

**Мачинская Н. И., Завойская О. Ю. Психологические механизмы совершения преступления**

*Раскрываются психологические механизмы совершения преступления на основе анализа понятий «мотив» и «мотивация», «предмет и следы преступной деятельности»; анализируются типологии преступников и психотипы личности как психологические факторы влияния на человека в механизме преступления.*

**Ключевые слова:** *механизм совершения преступления, психотип личности, мотив и мотивация, типологии преступников.*

**Machynska N. I., Zavoyska O. Yu. Psychological mechanisms of committing a crime**

*The psychological mechanisms of committing a crime on the basis of analyzing the concepts of «motive» and «motivation» as well as «subject and evidence of criminal acts» are revealed. The typologies of criminals and psychotypes of personality as psychological factors of influence on the individual in crime mechanism are considered.*

**Key words:** *mechanism of committing a crime, motive and motivation, typologies of criminals, psychotypes of personality.*

УДК 159.942.5

Г. Є. Ях

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ  
ІЗ ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА**

*Проаналізовано результати дослідження психологічних аспектів якості життя осіб із хворобою Паркінсона. Описано рівень та особливості якості життя осіб, хворих на цукровий діабет. Виявлено взаємозв'язок якості життя з суб'єктивним благополуччям, життєстійкістю та цінностями осіб із хворобою Паркінсона.*

**Ключові слова:** *якість життя, суб'єктивне благополуччя, життєстійкість, психологічне здоров'я.*

**Постановка проблеми.** Якість життя як інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування людини відображає здатність особи функціонувати в суспільстві відповідно до свого становища і отримувати задоволення від цього. Якість життя відображає рівень задоволення об'єктивними умовами життя людини, які за певних причин, наприклад у випадку хвороби, можуть погіршуватись. Високий рівень якості життя людини сприятиме підвищенню рівня ефективності процесу лікування та адап-

тації особистості до нових умов життєдіяльності, що зумовлює актуальність дослідження психологічних аспектів якості життя осіб з хворобою Паркінсона, оскільки при хворобі Паркінсона нейродегенеративні процеси в ЦНС впливають не лише на фізичний стан, але й змінюють світосприйняття людини, змушують переосмислити своє життя, навчитись адаптуватися до нових умов життєдіяльності.

**Стан дослідження.** Різні аспекти рівня та якості життя населення досліджувалися вітчизняними і закордонними вченими: О. І. Амошею, Д. П. Богинею, П. Т. Бубенко, М. І. Долішнім, В.В. Онікієнком, С. І. Дорогунцовим, В. С. Пономаренком, М. О. Кизимом, Е. М. Лібановою, В. Ф. Майєром, В. М. Жеребіним, Т. С. Клебановою, О. В. Кузнецовою, В. О. Мандибурой, Н. М. Рімашевською, О. Ф. Новиковою, В. Я. Райциним, О. Є. Суриковим [7].

Питанням вивчення якості життя також присвячені дослідження Януша Чапінського (Janusz Czapinski), який прирівнює термін «якість життя» з поняттям «благополуччя» або «щастя» [11].

**Метою** статті є аналіз психологічних аспектів якості життя осіб із хворобою Паркінсона. На основі емпіричного дослідження поставлені такі завдання: 1) продіагностувати рівень якості життя осіб із хворобою Паркінсона; 2) проаналізувати взаємозв'язок якості життя осіб із хворобою Паркінсона з життєстійкістю, цінностями, суб'єктивним благополуччям, реактивною та особистісною тривожністю.

**Виклад основних положень.** Якість життя є поняттям багатозначним. У зв'язку з цим його трактування в основному залежить від теоретичної позиції дослідника і обраних ним критеріїв, які описують цю якість. До 60-х рр. ХХ ст. якість життя ототожнювалась із поняттями «рівень життя», «спосіб життя» тощо, була предметом досліджень економістів. Йшлося про соціальний мінімум, що здатний задовольнити базові потреби. Поняття «якість життя» виконувало економічну функцію, проте через певний час з'ясувалося, що воно надто вузьке і охоплює позаекономічні фактори. Згідно з цією ідеєю пріоритетними стають такі поняття, як цінності, потреби людини та умови для їхньої реалізації.

У 70 рр. ХХ століття на Заході, зокрема в Польщі, категорією «якість життя» зацікавились соціологи і психологи. Це поняття вони відносили швидше до стилю життя, добробуту, почуття задоволення умовами життя. Зазначимо, що економічний критерій виконує значну роль у визначенні якості життя, однак значно більшу – такі його виміри, як розвиток особистості, щастя, психічне здоров'я або ж задоволеність життя [7].

У медицині якість життя стосується найперше стану здоров'я, тому в цьому випадку коректно застосовувати поняття «якість життя,

пов'язана зі здоров'ям». Якість життя хворої людини у сучасній медицині розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Кожен із компонентів охоплює низку складових, наприклад фізичний – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо. Їх усебічне вивчення дозволяє визначити рівень якості життя і окремої особи, і цілих груп, і встановити, в результаті дії яких чинників підвищується чи знижується та на що необхідно вплинути, щоб покращити якість життя (скоригувати лікування, надати соціальну підтримку тощо) [9]. Близькими за значенням до якості життя відзначають є благополуччя та задоволеність життям.

Важливим чинником якості життя виступає життєстійкість як здатність протистояти життєвим труднощам. Поняття «життєстійкість» (*hardiness*) ввів С. Кобейс і С. Мадді [6]. Життєстійкість становить систему переконань про себе, світ, взаємозв'язок зі світом. Ця диспозиція охоплює три порівняно автономні компоненти: залученість (визначається як переконаність в тому, що залученість в події, які відбуваються, дає максимальний шанс знайти дещо цікаве та цінне для особистості; людина з розвинутою залученістю отримує задоволення від власної діяльності); контроль (який становить переконання в тому, що боротьба дозволяє впливати на результати того, що відбувається, навіть, якщо цей вплив неабсолютний і успіх негарантований; людина з сильно розвиненим контролем відчуває, що сама вибирає власну діяльність, свій шлях); прийняття ризику (переконання людини в тому, що все, що з ним стається, сприяє його розвитку завдяки знанням, які він отримав з власного досвіду, – неважливо, позитивного чи негативного). Вираження цих компонентів життєстійкості в цілому перешкоджає виникненню внутрішнього напруження в стресових ситуаціях, завдяки подоланню стресових ситуацій і сприйняттю їх як менш значущих, що важливо, коли наявна невиліковна хвороба як, наприклад, хвороба Паркінсона. Важливо в такій ситуації вміти пристосуватися до неї так, щоб зберегти своє психологічне здоров'я. «Hardiness» може виступати буфером у подоланні повсякденного стресу, тому що впливає на ресурси опанування через підвищення самоефективності. В низці досліджень респонденти, що показали більш високий рівень виразності рис «hardiness», відчувають себе більш здоровими психічно і соціально, а не фізично [6].

Високий рівень якості життя є безумовним критерієм гармонійного функціонування особистості та її психологічного здоров'я [7]. Більшість

сучасних теорій цінностей так чи інакше вказують на зв'язок цінностей та відчуття щастя і задоволеності життям. Можна виділити кілька ключових ідей, які пов'язують ціннісні пріоритети та суб'єктивне благополуччя, якість життя особистості. І в основі цінностей, і в основі суб'єктивного благополуччя лежать потреби людини. Задоволення чи незадоволення потреб впливає на формування цінностей, як і на відчуття щастя.

Зокрема, Ш. Шварц із базових характеристик цінностей виводить важливу тезу: цінності є когнітивними структурами, що презентують три основні універсальні людські потреби: біологічні потреби організму, потреби у координованих соціальних інтеракціях та потреби у виживанні й благополуччі груп [4]. Три потреби, з еволюційної точки зору, мають важливе значення для збереження життя. Для того, щоби людина могла упоратися із реальністю і вижити, вона повинна ідентифікувати навколишні об'єкти, спланувати відповіді на зовнішні стимули, які допоможуть їй задовольнити три базові потреби.

Ті об'єкти та події навколишньої дійсності, що допомагають у задоволенні базових потреб, стають для людини цінністю, набувають характеру цілі, переконання, що сприяють досягненню цієї цілі, перетворюються в індивідуальні цінності. Відповідно, зі зміною потреб людини, або зі зміною рівня їх задоволеності цінності можуть змінюватися. Ціннісні переконання можуть підлягати зміні й тоді, коли змінюються умови проживання та перебування людини. Якщо за певних умов середовище людини не дає змоги досягнути певної поставленої цілі, то може відбутися трансформація цінностей і, як наслідок, – переорієнтація на інші, більш реальні цілі.

Ш. Шварц виділяє 10 типів індивідуальних цінностей особистості: самостійність (self-direction), стимуляція (stimulation), гедонізм (hedonism), досягнення (achievement), влада (power), безпека (security), конформізм (conformity), традиція (tradition), універсалізм (universalism), доброзичливість (benevolence). Автор теорії вважає, що визначальними для суб'єктивного благополуччя є такі цінності, як самостійність, стимуляція, досягнення, оскільки підтримка автономії, гострих відчуттів і вражень свідчить про задоволення базових потреб та потреб безпеки і про постановку вищих цілей.

У теорії Р. Інглехарта простежується тісний зв'язок постматеріалістичних цінностей і відчуття щастя й задоволеності життям.

У теорії Г. Хофштеде одним із вимірів цінностей є поведінка в умовах невизначеності, що, безумовно, впливає на суб'єктивне благополуччя людини. Чим більшу тривогу людина відчуває в умовах невизначеності, чим більше вона прагне уникати цієї невизначеності, тим менший рівень задоволеності життям проявляється у неї.

На зв'язок суб'єктивного благополуччя та цінностей впливає соціальне середовище проживання людини. Якщо соціальне середовище підтримує ті ж цінності, що й людина, то відчуття щастя та благополуччя значно вище, аніж у випадку, коли середовище не поділяє ціннісні переконання людини.

Цінності – це завжди критерії оцінювання навколишньої дійсності, інших людей та себе. Саме тому під час оцінки власного життя вони є основними критеріями, основними точками відліку.

Ш. Шварц, Р. Інглехарт наголошують на тому, що більш задоволеними і щасливими відчувають себе ті люди, у яких задоволені базові потреби й потреби у безпеці. Крім того, якщо людина ставить ціллю досягнення, самостійність, стимуляцію чи гедонізм, то такі цінності мають більше шансів бути задоволеними у короткотерміновій перспективі й давати явний особистісний результат, у той час як цінності традиції чи конформізму спрямовані на підтримання існуючого статусу, що дає людині менше задоволення та позитивних емоцій. Г. Хофштеде стверджує, що більш щасливими й задоволеними життям є люди, котрі не відчувають тривоги в умовах невизначеності. Толерантність і терпимість в умовах невизначеності сприяють підвищенню відчуття задоволеності від життя, переживанню оптимізму та відчуттю щастя.

Першим за значенням фактором, який погіршує якість життя пацієнтів із хворобою Паркінсона, є депресія. Найявніть депресії позитивно корелює з більш швидким прогресуванням неврологічної патології і більш швидким погіршенням когнітивного стану. Показано, що у формуванні депресій при хворобі Паркінсона особливого значення набувають такі особистісні чинники, як ригідність механізмів психічного реагування та висока уразливість до негативних навколишніх стимулів [8].

Основними психологічними характеристиками хворих на депресію і невротичного, так і органічного генезу при хворобі Паркінсона є низька самооцінка, тривожність, астения, прихильність до минулого, песимістичність стосовно майбутнього, ситуативні труднощі в міжособистісних відносинах. Хворих на органічну депресію відрізняє виражена ригідність механізмів психічного реагування, висока вразливість до негативних навколишніх стимулів, схильність до розвитку повторних депресій і соціальної дезадаптації.

Згідно з даними дослідження Н. В. Карабань [5], під час якого було опитано 116 респондентів, кількісна оцінка якості життя хворих на хворобу Паркінсона за допомогою спеціалізованого опитувальника – шкали самооцінки соціальної адаптації (ШССА) – була проведена в трьох сферах життєдіяльності хворого: суспільно-трудовій (професій-

ній), сімейно-побутовій і сфері самообслуговування. Встановлено, що суспільно-трудова діяльність була збережена у 19% хворих, активність у сімейно-побутовій сфері у 16,4% спостережень, збереження самообслуговування виявлено лише у 40,5% випадків. За аналізу рівня соціальної дезадаптації хворих на хворобу Паркінсона розрізняли 5 ступенів вираженості цього показника. Тільки у 11,2% хворих встановлено 1-й ступінь соціальної дезадаптації, що відповідало збереженій трудовій діяльності на тлі початкового ступеня вираженості клінічних симптомів хвороби Паркінсона і спостерігалось при 1,0 стадії хвороби. 2-й ступінь – часткова соціальна дезадаптація – встановлена у 31,9% спостережень і була характерна для пацієнтів з 1,5–2,0 стадією ХП. Помірна соціальна дезадаптація (3-й ступінь) виявлена в 38,8% випадків при важкості хвороби 2,5–3,0. Виражена соціальна дезадаптація, що відповідало 4-му і 5-му ступеню, виявлялась у 18,1% випадків, причому у більшості цих хворих були виразні мнестико-інтелектуальні порушення. Гірші показники соціальної адаптації спостерігались у хворих з перевагою в клінічній картині захворювання акінезії порівняно з хворими, у симптоматиці яких домінував тремор і ригідність. У міру старіння хворих спостерігалось відносно зниження ( $p < 0,05$ ) показників якості життя, що корелювало з прогредієнтністю перебігу хвороби Паркінсона і поєднаними когнітивними порушеннями [5].

Для дослідження психологічних аспектів якості життя осіб з хворобою Паркінсона було використано методики: «Опитувальник MOS SF-36 (автор – J. E. Ware)» (шкали: «Фізичне функціонування», «Рольове функціонування», «Біль», «Загальне здоров'я», «Життєздатність», «Соціальне функціонування», «Емоційне функціонування», «Психологічне здоров'я»), «Шкала психологічного благополуччя (К. Рифф)» (шкали: «Автономія», «Компетентність в середовищі», «Особистісне зростання», «Позитивні міжособистісні стосунки», «Ціль в житті», «Самоприйняття»), методика діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна (шкали: «Реактивна тривожність», «Особистісна тривожність»), методика на визначення цінностей Ш. Шварца (шкали: «Влада», «Досягнення», «Гедонізм», «Стимуляція», «Самостійність», «Універсалізм», «Доброта», «Традиція», «Конформність», «Безпека»), шкала депресії, тест життєстійкості (С. Мадді) (шкали: «Включеність», «Контроль», «Прийняття ризику»).

У дослідженні взяли участь 54 особи з хворобою Паркінсона, з них 25 представників жіночої і 29 чоловічої статі. Дослідження здійснювалось в обласній клінічній лікарні у відділенні неврології, в індивідуальній формі.

Згідно з результатами дослідження за методикою «Опитувальник MOS SF-36 (автор – J. E. Ware)» виявлено, що рівень якості життя осіб з

хворобою Паркінсона нижче середнього, зокрема рівень такої складової якості життя, як рольове функціонування та біль, низький (22 і 31 зі 100 відповідно); рівень загального здоров'я, життєздатності, емоційного функціонування і фізичного функціонування – середній (47; 45,6; 47,2; 51,4 відповідно); а рівень психологічного здоров'я та соціального функціонування – вище середнього (52,5; 58,7 відповідно) (див. рис. 1).

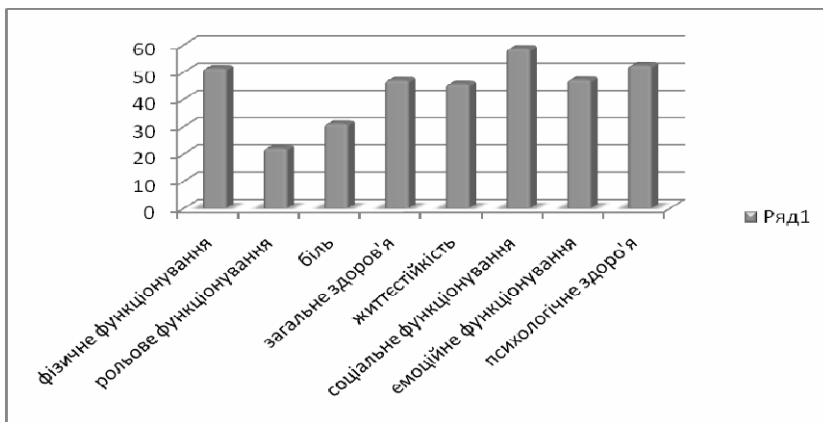


Рис. 1. Рівень якості життя осіб із хворобою Паркінсона

Це пояснюється тим, що хвороба Паркінсона впливає на фізичне функціонування, вона його обмежує. І тому людина в такій ситуації може відчувати певну обмеженість у виконанні таких справ, які досі виконувала, також впливає на зниження рольового функціонування, оскільки вона вже не може повністю виконувати ту функцію, роль, яку виконувала до цього часу (до хвороби Паркінсона), що може впливати на їх рівень якості життя. Проте хвороба Паркінсона, як виявлено, не дуже впливає на зниження психологічного здоров'я і соціального функціонування, що передбачає наявність чинників, за допомогою яких людині в ситуації хвороби вдається зберегти своє психологічне здоров'я і функціонувати в суспільстві так само ефективно, як і до хвороби. Те, що рівень болю низький, можна пояснити тим, що для хвороби Паркінсона біль як симптом на ранніх стадіях хвороби не дуже характерний.

Згідно з результатами кореляційного аналізу виявлено, що шкала «Фізичне функціонування» корелює зі шкалою «Депресія» ( $r=-0,31$ , при  $p<0,005$ ), шкалою «Особистісна тривожність» ( $r=-0,28$ , при  $p<0,005$ ), шкалою «Контроль» ( $r=0,32$ , при  $p<0,005$ ) та «Тривалість хвороби». Тобто за підвищення рівня контролю, як складової життєстійкості, збільшува-

тиметься рівень фізичного функціонування, а за підвищення рівня депресії та особистісної тривожності рівень фізичного функціонування знижуватиметься, також він знижуватиметься із збільшенням тривалості хвороби. Ці результати відображають взаємозв'язок фізичного функціонування з емоційним станом і життєстійкістю, що свідчить про те, що чим кращий фізичний стан, тим краще хворий себе почуває і може боротися із життєвими труднощами. Водночас саме ця здатність протистояти життєвим труднощам допомагає зберегти добре самопочуття і краще фізично функціонувати.

Шкала «Рольове функціонування» корелює зі шкалою «Депресія» ( $r = -0,38$ , при  $p < 0,005$ ), «Особистісна тривожність» ( $r = -0,28$ , при  $p < 0,005$ ), «Контроль» ( $r = 0,33$ , при  $p < 0,005$ ), та «Частота госпіталізації» ( $r = -0,28$ , при  $p < 0,005$ ). Тобто, за збільшення рівня контролю, як складової життєстійкості, збільшуватиметься рівень рольового функціонування, а за збільшення рівня депресії, особистісної тривожності та збільшення частоти госпіталізації рівень рольового функціонування знижуватиметься. Згідно з даними результатів виявлено те, що рольове функціонування, як складова якості життя, взаємопов'язане з емоційним станом та життєстійкістю і, окрім цього, ще й частотою госпіталізації, яка знижуватиме рівень рольового функціонування, що зрозуміло, адже перебування в лікувальному закладі накладатиме певні обмеження у виконанні ролей, які виконував досі (не можеш працювати, виконувати звичну роботу, може зменшуватись коло спілкування тощо).

Також виявлено, що шкала «Біль» корелює зі шкалою «Депресія» ( $r = 0,31$ , при  $p < 0,005$ ), шкалою «Позитивні міжособистісні стосунки» ( $r = 0,33$ , при  $p < 0,005$ ), «Ціль у житті» ( $r = 0,28$ , при  $p < 0,005$ ), «Особистісна тривожність» ( $r = 0,48$ , при  $p < 0,005$ ), «Реактивна тривожність» ( $r = 0,48$ , при  $p < 0,005$ ), та «Тривалість хвороби» ( $r = 0,30$ , при  $p < 0,005$ ). Тобто за підвищення рівня болю збільшуватиметься рівень депресії, особистісної тривожності, реактивної тривожності і навпаки. Також при збільшенні рівня позитивних міжособистісних стосунків, цілі в житті та тривалості хвороби підвищуватиметься рівень болю. Це свідчить про те, що погіршення емоційного стану підвищує рівень сприйняття болю, що пов'язано з тим, що в такому стані людина більш вразливіша і схильна перебільшувати. Дані про те, що зі збільшенням рівня цілі в житті і позитивних міжособистісних стосунків збільшується рівень сприйняття болю, що може бути пов'язано з тим, що бажання чогось досягти передбачає докладання більших зусиль, а біль може в цьому завадити, обмежувати певні дії, тому й може мати саме такий вплив на рівень якості життя осіб із хворобою Паркінсона.

Шкала «Загальне здоров'я» корелює зі шкалою «Традиція» ( $r = 0,35$ , при  $p < 0,005$ ). Тобто за підвищення рівня цінності «традиція»



збільшуватиметься рівень загального здоров'я. Цінність «традиція» передбачає дотримання певних норм, правил, терпимість, прийняття своєї долі, дотримання норм, віри і сприйняття свого життя, допомагає підвищити рівень загального здоров'я. Це дає певний ресурс і силу жити далі.

Шкала «Життєздатність» корелює зі шкалою «Депресія» ( $r = -0,73$ , при  $p < 0,005$ ), шкалою «Залученість» ( $r = 0,38$ , при  $p < 0,005$ ), «Контроль» ( $r = 0,52$ , при  $p < 0,005$ ), «Прийняття ризику» ( $r = 0,31$ , при  $p < 0,005$ ), «Реактивна тривожність» ( $r = -0,49$ , при  $p < 0,005$ ), «Особистісна тривожність» ( $r = -0,50$ , при  $p < 0,005$ ) та «Тривалість хвороби» ( $r = -0,51$ , при  $p < 0,005$ ). Тобто при збільшенні рівня таких складових життєстійкості, як залученість, контроль, та прийняття ризику, збільшуватиметься рівень життєздатності, а за збільшення рівня депресії, реактивної та особистісної тривожності та збільшення тривалості хвороби рівень життєздатності буде знижуватись. Такі результати свідчать про взаємозв'язок життєстійкості, емоційного стану та такої складової якості життя, як життєздатність, тобто чим кращий загальний і фізичний, і психічний стан людини і здатність протистояти життєвим труднощам, тим вища переконаність, що ти здатен жити і повноцінно функціонувати як і до хвороби, а емоційний стан і тривалість хвороби має протилежний вплив, що пояснюється тим, що з кожним роком хвороба прогресує і відповідно знижує якість життя і самопочуття хворого, що впливає і на можливість жити звичним життям.

Виявлено, що шкала «Соціальне функціонування» корелює зі шкалою «Автономія» ( $r = 0,27$ , при  $p < 0,005$ ), тобто у разі підвищення рівня такої складової суб'єктивного благополуччя, як автономія, збільшуватиметься рівень соціального функціонування. Результати пояснюються тим, що інколи, внаслідок хвороби, людина не може нормально функціонувати без сторонньої допомоги. Коли особа більш автономна, незалежна, самостійна, вона може більше соціально функціонувати, а коли ти менш незалежний, це може знижувати рівень соціального функціонування, оскільки в такому випадку це може викликати труднощі і технічного характеру, і психологічного.

Шкала «Емоційне функціонування» корелює зі шкалою «Депресія» ( $r = -0,45$ , при  $p < 0,005$ ), шкалою «Особистісне зростання» ( $r = 0,28$ , при  $p < 0,005$ ), «Позитивні міжособистісні стосунки» ( $r = -0,37$ , при  $p < 0,005$ ), «Контроль» ( $r = 0,33$ , при  $p < 0,005$ ), «Прийняття ризику» ( $r = 0,35$ , при  $p < 0,005$ ), «Реактивна тривожність» ( $r = -0,49$ , при  $p < 0,005$ ), «Особистісна тривожність» ( $r = -0,47$ , при  $p < 0,005$ ) та шкалою «Духовність» ( $r = -0,29$ , при  $p < 0,005$ ). За підвищення рівня особистісного зростання, таких складових життєстійкості, як контроль та

прийняття ризику, збільшуватиметься рівень емоційного функціонування і навпаки, а за підвищення рівня депресії, реактивної та особистісної тривожності, позитивних міжособистісних стосунків та рівня цінності «духовність», рівень емоційного функціонування знижуватиметься. Це свідчить про те, що хвороба може знижувати загальний рівень активності людини і це може впливати і на активність, і на повноту міжособистісного спілкування, що може призводити до певного незадоволення у цій сфері, фрустрації. Людина може закриватися. Це знижуватиме її рівень емоційного функціонування.

Також виявлено, що шкала «Психологічне здоров'я» корелює зі шкалою «Депресія» ( $r=-0,53$ , при  $p<0,005$ ), «Позитивні міжособистісні стосунки» ( $r=-0,31$ , при  $p<0,005$ ), шкалою «Контроль» ( $r=0,37$ , при  $p<0,005$ ), «Залученість» ( $r=0,42$ , при  $p<0,005$ ), «Реактивна тривожність» ( $r=-0,48$ , при  $p<0,005$ ), «Особистісна тривожність» ( $r=-0,38$ , при  $p<0,005$ ) та «Тривалість хвороби» ( $r=-0,34$ , при  $p<0,005$ ). Під час підвищення рівня таких складових життєстійкості, як контроль та залученість, збільшуватиметься рівень психологічного здоров'я, а за підвищення рівня депресії, реактивної тривожності, особистісної тривожності та позитивних міжособистісних стосунків рівень психологічного здоров'я знижуватиметься.

**Висновок.** Отже, згідно з результатами дослідження виявлено взаємозв'язок рівня якості життя осіб із хворобою Паркінсона з рівнем депресії, реактивної та особистісної тривожності, життєстійкістю, суб'єктивним благополуччям, цінностями традиції та автономії та життєстійкістю. А саме під час підвищення рівня депресії, реактивної та особистісної тривожності рівень якості життя знижуватиметься, а за збільшення рівня контролю, залученості та прийняття ризику, як складових життєстійкості особистості, цінності традиції, позитивних міжособистісних стосунків, особистісного зростання, цілі у житті, як складових суб'єктивного благополуччя, рівень якості життя осіб із хворобою Паркінсона підвищуватиметься.

Багатозначність визначення якості життя та значний вплив на життєдіяльність особистості визначає актуальність подальшого вивчення психологічних аспектів якості життя як чинника гармонізації особистості.

1. Аргайл М. Психологія щасття. – 2-е изд. / М. Аргал. – СПб.: Питер, 2003. – 345 с.

2. Баркова Т. Депресії при хворобі Паркінсона (клініко-психопатологічні закономірності формування, принципи діагностики і терапії): дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Т. Баркова. – 2005. – 16 с.

3. Бримкулов Н. Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н. Н. Бримкулов, Н. Ю. Сенкевич, А. Д. Калиева // Центральноазиат. мед. журн. – 1998. – № 4. – С. 236–241.

4. Галецька І. Психологічне здоров'я // І. Галецька, Т. Сосновський. Психологія здоров'я: теорія і практика. – Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2006. – С. 89–122.

5. Карабань Н. В. Качество жизни больных болезнью Паркинсона / Н. В. Карабань, Н. Б. Маньковский // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2004. – № 2 (12).

6. Леонтьев Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.

7. Пономаренко В. С. Рівень і якість життя населення України: монографія / В. С. Пономаренко, М. О. Кизим, Ф. В. Узунов. – Х.: ІНЖЕК, 2003. – 226 с.

8. Федоришин Л. В. Хвороба Паркинсона: методичні рекомендації / Л. В. Федоришин, Я. Є. Саноцький, Н. М. Кардош. – Львів: Видавництво Мс, 2006. – 64 с.

9. Jakosc zycia w naukach medycznych / pod red. L. Wolowickiej. – Poznan, 2001. – 305 s.

10. Psychologia jakosci zycia / red. A. Banka. – Poznan, 2005. – 238 s.

11. Psychologia pozytywna. Nauka o szczesciu, zdrowiu, sile i cnotach czlowieka / Redakcja naukowa Janusz Czapinski. – Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN, 2008. – 484 s.

### **Ях Г. Е. Психологические аспекты качества жизни лиц с болезнью Паркинсона**

*Проанализированы результаты исследования психологических аспектов качества жизни лиц с болезнью Паркинсона. Расписаны уровни и особенности качества жизни больных сахарным диабетом. Выявлена взаимосвязь качества жизни с субъективным благополучием, жизнестойкостью и ценностями лиц с болезнью Паркинсона.*

**Ключевые слова:** *качество жизни, субъективное благополучие, жизнестойкость, психологическое здоровье.*

### **Yakh H. Ye. Psychological aspects of life quality of people suffering from Parkinson's disease**

*The results of investigating the psychological aspects of life quality of people suffering from Parkinson's disease are analyzed. The level and peculiarities of life quality of persons suffering from diabetes mellitus are described. The correlation between the life quality and the subjective well-being, life-firmness and values of persons who suffer from Parkinson's disease is revealed.*

**Key words:** *life quality, subjective well-being, life-firmness, psychological health.*