петрова. - М.: Академия, 2008. - 320 с.
71. Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии [Текст] / Под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щур. - М.: Смысл, 1997. – 336 с.
72. Разин, В. М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема [Текст] / В.М. Разин // Мир психологии. - 2000. - № 1(21). - С.30.
73. Румянцева, Т. Г. Понятие агрессивности в современной зарубежной психологии [Текст] / Т.Г. Румянцева // Вопросы психологии. – 1991. - № 1.
74. Рюмшина, Л. И. Формы общения: ценностно-смысловой анализ. Авто-реф. на ... д-ра психол. наук. [Текст] / Л.И. Рюмшина. - Ростов н/Д., 2005.
75. Сайков, Д. В., Серафимович, Е. Н. Давление. От высокого к нормальному. Терапия гипертензии + лечебная программа [Текст] / Д.Б. Сайков, Е.Н. Серафимович. – М.: Триолета, 2006. – 212 с.
76. Сарвир, И. Н. Сравнительные данные экспериментально-психологического исследования личности больных с гипертонической

болезнью и ишемической болезнью сердца с тревожным состоянием [Текст] / И.Н. Сарвир // Журнал «Медицинские исследования». - 2001. - Том 1, вып. 1. - С. 41–43.

77. Селье, Г. Стресс без дистресса [Текст] / Г. Сельев. - М.: Прогресс, 1979. - 126 с.

78. Серый, А. В., Яницкий, М. С. Ценностно-смысловая сфера личности [Текст] / А.В. Серый, М.С. Яницкий. - Кемерово, 1999.

79. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии [Текст] / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2001. – 350 с.

80. Сидоров, П. И. Клиническая психология [Текст] / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 880 с.

81. Смолянский, Б. Л., Лифляндский, В. Г. Гипертоническая болезнь - выбор диеты [Текст] / Б.Л. Смолянский, В.Г. Лифляндский - М.: Издательский Дом «Нева», 2003. – 225 с.

82. Смулевич, А. Б., Сыркин, А. Л. Психокardiология [Текст] / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев. - М.: Медицинское информационное агентство, 2005. - 784 с.

83. Современный психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. - М.: АСТ; СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. - 490 с.

84. Соколова, Е. Т., Николаева, В. Н. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях [Текст] / Е.Т. Соколова, В.Н. Николаева. - М.: SvR-Аргус, 1995.

85. Соловьёва, С. Л. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога [Текст] / С.Л. Соловьёва. - М.: АСТ, 2007. - 575 с.

86. Сорокина, Ю. Е. Ценностные ориентации в контексте смысловой перспективы проектов жизни [Текст] / Ю.Е. Сорокина // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. - 2012. - № 1-1. - С. 442–452.

87. Спринц, А. М. Медицинская психология с элементами общей психологии: учебник для средних медицинских учебных заведений [Текст] / А.М. Спринц, Н.Ф. Михайлова, Е.П. Шатова. - СПб.: СпецЛит, 2009. - 447 с.
88. Ташлыков, В. А. Психология лечебного процесса [Текст] / В.А. Ташлыков / В.А. Ташлыков. - Л.: Медицина, 1984. - 192 с.
89. Ташлыков, В. А. Психология больного [Текст] / В.А. Ташлыков. - Л., 1984.
90. Теппервайн, К. Психосоматика, отношения и здоровье [Текст] / К. Теппервайн. – М.: АСТ, Астрель, 2004. – 224 с.
91. Тугаринов, В. П. Проблема ценностей в философии [Текст] / В.П. Тугаринов. – М.– Л.: ЛГУ, 1965.
92. Фокин, И. В., Колосова, О. А. Клинико-психологическая характеристика и терапия больных артериальной гипертензией [Текст] / И.В. Фокин, О.А. Колосова // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2001. - № 10. - С. 19-21.
93. Франкл, В. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Франкл - М.: Прогресс ,1990 . – 175с.
94. Фромм, Э. Иметь или быть? [Текст] / Э. Фромм. - М.: Прогресс, 1990. – 336 с.
95. Харди, И. Врач, сестра, больной: Психология работы с больными [Текст] / И. Харди, М. Алекса. - Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1988. - 338 с.
96. Чазова, И. Е., Дмитриев, В. В., Толпыгина, С. Н. и др. Структурно-функциональные изменения миокарда при артериальной гипертензии и их прогностическое значение [Текст] / И.Е. Чазова, В.В. Дмитриева, С.Н. Толпыгина // Synopsismedicinalis. – 2003. – № 1. – С. 10-17.
97. Шпрангер, Э. Ценностные ориентации и типы личности [Текст] / Э. Шпрангер. – М.: Академия, 2009. – 213 с.
98. Шулутко, Б. И., Перов, Ю. Л. Артериальная гипертензия [Текст] / Б.И. Шулутко, Ю.Л.Перов. - СПб.: Питер, 1992. - 304 с.

99. Юнг, К. Г. Проблемы души нашего времени [Текст] / К.Г. Юнг. – М.: Прогресс, 1994. – 232 с.
100. Ясько, Б. А. Психология личности и труда врача [Текст] / Б.А. Ясько. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 304 с.
101. Bishop G.D., Converse S.A. Illness representations: A prototype approach //Health Psychology. 1986. V.5. P.95-114.
102. Blos P. Children think about illness. Their concepts and Belieefs // Psychosocial Aspects of Pediatric Care. N.Y., 1978. P1-18.
103. Bundy C. Cardiovascular and respiratory disease. Treatment // The Handbook of Clinical Adult Psychology / Ed. by S.Lindsay&G.Powell. London & New York, 1995. P. 573-588.
104. FreubergerH. Psychosomatik // Psychiatrie. Stuttgart, 1999.
105. Melvin J. L. Rehabilitation in the year 2000 // Amer. J. Med Rehab. - 1988. -V.67.-№5.-P. 197-201.
106. Roghmann K.J.: Die Familieals Patient: ZumWandel des Krankheitsbegriffs der Padiatriechronischkranker Kinder. In: Angermeyer, M.C.; Dorner,O. (Hrsg.): Chronischkranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Stuttgart: Enke, 1981.

Анкета

Продолжите, пожалуйста, следующие предложения:

1. Хорошая жизнь - это
2. Счастливый человек – это тот, кто
3. Больше всего я ценю в людях
4. Смысл моей жизни заключается в том, что
5. В работе для меня главное
6. В семье для меня главное
7. В жизни для меня главное
8. Самая моя большая ценность в жизни – это
9. Самое мое большое достижение в жизни – это
10. Я завидую людям, у которых
11. Я сочувствую людям, у которых
12. В целом я считаю, что моя жизнь

Таблица 1 - Результаты диагностики по методике «Опросник терминальных ценностей»

№	Результаты по шкалам												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Группа человек от 40 до 50 лет													
1	7	8	4	8	4	4	8	7	10	3	10	10	2
2	8	9	5	10	6	4	6	2	9	6	8	8	4
3	9	7	6	9	7	6	7	5	6	4	8	9	4
4	8	10	5	6	8	7	2	4	7	5	9	8	6
5	6	9	2	7	6	8	5	8	10	7	8	8	7
6	10	9	4	10	7	6	4	6	8	5	7	9	8
7	8	8	4	8	2	7	8	4	9	2	8	10	6
8	9	10	6	9	5	2	6	8	8	6	6	7	7
9	7	9	7	8	4	5	4	7	8	3	9	8	2
10	10	10	8	8	8	4	8	2	9	4	5	8	5
11	9	8	6	9	6	8	7	6	10	5	9	10	4
12	9	10	7	10	4	6	2	5	7	3	10	9	8
13	8	9	2	7	8	4	6	3	8	6	8	6	6
14	10	6	5	8	7	8	5	2	8	7	7	10	4
15	9	8	4	8	2	7	3	4	10	4	7	8	8
16	10	8	8	10	6	2	2	7	9	5	9	8	7
17	8	8	6	9	5	6	4	8	6	4	7	9	2
18	10	10	4	6	3	5	7	6	10	3	9	8	6
19	9	9	8	10	2	3	8	8	8	7	8	7	5
20	6	6	7	8	4	2	6	7	8	3	7	8	3
Группа человек от 51 до 60 лет													
1	9	7	6	9	7	6	7	5	6	4	8	9	4
2	8	10	5	6	8	7	2	4	7	5	9	8	6
3	6	9	2	7	6	8	5	8	10	7	8	8	7
4	10	9	4	10	7	6	4	6	8	5	7	9	8
5	8	8	4	8	2	7	8	4	9	2	8	10	6
6	9	10	6	9	5	2	6	8	8	6	6	7	7
7	7	9	7	8	4	5	4	7	8	3	9	8	2
8	10	10	8	8	8	4	8	2	9	4	5	8	5
9	9	8	6	9	6	8	7	6	10	5	9	10	4
10	9	10	7	10	4	6	2	5	7	3	10	9	8
11	8	9	2	7	8	4	6	3	8	6	8	6	6
12	10	6	5	8	7	8	5	2	8	7	7	10	4
13	9	8	4	8	2	7	3	4	10	4	7	8	8
14	10	8	8	10	6	2	2	7	9	5	9	8	7
15	8	8	6	9	5	6	4	8	6	4	7	9	2
16	10	10	4	6	3	5	7	6	10	3	9	8	6
17	9	9	8	10	2	3	8	8	8	7	8	7	5
18	6	6	7	8	4	2	6	7	8	3	7	8	3
19	10	9	4	10	7	6	4	6	8	5	7	9	8

20	8	8	4	8	2	7	8	4	9	2	8	10	6
Группа человек старше 61 года													
1	9	10	6	9	5	2	6	8	8	6	6	7	7
2	7	9	7	8	4	5	4	7	8	3	9	8	2
3	10	10	8	8	8	4	8	2	9	4	5	8	5
4	9	8	6	9	6	8	7	6	10	5	9	10	4
5	9	10	7	10	4	6	2	5	7	3	10	9	8
6	8	9	2	7	8	4	6	3	8	6	8	6	6
7	10	6	5	8	7	8	5	2	8	7	7	10	4
8	9	8	4	8	2	7	3	4	10	4	7	8	8
9	10	8	8	10	6	2	2	7	9	5	9	8	7
10	8	8	6	9	5	6	4	8	6	4	7	9	2
11	10	10	4	6	3	5	7	6	10	3	9	8	6
12	9	9	8	10	2	3	8	8	8	7	8	7	5
13	6	6	7	8	4	2	6	7	8	3	7	8	3
14	10	10	8	8	8	4	8	2	9	4	5	8	5
15	9	8	6	9	6	8	7	6	10	5	9	10	4
16	9	10	7	10	4	6	2	5	7	3	10	9	8
17	8	9	2	7	8	4	6	3	8	6	8	6	6
18	10	6	5	8	7	8	5	2	8	7	7	10	4
19	9	8	4	8	2	7	3	4	10	4	7	8	8
20	10	8	8	10	6	2	2	7	9	5	9	8	7

Таблица 2 - Результаты диагностики по методике «Тест смысложизненных ориентаций» Д. А. Леонтьева»

№	Результаты по шкалам					
	Цели в жизни	Процесс в жизни	Результат жизни	Локус контроля - Я	Локус контроля - жизнь	Общий показатель
Группа от 40 до 50 лет						
1	7	8	4	8	4	4
2	8	9	5	10	6	4
3	9	7	6	9	7	6
4	8	10	5	6	8	7
5	6	9	2	7	6	8
6	10	9	4	10	7	6
7	8	8	4	8	2	7
8	9	10	6	9	5	2
9	7	9	7	8	4	5
10	10	10	8	8	8	4
11	9	8	6	9	6	8
12	9	10	7	10	4	6
13	8	9	2	7	8	4
14	10	6	5	8	7	8
15	9	8	4	8	2	7
16	10	8	8	10	6	2
17	8	8	6	9	5	6
18	10	10	4	6	3	5
19	9	9	8	10	2	3
20	6	6	7	8	4	2
Группа от 51 до 60 лет						
1	9	7	6	9	7	6
2	8	10	5	6	8	7
3	6	9	2	7	6	8
4	10	9	4	10	7	6
5	8	8	4	8	2	7
6	9	10	6	9	5	2
7	7	9	7	8	4	5
8	10	10	8	8	8	4
9	9	8	6	9	6	8
10	9	10	7	10	4	6
11	8	9	2	7	8	4
12	10	6	5	8	7	8
13	9	8	4	8	2	7
14	10	8	8	10	6	2
15	8	8	6	9	5	6
16	10	10	4	6	3	5
17	9	9	8	10	2	3

18	6	6	7	8	4	2
19	10	9	4	10	7	6
20	8	8	4	8	2	7
Группа старше 61 года						
1	9	10	6	9	5	2
2	7	9	7	8	4	5
3	10	10	8	8	8	4
4	9	8	6	9	6	8
5	9	10	7	10	4	6
6	8	9	2	7	8	4
7	10	6	5	8	7	8
8	9	8	4	8	2	7
9	10	8	8	10	6	2
10	8	8	6	9	5	6
11	10	10	4	6	3	5
12	9	9	8	10	2	3
13	6	6	7	8	4	2
14	10	10	8	8	8	4
15	9	8	6	9	6	8
16	9	10	7	10	4	6
17	8	9	2	7	8	4
18	10	6	5	8	7	8
19	9	8	4	8	2	7
20	10	8	8	10	6	2