



<https://doi.org/10.28925/2664-2069.2022.17>

УДК: 159.922.62:612.17]:796

ОСОБИСТІСНА ЗРІЛІСТЬ ЛЮДИНИ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З ІНТЕГРАЛЬНИМИ ВИСНОВКАМИ ПРО ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН КАРДІО-РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ

Савченко Валентин^(ACDF), Харченко Галина^(BDE), Буряк Ольга^(BDE),
Омері Ірина^(BDE), Неведомська Євгенія^(BDE), Тимчик Олеся^(BDE),
Яценко Світлана^(BDE), Погребняк Юлія^(BDE)

Київський університет імені Бориса Грінченка,
м. Київ, Україна

Внесок автора:

А — концепція та дизайн дослідження; В — збір даних;
С — аналіз та інтерпретація даних; D — написання статті;
Е — редагування статті; F — остаточне затвердження статті

Анотація

Актуальність. В останні десятиліття спостерігається сплеск досліджень про духовність та здоров'я людини. Вивчення духовності та її зв'язку зі здоров'ям можливе шляхом оцінки рівня внутрішнього розвитку (зрілості) людини як особистості.

Мета – визначити рівень особистісної зрілості хворих і здорових людей та встановити його зв'язок з інтегральними висновками про функціональний стан кардіо-респіраторної системи.

Матеріал і методи. 560 осіб, чоловіки — 301 (53.75%), жінки — 269 (46.25%). Середній вік обстежених — 35.00 ± 17.75 (95% довірливий інтервал: 33.52–36.47) років. Пацієнтів, які страждали хронічними захворюваннями, було 337 (60.18%), здорових осіб (студентів університету) — 223 (39.82%) особи. Вимірювали зріст, масу тіла, частоту серцевих скорочень, частоту дихання, артеріальний тиск, життєву ємність легень, м'язову силу кисті. Функціональний стан кардіо-респіраторної системи оцінювали за інтегральними показниками: адаптаційний потенціал системи кровообігу за А.П. Берсеневою, рівень фізичного стану за О.А. Пироговою, життєвий індекс, індекс Скібінські, індекс Кердо, індекс сили кисті. Для встановлення рівнів особистісної зрілості проведено опитування за Хосе Стивенсом (Jose Stevens). Застосовуючи запропоновані автором рівні зрілості («немовля», «малюк», «підліток», «юнак» і «дорослий»), були сформовані низький, середньонизький, середньовисокий, високий, недиференційований та комбіновані рівні особистісної зрілості, які вважалися ступенями духовного розвитку людини.

Результати. У 53.39% (299/560) обстежених осіб виявлені високі, а у 35.54% (199/560) — низькі, включаючи недиференційований, рівні особистісної зрілості. Встановлено переважання високого рівня особистісної зрілості за умови



задовільного адаптаційного потенціалу системи кровообігу за А.П. Берсеневою, високого рівня фізичного стану за О.А. Пироговою, повної відповідності функції дихання щодо маси тіла за життєвим індексом, більш високого рівня спряженості роботи органів дихання та кровообігу за індексом Скібінські, великої відносної сили кисті та нормального стану вегетативного тону за індексом Кердо.

Висновки. Між особистісною / духовною зрілістю людини і функціональним станом кардіо-респіраторної системи існує істотний зв'язок. Особам з високими рівнями особистісної / духовної зрілості притаманний кращий функціональний стан кардіо-респіраторної системи, ніж особам з її низьким і недиференційованим рівнями.

Ключові слова: особистість, зрілість, духовність, здоров'я, кардіо-респіраторна система, функціональний стан.

HUMAN PERSONAL MATURITY AND ITS RELATIONSHIP TO INTEGRAL CONCLUSIONS ABOUT THE FUNCTIONAL STATE OF THE CARDIO-RESPIRATORY SYSTEM

Savchenko Valentyn, Kharchenko Halyna, Buriak Olga,
Omeri Iryna, Nevedomsjka Jevgenija, Tymchyk Olesia,
Yatsenko Svitlana, Pogrebnyak Yuliya

Borys Grinchenko Kyiv University, Kyiv, Ukraine

Abstract

Introduction. In recent decades the upsurge in research on human spirituality and health has been observed. The study of spirituality and its relationship to health is possible by assessing the level of internal development (maturity) of man as a person.

The aim of the study is to determine the level of personal maturity of sick and healthy people and to establish its relationship to the integral conclusions about the functional state of the cardio-respiratory system.

Material and methods. 560 people, men — 301 (53.75%), women — 269 (46.25%). Average age of the subjects — 35.00 ± 17.75 (95% confidence interval: 33.52–36.47) years. There were 337 patients (60.18%) suffering from chronic diseases, and 223 (healthy patients (university students) (39.82%). Height, body mass, heartbeat rate, respiratory rate, blood pressure, vital capacity, muscle strength of the hand were measured. The functional state of the cardio-respiratory system was assessed by integral indicators: adaptive potential of circulatory system according to A. P. Berseneva, level of physical state according to O. A. Pirogova, life index, Skibinski's index, Kerdo index, hand strength index. To determine the levels of personal maturity, a survey was conducted by Jose Stevens. Applying the levels of maturity proposed by the author ("baby", "kid", "teenager", "young man" and "adult"), low, medium-low, medium-high, undifferentiated and combined levels of personal maturity were formed, which were considered degrees of human spiritual development.

Results. 53.39% (299/560) of subjects had high levels, and 35.54% (199/560) -



— low levels, including undifferentiated ones, of personal maturity. It was established that a predominance of high level of personal maturity took the place in the event of satisfactory adaptive potential of the circulatory system according to A. P. Berseneva, high level of physical state according to O. A. Pirogova, full compliance of respiratory function in relation to body mass according to life index, a higher level of interaction of respiratory and circulatory organs according to the Skibinski's index, high relative strength of the hand and the normal state of vegetative tonus according to the Kerdo index.

Conclusions. There is a significant relationship between the personal / spiritual maturity of man and the functional state of the cardio-respiratory system. People with high levels of personal / spiritual maturity have a better functional state of the cardio-respiratory system than people with low and undifferentiated levels.

Key words: person, maturity, spirituality, health, cardio-respiratory system, functional state.

Вступ

Здоров'я людини є багатокомпонентним явищем. Згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, одним із компонентів здоров'я є душевне (духовне) благополуччя [9].

В останні три десятиліття спостерігається сплеск досліджень про духовність та здоров'я. При вивченні духовності та її зв'язку зі здоров'ям потрібно визначитися з термінами і розрізняти духовність від релігійності [26].

Психолог Sinnott J.D. (2001) вважав, що духовність більш пов'язана зі ставленням людини до сакрального, в той час як релігійність більше визначається відношенням до обрядів і звичаїв [23]. Такої ж думки були і Pargament K.I & Saunders S.M. (2007), за визначенням яких духовність відноситься до думок, почуттів і поведінки людини, яка займається пошуками стосунків зі святим (сакральним), а релігійність стосується тих думок, почуттів і поведінки, які конкретно пов'язані з формально організованою та ідентифікованою релігією [19].

Духовність від релігійності

відрізняється відсутністю прихильності до соціальних інститутів і ритуалів.

На цей час наведені дані про можливий зв'язок (як позитивний, так і негативний) багатьох аспектів духовності / релігійності з різноманітними показниками функціонування людини [13, 15, 20].

В десятках емпіричних досліджень вивчали зв'язок між духовністю / релігійністю та тривалістю життя, виникненням та розвитком серцево-судинних і легеневих захворювань, раку, деменції, інвалідності тощо. Деякі дослідники вважають, що з рівнем духовного здоров'я пов'язані хронічні та онкологічні хвороби [12, 21].

Серцево-судинна патологія — яскравий і найбільш характерний приклад психосоматичних взаємозв'язків, нозогенних відносин соматика з соціальним життям, духовністю та релігійністю людини. Чисельні дослідження показали позитивний вплив духовності, релігійності та віри в надприродні сили на профілактику та перебіг серцево-судинних захворювань за



цілою низкою показників і параметрів [16, 17, 22].

Що стосується зв'язку духовності / релігійності з функціонуванням чи хворобами органів дихання, то досліджень з цього питання дуже мало. Heidari J. et al. (2015) навели дані про зв'язок духовності з розладами дихання [13].

Наведені на цей час результати наукових досліджень про зв'язок духовності / релігійності зі здоров'ям не завжди є однозначними і зрозумілими, часто носять суперечливий характер [20]. Тому це питання потребує подальшого вивчення.

Оскільки духовність є багатогранним явищем і виявляє собою внутрішній розвиток людини, то вивчення духовності та її зв'язку зі здоров'ям можливе шляхом застосування різноманітних опитувальників, які відображають рівень внутрішнього розвитку (зрілості) людини як особистості [5].

Гіпотезою дослідження було ствердження того, що функціональні можливості кардіо-респіраторної системи суттєво пов'язані з рівнем особистісної зрілості людини.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано у рамках науково-дослідної роботи кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології Факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту Київського університету імені Бориса Грінченка на тему: «Критерії оцінки функціонального стану та ефективності фізичної терапії осіб з хворобами і травмами опорно-рухової та нервової систем (на основі Міжнародної класифікації функціонування)». Державний реєстраційний номер: 0118U001228.

Мета дослідження

Мета дослідження — визначити рівень особистісної зрілості хворих і здорових людей та встановити його зв'язок з інтегральними висновками про функціональний стан кардіо-респіраторної системи.

Матеріал і методи дослідження

Учасники дослідження. Дослідження проведено серед пацієнтів з хронічними хворобами та наслідками травм, що потребували медичної реабілітації в стаціонарі, та серед студентів гуманітарного університету, які за лікарськими висновками були здоровими людьми.

До критеріїв включення в дослідження належали: вік обстежених від 17 до 79 років включно; пацієнти з наявністю будь-якого хронічного захворювання чи травмами з наслідками для здоров'я; молоді люди, студенти гуманітарного університету, які не мали хронічних хвороб чи травм з наслідками для здоров'я.

Усього відібрано та обстежено 560 осіб, з них: чоловіків — 301 (53,75%), жінок — 269 (46,25%) осіб. Середній вік обстежених становив ($M \pm S$) $35,00 \pm 17,75$ (95% довірливий інтервал (ДІ): 33,52–36,47) років. За віковими періодами обстежені розподілились у такий спосіб: менше 20 років — 145 (25,89%), 20-29 років — 143 (25,54%), 30-39 років — 59 (10,54%), 40-49 років — 84 (15,00%), 50-59 років — 53 (9,46%), 60-69 років — 48 (8,57%), 70-79 років — 26 (4,64%). Пацієнтів, які страждали хронічними захворюваннями, було 337 (60,18%), здорових осіб (студентів університету) — 223 (39,



82%) особи.

Усі обстежені надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Протокол дослідження був розглянутий та схвалений на засіданні комісії з питань етики Факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту Київського університету імені Бориса Грінченка. Дослідження повністю відповідало принципам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження».

Організація (дизайн) та методи дослідження. Проведено одноцентрове проспективне одномоментне вибіркоче обсерваційне дослідження. Дослідження виконано протягом 2018-2020 років.

Обстеження відібраних осіб проводилося за їх згоди шляхом опитування та вимірювання антропометричних і функціональних показників. Опитування проводилося однократно у формі надання відповідей на питання спеціальних анкет у присутності дослідника.

Антропометричними методами вимірювали зріст і масу тіла. Функціональний стан кардіо-респіраторної системи оцінювали за інтегральними функціональними показниками, які обчислювалися на основі антропометричних і рутинних показників, що характеризували функцію органів кровообігу та дихання.

Оцінка функції органів кровообігу та дихання обстежених проводилася за наступними показниками: частота серцевих скорочень у спокої, частота дихальних рухів у спокої, артеріальний тиск систолічний та

діастолічний, життєва ємність легень, яка вимірювалась сухим портативним спірометром, тривалість затримки дихання після глибокого вдиху, тривалість затримки дихання після глибокого видиху. Також вимірювалися м'язова сила кисті кистьовим динамометром ДК-100 і тривалість статичного балансування [2].

Застосовуючи результати вказаних вимірювань обчислювали інтегральні функціональні показники, як-от адаптаційний потенціал системи кровообігу (АПСК) за А.П. Берсеневою [1], рівень фізичного стану (РФС) за О.А. Пироговою [4], життєвий індекс (ЖІ) [6], індекс Скібінські [6], індекс Хільдебранта [6], індекс Кердо [3], індекс сили кисті (ІСК) [2].

За величиною АПСК давали наступні висновки: задовільний адаптаційний потенціал, напруження механізмів адаптації, незадовільний адаптаційний потенціал і зрив механізмів адаптації.

РФС оцінювався з урахуванням статі обстежених і зі застосуванням наступних градацій: низький, нижче середнього, середній, вище середнього, високий.

За величиною ЖІ та з урахуванням статі обстежених давався висновок про ступінь відповідності функції дихання щодо маси тіла: повна відповідність, незначна невідповідність і значна невідповідність.

За величиною індексу Скібінські давався висновок про спряженість роботи органів дихання та кровообігу за такою шкалою: погана, незадовільна, задовільна, добра та відмінна спряженість роботи органів дихання і кровообігу.

За індексом Хільдебранта



судили про узгодженість роботи органів дихання та кровообігу за наступною шкалою: узгоджена робота, незначна неузгодженість і значна неузгодженість.

Залежно від величини індексу Кердо ухвалювалося рішення про ступінь порушення вегетативного тону: нормальний тонус (ейтонія), тонус незначно порушений, тонус значно порушений.

За умови позитивного значення індексу Кердо такі зміни характерні симпатичному відділу, за умови негативного — парасимпатичному відділу вегетативної нервової системи.

ІСК характеризував відносну силу кисті, вимірювався у відсотках і трактувався з урахування статі обстежених. Для оцінки цього показника нами введено 5 градацій, яким відповідали наступні висновки: мала відносна сила, нижче середньої відносна сила, середня відносна сила, вище середньої відносна сила та велика відносна сила.

Рівень особистісної зрілості вивчали за Хосе Стивенсом (Jose Stevens) (2019). Використали його тест в російськомовній та україномовній версіях [7].

Тест дозволяє встановити рівень зрілості особистості, зокрема рівень зрілості свідомості та самосвідомості, які можна вважати складниками духовності людини. Тест передбачає надання відповідей на 75 питань опитувальника.

Питання групувались по п'ятьох шкалах (в одній шкалі 15 питань), кожна з яких відповідала одному із рівнів (стадій) особистісної зрілості людини: «немовля», «малюк», «дитина», «підліток/юнак» і «дорослий».

Рівнем особистісної зрілості

вважався той, за яким було набрано найбільшу кількість балів (позитивній відповіді на питання відповідав 1 бал).

Рівень вважався сформованим, коли за його шкалою було набрано 10 і більше балів. Якщо жоден із рівнів не набрав такої кількості балів, то особистісна зрілість вважалася недиференційованою.

У випадках одночасного формування декількох рівнів особистісної зрілості (однакові суми балів за декількома шкалами) робився висновок про їх комбінацію.

Обстеження досліджених та наступна робота передбачали знеособлення одержаних матеріалів.

Статистичний аналіз. Розмір вибірки попередньо не розраховували. Статистична характеристика вибірки надана шляхом знаходження середнього арифметичного (M) та його стандартного відхилення (S).

Для оцінки розсіювання значень навколо центральної точки використано 95% довірливий інтервал (95% ДІ).

Якісні бінарні показники вибірок порівнювали шляхом перевірки нульової гіпотези про рівність часток, виражених у відсотках, порядкові величини — обчисленням критерію відповідності χ^2 Пірсона з поправкою Йетса.

Зв'язок між досліджуваними показниками встановлювали шляхом побудови таблиць спряженості (кросстабуляції), за аналізом яких робився висновок про асоціацію досліджуваних ознак.

Критерієм достовірності статистичних оцінок служив рівень значущості з вказівкою ймовірності

помилково відхилити нульову гіпотезу (p), за пороговий рівень прийнято значення 0,05.

Обробка даних дослідження виконувалася за допомогою програмного продукту SPSS Statistics Base (фірма IBM, США).

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл рівнів особистісної зрілості серед обстежених подано на рис. 1. У більшості обстежених — 25,7% (144/560) — виявлено рівень

особистісної зрілості «дорослий». Рівень «немовля» був притаманним найменшій кількості обстежених — 3,2% (18/560). Майже п'ята частина обстежених — 20,3% (113/560) — мали різні комбінації рівнів особистісної зрілості.

Комбінація низьких рівнів особистісної зрілості («немовля», «малюк», «дитина») виявлена у 141, високих рівнів («підліток/юнак», «дорослий») — у 35 та різнонаправлених рівнів — у 64 обстежених з 560.

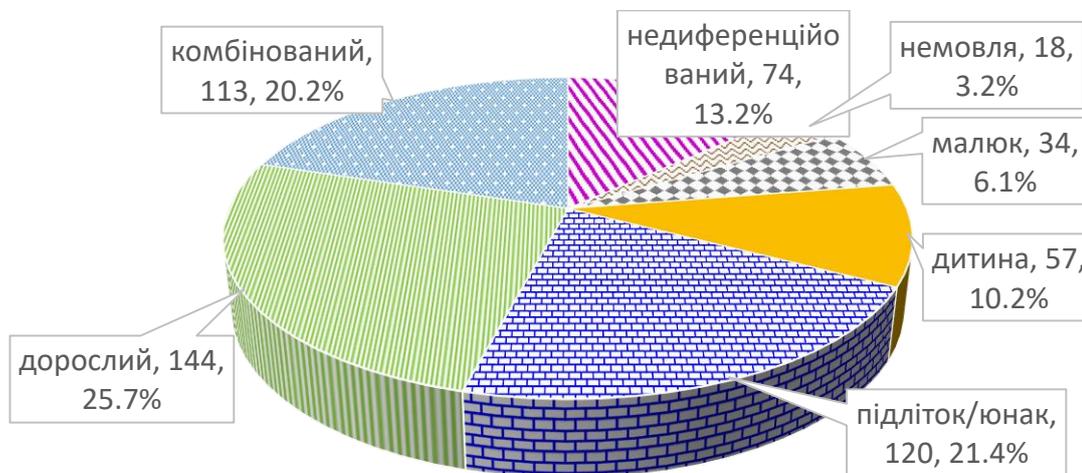


Рисунок 1. Розподіл рівнів особистісної зрілості серед обстежених за Хосе Стивенсом (кількість, %).

Щоб використати для подальшого аналізу комбіновані висновки про особистісну зрілість не в одній сукупності, а за суттю відображення ними предмета дослідження, а також враховуючи малу кількість декількох висновків про особистісну зрілість («немовля», «малюк»), проведено об'єднання споріднених за суттю рівнів та створено нові висновки про особистісну зрілість:

- недиференційований рівень;
- низький рівень («немовля» +

«малюк»);

- середньонизький рівень («дитина» + комбінація «дитина» і «підліток/юнак»);
- середньовисокий рівень («підліток/юнак» + комбінація «підліток/юнак» і «дорослий»);
- високий рівень («дорослий»);
- різнокомбінований рівень (одночасна комбінація низьких і високих рівнів зрілості).

Розподіл нових рівнів особистісної зрілості подано на рис. 2.

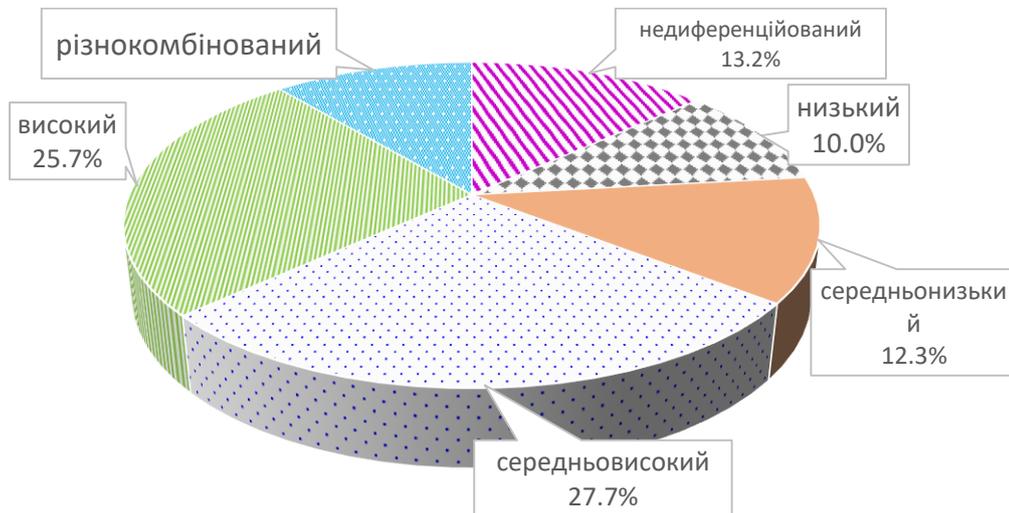


Рисунок 2. Розподіл рівнів особистісної зрілості серед обстежених за авторами статті (%)

Для встановлення зв'язку між рівнем особистісної зрілості та АПСК за А.П. Берсеневою обстежені з результатами «зрив механізмів адаптації» із-за їх малої чисельності були об'єднані в групу з обстеженими, які мали результати «незадовільний адаптаційний потенціал» (табл. 1).

Виявлено, що недиференційований рівень зрілості частіше реєструвався за умови незадовільного адаптаційного потенціалу та зриву механізмів адаптації — 20,00% (10/50), що було статистично значуще в порівнянні з задовільним адаптаційним потенціалом — 9,09% (14/154)

($p < 0,05$). Також для незадовільного адаптаційного потенціалу та зриву механізмів адаптації встановлена більша кількість низького рівня зрілості — 24,00% (12/50), в порівнянні з задовільним адаптаційним потенціалом це виявилось статистично значущим — 3,90% (6/154) ($p < 0,05$).

Окрім цього, для задовільного адаптаційного потенціалу виявлялася більша кількість середньовисокого рівня зрілості — 35,71% (55/154), що суттєво відрізнялося в порівнянні з незадовільним адаптаційним потенціалом та зривом механізмів адаптації — 16,00% (8/50) ($p < 0,01$).

Таблиця 1

Розподіл рівнів особистісної зрілості залежно від АПСК за А.П. Берсеневою у обстежених ($\chi^2 = 33.82, p = 0.0001$)

Рівні зрілості	Адаптаційний потенціал системи кровообігу					
	Задовільний (n=154)		Напруження механізмів адаптації (n=255)		Незадовільний та зрив механізмів адаптації (n=50)	
	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	14	9.09	36	14.12	10	20.00
Низький	6	3.90	35	13.73	12	24.00
Середньонизький	24	15.58	25	9.80	3	6.00
Середньовисокий	55	35.71	59	23.14	8	16.00
Високий	38	24.68	68	26.67	9	18.00
Різнокомбінований	17	11.04	32	12.55	8	16.00



Недиференційований рівень зрілості менше всього реєструвався за умови високого РФС за О.А. Пироговою — 7,64% (12/157), що суттєво відрізнялося в порівнянні з нижче середнім РФС — 18,00% (9/50) ($p < 0,05$) (табл. 2).

За умови високого РФС менше всього виявлена кількість низького рівня особистісної зрілості — 3,82% (6/157), що статистично значуще відрізнялося від нижче середнього рівня — 28,00% (14/50) ($p < 0,001$) та низького РФС обстежених — 21,82% (12/55) ($p < 0,001$).

Надалі виявлено, що середньовисокий рівень зрілості

частіше реєструється у осіб з високим РФС — в 35,03% (55/157) випадків. Це статистично значуще відрізнялося в порівнянні з особами, які мали нижче середнього — 16,00% (8/50) ($p < 0,01$) та низький — 18,18% (10/55) ($p < 0,05$) РФС.

Також можна відмітити тенденцію до переважання кількості високого рівня зрілості у осіб з високим РФС — 31,85% (50/157) в порівнянні з особами з нижче середнім — 18,00% (9/50) ($t = 1,8893$, $p > 0,05$) та низьким — 20,00% (11/55) ($t = 1,6705$, $p > 0,05$) РФС за О.А. Пироговою (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл рівнів особистісної зрілості залежно від РФС за О.А. Пироговою у обстежених ($\chi^2 = 53,42$, $p = 0,00007$)

Рівні зрілості	Рівень фізичного стану									
	Високий (n=157)		Вище середнього (n=100)		Середній (n=99)		Нижче середнього (n=50)		Низький (n=55)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	12	7.64	14	14.00	17	17.17	9	18.00	9	16.36
Низький	6	3.82	10	10.00	11	11.11	14	28.00	12	21.82
Середньонизький	12	7.64	17	17.00	14	14.14	4	8.00	6	10.91
Середньовисокий	55	35.03	21	21.00	28	28.28	8	16.00	10	18.18
Високий	50	31.85	24	24.00	21	21.21	9	18.00	11	20.00
Різнокombінований	22	14.01	14	14.00	8	8.08	6	12.00	7	12.73

Під час аналізу взаємозв'язку особистісної зрілості з ЖІ виявлена найбільша кількість його низького рівня за умови значної невідповідності функції дихання щодо маси тіла — 24,00% (6/25), що було статистично значущим в порівнянні з повною відповідністю — 8,05% (19/236) ($p < 0,01$).

За умови повної відповідності функції дихання щодо маси тіла частіше реєструвався високий рівень зрілості особистості — 27,54% (65/236) і це було суттєво більше, якщо порівнювати з незначною невідповідністю — 17,45% (26/149) ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл рівнів особистісної зрілості залежно від ЖІ у обстежених
($\chi^2 = 19.80, p=0.0311$)

Рівні зрілості	Відповідність функції дихання щодо маси тіла					
	Повна відповідність (n=236)		Незначна невідповідність (n=149)		Значна невідповідність (n=25)	
	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	26	11.02	23	15.44	3	12.00
Низький	19	8.05	23	15.44	6	24.00
Середньонизький	29	12.29	23	15.44	0	0.00
Середньовисокий	68	28.81	34	22.82	5	20.00
Високий	65	27.54	26	17.45	6	24.00
Різнокombінований	29	12.29	20	13.42	5	20.00

Для встановлення зв'язку між особистісною зрілістю обстежених та індексом Скібінські, осіб, які мали результат «погана спряженість», через їх невелику чисельність об'єднали з групою обстежених, які мали результати «незадовільна спряженість» (табл. 4).

Встановлено, що низький рівень особистісної зрілості частіше реєструвався за умови поганої та незадовільної спряженості роботи органів дихання та кровообігу — 39,13% (9/23), а найрідше — 6,38% (3/47) ($p<0,01$) — за умови відмінної спряженості.

Таблиця 4

Розподіл рівнів особистісної зрілості залежно від індексу Скібінські у обстежених ($\chi^2 = 30,26, p=0,0109$)

Рівні зрілості	Спряженість роботи органів дихання та кровообігу							
	Погана та незадовільна (n=23)		Задовільна (n=167)		Добра (n=163)		Відмінна (n=47)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	4	17.39	19	11.38	25	15.34	3	6.38
Низький	9	39.13	16	9.58	17	10.43	3	6.38
Середньонизький	1	4.35	19	11.38	21	12.88	11	23.40
Середньовисокий	3	13.04	43	25.75	42	25.77	14	29.79
Високий	3	13.04	45	26.95	39	23.93	10	21.28
Різнокombінований	3	13.04	25	14.97	19	11.66	6	12.77

Зв'язку особистісної зрілості з узгодженістю роботи органів дихання та кровообігу за індексом Хільдебранта не виявлено (табл. 5).

Під час аналізу спряженості особистісної зрілості з індексом Кердо встановлено, що середньовисокий її рівень

найчастіше виявляється за умови нормального тонусу вегетативної нервової системи — 31,50% (40/127), а найрідше — 14,58% (7/48) ($p<0,05$) — за умови значного порушення тонусу (табл. 6).

Таблиця 5

Розподіл рівнів мотивації щодо здоров'я залежно від індексу Хільдебранта у обстежених ($\chi^2 = 7.88, p=0.6399$)

Рівні зрілості	Узгодженість роботи органів дихання та кровообігу					
	Узгоджена робота (n=337)		Незначна неузгодженість (n=71)		Значна неузгодженість (n=25)	
	п	%	п	%	п	%
Недиференційований	44	13.06	10	14.08	3	12.00
Низький	43	12.76	4	5.63	2	8.00
Середньонизький	41	12.17	6	8.45	5	20.00
Середньовисокий	87	25.82	20	28.17	8	32.00
Високий	82	24.33	23	32.39	4	16.00
Різноманітний	40	11.87	8	11.27	3	12.00

Таблиця 6

Розподіл рівнів особистісної зрілості залежно від індексу Кердо у обстежених ($\chi^2 = 10,90, p=0,3650$)

Рівні зрілості	Стан вегетативного тону					
	Нормальний (n=127)		Незначне порушення (n=288)		Значне порушення (n=48)	
	п	%	п	%	п	%
Недиференційований	19	14.96	34	11.81	9	18.75
Низький	9	7.09	36	12.50	6	12.50
Середньонизький	16	12.60	33	11.46	5	10.42
Середньовисокий	40	31.50	75	26.04	7	14.58
Високий	26	20.47	74	25.69	16	33.33
Різноманітний	17	13.39	36	12.50	5	10.42

Серед обстежених, які мали малу відносну силу за ІСК, зареєстрована найбільша кількість низького рівня особистісної зрілості — 16,67% (19/96), що статистично значуще відрізнялось від обстежених з великою відотною силою кисті — 2,17% (2/92) ($p<0,01$), у яких цей рівень особистісної зрілості реєструвався найрідше.

Найбільша кількість високого рівня особистісної зрілості переважала у осіб з великою відотною силою кисті — 33,70% (31/92).

У осіб з середньою відотною силою кисті зареєстрована найбільша

кількість середньонизького рівня особистісної зрілості — 17,24% (10/58), що суттєво відрізнялося від обстежених з малою відотною силою кисті — 4,17% (4/96) ($p<0,01$) (табл. 7).

Узагальнюючи одержані результати, можна стверджувати, що серед обстежених хворих та здорових людей переважали рівні особистісної зрілості за Хосе Стивенсом «дорослий» (25,7% (144/560)) і «підліток/юнак» (21,45% (120/560)), а третина з обстежених (33,4% (187/560)) мали різні комбінації або недиференційовані рівні.

Таблиця 7

**Розподіл рівнів особистісної зрілості залежно від ІСК
у обстежених ($\chi^2 = 33,18, p=0,0321$)**

Рівні зрілості	Величина відносної сили кисті									
	Мала (n=96)		Нижче середньої (n=92)		Середня (n=58)		Вища середньої (n=54)		Велика (n=92)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	15	15.63	13	14.13	7	12.07	6	11.11	7	7.61
Низький	16	16.67	7	7.61	8	13.79	6	11.11	2	2.17
Середньонизький	4	4.17	15	16.30	10	17.24	5	9.26	14	15.22
Середньовисокий	25	26.04	22	23.91	13	22.41	20	37.04	28	30.43
Високий	20	20.83	22	23.91	16	27.59	11	20.37	31	33.70
Різноманітний	16	16.67	13	14.13	4	6.90	6	11.11	10	10.87

Щоб використати всі одержані дані та порівняти їх з дослідженнями інших авторів, нами рівні особистісної зрілості за Хосе Стивенсом були переформатовані (об'єднані за схожістю, створені нові) та вважалися рівнями індивідуального духовного розвитку.

Використовуючи вже власний підхід до трактування рівнів особистісної / духовної зрілості, встановлено, що серед обстежених переважали високі рівні особистісної / духовної зрілості («високий» та «середньовисокий» в сумі становили половину обстежених — 53,39% (299/560)), а низькі рівні, включаючи і недиференційований, склали більше третини — 35,54% (199/560) — обстежених.

Під час вивчення зв'язку особистісної зрілості обстежених з функціональним станом кардіореспіраторної системи встановлені наступні закономірності:

✚ більша кількість недиференційованого та низького рівнів особистісної зрілості виявляється за умови незадовільного адаптаційного потенціалу та його зриву, а середньовисокий рівень особистісної зрілості частіше

реєструвалися за умови задовільного адаптаційного потенціалу;

✚ середньовисокий та високий рівні особистісної зрілості найчастіше визначається за умови високого РФС, а недиференційований та низький рівні особистісної зрілості — за умови нижче середнього та низького РФС за О.А. Пироговою;

✚ низький рівень особистісної зрілості частіше реєструється під час значної невідповідності, а високий її рівень — за умови повної відповідності функції дихання щодо маси тіла за ЖІ;

✚ низький рівень особистісної зрілості частіше реєструється за умови поганої та незадовільної спряженості роботи органів дихання та кровообігу за індексом Скібінські, чого не відмічається за умови задовільної, доброї та відмінної спряженості;

✚ не виявлено зв'язку особистісної зрілості з узгодженістю роботи органів дихання та кровообігу за індексом Хільдебранта.

Нами встановлено, що особистісна зрілість обстежених пов'язана з їх відносною силою кисті: високий її рівень частіше виявляється



у осіб з великою відносною силою кисті, а низький рівень — у осіб з малою відносною силою. Також виявлено, що середньовисокий рівень особистісної зрілості частіше реєструється у осіб з нормальним станом вегетативного тонусу за індексом Кердо.

Отже, можна стверджувати, що люди с високими рівнями особистісної / духовної зрілості мають задовільний адаптаційний потенціал, високий РФС за О.А. Пироговою, повну відповідність функції дихання щодо маси тіла за ЖІ, більш високі рівні спряженості роботи органів дихання та кровообігу за індексом Скібінські, велику відносну силу кисті та нормальний стан вегетативного тонусу за індексом Кердо.

Результати нашого дослідження доповнюють висновки інших авторів, які стверджують про наявність зв'язку духовності / релігійності з перебігом і наслідками серцево-судинних захворювань, факторами, що їх спричиняють. Такі дані наводить Таратухин Е.О. (2017), який вказує, що низький рівень духовності, виявлений у пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда, можна інтерпретувати як потенційний фактор ризику серцево-судинної патології [8].

Є повідомлення про зв'язок між релігійністю (відвідуванням релігійних служб) та гіпертонією [25], негативну кореляцію між тяжкістю ішемічної хвороби серця та рівнем духовного благополуччя таких хворих [24], сприятливий вплив духовності / релігійності на деякі серцево-метаболичні показники [10] та кардіо-метаболичні фактори ризику [11]. Olex S. et al. (2013) припускають, що втручання на

основі медитації можуть мати сприятливий вплив на пацієнтів із встановленими серцево-судинними захворюваннями [18].

Також є повідомлення про наявність зв'язку духовності / релігійності з хворобами органів дихання. Про такий зв'язок сповістили Heidari J. et al. (2015), які навели дані про зв'язок духовності з розладами дихання [13], та Helvasi A. et al. (2020), які виявили, що особи з більш вищим рівнем духовності мали меншу тяжкість симптомів хронічного обструктивного захворювання легенів та більшу прихильність до лікування [14].

Узагальнюючи та пояснюючи опубліковані результати про зв'язок духовності / релігійності з серцево-судинними захворюваннями, Lucchese F.A. & Koenig H.G. (2013) підкреслюють, що немає "прямого" впливу на функціонування серцево-судинної системи чи на виникнення та розвиток серцево-судинних захворювань. Швидше всього, духовність / релігійність діє на серцево-судинну систему через психологічні, соціальні та поведінкові чинники. Також ці автори наголошують, що при прийнятті рішень про дію духовності / релігійності на серцево-судинну систему треба враховувати генетичні та екологічні фактори, над якими окрема людина не має контролю [16].

Висновки

1. Серед обстежених хворих і здорових людей переважають високі рівні особистісної / духовної зрілості — 53,39% (299/560). Низькі рівні, включаючи недиференційований, особистісної / духовної зрілості реєструються в 35,54% (199/560) випадків.



2. Встановлено зв'язок рівня особистісної / духовної зрілості людини з функціональним станом кардіо-респіраторної системи, що виявилось у переважанні її високого рівня за умови задовільного адаптаційного потенціалу системи кровообігу за А.П. Берсеневою, високого рівня фізичного стану за О.А. Пироговою, повної відповідності функції дихання щодо маси тіла за життєвим індексом, більш високого рівня спряженості роботи органів дихання та кровообігу за індексом Скібінські, великої відносної сили кисті та нормального

стану вегетативного тону за індексом Кердо. В цілому, особам з низьким і недиференційованим рівнями притаманний гірший функціональний стан кардіо-респіраторної системи, ніж особам з високими рівнями особистісної / духовної зрілості.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому перспективно дослідити зв'язок особистісної / духовної зрілості людини з її фізичним, соціальним і психічним станом / здоров'ям, образом життя.

Література:

References:

1. Баевский РМ, Берсенева АП. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. Москва: Медицина; 1997. 240 с.
1. Baevsky RM, Berseneva AP Assessment of the adaptive capacity of the organism and the risk of developing diseases. Moscow: Medicina, 1997. 240 p. Russian
2. Бойчук Т, Голубева М, Левандовський О, Войчишин Л. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації: навч. посібник. Л.: ЗУКЦ; 2010. 240 с.
2. Boychuk T, Golubeva M, Levandovskiy O, Voychishin L. Fundamentals of diagnostic dosages for physical rehabilitation: textbook. L.: ZUKTS; 2010. 240 p. Ukrainian.
3. Вейн АМ, редактор. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика: руководство для врачей. Москва: Медицинское информационное агентство; 2003. 752 с.
3. Wayne AM, editor. Vegetative disorders: clinical picture, treatment, diagnosis: a guide for doctors. Moscow: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2003. 752 p. Russian
4. Пирогова ЕА. Совершенствование физического состояния человека. К.: Здоров'я; 1989. 164 с.
4. Pirogova EA. Improving the physical condition of a person. K.: Zdorov'ya; 1989. 164 p. Russian
5. Савченко В, Буряк О, Харченко Г, Полковенко О, Омері І, Яценко С. Стан духовного здоров'я хворих людей та його зв'язок з медичними висновками про соматичне здоров'я на курорті. *Спортивна наука та здоров'я людини*. 2019;1(2):95-106.
5. Savchenko V, Buriak O, Kharchenko G, Polkovenko O, Omeri I, Yatsenko S. The spiritual health state of the ill and its connection to the medical conclusions on somatic health at the health resort. *Sport Science and Human Health*. 2019;1(2): 95-106. Ukrainian
6. Солодков АС, Сологуб ЕБ. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: учебник. Москва: Олимпия-Пресс; 2005. 528 с.
6. Solodkov AS, Sologub EB. Human physiology. General. Sports. Age textbook. Moscow: Olimpiia-Press; 2005. 528 p. Russian
7. Стівенс Х. Приборкай своїх драконів. Як перетворити недоліки на переваги. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2019. 462 с.
7. Stevens J. Transforming Your Dragons: How to Turn Fear Patterns into Personal Power. Kharkiv: KSD; 2019. 462 p. Ukrainian



8. Таратухин ЕО. Духовность и религиозность в контексте психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистой патологии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(3):52-5. DOI:10.15829/1728-8800-2017-3-52-55.
8. Taratukhin EO. Spirituality and religiosity in a context of psychosocial cardiovascular risk factors. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(3):52-5. DOI:10.15829/1728-8800-2017-3-52-55. Russian
9. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Нью-Йорк, 1946 [Интернет]. 2006 [цитировано 2021 Апрель 20]. Доступно на: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf.
9. Constitution of the World Health Organization. New York, 1946 [Internet]. 2006 [cited 2011 April 20]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf. Russian
10. Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Panagiotakos DB, Tsetis D, Castanas E, Shea S, Venihaki M, Lionis C. Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. *Hormones (Athens)*. Jul-Sep 2013;12(3):386-96. DOI: 10.1007/BF03401304.
10. Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Panagiotakos DB, Tsetis D, Castanas E, Shea S, Venihaki M, Lionis C. Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. *Hormones (Athens)*. Jul-Sep 2013;12(3):386-96. DOI: 10.1007/BF03401304.
11. Brintz CE, Birnbaum-Weitzman O, Llabre MM, Castañeda SF, Daviglius ML, Gallo LC, Giachello AL, Kim RS, Lopez L, Teng Y, Penedo FJ. Spiritual well-being, religious activity, and the metabolic syndrome: results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos Sociocultural Ancillary Study. *J Behav Med*. 2017 Dec;40(6):902-912. DOI: 10.1007/s10865-017-9858-7.
11. Brintz CE, Birnbaum-Weitzman O, Llabre MM, Castañeda SF, Daviglius ML, Gallo LC, Giachello AL, Kim RS, Lopez L, Teng Y, Penedo FJ. Spiritual well-being, religious activity, and the metabolic syndrome: results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos Sociocultural Ancillary Study. *J Behav Med*. 2017 Dec;40(6):902-912. DOI: 10.1007/s10865-017-9858-7.
12. Doug O. Religious / Spiritual Effects on Physical Morbidity and Mortality. Why religion and spirituality matter for public health: evidence, implications, and resources. Book Series: Religion Spirituality and Health-A Social Scientific Approach. Volume: 2. Pages: 65-79 Published: 2018
12. Doug O. Religious / Spiritual Effects on Physical Morbidity and Mortality. Why religion and spirituality matter for public health: evidence, implications, and resources. Book Series: Religion Spirituality and Health-A Social Scientific Approach. Volume: 2. Pages: 65-79 Published: 2018
13. Heidari J, Jafari H, Janbabaie G. Life quality related to spiritual health and factors affecting it in patients afflicted by digestive system metastatic cancer. *Mater Sociomed*. 2015 Oct;27(5):310-3. DOI: 10.5455/msm.2015.27.310-313.
13. Heidari J, Jafari H, Janbabaie G. Life quality related to spiritual health and factors affecting it in patients afflicted by digestive system metastatic cancer. *Mater Sociomed*. 2015 Oct;27(5):310-3. DOI: 10.5455/msm.2015.27.310-313.
14. Helvaci A, Izgu N, Ozdemir L. Relationship between symptom burden, medication adherence and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*. 2020 Jul;29(13-14):2388-2396.
14. Helvaci A, Izgu N, Ozdemir L. Relationship between symptom burden, medication adherence and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*. 2020 Jul;29(13-14):2388-2396.



- DOI: 10.1111/jocn.15251.
15. Litalien M, Atari DO, Obasi I. The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. *J Relig Health*. 2021 Jan 6. DOI: 10.1007/s10943-020-01148-8.
16. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista brasileira de cirurgia cardiovascular: orgao oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. 2013;28,1:103-28. DOI:10.5935/1678-9741.20130015.
17. Mukaetova-Ladinska EB, Purshouse K, Andrade J, Krishnan M, Jagger C, Kalaria RN. Can healthy lifestyle modify risk factors for dementia? Findings from a pilot community-based survey in Chennai (India) and Newcastle (UK). *Neuroepidemiology*. 2012;39(3-4):163-70. DOI: 10.1159/000338674.
1. Olex S, Newberg A, Figueredo VM. Meditation: should a cardiologist care? *Int J Cardiol*. 2013 Oct 3;168(3):1805-10. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.06.086.
19. Pargament KI, Saunders SM. Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2007;63(10):903-907. DOI:10.1002/jclp.20405.
20. Rosmarin DH, Wachholtz A, Ai A. Beyond descriptive research: advancing the study of spirituality and health. *J Behav Med*. 2011 dec;34(6):409-13. doi: 10.1007/s10865-011-9370-4.
21. Schreiber JA, Brockopp DY. Twenty-five years later-what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *J Cancer Surviv*. 2012 Mar;6(1):82-94. DOI: 10.1007/s11764-011-0193-7.
22. Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. *J Relig Health*. 2020 Apr;59(2):1035-1054. DOI: 10.1007/s10943-018-0663-6.
23. Sinnott JD. Special issues: Spirituality and adult development. *Journal of Adult*
- DOI: 10.1111/jocn.15251.
15. Litalien M, Atari DO, Obasi I. The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. *J Relig Health*. 2021 Jan 6. DOI: 10.1007/s10943-020-01148-8.
16. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista brasileira de cirurgia cardiovascular: orgao oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. 2013;28,1:103-28. DOI:10.5935/1678-9741.20130015.
17. Mukaetova-Ladinska EB, Purshouse K, Andrade J, Krishnan M, Jagger C, Kalaria RN. Can healthy lifestyle modify risk factors for dementia? Findings from a pilot community-based survey in Chennai (India) and Newcastle (UK). *Neuroepidemiology*. 2012;39(3-4):163-70. DOI: 10.1159/000338674.
2. Olex S, Newberg A, Figueredo VM. Meditation: should a cardiologist care? *Int J Cardiol*. 2013 Oct 3;168(3):1805-10. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.06.086.
19. Pargament KI, Saunders SM. Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2007;63(10):903-907. DOI:10.1002/jclp.20405.
20. Rosmarin DH, Wachholtz A, Ai A. Beyond descriptive research: advancing the study of spirituality and health. *J Behav Med*. 2011 dec;34(6):409-13. doi: 10.1007/s10865-011-9370-4.
21. Schreiber JA, Brockopp DY. Twenty-five years later-what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *J Cancer Surviv*. 2012 Mar;6(1):82-94. DOI: 10.1007/s11764-011-0193-7.
22. Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. *J Relig Health*. 2020 Apr;59(2):1035-1054. DOI: 10.1007/s10943-018-0663-6.
23. Sinnott JD. Special issues: Spirituality and adult development. *Journal of Adult*



- Development.* 2001;8(4):199-200.
DOI:10.1023/A:1011353527010
24. Somayeh R, Ali BM, Hossein N. Spiritual well-being and coronary artery diseases severity: Mediating effects of anger rumination and worry. *Health education journal.* DOI:10.1177/0017896920976697
25. Spence ND, Farvid MS, Warner ET, Vander Weele TJ, Tworoger SS, Argentieri MA, Shields AE. Religious Service Attendance, Religious Coping, and Risk of Hypertension in Women Participating in the Nurses' Health Study II. *Am J Epidemiol.* 2020 Mar 2;189(3):193-203.
DOI: 10.1093/aje/kwz222.
26. Williams BR, Holt CL, Le D, Shultz E. Characterizing Change in Religious and Spiritual Identity among a National Sample of African American Adults. *J Relig Spiritual Aging.* 2015;27(4):343–357.
DOI: 10.1080/15528030.2015.1073208.
- Development.* 2001;8(4):199-200.
DOI:10.1023/A:1011353527010
24. Somayeh R, Ali BM, Hossein N. Spiritual well-being and coronary artery diseases severity: Mediating effects of anger rumination and worry. *Health education journal.* DOI:10.1177/0017896920976697
25. Spence ND, Farvid MS, Warner ET, Vander Weele TJ, Tworoger SS, Argentieri MA, Shields AE. Religious Service Attendance, Religious Coping, and Risk of Hypertension in Women Participating in the Nurses' Health Study II. *Am J Epidemiol.* 2020 Mar 2;189(3):193-203.
DOI: 10.1093/aje/kwz222.
26. Williams BR, Holt CL, Le D, Shultz E. Characterizing Change in Religious and Spiritual Identity among a National Sample of African American Adults. *J Relig Spiritual Aging.* 2015;27(4):343–357.
DOI: 10.1080/15528030.2015.1073208.

Автори засвідчують про відсутність конфлікту інтересів.

Інформація про авторів:

Савченко Валентин Михайлович

доктор медичних наук, професор

завідувач кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології,

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8483-9748>

E-mail: v.savchenko@kubg.edu.ua

Харченко Галина Дмитрівна

кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент

кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології,

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

ORCID: 0000-0002-9281-7338

E-mail: h.kharchenko@kubg.edu.ua

Буряк Ольга Юрівна

старший викладач

кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології,

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

ORCID: 0000-0001-7074-5743

E-mail: o.buriak@kubg.edu.ua

**Омері Ірина Дмитрівна***кандидат біологічних наук, доцент*

кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології,

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

ORCID: 0000-0001-6773-4146

E-mail: i.omeri@kubg.edu.ua

Неведомська Євгенія Олексіївна*кандидат педагогічних наук, доцент*

кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології,

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

ORCID: 0000-0002-7450-3562

E-mail: y.nevedomska@kubg.edu.ua

Тимчик Олеся Володимирівна*кандидат біологічних наук, доцент*

кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології,

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

ORCID: 0000-0002-8283-9348

E-mail: o.tymchuk@kubg.edu.ua

Яценко Світлана Петрівна*старший викладач*

кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології,

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

ORCID: 0000-0001-8609-0120

E-mail: s.yatsenko@kubg.edu.ua

Погребняк Юлія Миколаївна*старший викладач*

кафедри фізичної реабілітації та біокінезіології,

Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

ORCID: 0000-0002-7450-3562

E-mail: y.pohrebniak@kubg.edu.ua

Отримано: 01.02.2021

Прийнято: 01.03.2021

Опубліковано: 04.04.2022

Савченко Валентин, Харченко Галина, Буряк Ольга, Омері Ірина, Неведомська Євгенія, Тимчик Олеся, Яценко Світлана, Погребняк Юлія. Особистісна зрілість людини та її зв'язок з інтегральними висновками про функціональний стан кардіо-респіраторної системи. *Спортивна наука та здоров'я людини*. 2022;1(7):80-97. DOI:10.28925/2664-2069.2022.17